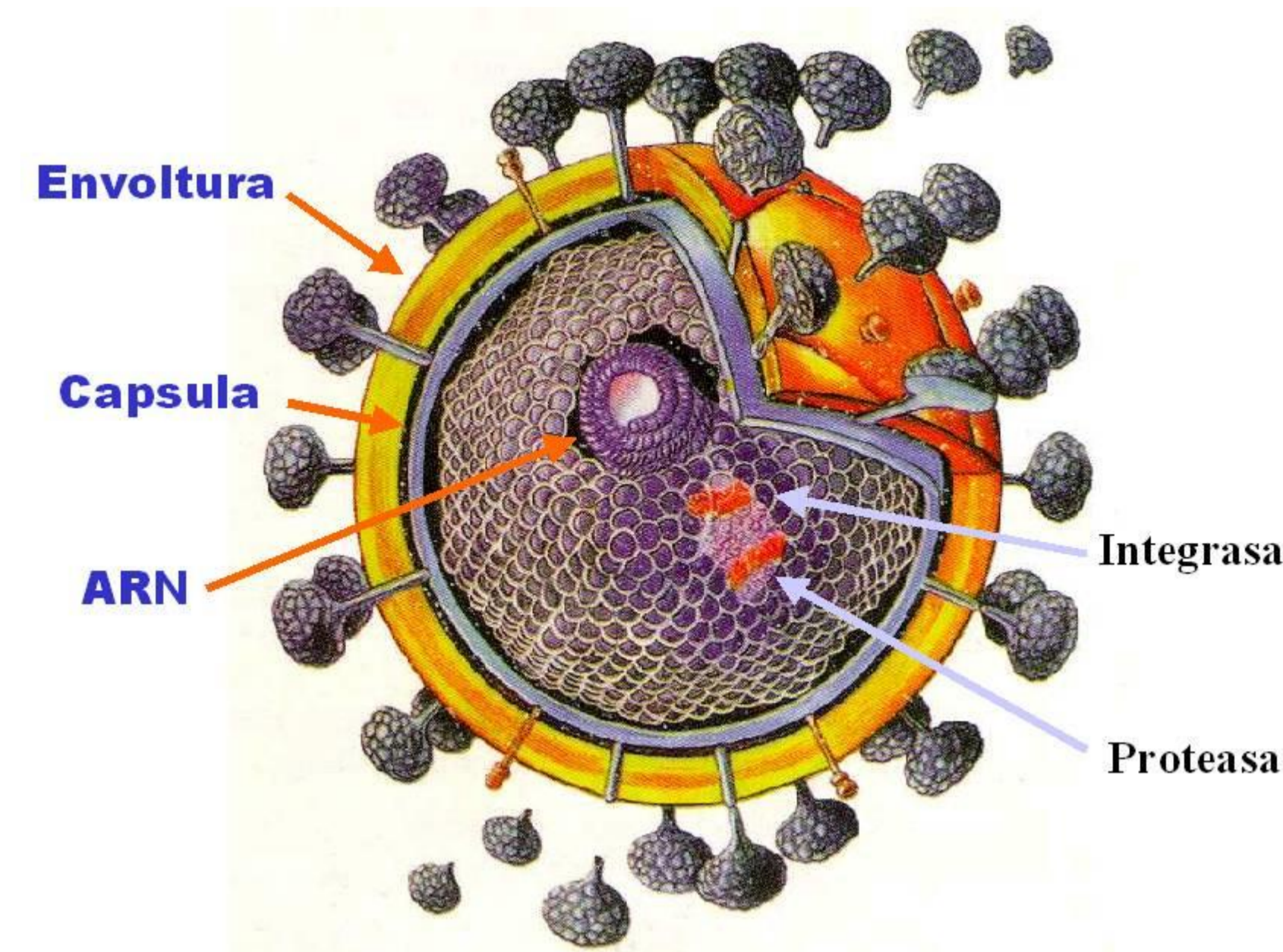


# FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

V. López-Marina <sup>a</sup>; G. Pizarro Romero <sup>b</sup>; R. Alcolea García <sup>c</sup>; T. Rama Martínez <sup>d</sup>; A. Girona Amores <sup>b</sup>; D. Rodríguez Vargas <sup>a</sup>.

Centro Médico Martorell <sup>a</sup>; EAP Badalona 6-Llefiá <sup>b</sup>; EAP Besós <sup>c</sup>; EAP Masnou <sup>d</sup>.

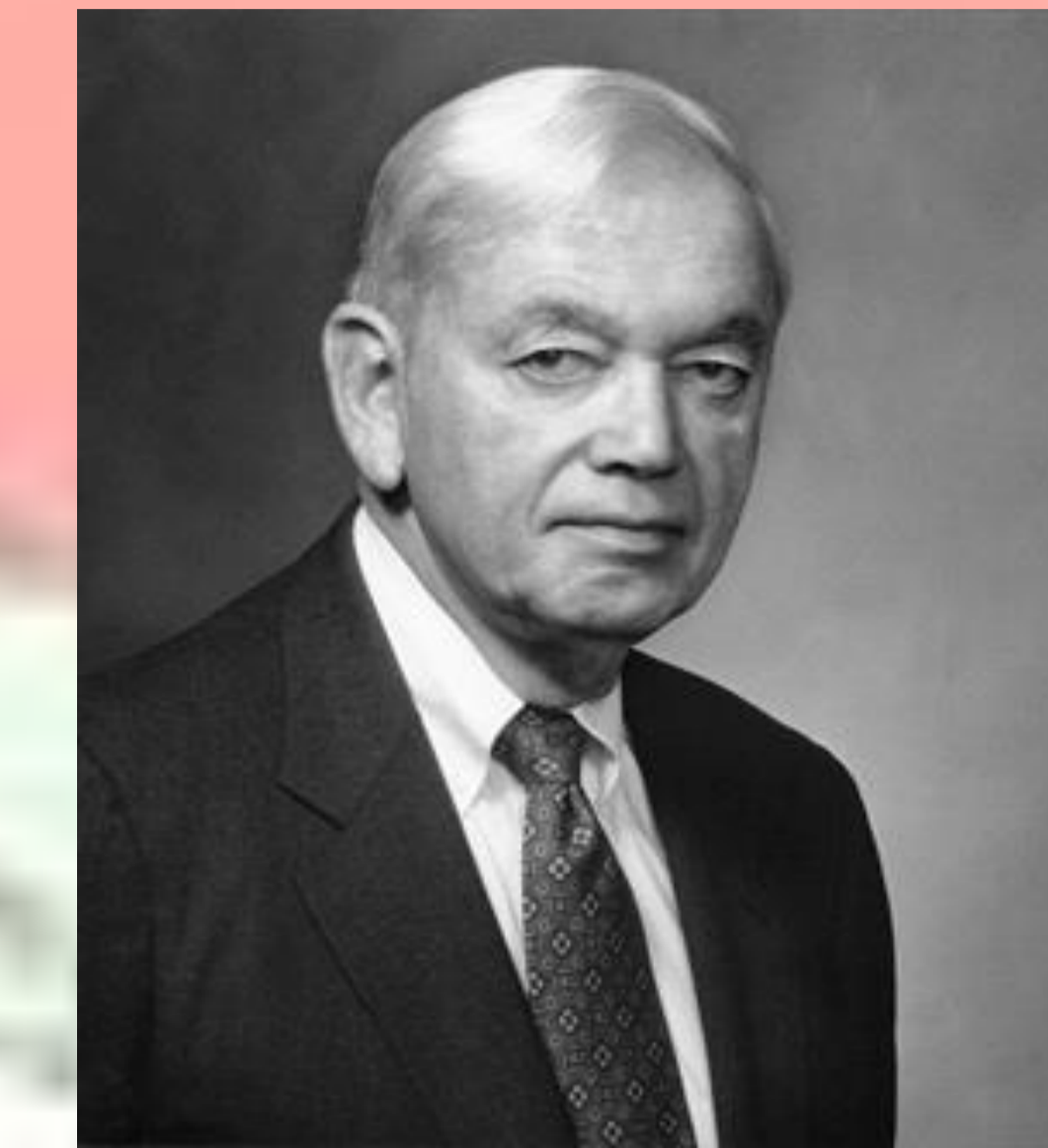
**FIGURA 3**



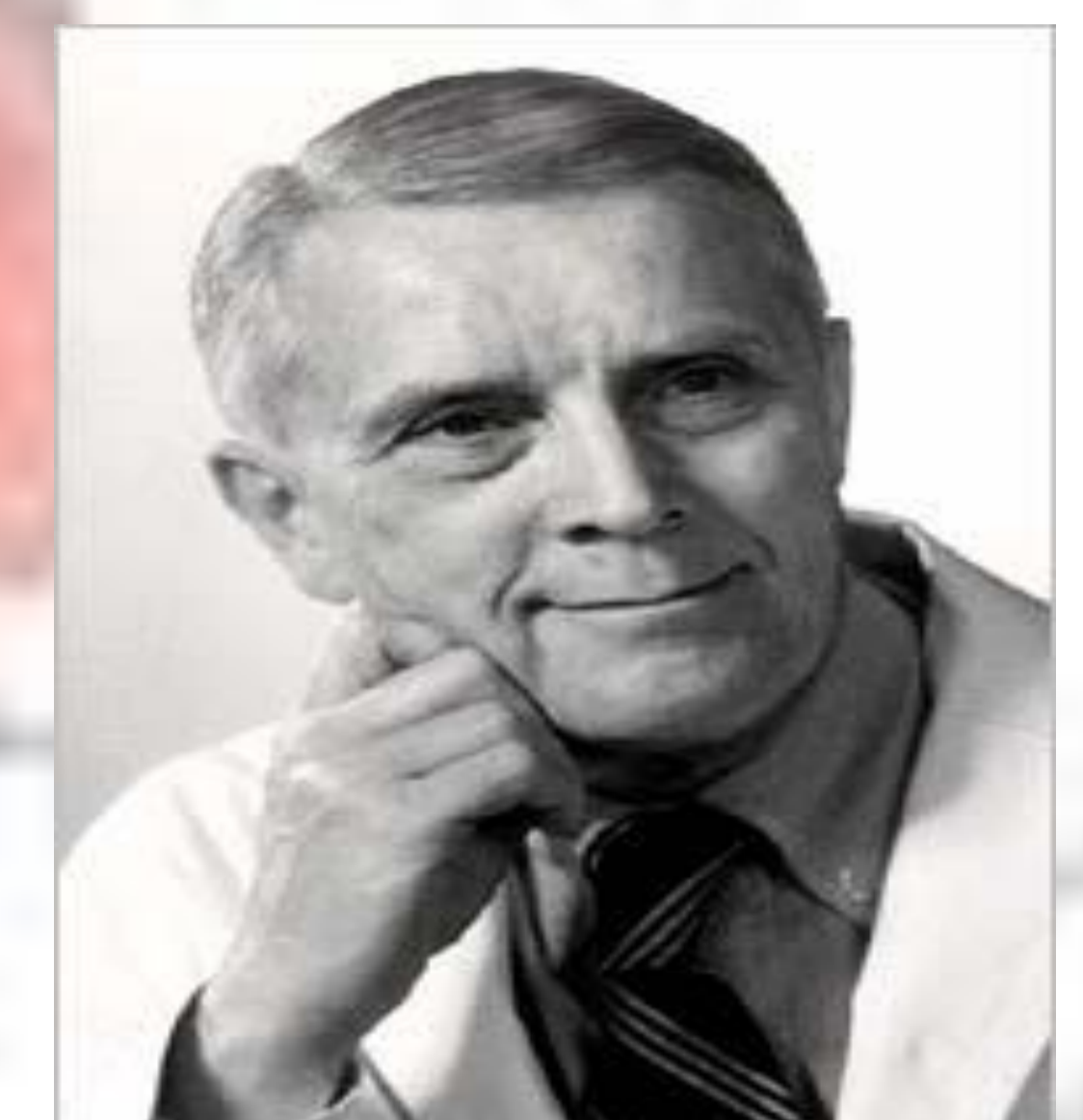
## INTRODUCCIÓN:

La fiebre de origen desconocido (FOD) fue definida por Petersdorf (*figura 1*) y Beeson (*figura 2*) en 1961 por la presencia de una  $T^a > 38,3^{\circ}\text{C}$  en varias ocasiones durante más de 3 semanas y sin diagnóstico tras una semana de estudio hospitalario. Presenta muchas etiologías, entre ellas la infección por citomegalovirus (CMV) (*figura 3*).

**FIGURA 1.** Robert Petersdorf (1926-2006)



**FIGURA 2.** Paul Bruce Beeson (1908-2006)



## DESCRIPCION SUCINTA DEL CASO:

- Varón de 37 años que va varias veces a urgencias por fiebre vespertina ( $38,5-39^{\circ}\text{C}$ ) bien tolerada sin foco de 3 semanas. **Exploración física, analítica, sedimento y urocultivo, Rx Tórax y Abdomen (urgencias):** normales. **Fondo de ojo, PPD, parásitos en heces y coprocultivo, electrocardiograma:** normales. **Analítica extensa:** ferritina 1099, AST 561, ALT 816, GGT 172, fosfatasa alcalina 598, LDH 1035, IgG+ con IgM- para VEB y CMV, resto de serologías y estudio inmunológico negativos, excepto C4 47,3 (se añade a la clínica astenia).
- Se orienta como **FOD Y HEPATITIS A FILIAR** y se deriva al hospital, ingresando en **MEDICINA INTERNA**. **Analítica:** IgM+ e IgG+ para CMV (en dos determinaciones), linfocitosis con algunas formas activadas, resto anodino. **ECO y TC Tóraco-Abdominal:** normales. Se diagnostica **FOD y HEPATITIS POR CMV**, se pauta tratamiento sintomático, cede la fiebre a los 4 días y se normalizan los enzimas a las 2 semanas.

## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

- La FOD tiene múltiples causas: infecciosas (40%), neoplásicas (30%), autoinmunes (15%), otras (7%) y FOD sin diagnóstico (8%).
- Es posible manejarla en atención primaria con una 1ª línea exploratoria (Hª Clínica minuciosa, fondo de ojo, PPD, gota gruesa, analítica, cultivo de muestras, electrocardiograma, Rx, Ecografía, TAC) y derivar al hospital para estudios más específicos si hay datos de gravedad ( $T^a > 41^{\circ}\text{C}$ , disnea, hipotensión, coagulopatía, alteración hidroelectrolítica o de conciencia, meningismo, ictericia) o factores de riesgo (cardiopatía, EPOC, insuficiencia renal o hepática, alcoholismo, drogas ev, edad extrema, gestación, inmunodeficiencias, imposibilidad de control ambulatorio).

## BIBLIOGRAFÍA:

[**KEY WORDS:** Fever of unknown origin, cytomegalovirus]

1. Hersch EC, Oh RC. Prolonged febrile illness and fever of unknown origin in adults. *Am Fam Physician*. 2014; 90 (2): 91-6.
2. Cunha BA, Hage JE, Nouri Y. Fever of unknown origin (FUO) in an immunocompetent adult due to cytomegalovirus (CMV) with polyclonal gammopathy. *Infection*. 2012; 40 (3): 327-30.
3. Manfredi R, Calza L, Chiodo F. Primary cytomegalovirus infection in otherwise healthy adults with fever of unknown origin: a 3-year prospective survey. *Infection*. 2006; 34 (2): 87-90.