



## **CASO CERRADO**

*Niña de 13 años con fiebre y dolor en MID....*

# **De la sospecha al diagnóstico**

- Chevorn Suzette Adams  
R4 Pediatría, HGUA. 14 diciembre, 2016
- Tutora: Dra. Olga Gómez

**CASO CLINICO:** Niña de 13 años que consulta en UPED por fiebre intermitente de 3 semanas de evolución que se ha hecho continua en los últimos 10 días. Temperatura máxima 39 °C con varios ascensos al día, escalofríos y afectación del estado general en los ascensos. Asocia vómitos, astenia y anorexia. Además presenta dolor intenso e impotencia funcional de la pierna derecha en las últimas 24 horas.

**AF:** sin interés.

**AP:** gestación, parto y postnatal sin incidencias. Soplo detectado en época de lactante. Adenoamigdalectomizada a los 6 años. RVU derecho ya resuelto. ITU a los 9 años. Talla baja en estudio. Lleva ortodoncia. Extracción dentaria hace 8 meses; no en las últimas semanas, aunque si referían manipulación de la ortodoncia 15 días antes. Miopía, usa lentes correctoras. No RAM conocidas. Vacunación en regla.

**Exploración física:** Peso: 32 kg. Talla: 135 cm. T<sup>a</sup>: 38,9°C. FC: 138lpm. TA: 100/68mmHg. Aceptable estado general, decaída/ansiosa. Discreta palidez cutánea, no de mucosas. Bien hidratada. No exantemas ni petequias. Signos meníngeos negativos. AC: tonos rítmicos, soplo sistólico II-III/VI en foco mitral. Buena entrada de aire bilateral sin ruidos patológicos. No distrés. Abdomen discretamente doloroso a la palpación profunda, sobretudo en lado derecho, no defensa, no masas ni visceromegalias. Pulsos periféricos difíciles de palpar. Postura antiálgica de la extremidad inferior derecha. Dolorimiento intenso de la extremidad con palidez y frialdad acra.

# Análisis de datos

- Fiebre de 3 semanas de evolución:

## **SINDROME FEBRIL PROLONGADO O FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO**

- Según las guías: fiebre prolongado al menos 3 semanas,  $>38.3$  grados, presente la mayoría de los días
- Síntoma problemático (absentismo escolar, es una entidad que genera ansiedad y preocupación en padres y médicos por la posibilidad de que se trate de una enfermedad grave y demanda importantes recursos para su estudio)
- Síntoma compartido por enfermedades leves y amenazantes para la vida

- Pulsos débiles, extremidad fría y pálida con impotencia funcional y mucho dolor (sin otros signos inflamatorios tales como rubor, calor, edema) desde hace 24 horas: indica **problema circulatorio agudo**.....

### Patrones de fiebre y etiología más frecuente asociada

Patrón	Definición	Etiología asociada
Intermitente	Pico febril brusco con rápida recuperación de la temperatura normal	Infecciones bacterianas, tuberculosis o artritis idiopática juvenil de inicio sistémico
Remitente	Picos fluctuantes, pero la temperatura basal se encuentra elevada, sin volver a la normalidad. Puede ser indistinguible del intermitente por el uso de antitérmicos	Infecciones virales, endocarditis bacteriana o linfomas
Mantenida	Fiebre persistente con mínimas fluctuaciones. El uso de antitérmicos lo pueden alterar	Fiebre tifoidea y brucelosis
Recidivante	Presenta periodos (incluso de días) en los que el paciente se encuentra afebril	Malaria, fiebre recurrente por borreliosis y linfomas

# Re-historiamos.....

- ¿ Que tipo de soplo se detecto en la época de lactante?

**Funcional**

- ¿ Hubo cambio en las características del soplo?

**No consta....pero teniendo en cuenta las características del soplo funcional se deduce que si hubo cambio/aparición de soplo nuevo**

- ¿ Viajes al extranjero o al campo?

**No ha viajado al extranjero**

- ¿ Ingesta de algo poco pasterizado/poco higienizado o poco cocinado?

**No refieren ingesta de nada fuera de lo habitual. Su madre lo compra todo en el supermercado del pueblo**

- ¿ Otros familiares con fiebre?

**No, sólo ella**

- ¿ Toma alguna medicación?

**No**

- ¿ Contacto con animales o picadura?

**A veces va a casa de los abuelos al campo; tienen perros, gatos y gallinas, pero refiere que no juega con ellos. No picadura**

# ¿Orientación diagnóstica?

---



# SFP/FOD: Diagnostico Diferencial

Etiología de la FOD según la edad			
	< 1 año	1-5 años	>5 años
Infecciones	43%	28%	40%
Enfermedades inflamatorias	Raras	13%	17%
Neoplasias	Muy raras	3-8%	

- La incidencia de casos de FOD disminuye gradualmente a medida que aumenta la edad
- Existe una relación inversa entre la edad y la probabilidad de que la etiología sea infecciosa. Cuanto menor es el niño, mayor probabilidad de que el origen sea infeccioso
- A mayor duración de la fiebre y mayor edad del niño, mayor probabilidad de que la etiología sea inflamatoria o tumoral

## Etiología de la FOD

Bacterias		Virus	Hongos	Parásitos
Abscesos abdominales	<i>Bartonella</i>	CMV	Blastomycosis	<i>Larva migrans visceral</i>
Brucelosis	<i>Chlamydia</i>	Virus hepatotropos	Coccidiomycosis	Paludismo o malaria
Endocarditis	Fiebre Q	Virus de Epstein-Barr	Histoplasmosis	Toxoplasmosis
Leptospirosis	Mastoiditis	Herpes virus	Psitacosis	
Osteomielitis	Pielonefritis, ITU	VIH		
Salmonelosis	Sinusitis	Parvovirus B-19		
Tuberculosis	Tularemia			
Neoplasias	Conectivopatías		Misceláneas	
Enfermedad de Hodgkin	Artritis reumatoide juvenil (ARJ)		Disautonomía familiar	
Leucemia	Lupus eritematoso sistémico (LES)		Displasia ectodérmica	
Linfoma no Hodgkin	Panarteritis nodosa (PAN)		Hipertiroidismo	
Neuroblastoma	Behçet		Enfermedad inflamatoria intestinal	
	Enfermedad de Still		Fiebre facticia	
	Kawasaki		Fiebre medicamentosa	
			Síndrome hemofagocítico	
			Histiocitosis de Langerhans	
			Sarcoidosis	

Enf. Bacterianas	Sí cuadra 	No cuadra 
Osteomielitis	Dolor agudo persistente, afecta movilidad (pseudoparalisis) con postura antialgica,	Inflamación y enrojecimiento del tejido que está sobre el hueso (no hay)
Endocarditis	lesión valvular predisponente (soplo en foco mitral), extracción dentaria y manipulación ortodoncia, fenómeno tromboembólico asociado?	Patrón de fiebre remitente
Tuberculosis	Patrón de fiebre: intermitente luego mantenida	No síntomas respiratorios
Abscesos abdominales	Palpación abdominal doloroso y vómitos	-
Pielonefritis	Dolor abdominal y vómitos	No dolor en fosa lumbar ni síntomas miccionales
Brucelosis	Inicio insidioso...fiebre inicialmente intermitente durante las semanas	Zoonosis. No contacto con animales ni ingesta de lácteos no pasteurizados. Esplenomegalia
Leptospirosis Tularemia	Solo la fiebre	Zoonosis. Niega contacto con animales
Fiebre Q	Solo la fiebre	Zoonosis. No picadura. La forma mas clásica recuerda un síndrome gripal
Bartonellosis	Solo la fiebre	No contacto con animales (arañazo gato). No linfadenopatía
Fiebre tifoidea	Solo la fiebre	Mas en países de desarrollo. Hepatoesplenomegalia masiva. Disociación pulso-temp.
Mastoiditis	Solo la fiebre	No otitis
Sinusitis	Solo la fiebre	No dolor de cara ni cefalea ni síntomas catarrales

Enf. Víricas	Sí cuadra 	No cuadra 
CMV	Solo la fiebre	No síndrome mononucleosico
VEB	Solo la fiebre	No síndrome mononucleosico
Virus hepatotropos	Dolor en hemi-abdomen derecho (hígado)	No viaje a zonas endémicas de hepatitis A, no uso de drogas, no transfusión
Herpes virus	-	Suele ser infección asintomática, en ocasiones lesiones en boca ni genitales (no tiene)
VIH	Solo la fiebre	No contacto sexual
Parvovirus B 19	Solo la fiebre	No sarpullido

Enf. Fúngicas	Sí cuadra 	No cuadra 
Aspergillosis	Solo la fiebre	No síntomas respiratorios. Pacientes inmunodeprimidos (paciente previamente sano)
Histoplasmosis	Solo la fiebre	No síntomas respiratorios. En personas inmunocompetentes suele ser asintomática.
Psitacosis “ Fiebre del Loro”	Solo la fiebre	No contacto con aves. Suele haber tos intensa y bradicardia relativa
Blastomicosis “Enfermedad de Gilchrist”	Solo la fiebre	No contacto con madera en descomposición ni con el suelo húmedo donde hay hojas y vegetación en descomposición. No síntomas respiratorios. Casi siempre afecta a personas con el sistema inmunitario debilitado. Los hombres son más propensos a resultar afectados que las mujeres.
Coccidioidomicosis “ Fiebre del Valle”	Solo la fiebre	Mas en norteamericano, africano o de ascendencia filipina. Tiene un sistema inmunitario debilitado . Síntomas respiratorios y cambios en el estado mental

Enf. Parasitarias	Sí cuadra 	No cuadra 
Leishmaniasis	Mayor incidencia en costa mediterránea	No picadura (botón de oriente). Notable hepatosplenomegalia (ella no tiene)
Paludismo	-	Enfermedad importada. Niega viajes. Patrón de fiebre recidivante.
Toxoplasmosis	-	Habitualmente asintomática.

Enf.Inflamatorias /Conectivopatias	Sí cuadra 	No cuadra 
Artritis Idiopática Juvenil	La fiebre	La paciente no tiene artritis. No exantema , ni lesiones asalmónicas en piel (forma sistémica/enf de Still) ni adenopatías. Patrón de fiebre típico: 1 o 2 picos diarios que duran 2-3 horas
Fiebre Reumática	Soplo en foco mitral : ?afectación valvular	No infección estreptocócica reciente
Enf. de Kawasaki	Soplo de afectación valvular	Mas frecuente en , <5 años. No hay exantema, ni enantema ni descamación subungueal ni conjuntivitis ni adenopatías
LES	Solo la fiebre	Suele haber síndrome constitucional al inicio. No exantema malar ni fotosensibilidad ni artritis ni roce pleural ni síntomas respiratorios
EII	Solo la fiebre	Suele haber la triada clásica de dolor abdominal, diarrea y perdida de peso. No otras manifestaciones extra digestivas salvo la fiebre
Vasculitis	Predomina en sexo femenino Fenómenos isquémicos, (Takayasu), dolor abdominal	Neuropatía periférica es el signo mas frecuente (no tiene). Lesiones vasculíticas en piel y/o nódulos (no tiene)Soplo aórtico o sobre sus ramas principales (Takayasu). No síntomas respiratorios

Enf. Oncohematologicas	Sí cuadra 	No cuadra 
Leucemias	La fiebre prolongada Palidez	No hemorragias mucocutaneas ni epistaxis. Suele haber hepatosplenomegalia
Linfoma (Hodgkin y no Hodgkin)	Solo la fiebre	No masa en sitio de ganglios No síntomas de efecto masa a nivel mediastino
Tumores sólidos: Neuroblastoma, Wilms, Metástasis Hepáticos, Hepatoblastoma	Doloroso al palpar hemiabdomen derecho, vomitos	No se palpa masa abdominal
Sd. hemofagocitico	Solo la fiebre	Suele haber esplenomegalia, precisa datos de inmunología y hematología
Sd. Mielodisplasico	Solo la fiebre	Precisa datos de hematología
Histiocitosis	Solo la fiebre	Suele iniciar antes de los 2 anos de edad, lesiones en piel, descamación grasienta en pliegues y cuero cabelludo, hepatosplenomegalia, adenopatías, gran repercusión en el estado general

Misceláneas	Sí cuadra ✓	No cuadra ✗
Displasia ectodérmica “Síndrome de Christ-Siemens-Touraine”	Solo la fiebre	No consta que haya afectación de las glándulas sudoríparas
Hipertiroidismo	-	-
Disautonomía familiar “ Síndrome de Riley-Day”	-	Enfermedad hereditaria: insensibilidad congénita al dolor
Fiebre medicamentosa	Solo la fiebre	No toma ninguna medicación
Deshidratación	-	Examen físico: bien hidratada
Origen SNC	-	Condición poco frecuente, se presenta en el paciente hospitalizado en la UCI por cuadros relacionados con lesiones estructurales a nivel del sistema nervioso central (pérdida de la capacidad de regulación térmica secundaria a múltiples noxas)
Síndrome Muchausen /por poderes (Fiebre facticia)	Solo la fiebre	Fiebre simulada o provocada por el paciente o por sus padres o cuidadores

# Dolor agudo en miembro inferior: Diagnostico diferencial

	Sí cuadra ✓	No cuadra ✗
Celulitis	Dolor y fiebre Piernas: lugar mas frecuente	No otros signos flogísticos en el miembro: calor, rubor, edema No herida preexistente
Osteomielitis	Dolor y fiebre	Es un dolor óseo mas que en toda la extremidad. Suele haber hinchazón y calor sobre el hueso infectado
Artritis septica	Dolor y fiebre	Dolor mas evidente en las articulaciones y no en todo el miembro. Suele implicar una sola articulación más comúnmente afectada.: la rodilla y la cadera
Artritis Reumatoide	-	La paciente no tiene artritis como tal sino dolor en todo el miembro Fiebres intermitentes <i>de bajo grado</i>
Trombosis	Condición predisponente: lesión valvular Pulsos periféricos difíciles de palpar. Postura antiálgica de la extremidad inferior derecha. Dolorimiento intenso de toda la extremidad con palidez y frialdad acra.	-

# ¿ Qué pruebas pediríais?

---



# 1º

## Pruebas complementarias de primer nivel

### En todos los casos

- Hemograma y frotis de sangre periférica
- Proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación glomerular (VSG)
- Bioquímica ampliada incluyendo perfil renal, hepático, LDH
- Orina (tira y sedimento)
- Hemocultivo, urocultivo y coprocultivo
- Frotis faríngeo
- Radiografía de tórax
- Mantoux
- Serologías (virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, toxoplasmosis)

### Según sospecha diagnóstica

- ~~Otros estudios serológicos según ambiente epidemiológico (virus de la hepatitis A, *Brucella*, *Salmonella*, *Bartonella*, *Coxiella*, *Tularemia*...)~~
- ~~Si viaje a zona endémica de malaria: test rápido o gota gruesa~~
- ~~Rx de senos~~
- Ecografía de abdomen (algunos autores la reservan para el segundo nivel)

- **Eco doppler**
- **Ecocardiograma**



2

### Pruebas complementarias de segundo nivel

Rehistoriar, reexplorar y valorar repetición de pruebas del paso 1 (hemograma/PCR/VSG)

Si el paciente toma fármacos y es posible retirarlos, suspenderlos transitoriamente

Estudios inmunológicos: inmunoglobulinas, complemento, ANA y anti-DNA, FR

Ampliar estudio bioquímico: ferritina, triglicéridos, CK, catecolaminas

Función tiroidea

Ampliar serologías si no se hizo previamente

Ecocardiograma

Estudio de médula ósea (frotis + estudios microbiológicos)

Gammagrafía

Otras pruebas de imagen (TAC/RM) orientadas por los hallazgos de la exploración o de las pruebas complementarias iniciales



3

### Pruebas complementarias de tercer nivel

Observación del curso de la enfermedad

Revisión exhaustiva de la historia clínica y la exploración

Repetición de pruebas

Otras pruebas dirigidas según hallazgos:

- Biopsia ganglionar/órganos (hepática)
- TAC cráneo/toracoabdominal
- Broncoscopia
- PET

# Diagnóstico Probable

## Endocarditis Infecciosa

vs

## Tumor Intraabdominal

- El patrón de fiebre: intermitente luego mantenido
- Cambio en las características del soplo
- El endotelio dañado es un potente inductor de trombogenesis
- Vegetación en válvula dañada que desprende embolo dando luego a isquemia del MI
- Hemocultivo +

- La fiebre
- Palpación abdominal dolorosa
- Masa intraabd. que comprime vasos sanguínea dando fenómeno isquémico en MI

**“....Es mas probable encontrarse con una presentación rara de una enfermedad común que una presentación común de una enfermedad rara....”**

