

Fiebres prolongadas de origen desconocido

L. Partouche, P. Guilpain

Las fiebres prolongadas de origen desconocido se definen por una temperatura axilar superior a 38 °C tomada dos veces en un período de 3 semanas, y la ausencia de diagnóstico tras 3 días de hospitalización o tras tres consultas médicas. Estas fiebres son el reflejo de numerosas y variadas causas (más de 200 descritas). La mayoría de las etiologías de fiebre prolongada están clasificadas en patologías infecciosas, inflamatorias y neoplásicas. La etapa clínica, que debe ser rigurosa, es fundamental para la búsqueda de un signo de alarma y orienta en la elección de las pruebas complementarias. Con frecuencia es necesario hospitalizar al paciente para facilitar la realización de las pruebas complementarias, en particular si su estado general empeora. La tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica, la ecografía cardíaca y la biopsia de la arteria temporal (en el paciente mayor de 55 años) son eficaces herramientas diagnósticas. La tomografía por emisión de positrones asociada a la TC es rentable, y en la actualidad se discute sobre su uso más precoz en la estrategia diagnóstica. La estrategia diagnóstica estandarizada, etapa por etapa, permite establecer un diagnóstico de las fiebres prolongadas en cerca del 75% de los casos. En caso de fracaso y deterioro clínico, es obligatorio aplicar tratamientos empíricos en función de la patología sospechada.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Fiebre prolongada; Enfermedad de Horton; Endocarditis; Tuberculosis; Activación macrofágica; PET; Tomografía computarizada toracoabdominopélvica

Plan

| | |
|---|---|
| ■ Introducción | 1 |
| ■ Definiciones y generalidades | 1 |
| ■ Etiologías | 2 |
| Caso particular de las fiebres medicamentosas | 2 |
| Caso particular de las fiebres facticias | 2 |
| Caso particular de las fiebres recidivantes | 2 |
| ■ Estrategia diagnóstica | 3 |
| Proceso clínico y pruebas complementarias de entrada | 3 |
| Interpretación de los primeros resultados y proceso diagnóstico de segunda elección | 5 |
| Estudio de tercera elección | 5 |
| Prueba terapéutica | 6 |
| ■ Conclusión | 6 |

■ Introducción

Las fiebres prolongadas de origen desconocido (FPOD) (*fever of unknown origin* de los anglosajones) constituyen una situación frecuente en medicina y corresponden a un marco diagnóstico difícil de abordar debido al elevado número de etiologías relacionadas (más de 200 causas descritas en la literatura). A pesar de los avances técnicos, las FPOD siguen constituyendo un reto diagnóstico. Las estrategias diagnósticas propuestas se basan prin-

cialmente en la experiencia de los médicos, y ninguna estrategia que incluya las nuevas herramientas diagnósticas ha sido verdaderamente validada. No obstante, lo que permite en la mayoría de los casos establecer un diagnóstico etiológico es un enfoque clínico estructurado, que se basa siempre en la confirmación objetiva de la fiebre y en un análisis semiológico minucioso que aboca en pruebas complementarias dirigidas enfocadas en los tres principales grupos etiológicos (infecciosos, inflamatorios y neoplásicos).

■ Definiciones y generalidades

La definición de las FPOD ha evolucionado con el tiempo. La definición actual es la de Durack y Street^[1]: temperatura axilar superior a 38 °C tomada dos veces en un período de 3 semanas y ausencia de diagnóstico tras 3 días de hospitalización o tras tres consultas médicas.

Una característica clínica a la que merece la pena prestar atención es la recidiva de la fiebre. A pesar de que su definición no esté del todo consensuada, las fiebres recidivantes responden a los criterios de FPOD pero se alternan con fases asintomáticas de duración variable (de 48 horas a varias semanas según los autores).

Además, es importante distinguir cuatro contextos clínicos diferentes, que implican etiologías y actitudes terapéuticas «específicas»:

- FPOD clásicas;
- FPOD de origen nosocomial;

- FPOD de los pacientes neutropénicos, en las cuales las antibióticoterapias empíricas forman parte integrante del tratamiento;
- y las FPOD de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en los que las etiologías, principalmente infecciosas y neoplásicas, son objeto de artículos específicos.

Por último, el estudio complementario de entrada puede incluir hemograma, proteína C reactiva (CRP), perfil hepático y renal, creatininas fosfoquinasas (CPK), lactato-deshidrogenasas (LDH), electroforesis de las proteínas plasmáticas, tres hemocultivos repetidos sistemáticamente, estudio citobacteriológico de la orina (ECBO), serologías (VIH, virus de Epstein-Barr [VEB], citomegalovirus [CMV]) y tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica.

Para algunos autores, la ausencia de diagnóstico al término de este estudio constituye un elemento que define una FPOD [2]. A pesar de que esta definición, que asocia elementos clínicos y complementarios, sea discutible por los diferentes autores, lo cierto es que un estudio de entrada permite con frecuencia orientar el proceso diagnóstico hacia uno de los grupos etiológicos que este artículo va a abordar.

■ Etiologías

Las etiologías de las FPOD pueden dividirse en cinco categorías principales, cuyas frecuencias son variables de un estudio a otro: las infecciones (25-40%), las neoplasias (15-30%), las enfermedades inflamatorias no infecciosas (10-30%), otras causas (5-15%) y las FPOD «sin diagnóstico identificado» (Cuadro 1). Los progresos realizados desde hace 30 años en microbiología y en radiología han permitido diagnosticar más fácil y precozmente las etiologías infecciosas y neoplásicas. Por lo tanto, estas fiebres cada vez se clasifican menos como FPOD, lo que quizás explique la tendencia a una mayor representación de las etiologías inflamatorias y de las causas no diagnosticadas en las últimas series de FPOD [3,4].

Algunas patologías (tuberculosis, linfoma, endocarditis, vasculitis [en concreto la enfermedad de Horton], granulomatosis, enfermedad de Still) constituyen frecuentes causas de FPOD [2,3] y deben ser consideradas regularmente. Así mismo, debido a implicaciones terapéuticas evidentes, algunas causas infecciosas merecen una atención especial: se trata en concreto de algunas formas de micobacteriosis extrapulmonares, de la bartonelosis, de

la enfermedad de Whipple y de las endocarditis con hemocultivos negativos cuyo diagnóstico requiere una estrecha comunicación con el laboratorio de microbiología.

Por último, destacan tres situaciones particulares de FPOD: las fiebres medicamentosas, las fiebres facticias y las fiebres recidivantes.

Caso particular de las fiebres medicamentosas

Típicamente, las fiebres de origen medicamentoso aparecen 1 semana después del inicio del tratamiento, pero este tiempo es variable. Se puede tratar de una fiebre elevada con escalofríos. Es posible observar manifestaciones alérgicas asociadas (prurito, urticaria, eosinofilia), pero no siempre están presentes. Un elemento diagnóstico importante es la desaparición de la fiebre unos días después de suspender el fármaco responsable.

Los mecanismos que originan la aparición de una fiebre de origen medicamentoso pueden ser la estimulación del centro diencefálico, un efecto pirógeno directo o una reacción de hipersensibilidad. La lista de medicamentos implicados es amplia. Muy a menudo, están implicados antibióticos (penicilinas, minociclina, cefalosporinas, trimetoprima-sulfametoxazol), la metildopa, las quinidinas, los progestágenos (anticoncepción o tratamiento sustitutivo de la menopausia). En el caso de los progestágenos, el aumento de la temperatura de algunas décimas sin sobrepasar 38 °C puede ser considerado como «fisiológico», pero obliga a no dejar pasar por alto un posible fenómeno infeccioso intercurrente.

Caso particular de las fiebres facticias

Son difíciles de diagnosticar y afectan casi siempre a mujeres jóvenes que trabajan en un entorno sanitario. La ausencia de síndrome inflamatorio, la disociación pulso/temperatura, la buena tolerancia y el control de la toma de la temperatura durante un corto período de hospitalización pueden permitir establecer el diagnóstico.

Caso particular de las fiebres recidivantes

Las fiebres recidivantes (fiebres que alternan con fases asintomáticas de más de 48 horas) afectan a pacientes más jóvenes y

Cuadro 1.

Lista no exhaustiva de las causas de fiebres prolongadas de origen desconocido.

| Infecciones (25-40%) | Neoplasias (15-30%) | Enfermedades inflamatorias (10-30%) | Otras causas (5-15%) |
|--|---|---|---|
| Bacterianas: - endocarditis - tuberculosis - bacteria intracelular (fiebre Q, bartonelosis, brucelosis, rickettsiosis, salmonelosis, yersiniosis) - infecciones focalizadas: absceso interno, espondilodiscitis u osteomielitis, fístula enterovascular, aneurisma infectado, prostatitis, mastoiditis - infección en prótesis ortopédica o vascular - enfermedad de Whipple | Hemopatía (2/3): linfoma no Hodgkin, enfermedad de Hodgkin, síndrome mieloproliferativo | Vasculitis: enfermedad de Horton, SPR, enfermedad de Takayasu, vasculitis ANCA-positivo, PAN, poliangitis microscópica, enfermedad de Behçet, crioglobulinemia | Vascular: - tromboembolismo, reabsorción de un hematoma - émbolos de colesterol - síndrome de Dressler - hipertiroidismo - fiebre facticia - fiebre medicamentosa - enfermedad de Gaucher, enfermedad de Fabry - hepatitis alcohólica subaguda - enfermedad de Weber-Christian |
| Víricas: VIH, CMV, VEB, hepatitis | Tumores sólidos (1/3): tumor renal, cólico, carcinoma hepatocelular, pulmonar, sarcoma | Conectivopatía: lupus eritematoso diseminado, enfermedad de Sjögren, policondritis atrófica, artritis reumatoide, espondiloartritis anquilosante, enfermedad de Still, miositis | |
| Parasitarias: paludismo, leishmaniosis, toxoplasmosis, triquinosis, amebiasis tisular | | Granulomatosis: sarcoidosis, EICI | |

CMV: citomegalovirus; VEB: virus Epstein-Barr; EICI: enfermedad inflamatoria crónica intestinal; PAN: panarteritis nudosa; SPR: seudopoliartritis rizomélica; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465358>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465358>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)