

Presentación atípica de la enfermedad en el anciano. Un caso de fiebre de origen desconocido

García Ocaña, R.*; Ayuso Moreno, R.*; Arranz de la Cerda, A.*; Colomo Rodríguez, M.* y Robles Agudo, F.**

* Medicina Familiar y Comunitaria (Área V. Insalud. Madrid). ** Servicio de Geriátría del Hospital de Cantoblanco. Madrid.

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente de 88 años aquejado de febrícula de 30 días de evolución. Aunque no se cumplieran de forma estricta los criterios clínicos de fiebre de origen desconocido (FOD), se procedió a estudiarlo como tal, dada la falta de diagnóstico y respuesta al tratamiento antibiótico tras una semana de ingreso. El objetivo de la presentación es comentar un caso que recuerda cómo la patología del paciente de edad avanzada suele presentarse de forma atípica y poco específica. Se recuerda brevemente las principales causas de FOD en el anciano.

Palabras clave

Fiebre de origen desconocido. Anciano. Presentación atípica. Cáncer.

Atypical presentation of disease in the elderly. A case of fever of unknown origin

SUMMARY

We present the case of an 88 year old male patient suffering from fever lasting for 30 days. Although the clinical criteria for fever of unknown origin (FUO) were not strictly complied with, it was studied as such, given the lack of diagnosis and response to antibiotic treatment after one week of hospitalization. The objective of this paper is to comment one case that shows how disease of an elderly patient generally presents in an atypical and not very specific way. The principal causes of FUO in the elderly are briefly reviewed.

Key words

Fever of unknown origin. Elderly. Atypical presentation. Cancer.

INTRODUCCIÓN

La patología en los ancianos tiene características particulares respecto a su sintomatología, precisando una aproximación y un manejo específico (1).

Correspondencia: R. García Ocaña. Corazón de María, 64, 2º F. 28002 Madrid.

Recibido el 12-9-01; aceptado el 12-9-01.

La presentación atípica de la enfermedad en este grupo de edad se explica por los cambios físicos, psíquicos y sociales propios del envejecimiento, estos cambios implican una disminución progresiva de la reserva funcional de distintos órganos y sistemas, provocando una merma en la capacidad de respuesta a situaciones de aumento de demanda funcional, de modo que pequeñas agresiones pueden ocasionar descompensaciones funcionales graves. Numerosas patologías distintas pueden manifestarse de forma inespecífica en él, como una pérdida de la independencia funcional, un curso silente y/o una presentación tardía o atípica de la enfermedad. A ello contribuye la elevada prevalencia de pluripatología y polifarmacia. Es frecuente la concurrencia de varias enfermedades e incluso que la descompensación en un órgano revierta negativamente en la función de otros (2).

En ocasiones, deterioros progresivos son atribuidos a la vejez, retrasándose el diagnóstico de la patología de base que los originó. Finalmente hay cambios fisiológicos de la edad avanzada que modifican la sintomatología típica de la enfermedad (3, 4).

Ante la frecuencia de enfermedades con presentación atípica, la aproximación clínica al paciente geriátrico precisa de una valoración integral donde se tengan en cuenta las diferencias existentes a esta edad (5).

CASO CLÍNICO

Varón de 88 años remitido al servicio de geriatría desde el servicio de urgencias por febrícula de un mes de evolución.

El paciente era ex-fumador importante, presentaba criterios clínicos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía en lóbulo inferior izquierdo hacía cinco años, epilepsia idiopática y glaucoma. Fue intervenido de hernia discal L5-S1 20 años atrás, con secuelas en miembro inferior izquierdo (paresia), apendicectomizado y operado de hernia inguinal derecha.

En su situación funcional destacaba un índice de Barthel previo de 85/100, siendo dependiente para el baño y marcha con bastón, con pérdida de fuerza en miembro inferior izquierdo y caídas frecuentes. Al ingreso el índice de Barthel era de 70/100. La valoración mental fue normal, con un test de Pfeiffer de 1 error/10. Social: casado, viven con su única hija.

Ingresa en urgencias por febrícula de un mes de evolución mantenida a pesar de varios ciclos ambulatorios con diferentes antibióticos (amoxicilina-clavulánico y azitromicina), tos con expectoración ocasional blanquecina. Astenia y anorexia. No refiere ni disnea, ni dolor torácico o abdominal. No presentaba síndrome miccional ni alteración del ritmo intestinal ni náuseas o vómitos. No artralgias ni mialgias.

En la exploración física presentaba una tensión arterial de 120/60 y se encontraba afebril. Buen estado general, bien nutrido e hidratado. Normocoloreado. Eupneico. Carótidas rítmicas y simétricas, arterias temporales rítmicas y simétricas, presión venosa yugular no aumentada, no se palpaba bocio ni adenopatías. En la auscultación cardiopulmonar no se encontraron alteraciones significativas, el abdomen era blando y depresible, sin existencia de masa ni megalias. En las extremidades inferiores los pulsos estaban presentes y eran simétricos, sin signos de trombosis venosa profunda. El balance muscular era el siguiente: en psoas fuerza de 4/5, en cuádriceps 3/5, en músculo tibial anterior 0/5 y extensor propio 0/5, por secuelas de postlaminectomía. En la exploración neurológica, las funciones cognitivas y el lenguaje eran normales, los meníngeos negativos. Presentaba una paresia, hipoestesia e hipotalgesia en territorio de L4-L5 del miembro inferior izquierdo y una arreflexia aquilea izquierda. No presentaba signo de Babinski, ni alteraciones cerebelosas. La marcha era con claro estepage izquierdo.

Los resultados de las exploraciones complementarias, en un primer estadio de estudio de fiebre prolongada sin orientación diagnóstica fueron los siguientes:

- En el hemograma: leucocitos 7.900 con fórmula normal, serie roja normal con hemoglobina de 13,1, plaquetas y coagulación normal. Velocidad de sedimentación globular (VSG) 73.
- En la bioquímica destaca GGT 67, resto normal. Proeinograma y hormonas tiroideas normales, ANA y FR negativos, PCR-8, ASLO < 200 (normales).
- Sedimento de orina normal; urocultivo y BAAR en orina negativo. Hemocultivos negativos en cuatro episodios de febrícula distinta.
- Cultivo de esputo, BAAR y citología de esputo negativos en tres muestras.
- Hemoglobina en heces positiva en tres muestras.
- Marcadores tumorales: PSA 6,5 (normal hasta 4), resto: alfa-fetoproteína, CEA, beta 2 microglobulina normales.

– Serología: neumonías atípicas, brucella, borrelia, anti-típhi 0, virus hepatitis B y C, RPR (lúes) negativas. Citomegalovirus IgG y toxoplasma IgG positivos, Leishmania título 1/80 y Leptospira 1/60, sin seroconversión.

- ECG: ritmo sinusal a 100 lpm, resto normal.
- Radiografía de tórax al ingreso: signos radiológicos de enfermedad obstructiva crónica, engrosamiento pleural apical bilateral. En lóbulo inferior izquierdo nódulo calcificado compatible con granuloma, posible secuela post-tuberculosis, lesiones bronquiales inflamatorias crónicas en ambos lóbulos inferiores.
- Radiografía de tórax a los siete días del ingreso: aumento de densidad en lóbulo inferior derecho por infiltrado y/o bronquiectasias sobreinfectadas. Probables adenopatías perihiliares.
- Serie ósea metastásica: cráneo, pelvis y parrilla costal sin alteraciones significativas.
- Columna dorsolumbar: osteopenia radiológica y signos de espondiloartrosis.
- Interconsulta a Rehabilitación: radiculopatía L4-L5. Recomiendan colocación de férula antiequino (Modelo Rancho los Amigos).

Con los datos obtenidos, se comenzaron a realizar exploraciones de imagen: ecografía y tomografía axial computerizada torácica y abdominal (TAC); y al encontrar como hallazgo sangre oculta en heces se realizó endoscopia y colonoscopia.

- Ecografía abdominal: colelitiasis múltiple, quistes renales simples.
- Ecografía vesico prostática: hipertrofia prostática grado IV, sin poder excluir proceso neoforativo asociado.
- Gastroscopia: gastritis crónica antral, pólipo adenomatoso gástrico; anatomía patológica: mucosa gástrica fúndica con lesiones de tipo gastritis crónica superficial y bacilos de *Helicobacter Piloni*.
- Colonoscopia: resección de dos pólipos en colon de aspecto adenomatoso. Hemorroides internas grado II-III. Anatomía patológica: pólipos adenomatosos de intestino grueso.
- TAC torácico: tromboembolismo pulmonar de arterias pulmonares centrales. Adenopatías mediastínicas. Alteraciones bronquiales inflamatorias de aspecto crónico bibasales.
- TAC abdominal: masa en cola de páncreas, de 3 x 3,5 cm con realce periférico y zona central hipodensa (Fig. 1), quistes renales bilaterales. Adenopatías paraaórticas izquierdas de pequeño tamaño. Alteración en la densidad ósea de características mixtas (blástica-lítica) en hueso iliaco izquierdo, probablemente por afectación tumoral secundaria. Aumento de tamaño prostático de aspecto heterogéneo con alguna lesión nodular hipodensa.

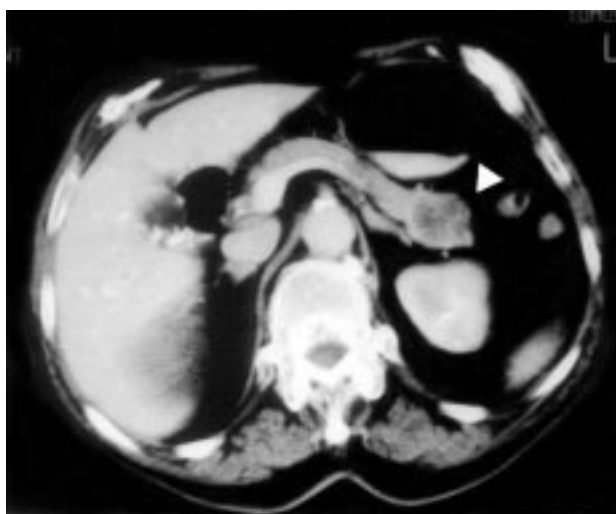


Figura 1.

Al ingreso se interpretó el caso como un cuadro infeccioso sin foco aclarado, en parte debido al tratamiento antibiótico previo. Se trató con nuevos ciclos de antibioterapia empírica intravenosa con β lactámicos, quinolonas, rifampicina y azitromicina oral, durante un período de 20 días aproximado, tras lo cual el paciente continuó con temperaturas de 37,2-37,7 °C de forma intermitente por lo que se realizaron exploraciones de imagen, detectándose lesión tumoral en la cola del páncreas e interpretándose ésta como causa de la febrícula mantenida. Por ello se derivó al servicio de Cirugía Digestiva para valoración de posible intervención del cáncer de páncreas.

DISCUSIÓN

El caso que exponemos es un ejemplo más de cómo las neoplasias pueden presentarse de forma atípica en el anciano, contribuyendo al retraso diagnóstico, máxime cuando otras patologías asociadas pueden explicar la clínica.

TABLA II. Tumores que pueden presentarse como FOD en el anciano (por frecuencia). Modificado de (6)

- Carcinoma con metástasis
- Carcinoma sin metástasis
- Linfoma Hodgkin
- Otros linfomas
- Leucemia

Inicialmente el síndrome constitucional y la febrícula de un mes de evolución, con supuesta mejoría parcial a la antibioterapia orientaba el cuadro a enfermedad infecciosa. Se descartaron diversos focos con hemocultivos, urocultivos, coprocultivos, citologías de esputo para micobacterias, panel de neumonías atípicas y otros como sífilis, fiebre Q negativos. A pesar de ello se instauró antibioterapia empírica antibacteriana y antituberculosa.

En los pacientes de edad avanzada se ha equiparado la febrícula mantenida con la FOD, alegando que el manejo inicial debe ser el mismo y el espectro etiológico muy parecido (6).

En el anciano, además de patología infecciosa o tumoral, pueden ser causa de fiebre de origen desconocido (FOD) o de síndrome febril prolongado (tablas I y II) las collagenosis. La arteritis de la temporal, la polimialgia reumática y la panarteritis nodosa son diagnósticos poco probables al no existir afectación articular ni cutánea, siendo los anticuerpos antinucleares, el factor reumatoide y los reactantes de fase aguda negativos, aún existiendo una VSG elevada, poco específica y de baja sensibilidad (7).

El estudio hormonal descartó enfermedades endocrinas como tiroiditis y/o hipertiroidismo que ocasionalmente originan síndrome febril.

La presencia durante su ingreso de cuadro respiratorio compatible con bronquiectasias infectadas, tal y como demostraron las pruebas de imagen radiográficas, nos podía haber llevado a interrumpir el estudio, que fue continuado por el mantenimiento de los picos febriles aislados.

TABLA I. Causas de fiebre de origen desconocido en pacientes > 65 años en distintas series

Diagnósticos	> 65 a (16) N= 47*	< 65 a (16) N= 152*	Espósito (17) >65 a. N= 111	Barrier (18) >65 a. N= 46
Infecciones	25%	21%	36,9%	41,3%
Colagenosis	31%	17%	25,2%	30,3%
Tumores	12%	5%	23,4%	13%
Miscelánea	10%	15%	7%	2,1%
No diagnóstico	12%	29%	5,4%	13%
Por fármacos	6%	1%	0%	0%

* Pacientes estudiados de la serie del servicio de Medicina Interna del Hospital de Leuven, Bélgica (16).

Ante la sospecha de una posible neoplasia se procedió a la realización de un estudio radiológico complementario, el TAC, técnica de elección en tumores sólidos, que demostró la existencia de una probable neoplasia de la cola del páncreas y aumento del tamaño prostático heterogéneo y nodular, sugerente de una segunda afectación tumoral, con lesión ósea iliaca de características mixtas.

La incidencia anual de cáncer de páncreas aumenta con la edad, representa el 2-3% de todos los cánceres y causa más del 6% de las muertes (8).

Existen factores de riesgo asociados que contribuyen a su patogénesis, el tabaco, café, alcohol, las dietas con abundante grasa animal y pobres en frutas, vegetales y fibra.

Factores médicos asociados tales como la diabetes mellitus de larga evolución, pancreatitis crónica (%), antecedentes de gastrectomía e influencia hereditaria (%). Son también población de riesgo los trabajadores expuestos al coque, gasolinas y petróleos, naftalina, benzidinas, mineros y DDT (9, 10).

Nuestro paciente era ex-fumador importante de años de evolución, único factor de riesgo que ha mostrado clara y fehacientemente su implicación en la etiopatogenia del cáncer de páncreas, pudiendo ser causa de hasta un 30% de los casos (11, 12).

La clínica, que en pacientes de mediana edad suele ser típica y específica de cada tipo de tumor, resulta mucho menos orientativa en ancianos, donde las manifestaciones clínicas son generales e inespecíficas, astenia, anorexia y febrícula mantenida, como en nuestro caso. En otras ocasiones puede presentarse como depresión, inestabilidad en la marcha, deterioro cognitivo e inmovilidad. Además del síndrome constitucional o síndrome paraneoplásico como única clínica, hay síntomas específicos que pueden permitir un diagnóstico precoz: epigastria irradia a espalda, ictericia, trombosis migrans y hemorragia digestiva alta (13, 14).

El estudio de los hallazgos radiológicos necesita un soporte anatomopatológico para un diagnóstico etiológico definitivo. En nuestro caso el paciente fue derivado de forma preferente a consultas de cirugía digestiva del Hospital de referencia, donde se desestimó la intervención quirúrgica.

Dada la baja tasa de curabilidad y la alta tasa de mortalidad de los pacientes ancianos, no se suele realizar estadaje TNM (14), si bien el TAC, aparte de un diagnóstico clínico, puede aportar criterios de irresecabilidad, que pueden plantear cirugía con un aceptable estado general previo (pancreatoduodenectomía), o en general ser tributarios de intervención paliativa.

Por lo referido, de cara a analizar la presentación atípica de enfermedad en el anciano, se debe tener en cuenta

que un síntoma considerado como banal puede ser única manifestación de una grave patología, siendo preciso un amplio estudio diagnóstico siempre que la evolución, sospecha clínica y la situación funcional del paciente lo aconsejen (15).

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan I González Montalvo por sus comentarios a una versión previa de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez del Molino J, Moya MJ. Valoración geriátrica: conceptos generales. En: Guillén F, Pérez del Molino J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 1994. p. 49-57.
2. Rubinstein LZ, Joshepson KR, Wieland D, English PA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984;26:1664-70.
3. Applegate WWB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990;102:1207-14.
4. Kane RA, Kane RL. Assessing the elderly: A practical guide to measurement. Lexington: Lexington Books; 1981.
5. González Montalvo JI, Salgado A. La evaluación de la «calidad de vida»: una nueva dimensión de la valoración geriátrica integral. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1995;30:9-16.
6. Moya MS, López L. Síndrome febril. En: Martín Martín F, ed. Medicina Interna en el paciente geriátrico. Madrid: Saned; 1989;XIII:11-23.
7. Gil Gregorio P. Fiebre de origen desconocido en Geriátrica. Patología infecciosa en Geriátrica. *Clínicas Geriátricas* 1992;XIX:201-15.
8. Balducci L, Lyman GH. Cancer in the elderly. Epidemiology and clinic implications. *Clin Geriatr Med* 1997;13:1-14.
9. Longo DL. Estudio del paciente con cáncer. En: Harrison et al, ed. Principios de Medicina Interna. Edit 14ª. Mc Graw-Hill Interamericana; 1998. p. 561-75.
10. Macmahon B. Risk factors for cancer of pancreas. *Cancer* 1982; 50:2676.
11. Hansen J. Common cancers in the elderly. *Drugs Aging* 1998;13: 467-78.
12. Algren JD. Epidemiology and risk factors in pancreatic cancer. *Seminars in Oncology* 1996;23:241-50.
13. Cohen HJ. Oncology and aging: general principles of cancer in the elderly. En: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WT, Halter JB, Ovslander JG, eds. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology 4th edition. New York: Mc Graw-Hill; 1998. p. 117-30.
14. García Sáenz JA. Cáncer de páncreas. *Medicine* 1997;7:5416-23.
15. Horan MA. Presentation of disease in old age. En: Tallis FC, Fillit HM, Brocklehurst JC, eds. Textbooks of Geriatric Medicine and Gerontology. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1998. p. 1319-28.
16. DC Knockaert, MD. Fever of unknown origin in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:1187-92.
17. Esposito AL, Gleckman RA. Fever of unknown origin in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1978;26:498-505.
18. Barrier J. Les fièvres prolongues inexpliquées chez les personnes âgées. *Concours Med* 1982;104:4679-89 citado en DC Knockaert, MD. Fever of unknown origin in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1993;41: 1187-93.