

Caso clínico

## Dos años de fiebre

Marina Pacheco Martínez-Atienza <sup>1</sup> \*, Mónica Liébana Gómez <sup>1</sup>, Álvaro Varela Plaza <sup>1</sup>, Sara Fernández <sup>1</sup>, Alfredo Espinosa Gimeno <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario de Guadalajara. mpachecomartinez@sescam.jccm.es; <https://orcid.org/0000-0002-7814-5678>. mliebana@sescam.jccm.es; <https://orcid.org/0000-0002-8766-4699>. avarelap@sescam.jccm.es; <https://orcid.org/0000-0002-7769-144X>. sfernandezrodriguez@sescam.jccm.es; <https://orcid.org/0000-0002-7554-2387>. alfredoe@sescam.jccm.es; <https://orcid.org/0000-0002-3824-5009>.

\* Autor correspondencia: mpachecomartinez@sescam.jccm.es; <https://orcid.org/0000-0002-7814-5678>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2022.7.1.313>

### Descripción del caso clínico

Mujer de 61 años, fumadora de 2-3 cigarrillos diarios, sin antecedentes de interés salvo angiomiolipoma hepático intervenido quirúrgicamente por tamaño, con márgenes libres. Ingresa en Medicina Interna por cuadro de fiebre recurrente de hasta 38.8°C cada 15 días, desde hace 4-5 meses. Refiere que previamente (desde 2 años atrás) presentaba febrícula de 37.5-37.7°C vespertina aproximadamente una vez al mes, sin ninguna clínica asociada en esos momentos, y que decía con paracetamol sin reaparición hasta el mes siguiente. Actualmente refiere como única clínica acompañante tos seca y disnea de esfuerzos, que no empeora en función de época del año. No síndrome constitucional, dolor torácico opresivo ni pleurítico, no aparición de lesiones cutáneas, autopalpación de bultos ni ninguna otra clínica en la anamnesis por órganos y aparatos.

Como datos epidemiológicos tiene un perro en casa correctamente vacunado y desparasitado. Su marido tiene gallinas de corral que cuida y limpia, y acude a domicilio con misma ropa. Sus hermanos, poseen ganado ovino y en ocasiones la visitan con la ropa de trabajo. Nunca ha visitado las naves donde están los animales durante los últimos años. En domicilio tiene humedades en alguna habitación, sin moquetas en la casa. No refiere no viajes al extranjero.

A la exploración presentaba una saturación de oxígeno del 95%, estaba afebril y destacaba únicamente en la auscultación pulmonar unos crepitantes inspiratorios finos en campos medios y bases.

La radiografía de tórax evidencia un tenue patrón intersticial (Figura 1) que se confirma en TAC de tórax de alta resolución presentando imagen en vidrio deslustrado bilateral (Figura 2).

En la analítica destacaba una elevación de reactantes de fase aguda no muy marcada (leucocitosis, neutrofilia, PCR de 53 mg/L, ferritina de 137 ng/mL) y una discreta alteración del perfil hepático (alanina aminotransferasa [ALT] de 66 U/L, aspartato aminotransferasa [AST] de 74 U/L y gamma-glutamyl transferasa [GGT] de 102 U/L, con bilirrubina de 1,2 mg/dL).

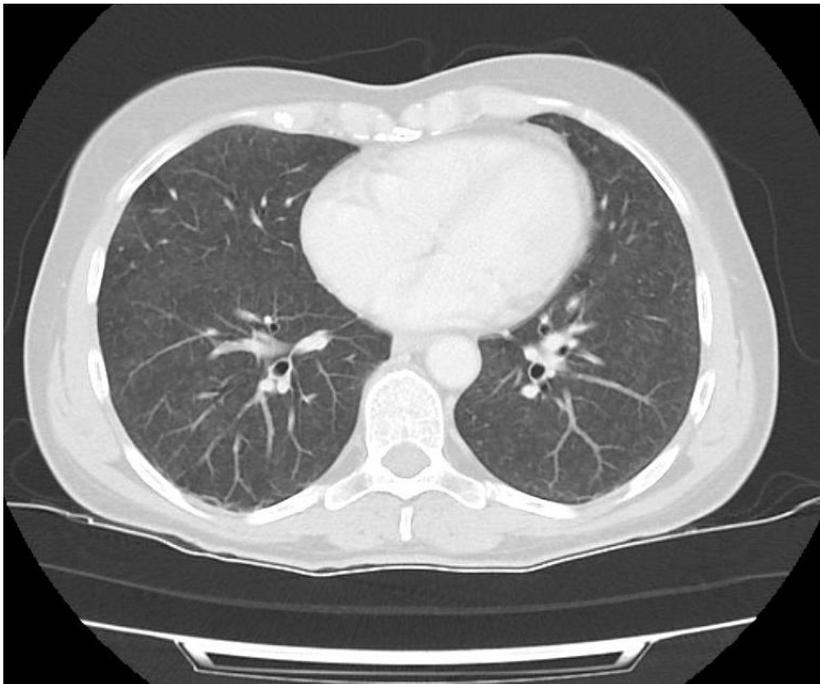
Ante la sospecha clínica de neumonitis por hipersensibilidad, se solicita estudio neumológico con espirometría y lavado broncoalveolar. La espirometría mostró volúmenes normales con disminución de la difusión de monóxido de carbono en respiración única (DLCO SB) y capacidad de difusión por unidad de volumen pulmonar (DLCO/VA) del 44 y 52% respectivamente. En el lavado broncoalveolar se apreciaba un aumento de neutrófilos pero los linfocitos eran la población más predominante, con un cociente CD4/CD8 de 6. Se solicita valoración por Alergología, quienes realizan prick test cutáneos que son negativos. Además, se solicitan precipitinas en sangre periférica, resultando positivas para canario, periquitos y *Aspergillus*.

Durante el ingreso la paciente no presentó ningún episodio de fiebre y su sintomatología respiratoria mejoró drásticamente, con práctica desaparición de los crepitantes. Dado el descenso en la difusión de monóxido de carbono, se decidió inicio de tratamiento con esteroides en dosis

descendente durante 4 semanas, con pruebas de función respiratoria y TAC de tórax de control, confirmándose la mejoría en ambas pruebas.



**Figura 1.** Radiografía de tórax PA. Tenue infiltrado intersticial bilateral de predominio en bases.



**Figura 2.** TC torácico de alta resolución. Afectación en vidrio deslustrado de localización centrilobulillar y distribución universal.

## Discusión

La fiebre de origen desconocido supone un reto diagnóstico para el médico responsable. El diagnóstico diferencial es muy amplio, incluyendo patologías infecciosas, malignas, autoinmunes o autoinflamatorias y otra miscelánea de etiologías [1,2].

Para guiar el estudio se debe intentar concretar un síntoma o signo guía [3], en el caso de nuestra paciente nos centramos en la tos y disnea, a raíz de la cual se solicitaron las pruebas de imagen que dieron la clave del diagnóstico.

La neumonitis por hipersensibilidad es una enfermedad, inmunomediada, desencadenada por una amplia variedad de estímulos (orgánicos o inorgánicos) en individuos susceptibles [4]. Tiene una amplia variabilidad epidemiológica en función de la ocupación de los pacientes o de los factores precipitantes del cuadro [5]. La clínica es insidiosa y habitualmente de larga evolución, principalmente con clínica respiratoria progresiva que puede imitar a otras enfermedades pulmonares intersticiales. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen (especialmente TAC torácico de alta resolución) así como lavado broncoalveolar compatibles (elevado recuento linfocitario con predominio de CD8+) [6]. Existen múltiples desencadenantes de esta enfermedad [7], incluidos el *Aspergillus* al que podría haber estado expuesta nuestra paciente por las humedades en su domicilio, o proteínas animales presentes en heces a los que podría exponerse por el contacto de su marido con las gallinas y los pájaros que cuidaba. El tratamiento de los episodios agudos, como en el caso de nuestra paciente, se basa en corticoides [7].

El pronóstico depende del estadio en que se diagnostique la enfermedad; en los casos de un estadio agudo/subagudo, como el caso que nos ocupa, la enfermedad se controla evitando la exposición ambiental y corticoides, tiene un pronóstico muy bueno.

**Conflictos de Intereses:** Los autores no declaran conflicto de intereses.

## Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

TAC: Tomografía axial computarizada

ALT: Alanina aminotransferasa

AST: Aspartato aminotransferasa

GGT: Gamma-glutamil transferasa

DLCO: Capacidad de transferencia del monóxido de carbono

DLCO/SB: Difusión de monóxido de carbono en respiración única

DLCO/VA: Difusión por unidad de volumen pulmonar

## Referencias Bibliográficas

1. Mulders-Manders C, Simon A, Bleeker-Rovers C. Fever of unknown origin. *Clin Med (Lond)*. 2015 Jun;15(3):280-4. doi: 10.7861/clinmedicine.15-3-280.
2. Haidar G, Singh N. Fever of Unknown Origin. *N Engl J Med*. 2022 Feb 3;386(5):463-477. doi: 10.1056/NEJMra2111003.
3. Wright WF, Auwaerter PG. Fever and Fever of Unknown Origin: Review, Recent Advances, and Lingering Dogma. *Open Forum Infect Dis*. 2020 May 2;7(5):ofaa132. doi: 10.1093/ofid/ofaa132.
4. Vasakova M, Selman M, Morell F, Sterclova M, Molina-Molina M, Raghu G. Hypersensitivity Pneumonitis: Current Concepts of Pathogenesis and Potential Targets for Treatment. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019 Aug 1;200(3):301-308. doi: 10.1164/rccm.201903-0541PP.
5. Huntley CC, Walters GI. An update on hypersensitivity pneumonitis: what a clinician wants to know. *Curr Opin Pulm Med*. 2021 Mar 1;27(2):95-104. doi: 10.1097/MCP.0000000000000763.
6. Ohshimo S, Bonella F, Guzman J, Costabel U. Hypersensitivity pneumonitis. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2012 Nov;32(4):537-56. doi: 10.1016/j.iac.2012.08.008.
7. Spagnolo P, Rossi G, Cavazza A, Bonifazi M, Paladini I, Bonella F, Sverzellati N, Costabel U. Hypersensitivity Pneumonitis: A Comprehensive Review. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2015;25(4):237-50; PMID: 26310038.



© 2022 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.