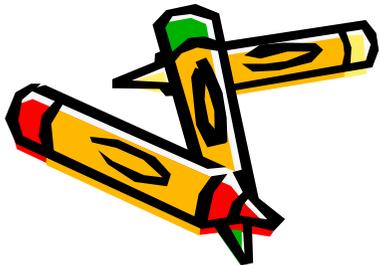
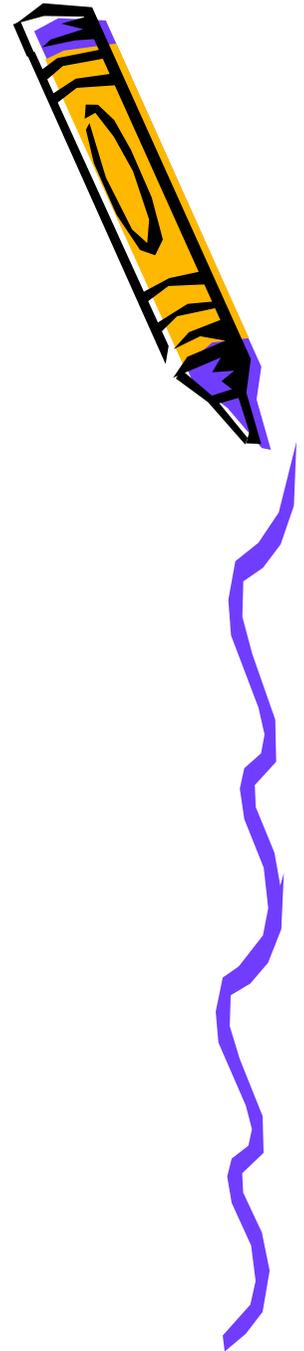


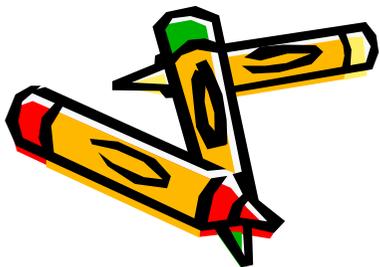
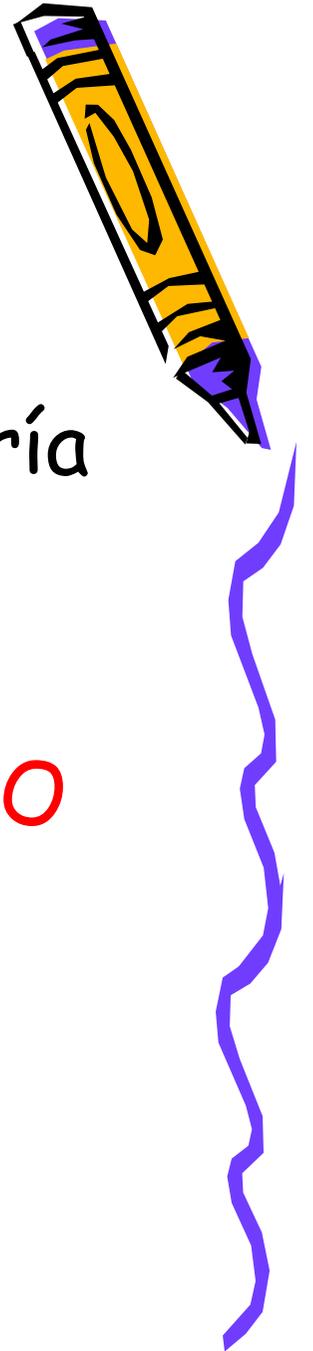
CASO CLÍNICO

Antonella Chiandetti



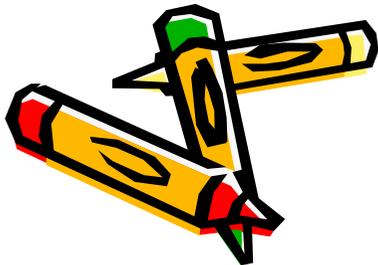
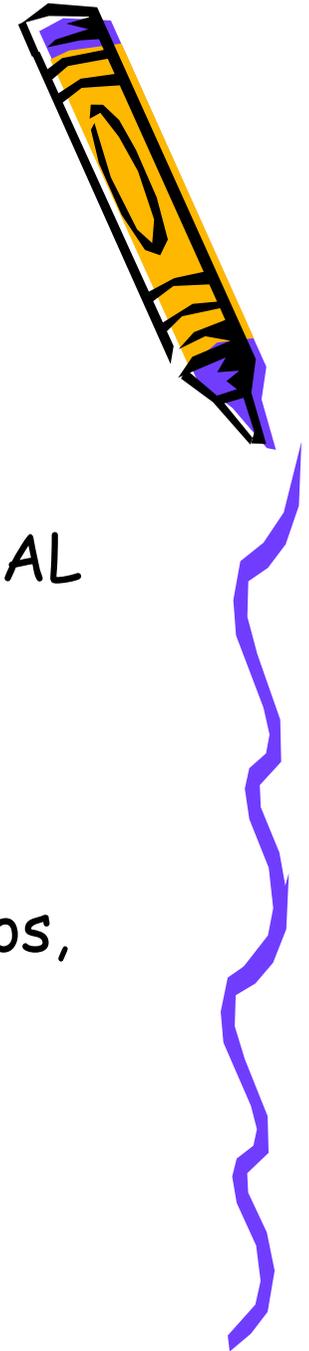
Lactante mujer de 13 meses que
ingresa en nuestra sala de Pediatría
para estudio de

SINDROME FEBRIL PROLONGADO



- **ENFERMEDAD ACTUAL:**

- FIEBRE de 11 días de evolución
- 38-38.5 °C, cada 6 horas
- 5° día de fiebre: aparición de ÚLCERA LINGUAL
Y disminución de la ingesta
- Buen estado general cuando afebril
- Sin pérdida de peso a pesar de escasa ingesta
- Ausencia de otros síntomas (tos, moco, vómitos, diarrea..)

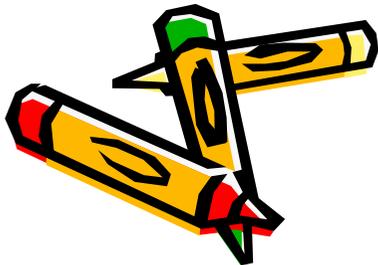
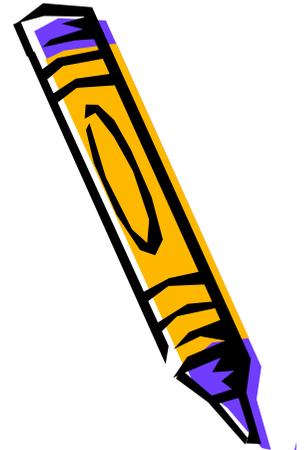


- EN EL AMBULATORIO:

- Se objetiva la fiebre

- Se realiza tira reactiva de orina: **NEGATIVA** (en dos ocasiones)

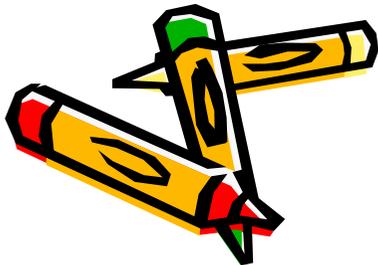
- Se realiza Rx Tórax: "Refuerzo parahiliar bilateral"



- PRIMERA VISITA EN URGENCIAS:
(aparición de úlcera 48 hs antes)
(7° día de fiebre)

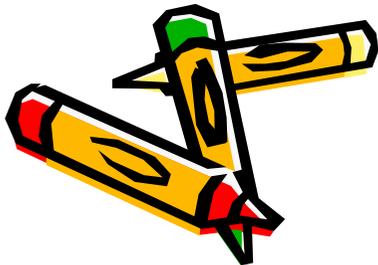
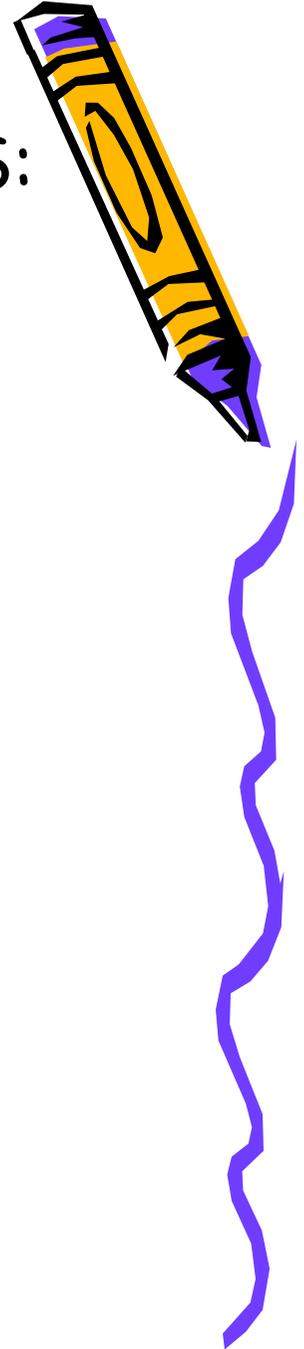
- Sedimento de orina: NEGATIVO
- AS: Hb 9.6 g/dL, Hto 29%, VCM 59.5 fL, HCM 19.2 pg, RDW 21.8, Leucocitos 9740/uL (N 40%, L 48%), plaquetas 426000/uL
- PCR: 0.9 mg/dL
- PCT < 0.05 ng/mL

DX: PRIMOINFECCIÓN HERPÉTICA



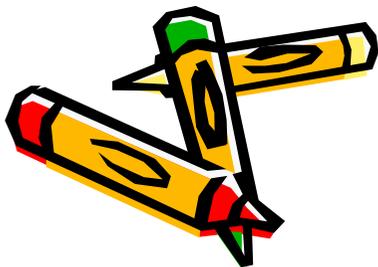
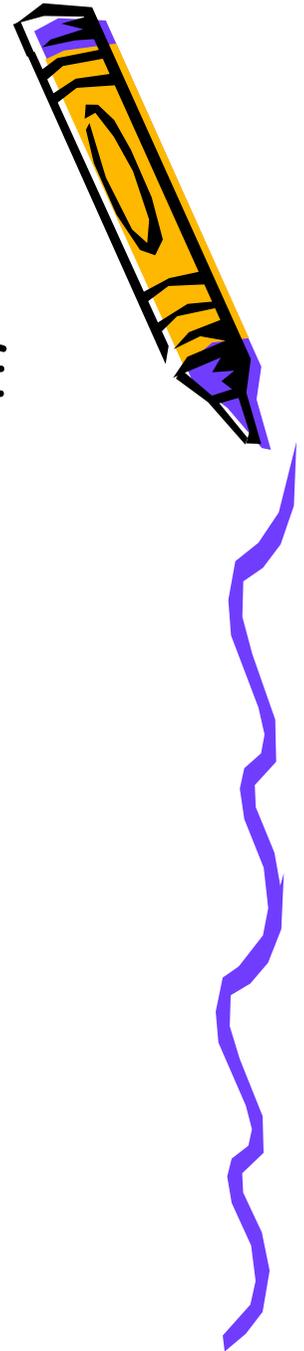
- SEGUNDA VISITA EN URGENCIAS:
(11° día de fiebre)

- Afebril (ultimo antitermico 12 horas antes)
- Buen estado general
- Afta lingual de 1.5x1.5 cm, anterior
- Exudado blanquecino en amígdala derecha
- Cerumen an ambos oídos
- RESTO NORMAL



COMO DEFINIR ESTA ENTIDAD?

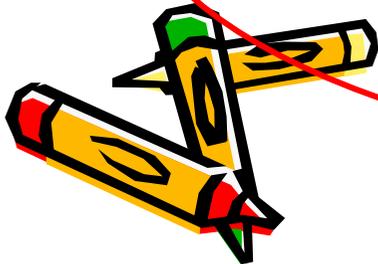
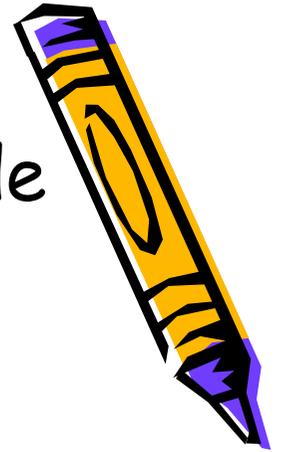
1. ENFERMEDAD PROLONGADA CON FIEBRE
2. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO
3. FIEBRE FACTICIA
4. FIEBRE PERIÓDICA



- $T^{\circ} \geq 38,3^{\circ} C$ en varias ocasiones; más de 3 semanas de duración; y ausencia de diagnóstico después de una semana de estudios en el hospital o ausencia de diagnóstico después de al menos tres visitas ambulatorias y tres días en el hospital.

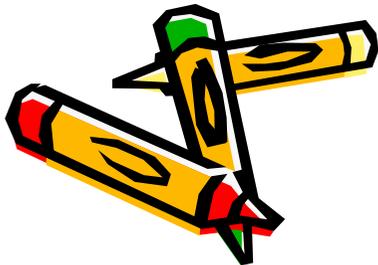
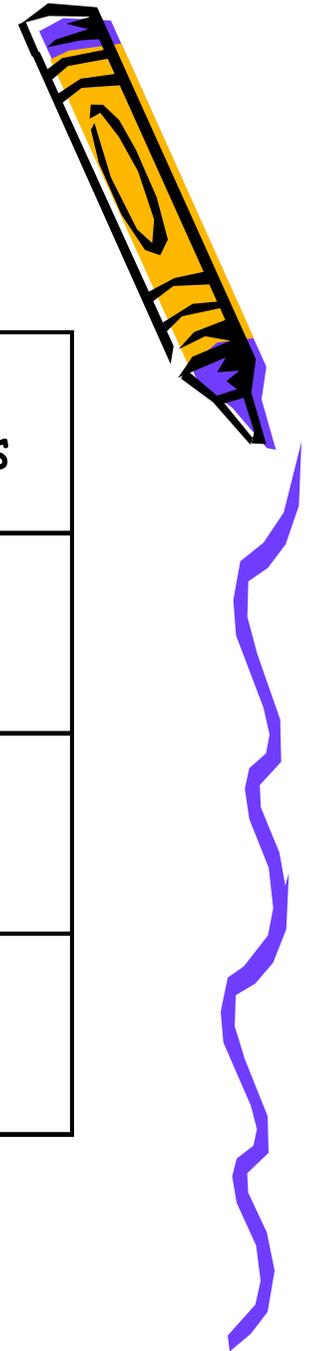
0

- Fiebre de más de 8 días de duración sin causa conocida después de una semana de la anamnesis, exploración y estudios complementarios iniciales exhaustivos (hospitalarios o ambulatorios)

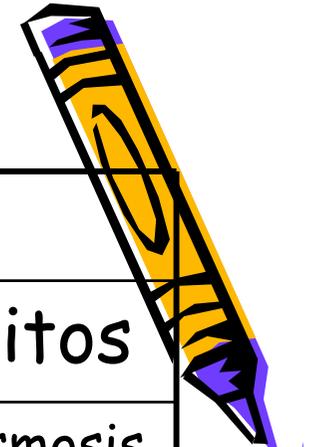


Causas de FOD según la edad

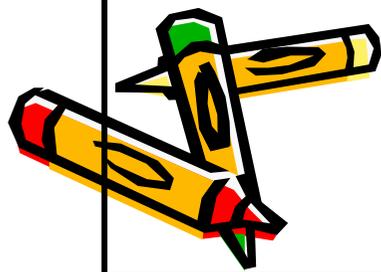
	< 1 año	1-5 años	> 5 años
Infecciones	43%	28%	40%
Enf. inflamatorias	raras	13%	17%
Neoplasias	Muy raras	3 - 8%	



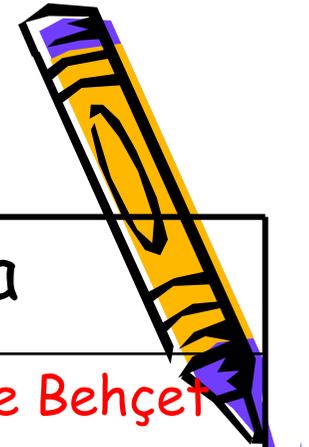
Etiologia de FOD en el niño I



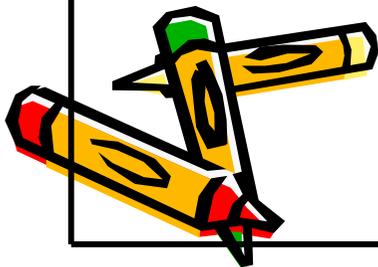
Infecciones			
Virus	Bacterias	Hongos	Parásitos
EBV CMV V.hepatotropos VIH	TBC Abscesos abdom. <i>B. henselae</i> Brucelosis <i>Chlamydia</i> Endocarditis Fiebre Q	Blastomycosis Coccidiomycosis Histoplasmosis	Toxoplasmosis Paludismo Larva migrans visceral
	Mastoiditis Osteomielitis Pielonefritis Salmonelosis Sinusitis		



Etiología de FOD en el niño II



Conectivopatias	Neoplasias	Miscelánea
AIJ LES PAN Otras vasculitis	Enf. de Hodgkin Leucemia Linfoma no Hodgkin Neuroblastoma	Enfermedad de Behçet Disautonomia familiar Displasia ectodérmica Enf. inflamatoria intestinal Fiebre facticia Fiebre medicamentosa Hipertiroidismo Histiocitosis de Langerhans Síndromes hemofagocíticos Sarcoidosis



Aproximación diagnóstica I

- **ANAMNESIS**

Fiebre: comienzo, duración, intensidad, patrón

Sintomas acompañantes

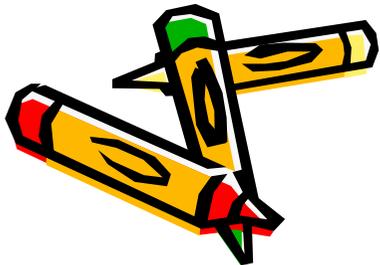
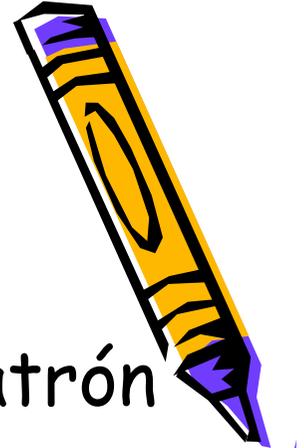
Episodios previos

Animales domésticos/salvajes, picaduras

Viajes

Toma de medicamentos

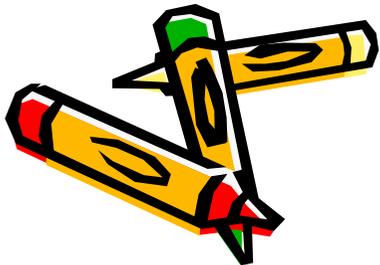
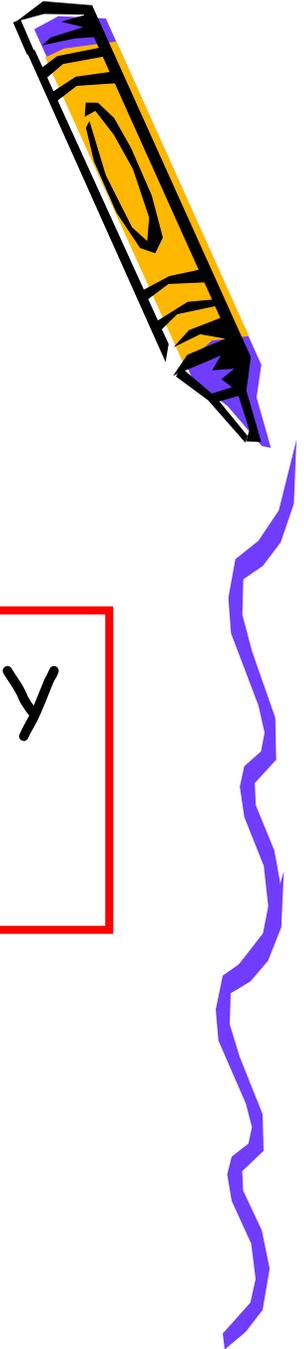
Historia familiar (consanguineidad, patología en convivientes..)



Aproximación diagnóstica II

- EXPLORACIÓN FÍSICA

MINUCIOSA POR ÓRGANOS Y
SISTEMAS

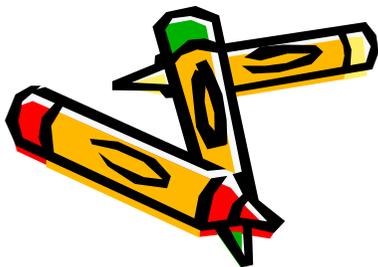
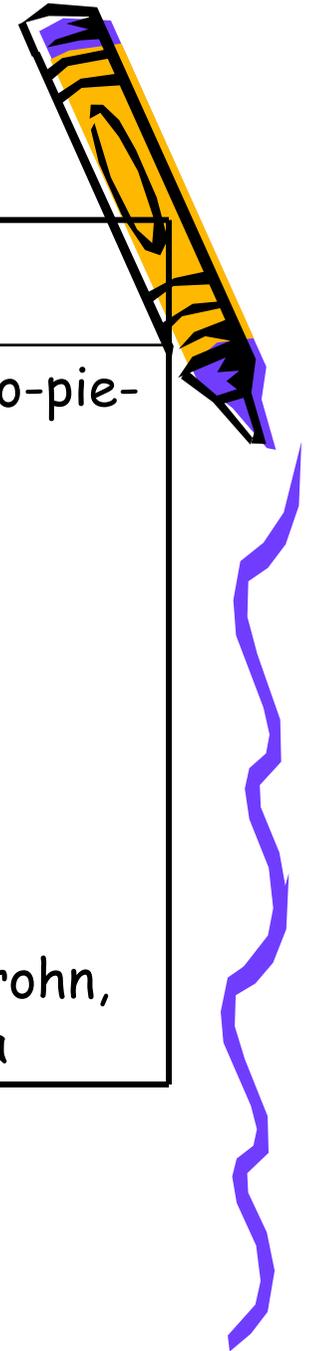


<p>EXANTEMAS</p> <p>Maculo papuloso En vespertillo Eritema nodoso Purpúrico</p>	<p>Fiebre tifoide, EBV, AIJ LES, dermatomiositis TBC, c. ulcerosa, Crohn, estreptococo CMV, endocarditis, leucemia, histiocitosis</p>
<p>ADENOPATIAS</p> <p>Infecciones Conectivopatias Neoplasias Miscelánea</p>	<p>TBC, CMV, EBV, <i>B Henselae</i> AIJ Leucemia, linfoma, histiocitosis Sarcoidosis</p>
<p>ESPLENOMEGALIA</p> <p>Infecciones Conectivopatías Neoplasias</p>	<p>CMV, TBC, Toxoplasma, endocarditis, malária LES, AIJ Leucemia, linfoma, histiocitosis</p>
<p>ARTRITIS</p> <p>Infecciones Conectivopatias Neoplasias</p>	<p>Lyme, estafilococo, brucella, yersinia LES, AIJ, fiebre reumatica Leucemias</p>



ÚLCERAS y AFTAS ORALES

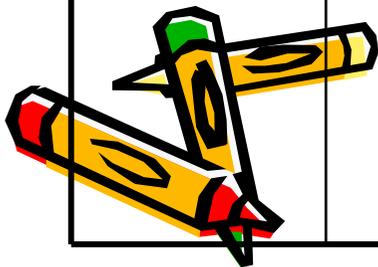
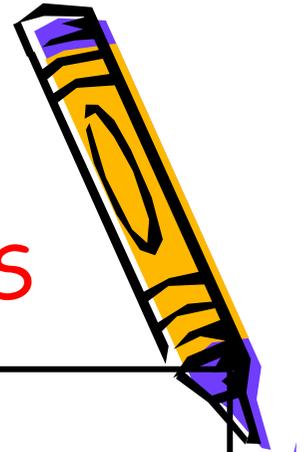
Infecciones	CMV, EBV, VHS, VZV, herpangina, enf. mano-pie-boca, fiebre tifoidea, eritema multiforme, estomatitis de plaut vincent
Conectivopias	LES, vasculitis
Neoplasias	
Miscelánea	Enf. Behçet, Neutropenia clínica, enf. de Crohn, celiacuía, Sdr PFAFA, epidermiolisis bullosa



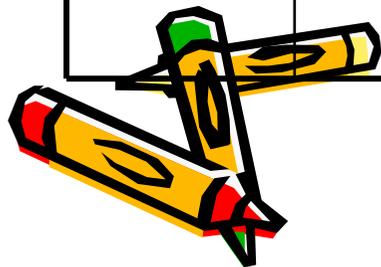
Aproximación diagnóstica III

• EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

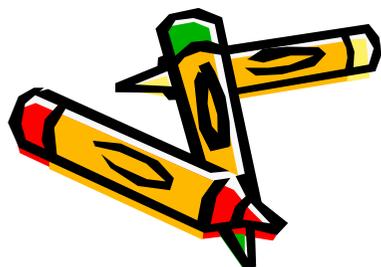
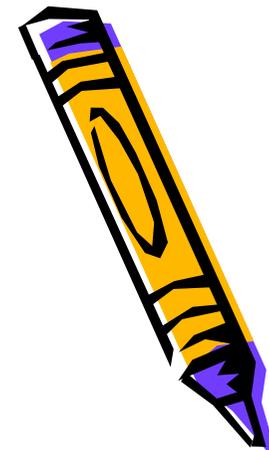
	Analíticas	Microbiología	Imagen
1º Nivel	HEMOGRAMA + FROTIS F. RENAL F. HEPÁTICA PCR, VSG ASLO SED. ORINA	HEMOCULTIVO UROCULTIVO COPROCULTIVO MANTOUX FROTIS FARÍNGEO SEROLOGIA EST. MALÁRIA	RX TORAX ECO ABDOMINAL



	Analíticas	Microbiología	Imagen
2° Nivel	FERRITINA COAGULACIÓN TIROIDES PROTEINOGRAMA Ig COMPLEMENTO ANA, ANCA, FR	PARÁSITOS en HECES ARTROCENTESIS PL	GAMMAGRAFIA ECOCARDIO
3° Nivel	ALFAFETOPROT. CATECOLAMINAS ENZ.MUSCULARES		TAC/RM SERIE OSEA URO/CISTOGRAFIA ENDOSCOPIA

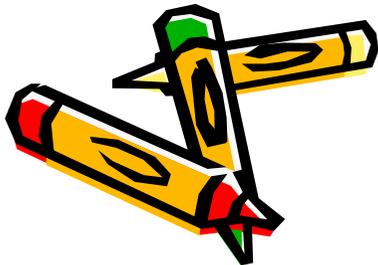
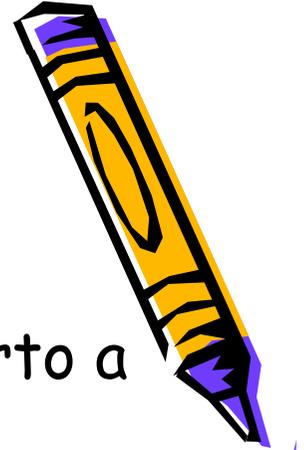


VOLVEMOS
A NUESTRA
PACIENTE



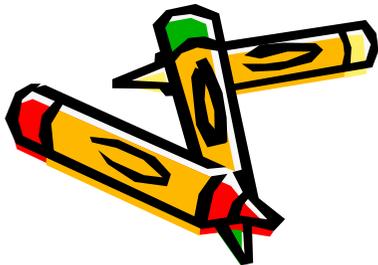
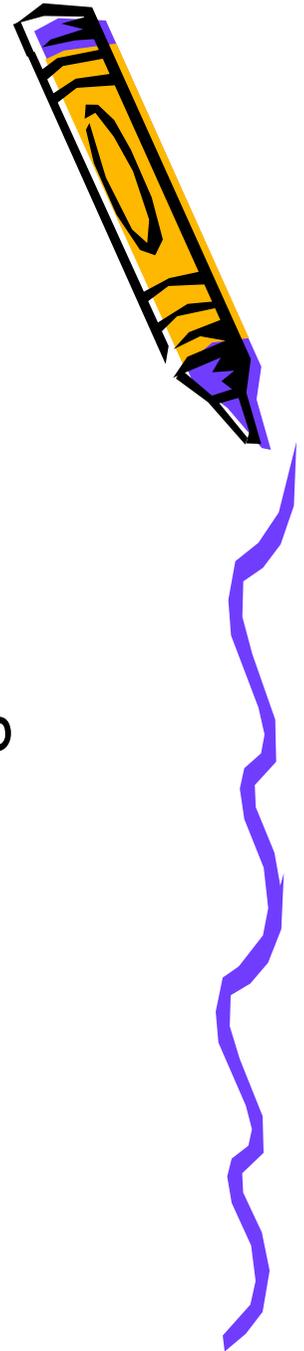
- **ANTECEDENTES:**

- **Familiares:** origen Pakistani.
- **Personales:** Fruto de gestación controlada, parto a término. Sin incidencias perinatales.
- **Epidemiológicos:** NO animales, NO viajes, NO ambiente epidemiológico familiar
- **Patológicos:**
 - 12/09: Ingreso por **bronquiolitis** VRS+ y posterior traslado a HSJD por **sobreinfección bacteriana**
 - 01/10: **Neumonía** tratada de forma ambulatoria
 - APLV



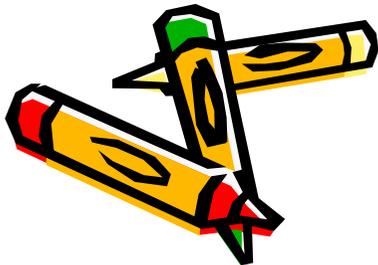
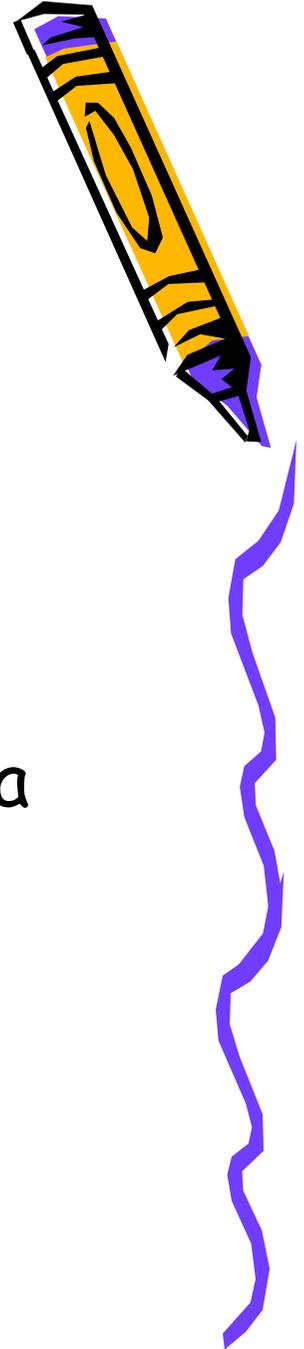
• EXPLORACIÓN FÍSICA

- Buen estado general
- No signos de deshidratación, normocoloreada
- OROFARINGE: **úlcer**a de 2x2 cm en punta de lengua
- CARDIORESPIRATORIO: normal
- ABDOMEN: dudosa palpación de polo esplénico
- **ADENOPATIAS** pequeñas (<2cm), móviles, bilaterales en región laterocervical, supraclavicular, axilar y inguinal
- OTOSCOPIA: OI: cerumen, OD: normal



• EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS AL INGRESO (AFEBRIL!!)

- Frotis úlcera lingual: Negativo para virus
- RX TORAX: Normal
- Prueba de tuberculina: Negativa
- Interconsulta ORL: Otitis serosa izquierda
- Ecografía abdominal: Normal



• A LAS 48 HORAS DEL INGRESO
PICO FEBRIL 38°C

- AS: Hb 9.8 g/dL, Hto 31%, VCM 61 fL, HCM 19 pg, RDW CV 22, Leucocitos 14290/uL (N 54%, L 38%), plaquetas 601000/uL
- PCR: 0.3 mg/dL
- Función hepática, renal y ionograma normales
- SE CURSA HEMOCULTIVO (EN PICO FEBRIL)

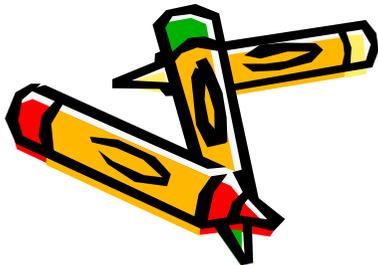
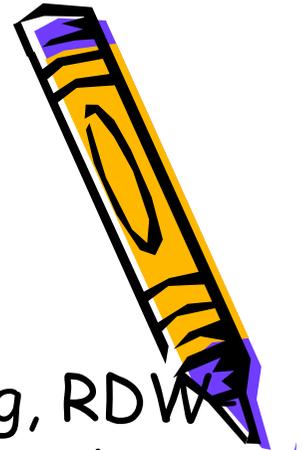
SEROLOGÍA PARA VHS-1

EBV

CMV

ADENOVIRUS

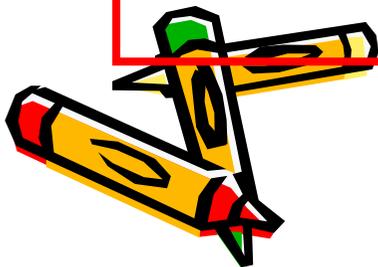
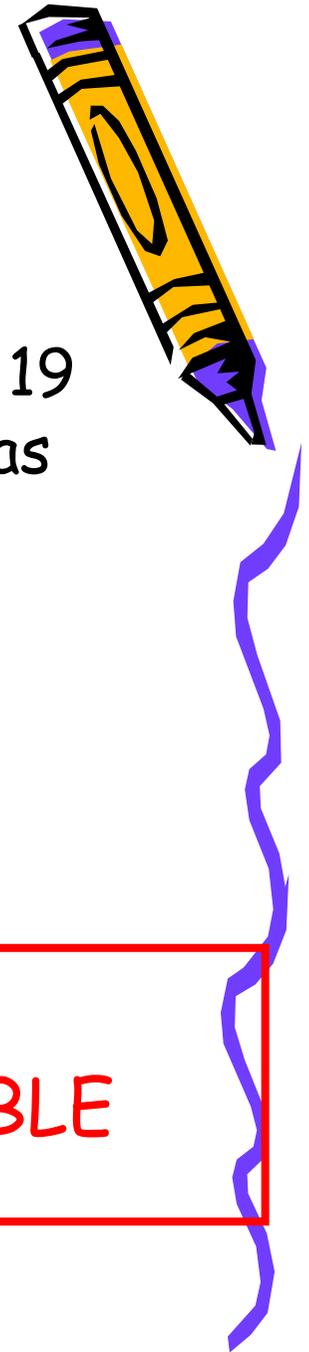
TOXOPLASMA



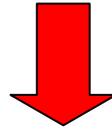
A LAS 72 HORAS DEL INGRESO SIGUE FEBRIL

- AS: Hb 8.7 g/dL, Hto 28%, VCM 61.5 fL, HCM 19 pg, Leucocitos 17040/uL (N 58%, L 32%, bandas 10%), plaquetas 562000/uL
- PCR: 9.9 mg/dL, VSG 114 mm/h
- ANA: titulo 1/40, NO valorable
- Función hepática, renal y ionograma normales

- RESULTADO HC: **STREPTOCOCCUS
PNEUMONIAE MULTISENSIBLE**



Se inicia tratamiento con
PENICILINA G SODICA ENDOVENOSA

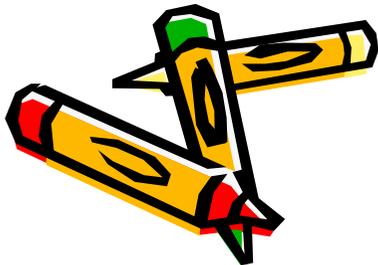
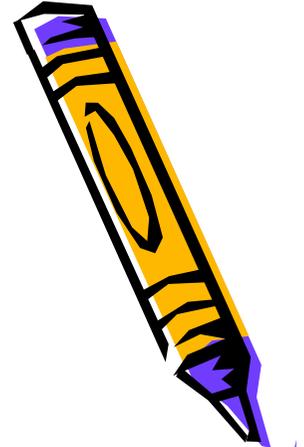


Desaparición de la fiebre en 24 horas

Mejoría de Úlcera que disminuye de forma progresiva de tamaño

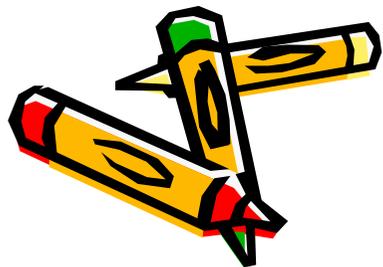
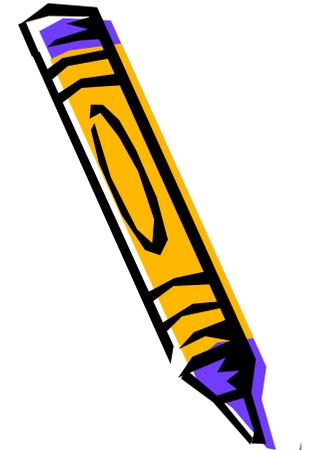
Lento aumento de la ingesta

Y LA SEROLOGÍA ????

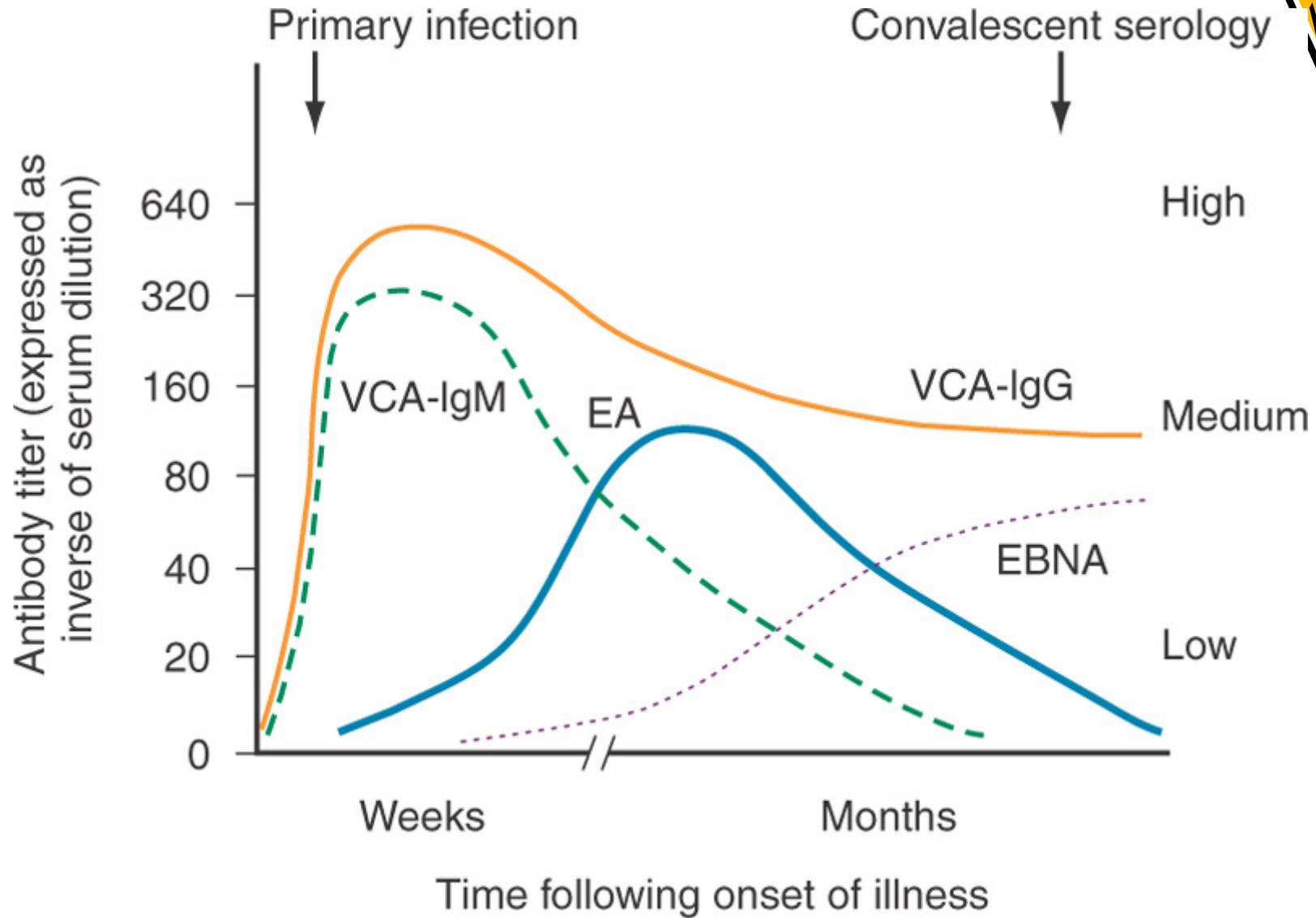


SEROLOGÍA

	IgM	IgG
HSV-1	+	-
Adenovirus	+	+
EBV EBNA +	+	+
CMV	-	-
Toxoplasma	-	-

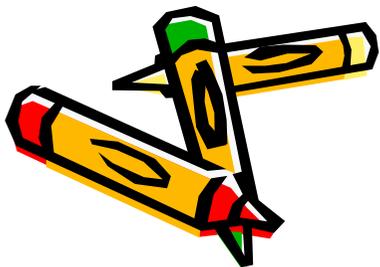


RESPUESTA POLICLONAL de ESTÍMULOS
de ANTÍGENO

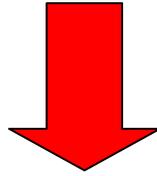


- A LOS 10 DÍAS DE INGRESO SE DA DE ALTA CON DIAGNÓSTICO DE

- INFECCIÓN POR VHS-1
- BACTERIEMIA POR NEUMOCOCO



LA INFECCIÓN VIRICA CONDICIONÓ EL PASE DEL NEUMOCOCO DE ESTADO DE COLONIZADOR A PATOGENO



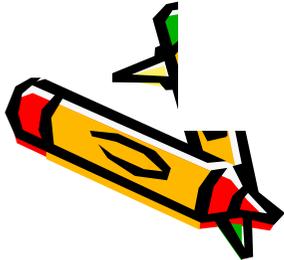
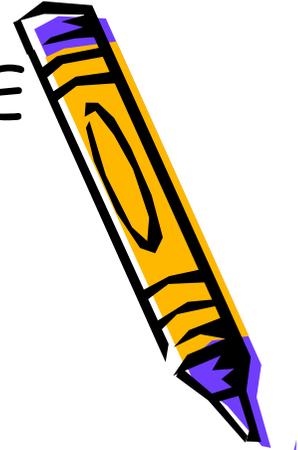
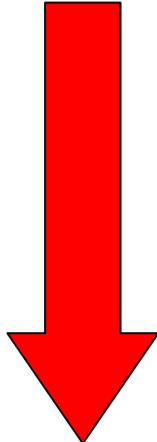
1. NP colonization



2. Primary spread



3. Bacteremia



- ¿NOS QUEDAMOS TRANQUILOS CON NUESTRA PACIENTE ?

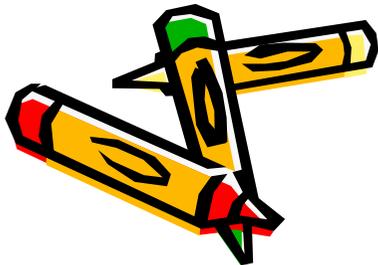


NO

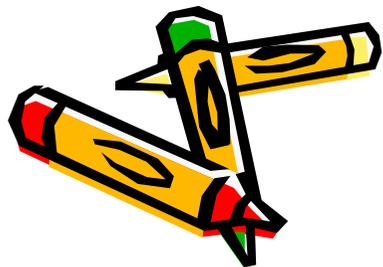
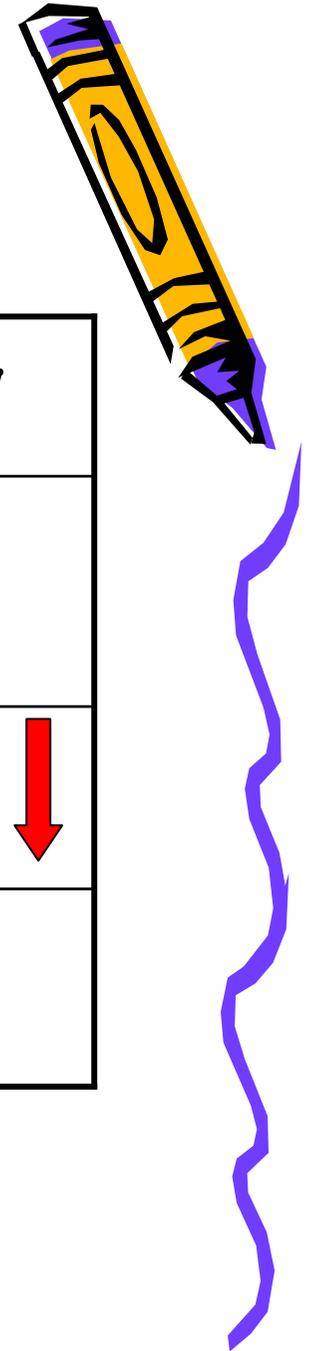
ANEMIA Electroforesis de Hb: NORMAL.
ANEMIA FERROPENICA

INMUNIDAD Inmunoglobulinas } **NORMAL**
Complemento }

SEROLOGÍA Se repitió estudio (1 mes)



	IgM	IgG
HSV-1	+	+
Adenovirus		+ ↓
EBV EBNA +	+ ↓	+



GRACIAS
POR LA
ATENCIÓN

