

Febre de origem obscura na pediatria: unindo tradição clínica e inovação diagnóstica

Patricia Fernandes Barreto M. Costa

Vice-Presidente da SOPERJ

O artigo “Descrição epidemiológica de pacientes com febre de origem obscura em hospital pediátrico do Brasil”, de Guimarães e Carvalho, publicado nesta edição da *Revista de Pediatria SOPERJ*, oferece uma contribuição relevante ao retratar os desafios reais enfrentados na investigação de quadros prolongados de febre sem causa definida em crianças. No estudo, mais da metade dos pacientes (52,4%) permaneceu sem diagnóstico ao final da internação, apesar de avaliação em centro terciário com recursos laboratoriais e de imagem.

A febre de origem obscura (FOO) permanece como um dos enigmas clínicos mais intrigantes da pediatria. Definida classicamente como febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ com duração de pelo menos oito dias e sem etiologia aparente após investigação inicial, essa condição desafia profissionais mesmo em contextos hospitalares bem estruturados. A revisão sistemática de Chow e Robinson (2011) já indicava que até 20-25% dos casos pediátricos permanecem sem diagnóstico definitivo após avaliação extensa, com predominância de etiologias infecciosas, reumatológicas e neoplásicas.¹

Estudos mais recentes, como o de Yu *et al.* (2025), apontam que o uso de FDG-PET/CT vem crescendo na abordagem de FOO, com impacto real na elucidação diagnóstica. Nesse estudo, o exame contribuiu diretamente para o diagnóstico em cerca de 48% dos casos, com sensibilidade de 79,5% e especificidade de 61,1%.² Apesar do avanço tecnológico, o cenário brasileiro ainda enfrenta barreiras de acesso a esses recursos, o que torna ainda mais relevante a organização de protocolos clínicos sistematizados e adaptados à realidade local.

O trabalho de Guimarães e Carvalho evidencia que, além da escassez de protocolos específicos, há grande variabilidade na condução dos casos. A solicitação excessiva de exames sorológicos, com baixa taxa de positividade (<2%), e a ausência de instrumentos

clínicos básicos, como a curva térmica, indicam uma fragilidade no raciocínio clínico orientado. Essa observação dialoga com o consenso da European Association of Nuclear Medicine (EANM), publicado em 2024, que reforça a importância da avaliação clínica estruturada antes da indicação de exames de alta complexidade.³

Outro ponto de destaque é a perda de seguimento após alta hospitalar, observada em parte dos pacientes sem diagnóstico no estudo. Revisões recentes mostram que aproximadamente 20-30% dos casos inicialmente não diagnosticados podem ter sua etiologia esclarecida durante o seguimento ambulatorial.⁴ Isso reforça a importância do vínculo com a família, da continuidade do cuidado e da vigilância clínica ao longo do tempo.

A literatura mais atual recomenda fluxos de investigação escalonados, com etapas bem definidas: avaliação clínica cuidadosa, exames laboratoriais de primeira linha e, diante de investigação inconclusiva, indicação criteriosa de métodos avançados, como a tomografia por emissão de pósitrons (FDG-PET/CT).^{4,5} O estudo de Pijl *et al.* (2024), que avaliou 110 crianças com FOO, relatou taxa de alteração relevante em 86% dos exames e contribuição direta para o diagnóstico em 48% dos casos.⁵

Diante disso, os achados do estudo em pauta apontam para a necessidade de ações institucionais: criação de protocolos assistenciais, capacitação de equipes para a abordagem racional da FOO e desenvolvimento de redes de referência para casos complexos. Tais medidas podem não apenas aumentar a taxa de elucidação diagnóstica, mas também reduzir custos, tempo de internação e sofrimento das famílias.

Em tempos de medicina tecnológica, é fundamental lembrar que a clínica permanece insubstituível. A febre prolongada, quando abordada com método, escuta ativa e reavaliação constante, pode deixar de ser um obstáculo e se tornar uma oportunidade de aprofundar

vínculos, refinar o raciocínio diagnóstico e reafirmar o compromisso com uma medicina centrada na criança e sua família.

REFERÊNCIAS

1. Chow A, Robinson JL. Fever of unknown origin in children: a systematic review. *World J Pediatr.* 2011;7(1):5-10.
2. Yu X, Liu Y, Zhou X, et al. Diagnostic efficacy of 18F-FDG PET/CT in fever of unknown origin: A cohort study. *Front Med (Lausanne).* 2025;11:1511710.
3. Hess S, Noriega-Álvarez E, Leccisotti L, Treglia G, Albano D, Roivainen A, Glaudemans AWJM, Gheysens O. EANM consensus document on the use of [18F]FDG PET/CT in fever and inflammation of unknown origin. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2024 Jul;51(9):2597-2613. doi: 10.1007/s00259-024-06732-8.
4. Graaf P, Boerman O, Claessens Y. Clinical and imaging approach in pediatric FUO: when and how to escalate. *Pediatr Radiol.* 2023;53(12):2155-64.
5. Pijl JP, Glaudemans AWJM, van Rheenen PF, et al. FDG-PET/CT in 110 children with fever of unknown origin: diagnostic yield and clinical utility. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2024;51(8):2744-55.