

# Historia Clínica HNRG

SECCIÓN A CARGO DE *ELIZABETH SAPIA*  
HNRG, Unidad 8 Clínica Pediátrica

*GIL LIBARONA GUILLERMINA<sup>a</sup> Y LUCERO GABRIELA<sup>b</sup>*

## PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

### Datos personales

- Nombre y Apellido: F. D.
- Edad: 5 años
- Sexo: Masculino.
- Fecha de ingreso: 4 de noviembre de 2014
- Procedencia: Zárate, provincia de Buenos Aires.

### MOTIVO DE CONSULTA

Fiebre de 3 semanas de duración.

### MOTIVO DE INTERNACIÓN

Síndrome febril prolongado para estudio.

### Enfermedad actual

Paciente de 5 años de edad, previamente sano, oriundo de Zárate, provincia de Buenos Aires, concurre a consultorios externos por haber presentado un síndrome febril sin foco clínico aparente de 3 semanas de duración. Recibió 7 días de amoxicilina cediendo la fiebre.

Sus padres refieren que el niño ha presentado en los últimos 9 meses múltiples episodios de fiebre asociados a cuadros de vías aéreas superiores y obstrucción bronquial recurrente, de tratamiento ambulatorio, con broncodilatadores por vía inhalatoria y corticoides por vía oral.

Durante la anamnesis surge el antecedente de sudoración nocturna profusa en los úl-

timos meses. Al examen físico el paciente se encuentra febril, en regular estado general, con palidez cutáneo-mucosa generalizada, se palpa el bazo en la línea medio clavicular, de borde romo y de consistencia duro-elástica, sin hepatomegalia.

Por síndrome febril prolongado, sudoración nocturna y esplenomegalia, se realizan estudios complementarios donde se evidencia bicitopenia (anemia-leucopenia), aumento de reactantes de fase aguda.

Por los antecedentes, el estado clínico del paciente y los hallazgos de los exámenes complementarios se decide su internación en una Unidad de Clínica para estudio y eventual tratamiento.

### Antecedentes personales

- Nacido de término (39s). Peso adecuado para la edad gestacional (3410gr). Embarazo controlado.
- Crecimiento pondoestatural adecuado. Desarrollo neuromadurativo acorde a edad.
- Vacunas completas con calendario.
- Varicela a los 8 meses de vida.
- 3 años y 8 meses: Adenomegalias cervicales no dolorosas, se realizó ecografía de la región que informa adenomegalias cervicales con pérdida de la relación corticomedular, las mayores de 59x25 mm, 24x18 mm, 24x14 mm en cadena yugular interna derecha. Planos musculares conservados. Se asumió conducta expectante, comprobándose luego la desaparición espontánea de las mismas.
- 4 años y 5 meses: Herpes zóster torácico, realizó tratamiento sintomático.
- 4 años y 6 meses: Celulitis en miembro inferior derecho secundaria a picadura de insecto tratada con trimetoprima-sulfametoxazol por 10 días con buena respuesta.

### Antecedentes familiares

No refiere antecedentes de relevancia.

a. Ex Jefa de residentes de Clínica Pediátrica, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Becaria Sociedad Argentina de Pediatría.

b. Residente de cuarto año Clínica Pediátrica, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

**Examen físico al ingreso****a la Unidad de Clínica**

- Regular estado general. Vigil, conectado y reactivo.
- Taquicárdico, taquipneico, febril. Palidez cutáneomucosa generalizada. Soplo sitólico 2/6 en mesocardio.
- Abdomen distendido, blando, indoloro. Se palpa polo de bazo en línea medioclavicular, de borde romo y consistencia duro-elástica.
- Ganglios cervicales móviles, indoloros de 1 cm de diámetro.

**Planteos diagnósticos al ingreso**

- Enfermedad oncohematológica.
- Enfermedad por arañazo de gato.
- Tuberculosis diseminada.
- Infección por HIV, CMV, EBV.
- Endocarditis infecciosa subaguda.
- Absceso hepático.

**Exámenes complementarios**

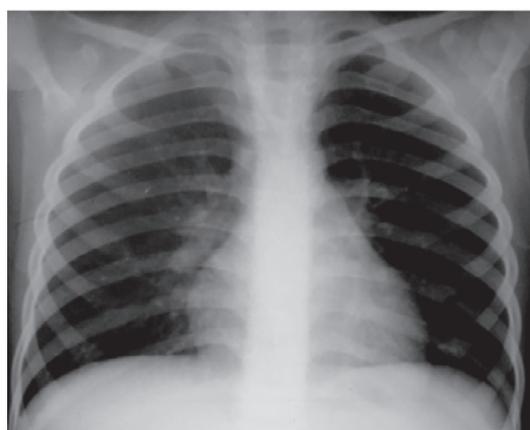
- GB 4180/mm<sup>3</sup> (NS 53% /L 40%/ M 3%/ E4%) Hb 8,1gr/dl; plaquetas 277.000/mm<sup>3</sup>. Leucopenia y anemia (bicitopenia).
- PCR 195; ESD 122mm/1er hora. Reactantes de fase aguda elevados.
- Exámenes microbiológicos:
- PD (Prueba de reacción a la tuberculina) 0mm.
- 3 pares de hemocultivos negativos
- Urocultivo negativo
- Serologías: Virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), virus de la hepatitis B (HBV), citomegalovirus (CMV), virus de Epstein-Bar (EBV), virus Herpes simple tipo 1 y 2 (HSV 1 y 2), Parvovirus B19 negativas
- Serología Bartonella haenselaie negativa
- Estudios por imágenes:
- Radiografía de tórax: Imágenes redondeadas compatibles con adenopatías en mediastino.
- Ecografía abdominal: en hígado imagen hipocogénica, esplenomegalia y adenomegalias retroperitoneales
- Ecocardiograma: No se observan vegetaciones ni lesiones estructurales.
- Tomografía axial computada de abdomen con contraste oral y endovenoso: Múltiples lesiones hipodensas en parénquima hepático, que no refuerzan con contraste (Figura 2).

Bazo heterogéneo, aumentado de tamaño (Figura 2).

Adenopatías retroperitoneales. Se observan en los cortes superiores adenopatías en mediastino medio inferior (Figura 3).

**Evolución**

Durante la internación el paciente continuó con registros febriles intermitentes de predominio nocturno, sin descompensación hemodinámica.

**Figura 1****Figura 2****Figura 3**

Debido al descenso de los valores de hemoglobina (6.9 gr/dl) se realizó transfusión de glóbulos rojos a 10 ml/kg mejorando la taquicardia y desapareciendo el soplo cardíaco.

Simultáneamente al estudio de las causas infecciosas, y con una alta presunción diagnóstica de una enfermedad oncohematológica, se realiza interconsulta con el servicio correspondiente, quienes deciden realizar estudios diagnósticos para confirmar esta etiología.

Se realiza:

- Punción aspirativa de médula ósea (PAMO): sin infiltración neoplásica.
- Biopsia de ganglio retroperitoneal: se observan abundantes linfocitos pequeños entre los cuales se identifican otras células de mayor tamaño. Regular cantidad de eosinófilos.
- Biopsia de hígado: histoarquitectura distorsionada por la presencia de difuso infiltrado celular que ocupa los espacios porta y el parénquima hepático. En el mismo, dicho infiltrado se compone de linfocitos, eosinófilos y células de mayor tamaño, amplio citoplasma y núcleos con nucléolo evidente. Se reconocen aisladas células de Reed Stenberg.

## DIAGNÓSTICO

Linfoma de Hodgkin estadio IV B subtipo celularidad mixta.

Se otorga el egreso hospitalario luego de 7 días de internación continuando en seguimiento y tratamiento específico para el Linfoma de Hodgkin con el Servicio de Oncohematología.

## COMENTARIO

El Síndrome Febril Prolongado (SFP) es una entidad infrecuente en pediatría y de difícil manejo, que genera gran ansiedad e incertidumbre en la familia del paciente y al equipo tratante.

Clásicamente se define como fiebre mayor de 38,3°C que se presenta durante 3 semanas, sin lograr el diagnóstico luego de la anamnesis, examen físico y estudio exhaustivo de al menos una semana de duración en el ámbito hospitalario (Petersdorf y Beeson). Definiciones más actuales acortan el tiempo de duración de la fiebre, considerando el SFP a un episodio febril de al menos 7-10 días de duración en el cual a pesar del estudio inicial

(incluidos anamnesis, examen físico completo y exámenes de laboratorio básicos) no se ha llegado a un diagnóstico definitivo.

La causa infecciosa es la más frecuente y predomina en todas las edades, sin embargo cuanto mayor es la edad del paciente es necesario descartar otras causas como la reumatológica y neoplásica.

El abordaje debe realizarse de forma multidisciplinaria, realizando precozmente la consulta a los especialistas correspondientes según el caso y en un estudio metodológico y ordenado con anamnesis y examen físico minucioso además del uso racional de métodos complementarios.

Al evaluar un paciente con SFP en primer lugar, constatar la fiebre, ya que hasta un 20% de los casos no se confirma su presencia. Luego realizar una anamnesis y examen físico detallado y sistemático en cada consulta, tratando de identificar datos que pudieran orientar al diagnóstico etiológico. Resulta fundamental identificar tempranamente condiciones donde la demora en el diagnóstico podría ser perjudicial para el paciente: sudoración nocturna, pérdida de peso, visceromegalias, citopenias, entre otras.

Se deben considerar en primer lugar, las causas más frecuentes, en su forma de presentación clásica y no clásica, ya que la causa más frecuente de SFP es la presentación atípica de una enfermedad infecciosa frecuente. Realizar los estudios complementarios de forma ordenada y secuencial, según la presunción diagnóstica.

Es importante evitar conductas terapéuticas inapropiadas, como el uso empírico de antibióticos o corticoides, frente a una enfermedad de etiología desconocida, ya que podrían entorpecer y/o perjudicar la evolución del paciente al enmascarar la evolución del cuadro clínico.

En el 10-30% de los casos, los SFP suelen autolimitarse sin un diagnóstico específico. En estos casos es de suma importancia continuar el seguimiento de los pacientes hasta la normalización de los estudios de laboratorio y/o de imágenes, además de la resolución del cuadro clínico. Si bien la mayoría de ellos tendrá una evolución favorable, un bajo porcentaje puede presentar un diagnóstico final con pronóstico reservado.

El seguimiento de estos pacientes implica una gran responsabilidad para el equipo

médico por la gran variedad de etiologías posibles, algunas de ellas potencialmente graves, con una alta morbi-mortalidad. Por esta razón es de suma importancia que el médico pediatra tenga en claro el abordaje de esta patología, realizarlo de forma ordenada y sistemática para llegar a un diagnóstico correcto de forma temprana.

#### **Agradecimientos**

Unidad 8, Clínica Pediátrica del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

Servicio de Oncología, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Antoon J, Potisek N, Lohr J. Pediatric fever of unknown origin. *Pediatrics in review* 2015;36;380.
- Moya MJ, Pulgarín CC. Fiebre de origen desconocido en pediatría: reporte de un caso. *MÉD UIS* 2016;29(1):61-9.
- Álvarez Caro F, Gómez Farpón A, García González M, et al. Manejo y características de la fiebre de origen desconocido en pediatría. *Acta Pediatr Esp* 2007; 65(10): 496-503.
- Sandoval C, Pinochet C, Peña A. et al. Síndrome febril prolongado: un desafío para el infectólogo pediatra. *Rev Chilena Infectol* 2014;31(1):87-91.
- Chantada G, Casak A, Daza Plata J, et al. Children with fever of unknown origin in Argentina: an analysis of 113 cases. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13:260-3.
- Petersdorf RO, Beenson PB. Fever of unexplained origin: report of 100 cases. *Medicine (Baltimore)* 1961;40:1-30.