



Casos Clínicos MNI



YOLANDA MARTÍN PEINADOR
PILAR COCHO GOMEZ
GPI AEPAP
JUNIO 2014

Caso 1: Lactante con fiebre



- Niña de 8 meses de edad
 - Inicia fiebre , máx $38,2^{\circ}\text{C}$ y algún vómito esporádico
 - EF inicial: BEG y sin hallazgos
 - A-P sin interés: RNT de PAEG, perinatal N, DPE adecuado, calendario vacunal actualizado (inmunizada frente a neumococo)
 - JC: Fiebre en lactante con BEG
 - Tratamiento sintomático y control evolutivo.



Lactante con fiebre



- A los 7 días: ante persistencia de la fiebre, y sin otros síntomas acompañantes, consultan de nuevo y se decide realización de pruebas complementarias:
 - Analítica sanguínea: 14900 LEUCOS: (59,7% l) Hb 13,4, plaquetas 426000. PCR 0,1
 - Urocultivo recogido
 - Rx tórax (10 días) : Normal

- A los 11 días: Persiste fiebre-febrícula. Se objetiva exudado amigdalar puntiforme. No adenomegalias significativas, no visceromegalias.
No exantemas, no afectación de mucosas.
 - Uros (-) FF (-)

Lactante con fiebre



- 18 días de evolución: persiste fiebre-febrícula, EF sin cambios.

Se solicita nueva analítica:

- Leucos: 9580 (60,8 L), Hb 12,2, plaquetas 403000, VS 8, PCR 0
- Bioquímica N
- Serología viral. VEB: Paul Bunnell (-)
IGM anticápside +



Lactante con fiebre



“Lactante de 8 meses de edad con fiebre prolongada, BEG y sin clínica orientadora de foco”

- La mayoría de los niños con fiebre sin foco presentarán un cuadro viral autolimitado.
- Un pequeño porcentaje puede presentar bacteriemia oculta que puede derivar en un proceso bacteriano grave (PBG).
- Nuestro objetivo es identificar a los niños con factores de riesgo de presentar un proceso grave.
- Factores a valorar: Edad, estado de inmunización, grado de afectación estado general (Escalas de valoración clínica) y $T^a > 39^{\circ}\text{C}$.

Infección por VEB



- Las infecciones bacterianas graves que con mayor frecuencia cursan sin mostrar clínica aparente en este grupo de edad son: bacteriemia, infección del tracto urinario y neumonía. Por tanto son los procesos que debemos descartar.
- En nuestro caso quedan descartados ITU y Neumonía.
- La segunda analítica aporta nuevos datos: serología viral positiva a infección por Virus Epstein Barr.

“Todo puede cuadrar”



- Lactante 8 meses, con proceso febril y mínima expresividad clínica
- Analítica con leucocitosis y linfocitosis relativa
- Serología con Ac heterófilos (-)

Son anticuerpos tipo Ig M que aglutinan hematíes de otras especies de mamíferos. Es muy útil para el diagnóstico en niños mayores y adolescentes, pero la positividad encontrada en < 2 años es baja 10-20%.

- IGM anticapside +

AC anti Ag de cápside viral. Buen marcador de infección aguda.

No obstante es poco específico: otras infecciones pueden inducir su aparición como CMV, parvovirus B19, de ahí la importancia de la correlación con la clínica.

Evolución serológica de la infección por VEB

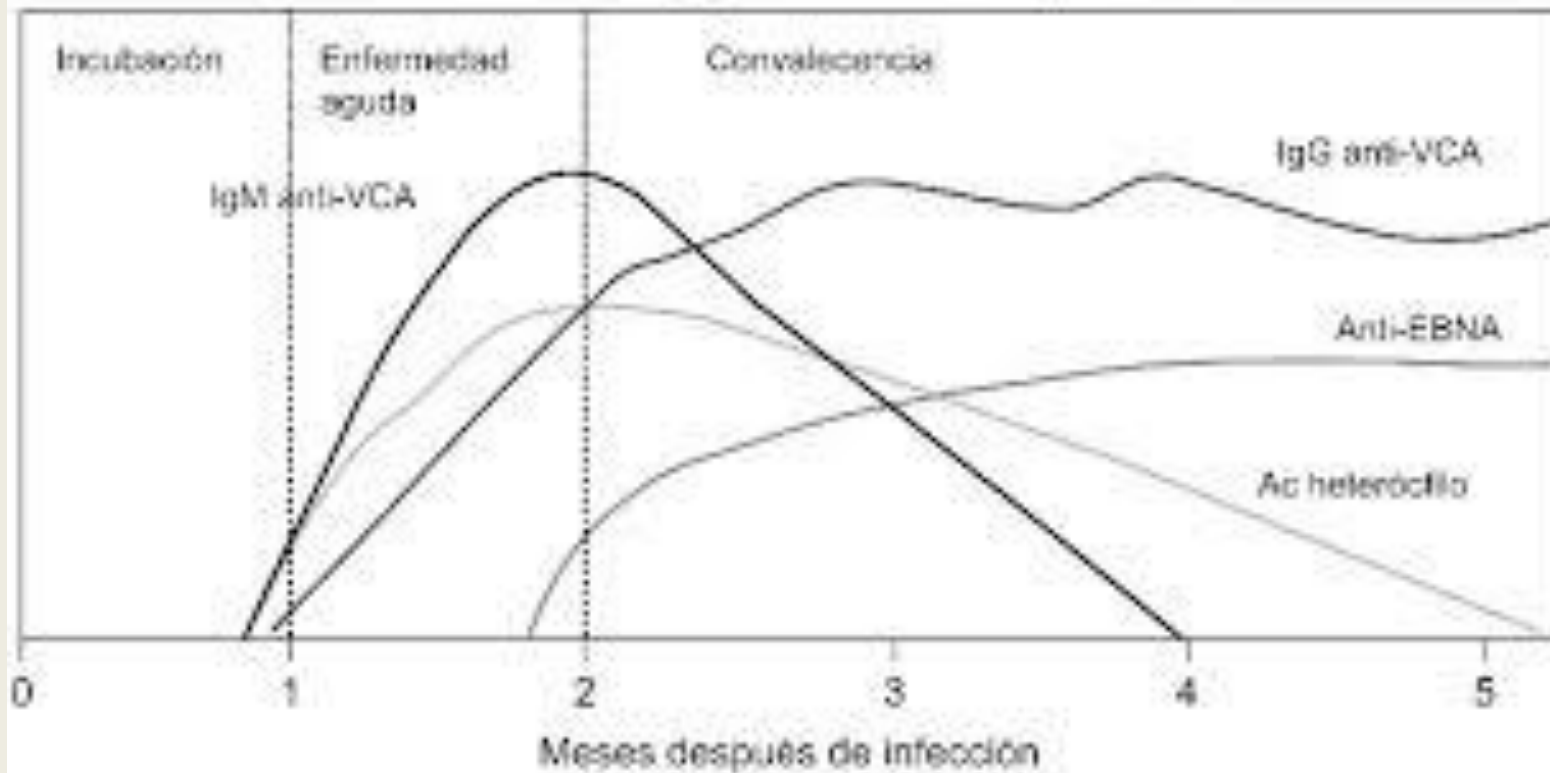
Ig M ACV	Ig G ACV	Ig G EBNA	INTERPRETACION
Negativo	Negativo	Negativo	No infección
Positivo	Positivo	Negativo	Infección aguda
Negativo	Positivo	Positivo	Infección pasada
Positivo	Negativo	Negativo	Infección aguda o no específico
Negativo	Positivo	Negativo	Infección aguda o pasada
Positivo	Positivo	Positivo	Infección reciente o reactivación
Negativo	Negativo	Positivo	No específico



Infección por VEB



Evolución serológica de la infección por VEB



Caso 2: Niña con edema palpebral



- Niña de 4 años con edema palpebral desde hace 3 días y fiebre (38,3) de pocas horas de evolución.
 - A.P: Asma en tratamiento con budesonida inhalada y montelukast. Inmunizaciones actualizadas, incluida vacuna del neumococo.
 - E.F: beg , normohidratada, edema palpebral bilateral. Adenopatías submandibulares, cervicales laterales y posteriores, inguinales y axilares pequeñas , rodaderas y no adheridas. Abdomen: borde hepatico a 1,5cm del reborde costal.
 - T.arterial :110/60
 - Tira reactiva orina: proteínas +, leucos ++ c.cetonicos+



¿Qué hacemos?



- Planteamiento diagnóstico ante síntoma guía:
 - Reacción alérgica : no otros datos en la exploración.
 - Síndrome nefrótico: no proteinuria significativa, TA en p90.
 - Traumatismo : No refiere golpe, no hallazgos compatibles.
 - Proceso infeccioso: mas probable (fiebre, causas anteriores descartadas)
 - Celulitis preseptal
 - Infeccion por virus : Epstein-barr. .

Poco probables: tumoral, hipertiroidismo.

Tomando decisiones



- Ante el cuadro previo se solicita:
 - Hemograma, coagulación, bioquímica y PCR
 - Orina: sistemático y cultivo.
 - Serología a Virus Epstein Barr.
 - Analítica se extrae el 5^o día de evolución



Todo puede cuadrar



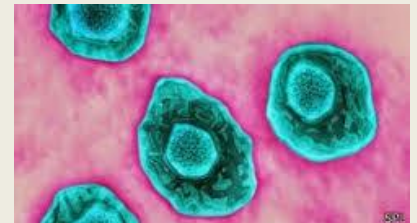
➤ Resultados

- Leucocitos 6800 con 64,8% de linfocitos. Hgb 12,4 mg/dl. plaquetas 129000.
- GPT 326 U/L. LDH 625 U/L. PCR 0.96mg/dl. A.Protrombina >100.
- Indicios de proteinuria . Urocultivo negativo.
- Serología:
 - Test de Paul-Bunnell :negativo.
 - Ac anticapside viral Ig M:positivo
 - Ac anticapside viral Ig G : positivo
 - Ac anti ag nuclear EBNA Ig G y anti ag temprano Ig G: negativo

Diagnostico : Infección por Virus Epstein-Barr



- En los niños la infección por el VEB cursa de forma atípica:
 - Solo un 10% desarrolla algún tipo de síntomas.
 - De estos es frecuente la presencia de pocos síntomas.
 - Un 50% de los adolescentes presentan síntomas típicos.
- El edema palpebral puede estar en la clínica inicial y en ocasiones como único síntoma de inicio, precediendo al resto del cuadro hasta en una semana.



Evolución serológica de la infección por VEB

Ig M ACV	Ig G ACV	Ig G EBNA	INTERPRETACION
Negativo	Negativo	Negativo	No infección
Positivo	Positivo	Negativo	Infección aguda
Negativo	Positivo	Positivo	Infección pasada
Positivo	Negativo	Negativo	Infección aguda o no específico
Negativo	Positivo	Negativo	Infección aguda o pasada
Positivo	Positivo	Positivo	Infección reciente o reactivación
Negativo	Negativo	Positivo	No específico



Seguimos y cuidamos a nuestra paciente



- **Control evolutivo a los 3 días de la primera consulta:**
 - Aumento de Adenopatías submandibulares(2x1,5)
 - Persiste la fiebre
 - Se solicita control de transaminasas

- **Evolución:**
 - Afebril a las 24 h (Duración total 4 días)
 - Aumento progresivo de adenopatías submandibulares:
 - 4cm diámetro máx. derecha y
 - 3 cm diámetro máximo la izquierda.
 - Hígado persiste a 1.5 cm rcd y no se palpa bazo
 - Analítica control(7º día de evolución):
 - Leucocitos 16330 (L69,9%, N 9,4%) plaquetas 266000
 - GOT 103 U/L, GPT 244 U/L, LDH 607 U/L PCR 2 mg/dl

Evolución



- Evolución posterior:
 - Tras 6 días afebril presenta episodio autolimitado de fiebre, odinofagia y exudado amigdalár. Duración 2 días.

- Control evolutivo al mes:
 - Asintomática
 - Exploración física : Normal
 - Analítica : bioquímica y hemograma normal

