

M. Labay Matías, J. Martín Calama,  
F. Valle Sánchez, C. de Miguel Pardo,  
M. Valero Adán

*An Esp Pediatr 1998;49:321-322.*

*Sr. Director:*

El síndrome febril prolongado de origen desconocido en niños (FOD) se define actualmente como la presencia de fiebre de más de ocho días de duración con temperatura rectal comprobada igual o superior a 38,5 °C, sin encontrar un diagnóstico preciso tras la realización de historia clínica, examen físico y estudio inicial de laboratorio<sup>(1)</sup>. La etiología más común de la fiebre en este síndrome es la infecciosa, seguida de colagenosis y enfermedades neoplásicas<sup>(2)</sup>. En España, en la serie publicada por Rico Mari y cols., en el 71% de sus casos estaban implicadas bacterias o virus<sup>(3)</sup>.

Relatamos a continuación un caso de FOD causado por el virus de la rubéola en un niño previamente vacunado y que, por las características clínicas, sugería mononucleosis infecciosa.

Niño de 3 años, diagnosticado de epilepsia y en tratamiento con valproato sódico, que ingresa por presentar fiebre elevada de cuatro días de evolución. Catalogado de amigdalitis pultácea, recibió previamente cefalosporinas i.m.. A la exploración se apreciaron: fiebre de 39 °C (R), edema palpebral bilateral muy llamativo, hemorragia conjuntival, adenopatías laterocervicales del tamaño de avellanas, amígdalas hipertróficas con exudado purulento, otitis bilateral y hepatoesplenomegalia de 4 centímetros por debajo del reborde costal. El calendario vacunal lo había cumplimentado correctamente.

El hemograma inicial mostró leucocitosis (27 x 10<sup>9</sup>/L), monocitosis (61,7%), plaquetopenia (56 x 10<sup>9</sup>/L) y VSG de 57 mm, con linfocitos aumentados de tamaño y células mononucleares de aspecto estimulado; estudio de coagulación normal. Las cifras en sangre de glucosa, urea, creatinina, ácido úrico y CPK no evidenciaron alteraciones. Otros datos analíticos fueron: GOT 241 IU/L, GPT 196 IU/L, CGT 594 IU/L, IgG 2.292 mg/dl, IgA 414 mg/dl, IgM 991 mg/dl. Hemocultivos repetidamente negativos. En cultivos de heces, orina, exudado faríngeo y nasal no se aislaron gérmenes. Mantoux negativo. Los estudios radiológicos (tórax, ecografía abdominal y cardíaca) resultaron normales. Aglutinaciones a *Salmonella*, *Brucella* y serología de citomegalovirus, toxoplasmosis, virus sincitial respiratorio, influenza A y B, parainfluenza 1-2-3, *Legionella*, *Psitacosis*, fiebre Q, hepatitis A y B y VIH fueron negativas.

## Fiebre prolongada de origen desconocido, causada por rubéola atípica en niño previamente vacunado, simulando mononucleosis infecciosa

Tabla I Fiebre prolongada de origen desconocido causada por rubéola atípica. Principales datos clínicocanalíticos

Día evolutivo	5	10	15	18	20	27
Fiebre (°C)	39	39,5	39	38,7	No	No
VSG	56	140	117	98	—	76
Exantema	—	—	—	Sí	No	No
IgM (Epstein-Barr)	(-)	(-)	(-)	(-)	—	(-)
IgM (rubéola)	—	—	(+)	(+)	—	(+)
IgG (rubéola)	—	—	590 IU/ml	700 IU/ml	—	750 IU/ml

Los resultados frente al virus de Epstein-Barr y rubéola figuran en la tabla I.

La fiebre persistió continuamente durante 20 días. Dos días antes de la lisis térmica se apreció una erupción maculopapular que se inició en zona retroauricular, extendiéndose progresivamente por todo el cuerpo. Con la desaparición del exantema, la fiebre remitió desapareciendo también todos los signos clínicos citados previamente. Durante los primeros seis días del ingreso recibió cefalosporinas i.m. ante la amigdalitis pultácea observada. Tras recibir los resultados de los cultivos y serología se suspendieron, manteniendo exclusivamente antitérmicos. El niño se recuperó clínica y analíticamente en su totalidad.

Aunque la rubéola es una enfermedad ampliamente conocida, tras años de inmunizaciones en la población infantil española, se ha convertido en una rareza, por lo que el clínico difícilmente piensa en ella. Excepcionalmente, la rubéola puede presentar signos clínicos similares a los de la mononucleosis infecciosa, ya que la hipertrofia ganglionar y la erupción cutánea es común a ambas<sup>(4)</sup>. El caso que relatamos sugiere una rubéola escarlatiniforme por el aspecto de la erupción. Otras veces, hasta el 25% de los casos, esta enfermedad cursa sin exantema o con exantema morbiliforme superponible al del sarampión o con un exantema hemorrágico de carácter purpúrico. Todas estas modalidades de presentación constituyen las rubéolas atípicas<sup>(4)</sup>.

Al comprobar en este caso que la fiebre no cedía y que la serología del virus de Epstein-Barr era repetidamente negati-

Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel «Obispo Polanco». Teruel.  
Correspondencia: Miguel Labay Matías. Servicio de Pediatría. Hospital General «Obispo Polanco». Avda. Ruiz Jarabo, s/n. 44002 Teruel.

va, se valoraron otras posibilidades diagnósticas. En ocasiones se presenta un síndrome mononucleósico causado por citomegalovirus, toxoplasma, hepatitis A o VIH y con serología del virus de Epstein-Barr negativa<sup>(5)</sup>. No obstante, en el caso que mostramos no se detectó la presencia de los agentes citados. Además, el hecho de comprobar la fiebre ininterrumpida y la evolución de la IgM e IgG dependiente del virus de la rubéola, confirmaron el diagnóstico de esta enfermedad exantemática (Tabla I).

Posteriormente, se procedió a revacunar al niño de sarampión y parotiditis al no detectar anticuerpos IgG específicos a pesar de su inmunización previa.

La mayoría de casos de FOD en niños están causados por enfermedades ampliamente conocidas y solamente en el 1% de ellos se establece un diagnóstico infrecuente<sup>(1,2)</sup>. Además, la anamnesis y el examen físico repetidos resultan fundamentales para el diagnóstico, ya que el 25% de los niños con FOD van a presentar hallazgos patognomónicos correspondientes a su enfermedad en algún momento de la evolución de su cuadro febril, como ocurrió en este caso con la aparición del exantema des-

crito<sup>(1,2)</sup>.

Por último, debe resaltarse que, tras consultar durante el ingreso del niño diversos libros y numerosos artículos, las descripciones más ajustadas y de mayor ayuda diagnóstica las encontramos en un tratado español de la especialidad<sup>(4)</sup>.

## Bibliografía

- 1 Lorin MI, Feigin RD. Fever of unknown origin. Fever without localizing signs and fever of unknown origin. En: Feigin RD. Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 2ª ed. Philadelphia, London, Toronto, Sydney, Tokyo, Hong-Kong. WB Saunders Co. 1987; 1050-1061.
- 2 Labay Matías M. Fiebre de origen desconocido en niños. *Bol Soc Pediat Arag Rioj Sor* 1997; **27**:149-157.
- 3 Rico Marí E, Andreu Alpont E, Tío Guillamón MD, Calvo Penades I, Sánchez Lorente A. Fiebre de origen desconocido en el niño: resultados de un protocolo diagnóstico. *An Esp Pediatr* 1994; **41**:155-158.
- 4 Casanova M, Cruz M. Enfermedades exantemáticas máculo-papulosas. Sarampión. Rubéola. En: Cruz M. Tratado de Pediatría, 7ª edición, vol. I. Barcelona: Espaxs 1994; 450-466.
- 5 Roldán ML, Ferrer Pi S. Mononucleosis infecciosa. En: Cruz M. Tratado

---

A. Sáenz de Urturi Sánchez, G. Tamayo López, M.R. Hernández Sáez, C. Pedrón Jiménez, M.D. García Novo

*An Esp Pediatr* 1998;49:322-323.

### Sr. Director:

Recientemente, hemos analizado las características de las fórmulas infantiles especiales comparando su composición y especificando las indicaciones de cada uno de los preparados disponibles en el mercado<sup>(1)</sup>. Sin embargo, creemos necesario realizar un breve comentario para concretar datos que se muestran en las tablas y para corregir algunas erratas que hemos podido detectar tras su publicación.

El porcentaje que aparece a la derecha de cada uno de los nombres comerciales, corresponde a la dilución recomendada por el fabricante en gramos de polvo por cada cien mililitros de fórmula reconstituida. En la fórmula antirreflujo Modar Digest, que se encuentra en la tabla VIII, dicho porcentaje es de un 13% y no de un 15%.

---

Sección de Gastroenterología. Unidad de Nutrición. Hospital «Niño Jesús». Madrid.  
Correspondencia: Ana Sáenz de Urturi Sánchez.  
C/ Gallegos, 28. 28807 Alcalá de Henares (Madrid).

## Fórmulas infantiles especiales: Revisión y actualización

Aportamos nuevos datos a la composición de dos fórmulas antirreflujo expuestas en la tabla VIII. Blemil 1 A.R. contiene 16,8 g de grasa vegetal, 8,4 g de grasa láctea y 2,8 g de grasa de huevo, estando suplementada con 17 mg de L-carnitina, Blemil 2 A.R. contiene 16,8 g de grasa vegetal y 4,2 g de grasa láctea.

La fórmula elemental Galactomín 19, que se muestra en la tabla VII, no es un hidrolizado de caseína, sino un caseinato sin modificar.

Con el fin de actualizar nuestro artículo, consideramos oportuno aprovechar esta ocasión para recoger la información sobre los preparados lácteos especiales que se han comercializado últimamente. Se han incorporado cinco fórmulas antirreflujo que son: Milumil 1 A.R., Milumil 2 A.R., Nidina A.R., Nutribén 1 A.R. y Nutribén 2 A.R. También se ha modificado la composición de AL-110 (preparado sin lactosa que aparece en la tabla II), de Nativa H.A. y Nidina H.A. (fórmulas hipoantigénicas, tabla V) y de Nieda (fórmula hipoalérgica, tabla VI), cambiando su nombre por el de Nieda plus. Por último, se ha adaptado para uso pediátrico una fórmula elemental ya existente como es