

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

424/3086 - FIEBRE E ICTERICIA, QUÉ ESPERAR EN 72 HORAS

A. Santaella García¹, C. Martín Mañero², N. Betancor Alonso³ y F. Conde López¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.²Médico Residente. Centro de Salud Ribera del Muelle. Puerto Real. Cádiz.³Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Lactante de 18 meses, bien vacunada, único antecedente de bronquitis de repetición, que acudió por cuadro de fiebre de hasta 39,5 °C de 24 horas de evolución asociado a tos y rinorrea. Afebril en el momento de la consulta, activa, contenta. Acudió 2 días después a urgencias hospitalarias por el mismo motivo, sumando a la clínica, vómitos que tras valoración se decidió alta. A las 72 horas, acudió nuevamente a consulta por persistencia del cuadro, con empeoramiento evidente respecto a nuestra primera valoración.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, palidez y tinte icterico, ojerosa, con buena hidratación. No adenopatías, ACR con ruidos transmitidos. Meníngeos negativos, resto de la exploración normal. Analítica: Hb 3,6 g/dl, reticulocitosis, leucocitosis sin neutrofilia. PCR 1,35 mg/dl, LDH 745 U/L. Frotis sanguíneo: sin presencia de blastos, abundantes hematíes aglutinados y esferocitos. Rx tórax normal. Serología de virus negativos. Frotis nasofaríngeo positivo a adenovirus, rinovirus y enterovirus. Test de Coombs directo positivo, panglutinina caliente, con especificidad anti-A-inmune.

Orientación diagnóstica: Primeramente, sospecha de viriasis típica de la edad infantil que, tras valorar la evolución y empeoramiento paulatino del estado general, asociando a las 72h ictericia, hizo sospechar de síndrome hemolítico agudo.

Diagnóstico diferencial: Anemia hemolítica autoinmune por ac. fríos vs ac. calientes vs déficit G6PDH. Dadas las características del cuadro todos los diagnósticos eran fácilmente asumibles, desencadenante infeccioso, exploración y curso evolutivo, siendo el test de Coombs el que dio el diagnóstico final.

Comentario final: Tras enviar a la paciente a urgencias hospitalarias, sospechando hemolisis aguda, continuó empeorando de manera aguda, llegando a presentar Hb 3,6 g/dl, precisando ingreso en Cuidados críticos pediátricos, transfusiones sanguíneas para alivio sintomático, y respuesta espectacular al tratamiento corticoideo. Es importante reseñar la necesidad de evolución en cuadros febriles en la infancia, para un buen diagnóstico y no sobretratamiento de estos pacientes. El conocimiento del paciente, su estado basal y su relación con el entorno en la consulta, es arma fundamental para una buena actuación.

Bibliografía

1. Hernández-García MT, Hernández-Nieto L, Juncà-Piera J, Vives-Corrons JL, Martín-Vega C, Altés-Hernández A. Enfermedades del sistema eritrocitario. En: Farreras-Rozman. Medicina interna. Madrid: Elsevier; 2009. p. 1654-80.

Palabras clave: Anemia hemolítica.