

---

# Historia Clínica

SECCIÓN A CARGO DE ELISABETH SAPIA

---

## Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez”

MARÍA VICTORIA SEVESI\*, MARÍA DE LOS ÁNGELES VIRASORO\*\* Y ANDREA SAVRANSKY\*\*\*

---

### Datos personales

- Nombre y apellido: J.G.
- Edad: 20 meses.
- Sexo: Masculino.
- Fecha de ingreso: 26/12/11.
- Procedencia: Ingeniero Maschwitz, Buenos Aires.
- Motivo de consulta: Síndrome febril con dificultad respiratoria.

### Motivo de internación

Neumonía de mala evolución en paciente con neumonía recurrente homofocal.

### Enfermedad actual

Paciente con antecedente de 3 neumonías derechas desde los 10 meses de vida, presenta síndrome febril de diez días de evolución; consulta en un hospital zonal, donde se indicó tratamiento con amoxicilina por faringitis durante 10 días, con regular respuesta. Por persistir la sintomatología febril y agregarse dificultad respiratoria, concurre a Unidad 3 del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, donde se realiza radiografía de tórax (Rx. tórax) que evidencia infiltrado pulmonar en base derecha con imagen cavitada en su interior; interpretando el mismo como neumonía de mala evolución, se decide su internación para diagnóstico, estudio y tratamiento antibiótico endovenoso.

### Antecedentes personales

Nacido pretérmino (36 semanas), peso adecuado para edad gestacional (2300 kg). Embarazo controlado; gemelar. Serologías negativas y prueba de pesquisa neonatal normal. Vacunas completas para la edad. Desarrollo neuromadurativo acorde a su edad.

### Antecedentes patológicos

- Al nacimiento se internó en sala de neonatología por síndrome de aspiración de líquido meconial y para recuperación nutricional (requirió 10 días de oxígeno).
- 10 meses: Neumonía derecha. Cumplió tratamiento con amoxicilina.
- 15 meses: Neumonía derecha con hipoxemia, comienza control de su evolución en servicio de neumonología, iniciando tratamiento con fluticasona y kinesioterapia.
- 17 meses: Neumonía derecha tratada con amoxicilina.

### Examen físico al ingreso

Regular estado general, hemodinámicamente compensado, normohidratado, febril (38,2°C), lúcido, conectado, en suficiencia cardiorrespiratoria. Eutrófico. FC 130 por minuto, FR 20 por minuto.

Aparato respiratorio: Regular mecánica ventilatoria con tiraje intercostal y subcostal. Buena entrada de aire bilateral a excepción de base pulmonar derecha donde se auscultaba hipoventilación, sin requerimiento de oxígeno, saturando 98% a aire ambiental.

Resto del examen físico normal.

### Exámenes complementarios solicitados

Hemograma: GB 24.900 (S77/L14/M9); Hemoglobina 10,6 mg/dl; Hematocrito 31,2%; Plaquetas 462.000.

Química: Urea 23 mg/dl; Glucemia 111 mg/dl; Creatinina 0,2 mg/dl; ácido úrico 3,6 mg/dl; Bilirrubina total 0,2 mg/dl; GOT 21 U/l; GPT 10 U/l; Proteínas totales 6,28 g/dl; Albúmina 3,89 g/dl.

Eritrosedimentación: 56 mm/h.

---

\* Residente de Pediatría 1<sup>er</sup> año.

\*\* Residente de Pediatría de 4<sup>to</sup> año.

\*\*\* Jefe de Residentes Clínica Pediátrica. Hospital de Niños “Ricardo Gutierrez”.

Radiografía de tórax frente: Infiltrado basal derecho, con imagen cavitada en su interior. (Figura 1)

Tomografía computada de tórax (TAC): Extensa opacidad en lóbulo inferior derecho, impresionando consolidación neumónica con probable componente atelectásico y nivel hidroaéreo que sugiere cavidad, ausencia de imagen bronquial en lóbulo inferior derecho (Figuras 2 y 3).

#### Tratamiento

Ceftriaxona: 80 mg/kg/día.

Ranitidina: 3 mg/kg/día.

#### Planteos diagnósticos

- Infeccioso: tuberculosis.
- Obstrucción endoluminal: cuerpo extraño.
- Malformación pulmonar congénita (adenomatosis quística, secuestro pulmonar, hipoplasia pulmonar, enfisema lobar congénito, quiste simple de pulmón).

#### Evolución clínica

Paciente ingresa en regular estado general, con diagnóstico de neumonía derecha y con antecedente de tres neumonías previas en similar localización. Se inicia el plan de estudio. Se realiza catastro para tuberculosis (como causa de neumonía de mala evo-

Figura 1.



Figura 2.

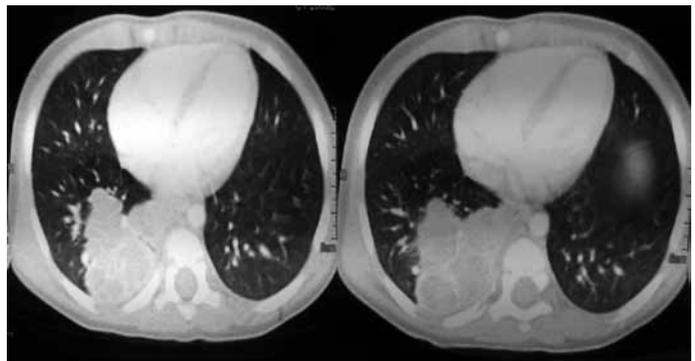
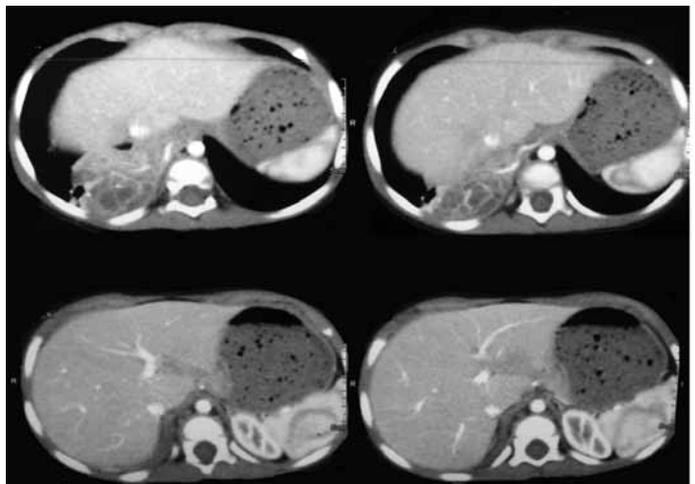


Figura 3.



Figura 4.



lución) presentando PPD (derivado proteico purificado o Test de Mantoux) negativa, lavado bronquial para BAAR (bacilo ácido-alcohol resistente directo y PCR (reacción en cadena de la polimerasa) negativos.

Con diagnóstico presuntivo de malformación pulmonar, se solicita TAC de alta resolución con AngioTAC que informa: Se observa en lóbulo inferior derecho (*Figura 4*) una masa de tejido blando de contornos polilobulados levemente heterogénea, de 6,3 cm de diámetro transversal, presenta un vaso arterial que toma origen en tronco celíaco y nutre la lesión y dos drenajes venosos que desembocan en vena pulmonar inferior homolateral. Presenta segunda lesión de 1,5 cm de diámetro transversal que se origina en región subcarinal y se extiende por detrás y por dentro del bronquio fuente derecho; se encuentra vascularizada por rama segmentaria que

nace directamente de la aorta descendente con drenaje venoso a través de un vaso corto que desemboca en vena pulmonar inferior homolateral.

Con diagnóstico de secuestro pulmonar (sector de pulmón no funcionando que puede tener o no comunicación con el árbol bronquial y que recibe total o parcialmente irrigación de la circulación sistémica; la descarga venosa puede ser en la ácigos o la hemiacigos). Se indica tratamiento antibiótico con ceftriaxona 80 mg/kg/día (14 días totales) con buena respuesta; luego de finalizar el mismo, se otorga egreso hospitalario a la espera de turno quirúrgico para resección de malformación pulmonar. Continúa en seguimiento por U3.

#### **Diagnóstico al egreso**

Secuestro pulmonar.