

Caso clínico

El médico recibe en su consultorio a una niña de 2 años de edad que consulta cuadro febril de 7 días de evolución, 1 a 2 picos por día de 38,2-38,3°C.

Antecedentes familiares ni personales a destacar.

No refiere viajes fuera de la ciudad ni contacto con mascotas en las últimas semanas.

Al examen físico se encuentra en buen estado general, aparentemente decaída, fauces congestivas, adenopatías cervicocervicales móviles, no dolorosas, de aproximadamente 1x1 cm., conjuntivas ligeramente pálidas. Cursa cuadro de vía aérea superior.

Resto del examen clínico sin particularidades.

Esquema de vacunación completo para su edad.

¿Cual seria la conducta inicial?

- A. Mantener conducta expectante y citar a nuevo control en 72 hs.
- B. Mediar en forma empírica con amoxicilina 80 mg./kg./d y citar a control en 72 hs.
- C. Solicitar rutina de laboratorio y serologías y citar a control con los resultados.
- D. Dado que podría tratarse de un cuadro de síndrome febril prolongado, solicita su internación en el Hospital.
- E. Solicitar evaluación por Infectólogo Infantil.

¿Cual seria la conducta inicial?

- A. **Mantener conducta expectante y citar a nuevo control en 72 hs.**
- B. Mediar en forma empírica con amoxicilina 80 mg./kg./d y citar a control en 72 hs.
- C. Solicitar rutina de laboratorio y serologías y citar a control con los resultados.
- D. Dado que podría tratarse de un cuadro de síndrome febril prolongado, solicita su internación en el Hospital.
- E. Solicitar evaluación por Infectólogo Infantil.

Síndrome Febril Prolongado

- ▶ Temperatura mayor o igual a 38,4°C en varias ocasiones durante una enfermedad de más de 21 días y la causa de la misma permanece indeterminada luego de 7 días de investigación en el hospital (*Petersdorf and Beeson. 1961*)
- ▶ Aquellos niños con fiebre de 8 días o más en donde la historia inicial, el examen físico y los datos de laboratorio fallan en revelar la causa de la misma. (*Lorin and Feigin. 1986*)
- ▶ Fiebre no focalizada con temperatura superior a 38,3°C , durante un periodo mayor de 3 semanas, sin antecedentes de estancia hospitalaria, de neutropenia o de infección por HIV y que persiste sin diagnosticar a pesar de estudios adecuados y después de al menos 3 visitas ambulatorias o tres días de estancia en el hospital. (*Criterios de Durack y Street, 1991*)

Caso clínico

Paciente regresa a control al cuarto día.

Refiere que persisten los picos febriles, dos por día, de 38, algunos de 39°C. Se encuentra algo más decaída, la ma refiere que “come menos” pero toma líquidos.

Examen físico presenta taquicardia (130 x'), fauces congestivas con adenopatías laterocervicales y occipital en rango adenomegálico, polo de bazo palpable e dolor, y un discreto exantema morbiliforme en tronco y de miembros inferiores.

Ausculta soplo sistólico eyectivo, 2/6 en mesocardio.

Con los datos obtenidos ¿cual seria la conducta mas apropiada?

Indicar internación con diagnostico presuntivo de Sme. Febril prolongado.

Solicitar exudado de fauces y medicar empíricamente con amoxicilina V.O.

Mantener conducta expectante ya que la niña no lleva mas de 21 días de fiebre.

Solicitar laboratorio de rutina(hemograma- hepatograma -reactantes de fase aguda- orina completa, urocultivo, con serologías para CMV-EB-parvovirus B19-toxoplasmosis y nuevo control en 48-72 hs.

Solicitar evaluación ambulatoria por Infectología y Hematología Infantil.

Con los datos obtenidos ¿cual seria la conducta mas apropiada?

Indicar internación con diagnostico presuntivo de Sme. Febril prolongado.

Solicitar exudado de fauces y medicar empíricamente con amoxicilina V.O.

Mantener conducta expectante ya que la niña no lleva mas de 21 días de fiebre.

Solicitar laboratorio de rutina(hemograma- hepatograma -reactantes de fase aguda- orina completa, urocultivo, con serologías para CMV-EB-parvovirus B19-toxoplasmosis y nuevo control en 48-72 hs.

Solicitar evaluación ambulatoria por Infectología y Hematología Infantil.

paciente regresa a las 72 hs , con los resultados de estudios solicitados:

Hemograma: Hb: 10,2 g/dl; hematocrito: 31%; VCM: 77 fL, HCM: 25,3 pg; CHCM: 32,7 g/dl; RDW: 12,5%, 4.100 leucocitos/mm³ (950 neutrófilos, 2280 linfocitos, 450 monocitos, 0 basófilos y 420 eosinófilos), 95.000 plaquetas/mm³;

Quemograma: GOT: 88 UI/L; GPT: 133 UI/L; bilirrubina directa: 0,2 mg/dl e indirecta de 1,2 mg/dl

Anticuerpos de fase aguda: PCR de 40,05 mg/L. ASTO 300

Serologías: negativas para todos los gérmenes solicitados (Ig M e Ig G)

Exámenes completos: normal. Urocultivo negativo.

Examen físico persiste febril, mejoró algo el apetito, aunque continua decaída.

persiste el exantema, persistiendo las adenopatias cervicales y el polo de bazo.

Con estos nuevos datos ¿que conducta tomaria?

- A. Repetir el laboratorio en una semana para confirmar el diagnostico.
- B. Derivar al hospital para ingreso, solicitando interconsulta con Infectologia y búsqueda de focos profundos.
- C. Asumir el laboratorio como secundario a una infección probablemente bacteriana, por lo que indica antibiótico V.O.
- D. Asumir el laboratorio como secundario a una infección probablemente viral y mantener conducta expectante.
- E. Solicitar interconsulta con Hematología para realizar PAMO

Con estos nuevos datos ¿que conducta tomaria?

- A. Repetir el laboratorio en una semana para confirmar el diagnostico.
- B. Derivar al hospital para ingreso, repetir laboratorio y eventual evaluacion por especialistas.
- C. Asumir el laboratorio como secundario a una infección probablemente bacteriana, por lo que indica antibiótico V.O.
- D. Asumir el laboratorio como secundario a una infección probablemente viral y mantener conducta expectante.
- E. Solicitar interconsulta con Hematología para realizar PAMO

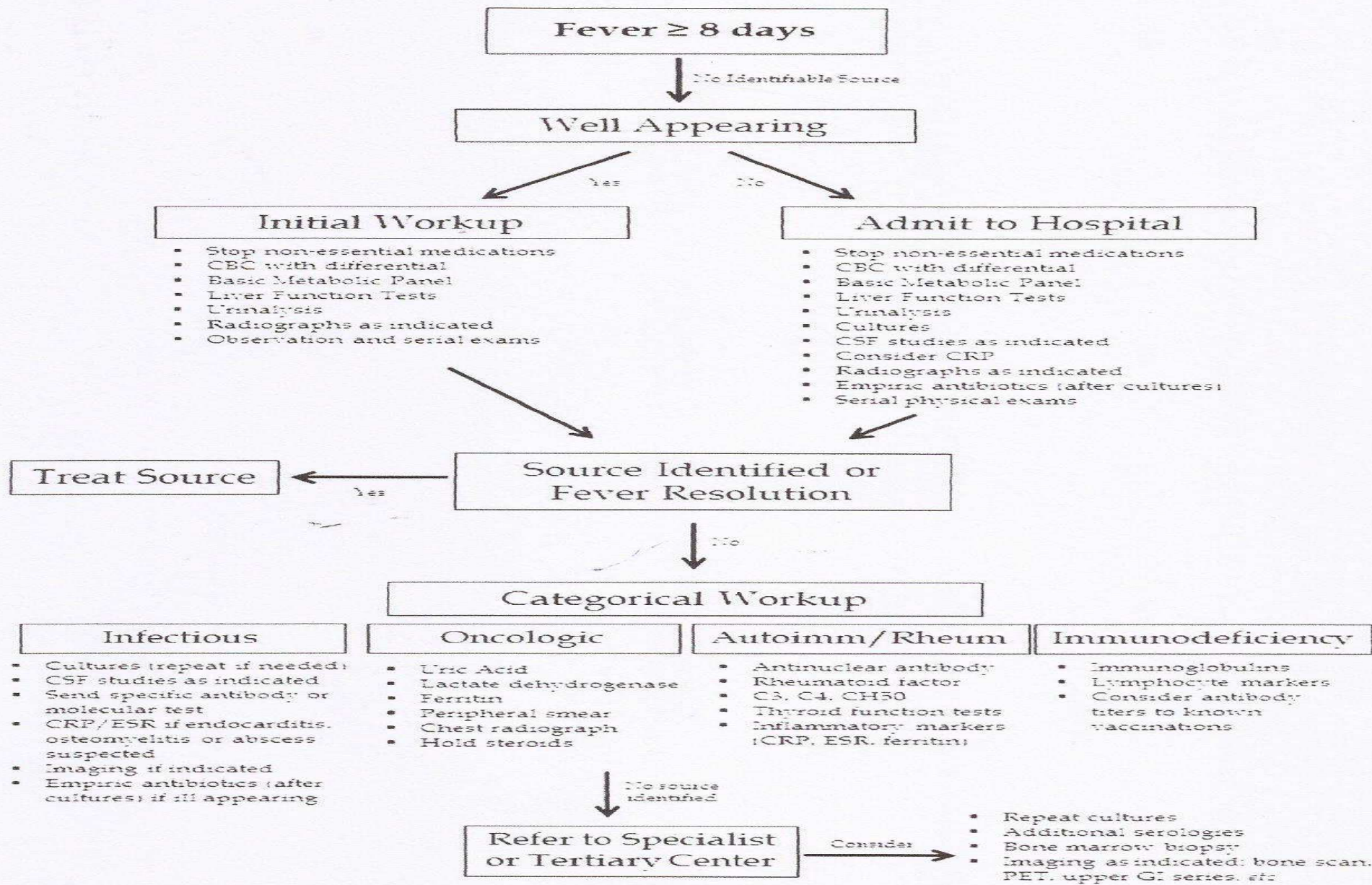


Figure 2. Focused approach to fever of unknown origin based on suspected disease category.

nte la internación la paciente persiste con picos febriles, 1 por día de 38,5°C, en buen
do general, sin signos de bacteriemia.

parece el exantema. Persiste polo de bazo, de similares características. No presenta sig
ngrado.

oite laboratorio, que arroja los siguientes resultados:

ograma: leucocitos 3800 (neutrófilos 1150, linfocitos 1920, basófilos 0, eosinofilos 420,
ocitos 310) Hb 9,5, Hto. 30%. Plaquetas 150000 mm³

otograma: GOT 76 UI/L; GPT 115 UI/L; FAL 188

ntantes de fase aguda: PCR 28 mg/L; VSG 43 mm; Ferritina 312 ng/ml.

ogias(CMV-E.Barr-Parvovirus B19-Bartonella-HIV-VDRL): negativas

5 mm

rax (FyP): normal.

rafia abdominal: normal.


ocultivos(x 2): negativos.

Cual seria para usted la conducta mas apropiada?

- A. Dado que la paciente se encuentra en buen estado general, mantener conducta expectante y continuar la observación en internación.
- B. Solicitar PET-TC, ecocardiograma, PAMO y lámpara de hendidura.
- C. Mediar en forma empírica con ceftriaxona 80 mg/Kg/día asumiéndola como una neutropenia febril.
- D. Solicitar evaluación por Hematología, Infectología y Reumatología para decidir en conjunto los pasos a seguir.
- E. Otorgar el alta medica ya que no se evidencia causa para la fiebre, y continuar con controles ambulatorios.

Cual seria para usted la conducta mas apropiada?

- A. Dado que la paciente se encuentra en buen estado general, mantener conducta expectante y continuar la observación en internación.
- B. Solicitar PET-TC, ecocardiograma, PAMO y lámpara de hendidura.
- C. Medicar en forma empírica con ceftriaxona 80 mg/Kg/día asumiéndola como una neutropenia febril.
- D. Solicitar evaluación por Hematología, Infectología y Reumatología para decidir en conjunto los pasos a seguir.**
- E. Otorgar el alta medica ya que no se evidencia causa para la fiebre, y continuar con controles ambulatorios.



cumplirse el 7° día de internación, desaparecen los picos febriles. La niña se encuentra en muy buen estado general, con buena actitud alimentaria y sin datos objetivos de enfermedad en el examen físico.

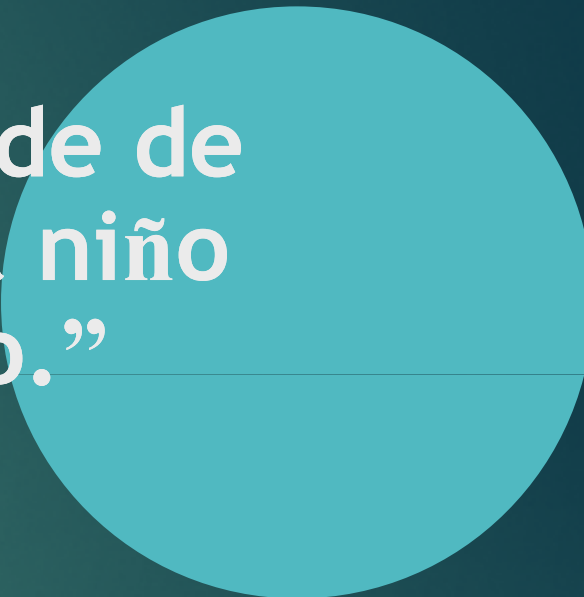

Se realizó laboratorio al egreso, donde se observa normalización del hemograma y descenso de los valores de reactantes de fase aguda.

Se otorga el alta médica luego de 21 días de fiebre sin foco aparente, asumiéndose el cuadro como freno medular por virus específica.

Summary of studies on pediatric fever of unknown origin patients performed in 2000-2014

Study (country, year of publication, study period)	Total	Infectious diseases	Connective tissue diseases	Malignancies	Miscellaneous	Undiagnosed
Current study (2000–2014)	100	19 (19.0)	15 (15.0)	8 (8.0)	15 (15.0)	43 (43.0)
Japan, 2011 (2002–2006) ¹³⁾	960	190 (19.8)	448 (46.6)	67 (7.0)	123 (12.8)	132 (13.8)
Taiwan, 2015 (2002–2012) ¹⁾	126	34 (27.0)	16 (12.7)	21 (16.7)	25 (19.8)	30 (23.8)
Taiwan, 2015 (2006–2014) ¹⁴⁾	93	35 (37.6)	13 (14.0)	16 (17.2)	15 (16.1)	14 (15.1)
India, 2008 (2006–2007) ¹⁵⁾	49	34 (69.4)	1 (2.0)	6 (12.3)	2 (4.0)	6 (12.3)
India, 2014 (2012–2013) ¹⁶⁾	53	37 (69.8)	2 (3.8)	8 (15.1)	0 (0)	6 (11.3)
Turkey, 2012 (2005–2007) ¹⁷⁾	77	35 (45.4)	5 (6.5)	10 (13.0)	19 (24.7)	8 (10.4)
Iran, 2014 (2006–2012) ¹⁸⁾	1,100	606 (55.1)	51 (4.6)	74 (6.7)	256 (23.3)	113 (10.3)
Iran, 2014 (2004–2006) ¹⁹⁾	95	25 (26.3)	6 (6.3)	7 (7.4)	8 (8.4)	49 (51.6)
Egypt, 2014 (2006–2011) ²⁰⁾	127	46 (36.2)	13 (10.2)	10 (7.9)	38 (29.9)	20 (15.8)
Spain, 2014 (2007–2012) ²¹⁾	153	92 (60.1)	5 (3.3)	5 (3.3)	2 (1.3)	49 (32.0)
Georgia, 2006 (2003–2005) ²²⁾	52	40 (77.0)	2 (3.8)	2 (3.8)	1 (1.9)	7 (13.5)
Total	2,985	1,193 (40.0)	577 (19.3)	234 (7.8)	504 (16.9)	477 (16.0)

Values are presented as number (%).



“La internación de un niño depende de las *necesidades especiales* que el niño requiere y no de su diagnóstico.”

Dr. Frederick North, *Pediatrics*, 1976