

FIEBRE PROLONGADA, A PROPÓSITO DE UN CASO DE TUBERCULOSIS CONGÉNITA

García Cuesta, AM; Cadenas Villegas, AS; Sevilla Pérez, B; Expósito Herrera, J; Pastoriza Gómez, L; González Jiménez, Y.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA

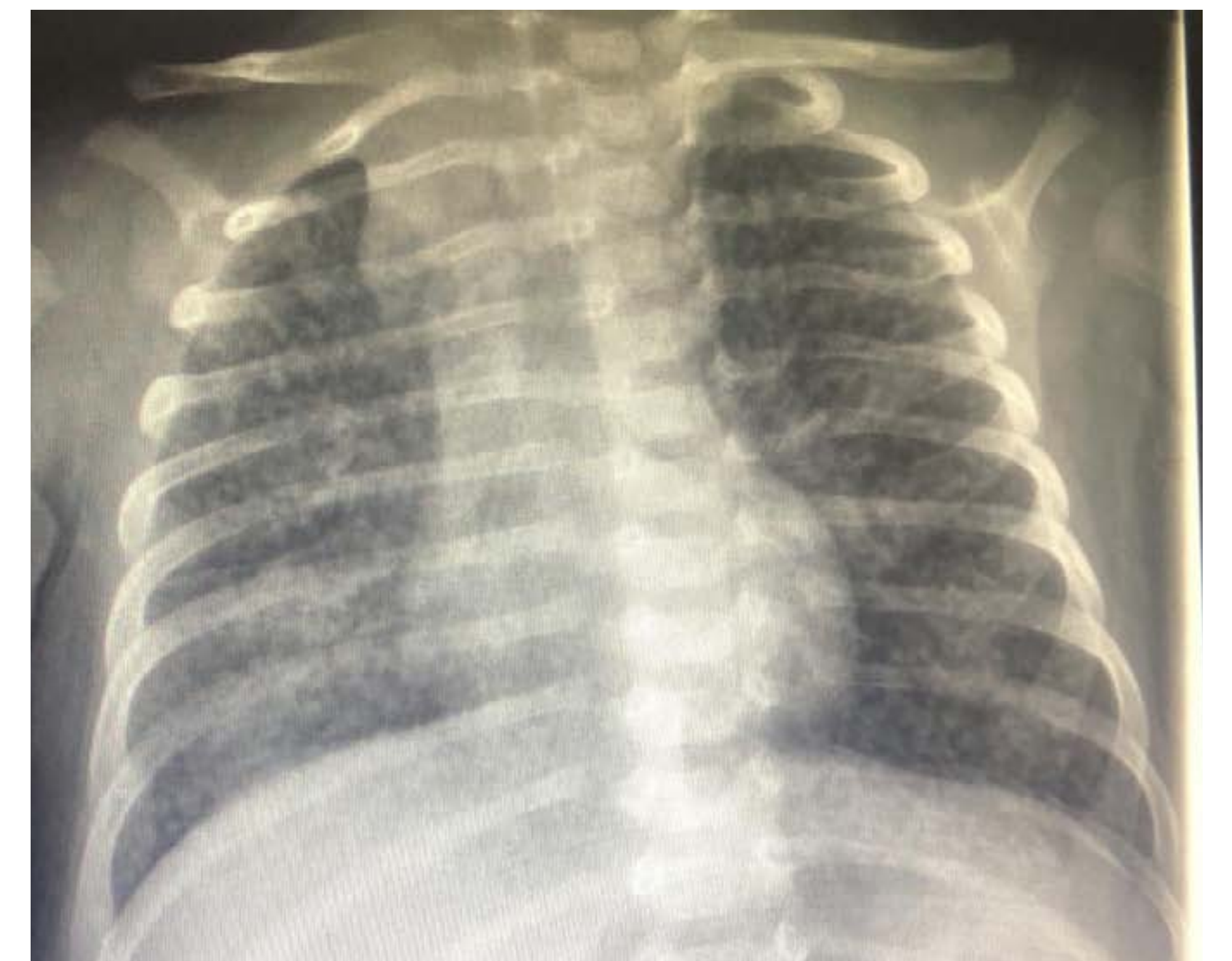
INTRODUCCIÓN

La fiebre es uno de los principales motivos de consulta en pediatría tanto en ámbito hospitalario como extrahospitalario. Cuando hablamos de fiebre prolongada nos referimos a aquella que excede en duración a lo esperado para el diagnóstico clínico.

Habitualmente se trata de patologías comunes con una forma de presentación atípica siendo los procesos virales de repetición la etiología más frecuente. Es importante realizar diagnóstico diferencial con procesos infecciosos, autoinflamatorios y neoplásicos fundamentalmente.

RESUMEN DEL CASO

Lactante de dos meses ingresa por fiebre de 3 semanas de evolución asociando tos y dificultad respiratoria intermitente. En la exploración física presenta leve tiraje subcostal e intercostal, espiración alargada y hepatoesplenomegalia. En los estudios iniciales destaca elevación de reactantes de fase aguda, proteinuria y radiografía de tórax con patrón microalveolar bilateral.



En el entorno familiar la madre presentó un episodio de hemoptisis en la 35 semana de embarazo que se asoció a la infección por SARS Cov2 que cursaba en ese momento y apareciendo en el puerperio dolor lumbosacro y cojera.

Ante la sospecha de enfermedad tuberculosa se inició recogida 3 muestras de jugo gástrico detectándose PCR positiva para Mycobacterium tuberculosis-complex, Mantoux de 10 mm de induración y TC pulmonar con CIV con extenso patrón difuso bilateral de nodulillos compatible con afectación infecciosa con patrón miliar y múltiples adenopatías hiliares y mediastínicas caseificantes.

Tras la confirmación diagnóstica se inició estudio de extensión y tratamiento con 4 fármacos antituberculosos (Isoniazida+Rifampicina+Piraziamida+Etambutol) y Metilprednisolona en pauta descendente. A las 48 horas de suspender corticoterapia, reaparece fiebre sin clínica asociada y tras comprobar buena cumplimentación y sensibilidad del germen (no presenta mutaciones de resistencia en genes inh A y gen rpoB) confirmado Mycobacterium tuberculosis-complex en cultivo con baciloscopias negativas, y descartar otras causas infecciosas se diagnosticó de respuesta paradójica a la medicación por lo que se reinicia corticoterapia, tras lo cual cesa la fiebre.

CONCLUSIÓN

La tuberculosis (TBC) congénita es una forma muy rara de presentación que puede aparecer en recién nacidos de madres con TBC miliar o endometrial no tratada durante el embarazo. Es una entidad con alta tasa de mortalidad, dado su difícil diagnóstico y posibilidad de diseminación es mayor que en otras épocas de la vida.

Tras el diagnóstico de nuestro paciente se inicia estudio de contactos siendo positivo el test de IGRA de la madre, en este caso fue fundamental la alta sospecha clínica para realizar el diagnóstico al no tener caso índice al inicio del cuadro.