



Boletín Médico del Hospital Infantil de México

www.elsevier.es/bmhim



CASO CLÍNICO PATOLÓGICO

Neumonía de la comunidad con presentación poco frecuente



Community-acquired pneumonia with infrequent presentation

Mario Perezpeña-Diazconti^{a,*}, Sarbelio Moreno Espinosa^b,
Bertha Lilia Romero Baizabal^c y Diana Aidee Guerrero Reséndiz^d

^a Departamento de Patología Clínica y Experimental, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México

^b Departamento de Infectología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México

^c Departamento de Imagen, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México

^d Departamento de Urgencias, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México

Recibido el 14 de julio de 2017; aceptado el 18 de julio de 2017
Disponible en Internet el 26 de noviembre de 2017

1. Resumen de la historia clínica

Se presenta el caso de un lactante masculino de 3 meses de edad, eutrófico en relación a la talla para la edad, con peso no valorable por edema, con esquema de vacunación completo para la edad.

1.1. Antecedentes

Madre de 20 años de edad con escolaridad preparatoria, ama de casa, negó tatuajes, alcoholismo y tabaquismo, aparentemente sana. Padre de 20 años de edad, estudiante, trabajo técnico, negó tatuajes, alcoholismo y tabaquismo. Hijo único. Abuelo paterno con diabetes mellitus tipo 2.

Paciente originario y residente de la Ciudad de México. Habitó casa propia con materiales perdurables, con todos los servicios básicos. Vivienda con dos cuartos que cohabitó con cinco personas. Negó convivencia con animales. Alimentación exclusiva a seno materno. Refirió

inmunizaciones completas, aunque no mostró cartilla de vacunación.

Producto de la primera gesta. Control prenatal desde el primer mes, nueve consultas, suplemento de hierro y ácido fólico. Parto eutócico a las 38 semanas de gestación (SDG). Lloró y respiró al nacer. Apgar 8/9, peso 2480 g, talla 42 cm. Egresó con la madre 48 horas después del alumbramiento. Negó alergias, transfusiones, traumatismos y hospitalizaciones.

1.2. Padecimiento final

El paciente presentó fiebre de 38 °C de 4 días de evolución, atenuada con medios físicos, hiporexia con pobre succión, evacuaciones disminuidas en consistencia de 3 días de evolución no fétidas, sin moco ni sangre. Se detectó oligoanuria de 4 días de evolución, de inicio insidioso, progresivo, secundario a la disminución de ingesta de líquidos. Alteración del estado de alerta de 4 días de evolución, con irritabilidad, somnolencia y poca respuesta a estímulos. El paciente acudió a consulta en dos ocasiones. Se diagnosticó faringitis y se dio tratamiento con amoxicilina y paracetamol, sin mejoría. Se diagnosticó leucemia y el paciente se refirió al Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mpdiazconti@gmail.com
(M. Perezpeña-Diazconti).

Paciente masculino, peso 6.5 kg, talla 60 cm, frecuencia cardíaca (FC) 140/min, frecuencia respiratoria (FR) 32/min, tensión arterial (TA) 95/50 mmHg, temperatura 36.9°C, llenado capilar 3 s. Paciente de edad similar a la cronológica, íntegro, simétrico, hidratado, con palidez de piel y tegumentos, cráneo normocéfalo, fontanela anterior normotensa, ojos simétricos, pupilas mióticas normorrefléxicas, membrana timpánica íntegra. Narinas permeables, tórax normolíneo con campos pulmonares con estertores gruesos, bilaterales, de predominio basal. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Abdomen blando, depresible, con borde hepático de 4-3-3 cm y esplenomegalia de 1-1-1 cm por debajo de reborde costal. Peristalsis disminuida. Extremidades íntegras, edematosas, genitales fenotípicamente masculinos, testículos en ambas bolsas escrotales. Lesiones purpúricas en miembros inferiores y superiores.

Se iniciaron cargas con solución fisiológica 20 ml/kg y carga de albúmina, sin mejoría; se agregó dobutamina, adrenalina, norepinefrina e hidrocortisona. Se diagnosticó choque refractario y se realizó intubación. Se inició tratamiento con cefotaxima y vancomicina. Se sospechó meningococemia y se solicitó hemodiálisis. Sin embargo, persistió la falla orgánica múltiple. El paciente ingresó a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) con disfunción hematológica, cardiovascular, respiratoria y coagulación intravascular diseminada (CID). El caso se complicó con falla renal aguda, y el paciente se consideró como candidato a reemplazo renal. Se diagnosticó púrpura fulminante con necrosis de tejidos, trombosis de vasos pequeños y CID. Con base en la frecuencia, se sospechó la presencia de meningococemia, que se manejó con plasma fresco congelado, concentrado plaquetario, gammaglobulina, vitamina K, enoxaparina y plasmaféresis. Presentó hipotensión arterial persistente, acidosis metabólica, púrpura fulminante, CID, falla orgánica múltiple, hipocalcemia y paro cardiovascular.

2. Imagenología

La [figura 1](#) corresponde a proyección toraco-abdominal anteroposterior. En la región parahiliar del lado izquierdo se observan cambios de radiodensidad que representan áreas de congestión, sin afección en el resto de los pulmones. En el abdomen se observa un patrón de tipo poliédrico de las asas intestinales y el hígado está ligeramente desplazado en sentido cefálico. Se observa un catéter en aurícula derecha, una cánula traqueal y los arcos costales están horizontalizados. En el ultrasonido transfontanelar, con cortes sagitales coronales y axiales, el sistema ventricular es pequeño, con plexos coroideos de ecogenicidad y situación adecuada. En el corte parasagital, el sistema ventricular presenta volumen disminuido. El ultrasonido abdominal muestra un asa de intestino que ha perdido su morfología, cuya pared tiene un grosor de aproximadamente 9 mm y líquido libre. En el ultrasonido doppler de miembros pélvicos se detectó permeabilidad, tanto de las venas como de las arterias, sin datos de trombosis; los trayectos de la arteria pedia a la tibial, tanto arteriales como venosos, no presentaron alteración. Finalmente, se puede hacer un diagnóstico por imagen de edema cerebral leve, pulmones con edema y hemorragia bilateral, sin descartar un proceso infeccioso, líquido

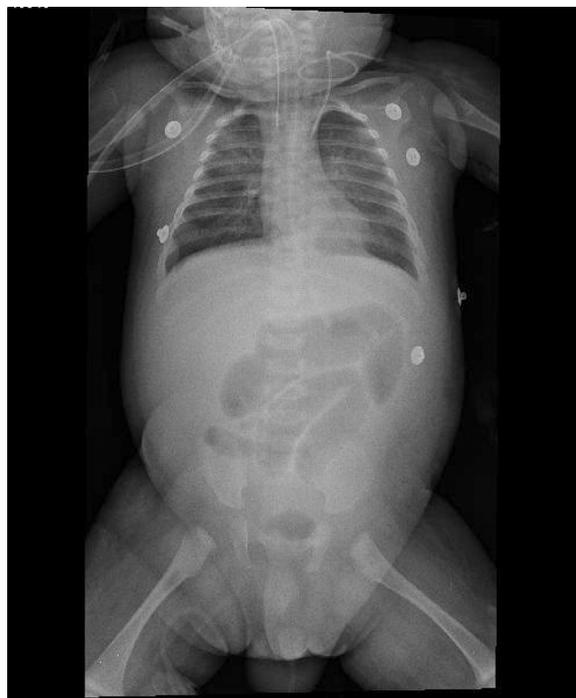


Figura 1 Proyección toraco-abdominal anteroposterior. En la región parahiliar del lado izquierdo hay cambios de radiodensidad que representan áreas de congestión. En el abdomen se observa un patrón de tipo poliédrico de las asas intestinales y el hígado está ligeramente desplazado en sentido cefálico. Se observa un catéter en aurícula derecha, una cánula traqueal y los arcos costales están de manera horizontal.

libre en abdomen, engrosamiento de la mucosa intestinal y anasarca.

3. Discusión

Se presenta el caso de un paciente lactante masculino de 3 meses de edad, eutrófico en relación a talla para la edad, con peso no valorable por edema, con esquema de vacunación completo para la edad. Se pueden integrar los siguientes diagnósticos sintomáticos: síndrome febril, por fiebre de hasta 38°C de cuatro días de evolución; síndrome diarreico, con evacuaciones disminuidas de consistencia de tres días de evolución en tres ocasiones con moco sin sangre; síndrome infeccioso, por fiebre y el cuadro diarreico ya descrito; síndrome de insuficiencia respiratoria, con base en la alteración del estado de alerta que progresó a somnolencia y poca respuesta a estímulos, con criterios gasométricos de acidosis respiratoria con una presión de CO₂ de 70 mmHg e hipoxemia grave; síndrome de fuga capilar, por hipoalbuminemia y datos referidos de sobrecarga hídrica e hipotensión corregida con agente vasopresor; síndrome hemorrágico de tipo purpúrico, con base en la producción de hemorragias espontáneas de tipo de la erupción de petequias y hematomas; síndrome anémico, con palidez de tegumentos, hemoglobina menor al límite normal para la edad microcítica de acuerdo con el volumen corpuscular medio; síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, por la presencia de taquicardia, leucopenia y fiebre; síndrome de disfunción

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8604279>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8604279>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)