

## Fiebre, depresión enmascarada

R. Ramírez Parrondo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Psicoterapeuta. Medicina Psicosomática. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Madrid.

La medida de la temperatura corporal es un signo inespecífico. Su elevación debe llevar a investigar su causa. La etiología es muy variada: infecciones, neoplasias, colagenosis, etc., y también es importante tener en cuenta que puede ser un signo de un trastorno psicopatológico.

*Palabras clave:* fiebre, febrícula, fiebre de origen desconocido (FOD), fiebre psicógena, depresión enmascarada.

Measurement of body temperature is a non-specific sign. Its cause should be investigated when it is elevated. The etiology varies greatly: infections, neoplasms, collagenosis, etc. and it is also very important to take into account that it may be a sign of psychosomatic illness.

*Key words:* fever, febricula, fever of unknown origin (FUO), psychogenic fever, masked depression.

### INTRODUCCIÓN

En las consultas de Atención Primaria una tercera parte de los pacientes con síntomas somáticos no tienen explicación orgánica. Los estudios clínicos demuestran que estos pacientes pueden presentar ansiedad y/o depresión<sup>1</sup>.

La fiebre es uno de los motivos de consulta, relativamente frecuentes, por los que el paciente acude a consulta al producirle malestar general y astenia. Es preciso realizar un diagnóstico etiológico para poder tratar la causa de la fiebre. En muchas ocasiones se puede realizar un abordaje diagnóstico y terapéutico desde Atención Primaria, como son los casos clínicos de fiebre psicógena.

### EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 51 años con antecedentes de histerectomía por miomas uterinos hace 11 años, que precisó transfusión sanguínea. No tiene hábitos tóxicos, ni contacto con animales, ni ha realizado viajes recientes. Sí refiere, en los últimos cuatro meses, haber tomado paracetamol o antiinflamatorios para tratar de paliar los síntomas por los que acude.

Vive sola. Hasta hace dos años muy cerca de su única hermana, que hace cuatro meses se ha trasladado a un piso más lejano, porque era más grande. La paciente ha dedicado todo el tiempo libre que tenía durante el curso y el de sus vacaciones de estos dos años a ayudar a su herma-

na en el traslado y arreglos de la casa, lo han terminado hace algo más de cuatro meses.

Acude a consulta por presentar una temperatura axilar que oscila entre 38,4-37,3 °C, de 4 meses de evolución, que le produce astenia intensa inhabilitante. Refiere haber acudido a otro médico anteriormente que le ha realizado una serie de pruebas, que trae, cuyo resultado es negativo, motivo por el que le ha solicitado otras. La paciente al ver esos resultados quiere tener una segunda opinión de otro médico.

En la anamnesis muestra que tiene pirosis epigástrica ocasional, "cefalea continua" y "mareo" no rotatorio, sin síndrome constitucional y ánimo bajo.

En su ambiente psicosocial reconoce que el trabajo que realiza (secretaria) no le ilusiona, y antes quedaba con su hermana y sobrinos después del trabajo, pero al vivir ahora más lejos ya no tiene tiempo de ir a verlos diariamente. Estos últimos meses le han dado la baja laboral debido a su estado y por tanto tiene más tiempo para visitar a su hermana. Siempre le han gustado los niños y prefiere estar ayudando a su hermana en el cuidado de sus hijos que quedarse sola en casa.

En la exploración física la paciente tiene 37,3 °C. Ausencia de lesiones cutáneas y de adenopatías periféricas a la palpación. Tensión arterial de 130/80, 90 lpm. No taquipnea. No aumento de la presión venosa yugular, ni bocio. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos audibles. Auscultación pulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible, sin masas, ni visceromegalias. Miembros inferiores: sin edemas. Desde el punto de vista neurológico no presenta hallazgos de interés.

Las pruebas diagnósticas que aporta son: hemograma, velocidad de sedimentación, bioquímica con perfil hepáti-

Correspondencia: Raquel Ramírez Parrondo.  
Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Madrid.  
C/ General López Pozas, 10.  
28036 Madrid.  
Correo electrónico: rrparrondo@yahoo.es

Recibido el 21-02-05; aceptado para su publicación el 22-07-05.

co y renal, anticuerpos antinucleares y factor reumatoide, sistemático de orina: sin encontrarse hallazgos significativos. Los tres hemocultivos y la serología para *Toxoplasma*, *Brucella*, *Coxiella burnetti*, citomegalovirus (CMV), virus de Epstein-Barr (VEB), virus de la hepatitis A, B y C, lúes y virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) resultan negativos, igual que el Mantoux. En la radiografía de tórax y ecografía abdominal no se encuentran signos patológicos.

Al no tener datos orientadores le han solicitado las siguientes pruebas complementarias: gammagrafía con radioisótopos, tomografía axial computarizada (TAC) toraco-abdomino-pélvica, gastroscopia y colonoscopia. La paciente se las quiso hacer y el único hallazgo fue la presencia de divertículos en el colon sin signos infecciosos.

En consulta programada se analizaron los rasgos de su personalidad, su estado de ánimo y su situación sociofamiliar mediante una entrevista clínica semiestructurada. Se observó: ánimo decaído, pérdida de interés, baja autoestima, tendencia a estar sola en su casa o con su hermana, trabaja porque "tiene que mantenerse económicamente". Siempre ha sido nerviosa, le ha preocupado el orden, ha tomado decisiones a partir de reglas y necesita mantener el control.

Se estableció el diagnóstico de fiebre psicógena, rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos con mecanismos de defensa del tipo quejas y rechazo de ayuda, polarización, proyección y agresión pasiva, en un ambiente sociofamiliar de insatisfacción profesional y de aislamiento social y cierto retraimiento familiar.

Se informó a la paciente que algunos casos de fiebre como el que ella padece (fiebre psicógena) se han relacionado con ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, trastornos de carácter y dificultades adaptativas sociales como consecuencia de la unidad psicosomática del ser humano.

Se realizó tratamiento combinado: psicofármacos y psicoterapia, con seguimiento en sucesivas revisiones programadas.

La evolución clínica fue favorable. La fiebre y la astenia fueron desapareciendo y la paciente notó una mejoría significativa.

## DISCUSIÓN

La fiebre tiene el mismo mecanismo fisiopatológico para distintas enfermedades, por lo que es un signo inespecífico.

La elevación de la temperatura por encima de 38 °C se denomina fiebre y cuando oscila entre 37 y 38 °C, febrícula.

La temperatura corporal es el resultado del balance entre la generación y la disipación del calor, regulado por el centro termorregulador, en la región anterior del hipotálamo<sup>2</sup> y mediado por mecanismos dependientes de la prostaglandina E<sub>2</sub> o mecanismos dependientes de la serotonina<sup>3</sup>.

La fiebre, habitualmente, suele ser de corta duración y producida por patologías banales. Cuando se prolonga más de 3 semanas sin llegar a un diagnóstico etiológico se habla de fiebre de origen desconocido (FOD).

Petersdorf y Beeson, en 1961, definieron la FOD como una temperatura superior a 38,3 °C medida en varias ocasiones, con una duración de más de tres semanas y en la que no se llega a un diagnóstico a pesar de un estudio durante una semana de ingreso. Más tarde, Durack y Street modificaron el último criterio y lo sustituyeron por tres visitas ambulatorias o tres días en un hospital sin que se descubra la causa de la fiebre o una semana de estudio ambulatorio inteligente<sup>4</sup>.

Las causas de la FOD son muy variadas<sup>4</sup>:

– Infecciones:

- 1) Bacterias: brucelosis, legionela, salmonelosis, etc.
- 2) Micobacterias: tuberculosis, *Mycobacterium avium*, etc.
- 3) Rickettsias: fiebre Q, fiebre botonosa mediterránea, etc.
- 4) Clamidas: psitacosis, etc.
- 5) Virus: CMV, VEB, VIH, hepatitis A, B, C, D, E, etc.
- 6) Parásitos: toxoplasmosis, amebiasis, paludismo, leishmaniasis, etc.
- 7) Hongos: candidiasis, criptococosis, etc.

– Neoplasias:

- 1) Tumores malignos: riñón, colon, hígado, páncreas linfomas, leucemias, histiocitosis maligna, mieloma, mielofibrosis, etc.
- 2) Tumores benignos: mixoma auricular, angiomiolipoma renal, etc.

– Colagenosis y vasculitis:

- 1) Fiebre reumática, artritis reumatoide, enfermedad de Still, lupus eritematoso sistémico (LES), etc.
- 2) Arteritis de células gigantes, granulomatosis de Wegener, vasculitis de hipersensibilidad, etc.

– Miscelánea:

- 1) Fiebre medicamentosa.
- 2) Fiebre simulada, "fiebre psicógena", síndrome de la fatiga crónica.
- 3) Enfermedad inflamatoria intestinal.
- 4) Fiebre mediterránea familiar.
- 5) Embolia pulmonar recurrente, tromboflebitis, hematomas.
- 6) Cirrosis hepática, hepatitis alcohólica, hepatitis granulomatosa.
- 7) Síndrome postinfarto de miocardio.
- 8) Endocrinopatías: hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal.
- 9) Alergia a inhalantes.
- 10) Idiopática, etc.

Ante un paciente con elevación de la temperatura lo primero que se debe realizar es una detallada anamnesis y exploración física.

La historia clínica debe recoger los antecedentes personales, exposición ocupacional, contacto con animales, hábitos tóxicos alimenticios y sexuales, viajes recientes, toma de fármacos, presencia de síndrome constitucional y también la entrevista psiquiátrica, en la que se valora la sintomatología psíquica, los rasgos de personalidad del paciente y las características de su ambiente familiar y social.

La exploración física debe ser exhaustiva, empezando por la comprobación de la fiebre.

Después se solicitarán pruebas complementarias orientadas a esclarecer la etiología. Las primeras determinaciones a solicitar ante una exploración física normal son: hemograma, velocidad de sedimentación, bioquímica con perfil hepático, sistemático de orina, radiografía de tórax, tres hemocultivos sin tratamiento antibiótico, anticuerpos antinucleares, factor reumatoide, Mantoux, ecografía abdominal. También se realizan serologías para *Toxoplasma*, *Brucella*, *Coxiella burnetii*, CMV, VEB, lúes y VIH, y si el paciente ha viajado a zonas de alto riesgo de paludismo, examen de gota gruesa.

Si con las pruebas complementarias iniciales no aparecen datos orientadores y hay un deterioro progresivo importante del paciente, se deberán solicitar: gammagrafía con radioisótopos y estudios de imagen (TAC toraco-abdomino-pélvica y resonancia magnética de estructuras osteoarticulares).

Otras pruebas complementarias pueden ser: ecocardiograma, gammagrafía de perfusión pulmonar, gastroscopia, colonoscopia y electromiograma. En ocasiones es preciso recurrir a procedimientos invasivos, biopsias, para llegar al diagnóstico etiológico de la FOD.

Cuando se ha realizado un estudio razonable sin haber llegado a un diagnóstico etiológico orgánico y sin un evidente deterioro clínico progresivo del paciente, no es recomendable prolongar el número de pruebas diagnósticas, sí que conviene tener presente que los síntomas somáticos son una manifestación frecuente en pacientes con depresión o ansiedad<sup>5-7</sup>.

El estudio detenido de la sintomatología psiquiátrica, de los rasgos de personalidad y del ambiente sociofamiliar en el que se desarrolla el paciente nos puede mostrar la causa de síntomas somáticos, como puede ser la elevación de la temperatura corporal. Actualmente se admite la existencia de factores psicosomáticos que pueden influir en la producción de sintomatología orgánica, como puede ser la temperatura corporal: personalidad, acontecimientos estresantes, situaciones de pérdida afectiva, entorno sociofamiliar, etc.<sup>5,8-10</sup>.

Los médicos generales, por tanto, deberían considerar los síntomas depresivos y que las quejas somáticas pueden ser la sintomatología de una depresión enmascarada<sup>7</sup>.

Las depresiones enmascaradas, aunque suelen tener una presentación plurisintomática a veces, presentan pocos síntomas físicos, como es el caso de la paciente que hemos presentado.

Estos pacientes pueden ser tratados en Atención Primaria en revisiones sucesivas programadas<sup>11</sup>. Se ha demostrado que el abordaje psicoterapéutico ayuda a disminuir la sintomatología depresiva y somática<sup>11</sup>. También son eficaces los psicofármacos sobre esta doble sintomatología depresiva y somática, en concreto la fiebre<sup>3</sup>. Cada vez son más frecuentes los estudios que demuestran una mayor efectividad con la terapia combinada: psicofármacos y psicoterapia<sup>6</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The HUNT-II Study. *Psychosom Med.* 2004;66:845-51.
- Cuddy ML. The effects of drugs on thermoregulation. *AACN Clin Issues.* 2004;15:238-53. [Review].
- Oka T, Oka K, Hori T. Mechanisms and mediators of psychological stress-induced rise in core temperature. *Psychosom Med.* 2001;63:476-86. [Review].
- Gelfand JA. Fiebre de origen desconocido. En: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. *Principios de medicina interna.* 15.ª ed. España: McGraw-Hill-Interamericana; 2004. p. 953-8.
- Sugahara H, Akamine M, Kondo T, Fujisawa K, Yoshimasu K, Tokunaga S, et al. Somatic symptoms most often associated with depression in an urban hospital medical setting in Japan. *Psychiatry Res.* 2004;128:305-11.
- Barkin RL, Schwer WA, Barkin SJ. Recognition and management of depression in primary care: a focus on the elderly. A pharmacotherapeutic overview of the selection process among the traditional and new antidepressants. *Am J Ther.* 2000;7:205-26. [Review].
- Barkow K, Heun R, Ustun TB, Maier W. Identification of items which predict later development of depression in primary health care. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2001;251 Supl 2:II21-6.
- Severnyi AA, Osokina GG, Kireeva IP, Tokareva NV, Shvarkov SB. Clinico-psychopathologic and somato-autonomic studies of functional hyperthermia in adolescents. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 1990;90:94-7.
- Kronfol Z, Hamdan-Allen G, Black DW. Fever and leukocytosis: physical manifestations of bipolar affective disorder? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1988;12:887-91.
- Blue I, Harpham T. Urbanization and mental health in developing countries. *Curr Issues Public Health.* 1996;2:181-5.
- Miranda J, Muñoz R. Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosom Med.* 1994;56:136-41.