

A Propósito e “Febre de Origem Indeterminada num Hospital Terciário Português”

Apropos of “Fever of Unknown Origin in a Portuguese Tertiary Hospital”

Fernando Guimarães (<https://orcid.org/0000-0001-6744-1423>)

Palavras-chave: Febre de Origem Indeterminada; Hospitalização

Keywords: *Fever of Unknown Origin; Hospitalization.*

O estudo retrospectivo “Febre de origem indeterminada num hospital terciário português”, de Mafalda Ferreira et al,¹ publicado recentemente na revista da SPMI, constitui um importante contributo para a prática da Medicina Interna, em particular em Portugal. É uma revisão retrospectiva de 55 doentes no biénio 2016-2017, possivelmente pioneira no nosso meio, com metodologia e discussão bastante assertivas. Os autores (AA) defendem o plano básico utilizado na investigação inicial da *fever of unknown origin* (FUO) e a necessidade de o ajustar ao caso individual, levando em consideração as particularidades epidemiológicas e as manifestações clínicas. Salienta-se a determinação e o dispêndio de tempo necessários para um estudo desta natureza, o que pode explicar a demora na sua conclusão.

Os AA assinalam que os resultados não diferem, no essencial, dos de outras séries publicadas ao longo do tempo, desde a famosa publicação de Petersdorf e Beeson.² Na maioria, as séries referidas no estudo foram publicadas já a partir do ano 2000. Englobando a FUO um conjunto de doenças muito vasto e heterogéneo, em diferentes regiões do mundo, e mesmo da Europa, podem ocorrer diferenças na representação dos grandes grupos de causas entre as diversas séries. Por exemplo, no que respeita a infeções, nos últimos vinte anos apenas duas, ambas do médio oriente, tiveram taxa semelhante à do presente estudo (41,8%). É intrigante a elevada taxa de febre Q, correspondendo a 9,1% do total e a 21,7% do grupo das infeções. Ainda assim, parece questionável a instituição precoce de doxiciclina “em muitos casos “com base numa “história clínica suspeita e com o intuito de melhorar o desfecho clínico””: pode perturbar a investigação e comporta potencial iatrogénico. Outro aspeto que parece excessivo é a realização da serologia da borreliose em 52% dos pacientes.

Os AA não referem a demora média do internamento

dos doentes nem o tempo decorrido até ao diagnóstico final da FUO, dados que foram colhidos e teria sido interessante revelar. A FUO pode tornar-se um quebra-cabeças, exige argúcia, atenção ao detalhe, estudo e paciência. Por vezes, feita a investigação aturada sem atingir o diagnóstico, pode ser adequada uma atitude vigilante em ambulatório, sendo fundamental uma relação de confiança entre a equipa clínica e o doente e família, nem sempre fácil de conseguir. Merece destaque a mortalidade de cerca de 20% da série desde a admissão aos 12 meses de *follow-up*.

Os AA integram a ecografia abdominal na avaliação inicial, mas outros preferem a realização de tomografia computadorizada abdominopélvica, que tem maior sensibilidade. A disponibilização praticamente imediata deste exame permite esclarecer prontamente casos de febre sem foco aparente que poderiam ser classificados como FUO. Novos meios laboratoriais podem acelerar o diagnóstico. Por exemplo, no caso da mencionada febre Q, a utilização do designado “painel de zoonoses”, de biologia molecular, mais rápida que a serologia convencional.

Os estudos retrospectivos de FUO levantam questões metodológicas importantes. A simples definição utilizada pode fazer variar o número e etiologia de casos elegíveis. Se se for demasiado estrito na aplicação da definição, o período de 3 dias de investigação no hospital é curto. Imagine-se o doente admitido por febre arrastada apirético nos primeiros dias: pode levar a demora na realização de hemoculturas ou no pedido de certos exames. Outro exemplo: num doente com bacteriemia ou endocardite que colha hemoculturas numa quinta-feira: não sendo “lidos” os resultados ao fim de semana, pode um isolamento positivo que durante a semana saíria ao fim de dois dias só estar disponível ao quarto ou quinto dia, levando a considerar impropriamente caso de FUO. O mesmo pode ocorrer com estudos serológicos. Uma metodologia prospetiva seria do maior interesse em futuros estudos nacionais, idealmente multicêntricos. ■

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo

Proveniência e Revisão por Pares: Comissionado; Sem revisão externa por pares.

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de Vila Real, Vila Real, Portugal

<https://doi.org/10.24950/rspm.923>

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship

Provenance and Peer Review: Commissioned; without external peer review

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Revista SPMI 2022. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.

© Author(s) (or their employer(s)) and SPMI Journal 2022. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Correspondence / Correspondência:

Fernando Guimarães - fernandoguimaraes.a@gmail.com

Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Hospital de Vila Real, Vila Real, Portugal
Rua dos Lagoeiros 43, 5000-185 Vila Real

Recebido / Received: 2022/08/10

Aceite / Accepted: 2022/10/06

Publicado / Published: 2022/12/19

REFERÊNCIAS:

1. Ferreira M, Coutinho IA, Lavrador M, Duarte O, Espert H, Carvalho A. Febre de origem indeterminada num hospital terciário português. *Med Interna*. 2022; 29: 133-9. doi: 10.24950/rspmi.650
2. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine*. 1961; 40: 1-30. doi: 10.1097/00005792-196102000-00001