

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: UN DIAGNOSTICO POCO FRECUENTE

Centro de trabajo: Servicio de Pediatría. * Servicio de Microbiología. Hospital Carlos III. Madrid

Autores: K. Aguilar, FS. Abuabara, B. Soto, M. García-Hortelano, J.Villota, MT Gutierrez* y MJ. Mellado

Texto: Introducción: La mayoría de casos de Fiebre de Origen Desconocido (FOD) que no se diagnostican se resuelve en 4-5 semanas; pero deberíamos procurar siempre un diagnóstico de certeza. Caso clínico: Niña de 12 años que consulta por fiebre (39°C) de 1 mes de evolución asociado a cefalea, malestar general y odinofagia; con deposiciones blandas y apetito conservado. No baños de agua dulce ni viajes internacionales. No molestias urinarias. Refiere picadura en miembro superior hace 3 semanas. Recibió Azitromicina 5 días por amigdalitis y posteriormente Cefuroxima 10 días por bronquitis atípica, persistiendo el cuadro febril.

Antecedentes personales: Niña de origen hindú adoptada hace 3 años, diagnosticada de Malaria por *P. vivax* (recibió Cloroquina y cura radical con Primaquina, confirmándose la erradicación), ascariasis, diarrea por *Campylobacter* y Citomegalovirus (CMV) y malnutrición. Actualmente vacunación completa, no convive con inmigrantes. Escolarizada.

Exploración física: Peso (P10-25) Talla (P75) Buen estado general, hidratada. Adenopatías pequeñas laterocervicales inespecíficas. Lesiones papulares en antebrazo izquierdo, sin signos inflamatorios. ORL normal. Cardiopulmonar: no soplos. No distres, auscultación normal. Abdomen: no visceromegalia. Neurológico normal

Analíticas aportadas: Leve anemia, leucocitos normales con predominio linfomonocítico y eosinofilia (14%), VSG 1 mm/h, PCR negativa, GOT 75 U/L, resto de bioquímica normal. Paul Bunnell (-), CMV IgM (-). Sedimento urinario normal. Radiografía de torax: imagen residual de infiltrado en LID. Ecografía abdominal normal. Analítica solicitada: Persiste discreta anemia, normalidad leucocitaria con linfomonocitosis y eosinofilia 13%. VSG 37 mm/h, PCR negativa, perfil hepático normal. Inmunoglobulinas normales. Hemocultivo (x2) estéril. Coprocultivo (-), esputo inducido (BKx3) negativo. Gota gruesa negativa. Mantoux 0 mm. Serología: VRS, adenovirus, influenza A y B y parainfluenza negativa. Serología: VHB, VHA, Toxoplasma, *Coxiella burnetii*, *Chlamydia pneumoniae*, *Leishmania*, *Salmonella typhi*, *Rickettsia conorii*, *Borrelia burgdorferi*, *Bartonella henselae* negativo. *Legionella pneumophila* IgM (EIA): POSITIVO. Anticuerpos *Legionella pneumophila* IgM (IFI) > 1/512.

Evolución: Persiste con fiebre hasta 8 semanas y tras recibir resultados se realiza un ciclo completo de tratamiento de 10 días con macrolidos. La evolución fue satisfactoria.

Conclusiones: Una causa infecciosa que debe considerarse en caso de FOD y afectación pulmonar es la *Legionella pneumophila*. En niños habitualmente produce un cuadro leve pero ocasionalmente puede ser grave o tener una evolución tórpida. Es importante, ante una FOD hacer un screening sistemático pormenorizado de las causas conocidas de esta entidad en niños, para poder siempre filiar al paciente. Si no es posible llegar al diagnóstico debe realizarse seguimiento del paciente.