

COMPLICACIONES DE INFECCIONES RECURRENTE EN PEDIATRÍA

2º Lugar - Concurso Nacional de Historias Clínicas ABOLSCM

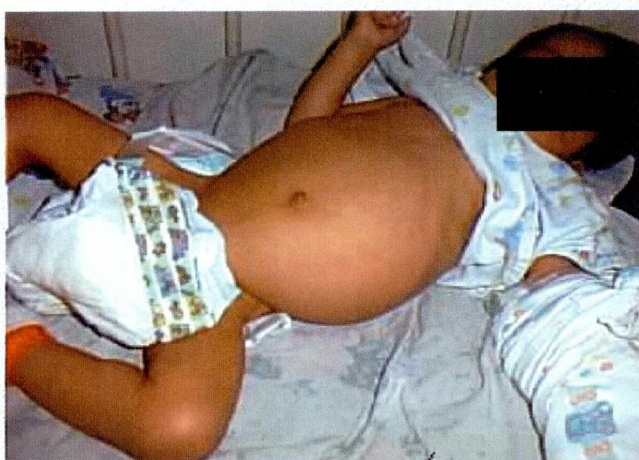
Javier Martín Etcheverry Saavedra
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN

DATOS DE IDENTIFICACIÓN: omitidos

FUENTE DE LA HISTORIA Y CONFIANZA QUE MERECE:
Madre del paciente que merece confianza.

MOTIVO DE CONSULTA: "Masa en nalga izquierda".

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de sexo masculino, lactante mayor, de 1 año y 6 meses de edad con un cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por presentar una masa de 1 cm de diámetro en región glútea izquierda, de consistencia dura y redonda, ruborizada con dolor intenso que impide el sentarse, crecimiento progresivo, sin causa aparente, eritema de la piel alrededor de la masa. Sin alzas térmicas. La madre refiere el antecedente de absceso en región glútea derecha, de aparición espontánea, durante el tiempo de internación por enfermedad diarreica aguda y desnutrición en el servicio de pediatría.



En aquella oportunidad el tratamiento fue mantener una conducta expectante, hasta que drene espontáneamente, debido a que desarrolló una fístula hacia recto y se decidió primero recuperar nutricionalmente al paciente para eventual cirugía.

ANTECEDENTES GINECOBSTÉTRICOS: G4 P0 C2 A1, sin controles prenatales en ningún embarazo, sin complicaciones durante las gestaciones, gestación actual aproximadamente 6 meses; Madre reconoce a 3 parejas sexuales, vida sexual activa.

ANTECEDENTES PERINATALES: 2 cesáreas sin complicaciones, hemorragias de poca magnitud, nunca recibió transfusión sanguínea, gestaciones a término, sin ruptura

prematura de membranas, producto de 3.800 Kg de llanto espontáneo y fuerte.

ANTECEDENTES INMUNOLÓGICOS

Vacunas completas.

DESARROLLO PSICOMOTRIZ

En la edad actual camina apoyado o con ayuda, menciona 3 palabras, come solo con dificultad, presión en pinza y no llora con extraños.

ANTECEDENTES NOPATOLÓGICOS

Vivienda alquilada de 2 habitaciones, 4 personas viven en ella, cuentan con todos los servicios básicos; ingreso económico bajo; ambos padres bachilleres; alimentación variada, lactancia materna hasta los 9 meses; Familiares: padre de 32 años, de ocupación tornero, aparentemente sano; madre de 25 años, realiza labores de casa con un cuadro gripal; hermano por parte materna de 5 años de edad aparentemente sano.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Síndrome diarreico desde los 5 meses de edad con deposiciones líquidas al comienzo, y posteriormente deposiciones verde amarillentas flemosas sin sangre, con diagnóstico de Amebiasis recibió tratamiento ambulatorio; 2 internaciones previas en nuestro hospital, la segunda de 50 días de duración, a la edad de 15 meses con un peso de 5.600 Kg, fue internado por un cuadro diarreico de 72 horas de evolución con deposiciones líquidas amarillentas, acompañado de vómitos y anorexia por 24 horas. Con signos de deshidratación: irritable, mucha sed, llanto sin lágrimas, mucosas secas pálidas, signo del pliegue muy lento, enoftalmos. Se diagnosticó una Enfermedad



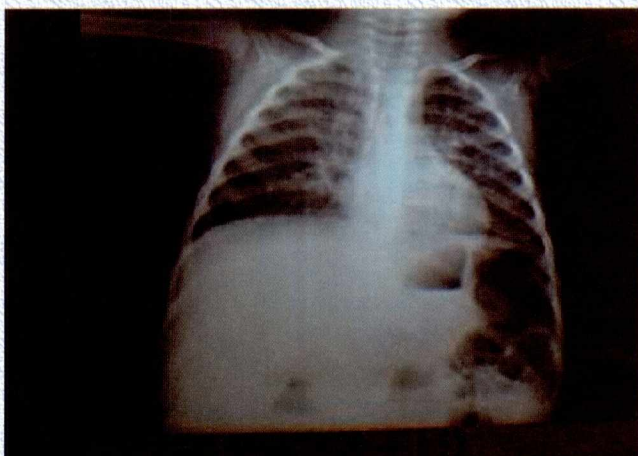
Diarreica Aguda (EDA) con deshidratación (DHT) grave y Desnutrición (DNT) en III grado marasmático. También síndrome de mala absorción al observar abundantes corpúsculos de grasa en coproparasitológico. Durante aquella internación presentó una infección respiratoria aguda (IRA) con neumonía. Además una ecografía abdominal reveló una hepatomegalia leve e hipotrofia renal bilateral simétrico de origen congénito. Posteriormente se añadió a los múltiples diagnósticos una anemia ferropénica, hipocrómica microcítica; Recibió ampicilina y gentamicina durante 8 días, nistatina en región perianal, ceftazidima junto a amikacina y claritromicina por 10 días. También recibió vitaminas y oligoelementos como sulfato de magnesio, zinc y sulfato de cobre. Con buena respuesta nutricional, aumentando de peso hasta 7.150 Kg. Sin otros antecedentes de traumatismos, alergias ni cirugías.

EXAMEN FÍSICO

Paciente lactante mayor aparenta estar agudamente comprometido en decúbito lateral izquierdo, alerta, irritable sin signos de dificultad respiratoria. En regular estado de salud aparente. Frecuencia Cardíaca 128 x min., Frecuencia respiratoria 28 x min., temperatura axilar 37.5*, peso 7.4 Kg, talla 72.5 cm; Conjuntivas húmedas y rosadas, Orofaringe congestiva, fosas nasales congestionadas, rinorrea, sin aleteo nasal; Adenopatías en cuello; A la auscultación, estertores difusos en campos pulmonares, latidos cardíacos rítmicos regulares sin soplos ni desdoblamiento de ruidos; Abdomen globoso, distendido, RHA(+), depresible; Región glútea presenta una zona tumefacta redonda de 3x3 cm ruborizada, blanda, caliente y dolorosa a la palpación, eritema y signos de irritación perianal; extremidades con tono trofismo disminuido y pulsos periféricos presentes.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Al ingreso un Hemograma (27-04-05) Glóbulos Rojos: 4 460 000 mm³, Plaquetas 619 000mm³, hematocrito 30.5%, hemoglobina 9.4g/dl, Glóbulos Blancos 19 000 mm³, segmentados 30 %, linfocitos 61%, basófilos 1%, monocitos



4%, cayados 4%; Creatinina 0.8 mg/dl; PCR 24 mg/dl (+); El coproparasitológico no reportó parásitos intestinales pero sí abundantes corpúsculos de grasa; Radiografía de Tórax con infiltrado intersticial micronodular diseminado en ambos campos pulmonares. Hemograma (05-05-05) con Glóbulos Rojos de 4 450 000mm³, Plaquetas 502 000 mm³, hematocrito 30%, hemoglobina 9.2 g/dl, Glóbulos Blancos 12 800mm³, segmentados 68%, linfocitos 26%, eosinófilos 1%, basófilos 5%.

DIAGNÓSTICO

Absceso en glúteo izquierdo; Enfermedad diarreica prolongada; DNT crónica reagudizado; IRA con neumonía y posible Neumonía por Pneumocistis Carini.

TRATAMIENTO

Admisión a infectología, dieta escolar corriente, solución dextrosa 5% + 5cc ClNa + 5cc ClK por vía endovenosa; medidas de bioseguridad; metronidazol 125mg E.V. cada 8 hrs., Ceftazidima 250mg E.V. c/ 8hrs, Amikacina 70mg E.V. c/12 hrs.; control de signos vitales c/ 6hrs, no tomar temperatura rectal; control de balance hídrico y peso cada 24 hrs.

EVOLUCIÓN

Paciente lactante mayor, alerta, tranquilo en brazos de la madre, en su 8vo día de internación, en mejor estado de salud aparente. El absceso a un comienzo de 1 cm de diámetro fue creciendo progresivamente hasta alcanzar un diámetro de 3 cm. Aparentemente listo para drenar espontáneamente. El absceso no fue drenado por el cirujano debido a la fistulización cutaneorrectal.

Durante su permanencia en el hospital comenzó con una tos seca inconstante de poca intensidad acompañado de fiebre, signos de dificultad respiratoria y frecuencia respiratoria de 58 x min. Presentando alzas térmicas en varias oportunidades con una máxima de 38.8° de temperatura axilar y disminución de la ingesta de alimentos en especial de sólidos durante los picos febriles. Actualmente sin alzas térmicas en los últimos días y con una evolución nutricional favorable hasta 7.530 Kg. La dieta se complementó con oligoelementos y a pesar de aquello tuvo recurrencia y cronicidad de infecciones como diarreas, neumonías, abscesos y la DNT.

Debido a todo ello es que se asocian los antecedentes clínicos del niño con los antecedentes no patológicos de la madre, y se decidió realizar una prueba de ELISA para VIH, la cual resultó positiva y se confirmó con Western Blot.

También se hace un Recuento de linfocitos CD4: 842 y CD8: 2000 (valores de referencia CD4 500-1600 y CD8

375-1100); En uno de los 4 coproparasitológicos realizados se observaron Oquistes de *Cryptosporidium*. Se descartó TBC con las pruebas de baciloscopia que resultaron negativas. Se realizaron los tests a ambos padres, resultando seropositiva sólo la madre.

Actualmente se pretende realizar broncoscopia para el diagnóstico diferencial de la neumonía por *Pneumocystis* Carini o Intersticial linfoide. Así también un estudio de la carga viral, para analizar y determinar los medicamentos a utilizar en el tratamiento conjugado con antiretrovirales.

DISCUSIÓN

Existen bastantes datos que fundamentan el estado de una etapa sintomática del VIH en este paciente, y por otra parte la información del estado inmunológico con un recuento de linfocitos CD4, que demuestra un nivel dentro del rango normal. Entonces surge la interrogante de si será la desnutrición, el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida nutricional), el problema de base para la recurrencia y/o cronicidad de enfermedades infecciosas como en muchos casos que vemos a diario en nuestros hospitales, o acaso será la patología viral, el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida, la única responsable de favorecer las infecciones crónicas, recurrentes y oportunistas.

En medicina basada en evidencia como El "SCORE" de África, considera como manifestaciones para diagnosticar el SIDA en la infancia: fiebre prolongada, diarrea prolongada, retraso estatura-ponderal, adenopatías, neumonía, muguet oral después del 6to mes de edad y dermatitis papular. Vemos que prácticamente todas las manifestaciones clínicas son las mismas en África y en nuestro medio, y todo el tiempo estuvimos frente a un caso VIH(+) sintomático pero la experiencia personal nos hizo encasillarnos en uno más de los casos de rutina por desnutrición. La importancia de la presentación de este caso es fundamentalmente por ser el primer caso de VIH(+) diagnosticado y documentado en el servicio de pediatría. ¿Cuántas veces habremos tenido ya pacientes VIH(+)?

Bibliografía

1. Handsfield, Hunter. Enfermedades de Transmisión Sexual. 2ed. tr por Benito Berrinches. Madrid, España. Barban Libros. 2002. p. 117
2. Meneghello, Julio. Pediatría 5ed. Panamericana. Buenos Aires. p.1020
3. Velásquez, Gloria. Gómez, Rubén. Fundamentos de Medicina: Sida enfoque integral 2ed. Medellín, Colombia. p. 232