

# FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FOD) EN EL ANCIANO

Diego Andrés Osorno Chica  
Residente Nivel IV  
Medicina Interna y Geriátría  
Universidad de Caldas, Manizales

## Introducción

La fiebre de origen desconocido en el viejo es el típico ejemplo de síndrome médico que requiere de un enfoque especial cuando se compara con las personas jóvenes.

En 1961 Petersdorf y Beeson introdujeron la definición que se convertiría en estándar, haciendo referencia a aquella fiebre de más de 38.3 grados centígrados, de más de 3 semanas de duración y que luego de 1 semana de estudio, en ámbito hospitalario, no se ha definido una causa (2).

Recientemente Durack y Street propusieron un nuevo sistema de clasificación de la fiebre de origen incierto:

- a. Clásica
- b. Nosocomial
- c. Neutrópica
- d. Asociada a HIV

Debido a que la institucionalización es costosa y a que la mayoría de los estudios se pueden realizar de forma ambulatoria, el criterio de 1 semana en hospitalización se modificó (1, 3, 4). A través de diversos estudios se ha podido establecer que las infecciones, seguidas de las neoplasias y las enfermedades del tejido conectivo son las principales causas. Sin embargo 30% de los pacientes se queda sin una causa definida (5, 6). Investigaciones recientes en ancianos han demostrado que el diagnóstico se puede determinar en 87 a 95% de los casos (7).

La fiebre en el viejo se convierte en manifestación atípica de una enfermedad común; una publicación he-

cha en el Journal de la Sociedad Americana de Geriátría (JAGS) en 1993 muestra la siguiente distribución de causas de FOD en mayores de 65 años:

| Distribución de causas de FOD en mayores de 65 años |     |
|---|-----|
| Enfermedades multisistémicas:                       | 31% |
| Infecciones:  | 25% |
| Tumores:  | 12% |
| Sin diagnóstico:                                    | 12% |
| Misceláneas:  | 10% |
| Drogas:   | 6%  |

Tabla 1

*Distribución de causas de FOD en mayores de 65 años*

La tuberculosis, la polimialgia reumática, la artritis reumatoide y la arteritis de la temporal, junto a las Neoplasias cobijan la mayoría de los casos (7).

## Infecciones

En muchos estudios a nivel mundial, la infección se ha demostrado como la principal causa de fiebre de origen desconocido, algo similar se postula en lo referente al anciano (7, 10) debido a la alta susceptibilidad que tienen los viejos a las infecciones y la morbilidad y mortalidad de ellas derivadas.

Los abscesos intra-abdominales, que generalmente en la vejez suelen cursar en forma subaguda, están a la cabeza siguiendo a la tuberculosis como causa de la fiebre de origen incierto (1, 7), especialmente la forma miliar de la TBC (11). Los abscesos cobijan el 4% del total y la tuberculosis oscila, según los distintos repor-

tes, entre el 20 y el 50% del total de casos generados por infecciones.

Otras causas menos frecuentes de FOD de causa infecciosa son las osteomielitis por *S. aureus* y bacilos gram negativos, especialmente cuando hay Diabetes Mellitus asociada (12, 13, 15). 50% de los casos de endocarditis infecciosa ocurren en mayores de 60 años, lo que hace a esta entidad de obligatorio carácter para hacer un diagnóstico diferencial entre las causas de fiebre de causa no clara (16, 17, 18, 19, 20).

La instrumentación del tracto genitourinario sobre todo en personas que residen en instituciones de larga estancia, es una causa común (20). Las enfermedades virales, incluyendo la Mononucleosis infecciosa, las infecciones por citomegalovirus y la infección por HIV, son causas poco frecuentes pero que se deben tener en cuenta para hacer el diferencial. Las dos primeras causas anotadas se presentan principalmente en personas institucionalizadas.

### Enfermedad multi-sistémica

Representadas eminentemente por las enfermedades de trasfondo inmunitario, particularmente el complejo polimialgia reumática-arteritis temporal (constituye el 60% de las causas en esta categoría) (27, 28, 29, 30, 31), además están la sarcoidosis, la artritis reumatoide, la enfermedad de Wegener y la poliarteritis nodosa (7).

### Neoplasias

Las leucemias, la enfermedad de Hodgkin, el mieloma múltiple y el cáncer de colon, son las principales categorías ubicadas en éste ítem (5, 7, 9, 10).

### Misceláneas

El embolismo pulmonar representa el 4% de las causas de fiebre de origen desconocido en mayores de 65 años (7, 32, 33); la tiroiditis subaguda de Quervain y la tirotoxicosis, son dos causas poco frecuentes ubicadas en esta categoría (36, 37).

### Drogas

Los anti-inflamatorios no esteroideos y los antimicrobianos son las 2 causas más frecuentes dentro de este grupo (1).

## Evaluación del paciente anciano con Fiebre de Origen Desconocido

Este síndrome se convierte en un verdadero problema diagnóstico, en parte porque el viejo tiene poca tolerancia a ser sometido a largos períodos de evaluación y además los costos que acarrea el estudio (ver Tabla 2).

| <b>Recomendaciones para el estudio de FOD en ancianos</b>    |
|--|
| Una adecuada historia clínica                                |
| Examen físico completo                                       |
| Hemograma  |
| Química sanguínea  |
| TSH-T4L  |
| Serología para Epstein-Barr y CMV                            |
| Elisa HIV  |
| ANAS   |
| Ecografía abdominal  |
| TAC de tórax y abdomen                                       |
| Ecocardiograma   |
| PPD  |
| VSG  |
| Biopsia de arteria temporal si amerita                       |
| Escanograma con leucocitos marcados con Galio 67 o Indio 111 |
| Biopsia de hígado y médula ósea                              |
| Laparotomía exploradora                                      |

Tabla 2  
Recomendaciones para el estudio de FOD en ancianos

## ¿Son válidos los criterios de Petersdorf y la clasificación de Durack en el viejo?

La fiebre en el viejo se define como la persistencia de una temperatura oral, o de la membrana timpánica por encima de 37.2 grados centígrados, rectal mayor de 37.5 grados centígrados o un incremento mayor de 1.3 grados centígrados sobre el valor basal (8, 39).

Muchos ancianos tienen respuesta febril bloqueada (39) lo que altera y retarda el diagnóstico de un importante número de condiciones. La función termorreguladora, así como las sudomotora y vasomotora, están modificadas. De la misma forma, la respuesta a las Interleukina 1 y 6 es distinta en el anciano cuando se compara con las personas menores de 55 años (8). Fundamentado en lo anterior algunos han propuesto modificar los

criterios de Petersdorf, y las categorías de Durack en personas mayores de 65 años pero al momento no ha existido consenso en esto, motivo por el cual siguen siendo válidos.

## Conclusiones

Las causas de FOD en el anciano cobijan un espectro diferente cuando se comparan con el origen en personas jóvenes:

1. El número de causas no diagnosticadas en ancianos es menor.
2. La fiebre suele ser manifestación atípica de enfermedades comunes.
3. Los criterios de Petersdorf siguen siendo válidos en el viejo.

## Bibliografía

1. Arnow PM. Fever of unknown origin. Review article. *Lancet* 1997; 350: 575–80.
2. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine* 1961; 40: 1–30.
3. Kanzasjian P. Fever of unknown origin: review of 86 patients treated in community hospitals. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 968–73.
4. Petersdorf RG. Fever of unknown origin: an old friend revisited. *Arch Intern Med* 1992; 152: 21–2.
5. Knockaert DC, Vanneste LJ, Vanneste SB. Fever of unknown origin in 1980s. An update of the diagnostic spectrum. *Arch Intern Med* 1992; 152: 51–5.
6. DeKleijn EM. Fever of unknown origin (FUO): I. A prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic entry criteria. *Medicine* 1997; 76: 392.
7. Knockaert DC, Vanneste LJ, Bobbaers HJ. Fever of unknown origin in the elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1993; 41: 1187–92.
8. Norman DC. Fever in the elderly. *Clin Infectious Dis* 2000; 31: 148–51.
9. Esposito AL, Gleckman RA. Fever of unknown origin in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1978; 26: 498–505.
10. Barrier J, Schneebeli S, Peltier P. Les fièvres prolongées inexplicables chez les personnes, âgées. *Concours Med* 1982; 104: 4679–89.
11. Korzeniewska-Kosela M, Krysl J, Muller N, Black W, Allen E, Fitzgerald JM. Tuberculosis in young adults and the elderly. *Chest* 1994; 106: 28–32.
12. Sapico FL. Microbiology and antimicrobial therapy of spinal infections. *Orthop Clin North Am* 1996; 27: 9–13.
13. Darouiche RO, Landon GC, Klima M, Musher DM, Markowski J. Osteomyelitis associated with pressure sores. *Arch Intern Med* 1994; 154: 753–8.
14. Mackowiak PA, Jones SR, Smith JW. Diagnostic value of sinus-tract cultures in chronic osteomyelitis. *JAMA* 1978; 239: 2772–5.
15. Mader JT, Shirliff ME, Bergquist S, Calhoun JH. Bone and joint infections in the elderly: practical treatment. *Drugs Aging* 2000; 16: 67–80.
16. Dhawan VK. Infective endocarditis in elderly patients. *Clin Infect Dis* 2002; 34: 806.
17. Werner GS, Shulz R, Fuchs JB. Infective endocarditis in the elderly in era of transesophageal echocardiography: clinical features and prognosis compared with younger patients. *Am J Med* 1996; 100: 90–7.
18. Leport C, Bure A, Leport J, Vilde JL. Incidence of colonic lesions in *Streptococcus bovis* and enterococcal endocarditis. *Lancet* 1987; 1: 748.
19. Gagliardi JP, Nettles RE, Sanders LL, Corey GR, Sexton DJ. Native valve infective endocarditis in elderly and younger adult patients: comparison of clinical features and outcomes with use of the Duke criteria and the Duke Endocarditis Database. *Clin Infect Dis* 1998; 26: 1165–8.
20. Netzer RO, Zollinger E, Seiler C, Cerny A. Native valve infective endocarditis in elderly and younger patients: comparison of clinical features and outcomes with Duke criteria. *Clin Infect Dis* 1999; 28: 1165–8.
21. Terpenning MS, Buggy BP, Kauffman CA. Infective endocarditis: clinical features in young and elderly patients. *Am J Med* 1987; 83: 626–34.
22. Cantrell M, Yoshikawa TT. Infective endocarditis in the aging patient. *Gerontology* 1984; 30: 316–26.
23. Axelrod P, Finestone AJ. Infectious mononucleosis in older patients. *Am Fam Physician* 1990; 42: 1599–606.

24. Whipple B, Scura K. HIV and the older adult. *J Gerontol Housing* 1989; 15: 15–9.
25. Armstrong WS, Katz J, Kazanjian PH. Human immunodeficiency virus-associated fever of unknown origin: a study of 70 patients in the United States and review. *Clin Infect Dis* 1999; 28: 341–5.
26. Linsk H. HIV and the elderly. *Families Soc* 1994; 75: 362–72.
27. Swannell AJ. Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: diagnosis and management. *BMJ* 1997; 314: 1329.
28. Lee AG, Brazis PW. Temporal arteritis: a clinical approach. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 1364–70.
29. Salvarani C, Macchioni P, Boiardi L. Polymyalgia rheumatica. *Lancet* 1997; 350: 437.
30. Martinez-Taboada VM, Blanco R, Rodriguez-Valverde V. Polymyalgia rheumatica with normal erythrocyte sedimentation rate, clinical aspects. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18: 34–7.
31. Gonzalez-Gay MA, Rodriguez-Valverde V, Blanco R, Martinez-Taboada VM. Polymyalgia rheumatica without significantly increased erythrocyte sedimentation rate. A more benign syndrome. *Arch Intern Med* 1997; 157: 317–20.
32. Hyers TM. Venous thromboembolism. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1–14.
33. Stein D. Acute pulmonary embolism. *Dis Mon* 1994; 40: 467–523.
34. Stein PD, Afzal A, Henry JW, Villareal CG. Fever in acute pulmonary embolism. *Chest* 2000; 117: 39–42.
35. Aburahma AF, Saiedy S. Deep vein thrombosis as a probable cause of fever of unknown origin. *WVMed J* 1997; 93: 368–70.
36. Brendan MW, Matthew JH, Dennis PM. Subacute thyroiditis manifesting as fever of unknown origin. *South Med J* 2000; 93: 926–9.
37. Hoffmann HS. Subacute thyroiditis as fever of unknown origin. *Conn Med* 1996; 60: 438.
38. Kauffman CA, Jones PG. Diagnosing fever of unknown origin in older patients. *Geriatrics* 1984; 39: 46–51.
39. Yoshikawa TT. Fever in the elderly. *Infect Med* 1998; 15: 704–6.
40. Rowland MD, Del Bene VE. Use of body computed tomography to evaluate fever of unknown origin. *J Infect Dis* 1987; 156: 409–9.