

Sesión Interactiva - Viernes 15 de abril 10:30 a 12:15 hs

***Casos clínicos en pediatría ambulatoria:
Haga su diagnóstico!
Paciente con infecciones recidivantes***



**Dra. Claudia Vrátnica
Infectología Pediátrica
Hosp. Juan Pablo II**

**JORNADAS NACIONALES DEL CENTENARIO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA
Infectología Pediátrica
Buenos Aires, 14 al 16 de Abril de 2011**

CASO 1- Efraín - 14 meses de edad cronológica-

Eutrófico. Hipoplasia de maxilar inferior?

Al finalizar un curso de Amoxicilina por CVAS presenta “angina” con fiebre (39°C) y tos.

Al 3er día de fiebre, decaimiento, tos y congestión nasal, con Orina sp y Hemograma con granulaciones tóxicas, le indican co-Amoxi-clav.

Al 5º día sigue con fiebre, decaimiento, mucho moco nasal, tos frecuente y ahora “agitación”.

Al 5° día ...Hemograma y Orina sp. Rx tórax: infiltrado basal derecho sin traducción auscultatoria.

Viene con el padre y la abuela quién dice que Efraín es prematuro, estuvo en respirador y que “vive enfermo”*. Además tuvo una hermanita que murió al año de edad en ARM, y la madre está en casa con neumonía.

Inicia Ceftriaxona + macrólido. La fiebre cede en 24 hs. Completa ATB VO con buena evolución.

***anteced. de fiebre y CVAS e I frecuentes (6-7 episodios) con cursos cortos de Amoxicilina.**

UD. se plantea qué hacer: se trata de infecciones frecuentes pasajeras que no forman parte de una enfermedad grave o puede haber patología de base?

- 1) por evolución y antecedentes decide descartar inmunodeficiencias, principalmente agamaglobulinemias y HIV**
- 2) trata el episodio actual y tranquiliza a la familia: a esta edad suelen tener 6-10 resfríos/año, que duran menos de 10 días y mejoran generalmente sin ATB**
- 3) aunque suelen tener 6-10 resfríos/año, profundiza el interrogatorio hacia otras causas de IRR (factores favorecedores como ausencia de lactancia, defectos anatómicos y funcionales, FQP, inmunodeficiencias)**
- 4) por antecedentes decide pedir test del sudor**
- 5) sugiere interconsulta con genética**

UD. se plantea qué hacer: se trata de infecciones frecuentes pasajeras que no forman parte de una enfermedad grave o puede haber patología de base?

- 1) por evolución y antecedentes decide descartar inmunodeficiencias, principalmente agamaglobulinemias y HIV
- 2) trata el episodio actual y tranquiliza a la familia: a esta edad suelen tener 6-10 resfríos/año, que duran menos de 10 días y mejoran generalmente sin ATB
- 3) aunque suelen tener 6-10 resfríos/año, profundiza el interrogatorio hacia otras causas de IRR (factores favorecedores como ausencia de lactancia, defectos anatómicos y funcionales, FQP, inmunodeficiencias)
- 4) por antecedentes decide pedir test del sudor
- 5) sugiere interconsulta con genética

Sigue interrogando y obtiene los siguientes datos:

RNPT extremo (27 S)- PN 950 grs. Internación prolongada en Neo, en ARM. Pequeña hemorragia IV. Ceguera de ojo derecho.

Lactancia materna 4 meses.

Pautas madurativas: se sienta (hace trípode), sostiene biberón, lalación. Consume semisólidos y “se ahoga” al probar sólidos. Se alimenta semi acostado.

Mantiene controles con pediatra, neurólogo, oftalmólogo, ORL, fonoaudiólogo y estimuladora.

Buen medio socioeconómico. Convivientes: padres, 2 hermanas de 6 y 11 años, y abuelos maternos.

Hermana RNPT fallecida al año de edad, en ARM con daño neurológico 2dario a BQL+ laringomalacia y paro CR.

Madre HIV NR en todas las gestas. Sin consanguinidad. Consulta con Genetista sp. Se descartó FQP. Sin RGE. Vacunas adecuadas a edad. Padres vacunados para gripe (abuelos y hermanas NO).

PERCEPCIÓN FLIAR .≠ REALIDAD MEDICA

CASO 2 Pablo – 13 meses – DN 1º límite.

Consulta por diarrea de 3 semanas de evolución, posterior a ATB indicado a foco ótico.

Tuvo 2 episodios de OM derecha supurada cerca del año, que mejoraron con ATB (CRO IM y luego ATB vo.)

El hermano de 3 años tuvo OM supurada, historial de BOR y estuvo internado recientemente por SPP con evolución tórpida. Ambos tuvieron resfríos comunes.

Ambos RNT, con buen perinatólogo. Tuvieron lactancia materna 6-8 meses. Maduración adecuada. Vacunas incompletas.

Bajo nivel socio económico. Padre añoso. Interrogando exhaustivamente surge que los hermanos maternos fallecieron en la infancia.

Laboratorios de Pablo:

Hemograma con anemia leve. Orina y Coprocultivo sp. Parasitológico con giardias. Proteinograma electroforético con γ globulinas levemente achatadas.

El cuadro puede deberse a:

- 1) inadecuado manejo higiénico dietético**
- 2) infección por HIV**
- 3) Fibrosis quística**
- 4) agammaglobulinemia ligada al sexo**
- 5) hipogamma transitoria de la infancia**

El cuadro puede deberse a:

- 1) inadecuado manejo higiénico dietético**
- 2) infección por HIV**
- 3) Fibrosis quística**
- 4) agammaglobulinemia ligada al sexo**
- 5) hipogamma transitoria de la infancia**

CASO 3 Juan – 6 años - DN 1º

Hijo de padres HIV diagnosticados al momento del parto. El niño tuvo profilaxis ARV. Sin lactancia materna. Alta de seguimiento con HIV NR.

Consultas frecuentes por resfríos, rinitis, tos pertinaz, bronquitis, broncoobstrucción y piodermitis. Mejora con tratamiento sintomático, y en ocasiones recibió cursos de Amoxicilina, o Cefalexina.

Amígdalas hipertróficas. Es roncador. Trae varias serologías para HIV NR. Hemogramas sp con anemia.

Bajo nivel socio económico.

Casa precaria. Hacinamiento, grupo conviviente con 12 personas: ambos padres, 5 hermanitos, los cuñados y sus hijos.

Varios niños con piodermitis.

Padre ladrillero, viven en cercanías de la fábrica con calles de tierra y lodazal.

Irritantes ambientales (polvo y humo).

Cómo plantea este paciente:

- 1) probablemente sano, decide no agredir ni causar más ansiedad reiterando estudios**
- 2) niño alérgico, sugiere eliminar alérgenos y agrega loratadina**
- 3) no descarta inmunodeficiencia, dado el anteced. parental.**
- 4) debe descartar enfermedad crónica no inmunológica (FQP, TBC)**
- 5) probablemente sano, pero expuesto a polutantes y con factores de riesgo para IRR. Pide estudios básicos (hemograma, proteinograma, dosaje de Igs, HIV, orina, coproparasitológico, Rx tórax y cávum, catastro de TBC)**

Cómo plantea este paciente:

- 1) probablemente sano, decide no agredir ni causar más ansiedad reiterando estudios
- 2) niño alérgico, sugiere eliminar alérgenos y agrega loratadina
- 3) no descarta inmunodeficiencia, dado el anteced. parental.
- 4) debe descartar enfermedad crónica no inmunológica (FQP, TBC)
- 5) probablemente sano, pero expuesto a polutantes y con factores de riesgo para IRR. Pide estudios básicos (hemograma, proteinograma, dosaje de Igs, HIV, orina, coproparasitológico, Rx tórax y cávum, catastro de TBC)

**CASO 4 Micaela – 2 años 6 meses - Eutrófica
Hija de Médico.**

En el último año presentó 8-9 CVAS, en ocasiones con fiebre por lo que tomó ATB, y 2 episodios de OMA (1 con mastoiditis que se trató con Ceftriaxona). 1 episodio moderado de broncoobstrucción.

Mejóro durante el verano.

Consulta por fiebre de hasta 39,8°C, con escasa respuesta a antitérmicos durante 1 semana, en que recibe Amoxicilina por angina y luego coAmoxi clav.

Previamente tuvo 2 días de rinitis y febrícula con epidemiología viral doméstica (la niñera y su hijo cursaban cuadro gripal). En días posteriores se agrega el padre de la nena, y tras 2 días afebril vuelve a cursar fiebre alta con cefalea.

La madre remarca el buen estado general fuera del registro.

Tiene fauces y oído derecho ligeramente congestivos que no justifican el cuadro a criterio del pediatra.

Hemograma, Orina y Rx tórax sp. Serología para Dengue (-).

Inicia Ceftriaxona y el mismo día desaparece la fiebre.

RNT . Lactancia materna 3 meses. Concorre a guardería. Vacunas completas para edad. Varicela a los 9 meses.

La pregunta:

- 1) considera que es un niño normal y su historial coincide con el inicio de guardería**
- 2) tranquiliza a la madre, el único episodio de mastoiditis no hace pensar en inmunodeficiencia**
- 3) pueden tratarse de rinitis estacionales con fiebre y moco “purulento”?**
- 4) debe descartar factores condicionantes como hipertrofia adenoidea o de cornetes**
- 5) todas son correctas**

La pregunta:

- 1) considera que es un niño normal y su historial coincide con el inicio de guardería**
- 2) tranquiliza a la madre, el único episodio de mastoiditis no hace pensar en inmunodeficiencia**
- 3) pueden tratarse de rinitis estacionales con fiebre y moco “purulento”?**
- 4) debe descartar factores condicionantes como hipertrofia adenoidea o de cornetes**
- 5) *todas son correctas***

Niño con Infecciones Recurrentes

Edward Richard Stiehm, MD

- 1. El niño probablemente sano: 50 %**
- 2. El niño alérgico: 30 %**
- 3. El niño crónicamente enfermo con trastorno no inmunológico: 10%**
- 4. El niño inmunodeficiente: 10%**

Specialty Allergy & Immunology

Hospital Affiliation Ronald Reagan UCLA Medical Center

Department of Pediatrics

Santa Monica-UCLA Medical Center and

Orthopaedic Hospital State

MEDICAL BOARD CERTIFICATION Clinical & Laboratory

Immunology, American Board of Allergy and Immunology, 1986

Allergy & Immunology, American Board of Allergy and

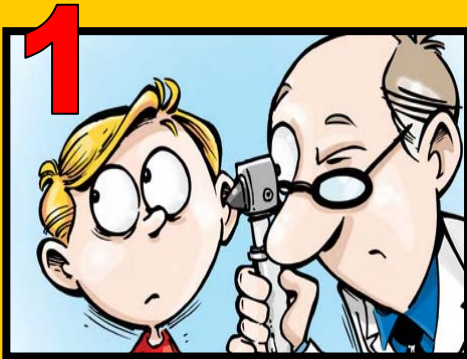
Immunology, 1974

Pediatrics, American Board of Pediatrics, 1964

JEFFREY MODELL FUNDATION

Primary Immunodeficiencies Resource Center

10 SEÑALES DE PELIGRO DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA



Cuatro o más infecciones de oídos nuevas en un año.

jmfworld.org
www.info4pi.org



Dos o más sinusitis graves en un año.





Dos meses o más de tratamiento con antibióticos con escaso efecto



Dos neumonías o más en un año



Curvas de peso y talla inadecuadas en los niños.

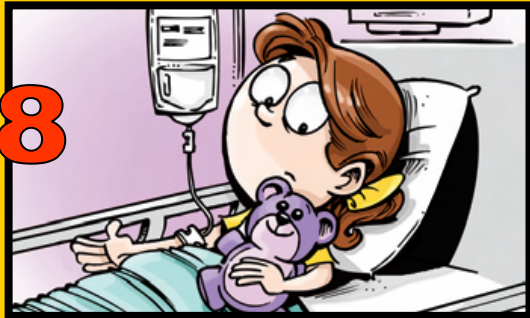


Abscesos en órganos o abscesos cutáneos profundos recurrentes





Persistencia de aftas bucales o micosis cutáneas después del primer año de vida.



Necesidad de recibir antibióticos intravenosos para eliminar las infecciones.



Dos infecciones profundas o más, incluida la septicemia



Antecedentes familiares de inmunodeficiencia primaria

Para que no se nos pierda la sonrisa, para que nuestro asombro tenga siempre la sabia fresca de las flores nuevas, para que la vida sea un eterno descubrimiento y no una rutina aburrida, no dejemos jamás de ser un poco niños, habitantes eternos de ese país de luz que es la infancia, porque:

“de niños somos todos un poco campesinos y tenemos los ojos del color del verano, se quiebran las estrellas en la sangre de vino y un ángel de la guarda nos lleva de la mano”

Poldy Bird