

## Reto evaluatorio sobre fiebre de origen desconocido. Respuestas

*A continuación las respuestas del ejercicio sobre Fiebre de Origen Desconocido*

### PREGUNTA 1

**¿Cuál de las siguientes opciones es correcta la fiebre de origen desconocido (FOD)?**

- A. Una pequeña minoría de casos de FUD permanecen sin diagnosticar en la era actual.
- B. No hay evidencia que sugiera que la fiebre sea potencialmente beneficiosa para el huésped.
- C. Existe un acuerdo universal sobre los criterios diagnósticos de FUD. [Texto relacionado. se abre en una pestaña nueva](#)
- D. La tuberculosis ha estado entre las causas infecciosas más comunes de FUD.

**La respuesta correcta es D.**

Las afirmaciones A, B y C son incorrectas.

La tuberculosis ha estado entre las causas infecciosas más comunes de FUD.

Hasta el 51 % de los casos de FUD, incluso en la era actual, permanecen sin diagnosticar.

Las perspectivas sobre el efecto de la fiebre en los resultados de la enfermedad han evolucionado durante milenios. Los eruditos antiguos consideraban que las respuestas febriles eran beneficiosas. Desde principios del siglo XIX, la fiebre ha llegado a ser ampliamente percibida como dañina. Sin embargo, la conservación filogenética de la fiebre

durante millones de años en el reino animal sugiere que es potencialmente beneficiosa para el huésped. Las bacterias son mesófilas (es decir, organismos para los cuales una temperatura de aproximadamente 35 °C es ideal para su crecimiento), y las temperaturas en el rango febril inhiben su proliferación. La fiebre también genera compuestos secuestradores de hierro hepáticos que se unen al hierro libre necesario para la replicación microbiana, aumenta la actividad antimicrobiana de los agentes antibióticos, induce proteínas de choque sensibles al calor que activan las defensas del huésped y mejora las respuestas de las células T.

<https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-fiebre-antitermicos-pautas-actuacion-13126018>

No existe un acuerdo universal sobre el límite de tiempo preciso o los criterios de diagnóstico para FOU.

## **Pregunta 2**

**¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las causas clásicas de FOU es verdadera?**

- A. La FOU debida a antibióticos suele ser el resultado del tratamiento con sulfonamidas.
- B. La histoplasmosis como causa de FOU debe considerarse solo para quienes viven en los valles de los ríos Mississippi y Ohio.
- C. El carcinoma de células renales se encuentra entre los cánceres más frecuentemente asociados con FOU.
- D. La consideración de mononucleosis como causa de FOU depende de la edad del paciente.

**La respuesta correcta es C.**

Las afirmaciones A, B y D son incorrectas.

Las causas principales de la FOU clásica son infecciones, cánceres, enfermedades autoinflamatorias o autoinmunes y causas diversas. Los

cánceres constituyen aproximadamente del 2 al 25% de los casos de FOU. Las neoplasias más frecuentemente asociadas con FOU incluyen carcinoma de células renales, linfomas, cáncer hepatocelular y de ovario, mixoma auricular y enfermedad de Castleman.

Se estima que del 3 al 7% de los episodios febriles en pacientes hospitalizados son atribuibles a las drogas. Casi un tercio de las fiebres asociadas a medicamentos se deben a antibióticos, más comúnmente betalactámicos.

A pesar de décadas de dogma, es evidente que la distribución de la histoplasmosis se está expandiendo más allá del centro y el norte del país ya que aunque se han documentado brotes epidémicos en regiones más australes (Garrahan-Malbran-Argentina) Así, la histoplasmosis debe sospecharse en pacientes con síndromes compatibles, incluso fuera del mapa clásico de histoplasma.

La presentación clínica de la mononucleosis infecciosa puede variar con la edad (p. ej., es probable que las personas de mediana edad o ancianas tengan una fiebre más prolongada y una leucopenia más pronunciada). pero una menor incidencia de esplenomegalia, faringitis y linfadenopatía que los adolescentes). Por lo tanto, se debe considerar la mononucleosis en pacientes con FOU, independientemente de la edad.

### **Pregunta 3**

**¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre otras causas de FOU es verdadera?**

R. La atelectasia es una de las muchas causas comunes de FOU después de la cirugía.

B. El herpesvirus humano 6 (HHV-6) o HHV-8 se encuentran entre los virus a considerar en casos de FOU en receptores de trasplantes de órganos. Texto relacionado.

C. La evaluación de la FOU nosocomial debe centrarse inicialmente en los medicamentos que pueden inducir fiebre.

D. El estudio de la FUI asociada con el virus de la inmunodeficiencia humana es el mismo ya sea que se haya administrado o no terapia antirretroviral.

**La respuesta correcta es B.**

Las afirmaciones A, C y D son incorrectas.

La FUI se ha documentado en el 1,4 % de 3626 receptores de trasplante de órganos; más de la mitad de los episodios se debieron a infecciones. Con el tratamiento preventivo antiviral mejorado, el citomegalovirus se ha convertido en una causa menos común de FUI. Otras causas virales (p. ej., enfermedad linfoproliferativa posterior al trasplante relacionada con el virus de Epstein-Barr e infección por adenovirus, herpesvirus humano 6 [HHV-6], parvovirus B19 o HHV-8) siguen siendo una consideración en los receptores de trasplantes de órganos con FUI. Fugas anastomóticas, fistulas, hematomas, brotes agudos de gota, eventos tromboembólicos, infecciones relacionadas con la malla o el injerto y Mycoplasma hominis infecciones después de procedimientos cardíacos, ortopédicos o neuroquirúrgicos se encuentran entre las muchas causas de FUI después de la cirugía.

Contrariamente a la creencia popular, poca evidencia implica a la atelectasia como causa de la fiebre.

La evaluación de la FUI en pacientes hospitalizados, particularmente en pacientes críticos crónicos, debe centrarse inicialmente en las infecciones nosocomiales, incluidas las infecciones asociadas con catéteres vasculares, infecciones del tracto urinario, neumonías, infecciones intraabdominales, sinusitis y Clostridioides difficile .infección.

La terapia antirretroviral (TAR) ha transformado la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en una enfermedad crónica en la que rara vez ocurren infecciones oportunistas relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Por lo tanto, en el siglo XXI, la FUI asociada con el VIH podría reclasificarse como FUI en personas que reciben ART (para quienes el estudio debe ser similar al de las personas sin infección por VIH) y FUI en personas que no reciben ART.