

Historia Clínica

SECCIÓN A CARGO DE ELIZABETH SAPIA

FLORENCIA ACUÑA^a, VALERIA BARRERA^a, MARÍA FERNANDA LASCANO^b, MARIANELA MAIER^b Y EDUARDO LÓPEZ MARTÍN^c

Nombre y Apellido: S.R.

Edad: 5 años.

Motivo de consulta

Síndrome febril prolongado.

Motivo de internación

Síndrome febril prolongado con adenopatías cervicales y microabscesos esplénicos.

Enfermedad actual

Paciente de 5 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que consulta por primera vez a este hospital por síndrome febril prolongado de 20 días de evolución, con registros intermitentes (2 a 3 registros diarios máximo 40°) asociado a tumoración cervical. Previamente recibió dos ciclos de antibiótico vía oral (amoxicilina 7 días y luego trimetoprima sulfametoxazol 8 días) sin respuesta clínica.

Se realizan exámenes de laboratorio, serologías virales, radiografía de tórax, ecografía cervical que evidencia: *múltiples imágenes ganglionares latero-cervicales izquierdas* y ecografía abdominal: *imágenes compatibles con microabscesos esplénicos*. Se decide internación para diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes personales

NPT (34 sem), PAEG (1.980kg), Apgar 9/10. Cesárea por desprendimiento de placenta desde los 6 meses de gestación y colestasis.

Embarazo controlado con serologías negativas. Pesquisa neonatal, Fondo de ojo y otoemisiones acústicas normales.

Internación en neonatología durante 1 mes para recuperación nutricional y LMT (5 días).

Broncoespasmos de tratamiento ambulatorio.

Refiere un peso previo a la consulta de 16 kg hace 2 meses.

Mascotas: perro de 3 meses y gato de 1 año de edad.

Antecedentes familiares: Tío asmático, abuelos maternos y paternos diabetes tipo 2, abuelo paterno Chagas.

Examen físico al ingreso

Paciente en relativo buen estado general, vigil, reactivo, conectado. Febril 38,1°C. Peso al ingreso: 14,800 kg (descenso de 1,200 kg en 2 meses). Normohidratado. Hemodinámicamente estable. 2 Ruidos en 4 focos, soplo sistólico 2/6 en mesocardio, sin irradiación. Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados. Abdomen blando, depresible, indoloro. Sin hepatoesplenomegalia. Catarsis y diuresis conservada. Buena actitud y tolerancia a la vía oral. Presenta conglomerado adenomegálico latero-cervical izquierdo de consistencia duroelástica, con diámetro mayor de 1,5cm x 2 cm, indoloro, no impresionan adheridos a planos profundos. Lesión preauricular izquierda de aproximadamente 2,5 x 3 cm, macular con centro hipopigmentado, y borde eritematoso con descamación activa, pruriginosa.

Exámenes Complementarios

Hemograma: GB 10.200 mm³ (NS 57%, L32%, M5%, E4%), Hemoglobina 10,3 gr/dl, VCM 68fl, CHCM 32%) Hematocrito 31%. Plaquetas 381.000 mm³. (anemia microcítica).

Química: Urea, Glucemia, Ácido úrico, Creatinina, Calcio, Fósforo y Magnesio: Dentro de límites normales.

PCR 86 mg/l. (elevada).

Hemocultivos x2: negativos.

Serologías: HIV, EBV, CMV, HBV, HCV, IgM *Bartonella henselae*.

Ecografía abdominal: Hepatomegalia leve, microabscesos esplénicos, sin esplenomegalia. Resto dentro de los límites normales para la edad.

Diagnósticos Presuntivos al ingreso

- Síndrome febril prolongado.

- Adenitis bacteriana.
- Enfermedad por arañazo de gato.
- Enfermedad oncohematológica.

Tratamiento empírico inicial:

- Clindamicina 40 mg/kg/día.
- Claritromicina 15mg/kg/día.
- Terbinafina Tópica.

EVOLUCIÓN

Paciente con síndrome febril prolongado, adenopatías cervicales e imágenes compatibles con microabscesos esplénicos.

Por éste cuadro clínico, asociado al antecedente de contacto con gatos se realizan serologías IgG e IgM para *Bartonella henselae* que resultan negativas, ante la posibilidad de un falso negativo se repiten a la semana siendo nuevamente negativas. Serologías para Toxoplasmosis, HIV, Epstein Barr virus, hepatitis A, B, C y Citomegalovirus negativas. PPD 3mm. Por presentar eosinofilia, se realiza serología para *Toxocara* con IgG 5,6 (VN hasta 1), valoración oftalmológica normal, se asume contacto previo.

Valoración cardiológica con ECG y ecocardiograma normal; se asume soplo funcional y con hemocultivos negativos se descarta endocarditis infecciosa.

Por continuar con el conglomerado cervical y fiebre intermitente, a pesar del tratamiento antibiótico instaurado, se realiza punción aspiración con aguja fina e inmunomarcación, la muestra obtenida no resulta representativa y punción aspiración de médula ósea con resultado normal.

Las adenopatías cervicales disminuyeron de tamaño, pero se constata la aparición de una adenomegalia de 2x2 cm en la línea axilar anterior izquierda. Ante esta evolución clínica, sin respuesta al tratamiento antibiótico, anemia y persistencia de reactantes de fase aguda elevados, se repite la ecografía abdominal que evidencia múltiples imágenes ganglionares retroperitoneales, la mayor de 12 x 10 mm y persistencia de lesiones esplénicas.

La tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis informa adenopatías generalizadas en zonas supraclavicular, mediastinal y retroperitoneal, con atenuación heterogénea en bazo.

Se realiza biopsia escisional de ganglio cervical izquierdo, con marcación inmunohistoquímica: *Ganglio linfático de histoarquitectura alterada por la presencia de proliferación neoplásica constituida por células de mediano a gran tamaño, y*

presencia de células lacunares. Se observan bandas colágenas que delimitan nódulos.

Inmunohistoquímica: CD30 y CD15 positivo en células tumorales. CD3 y CD20 positivo en linfocitos reactivos. ALK negativo.

Diagnóstico: *linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular.*

Con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin (subtipo esclerosis nodular) estadio III B se otorga egreso hospitalario para seguimiento y tratamiento quimioterápico ambulatorio por oncohematología.

COMENTARIO

Las adenomegalias son uno de los motivos de consulta más frecuentes al hematólogo por parte del médico pediatra. Aproximadamente un 56% de

Imagen 1. Adenopatías retroperitoneales a nivel lumbar



Imagen 2. Adenopatías axilares

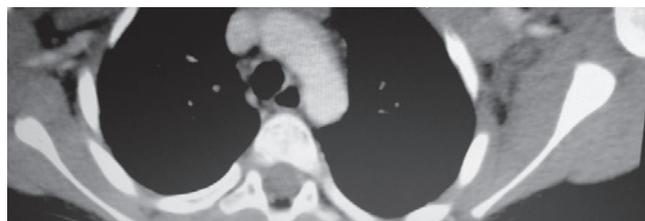
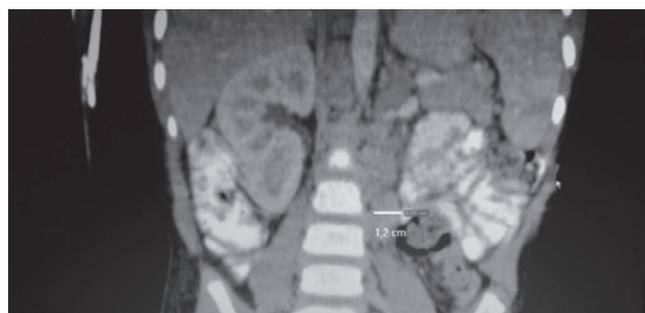


Imagen 3. Corte coronal de adenopatías retroperitoneales



los pacientes examinados por otros motivos presentan adenomegalias cervicales palpables.

Esta elevada frecuencia se debe a que la masa de tejido linfoide sufre un proceso de hiperplasia fisiológica continua hasta los 10-12 años, en el niño existe una mayor respuesta a estímulos antigénicos que en el adulto y la frecuencia de infecciones es mayor a esta edad.

Por lo tanto, pueden representar una amplia variedad de etiologías; si bien la mayoría de los casos corresponden a infecciones benignas transitorias, algunas veces pueden ser la manifestación inicial de patologías más graves (linfoma, leucemia, tuberculosis, etc.), como en el caso clínico presentado. Por este motivo es de suma importancia categorizar los hallazgos en el examen físico.^{1,2}

Dentro de los diagnósticos diferenciales planteados en el paciente, se consideró la Enfermedad por arañazo de gato. El gato es el principal reservorio del agente etiológico. La transmisión puede ser a través de la mordedura, arañazo o contacto con la saliva a través de piel lesionada o mucosas³.

Una vez inoculado en el huésped humano, *B. henselae* invade las células endoteliales causando una reacción inflamatoria aguda asociada a la activación de la cascada proinflamatoria⁴.

Frecuentemente aparece una lesión cutánea en el sitio de inoculación, asociándose en el 85% de los casos a adenopatías locales que se desarrollan las dos semanas posteriores. La mayoría de los pacientes evolucionan de forma favorable y auto-limitada. Menos frecuentemente los organismos se diseminan e infectan el hígado, bazo, ojo o sistema nervioso central; pudiendo presentar otras complicaciones. Clínicamente pueden manifestarse como fiebre de origen desconocido, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia. El diagnóstico se confirma con serologías y puede indicarse tratamiento empírico con alta sospecha clínica y contacto epidemiológico.³

En el caso expuesto el paciente comenzó con adenopatías cervicales de localización anterior sin respuesta adecuada al tratamiento antibiótico indicado; agregando adenopatías axilares y supraclaviculares. Siendo esta última de alto índice de sospecha para un debut oncológico. La TC, brinda mayor información sobre presencia de adenopatías en otras regiones.

El linfoma de Hodgkin infantil es una de las pocas neoplasias malignas pediátricas que comparten aspectos de su biología y evolución natural con un cáncer en adultos.

Aproximadamente de 90 a 95 % de los niños con linfoma de Hodgkin logran la curación; esto permite concentrar la atención en concebir un tratamiento que disminuya la morbilidad a largo plazo para estos pacientes. En los programas actuales de tratamiento se utiliza un enfoque adaptado a la respuesta y basado en los riesgos: los pacientes reciben quimioterapia multifarmacológica, con radiación de dosis baja dirigida al campo o sitio afectado o sin esta. Los factores pronósticos que se utilizan para determinar la intensidad de la quimioterapia incluyen el estadio, la presencia o ausencia de síntomas B (fiebre, pérdida de peso e hiperhidrosis nocturna) o enfermedad con masa tumoral voluminosa.

La forma de presentación del linfoma de Hodgkin resulta de los efectos directos o indirectos por el compromiso ganglionar o extraganglionar, y de los síntomas constitucionales relacionados con la liberación de citocinas por las células de Reed-Sternberg.

Aproximadamente el 80 % de los pacientes presentan adenopatía indolora, que con mayor frecuencia compromete las áreas cervical, supraclavicular o axilar. La enfermedad mediastínica está presente en alrededor del 75 % de los adolescentes y adultos jóvenes, y puede ser asintomática.

Por el contrario, sólo alrededor de 35 % de los niños pequeños con linfoma de Hodgkin tienen afectación del mediastino, lo que en parte refleja la tendencia de estos pacientes a presentar celularidad mixta o características histológicas de predominio linfocítico.

Entre 15 a 20 % de los pacientes pueden presentar compromiso extraganglionar no contiguo (estadio IV), los sitios más comunes son: pulmón, hígado, hueso y médula ósea.

Los síntomas constitucionales no específicos, como fatiga, anorexia, pérdida de peso, prurito, sudoración nocturna y fiebre, se presentan en aproximadamente 25 % de los casos. De éstos síntomas constitucionales, tres de ellos se relacionaron con el pronóstico (síntomas B): fiebre, pérdida de peso (10% del peso corporal en los seis meses previos al diagnóstico) y sudoración nocturna.

CONCLUSIÓN

El abordaje diagnóstico y terapéutico en pacientes que presentan adenopatías constituye un desafío en la práctica diaria. Si bien en la mayoría de los casos, la evolución será favorable, se debe mantener un alto índice de sospecha y plantear la



realización de biopsia ganglionar precoz en aquellos que presenten síntomas sistémicos o que no responde al tratamiento antibiótico⁵.

Agradecimientos

Médicos de planta de la Unidad 8 del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Verón DA. Servicio de Hematología y Oncología Infantil. Hospital Nacional Posadas - GATLA Linfoma de Hodgkin en pediatría: nuevos paradigmas. *Hematología* 2013;17(2):159-168.
2. Donato H, Rosso A, Rossi N, Buys M, María Rapetti MC. Adenomegalias en niños. Normas de diagnóstico y tratamiento. *Arch. Argent. Pediatr.* 2003;101(3): 229-233.
3. Florin TA, Zaoutis TE, Zaoutis LB. Beyond cat scratch disease: widening spectrum of *Bartonella henselae* infection. *Pediatrics* 2008;121:e1413-25.
4. Dehio C. Molecular and cellular basis of bartonella pathogenesis. *Annu Rev Microbiol* 2004; 58:365-290.
5. Álvarez Caro F, Gómez Farpón A, Blanco Lago R., et al. Adenopatías en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2007;105(4):342-350.