

# Ateneo de residentes de clínica pediátrica HNRG

SECCIÓN A CARGO DE **LUIS F. MAMMI (CODEI)**

**LUCAS TRINITARIO<sup>a</sup>, AGOSTINA VIETRI<sup>a</sup>, EMILIA PADILLA<sup>b</sup>, ERNESTINA SARMIENTO<sup>b</sup>**

## PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Nombre y Apellido: A. S.

Edad: 3 meses y 20 días.

Procedencia: San Miguel - Provincia de Buenos Aires.

Motivo de consulta: Control de Salud.

## PRIMERA CONSULTA

Niña de 3 meses y 20 días de edad, previamente sana, que concurre a Consultorio de Seguimiento Longitudinal del Niño y su Familia para realizar control de salud. La madre adolescente de 18 años, que vive con sus padres, concurre sola a la consulta. Durante la anamnesis se recaba que la niña se alimenta con lactancia materna exclusiva a libre demanda. Realiza numerosas tomas cortas, de 6 a 8 minutos de duración, a lo largo del día. Niega tos, ahogos, vómitos o cambios de coloración durante la misma. Sin embargo, refiere dificultades en la interpretación del llanto de su hija. Tanto la técnica de succión como el vínculo madre-hija impresionan adecuados.

Al evaluar el crecimiento ponderal en relación a controles previos se observa caída de dos percentilos en el peso, con mantenimiento del percentilo de talla y de perímetro cefálico. Se constatan los siguientes parámetros antropométricos: peso: 6.450 gramos (Pc 50-75), talla: 63.5 centímetros (Pc 75-90) y perímetro cefálico: 41 centímetros (Pc 75).

## EXAMEN FÍSICO

Paciente en buen estado general, vigil, reactiva, rosada. Se encuentra normohidratada y

normoperfundida, con frecuencias cardíaca y respiratoria adecuadas para su edad. La auscultación cardíaca y pulmonar son normales. El abdomen es blando, depresible, no impresiona doloroso. Los genitales son acordes a sexo y edad y el ano impresiona permeable. Madre refiere que cambia 6 pañales de diuresis por día. Se constatan cataris coloreadas de consistencia normal, una o dos diarias.

## ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- Nacida de término (39 semanas)
- Peso adecuado para edad gestacional (3.900, Pc>97)
- Primera gesta.
- Embarazo controlado con serologías virales y parasitarias negativas.
- Prueba de Pesquisa Neonatal negativa.
- Sin antecedentes familiares de relevancia.
- Presentó catarro de vías aéreas superiores con un registro febril a los 2 meses.
- Desarrollo neuromadurativo acorde.
- Vacunas completas.

## Diagnósticos diferenciales iniciales

- Hipoaporte alimentario
- Infección del tracto urinario
- Alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV)

## Abordaje diagnóstico

Considerando el examen físico normal y las dificultades en la alimentación, se asume como regular progreso ponderal por hipoaporte. Se dan

a. Residente de primer año de Clínica de Pediatría del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez (HNRG)

b. Jefa de residentes de Clínica Pediatría (HNRG)

pautas de puericultura y se cita a control en 10 días.

Concurre a control a los 10 días, constatándose mejoría de la técnica alimentaria (tomas más prolongadas, con intervalos de 3-4 horas) y mejorado progreso ponderal: aumento de 17 gramos/día (Peso: 6.620 gramos). Se refuerzan pautas de puericultura y se cita a control en un mes.

La paciente regresa a la consulta a los 6 meses y 10 días, refiere haber realizado controles en un centro de salud cercano a su domicilio. Se constata descenso en las curvas de percentilos de peso y talla. P: 6.890 gr (Pc 25-50), T 65 cm (Pc25). No se encuentran hallazgos patológicos en el examen físico y la madre niega síntomas asociados. Con sospecha de infección del tracto urinario, se realiza análisis orina cuyo sedimento que resulta patológico. Se solicita urocultivo que es positivo para *Escherichia coli* por lo que cumple 10 días de tratamiento con cefalexina 50 mg/kg/día de acuerdo a sensibilidad. Presenta evolución favorable, constatándose adecuado progreso ponderal al finalizar tratamiento antibiótico.

Al mes siguiente se observa descenso de 30 gramos (Figura 1). Refiere registro febril de 38°C el día anterior.

Se realizan los siguientes estudios complementarios:

- Hemograma: GB 11200mm<sup>3</sup> (NS 25%/L61%/Mo11%), Hb 10.4 g/dl, VCM 70fl, CHCM 20

g/dl, Plaquetas +++. Anemia microcítica hipocrómica.

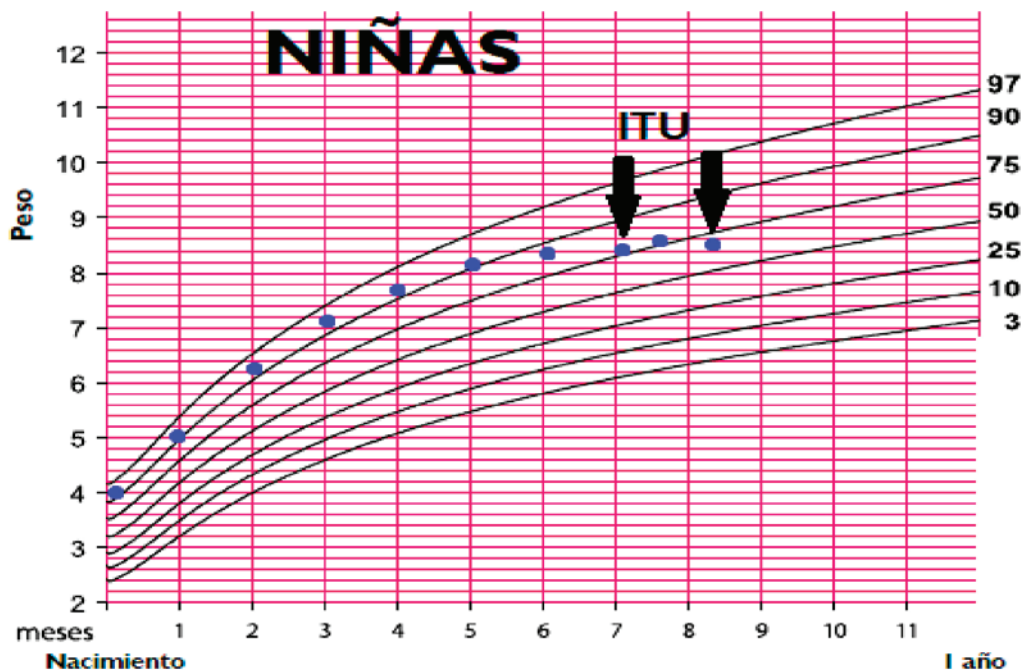
- Urea 11 mg/dl, Glucosa 83 mg/dl, ácido úrico 4 mg/dl, Creatinina 0.38 mg/dl, GPT 13 U/l, GOT 33U/l, Proteínas totales 7,9 g/dl, Albúmina 4,5 g/dl.
- Estado ácido base y ionograma normales.
- Se toma muestra de orina cuyo aspecto resulta turbio y de color blanquecino. Tira reactiva: presencia de glóbulos blancos, nitritos y hemáties.
- Urocultivo: *Pseudomona Aeuruginosa* > 100.000 UFC.

Se decide su internación en Unidad de Nefrología y se indica tratamiento con amikacina 15 mg/kg/día (ajustado a sensibilidad). Presenta buena respuesta terapéutica.

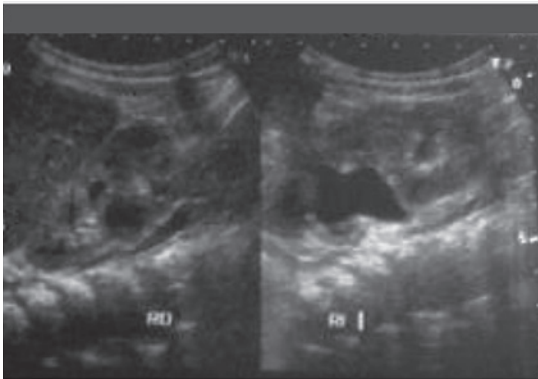
En virtud de los antecedentes, se sospecha uropatía con reflujo vesicoureteral y se solicitan:

- Ecografía renal y de vías urinarias que informa dilatación pielocalicial de polo superior de riñón izquierdo que mide 13 mm con disminución de espesor cortical (7 mm). Figura 2.
- Cistouretrograma miccional: se observa reflujo completo a hemisistema superior izquierdo grado IV y hemisistema grado II homolateral con clearance enlentecido, doble sistema completo y dilatación pielocalicial del polo superior izquierdo de 12mm. No se encuentran anomalías en las vías urinarias derechas.

Figura 1. Tabla de percentilos de peso.



**Figura 2.** Ecografía renal donde se observa dilatación pielocalicial de polo superior de riñón izquierdo



La paciente inicia seguimiento en Servicio de Urología. Se indica tratamiento profiláctico con cefalexina 25 mg/kg/día.

## DISCUSIÓN

La supervisión del crecimiento ponderal es una de las principales actividades en la práctica pediátrica habitual. A pesar del gran número de trabajos y guías de práctica clínica al respecto, no existe en la actualidad una definición para el mal progreso de peso en niños debido a la falta de consenso sobre qué parámetros de crecimiento utilizar.<sup>1</sup> Las causas más frecuentes varían según la edad de presentación, tal como se muestra en la *Tabla 1*.

**TABLA 1.** Factores contribuyentes a mal progreso de peso según grupo etáreo<sup>2-4</sup>

Edad de Inicio del Mal Progreso de Peso	Posibles Factores Contribuyentes
Prenatal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción del crecimiento intrauterino</li> <li>• Prematurez</li> <li>• Infección intrauterina</li> <li>• Síndromes congénitos (metabólicos o cromosómicos)</li> <li>• Exposición a teratógenos (alcohol, anticonvulsivantes, tabaquismo materno, cafeína)</li> </ul>
Nacimiento - 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Succión inadecuada (alimentados a pecho/mamadera)</li> <li>• Incorrecta preparación de la leche de fórmula</li> <li>• Problemas al amamantar</li> <li>• Inadecuada cantidad de tomas</li> <li>• Dificultades en la interacción para la alimentación/decodificación de las necesidades del niño</li> <li>• Negligencia paterna</li> <li>• Enfermedad mental paterna</li> <li>• Patologías metabólicas/cromosómicas/anatómicas</li> <li>• Hipoaporte (en posible relación con pobreza)</li> <li>• Disfunción motora oral</li> <li>• Fibrosis quística</li> <li>• Intolerancia a la proteína de leche de vaca</li> <li>• Cardiopatía congénita</li> <li>• Reflujo gastroesofágico</li> </ul>
7 meses - 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas en la alimentación:</li> <li>• Dificultades en alimentación autónoma (en particular por cuidadores con mucha ansiedad respecto de la limpieza o ingesta)</li> <li>• Disfunción motora oral que interfiere con la adaptación a comidas de mayor textura</li> <li>• Retraso en la introducción de sólidos</li> <li>• Rechazo de alimentos nuevos (los cuales no vuelven a ser ofrecidos)</li> <li>• Oferta insuficiente o inadecuada de alimentos</li> <li>• Parasitosis intestinal</li> <li>• Alergias alimentarias</li> </ul>

Richard Sills<sup>5</sup> y Donald Berwick<sup>6</sup> realizaron de manera independiente, en los años 1978 y 1982 respectivamente, estudios que fueron paradigmáticos para el manejo del lactante con mal progreso de peso. Ambos tuvieron un diseño retrospectivo e incluyeron pacientes menores de 3 años o 25 meses, respectivamente, hospitalizados por mal progreso ponderal sin causa aparente. En ambos casos, se concluyó que la realización de estudios complementarios sin una sospecha clínica no contribuyó al diagnóstico definitivo y que las principales causas estuvieron relacionadas con alteraciones en el vínculo con sus padres o en la calidad o cantidad del aporte.

La literatura actual sugiere un abordaje diagnóstico basado en el interrogatorio y el examen físico exhaustivos para identificar una patología orgánica subyacente. En los pacientes sin hallazgos específicos, se propone realizar en una primera instancia, intervenciones relacionadas con el vínculo madre-hijo y la técnica alimentaria.<sup>7</sup>

En caso de falta de mejoría se plantean como estudios iniciales la realización de hemograma, proteína C reactiva (PCR), eritrosedimentación (ESD) para la búsqueda de anemia, infección crónica, inflamación y enfermedades malignas; así como cultivo y análisis de orina para detectar enfermedades renales oligosintomáticas tales como infección urinaria o acidosis tubular renal.<sup>8</sup>

En el caso de nuestra paciente, inicialmente se indicaron pautas alimentarias pero, al observarse falta de respuesta, se solicitaron los estudios complementarios que permitieron diagnosticar una infección urinaria.

Los signos y síntomas habituales en lactantes con infección urinaria, incluyen fiebre, irritabilidad, letargo y vómitos. Con menor frecuencia se observan rechazo del alimento y mal progreso de peso.<sup>9</sup>

Si bien la infección urinaria es una patología muy prevalente en la práctica pediátrica, no existe consenso respecto a cuáles exámenes complementarios son necesarios una vez diagnosticada. Asimismo, la aproximación inicial frente al paciente con infección urinaria ha cambiado en los últimos años, acercándose a una estrategia que intenta evitar la realización excesiva de exámenes complementarios a todos los pacientes.

La Academia Americana de Pediatría sugiere la realización de ecografía a los pacientes entre 2 y 24 meses que cursan un primer episodio de in-

fección urinaria febril. Además, propone realizar CUGM frente a pacientes con hallazgos ecográficos patológicos o en casos recurrentes o atípicos (infección urinaria asociada a mal estado general, oliguria, masa abdominal, caída del filtrado glomerular, falta de respuesta luego de 48 hs de tratamiento antibiótico o rescate de gérmenes no *E. coli*).<sup>9</sup>

Por otro lado, las guías elaboradas por NICE (National Institute for Health and Care Excellence) plantean realizar ecografías a los pacientes menores de 6 meses. En cuanto a los mayores de 6 meses, sugieren realizarla ante casos recurrentes o atípicos. Coinciden con los criterios de realización de CUGM en menores de 6 meses, aunque en mayores de esta edad plantean la realización de la misma ante ecografía con dilatación, oliguria, germen no *E. coli* o antecedentes familiares de reflujo.<sup>10</sup>

En el caso de nuestra paciente, se decidió realizar una ecografía renal y de vías urinarias, por tratarse de una infección urinaria que se manifestó por mal progreso de peso y de forma recurrente. Ante el diagnóstico de uropatía, se realizó la CUGM.

## CONCLUSIÓN

En un paciente con mal progreso de peso, la anamnesis y el examen físico son nuestras principales herramientas diagnósticas. Excepto que existan hallazgos que sugieran patología específica se sugiere realizar intervenciones nutricionales y conductuales como tratamiento de primera línea. Considerar solicitar estudios complementarios en un paciente que no mejora con medidas iniciales.

Se debe sospechar infección urinaria en lactantes con mal progreso de peso ya que puede presentarse de forma oligosintomática o con síntomas atípicos.

En pacientes con diagnóstico de infección urinaria considerar en cada caso la necesidad de estudios por imágenes para la detección de uropatías.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Spencer NJ. Failure to think about failure to thrive. *Arch Dis Child* 2007; 92 (2):95-6.
2. Frank D. Failure to thrive: Mystery, myth and method. *Contemp Pediatr* 1993; 10:114.
3. McDougall P, Drewett RF, Hungin AP et al. The detection of early weight faltering at the 6-8-week check and its association with family factors, fee-



- ding and behavioural development. *Arch Dis Child* 2009; 94(7):549-52.
4. Olsen EM, Skovgaard AM, Weile B et al. Risk factors for weight faltering in infancy according to age at onset. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2010; 24 (4):370-82.
  5. Sills RH. Failure to Thrive. The Role of Clinical and Laboratory Evaluation. *Am J Dis Child* 1978; 132(10):967-9.
  6. Berwick D, Levy JC, Kleinerman R. Failure to thrive: diagnostic yield of hospitalization. *Arch Dis Child* 1982; 57 (5):347-51.
  7. Larson-Nath C, Biank V. Clinical Review of Failure to Thrive in Pediatric Patients. *Pediatric Annals* 2016; 45(2): 46-9.
  8. Zanel JA. Failure to thrive: a general pediatrician's perspective. *Pediatr Rev* 1997; 18(11):371-8.
  9. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Urinary Tract Infection. Committee on quality improvement and management. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. *Pediatrics* 2011; 128(3):595-610.
  10. Clinical guideline on urinary tract infection in under 16s – Diagnosis and management. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2007. (Consulta 10 de mayo 2019). Disponible en <https://www.nice.org.uk/guidance/cg54>.