

# BMJ Best Practice

## Avaliação da febre de origem desconhecida em adultos

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Última atualização: Nov 06, 2018

# **Tabela de Conteúdos**

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Visão geral</b>	<b>4</b>
Etiologia	4
<b>Emergencies</b>	<b>5</b>
Considerações de urgência	5
<b>Diagnóstico</b>	<b>6</b>
Abordagem passo a passo do diagnóstico	6
Visão geral do diagnóstico diferencial	8
Diagnóstico diferencial	11
Diretrizes de diagnóstico	30
<b>Referências</b>	<b>31</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>34</b>

## Resumo

◊

A febre de origem desconhecida é definida como uma temperatura  $>38.3\text{ }^{\circ}\text{C}$  ( $>100.9\text{ }^{\circ}\text{F}$ ) em várias ocasiões com duração maior que 3 semanas, sem origem óbvia, apesar da avaliação de, pelo menos, 1 semana no hospital.<sup>[1]</sup> A seção de avaliação da definição foi alterada posteriormente para "pelo menos 3 visitas ambulatoriais ou 3 dias no hospital".<sup>[2]</sup> Uma definição qualitativa subsequente é menos específica, da seguinte maneira: temperatura de  $>38.3\text{ }^{\circ}\text{C}$  ( $>100.9\text{ }^{\circ}\text{F}$ ) em várias ocasiões; uma investigação diagnóstica inicial apropriada (com paciente ambulatorial ou hospitalizado) não revela a etiologia da febre.<sup>[3]</sup> Flutuações na temperatura corporal de até  $1.1\text{ }^{\circ}\text{C}$  ( $2\text{ }^{\circ}\text{F}$ ) são normais. A temperatura corporal elevada pode ser fisiológica ou causada por um processo patológico como uma infecção, uma inflamação ou uma neoplasia maligna. O diagnóstico ocorre entre todos os grupos etários e afeta ambos os sexos igualmente. No entanto, a idade é um importante fator na formação de um diagnóstico diferencial. As tendências epidemiológicas na etiologia da febre de origem desconhecida variam em todo o mundo. Uma anamnese cuidadosa inclui o histórico de viagens recentes. As infecções continuam a ser a principal causa de febre de origem desconhecida; tuberculose e abscessos intra-abdominais e pélvicos são, atualmente, mais comuns que a endocardite infecciosa.<sup>[3] [4] [5]</sup> Os dados epidemiológicos locais devem ser considerados.

Os diagnósticos diferenciais de febre de origem desconhecida podem ser agrupados em infecções, neoplasias, doenças autoimunes e outras heterogêneas.

## Etiologia

Na maior parte das pesquisas, as doenças infecciosas permanecem como a causa mais comum, seguidas de malignidades, doenças autoimunes e outras condições menos comuns.[\[6\]](#) [\[7\]](#)

### Infecções

As causas infecciosas mais comuns de febre de origem desconhecida são tuberculose e abscessos intra-abdominais e pélvicos.[\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) A febre de origem desconhecida em pacientes imunocomprometidos (por exemplo, devido a síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS] e HIV, neutropenia ou doença sistêmica grave) geralmente é um problema de difícil diagnóstico. Em pacientes imunocomprometidos, muitas infecções oportunistas, malignidades e a progressão da doença em si requerem uma avaliação e um manejo agressivos.[\[2\]](#)

### Malignidade e doença autoimune

A probabilidade de diagnosticar malignidade ou distúrbios autoimunes aumenta à medida que a duração da febre aumenta.[\[8\]](#) [\[9\]](#) As malignidades mais provavelmente associadas à febre de origem desconhecida incluem leucemias e linfomas, carcinoma de células renais e cânceres metastáticos.[\[7\]](#) Os distúrbios autoimunes comumente associados a febre de origem desconhecida incluem a doença de Still de início tardio, a polimialgia reumática, a artrite temporal, o lúpus eritematoso sistêmico e os distúrbios intestinais inflamatórios.

### Outras causas

Incluem febre induzida por medicamentos, hepatite e cirrose, trombose venosa profunda, sarcoidose, doenças da glândula tireoide e distúrbios do sistema nervoso central. A febre factícia também pode ser uma causa. A temperatura do corpo é regulada pelo hipotálamo e pode ser afetada por uma ampla gama de substâncias que agem nas vias das prostaglandinas. Aumentos modestos na temperatura corporal podem ser fisiológicos, como em resposta à ovulação ou a um exercício vigoroso.

# Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

## Pacientes imunocomprometidos ou neutropênicos

A terapia empírica (por exemplo, antibiótica ou antifúngica), visando os processos infecciosos, é indicada para pacientes imunocomprometidos ou neutropênicos, tanto devido a sua condição específica quanto a doença sistêmica grave.[\[10\]](#)

## Suspeita de arterite de células gigantes

Os indivíduos com suspeita de arterite de células gigantes são tratadas imediatamente com corticosteroides até que o diagnóstico possa ser excluído por biópsia, devido ao risco de perda da visão.[\[10\]](#) Pacientes com arterite de células gigantes podem apresentar cefaleia localizada e mal-estar, raramente dor na mandíbula ou na garganta e perda da visão. Durante o exame físico, eles podem apresentar pulso reduzido, sensibilidade ou nódulos na artéria temporal. A velocidade de hemossedimentação estará elevada, mas isso é um achado inespecífico. A biópsia da artéria temporal é o teste diagnóstico definitivo.

# Abordagem passo a passo do diagnóstico

As avaliações clínicas regulares durante a evolução da febre de origem desconhecida podem levar a novos achados. Por exemplo, o aparecimento de um novo episódio de erupção cutânea ou lesões na pele influenciará/alterará a abordagem diagnóstica.<sup>[4]</sup>

## História

Antes de uma investigação extensa, a presença de febre deve ser confirmada, e o padrão da febre documentado. Padrões clássicos raramente são úteis como diagnóstico, exceto pelos padrões de febre terçã e quartã observados na malária.<sup>[11]</sup> A febre factícia deve ser considerada em pacientes com febre flutuante rápida que não corresponde ao aumento da frequência cardíaca ou à sudorese. Residência recente ou viagens para uma área endêmica para doenças tropicais podem aumentar a probabilidade de tuberculose, malária, hepatite, febre tifoide, infecções parasitárias, febre maculosa das Montanhas Rochosas ou doença de Lyme.<sup>[12]</sup> Os pacientes em contato com animais de estimação ou outros animais têm risco de contrair doenças como a tularemia, a brucelose e a psitacose. A sudorese noturna é uma queixa inespecífica, mas pode estar associada à tuberculose, a distúrbios autoimunes e a neoplasias hematológicas. A perda de peso documentada pode ser útil na avaliação dos pacientes com neoplasia, tuberculose, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou endocrinopatia. Uma história de inchaço, dor ou vermelhidão na panturrilha é sugestiva de trombose venosa profunda (TVP).

## Exame

A auscultação do coração é importante para detectar a presença de um novo sopro associado a endocardite bacteriana. A auscultação dos pulmões pode detectar ruídos pulmonares adventícios, indicando a presença de doença pulmonar crônica ou aguda. A bradicardia relativa, também conhecida como dissociação pulso-temperatura, pode ser uma pista para a etiologia, e tipicamente está presente na febre tifoide e na febre Q. A hepatoesplenomegalia comumente é observada em muitas afecções associadas à febre de origem desconhecida, incluindo as neoplasias e os distúrbios autoimunes. O desconforto abdominal pode ser associado a infecções intra-abdominais ou a distúrbios inflamatórios intestinais. A presença de linfonodos palpáveis deve ser cuidadosamente investigada e pode ser sugestiva de uma causa infecciosa ou de uma neoplasia hematológica. Deve ser realizada uma avaliação cuidadosa da cabeça e do pescoço em busca de sinais de infecção crônica, como sinusite, ou lesões orais, como ulceração, associadas a muitas doenças autoimunes ou malignas. A inflamação ou a infecção das articulações podem ser associadas a distúrbios infecciosos ou autoimunes. Erupções cutâneas ou lesões na pele podem ser associadas a muitas das causas de febre de origem desconhecida, incluindo o lúpus eritematoso sistêmico (LES), a sarcoidose, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a infecção por vírus Epstein-Barr.

## Investigação inicial

Exames laboratoriais básicos são indicados na avaliação inicial de todos os pacientes, incluindo hemograma completo com diferencial, ureia/creatinina, testes da função hepática, velocidade de hemossedimentação e culturas de urina e sangue. Um teste cutâneo para tuberculose e uma radiografia torácica devem ser feitos na fase inicial dos exames em todos os pacientes. Exames laboratoriais subsequentes, incluindo culturas adicionais obtidas das áreas afetadas, devem ser orientados por qualquer achado laboratorial ou clínico anormal. Se uma erupção cutânea ou linfonodo palpável forem encontrados, uma biópsia direcionada deve ser feita antes de se iniciarem investigações mais avançadas ou dispendiosas.<sup>[13]</sup> A ressonância nuclear magnética (RNM) é indicada na investigação inicial de osteomielite concomitantemente à investigação laboratorial básica.<sup>[14]</sup>

## Investigações adicionais

Outros estudos devem ser direcionados ao problema e baseados em repetidos exames clínicos ou como acompanhamento dos resultados anormais dos exames básicos. Se a avaliação clínica ou laboratorial básica inicial não revelar nenhuma causa, a maior parte das autoridades recomenda a tomografia computadorizada (TC) de abdome e de pelve com contraste oral e intravenoso. Alguns estudos mostraram que a TC do abdome e da pelve tem um rendimento diagnóstico mais alto na avaliação de pacientes com febre de origem desconhecida após a investigação básica inicial.<sup>[15]</sup> Estudos sorológicos devem ser realizados para descartar doenças vasculares do colágeno, como a artrite reumatoide, o lúpus eritematoso sistêmico (LES), a polimialgia reumática e a doença de Still de início tardio.

Se o diagnóstico permanecer indefinido, outros testes podem ser indicados, como exames de imagem nuclear, biópsia da medula óssea e do fígado, endoscopia, Doppler venoso, ressonância nuclear magnética (RNM), outros estudos invasivos ou modalidades de diagnóstico não invasivas, dependendo dos achados prévios e da suspeita clínica.<sup>[16]</sup> Exames de cintigrafia devem ser utilizados na investigação de uma infecção suspeitada ou de uma fonte maligna não detectada pela TC. Biópsias direcionadas devem ser realizadas quando a suspeita clínica indicar ou quando a fonte da febre permanecer não identificada após uma avaliação extensa. A endoscopia é útil quando há suspeita de doença inflamatória intestinal ou de sarcoidose. O Doppler venoso diagnosticará uma trombose venosa como origem da febre.<sup>[17]</sup> A RNM deve ser reservada para obter mais informações sobre o quadro clínico descoberto por outros testes ou quando o diagnóstico permanecer inconclusivo.<sup>[14]</sup> A laparotomia ou laparoscopia é indicada para confirmar um diagnóstico quando a biópsia é necessária (mas não pode ser realizada por radiografia invasiva) ou como uma intervenção terapêutica para tratar uma doença subjacente.<sup>[18]</sup>

A profundidade e a agressividade da avaliação é orientada pela gravidade da doença do paciente. A abordagem diagnóstica pode ser mais lenta em pacientes saudáveis de maneira geral, pois a febre muitas vezes apresenta resolução durante o processo de avaliação.

## Investigação negativa

Cerca de 20% dos pacientes com registro de febre de origem desconhecida nunca tiveram um diagnóstico confirmado.<sup>[13]</sup> No entanto, o prognóstico geralmente é favorável; na maioria dos pacientes a febre se resolve espontaneamente em 4 semanas ou mais.<sup>[13]</sup> Todos os pacientes devem ser monitorados até que um diagnóstico possa ser feito ou que a febre desapareça espontaneamente.

Para pacientes com febre de origem desconhecida nos quais os diagnósticos convencionais têm sido infrutíferos, a tomografia por emissão de pósitrons com fluorodesoxiglucose deve ser considerada entre as primeiras ferramentas diagnósticas.<sup>[19]</sup>

## Terapia empírica e tentativas terapêuticas

Para a maior parte dos casos de febre de origem desconhecida, o tratamento é suspenso sempre que possível até que um diagnóstico possa ser feito.<sup>[16] [20]</sup> O uso de um ensaio terapêutico (por exemplo, antibióticos ou corticosteroides) para estabelecer um diagnóstico geralmente não é defendido, a menos que haja suspeita de arterite de células gigantes ou que o paciente esteja imunocomprometido ou neutropênico.<sup>[10]</sup> Algumas vezes, uma tentativa de diagnóstico com um anti-inflamatório não esteroidal (AINE) é implementada e pode reverter a febre temporariamente, mas raramente é diagnóstica. As febres secundárias a neoplasias e às doenças autoimunes são mais propensas a responderem a uma tentativa de AINEs que as infecções.

# Visão geral do diagnóstico diferencial

## Comum

Tuberculose

Abscesso abdominal ou pélvico

vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Sinusite, aguda ou crônica

## Incomum

Endocardite infecciosa

Abscessos dentários

Osteomielite

Prostatite, aguda ou crônica

Infecção por citomegalovírus

Infecção por vírus Epstein-Barr

Febre reumática

Doença de Lyme

Leucemia mieloide crônica

Linfoma de Hodgkin

Linfoma não Hodgkin

Carcinoma metastático, primário desconhecido

Câncer renal

Câncer colorretal

Câncer de pâncreas

Carcinoma hepatocelular

## Incomum

Síndrome mielodisplásica

Doença de Still de início tardio

Polimialgia reumática

Arterite de células gigantes

Lúpus eritematoso sistêmico

Doença de Crohn

Colite ulcerativa

Artrite reumatoide

Artrite reativa

Febre induzida por medicamento

Complicada, cirrose

Hepatite

Trombose venosa profunda

Sarcoidose

Febre familiar do Mediterrâneo

Malária

Febre tifoide

Febre maculosa das Montanhas Rochosas

Ascaríase

Tularemia

Brucelose

Psitacose

## Incomum

Febre Q

Feocromocitoma

Hipertireoidismo

Síndrome de Munchausen

# Diagnóstico diferencial

## Comum

### 🚩 Tuberculose

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, calafrios, perda de peso, sudorese noturna, história de viagens a áreas endêmicas, infecção por HIV ou imunossupressão	pulmonares: taquipneia, murmúrio vesicular diminuído, estertores, macicez à percussão; extrapulmonares: os achados dependem do local afetado, linfadenopatia é comum	<p>»<b>teste tuberculinico (derivado proteico purificado [PPD]):</b> positivo: &gt;15 mm se não houver fatores de risco O isolamento aplica-se independentemente do Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) prévio.</p> <p>≥ 10 mm é positivo se houver aumento do risco de infecção por tuberculose (TB) latente (por exemplo, imigrantes de países de alto risco, risco de exposição ocupacional) ou predisposição clínica para aumento do risco de progressão da infecção latente por TB para TB (diabetes, insuficiência renal, usuário de drogas injetáveis).</p> <p>≥ 5 mm é positivo se houver infecção pelo HIV, uso de corticosteroides, mantiver contato próximo com paciente infectado, TB antiga à radiografia torácica, ou recebimento de agentes bloqueadores do fator de necrose tumoral.[21]</p>	<p>»<b>radiografia torácica:</b> infiltrado no lobo superior ± cavitacão, adenopatias, nódulos, fibrose, derrame pleural</p> <p>»<b>hemocultura:</b> bacilos álcool-ácido resistentes O diagnóstico definitivo da doença geralmente permanece inconclusivo, pois as culturas podem levar semanas para crescer.[8]</p> <p>»<b>urocultura:</b> bacilos álcool-ácido resistentes Raramente útil; 3 espécimes necessários.</p> <p>»<b>cultura de escarro:</b> bacilos álcool-ácido resistentes Diagnóstico positivo se forem identificados bacilos álcool-ácido resistentes. Três amostras de expectoração matinal negativas são necessárias para resultado negativo.</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 06, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Comum

## Tuberculose

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Todos os pacientes devem ser testados, especialmente se residirem ou tiverem viajado para áreas endêmicas. Causas de um teste positivo: infecção atual, tuberculose tratada, ou pacientes imunizados.</p> <p>»<b>testes de liberação de interferon-gama (IGRAs)</b>: pode ser positiva Diagnóstico para a detecção de infecção latente por Mycobacterium tuberculosis. O IGRA não consegue distinguir entre infecção latente e doença ativa e, portanto, não deve ser usado como um método único para o diagnóstico.</p>	

## Abscesso abdominal ou pélvico

História	Exame	1º exame	Outros exames
cirurgia abdominal ou pélvica recente, parto; geralmente dor abdominal presente; ausência de sintomas comuns em crianças e em idosos	defesa ou dor à descompressão brusca	» <b>TC abdominal e de pelve</b> : abscesso abdominal ou pélvico	

## Comum

**Vírus da imunodeficiência humana (HIV)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente assintomática; febre, mialgia, diarreia, fadiga, erupções cutâneas; história de atividade sexual de alto risco (múltiplos parceiros, ausência de proteção ou homossexual masculino) ou uso de medicamentos intravenosos	linfadenopatia difusa	» <b>teste de anticorpo/antígeno de 4ª geração para HIV:</b> positiva Os testes de 4ª geração detectam tanto o p24 (HIV-1) antígeno quanto o anticorpo do HIV-1/HIV-2Ab. <sup>[22]</sup> <sup>[23]</sup> Esse antígenos são úteis para o diagnóstico muito precoce das infecções por HIV, quando os níveis de anticorpos ainda são baixos.	

**◊ Sinusite, aguda ou crônica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
secreção e congestão nasal, faringite, cefaleia, febre, fadiga, falta de ar, perda de olfato, dor nos dentes superiores	sensibilidade no seio nasal afetado, a transiluminação do seio nasal mostra ausência de espaço aéreo	» <b>tomografia computadorizada (TC) dos seios da face:</b> opacificação dos seios nasais, níveis hidroaéreos, espessamento da mucosa, pólipos	» <b>radiografia dos seios nasais:</b> opacificação dos seios nasais, níveis hidroaéreos Menos sensível que a TC; pode ser realizado se a TC não estiver disponível.  » <b>RNM:</b> sinusite ou tumor A RNM pode ser necessária para confirmar sinusite decorrente de infecção fúngica ou de tumor. Um sinal de baixa intensidade sugere processo fúngico. RNM mais sensível que a

**Comum****◊ Sinusite, aguda ou crônica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>TC para patologia de tecidos moles.</p> <p>»<b>endoscopia dos seios nasais:</b> drenagem de pus, inflamação, pólipos. Raramente necessária.</p>

**Incomum****🚩 Endocardite infecciosa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente com início insidioso; calafrios, mal-estar, perda de peso, sudorese noturna, dispneia, edema de membros inferiores, déficit hemissensitivo/motor, artralgia; história de febre reumática, cardiopatia congênita, tratamento dentário recente, valva protética, uso de substâncias intravenosas ou endocardite bacteriana subaguda prévia	novo sopro, sinais de insuficiência cardíaca congestiva ou êmbolos periféricos (hemorragias em estrelas, nódulos de Osler, lesões de Janeway), manchas de Roth ou hemorragias retinianas, déficit neurológico focal	<p>»<b>ecocardiografia transtorácica:</b> vegetação, insuficiência da valva cardíaca</p> <p>»<b>hemoculturas:</b> positiva</p> <p>»<b>velocidade de hemossedimentação:</b> elevado Normalmente elevada, mas o resultado normal não exclui o diagnóstico se o quadro clínico for sugestivo.</p>	<p>»<b>radiografia torácica:</b> aumento da área cardíaca, edema, derrame, valva protética</p> <p>»<b>ecocardiografia transesofágica:</b> vegetação, insuficiência da valva cardíaca Pode ser necessária se a ecocardiografia transtorácica não for conclusiva.<a href="#">[24]</a> <a href="#">[25]</a></p> <p>»<b>proteína C-reativa:</b> elevado Útil para o diagnóstico e o monitoramento do progresso da doença.</p>

**◊ Abscessos dentários**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor ao morder	dentes sensíveis, inchaço nas gengivas, secreção purulenta	<p>»<b>ortopantomografia:</b> abscesso</p> <p>Raio-x panorâmico especializado,</p>	

**Incomum****◊ Abscessos dentários**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		observando todo o maxilar e a mandíbula.	

**¶ Osteomielite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
mal-estar geral, febre, dor no osso afetado	sensibilidade/ vermelhidão/inchaço na área afetada, drenagem de pus pela pele sobrejacente	» <b>RNM:</b> positiva Sinal T1 diminuído, sinal T2 aumentado representa gordura medular substituída por água devido a edema, exsudatos ou isquemia.	» <b>velocidade de hemossedimentação:</b> elevado » <b>hemoculturas:</b> positiva » <b>aspiração por agulha:</b> pus » <b>cintilografia óssea:</b> captação focal

**◊ Prostatite, aguda ou crônica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de infecções do trato urinário (ITUs) recorrentes; febre; dor pélvica, perineal, nas costas ou nos testículos ao urinar, defecar ou ejacular; hesitação urinária, fluxo reduzido, incontinência, hematúria, polaciúria	linfadenopatia inguinal, próstata dolorida e esponjosa	» <b>urinálise:</b> eritrócitos e leucócitos Realizada depois do exame de próstata e ordenha.	» <b>urocultura:</b> positiva » <b>cultura de secreções prostáticas:</b> positiva » <b>análise de sêmen:</b> contagem de leucócitos aumentada e contagem de esperma reduzida com baixa motilidade

**◊ Infecção por citomegalovírus**

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente assintomática, a menos que seja imunocomprometido; febre, mal-estar, sudorese noturna, artralgia, fraqueza, perda de peso, sintomas específicos do local da infecção	dependente do local da infecção; inclui linfadenopatia e hepatoesplenomegalia, alterações na retina	» <b>anticorpos IgM e IgG para citomegalovírus (CMV):</b> positiva	» <b>hemoculturas:</b> positiva Os resultados levam 3 semanas. » <b>culturas de urina:</b> positiva

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 06, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Incomum

## ◊ Infecção por citomegalovírus

História	Exame	1º exame	Outros exames
(por exemplo, visão reduzida, pneumonia, encefalite, diarreia)			<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>reação em cadeia da polimerase para CMV:</b> positiva</li> <li>» <b>teste de antigenemia para CMV:</b> positiva Detecta a presença de proteínas de CMV no esfregaço de sangue periférico; muito útil em pacientes imunocomprometidos.</li> <li>» <b>biópsia tecidual:</b> positivo para partículas virais de CMV Pode ser necessária para infecção localizada.</li> <li>» <b>TFHs:</b> transaminases elevadas</li> </ul>

## ◊ Infecção por vírus Epstein-Barr

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, faringite, erupção cutânea, torpor, mialgia, perda de apetite	linfadenopatia, hepatosplenomegalia	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Hemograma completo:</b> leucocitose, linfócitos atípicos</li> <li>» <b>TFHs:</b> transaminases elevadas</li> <li>» <b>monospot:</b> positiva Teste de anticorpos heterófilos (imunoglobulina M [IgM] Paul-Bunnell). Falso-negativo comum no início da evolução. Os anticorpos geralmente persistem por 3 meses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>Testes de anticorpos para o vírus Epstein-Barr (EBV):</b> antígeno do capsídeo viral: IgM positiva na infecção precoce, IgG positiva por toda a vida; antígeno precoce: IgG aparece dentro de algumas semanas, em seguida, desaparece; antígeno nuclear de EBV: positivo por toda a vida Indicado se o teste Monospot for negativo, para diferenciar a infecção por EBV de outras causas</li> </ul>

**Incomum****◊ Infecção por vírus Epstein-Barr**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			infecciosas de mononucleose.

**☒ Febre reumática**

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, artrite migratória, coreia de Sydenham, epistaxe, dor abdominal; o envolvimento cardíaco pode ser assintomático ou causar dor torácica, dispneia	inchaço nas articulações, erupções cutâneas em forma de anel ou cobra no tronco e na parte superior dos braços e pernas, nódulos na pele, atrito pericárdico, sopro	» <b>antiestreptolisina O ou títulos anti-DNase B:</b> infecção por estreptococos recente » <b>eletrocardiograma (ECG):</b> normal ou anormalidades de condutâncias Associado a um intervalo PR prolongado. Pode ajudar a eliminar outras causas de sintomas cardíacos.	» <b>ecocardiografia:</b> cardite, vegetações da valva aórtica ou mitral, ou regurgitação

**◊ Doença de Lyme**

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, letargia, cefaleia, mialgias, rigidez de nuca, inflamação de grandes articulações	eritema migratório: lesão(ões) em olho de boi	» <b>ensaio de imunofluorescência:</b> anticorpos contra Borrelia burgdorferi » <b>ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA):</b> positiva	» <b>Western blot:</b> positiva Usado para confirmar o diagnóstico se o ensaio de imunofluorescência ou o ELISA forem positivos ou ambíguos.

**☒ Leucemia mieloide crônica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, fadiga, perda de peso, sudorese noturna, equimoses	hepatoesplenomegalia	» <b>Hemograma completo:</b> leucócitos elevados ou anormais, plaquetopenia	» <b>biópsia da medula óssea:</b> hiperplasia de granulócitos As anormalidades incluem promielócitos,

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 06, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Incomum****Leucemia mieloide crônica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		Geralmente assintomática. Portanto, é diagnosticada por hemograma completo.	mielócitos, metamielócitos e bastonetes.

**Linfoma de Hodgkin**

História	Exame	1º exame	Outros exames
massa indolor no pescoço, na axila ou na região inguinal; febre intermitente, sudorese noturna e perda de peso	aumento de linfonodos com ou sem sensibilidade, hepatoesplenomegalia	<p>»<b>tomografia por emissão de pósitrons-tomografia computadorizada (PET-CT)</b>: os locais afetados parecem ávidos por fluorodesoxiglucose (FDG) na imagem por PET, que devem ser registradas juntamente com imagens por tomografia computadorizada (TC)</p> <p>O diagnóstico geralmente é realizado por rastreamento e confirmado por biópsia.<sup>[7]</sup></p> <p>»<b>TC com contraste de pescoço, tórax, abdome/pelve</b>: pode demonstrar linfonodos aumentados e outros locais da doença</p> <p>Indicado quando a PET não está disponível.</p> <p>Diagnóstico geralmente é confirmado por biópsia.<sup>[7]</sup></p>	<p>»<b>biópsia excisional dos linfonodos</b>:</p> <p>Células de Hodgkin (por exemplo, célula de Reed-Sternberg ou uma de suas variantes, como a célula lacunar; células linfocíticas e histiocítico) em um meio celular secundário apropriado</p> <p>O diagnóstico geralmente é realizado por rastreamento e confirmado por biópsia.<sup>[7]</sup></p>

**Incomum****◊ Linfoma não Hodgkin**

História	Exame	1º exame	Outros exames
massa indolor no pescoço, na axila ou na região inguinal; febre intermitente, sudorese noturna e perda de peso	aumento de linfonodos com ou sem sensibilidade, hepatoesplenomegalia	» <b>tomografia computadorizada (TC) do tórax:</b> linfadenopatia mediastinal O diagnóstico geralmente é realizado por TC e confirmado por biópsia. <sup>[7]</sup>	» <b>punção por agulha grossa (core biopsy) de fragmentos do linfonodo ou do tecido suspeito:</b> proliferação anormal de plasmócitos, linfócitos O diagnóstico geralmente é realizado por TC e confirmado por biópsia. <sup>[7]</sup>

**🚩 Carcinoma metastático, primário desconhecido**

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, calafrios, perda de peso; a história sugere a localização do tumor primário (por exemplo, cefaleia ou alterações no estado mental sugerem metástase cerebral, tosse sugere metástase pulmonar)	hepatoesplenomegalia, estertores, ou maciez à percussão	» <b>TC da área suspeita:</b> tumor ou metástase	» <b>biópsia da lesão suspeita:</b> células malignas

**🚩 Câncer renal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
hematuria, dor no flanco, febre, calafrios, sudorese noturna	massa no flanco, evidência de metástase	» <b>citologia da urina:</b> células anormais » <b>urinálise:</b> hematuria microscópica ou evidente	» <b>tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve:</b> massa ou tumor

**🚩 Câncer colorretal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
habito intestinal alterado, sangramento retal, perda de peso, dor abdominal	massa abdominal palpável, fezes positivo para guaiaco, massa	» <b>sangue oculto nas fezes:</b> positiva	» <b>antígeno carcinoembriogênico:</b> elevado

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 06, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Incomum****☒ Câncer colorretal**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	palpável por exame do toque retal	Baixa sensibilidade e especificidade.	» <b>enema de bário:</b> evidências de massa ou estenose » <b>colonoscopia com biópsia:</b> pólipos ou tumor

**☒ Câncer de pâncreas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
fezes pálidas, diarreia, perda de peso, fadiga, náuseas, vômitos, dispepsia, dorsalgia, perda de apetite	icterícia, trombose venosa (sinal de Troussseau)	» <b>ultrassonografia abdominal:</b> ductos biliares dilatados ou massa na cabeça do pâncreas » <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> dilatação do ducto biliar ou pancreático, lesão em massa no pâncreas, metástase do fígado ou do linfonodo, ascite	» <b>RNM:</b> dilatação do ducto, massa pancreática, metástase do fígado ou do linfonodo, ascite » <b>antígeno de câncer 19-9:</b> elevado » <b>colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com biópsia:</b> ducto biliar anormal ou obstruído

**☒ Carcinoma hepatocelular**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de cirrose ou doença hepática crônica, dor abdominal	hepatomegalia, ascite, icterícia, hematoma e sangramento	» <b>ultrassonografia do fígado:</b> massa de tumor com margens pouco definidas	» <b>tomografia computadorizada (TC) abdominal:</b> massa hepática » <b>alfa-fetoproteína:</b> elevado

**◊ Síndrome mielodisplásica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
fadiga, dispneia, edema de membros inferiores, sangramento, infecções bacterianas e fúngicas	hematomas	» <b>Hemograma completo:</b> pancitopenia, células anormais, anemia	» <b>exame citogenético da medula óssea:</b> pode mostrar anormalidades cromossômicas

**Incomum****◊ Síndrome mielodisplásica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» <b>biópsia da medula óssea:</b> medula hiperativa ou hipoativa e células anormais	

**◊ Doença de Still de início tardio**

História	Exame	1º exame	Outros exames
febres transitórias com altos picos $\geq 40^{\circ}\text{C}$ ( $104^{\circ}\text{F}$ ), fadiga extrema, calafrios	erupção cutânea intermitente de coloração salmão, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, poliartrite, atrito pericárdico ou pleural	» <b>fibrinogênio:</b> elevado » <b>ferritina:</b> elevado	» <b>TFHs:</b> transaminases elevadas » <b>Hemograma completo:</b> leucocitose leve

**◊ Polimialgia reumática**

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, sudorese noturna, dor e enrijecimento dos ombros e da cintura pélvica, que são mais intensos pela manhã e persistem por algumas horas	sinovite palpável nos joelhos, punhos, articulações metacarpofalângicas; edema, diminuição na amplitude de movimento ativo dos ombros, do pescoço, quadris	» <b>velocidade de hemossedimentação:</b> elevado	» <b>proteína C-reativa:</b> elevado » <b>teste de provação com corticosteroide:</b> melhora dos sintomas O diagnóstico é baseado no quadro clínico juntamente com a elevação da velocidade de hemossedimentação e com a resposta imediata e acentuada aos corticosteroides. <sup>[26]</sup>

**🚩 Arterite de células gigantes**

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia localizada, febre, mal-estar, dor/claudicação na	sensibilidade na artéria temporal, pulso diminuído ou nódulos	» <b>velocidade de hemossedimentação:</b> elevado	» <b>biópsia da artéria temporal:</b> células gigantes

## Incomum

## Arterite de células gigantes

História	Exame	1º exame	Outros exames
mandíbula, perda da visão, dor na garganta			multinucleadas ou necrosantes O tratamento não deve ser protelado enquanto se espera por esse teste. <a href="#">[26]</a>

## Lúpus eritematoso sistêmico

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, fadiga, artrite, mialgia	linfadenopatia; sinais de inflamação pulmonar, cardíaca ou cerebral; erupção cutânea fotossensível e disseminada em asa de borboleta no nariz e nas regiões malares	» <b>fator antinuclear (FAN)</b> : positiva Geralmente positivo, mas sensibilidade e especificidade apenas moderadas para o lúpus eritematoso sistêmico (LES).	» <b>anticorpos antiácido desoxirribonucleico (DNA) de fita dupla</b> : positiva  » <b>anticorpos contra抗igenos nucleares extraíveis</b> : pode ser positivo para os anticorpos anti-proteína ribonuclear (RNP) e anti-Smith (Sm)  » <b>urinálise</b> : proteinúria ou cilindros Pode mostrar proteinúria ou cilindros se houver envolvimento renal.

## Doença de Crohn

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal, diarreia, febre, fadiga, hemorragia digestiva baixa, hábito intestinal alterado, perda de apetite, perda de peso	inflamação das articulações, uveíte, massa ou sensibilidade abdominal, fístula retal, exame de sangue oculto nas fezes positivo	» <b>colonoscopia</b> : ulcerações com aspecto pavimentoso, reto normal	» <b>enema de bário</b> : ulcerações extensivas, nodularidade, estenose ileocecal, fístulas  » <b>séries gastrointestinais altas</b> : inflamação, anormalidades no enchimento, fístulas

**Incomum****◊ Colite ulcerativa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor abdominal, diarreia, febre, fadiga, hemorragia digestiva baixa, hábito intestinal alterado, perda de apetite, perda de peso	inflamação das articulações, uveíte, massa ou sensibilidade abdominal, fístula retal, exame de sangue oculto nas fezes positivo	» <b>colonoscopia:</b> eritema, granularidade da mucosa, friabilidade, edema, perda de vascularidade	» <b>enema de bário:</b> padrão reticulado difuso, microulcerações, perda de hastrações, estenose luminal, pólipos » <b>séries gastrointestinais altas:</b> inflamação, anormalidades no enchimento, fístulas

**◊ Artrite reumatoide**

História	Exame	1º exame	Outros exames
inchaço nas articulações, dor, sensibilidade, fadiga, rigidez matinal, mialgia, febre baixa, inflamação na pele, envolvimento ocular, incluindo irite ou episclerite	inchaço ou nódulos nas articulações, derrames, linfadenopatia	» <b>fator reumatoide:</b> positiva O teste de fator reumatoide é positivo em cerca de 75% das pessoas com artrite reumatoide.[27]  » <b>anticorpos antipeptídeo citrulinado cíclico:</b> positiva Mais específico que o fator reumatoide.  » <b>raio-X das articulações:</b> erosões ósseas, cistos, estenose do espaço articular, calcificações, osteopenia, deformidades ósseas	» <b>Hemograma completo:</b> anemia, trombocitopenia  » <b>análise do líquido sinovial:</b> leucocitose, baixa glucose, baixo nível de complemento Pode ajudar a diferenciar a artrite reumatoide de outras causas de inchaço articular.

**◊ Artrite reativa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
artrite, uretrite, conjuntivite; história de infecção por Clamídia,	lesões na pele e nas membranas mucosas, incluindo	» <b>raio-X das articulações afetadas:</b> normal	» <b>antígeno HLA-B27:</b> positiva

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 06, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Artrite reativa**

História	Exame	1º exame	Outros exames
Campylobacter, Salmonella ou Yersínia	úlcera superficial indolores no meato e na glande do pênis, pele hiperqueratótica, vesículas, nódulos, espessamento das unhas, úlceras orais superficiais	Pode ajudar a descartar outras causas da artrite.	Encontrado em 80% a 90% das pessoas com a artrite reativa. <a href="#">[28]</a>

**◊ Febre induzida por medicamento**

História	Exame	1º exame	Outros exames
início típico 7 a 10 dias após o início do novo medicamento, mas pode ocorrer a qualquer momento; história de medicamentos de alto risco: anticonvulsivantes, antimicrobianos, allopurinol, heparina, anticolinérgicos, anfetaminas	pode haver erupção cutânea induzida por medicamento	» <b>retirada do medicamento:</b> resolução da febre A retirada do medicamento geralmente resulta na resolução da febre dentro de 48 a 72 horas. <a href="#">[29]</a>	

**◊ Complicada, cirrose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, sangramento, febre, débito urinário diminuído, fezes pálidas	ascite, icterícia, nevos arâneos, edema dependente, ginecomastia	» <b>TFHs:</b> transaminases e bilirrubina elevadas	» <b>Hemograma completo:</b> anemia » <b>albumina sérica:</b> baixa » <b>razão normalizada internacional (INR):</b> elevado » <b>biópsia hepática:</b> fibrose, inflamação

**◊ Hepatite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
urina escura, fezes claras, dor abdominal,	icterícia, hepatomegalia	» <b>TFHs:</b> transaminases elevadas	» <b>ácido ribonucleico (RNA) do vírus da</b>

**Incomum****◊ Hepatite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas e vômitos, fadiga, perda de apetite, perda de peso, febre baixa		O nível de aspartato aminotransferase (AST) é mais elevado que o de alanina aminotransferase (ALT) na origem alcoólica.	<p><b>hepatite C:</b> positivo em hepatite C O teste de anticorpo de hepatite C não é confiável; se houver grandes suspeitas clínicas, obter carga viral.</p> <p>»<b>antígeno de superfície da hepatite B:</b> positivo na hepatite B</p> <p>»<b>autoanticorpos:</b> positiva Na hepatite lupoide (autoimune), testes de autoanticorpos podem detectar o fator antinuclear (FAN), anticorpo anti-microssomal fígado-rim e níveis de imunoglobulina G (IgG) elevados.</p> <p>»<b>ultrassonografia abdominal:</b> hepatomegalia</p> <p>»<b>biópsia hepática:</b> a histologia pode revelar a etiologia Viral, alcoólica ou autoimune.</p>

**◊ Trombose venosa profunda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de fatores predisponentes: imobilização recente, fratura, gestação, viagem aérea, pílula contraceptiva; dor,	temperatura elevada, vermelhidão e inchaço na perna	<p>»<b>dímero D:</b> positiva</p> <p>»<b>ultrassonografia com Doppler:</b> trombose ou interrupção de fluxo</p>	<p>»<b>venografia:</b> interrupção de fluxo</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 06, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Trombose venosa profunda**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sensibilidade, inchaço na perna			

**◊ Sarcoidose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
assintomático ou sintomas de doença sistêmica; febre, mal-estar, sintomas específicos dos órgãos afetados (por exemplo, alterações visuais, tosse, dispneia)	erupção cutânea, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia	» <b>nível sérico de enzima conversora da angiotensina (ECA):</b> elevado Os níveis são aumentados em 75% das pessoas com sarcoidose. <sup>[30]</sup> Não confiável para o diagnóstico; a biópsia é preferível.  » <b>tomografia computadorizada (TC) do tórax:</b> infiltrados bilaterais nodulares clássicos, adenopatia hilar	» <b>biópsia tecidual:</b> histologia característica que inclui granuloma não caseoso A biópsia das lesões nos pulmões, na pele, nos linfonodos, no fígado ou nos rins pode confirmar o diagnóstico.

**◊ Febre familiar do Mediterrâneo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
paroxismos de febre, inflamação de serosas: peritonite, pleurite e artrite; história familiar de ascendência mediterrânea	depende do tecido envolvido: pode incluir inchaço nas articulações, desconforto abdominal, ruídos hidroaéreos diminuídos, erupção cutânea do tipo erisipela abaixo do joelho	» <b>Hemograma completo:</b> leucocitose	

**Incomum****◊ Malária**

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição à área endêmica, picos de febre, calafrios, sudorese, cefaleia, mialgia, mal-estar, fadiga, náuseas, dor abdominal, vômitos, diarreia, tosse	febre (padrões terçã ou quartã), taquicardia, esplenomegalia, icterícia	» <b>esfregaço de sangue periférico:</b> Parasita Plasmodium visível	

**◊ Febre tifoide**

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição à área endêmica, febre, calafrios, dor abdominal, constipação, sintomas constitucionais	febre, manchas rosadas no tronco ou no abdome, hepatoesplenomegalia, dissociação pulso-temperatura	» <b>culturas de sangue, medula óssea, fezes ou urina:</b> positivo para Salmonella	

**◊ Febre maculosa das Montanhas Rochosas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
picada de carrapato ou conhecida exposição a carrapato, febre, mialgia, cefaleia, náuseas, erupção cutânea	febre, erupção cutânea em petéquias, confusão, letargia	» <b>imunofluorescência indireta:</b> títulos de anticorpo >1:64	

**◊ Ascaríase**

História	Exame	1º exame	Outros exames
tosse não produtiva, hemoptise, urticária	febre, hepatomegalia, estertores, sibilância	» <b>estudos de fezes:</b> positivo para ovos de Ascaris	» <b>Hemograma completo:</b> eosinofilia

**◊ Tularemia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
decorrente de áreas endêmicas ou contato conhecido com animais	linfadenopatia, febre, úlceras cutâneas, pneumonia	» <b>soroaglutinação em tubo:</b> título de anticorpo $\geq 1:160$	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 06, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmjjournals.com](http://bestpractice.bmjjournals.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

**Incomum****◊ Tularemia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
infectados ou insetos vetores, febre de início abrupto, calafrios, cefaleia, mal-estar			

**◊ Brucelose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
contato com animais ou ingestão de laticínios não pasteurizados, febre, sudorese, mal-estar, fadiga, artralgias, depressão, perda de peso	febre, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia	» <b>hemocultura:</b> positivo para Brucella	» <b>cultura de medula óssea:</b> positivo para Brucella

**◊ Psitacose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
contato com pássaros, início abrupto de febre, cefaleia, mialgias, tosse seca, dispneia	febre, estertores, atrito pleurítico, hepatoesplenomegalia	» <b>teste de fixação de complemento:</b> aumento de quatro vezes nos títulos de anticorpos obtidos num intervalo de 2 semanas	

**◊ Febre Q**

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição a gado, febre alta de início abrupto, sintomas tipo gripe autolimitados, fadiga, cefaleia, mialgias, tosse seca, erupção cutânea	febre, estertores, derrame pleural, exantema maculopapular, hepatomegalia, dissociação pulso-temperatura	» <b>ensaio de imunofluorescência:</b> infecção aguda: título de imunoglobulina G (IgG) $\geq 200$ , título de imunoglobulina M (IgM) $\geq 50$ ; infecção crônica: título de imunoglobulina G (IgG) $\geq 800$	

**Incomum****◊ Feocromocitoma**

História	Exame	1º exame	Outros exames
episódios de cefaleia, palpitações e diaforese	hipertensão, hipotensão postural, febre, retinopatia, tremor, manchas café com leite se houver associação com neurofibromatose	» <b>coleta de urina de 24 horas para catecolaminas e metanefrinas:</b> elevado O nível de creatinina deve ser incluído para assegurar a coleta adequada de urina.	» <b>metanefrinas fracionadas séricas livres:</b> elevado Se a suspeita clínica for alta, há uma alta taxa de falsos-positivos.  » <b>tomografia computadorizada (TC) ou ressonância nuclear magnética (RNM) do abdome e da pelve:</b> massa adrenal

**◊ Hipertireoidismo**

História	Exame	1º exame	Outros exames
ansiedade, perda de peso, apetite normal ou aumentado, perturbação do sono, palpitações, intolerância ao calor, sudorese, dor ocular	tireomegalia indolor difusa, taquicardia, febre, exoftalmia, lagoftalmia, hipertensão, perda de cabelo	» <b>hormônio estimulante da tireoide:</b> baixa » <b>T4 livre sérico:</b> elevado	» <b>T3 livre sérico:</b> elevado

**◊ Síndrome de Munchausen**

História	Exame	1º exame	Outros exames
sistematicamente bem, oscilação rápida da febre com ausência de tremor ou sudorese	disparidade entre as temperaturas oral e retal, frequência cardíaca normal	» <b>Hemograma completo:</b> normal Todos os exames laboratoriais geralmente são normais.	» <b>TFHs:</b> normal Todos os exames laboratoriais geralmente são normais.

# Diretrizes de diagnóstico

## Oceania

### Fever of unknown origin

**Publicado por:** Emergency Care Institute New South Wales

**Última publicação em:** 2017

## Artigos principais

- Amin K, Kauffman CA. Fever of unknown origin: a strategic approach to this diagnostic dilemma. Postgrad Med. 2003 Sep;114(3):69-75.
- Knockaert DC, Vanderschueren S, Blockmans D. Fever of unknown origin in adults: 40 years on. J Intern Med. 2003 Mar;253(3):263-75. [Texto completo](#)
- Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. Arch Intern Med. 2003 Mar 10;163(5):545-51. [Texto completo](#)

## Referências

1. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. Medicine (Baltimore). 1961 Feb;40:1-30.
2. Durack DT, Street AC. Fever of unknown origin - reexamined and redefined. Curr Clin Top Infect Dis. 1991;11:35-51.
3. Hersch EC, Oh RC. Prolonged febrile illness and fever of unknown origin in adults. Am Fam Physician. 2014 Jul 15;90(2):91-6. [Texto completo](#)
4. Roth AR, Basello GM. Approach to the adult patient with fever of unknown origin. Am Fam Physician. 2003 Dec 1;68(11):2223-8. [Texto completo](#)
5. Varghese GM, Trowbridge P, Doherty T. Investigating and managing pyrexia of unknown origin in adults. BMJ. 2010;341:C5470.
6. De Kleijn EM, Vandenbroucke JP, van der Meer JW. Fever of unknown origin (FUO). I A prospective multicenter study of 167 patients with FUO, using fixed epidemiologic entry criteria. Medicine (Baltimore). 1997 Nov;76(6):392-400.
7. Knockaert DC, Vanneste LJ, Bobbaers HJ. Recurrent or episodic fever of unknown origin. Review of 45 cases and survey of the literature. Medicine (Baltimore). 1993 May;72(3):184-96.
8. Kazanjian PH. Fever of unknown origin: review of 86 patients treated in community hospitals. Clin Infect Dis. 1992 Dec;15(6):968-73.
9. Vanderschueren S, Knockaert D, Adriaenssens T, et al. From prolonged febrile illness to fever of unknown origin: the challenge continues. Arch Intern Med. 2003 May 12;163(9):1033-41. [Texto completo](#)
10. Amin K, Kauffman CA. Fever of unknown origin: a strategic approach to this diagnostic dilemma. Postgrad Med. 2003 Sep;114(3):69-75.
11. Mackowiak PA. Commentary: fever patterns. Infect Dis Clin Pract. 1997;6:308-9.

12. Birnie A, Gazzard BG, Bacon C, et al. Fever in the recently returned HIV infected traveler. *Sex Transm Infect.* 2004 Apr;80(2):86-90. [Texto completo](#)
13. Knockaert DC, Vanderschueren S, Blockmans D. Fever of unknown origin in adults: 40 years on. *J Intern Med.* 2003 Mar;253(3):263-75. [Texto completo](#)
14. Wagner AD, Andresen J, Raum E, et al. Standardised work-up programme for fever of unknown origin and contribution of magnetic resonance imaging for the diagnosis of hidden systemic vasculitis. *Ann Rheum Dis.* 2005 Jan;64(1):105-10. [Texto completo](#)
15. Quinn MJ, Sheedy PF 2nd, Stephens DH, et al. Computed tomography of the abdomen in evaluation of patients with fever of unknown origin. *Radiology.* 1980 Aug;136(2):407-11.
16. Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med.* 2003 Mar 10;163(5):545-51. [Texto completo](#)
17. Iikuni Y, Okada J, Kondo H, et al. Current fever of unknown origin 1982-1992. *Intern Med.* 1994 Feb;33(2):67-73. [Texto completo](#)
18. Takahashi T, Herrera MF, Onuma L, et al. Diagnostic laparotomy in fever of unknown origin. *Rev Invest Clin.* 1991 Jan-Mar;43(1):25-30.
19. Dong MJ, Zhao K, Liu ZF, et al. A meta-analysis of the value of fluorodeoxyglucose-PET/PET-CT in the evaluation of fever of unknown origin. *Eur J Radiol.* 2011 Dec;80(3):834-44.
20. Gaeta GB, Fusco FM, Nardiello S. Fever of unknown origin: a systematic review of the literature for 1995-2004. *Nucl Med Commun.* 2006 Mar;27(3):205-11.
21. Lewinsohn DM, Leonard MK, LoBue PA, et al. Official American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America/Centers for Disease Control and Prevention clinical practice guidelines: diagnosis of tuberculosis in adults and children. *Clin Infect Dis.* 2017 Jan 15;64(2):e1-33. [Texto completo](#)
22. Centers for Disease Control and Prevention. 2018 quick reference guide: recommended laboratory HIV testing algorithm for serum or plasma specimens. January 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
23. Centers for Disease Control and Prevention. Laboratory testing for the diagnosis of HIV infection: updated recommendations. June 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
24. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. *Am J Med.* 1994 Mar;96(3):200-9.
25. Kupferwasser LI, Darius H, Muller AM, et al. Diagnosis of culture-negative endocarditis: the role of the Duke criteria and the impact of transesophageal echocardiography. *Am Heart J.* 2001 Jul;142(1):146-52.
26. Epperly TD, Moore KE, Harrover JD. Polymyalgia rheumatica and temporal arthritis. *Am Fam Physician.* 2000 Aug 15;62(4):789-96, 801. [Texto completo](#)

27. Saraux A, Berthelot JM, Chales G, et al. Ability of the American College of Rheumatology 1987 criteria to predict rheumatoid arthritis in patients with early arthritis and classification of these patients two years later. *Arthritis Rheum.* 2001 Nov;44(11):2485-91.
28. Kataria RK, Brent LH. Spondyloarthropathies. *Am Fam Physician.* 2004 Jun 15;69(12):2853-60. [Texto completo](#)
29. Arnow PM, Flaherty JP. Fever of unknown origin. *Lancet.* 1997 Aug 23;350(9077):575-80.
30. Belfer MH, Stevens RW. Sarcoidosis: a primary care review. *Am Fam Physician.* 1998 Dec;58(9):2041-50, 2055-6. [Texto completo](#)

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice		
	Numerais de 5 dígitos	10,000
	Numerais de 4 dígitos	1000
	Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ  
BMA House  
Tavistock Square  
London  
WC1H 9JR  
UK

DISCLAIMER

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Nov 06, 2018.

35

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Alan R. Roth, DO, FAAFP**

Chairman

Jamaica Hospital Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Family Medicine Residency Program  
Jamaica, New York, NY

DIVULGAÇÕES: ARR is an author of a reference cited in this topic.

---

**Gina M. Basello, DO**

Program Director

Jamaica Hospital Medical Center, Albert Einstein College of Medicine, Family Medicine Residency Program  
Jamaica, New York, NY

DIVULGAÇÕES: GMB is an author of a reference cited in this topic.

### // Colegas revisores:

---

**Sheldon Morris, MD**

Assistant Clinical Professor

Department of Medicine, UCSD, AVRC, San Diego, CA

DIVULGAÇÕES: SM declares that he has no competing interests.

---

**Brian Pearlman, MD**

Assistant Clinical Professor

Department of Internal Medicine, Atlanta Medical Center, Atlanta, GA

DIVULGAÇÕES: BP declares that he has no competing interests.

---

**A. Sahib El-Radhi, MRCPCH, FRCPCH, DCH, PhD**

Consultant Paediatrician

Honorary Senior Lecturer, Chelsfield Park Hospital, Chelsfield, Orpington, UK

DIVULGAÇÕES: ASER declares that he has no competing interests.