

Tiroiditis subaguda o de Quevain, presentació atípica de febre persistent

Aina Oliver, Alícia Molina, Núria Albacar, Xavier Fustà, Aina Capdevila, María Fernanda Solano

Servei de Malalties Infeccioses. Hospital Clínic. Barcelona.

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Aina Oliver

Lloc de treball: Hospital Clínic

mail: oliver@clinic.cat

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Forma de citació: Oliver A, Molina A, Albacar N, Fustà X, Capdevila A, Solano MF.

Tiroiditis subaguda o de Quervain, presentació atípica de febre persistent. ReMUE.c@t 2016;3(1):43-45

Available at http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=5139

Motiu de consulta

Febre

Antecedents personals

Home de 50 anys. No al·lèrgies a medicaments conegudes, no hàbits tòxics. Viu a domicili amb parella. És directiu de banca.

1.- Trombosi venosa profunda en context de repòs perllongat per trencament de gastrocnemius al 2012, amb estudi de trombofília negatiu. Va realitzar tractament amb acenocumarol durant 8 mesos.

No pren medicació habitual.

Procés actual

Home de 50 anys presenta febre de 38°C de dues setmanes d'evolució i de predomini vespertí. Addicionalment explica malestar general, astènia important i odinofàgia. La setmana anterior havia fet un viatge de turisme a Fuerteventura, moment en què els símptomes ja estaven presents. No refereix simptomatologia respiratòria ni digestiva. No refereix artràlgies, miàlgies, ni lesions cutànies. No vacunes recents, contacte amb nens ni persones malaltes al voltant. Parella heterosexual estable, sense contactes de risc.

Exploració física

Constants vitals: Freqüència respiratòria: 20 rpm, pressió arterial sistòlica: 109 mmHg, pressió

arterial diastòlica: 75 mmHg, Saturació O₂: 98% basal, T^a axil·lar: 36.4°C.

General: bon estat general, normohidratat i normocolorejat. No es palpen adenopaties en zona cervical, retroauricular, supra o infraclavicular, ni inguinals. No lesions cutànies. Mucoses sense alteracions.

ORL: mucosa faríngia normal, amígdals sense hipertrofia i sense enantema, signe del trago negatiu, sins paranasals, frontals i mastoïdals no dolorosos a la palpació.

Ap. cardiovascular: sorolls rítmics, sense bufes. Polsos perifèrics presents i simètrics. Ompliment capil·lar distal preservat.

Ap. respiratori: murmuri vesicular conservat, sense sorolls sobreafegits.

Abdomen: tou i depressible, no dolorós a la palpació superficial ni profunda. No es palpen masses ni megàlies. Peristaltisme conservat, sense signes de peritonisme.

Neurològic: conscient i orientat. No signes d'irritació meníngia. No focalitat neurològica. No dismetria. Força i sensibilitat preservades a les 4 extremitats. No alteracions de l'equilibri o de la marxa.

Proves complementàries realitzades a urgències

1.- Anàlítica de sang: destaca la proteïna C reactiva 19.37 mg/dl, GOT 395.0 UI/L, GPT

104.0 UI/L. Recòmpte de leucòcits $11.55 \times 10^9/L$, % neutròfils 76.3, VSG 100 mm/h.
 2.- Radiografia de tòrax PA i lateral: En marc ossi i parts toves no s'aprecien alteracions. Angles cardio i costofrènics lliures. Mediastí d'amplada normal, no apreciem adenopaties o masses, ni augment de cavitats cardíques. Parènquima pulmonar sense condensacions ni masses visibles.
 3.- Sediment urinari: leucòcits negatiu, nitrts negatiu, eritròcits 10 eri/ μl .
 4.- Urocultiu: sense resultat a urgències / negatiu.
 5.- Hemocultiu: sense resultat a urgències / negatiu.
 6.- Monotest: negatiu.
 Comentaris: es decideix no fer prova d'imatge abdominal tot i l'alteració de paràmetres hepàtics a l'analítica perquè l'exploració és estrictament normal. Es pauta tractament empíric amb Ceftriaxona.

Diagnòstic diferencial a Urgències

Es tracta d'un pacient amb febre sense un focus clar. En aquests casos és molt important fer una anamnesi i una exploració exhaustives per encaminar el diagnòstic diferencial. Dades com el contacte amb nens, animals, amb el medi rural, persones malaltes, professió, viatges, procediments mèdics recents, i contactes sexuals poden aportar informació molt valuosa. En l'exploració s'hauria d'incloure la inspecció de mucoses (oral, faríngia, genital, anal), inspecció cutània, palpació d'adenopaties, exploració d'articulacions, etc.

En el pacient del cas, l'anamnesi posava de manifest un viatge recent durant el qual el pacient ja presentava la simptomatologia.

En un pacient amb aquesta clínica i exploració, el diagnòstic diferencial seria molt ampli. Les principals causes de febre sense focus són: infeccions, malalties inflamatòries i neoplàsies. En el nostre cas es va fer una orientació molt encaminada a la infecció donada l'elevació de la PCR, la VSG, el temps de protrombina i l'alteració d'enzims hepàtics. Amb les proves que es poden sol·licitar des d'urgències i tenint en compte l'epidemiologia de les diferents causes, és important demanar analítica general amb funció renal, hepàtica i paràmetres d'infecció, placa de tòrax, hemocultiu i urocultiu per posar de manifest alguna focalitat infecciosa que passi desapercebuda clínicament. En aquest cas es va demanar també un monotest, donada l'odinofàgia que referia el pacient, que va ser negatiu. Si l'etiologia és de caire inflamatori o neoplàsic i no presenta cap manifestació analítica, s'hauria d'estudiar de forma més ampliada un cop el pacient s'ha derivat a una sala d'hospitalització o

de forma ambulatoria si la situació clínica ho permetés.

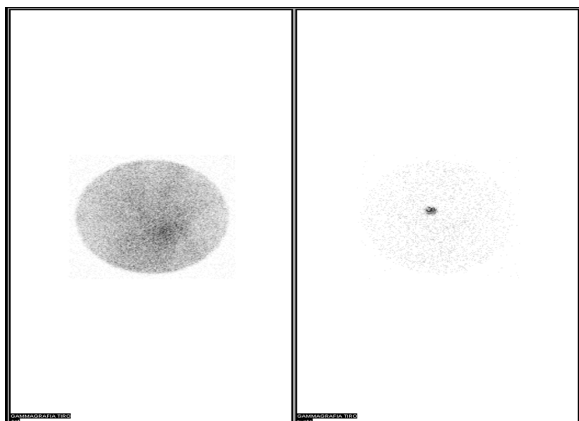
En aquest cas, donats els resultats de l'analítica i a l'espera de la resta de resultats es va ingressar al pacient a la sala de malalties infeccioses per continuar l'estudi.

Evolució i proves complementàries realitzades fora d'urgències

Ingressa a la sala d'infeccions hemodinàmicament estable, amb bon estat general. Persisteix febre al voltant de $38.5^{\circ}C$. Reinterroguem al pacient sense que l'anamnesi aportí noves dades. L'exploració persisteix sense canvis. Resultats dels hemocultiu i urocultiu negatius. Es sol·liciten serologies de bacteries atípiques, virus, fongs i paràsits amb els següents resultats:

- Determinació VIH1/2 + Ag p24 VIH1: negatiu.
- Anticossos mononucleosi infecciosa: negatiu.
- Serologies EBV, VVZ, CMV, parvovirus B19: IgG positiu, IgM negatiu.
- Ag VHBs negatiu, Ac IgG VHBs negatiu, Ac IgG VHC negatiu.
- VDRL negatiu, ELISA IgG + IgM anti T Pallidum negatiu.
- Serologies mycoplasma, brucella, coxiella, rickettsia, leptospira, cryptococcus, borrelia, leishmania, fasciola hepàtica: negatiu. Toxoplasma IgG 215 Ui/ml, IgM negatiu.

A les 24 hores de l'ingrés el pacient refereix augment de l'odinofàgia. Donada l'absència d'inflamació a la mucosa faríngia a la inspecció, s'intenta filiar millor aquest dolor, definint-lo finalment com una molèstia paratraqueal dreta. Es palpa la zona, que no mostra signes d'induració, però sí un augment del dolor amb la palpació. El pacient no explica clínica de taquicàrdia, palpitations ni sudoració. Recordem que en cap moment s'havia constatat una freqüència cardíaca augmentada ni hipertensió. Donades les noves dades clíniques s'orienta el diagnòstic com una possible tiroïditis subaguda o de Quervain. Es sol·liciten hormones tiroïdals i gammagrafia tiroïdal per confirmar el diagnòstic, obtenint una TSH suprimida amb T4 elevada (T3 i anticossos normals), així com una tiroglobulina elevada. La gammagrafia tiroïdal mostra absència de captació del radiofàrmac per la glàndula tiroïdal, essent suggestiva de tiroïditis subaguda (imatge 1).



Imatge 1

Es pauta tractament amb Naproxè. Es sol·licita valoració pel servei d'endocrinologia, que indiquen continuar amb tractament antiinflamatori i realitzar seguiment en 2 setmanes amb nou control tiroïdal. Durant la seva estada a la planta d'infeccions el pacient va persistir amb bon estat general i disminució de la febre i el dolor cervical. Finalment es va donar d'alta amb control a les 2 setmanes amb nova determinació d'hormones, moment en que la T4 i tiroglobulina s'havien normalitzat i la TSH persistia suprimida. Es va remetre a Endocrinòleg de zona per seguiment posterior.

Diagnòstic

Tiroiditis subaguda o de Quervain

Discussió

Aquest cas ens brinda l'oportunitat de revisar quins són els passos més recomanats per poder diagnosticar l'etiologia d'una febre persistent sense focus aparent i què fer quan aquesta passa a ser una febre d'origen desconegut.

La febre d'origen desconegut és aquella de més de 38.3°C en repetides ocasions al llarg d'almenys 3 setmanes amb diagnòstic incert després d'una setmana d'estudi exhaustiu.

La principal causa sol ser infecciosa, especialment TBC extrapulmonar. Altres causes importants són neoplàsies, malalties del teixit connectiu i febres medicamentoses. La incidència d'agents etiològics específics varia segons l'edat, susceptibilitat de l'hoste a infecció i temps de duració de l'estudi, ja que com més temps dura la febre, més disminueix la probabilitat d'infecció.

El punt més important pel diagnòstic és una bona història clínica i exploració física i reavaluar freqüentment, considerant presentacions atípiques de malalties comuns. Es recomana

posteriorment, la realització d'estudis de laboratori incloent perfil hepàtic, VSG, PCR, LDH, VIH, VDRL, FR, anticossos heteròfils, CK i ANA, PPD, cultius i proteïnograma. Aquestes proves poden suggerir una sospita diagnòstica o un lloc de biòpsia que podria establir el diagnòstic. Si no es suggereix, es recomana realitzar TAC abdominopèlvic amb contrast i de ser negatiu, gammagrafia corporal per fer un rastreig més complet. Cal tenir en compte que els controls evolutius dels graus de febre, la naturalesa de la corba de la febre, la toxicitat aparent i la resposta als antipirètics no es consideren paràmetres amb suficient especificitat per guiar el diagnòstic.

Pel que fa al tractament, assajos terapèutics amb antibiòtics o glucocorticoides rarament estableixen el diagnòstic i, a més, el rendiment dels cultius o les biòpsies, respectivament, es poden veure disminuïts. Altres tractaments com règims agressius immunosupressors, llargues admissions en Unitats de Cures Intensives o la colonització d'organismes intrahospitalaris també poden alterar el diagnòstic i atribuir la FOD a altres tipus d'infeccions trobades com a conseqüència de l'ingrés hospitalari. Tot això, contribueix a que hi pugui haver fins un 30-50% dels casos en què l'avaluació diagnòstica no aconsegueixi identificar la causa de la FOD.

Bibliografia

- Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine (Baltimore)* 1961; 40:1.
- Bleeker-Rovers CP, Vos FJ, de Kleijn EM, et al. A prospective multicenter study on fever of unknown origin: the yield of a structured diagnostic protocol. *Medicine (Baltimore)* 2007; 86:26.
- Knockaert DC, Mortelmans LA, De Roo MC, Bobbaers HJ. Clinical value of gallium-67 scintigraphy in evaluation of fever of unknown origin. *Clin Infect Dis* 1994; 18:601.
- Knockaert DC, Dujardin KS, Bobbaers HJ. Long-term follow-up of patients with undiagnosed fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 1996; 156:618.
- Vanderschueren S, Knockaert D, Adriaenssens T, et al. From prolonged febrile illness to fever of unknown origin: the challenge continues. *Arch Intern Med* 2003; 163:1033.
- Zenone T. Fever of unknown origin in adults: evaluation of 144 cases in a non-university hospital. *Scand J Infect Dis* 2006; 38:632.