

Historia Clínica HNRG

SECCIÓN A CARGO DE *ELIZABETH SAPIA*
HNRG, Unidad 8 Clínica Pediátrica

MARÍA LUJÁN PREVIGLIANO,^a TATIANA MARUSIC,^b SOFÍA ESCANDE^c

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido: L. J. A.
Edad: 7 meses.

Motivo de consulta

Fiebre y dificultad respiratoria.

Motivo de internación

Neumonía multifocal y síndrome-bronco obstructivo con hipoxemia.

Enfermedad actual

Paciente de 7 meses de edad, previamente sano que consulta al departamento de Urgencias por síndrome febril de 4 días de evolución (3-4 registros por día) asociado a diarrea, vómitos y dificultad respiratoria progresiva. Se lo valora febril, taquipneico con tiraje sub e intercostal e hipoxémico. Se realizan nebulizaciones con salbutamol con escasa respuesta y por persistir hipoxémico se decide su internación en unidad 8 para diagnóstico, control y tratamiento.

Antecedentes personales

- NT/PAEG, cesárea por cesárea previa. Luminoterapia por 48hs.
- Vacunas al día.
- Desarrollo neuromadurativo acorde a la edad.
- Realiza controles pediátricos habituales
- Sin antecedentes patológicos

Examen físico al ingreso

Paciente en regular estado general, clínica y hemodinámicamente estable. FC de 158' FR 60' Saturación de oxígeno 95% con máscara simple 5 lt/min, afebril (36,5°).

Mucosas secas con leve enoftalmos, deshidratación moderada (déficit previo estimado del 5%). Presenta regular entrada de aire con inadecuada mecánica ventilatoria, espiración prolongada, asimetría con leve hipoventilación bibasal. Se ausculta en hemitórax derecho broncofonía en vértice y base y en hemitórax izquierdo en campo medio.

Resto del examen físico sin particularidades.

Planteos diagnósticos

- Neumonía bifocal con hipoxemia-viral vs bacteriana.
- Síndrome bronco-obstructivo con hipoxemia con mala evolución.

Exámenes complementarios

Radiografía de tórax frente: imágenes de condensación en ambos vértices e infiltrado intersticial paracardiaco derecho. Compatible con neumonía multifocal (*Figura 1*).

Hemograma: Se evidencia leucopenia y anemia. (Hb 7.9 gr/dl) Hepatograma y función renal dentro de límites normales. Proteína C reactiva (PCR) 102.6 ng/l -aumentada compatible con cuadro inflamatorio.

Se toman muestras para hemocultivos x 2.

Evolución

Paciente que ingresa con diagnóstico de neumonía multifocal y síndrome bronco-obstructivo con hipoxemia e inicia tratamiento con ampicilina 200 mg/kg/d, oseltamivir 3 mg/kg/d, salbutamol nebulizado cada 4 horas y oxígeno a 5 lt/min. Al ingreso en contexto de dificultad respiratoria y hemoglobina de 7,9 g/dl requirió transfusión de glóbulos rojos a 10 ml/kg.

Presentó evolución tórpida con aumento de los requerimientos de oxígeno y empeoramiento de la mecánica respiratoria, con signos de claudicación respiratoria inminente aguda a los 4 días de internación, motivo por lo cual ingresó a la Unidad de Terapia In-

a. Jefa de Residentes de clínica pediátrica.

b. Residente de segundo año de clínica pediátrica.

c. Residente de primer año de clínica pediátrica.

tensiva (UTIP) donde permaneció durante 11 días con asistencia respiratoria mecánica, y requerimientos de inotrópicos las primeras 24 hs. Al ingreso a UTIP se rota antibiótico a cefotaxime 150 mg/kg/d, completando 7 días de tratamiento cubriendo neumonía en paciente internado sin rescate bacteriano en hemocultivos.

El paciente evoluciona favorablemente, sin presentar registros febriles y con mínimos requerimientos de oxígeno, por lo que se decide su pase a sala de clínica médica, hasta cumplir con las condiciones de egreso hospitalario.

Diagnóstico al egreso: neumonía multifocal con hipoxemia con rescate de virus Parainfluenza 3

COMENTARIO

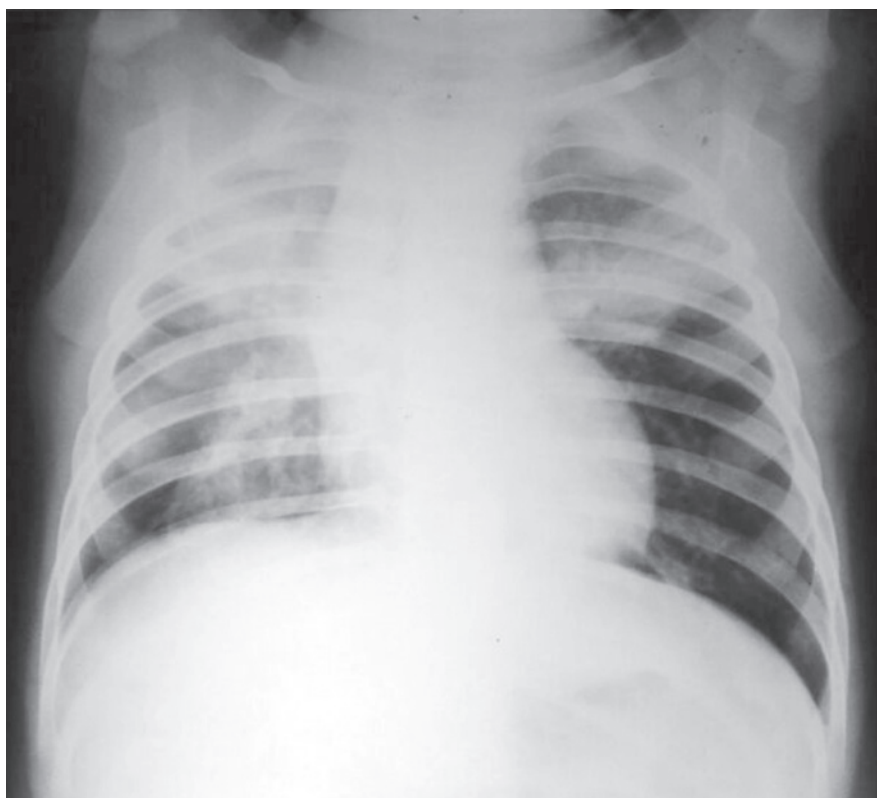
La neumonía es una patología altamente frecuente en la infancia, en especial en época invernal. Los gérmenes causantes de la misma pueden ser virales o bacterianos, prevaleciendo los virus como principales causantes¹.

Dentro de la etiología bacteriana, *Streptococcus pneumoniae* es el principal agente etiológico, seguido por *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus* en pacientes mayores de 1 mes²⁻³.

A pesar de ser un cuadro clínico altamente prevalente, es difícil registrar en la bibliografía factores de predicción que nos permita diferenciar entre estas dos etiologías. El *Bacterial Pneumonia Score* (BPS)⁴ intenta realizar una predicción de neumonía bacteriana, considerando la edad del paciente, la fiebre, el laboratorio y las características de la radiografía de tórax, siendo necesaria una mayor validación.

Se describe en esta presentación, un paciente con neumonía en mal estado general que evidencia en la radiografía de tórax dos imágenes de condensación bifocal, con leucopenia y reactantes inflamatorios elevados, y que por evolución tórpida ingresa a UTIP. Dentro de las posibles etiologías para esta forma de presentación, la causa bacteriana no debería descartarse, siendo el neumococo el germen inicial a tratar⁵.

Figura 1: Radiografía de tórax frente



Otros agentes reconocidos como posibles causantes son el *Staphylococcus aureus*⁶ y el virus *Influenza*⁷⁻⁸.

Sin embargo, a pesar de las predicciones que podrían hacerse, el paciente presentó un único rescate viral y sin respuesta al tratamiento antibiótico instaurado (permaneció afebril desde el ingreso) manteniéndose internado en UTIP hasta la mejoría del cuadro clínico inicial. A pesar de no poder descartar una sobreinfección bacteriana por neumococo⁹⁻¹⁰, es alta la sospecha de que todo el cuadro clínico haya sido causado por el virus Parainfluenza 3.

Este caso resulta interesante para destacar las múltiples posibles etiologías de las infecciones respiratorias agudas en la infancia, siendo las virales las más frecuentes así como también su evolución potencialmente grave.

AGRADECIMIENTOS

Unidad 8 Clínica Pediátrica, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

BIBLIOGRAFÍA

1. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. IDSA Guidelines. 2011.
2. Pneumonia and other respiratory infections. *Pediatr Clin N Am*. 2009.
3. Macri CN, Teper A. Neumonía bacteriana aguda en de la comunidad en Enfermedades respiratorias pediátricas. México 2003. Cap 26, página 231.
4. Capacidad para predecir etiología con la radiografía de tórax en niños hospitalizados con neumonía. Torres et al. *Arch Arg Ped* 2006.
5. Nizar F. Maraga, Pneumococcal Infections, *Pediatrics in review* 2014,35:299.
6. The treatment of methicillin-Resistant *Staphylococcus Aureus* infections in adults and children: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. IDSA Guidelines. 2011.
7. Recomendaciones para la vigilancia, prevención y atención de enfermedades respiratorias agudas en argentina, Ministerio de salud, Presidencia de la Nación, actualización 2015.
8. Denny FW Jr. The clinical impact of human respiratory virus infections. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:S4.
9. Chertow DS, Memoli MJ. Bacterial coinfection in influenza: a grand rounds review. *JAMA* 2013; 309:275.
10. Blood Cultures in the emergency department evaluation of childhood pneumonia. *Pediatr Infect Dis J*. 2011.