

NOTA CLÍNICA

Fiebre de origen desconocido y anemia como forma de presentación de un rabdomiosarcoma

B. Roca* e I. Reinoso

Servicios de Medicina Interna y Medicina del Trabajo, Hospital General de Castellón, Universidad de Valencia, Castellón, España

Recibido el 22 de diciembre de 2010; aceptado el 12 de abril de 2011

Disponible en Internet el 31 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Fiebre de origen desconocido;
Tomografía de emisión de protones/tomografía computarizada;
Rabdomiosarcoma

KEYWORDS

Fever of unknown origin;
Positron emission tomography/computed tomography;
Rhabdomyosarcoma

Resumen Describimos un caso de fiebre de origen desconocido, en su forma clásica de presentación. Numerosos estudios diagnósticos llevados a cabo mostraron resultados no concluyentes, pero finalmente la tomografía de emisión de protones/tomografía computarizada nos permitió llegar al diagnóstico de rabdomiosarcoma de la región pélvica.

© 2010 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Fever of unknown origin and anaemia as a form of presentation of a rhabdomyosarcoma

Abstract We report a case of fever of unknown origin, in its classical presentation. A wide range of studies were unrevealing, but finally a positron emission tomography/computed tomography allowed us to establish the diagnosis of rhabdomyosarcoma in the pelvic region.

© 2010 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La fiebre de origen desconocido (FOD) se definía clásicamente como la existencia de fiebre mayor de 38,3°C durante al menos tres semanas y sin diagnóstico etiológico, tras, al menos una semana de estudios diagnósticos¹. Sin embargo, la aparición de nuevas enfermedades y nuevos procedimientos diagnósticos en las últimas décadas han

hecho que el concepto clásico de FOD no sea aplicable a todos los casos de fiebre prolongada, y como consecuencia de ello se han desarrollado nuevos conceptos como el de FOD en la infección por el VIH, FOD nosocomial o FOD asociada a la neutropenia².

Presentamos un caso que hemos tenido ocasión de atender y que se corresponde bien con una forma clásica FOD, en el que la fiebre prolongada fue el síntoma más llamativo y en el que numerosos estudios diagnósticos fueron normales o no concluyentes. Finalmente un procedimiento de imagen relativamente nuevo como la tomografía de emisión de protones/tomografía computarizada (PET/TC), resultó de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: brocav@meditex.es (B. Roca).

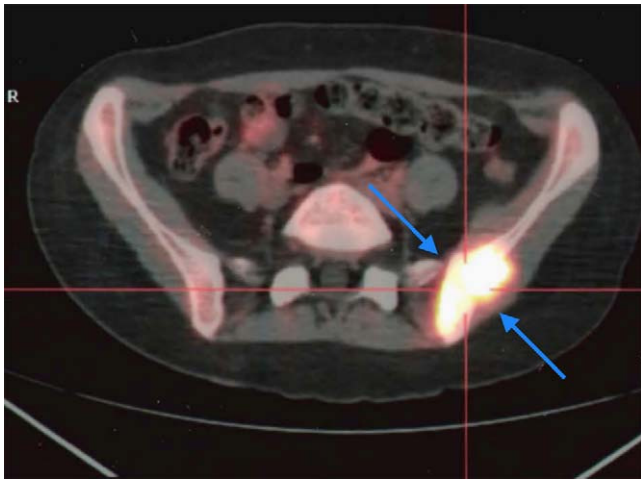


Figura 1 Tomografía de emisión de protones/tomografía computarizada (PET/TC) de la paciente, que muestra una masa hipermetabólica en el hueso iliaco izquierdo, músculo glúteo medio izquierdo y partes adyacentes, de un tamaño de 48 × 25 mm.

gran utilidad para establecer el diagnóstico. Existen varios ejemplos en la literatura reciente, similares al nuestro, en los que esa misma técnica ha mostrado su utilidad en el diagnóstico de la FOD³⁻⁵.

Caso clínico

Mujer de 42 años con antecedentes personales de tabaquismo y escoliosis, que ingresó por un cuadro de dos meses de evolución de fiebre principalmente vespertina, astenia, anorexia con pérdida de unos 6 kg de peso, náuseas, vómitos, tos irritativa, cefalea y dolor abdominal difuso. A la exploración sólo destacaba una ligera palidez, mientras que el resto era normal.

En los análisis aparecían los siguientes resultados: hemoglobina 8 g/dL con volumen corpuscular medio normal, plaquetas 756.000/mm³, fibrinógeno 685 mg/dL, tiempo parcial de tromboplastina activada 42 segundos, proteína C reactiva 90 mg/L, velocidad de sedimentación globular 110 mm en la primera hora, hierro 19 µg/dL, ácido fólico 2 ng/mL, calcio 8,3 mg/dL, fósforo 2,4 mg/dL y albúmina 2,2 g/dL, mientras que el resto de resultados del hemograma, bioquímica, coagulación, proteinograma, hormonas tiroideas, vitamina B₁₂ y anticuerpos antinucleares era normal. El análisis de orina también era normal. Los estudios microbiológicos, incluidos cultivos de orina, sangre y médula ósea, y serología de las hepatitis B y C, infección por el VIH, lúes y brucelosis, fueron negativos.

Las siguientes pruebas complementarias fueron también normales: radiografías de tórax, electrocardiograma, ecografía abdominal, gastroscopia, colonoscopia, ecocardiograma y tomografía computarizada del tórax, abdomen y pelvis. En un aspirado de médula ósea apareció una plasmocitosis policlonal. Las exploraciones otorrinolaringológica y ginecológica fueron normales. Finalmente se efectuó una PET/TC en la que apareció una masa hipermetabólica en el hueso iliaco izquierdo, músculo glúteo medio izquierdo y partes adyacentes, de un tamaño de 48 × 25 mm (fig. 1).

La biopsia de dicha masa puso de manifiesto la presencia de nidos de células redondas pobremente diferenciadas separadas por septos fibrovasculares, propios del rhabdomyosarcoma alveolar.

Durante todo el estudio efectuado la paciente permaneció estable, con persistencia de la fiebre y la anemia. No se observó respuesta alguna a un tratamiento antibiótico empírico contra una posible enfermedad pélvica inflamatoria. Se le practicaron varias transfusiones de concentrado de hematies.

Discusión

Determinadas infecciones, un amplio grupo de enfermedades inflamatorias y diversas neoplasias son las principales causas de FOD^{1,6}. En nuestro caso, la causa de la FOD resultó ser finalmente un rhabdomyosarcoma.

Los sarcomas son neoplasias que se originan de los diversos tipos de tejido conectivo, como hueso, cartilago, grasa, músculo, tendones, vasos sanguíneos, etc⁷. Se trata de un grupo heterogéneo de tumores, con más de cien variantes anatomopatológicas. Pueden ocurrir a cualquier edad. Se presentan más frecuentemente como una tumoración que suele crecer rápidamente. Pueden provocar una amplia variedad de síntomas locales, pero no es raro que sean indolores, por lo que pueden llegar a alcanzar un gran tamaño sin ser advertidos por el paciente. También es bastante típico que, si ocasionan dolor, se confundan con alguna patología degenerativa, lo cual puede conllevar retrasos en su detección. El diagnóstico de estos tumores se realiza mediante biopsia. Y para el tratamiento de los mismos pueden emplearse la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia, dependiendo de los casos. La mayoría de sarcomas son bastante resistentes a la quimioterapia convencional, pero algunos nuevos fármacos, como la gemcitabina o los taxanos, están empezando a proporcionar resultados esperanzadores⁸.

Por lo que se refiere a los rhabdomyosarcomas, se trata de tumores de alta malignidad, que suelen aparecer antes de los 20 años de edad, y pueden presentarse en prácticamente cualquier parte del cuerpo. Se clasifican histológicamente en embrionarios, alveolares y pleomórficos. El tipo alveolar, que es el que presentó nuestra paciente, suele asociarse a diversas alteraciones cromosómicas, entre las que destaca la traslocación t(2;13)(q35;q14), mediante la cual se forma una fusión quimérica de fragmentos de los cromosomas 2 y 13⁹.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia V.

Protección de personas y animales

Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Bleeker-Rovers CP, van der Meer JW, Oyen WJ. Fever of unknown origin. *Semin Nucl Med.* 2009;39:81–7.
2. Knockaert DC, Vanderschueren S, Blockmans D. Fever of unknown origin in adults: 40 years on. *J Intern Med.* 2003;253:263–75.
3. Roca B, Torres V. Castleman's disease presenting as fever of unknown origin: diagnostic value of fluorodeoxyglucose-positron emission tomography/computed tomography. *Am J Med Sci.* 2009;337:295–6.
4. Keidar Z, Gurman-Balbir A, Gaitini D, Israel O. Fever of unknown origin: the role of 18F-FDG PET/CT. *J Nucl Med.* 2008;49:1980–5.
5. Meller J, Sahlmann CO, Gürocak O, Liersch T, Meller B. FDG-PET in patients with fever of unknown origin: the importance of diagnosing large vessel vasculitis. *Q J Nucl Med Mol Imaging.* 2009;53:51–63.
6. Williams J, Bellamy R. Fever of unknown origin. *Clin Med.* 2008;8:526–30.
7. Kenney RJ, Cheney R, Stull MA, Kraybill W. Soft tissue sarcomas: current management and future directions. *Surg Clin North Am.* 2009;89:235–47.
8. Vincenzi B, Frezza AM, Santini D, Tonini G. New therapies in soft tissue sarcoma. *Expert Opin Emerg Drugs.* 2010;15:237–48.
9. Gallego Melcón S, Sánchez de Toledo Codina J. Molecular biology of rhabdomyosarcoma. *Clin Transl Oncol.* 2007;9:415–9.