

Fiebre de origen desconocido y disección aórtica

Sr. Director:

La fiebre de origen desconocido (FOD) continúa siendo un reto para el médico. La disección aórtica (DA) es una causa poco conocida de FOD¹ debido a que la fiebre no forma parte de su forma típica de presentación. Este caso sirve para recordar que deberíamos tener en mente la posibilidad de una disección aórtica en pacientes con FOD.

Se trata de una mujer de 67 años con hipercolesterolemia y leucemia linfática crónica B (linfocitosis asintomática con punción de médula ósea compatible) que consultó por fiebre de una semana de evolución sin foco evidente. La paciente estuvo asintomática hasta el día 5 de diciembre de 2001 cuando, en reposo, notó bruscamente un dolor punzante en región interescapular que fue mejorando progresivamente con paracetamol hasta desaparecer en aproximadamente 7 días. Cinco días después del dolor comenzó con fiebre de predominio vespertino (termometrada de 38,5°C) acompañada de sudoración nocturna y astenia. Recibió tratamiento antibiótico sin mejoría, por lo que el día 18 de diciembre de 2001 acudió al servicio de Urgencias. En la exploración física se apreció: tensión arterial, 120/80; temperatura, 38°C; a la auscultación rítmica a 82 lpm sin soplos y murmullo vesicular conservado; pulsos periféricos presentes y simétricos. En la analítica: leucocitos, 11.100 (45% N, 46% L, 9% M); hemoglobina, 11,4 g/dl; volumen corpuscular medio (VCM), 94; hemoglobina corpuscular media (HCM), 29; plaquetas, 497.000. Se realizó un frotis de sangre periférica en el que se observó trombocitosis sin dismorfia ni rasgos dishemopoyéticos. En la bioquímica destacaba: potasio, 5,1; colesterol, 234 mg/dl; GGT, 112 U/l; fosfatasa alcalina, 133 U/l siendo normales el resto de los parámetros. Las hormonas tiroideas fueron normales. Proteinograma: proteínas totales, 6,8 g/dl; albúmina, 3 g/dl; estando el resto de las fracciones dentro de los límites de la normalidad. Inmunoelectroforesis dentro de la normalidad. Aglutinaciones para *Brucella* y hemocultivos negati-

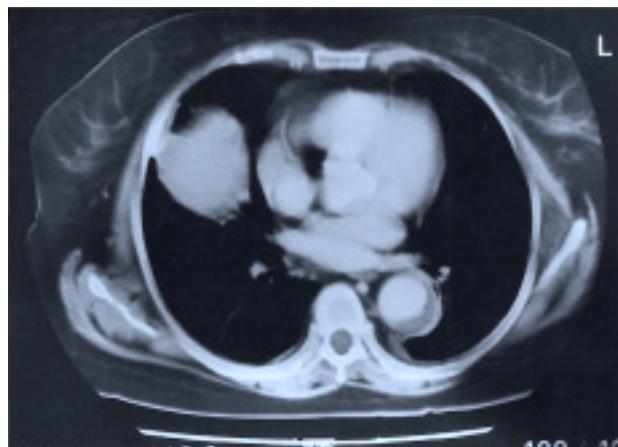


Fig. 1. Disección aórtica tipo B con falsa luz trombosada.

vos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 90 lpm con eje normal. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico ligeramente aumentado, aorta ensanchada, atelectasias laminares en bases. Se solicitó tomografía axial computarizada (TAC) torácico con contraste, objetivándose disección aórtica tipo B con falsa luz trombosada (fig. 1), por lo que fue trasladada a la Unidad Coronaria para control y se inició tratamiento con labetalol intravenoso; la paciente permaneció asintomática, con febrícula y buen control de la tensión arterial (fig. 2). Un ecotransesofágico realizado tres días después mostró disección aórtica que afectaba a aorta torácica descendente por debajo de la salida de la subclavia, punto donde se visualizaba una mínima puerta de entrada. La falsa luz mostraba una trombosis total con diferentes fases de organización del trombo. En la sala de Medicina Interna la paciente continuó con febrícula y sin recurrencia del dolor, siendo dada de alta con juicio clínico de disección aórtica tipo B y fiebre en relación con reabsorción del hematoma y bajo tratamiento con bloqueantes beta hasta realización de TAC de control.

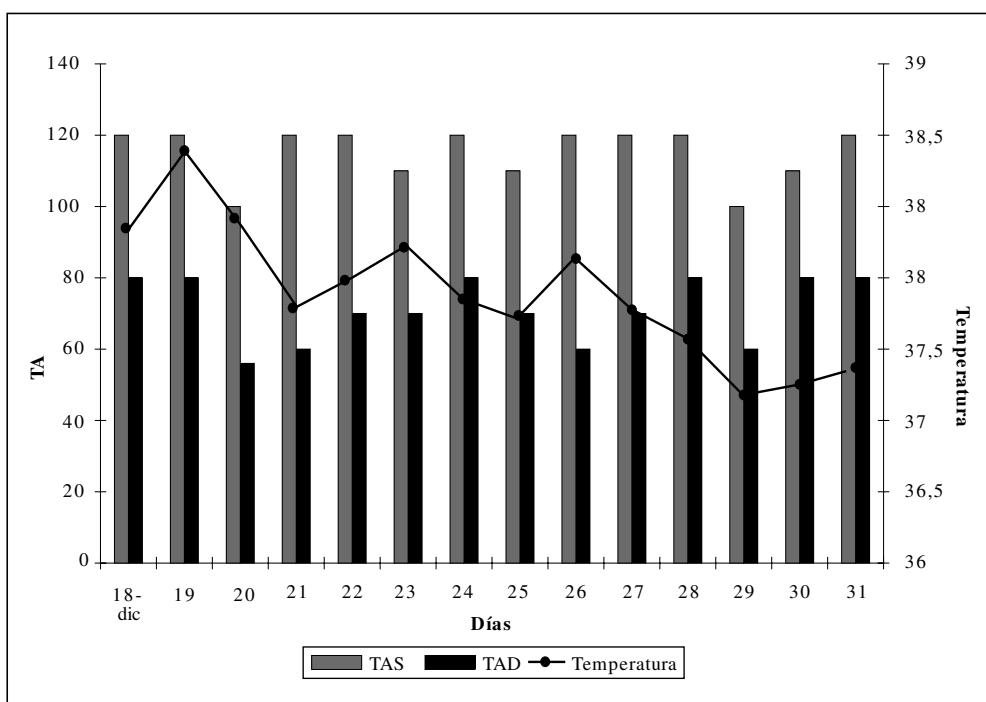


Fig. 2. Evolución de la tensión arterial y temperatura de la paciente durante todo el ingreso. TAS: tensión arterial sistólica; TAD: tensión arterial diastólica.

Los aneurismas son dilataciones, localizadas o difusas, de la pared de un vaso, que afectan a todas sus capas. Su etiología es multifactorial, siendo el hábito tabáquico y la hipertensión mal controlada los factores desencadenantes más importantes². La DA se produce por la aparición de un desgarro en la íntima de la aorta, generalmente de forma brusca, que da lugar al paso de sangre desde la luz arterial a la pared de la misma, destruyendo la capa media y separando la íntima de la adventicia en zonas y distancias variables a lo largo de la aorta. Una clasificación (Stanford) de la DA la divide en dos tipos: en el tipo A la disección afecta a la aorta ascendente, pudiendo extenderse hacia el arco aórtico y aorta descendente, mientras que en el tipo B sólo afecta a la aorta descendente, sin extensión proximal. La DA es más frecuente en el varón que en la mujer, con una prevalencia máxima en la sexta y séptima décadas de la vida². La sintomatología de la DA depende de la extensión de la misma, de los vasos colaterales comprometidos y de si se produce rotura de la adventicia. El síntoma más frecuente es el dolor torácico (más del 90%); la localización del dolor se relaciona generalmente con el lugar de origen de la disección y tiende a migrar siguiendo la dirección de la disección. La DA se acompaña de fiebre en aproximadamente un tercio de los pacientes³; sin embargo, en la literatura escasos ejemplos relacionan la DA con el síndrome febril prolongado, habiéndose descrito la aparición de fiebre tanto en la fase aguda como en la crónica de esta enfermedad¹. No obstante, la FOD como manifestación principal de una DA es extremadamente rara⁴. Los mecanismos a través de los cuales la DA produce fiebre no son del todo conocidos, se sabe que el infarto de órganos vitales y la pericarditis pueden producirla en algunos casos, pero también el hematoma por sí mismo puede resultar pirógeno⁵. Aunque el tratamiento médico y quirúrgico tienen una alta efectividad, en general los resultados quirúrgicos son superiores a los del tratamiento médico en la DA proximal, mientras que el tratamiento médico parece ser superior al quirúrgico en la disección distal no complicada. El tratamiento quirúrgico está indicado en todas las DA agudas proximales y en aquellas agudas distales con afectación de órganos vitales, rotura de la pared aórtica, formación de un aneurisma sacular, extensión hacia aorta ascendente y las causadas por el síndrome de Marfan. El tratamiento médico definitivo en la DA está indicado en la disección distal no complicada, en la disección aislada del arco aórtico no complicada y en la disección crónica proximal o distal no complicada. El tratamiento con bloqueantes beta⁶ a largo plazo reduce la progresión de la disección aórtica, la necesidad de hospitalización, la incidencia de procedimientos relacionados con la disección y el coste del tratamiento. Por tanto se recomienda que los pacientes con DA tipo B sean tratados con bloqueantes beta y sometidos a controles periódicos del diámetro aórtico. Con cualquiera de los tratamientos indicados la supervivencia a los 5 años es de un 80%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranda JL, Guerra JM, Mendicote F. Disección aórtica y fiebre de origen desconocido. *Rev Clin Esp* 1994;194:6-7.
2. Baños Madrid R, Garre Sánchez MC, Mercader Martínez J. Aneurisma de la aorta abdominal. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2001;8:359-60.
3. Giladi M, Pines A, Averbuch M, Herskovitz R, Sherez J, Levo Y. Aortic dissection manifested as fever of unknown origin. *Cardiology* 1991;78:78-80.
4. Raza K, King P, Allison S. Back pain and fever. *Postgrad Med J* 1999; 75:51-3.
5. Mackowiak PA, Lipscomb KM, Mills LJ, Smith JW. Dissecting aortic aneurysm manifested as fever of unknown origin. *JAMA* 1976;236: 1725-7.
6. Genoni M, Matthias P, Jenni R, Graves K, Seifert B, Turina M. Chronic β -blocker therapy improves outcome and reduces treatment cost in chronic type B aortic dissection. *Eur J Cardiothoracic Surg* 2001;19:606-10.

B. de Rivas Otero, M. C. Solano Cebrián
y L. López Cubero^a

Medicina Familiar y Comunitaria. ^aServicio de Medicina Interna.
Fundación Jiménez Díaz. Madrid.