

Aspectos operacionales en el diagnóstico de un síndrome febril prolongado en una niña de 8 años*

Dres. Alicia Vaglio*, Norma Rossi*, Inés Paulós*, Lilia Aycart**, José Grünberg*** y Miguel Estable****

INTRODUCCION

El síndrome febril prolongado, puede corresponder a múltiples etiologías, tales como infecciones generales, infecciones locales, enfermedades del colágeno, hemopatías y tumores.

Frente a este motivo de consulta, la conducta orientada a agotar todos los esfuerzos clínicos y de laboratorio a fin de dilucidar la etiología del mismo es más racional y prioritaria que la de efectuar tratamientos empíricos sin sustento científico.

Presentamos el caso de una niña que consultara por síndrome febril prolongado en la que los exámenes de laboratorio destinados a despistar las etiologías más frecuentes fueron negativos, diagnosticándose la presencia de un tumor de la bolsa de Rathke (craneofaringioma) como causa del síndrome febril siendo esta forma de presentación clínica del tumor excepcional en la revisión bibliográfica realizada.

OBSERVACION CLINICA:

Estela R. Historia N° 245.667.

Niña de 8 años, raza blanca, procedente de Montevideo, de medio socio económico y cultural bueno, sin antecedentes familiares a destacar. Producto de segunda gestación, de embarazo y parto normales, con peso de nacimiento de 2.500 gramos, bien alimentada e inmunizada, con crecimiento y desarrollo normales. Presentó dos episodios convulsivos a los 6 años y un mes, y siete años y seis meses, tratada con hidantoinatos desde el primer episodio, con electro-

encefalograma patológico, radiografía de cráneo, fondo de ojo y líquido cefalorraquídeo obtenido por raquicentesis normales. En el seguimiento periódico no se comprobaron anomalías.

Veinte días antes del ingreso comenzó con hipertermia, artralgias de codo y rodilla derechos, astenia y anorexia, persistiendo la misma sintomatología durante la internación hospitalaria (figura).

Los exámenes de laboratorio no aportaron información positiva que orientara hacia la causa de la sintomatología. Se investigaron infecciones generales (tifoides, tuberculosis, hepatitis, septicemia, mononucleosis infecciosa, toxoplasmosis y brucelosis); infecciones locales (urinaria, otitis, otomastoiditis, sinusitis, neumonías, supuraciones pulmonares, osteomielitis, meningitis); enfermedades del colágeno (fiebre reumática, lupus, artritis reumatoidea, poliarteritis nodosa); hemopatías (leucosis y linfopatías). Los siguientes estudios no detectaron anomalías que orientaran la causa de la fiebre: reacción de Widal, RT 23, radiografía de tórax, funcional hepático, hemocultivos seriados, investigación de citomegalovirus, reacción de Paul Bunnell, test de Huddleson, reacción de Sabin y Feldman, examen de orina, bacteriuria cuantitativa, examen otorrinolaringológico, radiografía de mastoides, hemograma, proteínograma electroforético e inmunoelectroforesis, titulación antiestreptolisina O, fibrinemia, células L E, anticuerpos antinucleares, test de rosetas, test de látex, exudado faríngeo, coprocultivo, B 1 C globulinemia y estudio ocular con lámpara de hendedura.

Las alteraciones encontradas consistieron en elevación de la velocidad de eritrosedimentación con cifras que variaron entre 60 y 105 mm. en la primera hora, la leucocitosis se comprobó en cifras entre 5.600 y 12.900. En el examen de fondo de ojo realizado el 27/VIII/80 se informa "leve palidez de papila" (figura).

Las artralgias, astenia y anorexia persistieron durante cincuenta días. La fiebre se mantuvo durante el mismo período salvo dos intervalos de una semana cada uno. Los dolores articulares fueron permanentes,

* Equip. Alf. Méd. Dpto. de Pediatría, H.C.F.F.AA.

** Tte. 2o Méd. Jefe de Sala, Dpto. de Pediatría, H.C.F.F.AA.

*** Tte. Cnel. Méd. Jefe del Dpto. de Pediatría, H.C.F.F.AA.

**** Equip. Tte. 1o Méd. Servicio de Neurocirugía y Dpto. de Cirugía, H.C.F.F.AA.

erráticos, de grandes y pequeñas articulaciones, sin elementos fluxivos.

No se instituyó medicación antimicrobiana durante este período. A los cincuenta días de internación instaló un síndrome subjetivo y objetivo de hipertensión endocraneana (edema papilar bilateral con reflejo fotomotor lento) asociado a depresión sensorial. Se realizó tomografía computada que mostró tumoración intracraneana de topografía frontotemporal derecha.

Se intervino quirúrgicamente realizándose un colgajo bifrontal de piel con colgajo óseo a pedículo temporal derecho. Se comprobó la existencia de un proceso expansivo cuyo contenido sólido quístico con líquido "aceite de máquina" característico, permitió sospechar que se trataba de un craneofaringioma. Dicho proceso ocupaba la fosa anterior y parte de la fosa media destruyendo parte del techo de órbita e invadiendo la región interóptica y carotídea realizándose a ese nivel la resección total bajo microscopio.

El estudio macroscópico mostró tumoración multi-quística con contenido viscoso al corte correspondiendo la histología a un craneofaringioma.

El día de la intervención y los cuatro días posteriores recibió ampicilina inyectable, 1 gramo cada seis horas, por vía intravenosa.

La paciente no presentó artralgias durante nueve meses de seguimiento post-operatorio.

DISCUSION

En las intervenciones quirúrgicas de hipófisis y tercer ventrículo puede presentarse hipertermia (6). La labilidad térmica, hipo e hipertermia, también ha sido mencionada en los tumores de ese nivel presentado (6, 8, 12), pero no como manifestación inicial de estos procesos, como en el caso actual.

Una semana después de la intervención quirúrgica la fiebre desapareció definitivamente. Este hecho no lo relacionamos a la antibioticoterapia administrada durante cinco días (figura).

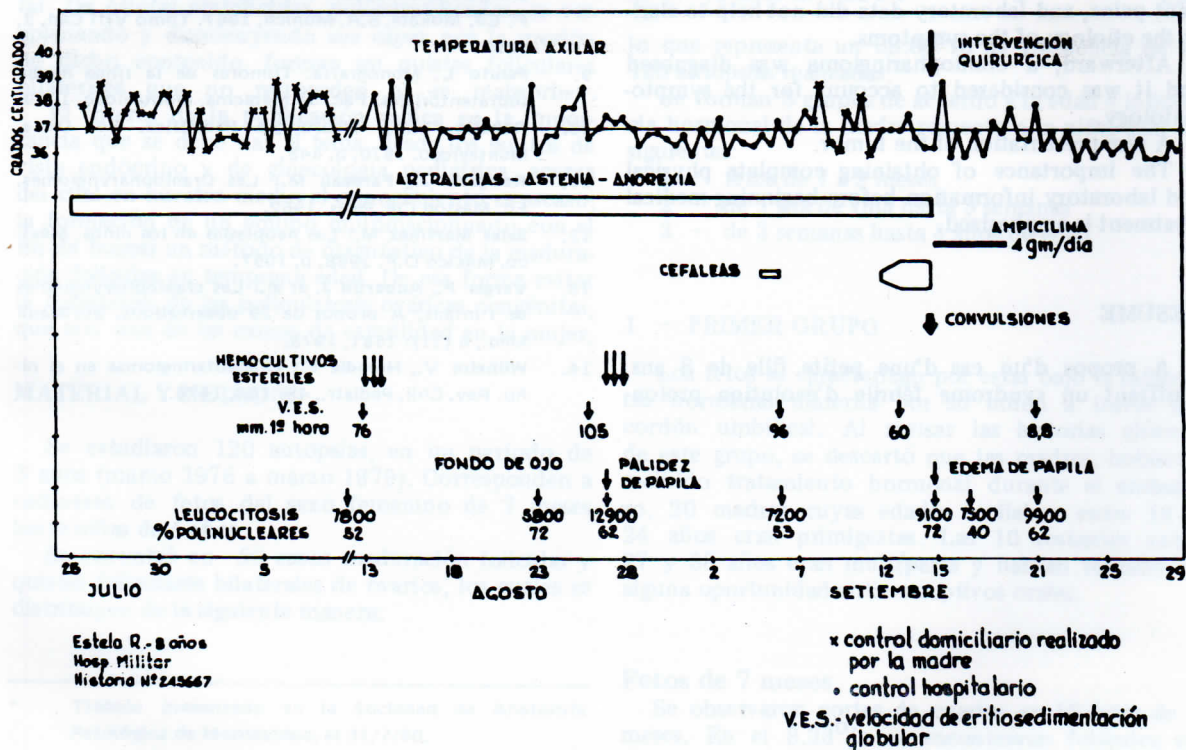
Es frecuente la presencia de artralgias en los procesos tumorales malignos pero en el craneofaringioma no lo hemos comprobado en nuestra revisión bibliográfica (1 - 14).

Este síntoma también desapareció luego de la extirpación del tumor (figura). La desaparición de la fiebre y de las artralgias simultáneamente con la extirpación del tumor sugieren la relación causal de estos síntomas con el tumor.

La normalidad de los exámenes a excepción del electroencefalograma realizados luego de la primera convulsión (radiografía de cráneo, fondo de ojo y estudio bacteriológico y citoquímico del líquido cefalorraquídeo) condicionaron el seguimiento sin otros análisis.

En los 354 casos de la bibliografía consultada no hemos encontrado convulsiones como forma de presentación del tumor.

CRANEOFARINGIOMA - En un niño de 8 años -



La ausencia de síntomas neurológicos en los primeros días del proceso artrálgico y febril y la subvaloración de la palidez de papila encontrada en el examen de fondo de ojo condicionaron la orientación de la investigación diagnóstica excluyendo el sistema nervioso.

Las cefaleas aparecieron tardíamente, luego de dos meses de fiebre y artralgias como primer elemento del síndrome de hipertensión endocraneana.

El caso presentado de síndrome febril prolongado de origen tumoral es un ejemplo de interés del amplio espectro de posibilidades etiológicas de fiebre prolongada y de la necesidad de una racional conducta destinada a dilucidar el origen de la misma.

RESUMEN

Se presenta el caso de una niña de 8 años, portadora de síndrome febril prolongado y artralgias en la que los exámenes de laboratorio no orientaron hacia ninguna etiología del cuadro, comprobándose posteriormente la existencia de un craneofaringioma como causa de esta sintomatología. Esta forma de presentación del tumor es excepcional.

Se destaca la importancia del estudio exhaustivo desde los puntos de vista clínico y de laboratorio antes de instituir ningún tratamiento medicamentoso.

SUMMARY

An eight-year old girl showed prolonged fever and joint pains, and laboratory data did not help to clarify the etiology of the symptoms.

Afterward, a craniopharyngioma was diagnosed and it was considered to account for the symptomatology.

A rare presentation of the tumor.

The importance of obtaining complete physical and laboratory information before beginning medical treatment is emphasized.

RESUME

A propos d'un cas d'une petite fille de 8 ans, souffrant un syndrome fébrile d'évolution prolongée et des arthralgies dont les examens de laboratoire ne semblent s'orienter vers aucune étiologie.

Plus tard on arrivera à la découverte d'un craniopharyngiome cause de toute cette symptomatologie.

La façon de se présenter la tumeur, est tout à fait exceptionnelle.

Il faut remarquer l'importance de l'étude clinique et du laboratoire avant de commencer le traitement médicamenteux.

BIBLIografía

1. **Banna M., Hoare, R.D, Stanley P., et al:** Craniopharyngioma in children. *J. Pediatr.* 83: 781, 1973.
2. **Costin G.:** Endocrine Disorders Associated with tumors of the pituitary and hypothalamus. *Pediatr. Clin. North Am.* 26: 15, 1979.
3. **Hoffman, H.J.; Hendrick E.B., Humphreys, R.P., et al:** Management of craniopharyngioma in children. *J. Neurosurg.* 47:216, 1977.
4. **Lefèvre, A.B, Diament A.J.** Neurología Infantil: Semiología + Clínica + Tratamiento. Ed. Sarvier S.A. São Paulo, 1980.
5. **Matson, D.D.** (Citado por Costin, C. op. cit. (2) p. 21).
6. **Medoc J.:** Los tumores de la Bolsa de Rathke (Craneofaringiomas). Tesis de Doctorado. Fac. de Medicina. Montevideo, 1951.
7. **Michelsen W.** Craniopharyng.: A Thirty Nine Years Survey. *Acta Neurol. Lat. —Am.,* 18: 100, 1972.
8. **Neuhauser G,** et al.: Tumores del Sistema Nervioso Central. *Enciclopedia Pediátrica.* Opitz, H. y Schmidt F. Ed. Mokata, S.A. Munich, 1967. Tomo VIII Cap. 2, p313.
9. **Peluffo L.** Monografía. Tumores de la línea media supratentoriales. Fac. de Medicina, Montevideo, 1979.
10. **Rebollo, M.A.:** Neurología Pediátrica. Ed. Delta, Montevideo. 1970, p. 448.
11. **Rougerie J., Fardeau M.:** Les Craniopharyngiomes. Ed. Masson Cie. París, 1962.
12. **Salas Martínez M.:** Las neoplasias en los niños. México. México D.F. 1968, p. 1057.
13. **Vergier P., Aubertin J.** et al.: Les craniopharyngiomes de l'Infant. A propos de 29 observations. *Bordeaux Méd.,* 6 (11): 1581, 1973.
14. **Wilhelm V., Heredia F.:** Craneofaringiomas en el niño. *Rev. Chil. Pediatr.,* 49: 164, 1978.