

La Fiebre de Origen Desconocido (FOD) se define como una temperatura mayor de 38.3°C durante más de 3 semanas, a pesar de una adecuada búsqueda de la causa. No obstante constituirse en una entidad aparentemente poco común, es relevante recordar su importancia en los viejos. Las posibles etiologías pueden dividirse en 4 categorías:

1. **Clásica:** incluye pacientes que cumplen los criterios originales de FOD con énfasis en el estudio ambulatorio de personas previamente sanas. Las causas más comunes en esta categoría son infecciones, malignidad y enfermedad del colágeno
2. **Nosocomial:** es definida como fiebre ocurrida en pacientes que han estado hospitalizados por al menos 24 horas; un mínimo de 3 días de evaluación sin establecer la causa es requerido para hacer el diagnóstico. Las causas más comunes incluyen tromboflebitis séptica, tromboembolismo pulmonar, enterocolitis por *Clostridium difficile* y fiebre inducida por drogas. En pacientes con sonda nasogástrica o nasotraqueal es necesario descartar sinusitis.
3. **Inmuno deficiente:** también conocida como neutropénica, es definida como fiebre recurrente en pacientes con neutrófilos menores a 500, con evaluación mínima de 3 días. En la mayoría de los casos es producida por infecciones bacterianas oportunistas. Infecciones causadas por hongos o herpes simple, también deben ser consideradas.
4. **Asociada a HIV:** fiebres recurrentes sobre un periodo de 4 semanas en un paciente que se ha estudiado mínimo tres días. Los gérmenes implicados generalmente son complejo intracelular *Mycobacterium avium*, neumonía por *Pneumocystis carinii* y citomegalovirus)

Desde el momento en que Petersdorf and Beeson (1961) publicaron sus criterios diagnósticos, la incidencia de la FOD ha disminuido debido a mayores avances en las ayudas diagnósticas. Pero no sólo ha disminuido la incidencia sino que el origen de la misma se ha modificado, siendo actualmente los tumores y las enfermedades del tejido conectivo, las causas principales. También es necesario tener en cuenta, como lo anotaron Knockaert et al (1996), que hasta el 31% de los pacientes son dados de alta sin diagnóstico; de éstos el 20% se diagnostica dentro de los dos meses siguientes, y a cinco, años la mortalidad entre los pacientes sin diagnóstico puede ser del 3%. El esquema diagnóstico a seguir en los ancianos con FOD no ha sido plenamente establecido. Existen algunos puntos importantes a recalcar en los viejos con esta entidad:

- Tienen dificultad para mantener su temperatura corporal, su hipotálamo responde menos a los pirógenos y no producen, ni conservan calor tan eficientemente como los jóvenes.
- En general su temperatura corporal es menor: En ancianos se considera fiebre el aumento de 1 grado de su temperatura basal tomada oral o rectalmente.
- Un hallazgo usualmente presente es la anemia normocítica normocrómica y el aumento en la velocidad de sedimentación globular; evidencia de fenómenos embólicos periféricos se manifiestan varios meses después de la evaluación. Una FOD que dure más de un año generalmente es causada por enfermedades del tejido conectivo.

La importancia de la historia clínica y el examen físico no pueden minimizarse ya que a partir de ellos se ordenan las pruebas auxiliares diagnósticas.

- Antes de iniciar el estudio de la FOD en los ancianos es fundamental realizar la valoración geriátrica integral, pues en muchos casos es de mayor importancia mantener la calidad de vida. El estudio diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad no deben ser peores que ella misma.

Cuando evaluamos las causas de FOD en el anciano no podemos olvidar que más del 50% de los casos de endocarditis bacteriana ocurre en personas mayores de 50 años. Como recordamos, el hallazgo más común entre estos pacientes es la aparición de un soplo, pero el error radica en que la mayoría de estos son interpretados como “soplos inocentes” o debidos a “cambios físicos producto del envejecimiento”, de ahí que la mortalidad por esta entidad en los ancianos puede ser tan alta como de 77%. De lo anterior se deduce que debido a la frecuente presencia de cambios valvulares cardíacos en los ancianos es mandatorio realizar ecocardiograma transesofágico en los ancianos en quienes se sospeche la entidad.

De otro lado la infección por HIV ha cambiado la aproximación de la FOD en los viejos: aproximadamente 10% de los pacientes con HIV son mayores de 50 años y se espera que aumente el número. Este crecimiento en los casos ha ocasionado mayor incidencia de TBC reactiva y multiresistente.

Aunque la incidencia de neoplasias malignas se ha incrementado, son poco comunes como causa de FOD debido al descubrimiento de nuevos marcadores de cáncer y mejores aproximaciones radiológicas. Las neoplasias causan FOD por obstrucción secundaria, por ejemplo a cáncer de colon o carcinomas biliares; pero también puede ser causada por pirógenos inducidos por la neoplasia y finalmente la FOD puede ser causada por necrosis, resultante del rápido crecimiento de la neoplasia.

El linfoma es la causa neoplásica más común de FOD en ancianos (57% de todos los casos), seguido por los carcinomas de células renales, los mixomas auriculares y los carcinomas del tracto gastrointestinal. Todos los pacientes con FOD asociada a linfoma tienen anemia normocítica normocrómica y VSG elevada. En estos pacientes, más del 60% requiere laparotomía exploratoria para hacer el diagnóstico.

De las causas misceláneas de FOD en ancianos, la fiebre por drogas es la más importante. Lo anterior es debido a los cambios en farmacocinética y farmacodinamia y a las interacciones medicamentosas. La fiebre por drogas ocurre en 3 a 5% de los pacientes hospitalizados y puede aparecer de 7 a 10 días después de iniciada y desaparecer 48 horas después de discontinuarla. La fiebre por drogas puede ser debida a la ruta de administración, a acción farmacológica inherente, a alteración directa de la termorregulación, a reacción idiosincrática secundaria a defectos bioquímicos y a hipersensibilidad. La fiebre por drogas no tiene un patrón característico. Antes se mencionaba cómo se asociaba a bradicardia, pero no es un criterio muy sensible.

Otras causas menos frecuentes de FOD identificadas en los viejos, son los fenómenos tromboembólicos y el diagnóstico se apoya en el estudio dúplex y en que la fiebre desaparece en los primeros 7 días de iniciada la anticoagulación. Los ancianos tienen mayor riesgo para complicaciones por Trombosis Venosa Profunda (TVP) debido a mayor incidencia de alteraciones circulatorias que llevan a estasis venoso e hipercoagulabilidad; más aún, el envejecimiento es trombogénico per se.

Victoria Eugenia Arango Lopera
Editora