

Febre de origem desconhecida: que diagnóstico?

Margarida Alcaface, Flora Candeias, Maria João Brito

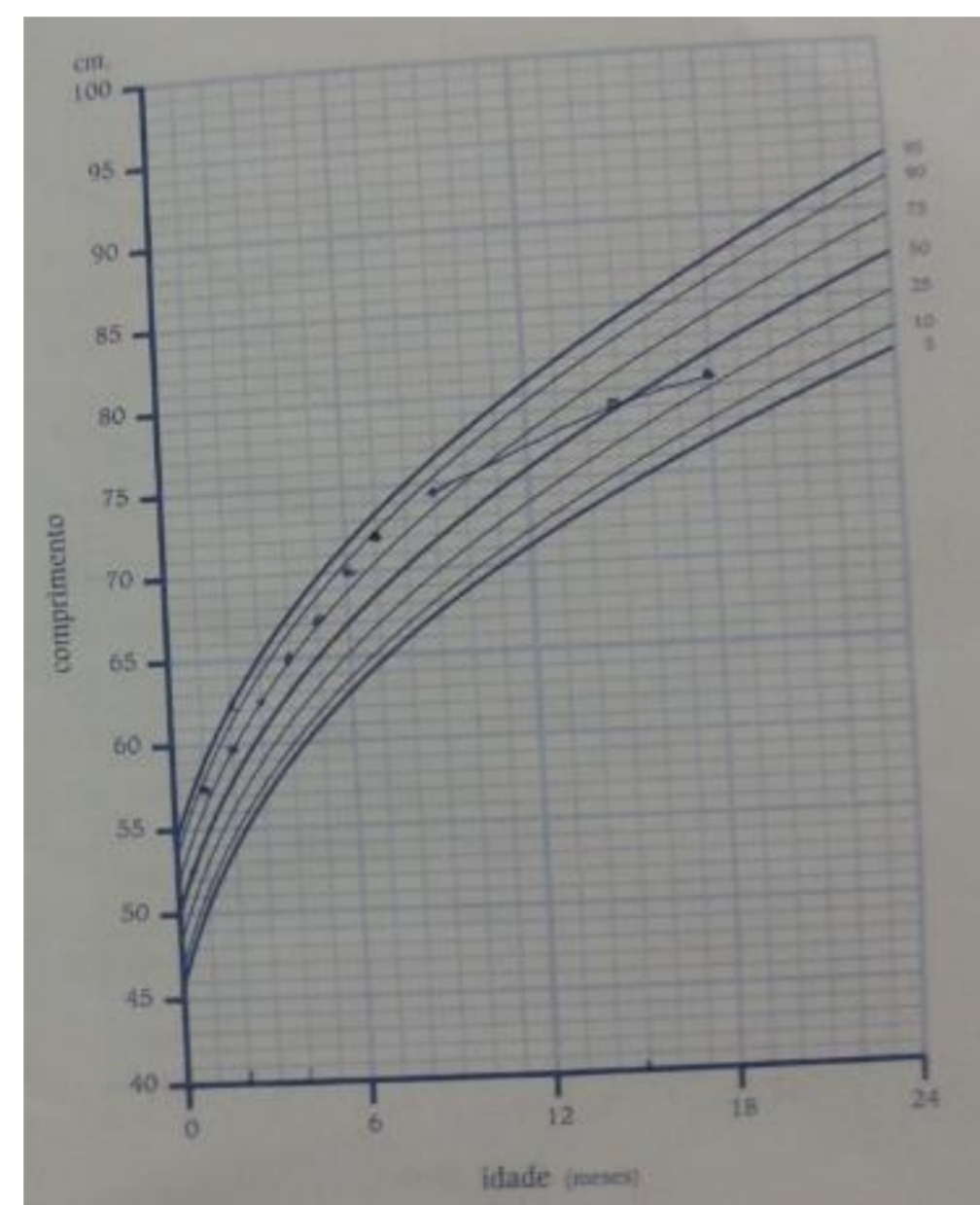
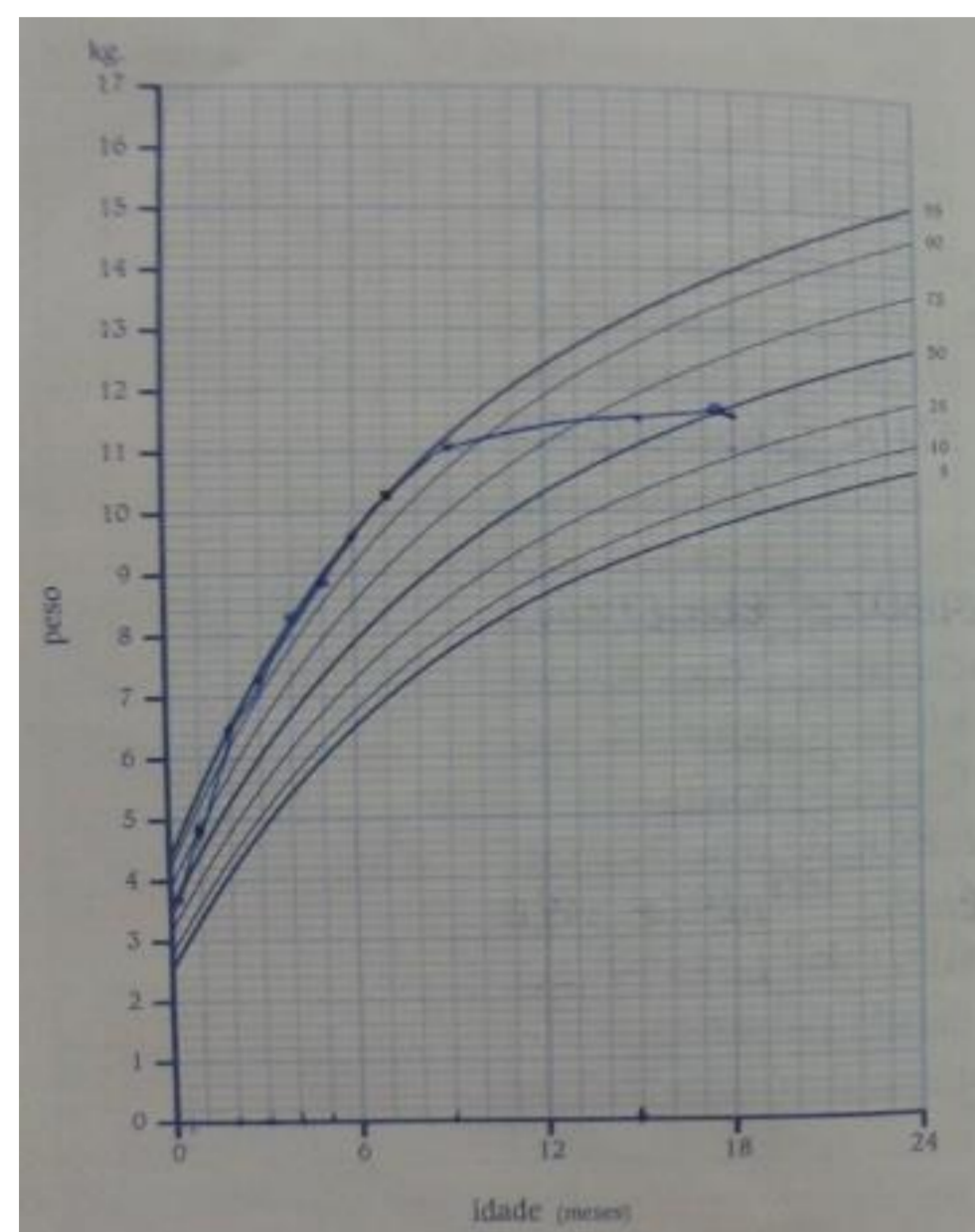
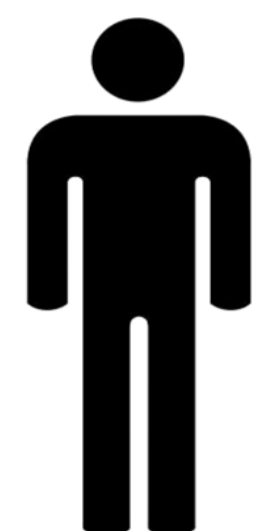
Unidade de Infeciologia Pediátrica

Diretor da Área de Pediatria Médica: Dr. Gonçalo Cordeiro Ferreira
Hospital Dona Estefânia – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

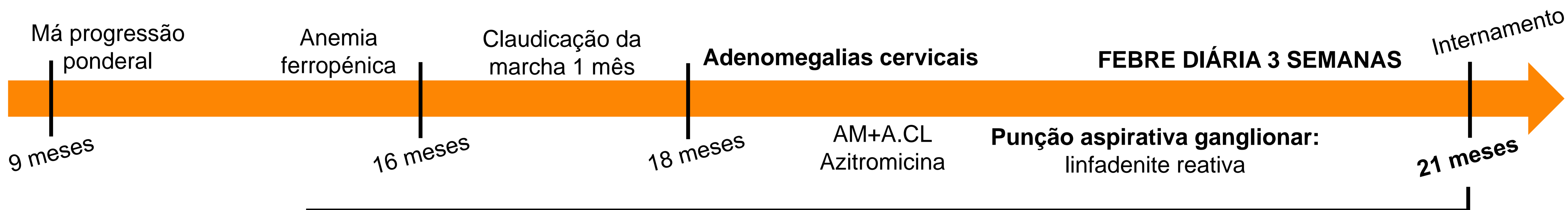
INTRODUÇÃO

Na idade pediátrica, a etiologia da Febre de Origem Desconhecida (FOD) inclui uma extensa lista de causas infecciosas, mas também não infecciosas. A maioria é causada por doenças comuns com apresentações atípicas, no entanto, quando a investigação de primeira linha não identifica a etiologia devem ser consideradas causas mais raras.

CASO CLÍNICO



- FEBRE DE ORIGEM DESCONHECIDA
- “Sensação de doença”
- Adenomegalias cervicais bilaterais dolorosas
- Limitação da mobilidade cervical
- Edema palpebral OD
- Tumefação bitemporal
- Disfonia
- Ø outras adenomegalias



ESTUDO HEMATOLÓGICO:

Hemoglobina 8.1 – 7.3 g/L
Leucócitos 12.700 – 14.900/L
Plaquetas 598.000 – 641.000/L
Esfregaço sangue periférico: normal
Mielograma: normal

ESTUDO INFECCIOSO:

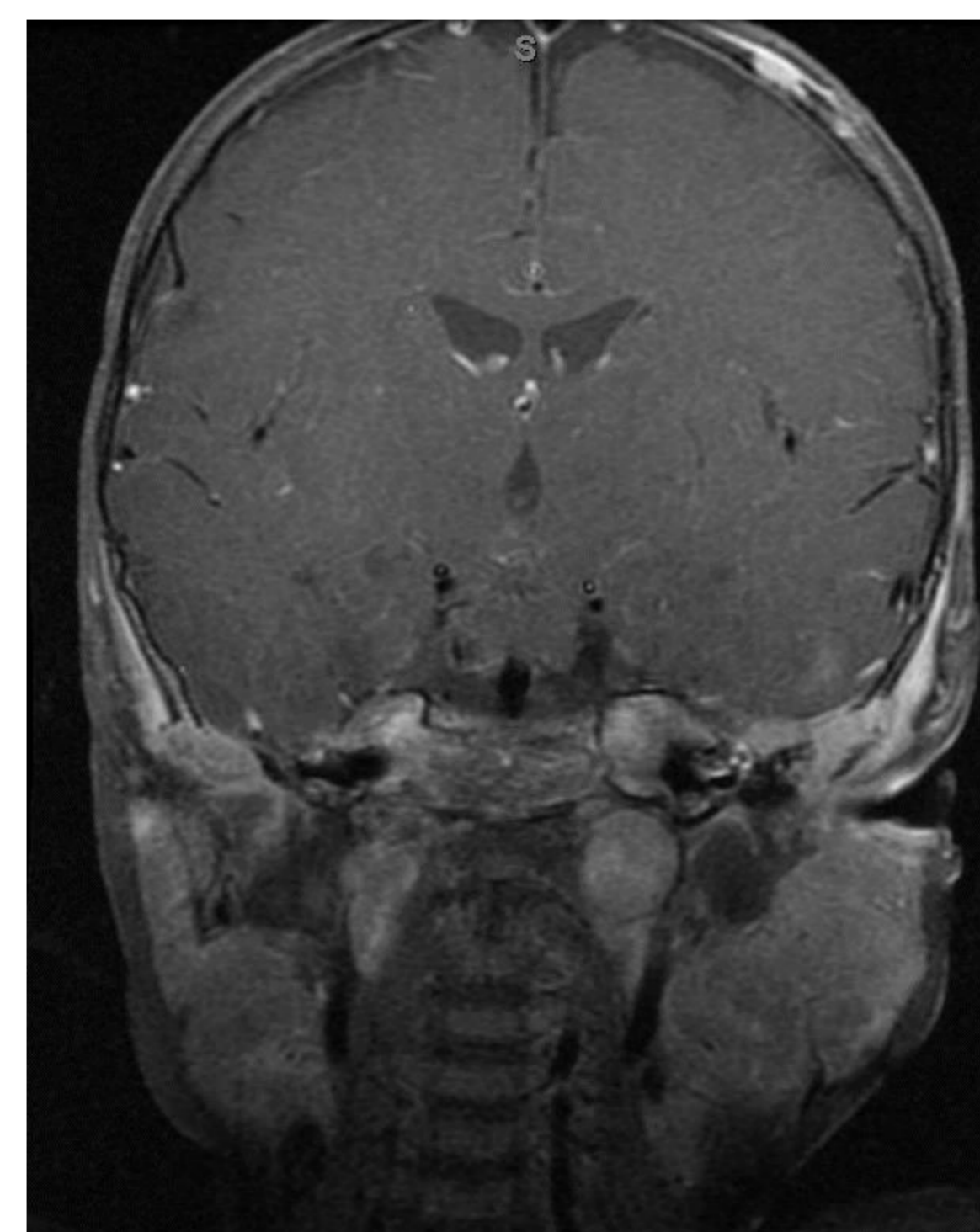
PCR 40 – 51.3 mg/L, VS 66 - 67 mm/h
Prova de Mantoux anérgica, IGRA negativo
Serologias e hemoculturas negativas
Tecido ganglionar: BAAR e TAAN BK negativo

Estudo imunológico e autoimunidade:

ANA positivo (1/160)
Amiloide A aumentado (210 mg/L)
Imunoglobulinas e complemento normais
Populações linfocitárias normais

ESTUDO IMAGIOLÓGICO:

- **ECOGRAFIA PESCOÇO: MÚLTIPLOS GÂNGLIOS JUGULODIGÁSTRICOS.**
- Laringoscopia: normal.
- Radiografia / TAC de tórax: normal.
- Ecografia abdominal: ligeira esplenomegalia, Ø adenomegalias.
- **RADIOGRAFIA DE CRÂNIO: MÚLTIPLAS LESÕES LÍTICAS.**
- **RMN: INFILTRAÇÃO DOS MÚSCULOS DE MASTIGAÇÃO E TECIDOS MOLES PERIORBITÁRIOS.**
- **CINTIGRAFIA: HIPERFIXAÇÃO NO OSSO ILÍACO E ÓRBITA DIREITOS.**



EVOLUÇÃO:

Tratamento - **Prednisolona + Vinblastina** (2 ciclos iniciais + ciclo de continuação)
Apirético 24h após início do tratamento.
Cintigrafia (final do 2ºciclo): ↓fixação na região maxilar e infraorbitária dta
Øfixação da asa ilíaca dta
Após 6 meses: resposta intermédia ao tratamento, doença ativa estável.

Biópsia ganglionar: HISTIOCITOSE DE CÉLULAS DE LANGERHANS CD1A+ S100+

Transferido para o IPO

DISCUSSÃO

A FOD é um desafio médico. Com o avanço dos testes e exames diagnósticos, as doenças frequentes são diagnosticadas mais cedo, restando um número de casos difíceis de diagnosticar. Na FOD a etiologia neoplásica é pouco frequente e geralmente apresenta-se com outros sintomas, como aconteceu neste caso. A punção aspirativa está frequentemente associada a resultados falsos-negativos, podendo atrasar o diagnóstico, pelo que a biópsia excisional deve ser o exame de eleição.

Bibliografia:

Solimani G et al. Fever of unknown origin in children aged three months to fifteen years. *Int J Infect* 2014;2(1):e22906 ; **Tolan RW.** Fever of unknown origin: a diagnostic approach to this vexing problem. *Clin Pediatr* 2010;49(3):207-213 ; **McClain KL.** Clinical manifestations, pathologic features and diagnosis of Langerhans cell histiocytosis. In: UpToDate, Basow, DS (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014 ; **Weitzman S et al.** Langerhans cell histiocytosis: an update for the pediatrician. *Curr Opin Pediatr* 2008;20:23-29.