

**Tiroiditis subaguda como causa de fiebre de origen desconocido.
reporte de un caso**

**Subacute thyroiditis as a cause of unknown origin fever. A case
report.**

**Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Peláez; Dra. Damaris Campos
Price**

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech.
Camagüey, Cuba.

RESUMEN

La tiroiditis subaguda de De Quervain es una enfermedad rara. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de fiebre de origen desconocido en el curso de esta enfermedad. El estudio clínico de laboratorio ecográfico, gammagráfico y hormonal detectó la dolencia. Se comentan los aspectos clínicos y los exámenes, al igual que la terapéutica con la cual la paciente se encuentra totalmente recuperada. Se concluye que aunque es una enfermedad infrecuente debe tenerse presente en las mujeres jóvenes con o sin manifestaciones tiroideas y que presenten una fiebre de origen desconocido.

DeCS: TIROIDITIS SUBAGUDA; TENOSINOVITIS; FIEBRE DE ORIGEN
DESCONOCIDA; INFORME DE CASO.

ABSTRACT

Quervain's subacute thyroiditis is a rare disease. A patient with a diagnosis of unknown origin fever in the course of this disease is presented. The clinical study of the echographic, gammagraphic and hormonal laboratory detected this illness. The clinical aspects, concerning examinations to this case, and the therapy with which the patient is totally recovered, are discussed. As a conclusion, though it is an unfrequent disease, it should bear in mind in young women with thyroid manifestations or without them, and in those that present the said fever.

DeCS: THYROIDITIS SUBACUTE; TENOSYNOVITIS; FEVER OF UNKNOWN ORIGIN; CASE REPORT.

INTRODUCCIÓN

El término fiebre de origen desconocido (FOD) fue establecido arbitrariamente por Petersdorf y Benson ¹ como fiebre de 38°C o más, rectal, durante al menos tres semanas y que permanece sin diagnosticar tras una semana de estudios en un centro hospitalario. Weinstein y Field ² hacen una revisión crítica del tema y consideran más apropiado el término para los pacientes que cursan con fiebre de 38°C durante tres o más semanas, cuya causa no se ha descubierto con los datos obtenidos en la historia clínica, examen físico y la práctica de análisis de sangre, orina y radiografía de tórax.

Las causas de FOD se agrupan en cuatro grupos:

1. Un 40 % de los casos corresponden a procesos infecciosos.
2. Un 20 % se corresponden con neoplasias.
3. Otro 20 % es atribuido a conectivopatías.
4. El último grupo es una miscelánea de enfermedades hematológicas, vasculares, inmunológicas, etc, que incluye así mismo la sarcoidosis, fiebre mediterránea familiar y fiebre ficticia.

En un 10 % de los enfermos la causa es desconocida. Desde entonces han sido numerosos los trabajos realizados y las series publicadas sobre esta enfermedad.^{3, 4}

Se presenta el caso de FOD debido a una tiroiditis subaguda de De Quervain, la cual es una enfermedad muy rara en nuestro medio, junto con las características clínicas de la misma.

REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 38 años de edad, con antecedentes de rinitis alérgica y faringitis crónica; que presentó un cuadro febril de 38.5°C acompañado de escalofríos, temblores, malestar general de comienzo súbito; precedido unas horas antes de ligero dolor abdominal y diarreas líquidas. Los síntomas digestivos desaparecieron espontáneamente, pero la fiebre continuó presentándose cada tarde y requirió el uso de antipirético. Después de 15 días, además de la fiebre elevada vespertina, aparecieron otros síntomas como astenia marcada, anorexia, pérdida de 6kg en este período y dolor a la deglución. Igualmente se presentaron calambres, temblores generalizados, palpitaciones con o sin fiebre y dolor lumbar.

Examen físico

Palidez cutánea mucosa discreta, afectación del estado general.

Aparato cardiopulmonar: murmullo vesicular normal, tonos cardíacos golpeados y taquicárdicos, no soplos. TA 100/60 mmHg, Frec.central:120 latidos/min. Temperatura 38°C.

Abdomen: no presenta alteraciones, fosas lombares dolorosas al puño-percusión, genitales externos y mamas normales, tacto rectal y vaginal normales.

Neurológico y SOMA: sin alteraciones.

Cuello: corto, movable, tiroides palpable a expensas de ambos lóbulos, de superficies irregulares, dolorosos, leve aumento de temperatura, no se palparon adenopatías (maniobras de De Quervain, Lahey y Crile).

Examen craneofacial con exploración de ORL y odontológicas: negativos.

Datos complementarios:

Hb 10,8g/L, leucocitos 7450x10⁹/L con diferencial normal, velocidad de sedimentación globular 65/h, plaquetas, coagulación, tiempo de sangramiento, tiempo de protrombina, iones, enzimas hepáticas y pancreáticas sin alteraciones; glucemia, creatinina, lipidograma, ácido úrico, proteínas totales, bilirrubina total, TGO y TGP: normales.

Cituria: 50 leucocitos/ 3xcampo.

Conteo de Addis (2h):leucocituria de 1200 sin hematuria ni cilindruria.

Cultivo de heces: negativo.

Orina con proteus mirabilis 100.000 colonias x campo, hemocultivos seriados negativos.

Aglutininas para Brucella y prueba de Bengala: negativo.

TASO, factor reumatoide y anticuerpos antinucleares: negativos.

Paul-Bunnell y test de Davison: negativos.

AgsHB y AcHC, VDRL y VHI: negativos.

ECG: taquicardia sinusal (sin fiebre).

Radiografía de tórax, ecografía abdominal: sin alteraciones.

Se impartió tratamiento con Ciprofloxacina (250mg) dos tabletas cada 12h durante siete días, los urocultivos y conteo de Addis (2h) repetidos fueron normales, pero persistió fiebre de 39,5°C. Se realizó a los 24 días gota gruesa y ecocardiografía, los que resultaron normales.

Ecocardiografía de tiroides: lóbulo derecho de 64x14mm con nódulo de 2cm y lóbulo izquierdo de 48x 15mm. No adenopatías, pero sí dolor en región cervical anterior. Gammagrafía tiroidea con TC-99 puso de relieve una distribución escasa e irregular con baja captación del trazador. Con la sospecha de hiperfunción tiroidea se realizó la cuantificación de hormonas tiroideas y apareció una elevación de T4:185nmol/L(VN50-144nmol/L),T3 y TSH: normales.

Se impuso tratamiento con Ibuprofen (400mg) cuatro tabletas diarias y Propanol (10mg) tres tabletas por día, cinco días después de ser impuesta la

anterior terapéutica desapareció la fiebre junto con la taquicardia .A los 30 días de supervisión por consulta los parámetros clínicos y de laboratorio se mantuvieron normales, el diagnóstico de la paciente fue una tiroiditis subaguda de De Quervain que se manifestó como una FOD de la cual hay pocos casos reportados en la literatura.

DISCUSIÓN

Existen enfermedades cuya presentación clínica es muy característica e infrecuentemente se presentan como un síndrome febril, por lo que son difíciles de diagnosticar. ^{5, 6}

El diagnóstico de FOD es siempre provisional, solo se confirma en un pequeño porcentaje de los pacientes, ⁷ en la mayoría son procesos comunes que se presentan de una forma no habitual. Nuestra paciente presentó una tiroiditis subaguda, cuya única manifestación inicial fue un síndrome febril. En el diagnóstico diferencial de FOD es necesario tener presente esta enfermedad, fundamentalmente en pacientes del sexo femenino entre la tercera y quinta década de la vida, como se apreció en nuestra paciente, con velocidad de sedimentación acelerada y con o sin síntomas de hipertiroidismo.⁸ En nuestra paciente no se empleó la punción de aspiración con aguja fina por la rápida y favorable evolución de la enfermedad. ^{9, 10}

La comunicación de casos con esta dolencia, facilitará el conocimiento y mejorará el diagnóstico, evitará retrasos y exámenes innecesarios que en muchas ocasiones son de alto costo y generan grandes molestias al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Petersdorf R, Benson P. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine (Baltimore)*. 1960;40:1-30.
2. Weinstein L, Fields B. Fever of obscure origin; seminars in infectious disease. New York: Stratton-intercontinental Medical Book; 1988.

3. Sanz Ortiz J, Fariñas Álvarez M, Méndez Batan M, Gómez Serrano F. Porcentaje de fiebre de origen desconocido en 1584 historias revisadas. Análisis de 96 casos. Med Clin (Banc). 1993;90:826-9.
4. Barbado F, Vázquez J, Peña J. Fever of unknown origin: a survey of 133 patients. J Med. 1994;25:185-92.
5. Calzada del Hoyo G, Saenz de San Pedro B, Camacho Siles J, Barbado Hernández F. Tiroiditis subaguda de *De Quervain* como causa de fiebre de origen desconocido. Ann Med Intern. 1989;6:337-8.
6. Lucero Ocaña M, Moya Mir M, López Jiménez L, González Quintela A. Tiroiditis subaguda como causa de fiebre de origen desconocido, diagnosticada mediante rastreo con Galio. Rev Clin Esp. 1987;181:57-8.
7. Díaz Dios P, Martínez Vásquez C, Mardomingo P, Fernández Larrañaga J, Pena A, Moreno A. Fiebre de origen desconocido. Estudio retrospectivo de 45 casos. Rev Clin Esp. 1989;183:21-30.
8. Volpe R. Subacute (de De quervain's) thyroiditis. J Clin Endocrinol Metab. 1989;18:81-95.
9. Bellido D, Aguirre M, Pena E, Pérez Barrios A, Agustín P, Hawkins F. Tiroiditis subaguda. Estudio clínico hormonal, punción aspiración e inmunología de 16 casos. Rev Cin Esp. 1985;177:314-7.
10. Loscertales P, Cabeza F, Baldova J. Tiroiditis subaguda: entidad que hay que tener en cuenta ante un cuadro de fiebre de origen desconocido. Rev Clin Esp. 1991;189:300-1.

Recibido: 5 de abril de 2004.

Aprobado: 18 de julio de 2006.

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular del ISCM-C.