

Hepatoesplenomegalia Febril en el Paciente Pediátrico

Alejandro Mondolfi¹.
Alejandro Mondolfi (Padre)².

¹Pediatra

²Pediatra

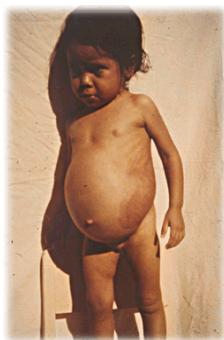
Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

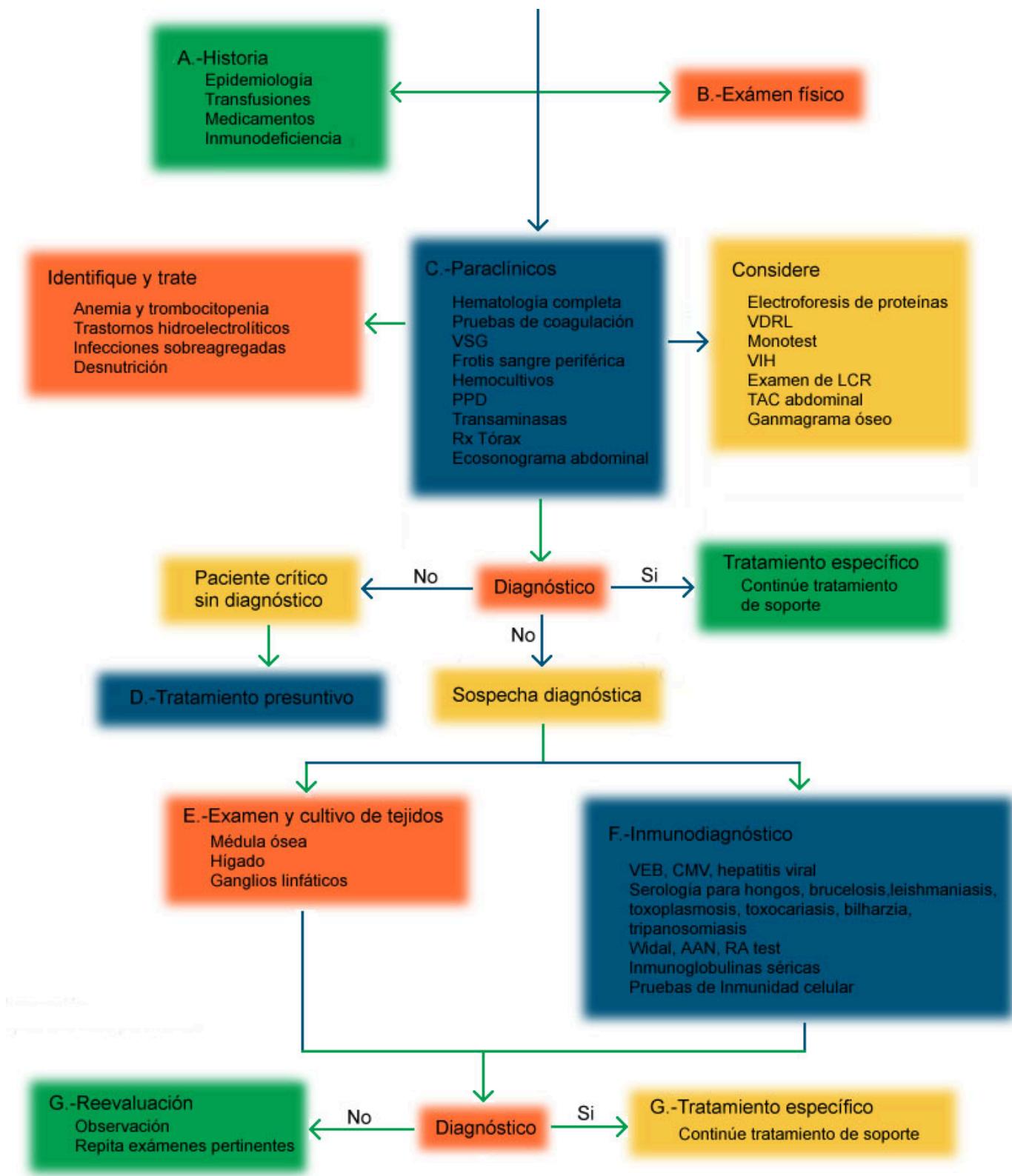
El paciente pediátrico con hepatosplenomegalia febril (HEF) usualmente representa un problema de diagnóstico complejo. Este síndrome puede ser causado por varias patologías, con un espectro de severidad que va desde infecciones autolimitadas sin secuelas importantes hasta enfermedades graves con deterioro rápido y severo al estado general que puede causar la muerte del paciente.

INTRODUCCIÓN



El paciente pediátrico con hepatosplenomegalia febril (HEF) usualmente representa un problema de diagnóstico complejo. Este síndrome puede ser causado por varias patologías, con un espectro de severidad que va desde infecciones autolimitadas sin secuelas importantes hasta enfermedades graves con deterioro rápido y severo al estado general que puede causar la muerte del paciente. Las manifestaciones clínicas diferenciales pueden ser escasas y es importante que el proceso diagnóstico sea organizado racionalmente en el menor tiempo posible, ya que varias de las entidades potencialmente fatales que cursan con HEF tienen buen pronóstico si se tratan tempranamente. En esta revisión proponemos un plan de diagnóstico para HEF en el paciente pediátrico adaptado a países tropicales, enfatizando en algunas patologías infecciosas importantes en esta área geográfica y en su diagnóstico diferencial con otras entidades no infecciosas.

Para propósitos didácticos se utilizará el sistema de diagrama de flujo (Figura), que ha demostrado ser una buena manera de enseñar el proceso apropiado de toma decisiones clínicas. Los aspectos del proceso diagnóstico que merecen mayor comentario se identifican en el diagrama de flujo con una letra.



BIBLIOGRAFÍA

1. Berman S. Prolongued fever of unknown origin. En: Pediatric decision making. 2nd Ed. BC Decker Inc. Philadelphia. 1991, pp 10-11.
2. Carlton Gartner J. Fever of unknown origin. Adv Ped Inf Dis 1992;7:1-22.
3. Del Negro G, Lacaz L, Fiorillo A. Paracoccidiomose. Sarvier-Edsup. Sao Paulo, Brasil 1982.
4. Dorfman DH, Glaser JH. Congenital syphilis presenting in infants after the newborn period. N Eng J Med 1990;323:1299-302.

5. Feigin R, Cherry JD. Texboock of Pediatric Infectious Diseases. 3rd Ed. WB Saunders 1992.
6. Fein JA, Friedland LF Rustein R Bell LM. Children with unrecognized human inmunodeficiency virus infection. Am J Dis Child 1993;147:1104-8.
7. Hayani A et al. Bone marrow examination in the child with prolonged fever. J Pediatr 1990;116:919-20.
8. Hendrickse RG. Malaria and child health. Ann Trop Med Parasit. 1987;81:499-509.
9. Knight PJ et al. When is a lymph node biopsy indicated in children with enlarged peripheral nodes? Pediatrics 1982;69:391.
10. Margolis CZ et al. Clinical algorithms teach pediatric decision making more effectively than prose. Med Care 1989;27:576-92.
11. McClain KL. Histiocytic proliferative diseases. En: Oski F. Principles and practice of Pediatrics. JB Lippincott Company 1990. pag. 1607-9.
12. Mondolfi A. Salmen T. Absceso Esplénico por *Citrobacter diversus*: reporte de un caso en un paciente pediátrico. Bol Venez Infectol.1994;4:11-13.
13. Mondolfi A, Mondolfi Galavis A. Hepatoesplenomegalia febril en el niño. Arch Ven Puer Ped 1994;57:161.

Vitae Academia Biomédica Digital | Facultad de Medicina-Universidad Central de Venezuela
Junio-Agosto 1999 N° 1 DOI:10.70024 / ISSN 1317-987X