

<http://www.elsevier.es/semergen>

424/2395 - CUADRO FEBRIL QUE NO CEDE. BUSCANDO UNA CAUSA

A. Peralbo López¹, B. Serrano Montalbán², M. Jiménez Ganado³ y S. Zarza Martínez¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar 2. Ciudad Real.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Villarta de San Juan. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 4 años, que se llevó a consulta por fiebre de 38,5 °C de 4 días de evolución, de predominio nocturno, asociando tos, mucosidad escasa y dolor torácico. Tras valoración en consulta, se inició tratamiento con amoxicilina/clavulánico. Al persistir la fiebre tras 4 días en tratamiento con antibiótico y antitérmicos, acudió a urgencias hospitalarias. Asociaba cansancio y cefalea con los picos febris, sin otra clínica añadida. La familia refería encontrarla más pálida. A pesar de ello, llevaba una vida normal, con buen apetito y acudiendo al colegio.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Palidez cutáneo-mucosa intensa, bien hidratada y normoperfundida. Sin exantemas ni petequias ni sangrado mucoso. Sin adenopatías patológicas. Sin rigidez nucal. Otoscopia bilateral normal. Faringe normal, sin exudados ni lesiones petequiales. Auscultación cardiaca: rítmica, soplo protosistólico II/IV. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni visceromegalias. Extremidades sin hematomas traumáticos. Analítica: Hb 5,9 g/dL; hematocrito 17,1%; leucocitos: 11.800 (neutrófilos 400; linfocitos 11.200); plaquetas $65 \times 10^9/L$. PCR 10,6 mg/L. Extensión periférica: confirmó anemia, trombopenia y neutropenia con linfocitosis (linfocitos atípicos) 41% de blastos. Sistémico de orina: normal. Paul Bunnell: negativo. Urocultivo y hemocultivo: negativo. Radiografía de tórax: sin pinzamientos costofrénicos ni infiltrados parenquimatosos. Se decidió ingresar a la paciente para transfusión de concentrado de hematíes y completar estudio.

Orientación diagnóstica: Leucemia linfooblástica aguda B.

Diagnóstico diferencial: Síndrome febril sin foco. Mononucleosis infecciosa. Leucemia aguda.

Comentario final: La leucemia aguda constituye uno de los grupos de neoplasias más frecuentes en la edad pediátrica. Detectarlas en etapas iniciales, a menudo permite la posibilidad de contar con más opciones terapéuticas; por ello, es importante realizar una anamnesis y exploración física detallada, así como detectar posibles síntomas de alarma para un diagnóstico precoz. Sin embargo, el principal problema es que en la mayoría de las ocasiones, los síntomas y signos presentes inicialmente son muy inespecíficos y habitualmente similares a los de otras enfermedades triviales, lo que conlleva un retraso en el diagnóstico y con ello, en el tratamiento.

Bibliografía

1. Pui CH, Pei D, Campana D, Cheng C, Sandlund JT, Bowman WP, et al. A revised definition for cure of childhood acute lymphoblastic leukemia. Leukemia. 2014;28(12):2336-43.

Palabras clave: Fiebre. Leucemia. Pancitopenia. Infantil.