

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

Póster sin defensa

Fiebre prolongada y sospecha de inmunodeficiencia desde la urgencia

Autores: Ruiz Vicente, Antonio ; Andreu Villalpando, Eduardo; Buitrago García, Virginia;
Silvera Roig, Patricia; Díaz-Delgado Peñas, Rafael

Centro: Hospital Universitario Severo Ochoa

INTRODUCCIÓN

La fiebre prolongada es uno de los motivos más frecuentes de consulta en la urgencia y puede ser producto de múltiples patologías, algunas de ellas potencialmente graves por lo que es necesario saber enfocar el diagnóstico con una exploración física completa y la realización de pruebas complementarias justificadas.



CASO

Varón de 3 años que acude a urgencias con fiebre elevada.

Antecedentes: infección respiratoria de vías altas, diarrea y dolor abdominal persistente.

Acudiendo tras consulta en otros centros hospitalarios.

Exploración:

TEP inestable desde el punto de vista respiratorio y de apariencia. Fiebre $>38.5^{\circ}\text{C}$ y abdomen doloroso sin signos de focalización. Hemodinámicamente estable salvo taquicardia a 150 lpm con tensión arterial normal. Neurológico: Decaimiento sin focalización. ORL con hiperemia no llamativa. No epiescleritis ni secreción palpebral. Adenopatías cervicales de características reactivas.

Pruebas complementarias: Hb 11.1, no neutropenia, no trombopenia.

Ingresa por inestabilidad y por fiebre prolongada.

Pruebas complementarias en hospitalización:

Se aísla campylobacter jejuni en coprocultivo.

Hemocultivo y coprocultivo estériles. Serologías EBV: IgM + a VCA. Leishmania + en orina.

Rx: normal. Ecocardio normal

Evolutivo:

Persistencia de fiebre. Tratamiento con macrólido por GEA (campylobacter) y con betalactámicos IV por cuadro respiratorio. Anemización en los siguientes días con aumento de RFA (VSG >120 , PCR >110 , ferritina 633). Coagulación normal.

Déficit de subclases. Anemización progresiva y persistencia de fatiga. Dada la positividad antigénica de leishmania se decide realizar médula ósea con resultado normal.

Posteriormente en centro de referencia se objetivan parámetros de síndrome de activación macrofágica con caída brusca de la VSG a 4 mm/1era hora, hipertransaminasemia y aumento de LDH a 1684 U/L así como descenso de las plaquetas, albúmina y proteínas totales.

Nueva ecocardio: derrame pericárdico y ausencia clínico-ecográfica.

Dado los parámetros de SAM y médula normal se inicia tratamiento con corticoides en pulsoterapia a dosis convencionales tras la aparición de tenue exantema palmo-plantar. Se asume diagnóstico de probable AIJ de inicio sistémico "sine arthritis". Iniciándose tratamiento con anti-interleuquina 1 (anakinra) con inicio de mejoría aunque tras persistencia de cuadro de fatiga y anemización importante se duplica la dosis asistiendo en este caso a mejoría clínica hematológica, y disminución de visceromegalias constatadas anteriormente.

CONCLUSIÓN

Los síndromes autoinflamatorios como la AIJ sistémica deben ser tenidos en cuenta en el diagnóstico diferencial de la fiebre prolongada a pesar de otros datos que nos induzcan a investigar diferentes entidades:
Inmunodeficiencias, VIH...

