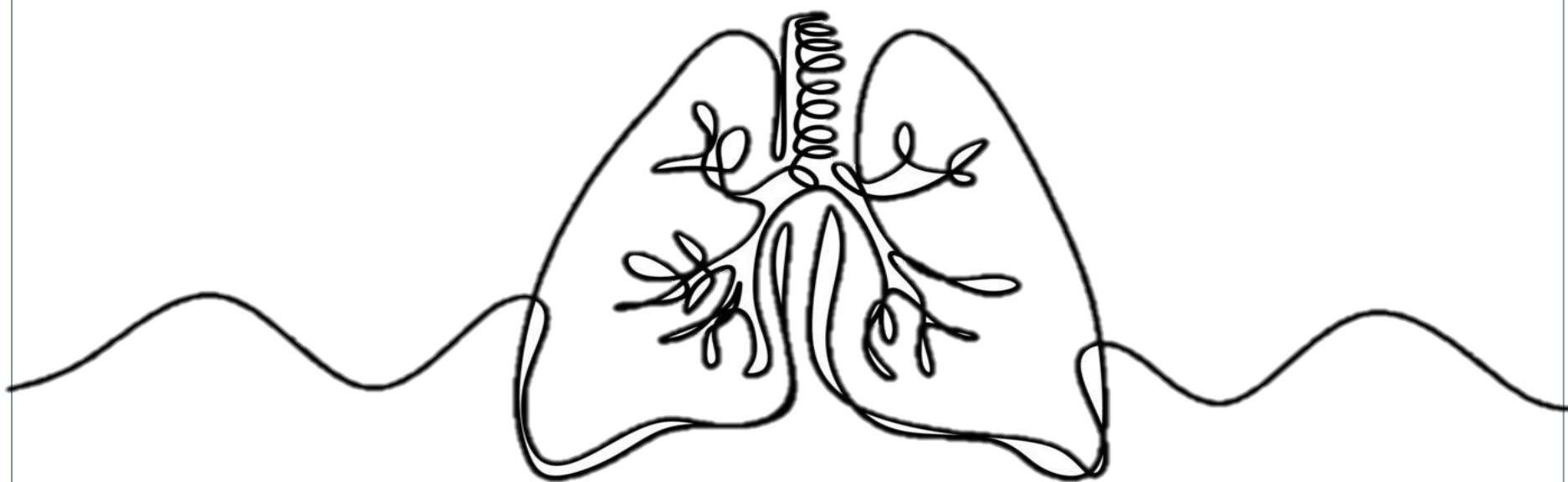


# En busca de la fiebre sin foco



Mariano Piñera Rojas (Rotatorio Pediatría)  
Tutora: Dra. Conchi Ruiperez (Sección Escolares)

Servicio de Pediatría, HGUA



# Caso Clínico

## ➔ Antecedentes Personales:

- No RAMc
- Vacunación correcta
- Malrotación intestinal (8d): intervención de Ladd + Apendicectomía
- Oclusión intestinal por bridas (19m)
- No tratamiento

## ➔ Motivo de Ingreso:



Varón de 14 años que acude a Urgencias por fiebre de 8 días de evolución

# Caso Clínico

## ➔ Anamnesis:

- Fiebre termometrada de  $>38^{\circ}\text{C}$
- Cansado / Cefalea ocasional / Disgeusia / No odinofagia
- Pérdida de peso
- Tratamiento actual: ibuprofeno 4% 10ml cada 6h
- Padres con proceso catarral / No contacto COVID-19

## ➔ Exploración:

- 54,7kg; TA:109/64mmHg; FC: 132 lat/min; T<sup>a</sup> 36,6°C
- BEG; NC; NH normal
- ORL: faringe hiperémica, no exudado. Otoscopia normal
- AP: no signos de dificultad respiratorio. Aceptable entrada de aire sin ruidos patológicos
- Resto de exploración normal

# Diagnóstico

- ➔ **Analítica Sanguínea: BQ + Hemograma + Coagulación**  
PCR 15,40mg/dL
- ➔ **Estudio de Sangre Periférica:** sin alteraciones
- ➔ **Test de Estreptococo en faringe:** ■
- ➔ **Ag de Neumococo en orina:** ■
- ➔ **Aspirado nasofaríngeo:** ■ para virus respiratorios
- ➔ **Hemocultivo:** ■
- ➔ **Prueba de Tuberculina:** + (15mm)
- ➔ **Serología VIH:** ■

# Diagnóstico

## ➔ Rx de Tórax:

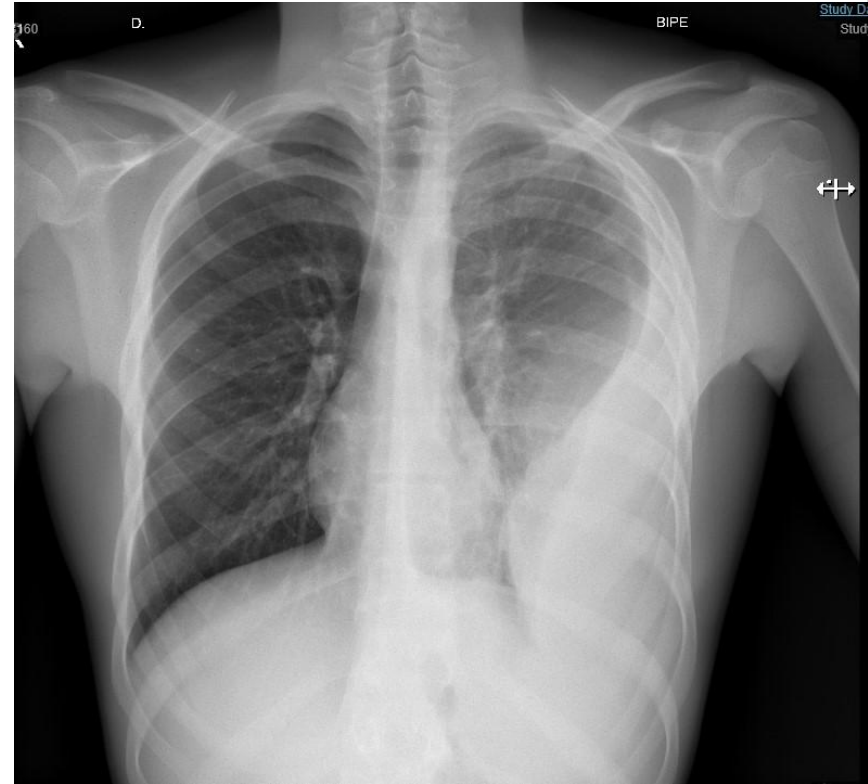
Derrame pleural izq.

## ➔ Ecografía pulmonar:

No signos de neumotórax

## ➔ Toracocentesis:

Glucosa 56 mg/dl; proteínas 4,79 g/dL; eritrocitos 1300/uL; leucocitos 869/uL; 1% PMN; Mononucleares 99%



## ➔ Antígeno S pneumoniae en LP : —

## ➔ PCR en LP: + para M. tuberculosis

➔ Estudio de micobacterias en esputo: no se observan BAAR, cultivo pendiente y PCR no se detecta

# TRATAMIENTO

➔ Cefotaxima i.v. durante 6 días por sospecha Neumonía

➔ Estudio de Contactos por Medicina Preventiva

➔ **ALTA:**

- Isoniacida (INH)
- Rifampicina (RIF)
- Pirazinamida (PIZ)
- Etambutol (EMB)



- Isoniacida (INH)
- Rifampicina (RIF)

2 meses



4 comprimidos de Rimstar

4 meses

En ayunas: 1h antes del desayuno  
Solo en >8 años y >30kg

# Tuberculosis Infantil

- ➔ 1ª causa de mortalidad infecciosa mundial y grave problema de salud pública en occidente
- ➔ **ETIOLOGÍA:** Mycobacterium tuberculosis (MTB)
- ➔ **EPIDEMIOLOGÍA:** 10-20% mundial – 6% España  
Aumento de cepas resistentes
- ➔ **CLÍNICA:** variable (oligosintomáticas o graves). La afectación pulmonar supone 80-92%  
Síntomas: respiratorios, constitucionales... En escolares apenas síntomas, en adolescentes fiebre  
Pueden debutar como una neumonía bacteriana



# Tuberculosis Infantil

➔ **CLÍNICA:** formas extrapulmonares + frecuente en niños (adenopatía cervical)

Tabla II. Clasificación de situación de riesgo de infección por *M. tuberculosis* (MTB) <sup>(11)</sup>

## Exposición a tuberculosis sin infección

- Contacto en los últimos 3 meses, estrecho, con enfermo de TB
- PT y/o IGRA negativos
- Ausencia de clínica compatible
- Radiografía torácica normal

## Infección tuberculosa latente (ITBL)

- PT y/o IGRA positivo
- Asintomático con Rx de tórax normal
  - Aunque no se documente la existencia de un contacto con TB
  - Antes de confirmar ITBL, es obligado descartar enfermedad y realizar una Rx de tórax

## Enfermedad tuberculosa

- Diagnóstico de certeza: cultivo o PCR positiva para *MTB*
- Diagnóstico de sospecha: clínica compatible y hallazgos sugestivos radiográficos, analíticos y/o anatomopatológicos
  - En niños, es difícil obtener cultivos o PCR (+) y se realiza habitualmente diagnóstico de sospecha
  - La PT suele ser positiva, aunque en formas iniciales o diseminadas puede ser negativa. En caso de sospecha clínica, debemos tratar siempre, a pesar de PT o IGRA negativos

PT: prueba tuberculina; IGRA: *Interferon-Gamma-Release-Assay*; TB: *tuberculosis*.



# Tuberculosis Infantil

## ➔ DIAGNÓSTICO:

- Historia Clínica
- Pruebas Inmunológicas:
  1. Prueba Tuberculina (Mantoux): intradérmica con Ag del bacilo en cara anterior brazo. Lectura 72h y + >5mm
  2. IGRA: técnica de cuantificación IFN- $\gamma$ , más específica
- Pruebas directas de identificación de MTB:
  1. Estudios microbiológicos: menor rentabilidad por naturaleza paucibacilar, con baciloscopia
  2. PCR: diagnóstico rápido
- Pruebas Radiológicas: Rx tórax

# Tuberculosis Infantil

## ➔ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Neumonía (bacteriana atípica, típica, fiebre Q, viral)
- Cuerpo extraño en vía aérea por compresión bronquial en caso de adenitis mediastínica y enfisema
- Sarcoidosis
- Linfomas
- Adenitis subagudas con granulomas por otras micobacterias

# Tuberculosis Infantil

## ➔ TRATAMIENTO:

Tabla IV. Tipo y duración del tratamiento de la tuberculosis (TB) según localización<sup>(7,11)</sup>

Forma	Tratamiento	Corticoides	Cirugía
Pulmonar/Adenitis	- 2 m INH + RIF + PIZ + (EMB)* - + 4 m INH+RIF	- Atelectasia - TB endobronquial	
Pleuritis	- 2 m INH + RIF + PIZ + (EMB)* - + 4 m INH + RIF	- Recomendado si dificultad respiratoria o hipoxemia	- Toracocentesis - Fístula/empiema
Diseminada/miliar Meningitis	- 2 m INH + RIF + PIZ + (EMB o Estrepto/Amikacina) - + 4-10 m HR	- Indicado en meningitis - Recomendado en TB miliar si atelectasia o hipoxemia	
Osteoarticular	- 2 m INH + RIF + PIZ + (EMB)* - + 10 m INH + RIF	- Compresión medular	- Inestabilidad de columna
Pericarditis	- 2 m INH + RIF + PIZ + 4 m INH + RIF	- Recomendado	- Pericardiocentesis - Pericardiectomía
Abdominal	- 2 m INH + RIF + PIZ + (EMB)* - + 4 m INH + RIF		- Estenosis - Perforación

INH: isoniacida; RIF: rifampicina; PIZ: pirazinamida; EMB: etambutol.

\*El tratamiento de inicio debe incluir etambutol (EMB) hasta obtener la sensibilidad de la cepa del paciente o de la fuente de contagio.



➔ **Infección Latente: INH durante 6-9m**



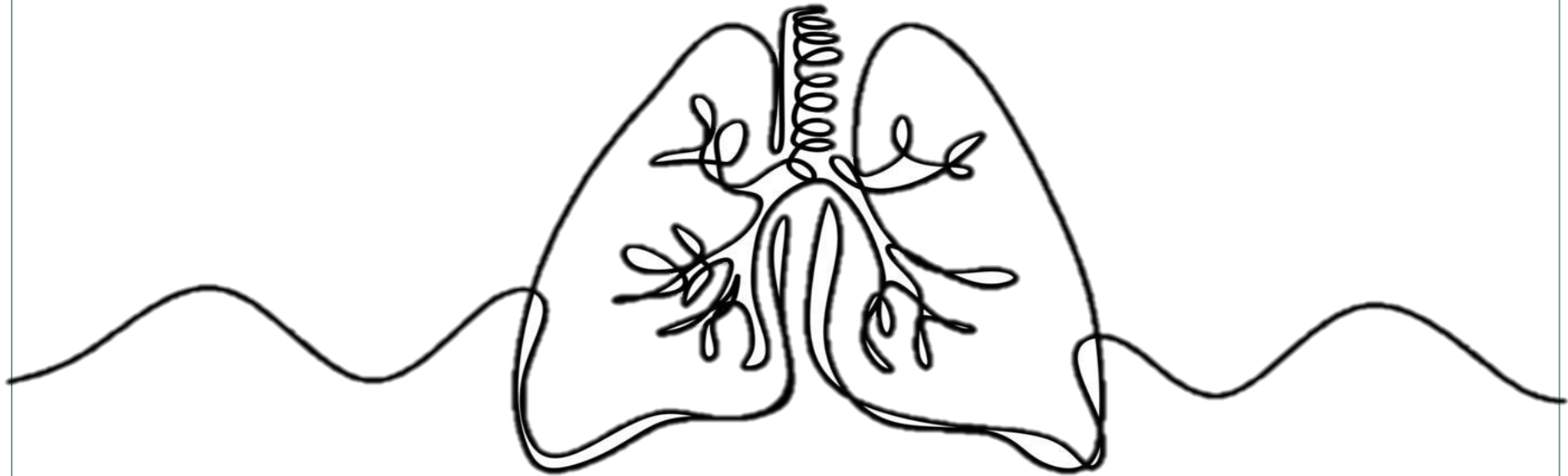
# Evolución

- ➔ Derivado desde CCEE - Infectología Pediátrica para ingreso por:
  - Vómitos de 3 días de evolución
  - Dolor abdominal en epigastrio desde hace 4 días
  - Afebril
  - Falta de apetito
  - Pérdida de peso (7kg)
  - No mejora con paracetamol o metamizol cada 8-6 horas
- ➔ Intervención quirúrgica: laparotomía con liberación de adherencias y sección de brida

# Bibliografía

- Ramos JT, Berzosa A, Callejas I, Illán M. Tuberculosis pulmonar en Pediatría. Unidad de Enfermedades Infecciosas en Pediatría. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. *Pediatr Integral* 2021; XXV (2): 76–90
- Mellado Peña, M. J., Santiago García, B., Baquero-Artigao, F., Moreno Pérez, D., Piñeiro Pérez, R., Méndez Echevarría, A., Ramos Amador, J. T., Gómez-Pastrana Durán, D., & Noguera Julian, A. Actualización del tratamiento de la tuberculosis en niños. *An. Pediatr. (Barc.)*, 2018: 88, 52-52

# Muchas gracias



Mariano Piñera Rojas (Exp. 2580)

[mariano.pinera@goumh.umh.es](mailto:mariano.pinera@goumh.umh.es)

Servicio de Pediatría, HGUA

