

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

Autor Dr. Héctor Rodríguez Silva

Colaborador Dr. Víctor Roca Campaña

Servicio Medicina Interna

INTRODUCCIÓN

El proceso del diagnóstico de un síndrome febril prolongado, más conocido como fiebre de origen desconocido (FOD) y cuyos criterios fueron establecidos en 1961 por Peterdorf y Besson, constituye uno de los problemas más complejos y difíciles a los que se enfrenta el clínico en su práctica diaria. No se trata, en su mayoría, de enfermedades exóticas o raras, sino de enfermedades comunes y frecuentes que por determinadas condiciones no conocidas se expresan en forma predominante como una fiebre prolongada. Cada día se reportan nuevas enfermedades con este síndrome y arribar al diagnóstico causal se convierte en un gran dilema e incertidumbre para el médico y motivo de preocupación y ansiedad para el paciente y familiares.

Las causas de FOD son muy numerosas y se agrupan en 5 categorías (Cuadro 1). En todas las estadísticas las enfermedades infecciosas ocupan el primer lugar, los tumores malignos se sitúan en el segundo lugar y le siguen en orden las enfermedades del colágeno-vasculitis y un grupo de misceláneas. En múltiples estadísticas reportadas entre 10 y 15 % de casos permanecen sin diagnóstico. En la actualidad, con la introducción de nuevas técnicas se puede arribar al diagnóstico más rápidamente y enfermedades que en décadas anteriores resultaban difíciles de confirmar, hoy con la aplicación de estos nuevos métodos son diagnosticados en la primera semana de ingreso y dejan de ser una FOD.

El diagnóstico de una FOD, como todo proceso de diagnóstico, depende en gran medida de un interrogatorio preciso y de un examen físico detallado, pero no cabe la menor duda que debe tener un gran apoyo de medios diagnósticos tecnológicamente desarrollados, fundamentalmente del Laboratorio Clínico, la Imagenología, la Anatomía Patológica y la Microbiología.

La complejidad de estos cuadros y no contar a veces con los recursos diagnósticos necesarios han determinado la remisión de múltiples pacientes al servicio de Medicina Interna de nuestro hospital con este síndrome para la búsqueda de su causa. La importancia de este síndrome no estriba en su frecuencia sino en lo complejo y difícil que resulta precisar su causa. En varias estadísticas se reporta entre 1 y 2 % del total de pacientes ingresados. En nuestro hospital el promedio estimado ingresados en el servicio de medicina ha fluctuado entre dos y tres casos mensualmente. Otro dato de interés es el tiempo necesario para concluir el diagnóstico, el cual varía mucho en las grandes series reportadas.

Cuadro 1: causas más frecuentes de FOD

Enfermedades infecciosas

- Tuberculosis
- Endocarditis
- Abscesos abdominales
- Infecciones del tractus urinario y de las vías biliares
- Virus Ebstein-Barr, citomegalovirus, VIH.

Neoplasias

- ***Hematológicas***
 - ⊕ Linfomas
 - ⊕ Leucemias
- ***Tumores sólidos***
 - ⊕ Cáncer del riñón
 - ⊕ Cáncer de hígado
 - ⊕ Cáncer de pulmón
 - ⊕ Mixoma

Enfermedades del colágeno-vasculitis

- Lupus eritematoso sistémico
- Enfermedad de Still del adulto
- Artritis reumatoide
- Arteritis temporal
- Polimialgia reumática
- Poliarteritis nodosa
- Enfermedad de Von Wegener
- Síndrome de Sjögren

Misceláneas

- Sarcoidosis
- Granulomatosis hepática
- Enfermedades inflamatorias intestinales
- Tiroiditis subaguda
- Fiebre por medicamentos
- Fiebre ficticia

Entre 10 y 15 % permanecen sin diagnóstico

OBJETIVOS

- Identificar las principales causas de FOD en nuestro medio.
- Precisar el tiempo promedio de hospitalización para arribar al diagnóstico.

- Poner en práctica un Algoritmo Diagnóstico que permita racionalizar las investigaciones, reducir los costos y evitar molestos innecesarios.

DESARROLLO

Criterios para el diagnóstico de una FOD

- Fiebre mayor de 38.3° C (grados centígrados) en varias ocasiones.
- Fiebre que se prolonga por 3 semanas o más y que permanece sin diagnóstico después de una semana de investigaciones intrahospitalarias.

Procedencia de los pacientes

- Remisión de hospitales del segundo nivel de atención por rebasar sus posibilidades diagnósticas, previa coordinación.
- Los casos de los policlínicos correspondientes a los municipios Centro Habana y Habana Vieja serán remitidos a la consulta establecida al efecto. En esta consulta, además, serán atendidos aquellos pacientes que requieran un seguimiento temporal por algún motivo.

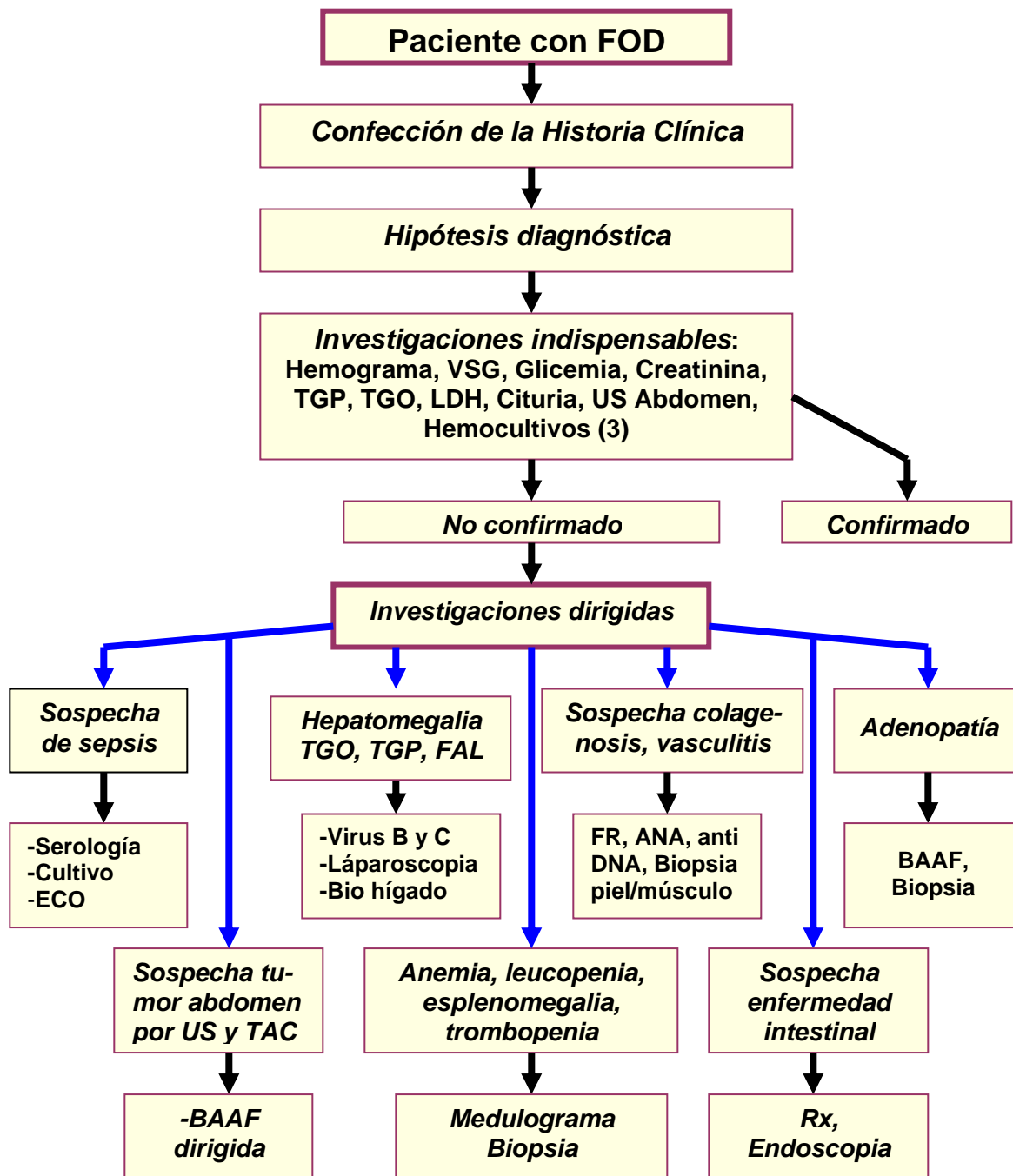
Una vez diagnosticados y tratados los pacientes se remitirán a su lugar de procedencia.

Procedimiento diagnóstico

Para proceder al diagnóstico nos proponemos aplicar un algoritmo donde se establece la ruta crítica de los pasos consecutivos que facilitarán arribar al diagnóstico lo más rápido posible, con el mínimo de costos y molestias al paciente.

- **Primera etapa** (ver algoritmo): la primera etapa del diagnóstico consiste en la realización de un interrogatorio preciso y un examen físico detallado. A partir de este primer paso, y aplicando siempre el método clínico, se elaborará una o más hipótesis diagnóstica.
- **Segunda etapa** (ver algoritmo): la segunda etapa comprende un número de investigaciones indispensables, que siempre estarán regidas por la o las hipótesis diagnósticas. Estas investigaciones habitualmente no permiten arribar al diagnóstico, pues de hacerlo ya dejaría de ser una FOD, pero si serán de gran utilidad, pues como veremos posteriormente, unido a los hallazgos físicos permitirán determinar las próximas investigaciones a realizar.
- **Tercera etapa** (ver algoritmo): la tercera etapa comprende un grupo de investigaciones dirigidas que, unidas a los hallazgos clínicos y a los resultados de los exámenes indispensables, permitirán decidir que nuevas investigaciones deben realizarse.

ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA FOD



En caso que hubiera indicios de posible sepsis sería obligado indicar los cultivos necesarios: hemocultivos, urocultivos, bilicultivos, u otros, así como investigaciones serológicas para las distintas enfermedades bacterianas o virales. Por esta vía se puede arribar al diagnostico de múltiples enfermedades infecciosas: endocarditis, sepsis urinaria y de vías biliares, fiebre tifoidea, tuberculosis y otras.

Los estudios serológicos permitirán realizar el diagnóstico de otra variada gama de enfermedades: mononucleosis infecciosa, enfermedad por citomegalovirus, leptospirosis.

Puede que las investigaciones indispensables muestren movimiento de las enzimas hepáticas, lo que unido a hepatomegalia orientan a profundizar en enfermedades que afectan el hígado. Esto obliga a la realización de laparoscopia con biopsia hepática dirigida. Un gran número de causas de FOD son diagnosticadas por esta vía. Tan sólo nombrar las más frecuentes: linfomas, cáncer primario o metastásico, hepatitis crónica B o C, granulomatosis hepática ((tuberculosis, sarcoidosis, colangitis).

Si los exámenes complementarios detectan: anemia, leucopenia, trombocitopenia, aislados o en combinación, se impone realizar medulograma y biopsia de cresta iliaca. Son múltiples las causas de FOD que se aclaran con esta investigación: leucemias, linfomas, metástasis de carcinoma de varias localizaciones, tuberculosis, síndromes mielodisplásicos, mieloma múltiple, anemia aplásica complicada con sepsis.

En ocasiones existen síntomas y signos que orientan a una enfermedad del tejido conectivo-vasculitis, lo que hace necesario investigaciones como: factor reumatoide, ANA, Anti-DNA, ANCA, biopsia de piel y músculo o de otra víscera, de acuerdo a la posible sospecha; por ejemplo, riñón en caso de lupus eritematoso sistémico (LES).

La arteritis temporal se escapa con frecuencia al diagnóstico y exige un interrogatorio preciso dirigido a la búsqueda de síntomas oculares y examen cuidadoso de las arterias temporales. Por lo general se trata de pacientes de más de 60 años con toma de estado general, anemia, velocidad de sedimentación globular (VSG) > de 100 mm/h y resto del examen negativo. En todo caso, si la sospecha esta bien fundamentada, hay que realizar biopsia de la arteria temporal, aconsejándose tomar una extensión de 3 cm pues si el fragmento de arteria es pequeño se puede escapar al diagnóstico.

Siguiendo este camino se puede precisar el diagnóstico de la mayoría de este grupo de enfermedades. No obstante, existen dos de ellas de muy difícil diagnóstico: la enfermedad de Still del adulto y la poliarteritis nodosa; la primera por no existir ninguna investigación que lo confirme y la segunda por lo abigarrado de su cuadro clínico.

El ultrasonido diagnóstico (USD) y la tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen pueden poner en evidencia un tumor, absceso, adenopatías u otras lesiones que hacen obligatorio realizar una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) dirigida por USD o aspiración en caso de absceso. En nuestra casuística aparece reportado un caso de aneurisma disecante de aorta abdominal puesto en evidencia por USD y TAC contrastada.

Varias enfermedades gastrointestinales pueden ser causa de FOD, en particular las enfermedades inflamatorias intestinales (colitis ulcerativas y la enfermedad de

Crohn) que en ocasiones cursan con pocas manifestaciones intestinales y se hace necesario el diagnóstico a través de estudios radiológicos y/o endoscopia. El cáncer del colon raramente se expresa por una FOD sin otros síntomas, haciéndose muy difícil el diagnóstico. Uno de nuestros casos presentó este dilema, pero la presencia de anemia ferropénica orientó el estudio al tractus digestivo (colon por enema y colonoscopia) que permitió arribar al diagnóstico.

La presencia de adenopatías en el curso de un síndrome febril permite rápidamente llegar a un diagnóstico por medio de una BAAF o biopsia, pero a veces estas son profundas o aparecen evolutivamente después de semanas o meses del debut de la fiebre y el diagnóstico se hace extraordinariamente difícil, por lo que es necesario, según su localización, recurrir a la mediastinoscopia o cirugía de mínimo acceso abdominal para realizar la biopsia.

Como se puede apreciar, siguiendo este algoritmo puede realizarse el diagnóstico de un gran número enfermedades causantes de una FOD. No obstante, en todas las estadísticas existe entre 5 a 15 % de FOD que permanecen sin diagnóstico y sólo la evolución puede aclarar su causa. En estos casos debe continuarse realizando evaluaciones mensuales hasta identificar la causa o que se produzca una curación espontánea.

Ingresos

- Los ingresos se harán en el servicio de Medicina Interna y procederán de los hospitales del segundo nivel de atención y de la consulta intrahospitalaria.

Consulta externa

- Se creará una consulta para valorar los casos remitidos de los policlínicos del área, así como los remitidos de las consultas del hospital o casos dados de alta que requieran un seguimiento temporal.

EVALUACIÓN Y CONTROL

Indicadores de estructura		Plan %	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	% completamiento personal calificado y personal auxiliar entrenado en el tema del PA	>95	>95	90-94	< 90
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	90-94	< 90
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	90-94	< 90
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	90-94	< 90
Organizativos	Disponibilidad diseño organizativo para aplicar el PA	95	95	90-94	< 90
	Planilla recogida datos del PA	100	100	-	<100
	Base de datos electrónica	100	100	-	<100
Indicadores de proceso		Plan %	Bueno	Regular	Malo

% pacientes a quienes se aplicaron los pasos establecidos en el algoritmo diagnóstico	>90	>90	80-99	< 80
% pacientes a quienes se les realizaron las investigaciones suficientes para diagnóstico	>80	>80	70-79	< 70
Indicadores de Resultados	Plan %	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con FOD cuyo diagnóstico fue concluido entre los 10 y 15 días del ingreso	>85	>85	70-64	< 70

Información a pacientes y familiares

Se le informará al paciente y/o familiares sobre los procedimientos a los cuales será sometido con el fin de arribar al diagnóstico de su enfermedad.

Cuando estos procedimientos impliquen algún riesgo, como puede ocurrir en biopsias de hígado, medula ósea, riñón, investigaciones endoscópicas o intervenciones quirúrgicas, se le solicitará al paciente o familiares el consentimiento informado.

Finalmente, se efectuará una reunión al alta con el paciente y familiares donde se le brindará una información sobre su enfermedad, cual será el tratamiento a seguir, así como el pronóstico y cómo será el seguimiento. Esta reunión se hará con la mayor claridad y prudencia.

Bibliografía

1. Amin K, Kauffman C K. Fever of unknown origin: A strategic approach to this diagnostic dilemma. Postgraduate Medicine 2003; 114(3):69-75.
2. Cruz Peña LA, Rodríguez Silva H. Fiebre de origen desconocido. Revisión de 105 casos. Revista Cubana de Medicina 1995; 34(3):
3. de Kleeijn EM, Vandenbroucke JW. Fever of unknown origin. A prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic criterion. The Netherlands FUO Study Group. Medicine (Baltimore) 1997; 76:392-400.
4. Mourad O, Palda V, Detsky A. A comprehensive evidence-Based approach fever of unknown origin 2003; 163:545-551.
5. Petersdorf RG, Besson PB. Fever of unknown origin: Report on 100 cases. Medicine 1961; 40:1-30.
6. Vanderschueren SV, Knockaert D, Adriaenssens T, Demey W, Dumez A, Blackmans D, Bobbaers H. From prolonged febrile illness fever of unknown origin. Arch Intern Med 2003; 163:1033-1041.