



## A-24. - FIEBRE DE DURACIÓN INTERMEDIA EN UN ÁREA URBANA DE MADRID: ESPECTRO ETIOLÓGICO Y ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA

F. Montoya, R. Mayayo, V. Hontañón, M. Lizariturry, F. Arnalich, J.M. Peña

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario la Paz. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Conocer las etiologías más frecuentes, del síndrome febril de duración intermedia (FDI) en un área urbana de Madrid. En base a ello evaluar la utilidad de las diferentes pruebas diagnósticas a fin de diseñar una estrategia diagnóstica sistematizada.

**Métodos:** Estudio prospectivo realizado entre abril de 2012 y junio de 2013, en que se incluyeron todos los pacientes atendidos en el Hospital Universitario La Paz que cumplían los siguientes criterios: síndrome febril, con una duración de entre 7 y 28 días, adquirido en la comunidad y que después de una evaluación clínica y complementaria basal (analítica de sangre y radiografía de tórax) seguía sin presentar focalidad. Se excluyeron los pacientes con criterios de gravedad clínica, viaje reciente (< 1 mes) a otros continentes, ingreso hospitalario reciente (< 7 días) o inmunosupresión (Infección VIH, neutropenia...). En la primera visita, tras cuidadosa anamnesis y exploración física, se realizó hemocultivo, urocultivo y técnicas serológicas microbiológicas. En la segunda visita, si la fiebre persistía y el primer nivel de estudio no informaba sobre la etiología, se realizaba un test de Mantoux, una segunda batería de serologías y marcadores de enfermedades autoinmunes. En la tercera visita, si persistía la fiebre y no se había llegado al diagnóstico, se reevaluaban los pacientes y se solicitaban pruebas de imagen de forma orientada (TAC, ecocardiograma, endoscopia, etc.). Si después de todo esto la fiebre persistía y las pruebas realizadas no encontraban etiología, el cuadro pasaba a la categoría de Fiebre de Origen Desconocido (FOD). Se recogió la evolución de los pacientes con tres opciones: resolución espontánea, resolución con tratamiento o evolución a FOD.

**Resultados:** Se incluyeron 98 pacientes que cumplían los criterios de FDI. Se alcanzó un diagnóstico etiológico en 50 casos (51%). Las causas infecciosas fueron las más frecuentes (38 pacientes, 76% del total con diagnóstico), destacando infección por el virus de Epstein Barr (n = 8), CMV (n = 6), fiebre Q (n = 6) e infecciones por Chlamydia (n = 6). Entre las causas no infecciosas la más frecuente fue la enfermedad inflamatoria intestinal (n = 4) seguida de neoplasias (2 linfomas y 1 leucemia oligoblástica). Respecto a la evolución, en el 66,3% (n = 65) la fiebre se resolvió de forma espontánea, mientras que en el 30,6% (n = 30) fue necesario tratamiento específico (en 19 casos antibióticos). Solo en 3 casos la fiebre persistió, pasando a cumplir criterios de FOD.

**Discusión:** En nuestra experiencia la FDI es una patología frecuente. Sus rasgos son de benignidad pues es dos de cada tres casos se resuelve de forma espontánea y en la mitad de los casos no se

alcanza un diagnóstico etiológico. En nuestra área no hay casos de brucelosis y la importancia de la fiebre Q es menor que en series anteriores. El tratamiento empírico con doxiciclina solo habría resultado eficaz en 14 casos (14,2%), por lo que no podemos propugnar su uso rutinario en nuestro medio. Respecto a la utilidad de las diferentes técnicas diagnósticas consideramos que la correcta anamnesis y cuidadosa exploración física junto a un número limitado de test de laboratorio es una estrategia eficiente.

*Conclusiones:* La FDI es un proceso frecuente, generalmente benigno y autolimitado, en el que la etiología puede encontrarse hasta en un 50% de los casos con una batería de pruebas relativamente sencilla y barata. En nuestro medio no parece eficiente el tratamiento empírico con doxiciclina y pruebas más costosas o sofisticadas de imagen, como la TAC, tienen una rentabilidad muy baja por lo que su uso debería reservarse para los casos que evolucionan a FOD.