

## CASUÍSTICA

# FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO, MASA SUPRARRENAL, TSH SUPRIMIDA Y TIROIDITIS SUBAGUDA SILENTE\*

Dres. Mariana Galván<sup>1</sup>, Daniel Moncet<sup>2</sup>, Marcos A Flores<sup>1</sup>, Miguel J Maxit<sup>1</sup>

### INTRODUCCIÓN

Fiebre de origen desconocido (FOD) se define como fiebre <sup>3</sup> de 38.3°C durante tres semanas, sin diagnóstico luego de una semana de internación. Las causas son múltiples: infecciosas (50%), neoplásicas (25%), colagenopatías (10%), sin diagnóstico (6%) y misceláneas, entre ellas la tiroiditis subaguda (3%). Existen varios algoritmos de estudio, al inicio luego de realizar la historia clínica y el examen físico se solicitan exámenes complementarios básicos, como test de rutina de sangre y orina, cultivos, Rx de tórax y serología viral, pudiéndose incluir determinaciones inmunológicas.

La tiroiditis subaguda (TSA) ocurre en mujeres de edad media precedida en general por una infección viral de vías aéreas superiores, y se caracteriza por presentar dolor glandular, síntomas de hipertiroidismo clásicos y eritrosedimentación (ERS) elevada.

Los quistes adrenales incidentales son poco frecuentes y la mayoría son no funcionantes.

### CASO

Presentamos una paciente de 23 años con antecedentes de OMA a repetición. En diciembre de 2004 consultó por fiebre y dolor abdominal (FID). Luego de descartar patología ginecológica se le realizó apendicectomía laparoscópica profiláctica. La anatomía patológica informó hiperplasia folicular linfoidea.

En febrero de 2005 vuelve a consultar por fiebre de 38.8°C de 4 días de evolución, recibió tratamiento con levofloxacina por presentar hematuria en el sedimento de orina, que suspende al 4º día por continuar con fiebre.

Al 8º día febril se decide la internación en CM. Al ingreso en el examen físico presentaba fauces eritematosa y adenomegalia submaxilar izquierda no dolorosa. En el laboratorio presentó anemia, neutrofilia y ERS elevada, con el resto de las determinaciones normales. TABLA 1

Se realizaron hemocultivos x 3 y urocultivo que fueron negativos. La RX de tórax fue normal. Dentro del trabajo diagnóstico se realizó una ecografía abdo-

minal que informó una masa quística de contenido ecogénico y calcificación parcial de la pared, de 6 x 9 x 10 cm, en contacto con el riñón izquierdo, bazo y cola de páncreas. Se realizó luego RMN de abdomen que aclaró el origen suprarrenal de la masa quística.

Al 8º día de internación persistía con fiebre y no fue posible realizar una gammagrafía con galio. Se indicó naproxeno con respuesta inicial y se decidió el control por consultorio externo.

A las 4 semanas persistía con fiebre de menor cuantía, se obtuvieron resultados de laboratorio pendientes durante la internación: PCR + (9.6), serología para CMV, hidatidosis y Hudlesson negativas. FAN y Látex AR negativos.

Se solicitó evaluación por endocrinología para el estudio de la masa quística suprarrenal y su eventual relación con la fiebre. Las determinaciones de cortisol, 17alfa hidroxiprogesterona, sulfato dehidroepiandrosterona (SDHEA) y ácido vainillín mandélico (AVM) fueron normales. Se solicitó además TSH que fue de 0.0001 con determinaciones de T3 y T4 normales. Los anticuerpos tiroideos fueron negativos y el estudio de captación tiroidea mostró hipocaptación (<5%).

Se realizó el diagnóstico de tiroiditis subaguda silente y fue medicada con meprednisona 20 mg/día, encontrándose al mes eutiroidea y sin fiebre.

En julio de 2005 se realizó cirugía laparoscópica del quiste suprarrenal, el diagnóstico anatomopatológico informó quiste endotelial.



Figura 1. TAC Abdomen: imagen ovoidea de 6x8cm hipodensa de bordes definidos ubicada en la celda renal izquierda.

<sup>1</sup> Servicio de Clínica Médica. <sup>2</sup> Servicio de Endocrinología. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM). Mar del Plata. Argentina.

\* Poster Presentado en el XIV Congreso de Medicina, organizado por la Sociedad Argentina de Medicina del 21 al 24 de noviembre de 2005 en la Ciudad de Buenos Aires.

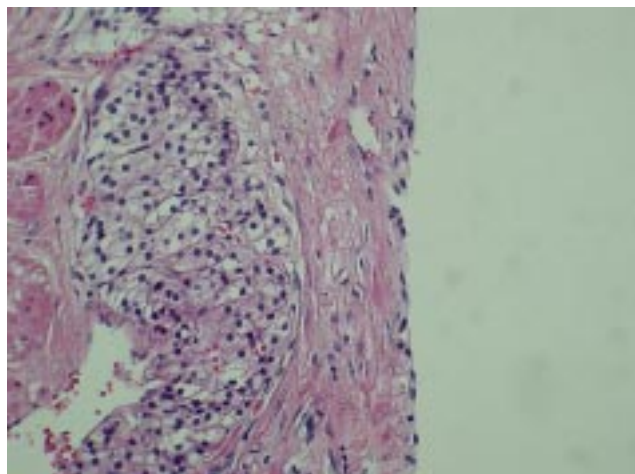


Figura 2. Quiste suprarrenal (microscopía).

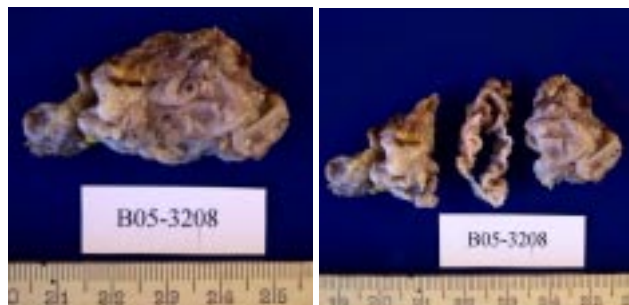


Figura 3. a) Quiste suprarrenal (macroscopía); b) Quiste suprarrenal (macroscopía)

### CONCLUSIÓN

- Hasta en un 30% de los casos no se alcanza el diagnóstico de la causa de FOD, y muchas veces durante el estudio del paciente se obtienen datos que pueden confundir y desviar la ruta correcta del diagnóstico.

- La TSA puede ser responsable del 3% de los casos de FOD, pero en más del 95% de las veces se presenta con dolor glandular, bocio y ERS elevada.

- Los quistes adrenales se clasifican en pseudoquiste, quiste endotelial, quiste epitelial y quiste parasitario. Siempre deben diferenciarse de las neoplasias quísticas adrenales donde los estudios por imágenes pueden ayudar, pero es fundamental la anatomía patológica para descartar malignidad.

Tabla 1. Resultados de laboratorio

<b>Hemograma</b>	Hcto 31% Hb 10.5g% VCM 84 Plaq 224.000/mm <sup>3</sup> GB 8.300/mm <sup>3</sup> Formula:C3%, S80%, L10%, M8%
<b>Creatinina</b>	0.86 mg/dl
<b>Ionograma</b>	Na 134 mEq/L K 4.3 mEq/L Cl 100 mEq/L
<b>Glucemia</b>	93 mg/dl
<b>Hepatograma</b>	BT 0.46 mg/dl BD 0.11mg/dl FAL 165 UI/L GOT 29UI/L GPT 36UI/L Quick 79% 14"
<b>ERS</b>	22 mm/1°h
<b>Orina completa</b>	pH 6 d 1020 sangre + regular células, escasos leucocitos

- El incidentaloma quístico suprarrenal es poco frecuente, y en la mayoría de los casos es asintomático y no secretor.

- En nuestro caso la falta de síntomas y signos clásicos de TSA y la presencia de la masa adrenal incidental, demoraron el diagnóstico.

- Lo interesante de esta paciente es la presentación atípica de una causa infrecuente de FOD como lo es la tiroiditis subaguda, y cómo los hallazgos incidentales pueden confundir el diagnóstico preciso.

### BIBLIOGRAFÍA

- De Klejin EM, Vandenbroucke JP, et al. Fever of unknown origin. *Medicine*. Nov 1997. Vol 76. N° 6. 392-413.
- Saltoglu N, Tasova Y, et al. Fever of unknown origin in Turkey: evaluation 87 cases during nine-year-period of study. *Journal of Infection*. 2004. Vol 48. 81-85
- Cunha BA, Thermidor M, Mohan S, et al. Fever of unknown origin: Subacute thyroiditis versus typhoid fever. *Heart and Lung*. 2005. Vol 34. N°2. 147-151
- Kashyap AS, Mathew Isaac. A young woman with fever of unknown origin. *Postgrade Med J*. 1999. Vol 75. 497-499.
- Rotenberg Z, Weinberger I, et al. Euthyroid Atypical Subacute Thyroiditis simulating systemic or malignant disease. *Arch Intern Med*. 1986. Vol 146. 105-107
- Lam K Y, Lo C Y, Shek T W H, et al. Primitive small round cell tumour of the adrenal gland presenting with fever of unknown origin. *J Clin Pathol*. 2001. Vol 54. 966-970
- Erickson L A, Lloyd R V, Hartman R, Thompson G. Cystic Adrenal Neoplasm. *Cancer*. 2004. Vol 101. N°7. 1537-1544
- Goldman. Ausiello. *Cecil Textbook of Medicine*. 22° edicion. Cap 295. 1729-1730.
- Pearce EN, Farwell AP, et al. Thyroiditis. *New England Journal of Medicine*. Junio 2003. 2646-2653.
- Grumbach MM, et al. Management of the clinically inapparent adrenal mass. *Annals of Internal Medicine*. Marzo 2003. Vol 138 N°5. 424-429.