

## ESTUDIO DE MEDULA ÓSEA Y FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

J. Labrador Gómez, E. Pérez-López, M. Cabrero Calvo, A. Martín García-Sancho, B. Vidriales, N. Puig, M. Díez-Campelo, J.F. San Miguel

*Hospital Clínico Universitario de Salamanca*

**Introducción:** El aspirado / biopsia de médula ósea (MO) forma parte de los estudios diagnósticos de segundo nivel que se realizan en pacientes con fiebre de origen desconocido (FOD). Sin embargo no está claramente definida su utilidad, ni tampoco qué estudios de médula ósea son necesarios para obtener la mayor rentabilidad. El objetivo de nuestro estudio es analizar la rentabilidad diagnóstica en nuestro centro de los estudios medulares en pacientes con FOD.

**Pacientes y métodos:** Analizamos de manera retrospectiva los resultados de los estudios de médula ósea realizados en nuestro centro entre enero de 2000 y diciembre de 2010 en 45 pacientes consecutivos que cumplían los criterios diagnósticos de FOD. La mediana de edad era de 45 años (1-84 años), siendo 6 pacientes menores de 18 años y 11 VIH positivos (27%). 40 pacientes (90%) presentaban citopenias y un 20% pancitopenia. 20 pacientes (49%) presentaban adenopatías y 22 pacientes (56%) visceromegalias. Se realizó frotis de sangre periférica previo al estudio de médula ósea en 24 pacientes (60%). Los estudios que se realizaron en la médula ósea fueron: aspirado y medulograma (AMO) en todos los pacientes, estudio de citometría de flujo (CMF) con panel para síndrome linfoproliferativo en 24 pacientes (58%), biopsia ósea (BO) en 33 pacientes (77%) y cultivo de médula ósea en 31 (80%). Analizamos la influencia de diferentes características clínicas sobre la rentabilidad del estudio de médula ósea (presencia de citopenias, adenopatías, visceromegalias, VIH) mediante el test Chi cuadrado y test exacto de Fisher.

**Resultados:** De los 45 pacientes, se obtuvo el diagnóstico mediante el estudio medular en 5 pacientes (12%): 2 pacientes mediante el AMO: síndrome hemofagocítico e infección por Leishmania; mediante CMF 1 paciente fue diagnosticado de tricoleucemia y la biopsia ósea fue diagnóstica en 4 pacientes: 1. Linfoma de Hodgkin y otro de tuberculosis (además de la tricoleucemia y Leishmania previamente mencionadas); todos los cultivos microbiológicos realizados fueron negativos. Analizando los 40 pacientes restantes, en 6 pacientes no tuvimos seguimiento posterior, 6 pacientes (18%) fueron catalogados como FOD no filiada y en 28 pacientes (70%) se alcanzó un diagnóstico definitivo por otras pruebas diferentes del estudio de MO: etiología infecciosa en 14 pacientes (41%), neoplasia en 3 pacientes (9%), enfermedad autoinmune en 9 pacientes (26%), y mixta (fiebre medicamentosa y hepatitis granulomatosa) en 2 pacientes (6%). Analizando los 11 pacientes VIH positivos, en ninguno de estos pacientes se alcanzó el diagnóstico mediante el estudio de MO. El diagnóstico definitivo se obtuvo en 10 pacientes: etiología infecciosa en 7 pacientes (70%), neoplasia en 1 paciente (10%), y mixta 2 pacientes (20%). Analizando los 6 pacientes de edad pediátrica (mediana de edad de 11,5 años, rango 1-16), el aspirado de médula ósea fue diagnóstico únicamente en 1 paciente (17%), el caso de la Leishmania anteriormente descrita. De los 5 pacientes restantes se llegó al diagnóstico en 4 pacientes (80%): etiología infecciosa 1 paciente (25%), enfermedad autoinmune 2 pacientes (50%) y FOD no filiada 1 paciente (25%). No encontramos asociación estadísticamente significativa entre ninguna de las variables clínicas analizadas y la rentabilidad diagnóstica del estudio de MO.

**Discusión y conclusiones:** Los resultados de nuestro estudio indican que el estudio de MO no debe descartarse como prueba diagnóstica en la FOD, si bien es necesario realizar antes todos los estudios diagnósticos descritos en los niveles previos, ya que en la mayoría de casos se puede llegar al diagnóstico sin necesidad de realizar el estudio de MO. De realizarse, es obligado hacer biopsia ósea, ya que la Anatomía Patológica es la técnica que con mayor frecuencia permite llegar a un diagnóstico en nuestra experiencia, mientras que la realización de cultivos microbiológicos no fue diagnóstico en ningún caso.