

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EN PACIENTE CON VIH-SIDA

S. Martínez M.*; M. Hernández; I. Alemán; E. Colino Gil; J. Poch

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

Sonia Guadalupe Martínez Mejía, Urbanización Copherfam Portal 7, 6º A. Las

Palmas de Gran Canaria, CP 35014. Móvil 659 957 425. Email

soniamartinez78@hotmail.com

Antecedentes. La fiebre constituye una causa común de consulta en niños con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Su etiología es variada: infección focal, medicamentosa, fiebre sin foco (FSF), fiebre de origen desconocido (FOD), infecciones oportunistas (IO), bacteriemias ocultas y neoplasias. En la mayoría, será secundaria a procesos leves autolimitados.

Métodos. Descripción del caso clínico de niña con infección VIH con fiebre.

Resultados. Niña de 8 años con fiebre máxima de 39,6°C de 24 horas de evolución, dolor epigástrico y cuadro respiratorio de 3 semanas de evolución, con aislamiento reciente de *Streptococo pneumoniae* serotipo 19 en esputo, habiendo recibido tratamiento con amoxicilina - ácido clavulánico, claritromicina y prednisona. Antecedentes: infección por VIH categoría B3 de transmisión vertical, diagnosticada con 5 años; sin vacuna antineumocócica; buen cumplimiento de tratamiento antirretroviral; estado inmunológico, linfocitos CD4 644/ uL (33,5%); estado virológico: PCR VIH < 50 copias/mL; neumonía intersticial linfoide con bronquiectasias. Exploración física: fascies cushingoide; hipoventilación bibasal de predominio izquierdo, crepitantes aislados. Abdomen algo distendido, doloroso en epigastrio, hepatomegalia 3 cm bajo reborde costal; hipertricosis, acantosis nigricans; acropaquias. No adenopatías periféricas. Osteoarticular sin signos inflamatorios. Neurológico normal. Estudios complementarios: Hemograma, leucocitos 13.400/mm³ (N74%, L12%, M14%) hemoglobina y plaquetas normal. PCR: 33,11 mg/dL PCT: 0,15 ng/mL; bioquímica, orina, gasometría y ecografía abdominal normales. Radiografía de tórax: discreta pérdida de volumen del hemitórax izquierdo asociado con bronquiectasias, sin signos de neumonía. Conducta inicial: por sospecha de sobreinfección respiratoria por neumococo, se inicia tratamiento con Cefotaxima y Vancomicina, manteniendo corticoide a 2mg/kg/día. Evolución: Afebril a las 24 horas de iniciar antibióticos. El día 12, reinicia fiebre de 39°C, muguet, aumento del dolor abdominal y elevación de reactantes de fase aguda, se pauta meropenem y miconazol oral. Persiste fiebre con criterios de FOD, estudios microbiológicos negativos y tomografía toracoabdominal normal. Se suspenden antibióticos el día 24, con empeoramiento clínico y aumento de la fiebre, caída de la hemoglobina a 6,4 mg/dL, y alteración de la coagulación requiriendo transfusión de hemoderivados. Lavado broncoalveolar el día 32, cultivos negativos. Presenta aumento de hepatomegalia con esplenomegalia marcada; ecografía con lesiones esplénicas difusas hipoecoicas y conglomerados adenopáticos en hilio hepático. Aspirado y biopsia de médula ósea compatible con linfoma de Hodgkin clásico.

Conclusiones. Al igual que en niños inmunocompetentes, en niños con VIH y FOD debe tenerse en cuenta el estudio de enfermedades malignas, ya que tienen un riesgo aumentado de desarrollarlas debido a un deterioro inmunológico progresivo.

Palabras clave: infección VIH, fiebre

SOLICITADO....POSTER