

Casos clínicos

Neumonía de mala evolución

Dr. Vila Fernando
Pediatra neumonólogo
fjvila@hotmail.com



Caso clínico N° 1

Neumonía de mala evolución

Dr. Vila Fernando
Pediatra neumonólogo
fjvila@hotmail.com



Motivo de consulta

- Niña de 18 meses que consulta a la guardia por tos seca de 8-10 hs de evolución.
- La madre refiere que su hija estaba sana y empezó a toser mientras dormía la siesta en el mismo jardín maternal dónde ella también trabaja.
- Comparte la salita con 10-15 chicos de distintas edades y hay varios que estaban también con una tos parecida.

Antecedentes Personales

- RNTPAEG. Sin internación en neonatología
- Lactancia materna 13 m.
- Concorre a guardería desde los 3 m.
- Niega antecedentes de obstrucción bronquial.
- No ahogos con la alimentación.
- Niega episodios asfícticos.
- No neumonías ni neumonitis previas.
- Inmunizaciones acorde a su edad.

Antecedentes Familiares

- Padre alérgico (rinitis)
- 1 Hermana 4 años (sana)

- Niegan tabaquismo
- Niegan foco TBC

Examen Físico

Peso 12,200 kg (P75-90). Altura 81 cm (P25)

Rinitis serosa. No estridor.

FR 38 FC 112

Tiraje intercostal leve, espiración prolongada con aisladas sibilancias y rales sin focalizar.

Saturometría 96-97%

Planteo diagnóstico

- 1) Laringitis
- 2) Asma del lactante
- 3) IRAB (bronquiolitis, neumonía típica o atípica)
- 4) RGE y/o trastorno deglutorio

Planteo diagnóstico

- 1) Laringitis
- 2) Asma del lactante
- 3) IRAB (bronquiolitis, neumonía típica o atípica)
- 4) RGE y/o trastorno deglutorio

Conducta terapéutica

- 1) B2 adrenérgicos
- 2) B2 adrenérgicos + corticoides inhalados
- 3) B2 adrenérgicos + corticoides orales
- 4) B2 adrenérgicos + amoxicilina
- 5) B2 adrenérgicos + claritromicina.

Conducta terapéutica

- 1) B2 adrenérgicos
- 2) B2 adrenérgicos + corticoides inhalados
- 3) B2 adrenérgicos + corticoides orales
- 4) B2 adrenérgicos + amoxicilina
- 5) B2 adrenérgicos + claritromicina.

¿Qué estudios pediría?

- 1) Hemograma completo con eritro o PCR.
- 2) Rx de Tórax (F)
- 3) Rx de Tórax (F y P)
- 3) Hemograma + Rx de Tórax (F)
- 4) No pide estudios y espera evolución.
- 5) No sabe que sospechar y lo interna.....

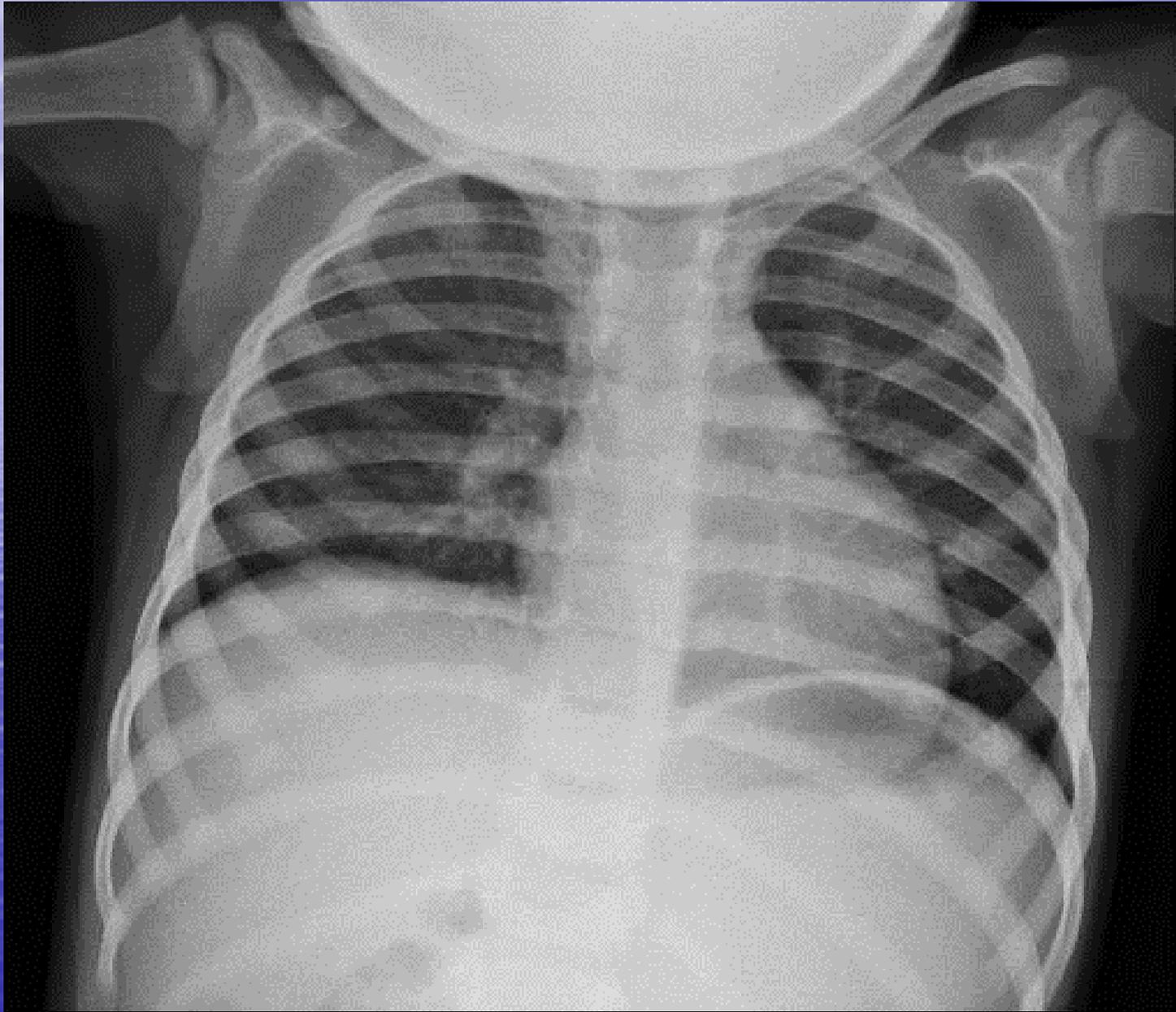
¿Qué estudios pediría?

- 1) Hemograma completo con eritro o PCR.
- 2) Rx de Tórax (F)
- 3) Rx de Tórax (F y P)
- 3) Hemograma + Rx de Tórax (F)
- 4) No pide estudios y espera evolución.
- 5) No sabe que sospechar y lo interna.....

Evolución

- Consulta a las 72 hs, por persistir con tos seca y agregar en el día de hoy registros febriles.
- A la auscultación (referida) constatan aisladas sibilancias con rales en base derecha.
- Realizan Rx de Tórax y asumen como NAC por lo que medican con amoxicilina a 80 mg/kg/día, por 10 días.

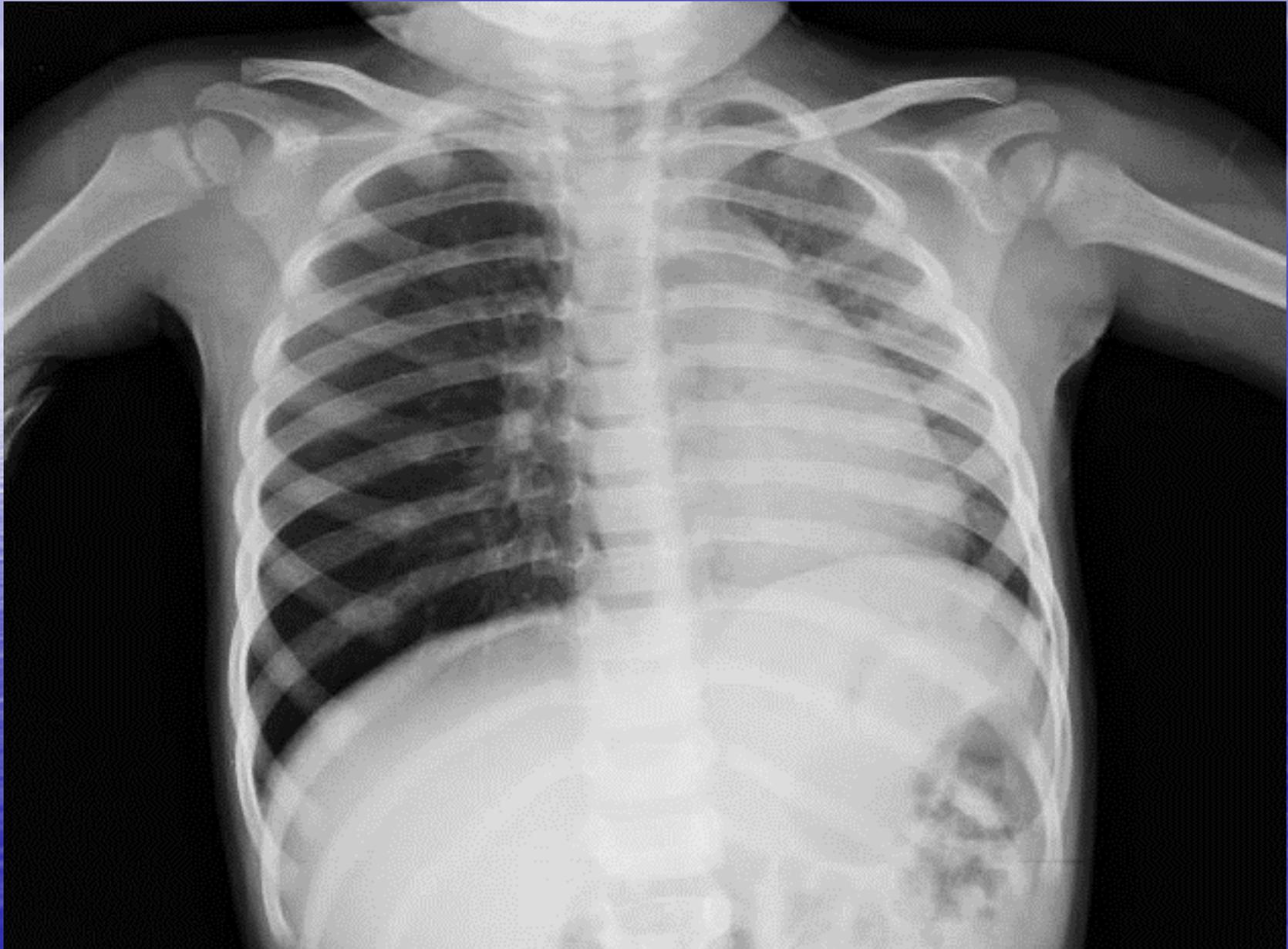
Rx de Tórax (frente) de la guardia (1)



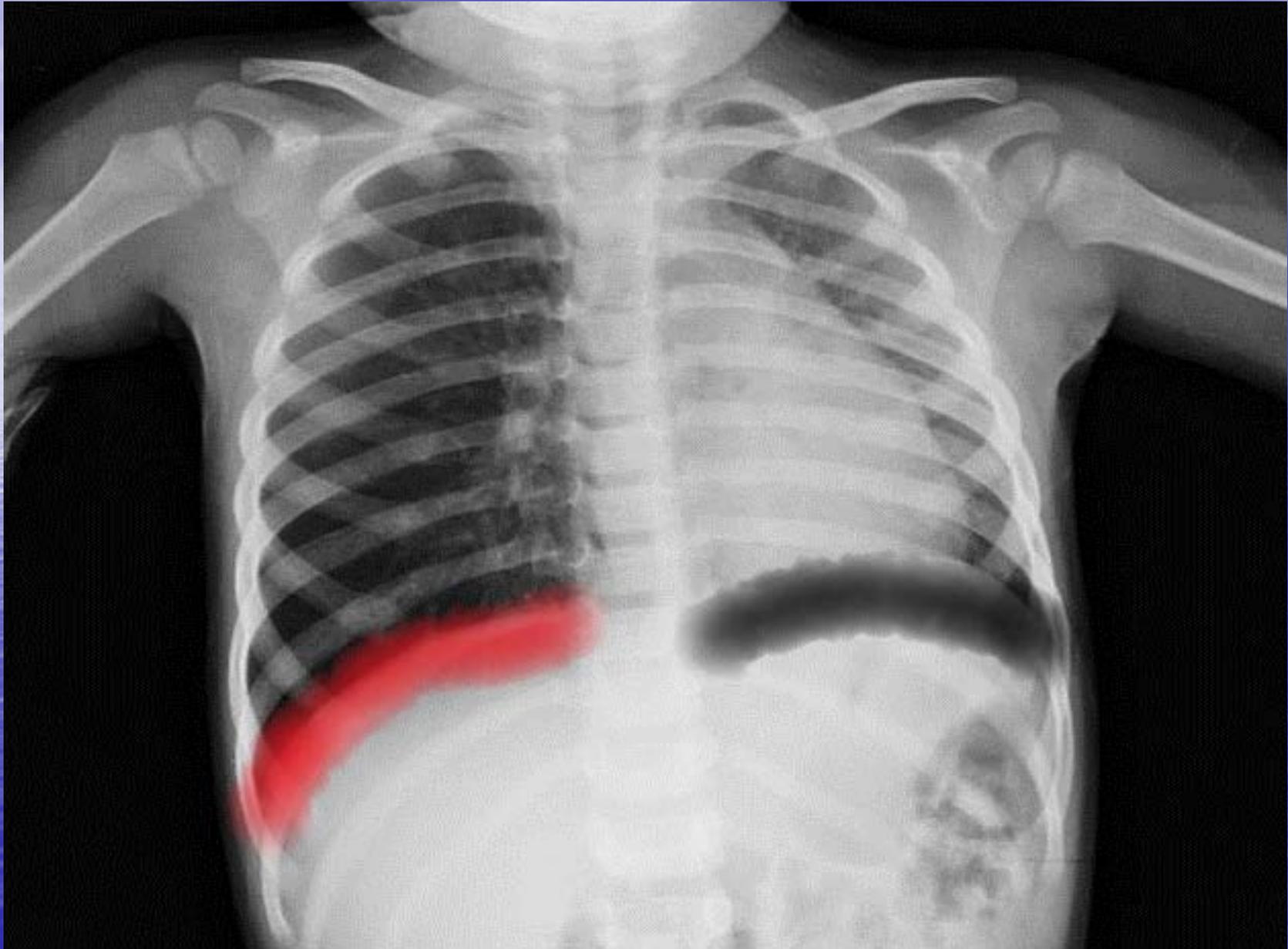
Evolución

- Luego de 3 semanas del inicio, la madre decide consultar a su pediatra ya que si bien la fiebre cedió a las 48 horas del ATB, persiste con tos, ahora catarral.
- Al examen físico: tiraje intercostal, marcada disminución (casi abolición) a la entrada de aire en todo el hemitórax derecho y con buena entrada de aire en el izquierdo, satura 95%.
- Por lo que solicitan Rx de Tórax (F).

Rx de Tórax (frente) de la guardia (2)



Rx de Tórax (frente) de la guardia (2)



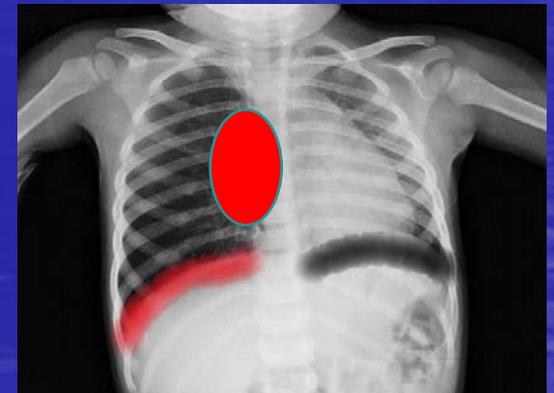
¿Dónde piensa que está localizado el proceso que genera estas imágenes en la Rx?

- 1) Vía aérea Derecha
- 2) Vía aérea Izquierda
- 3) Tráquea.



¿Dónde piensa que está localizado el proceso que genera estas imágenes en la Rx?

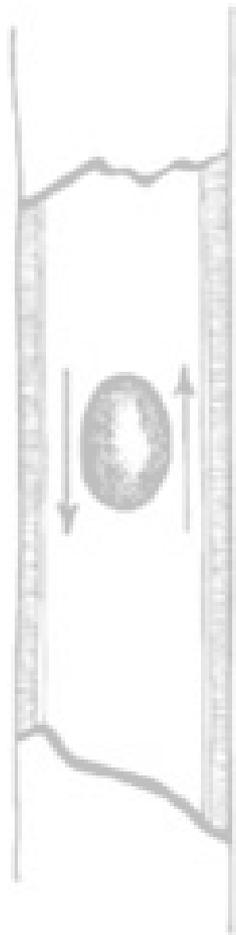
- 1) Vía aérea Derecha
- 2) Vía aérea Izquierda
- 3) Tráquea.





no obstructivo

A

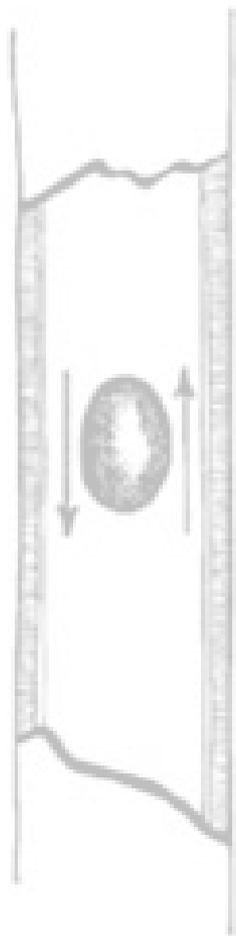


no obstructivo

Inspiración

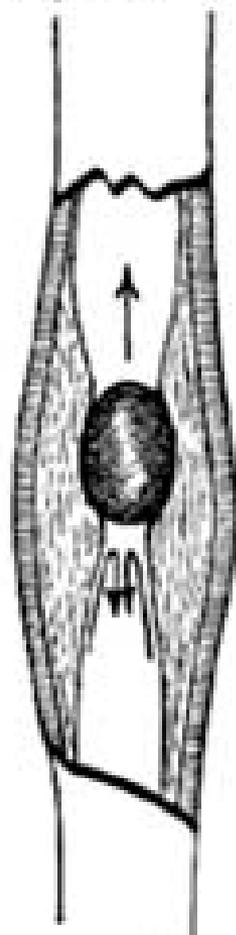


B



no obstructivo

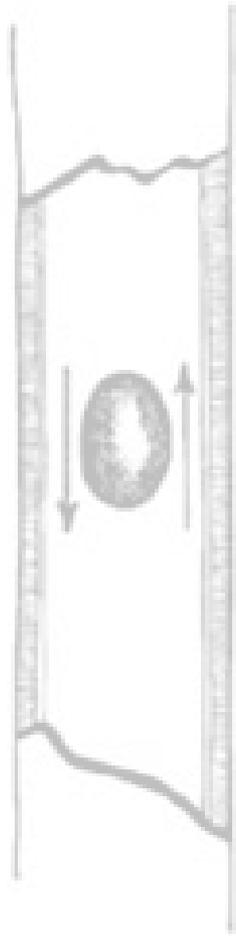
Inspiración espiración



enfisema obstructivo

B

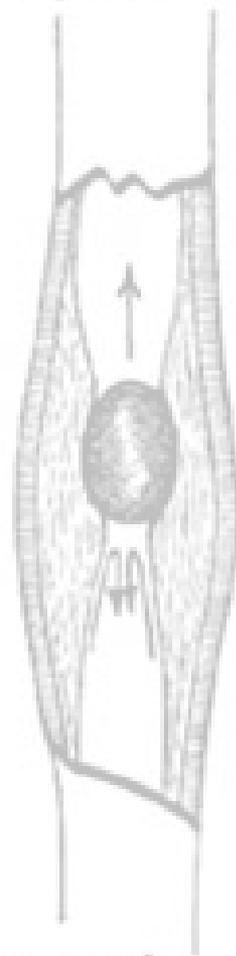
Inspiración espiración



no obstructivo



enfisema obstructivo



atelectasia obstructiva

C

¿Qué estudios pediría?

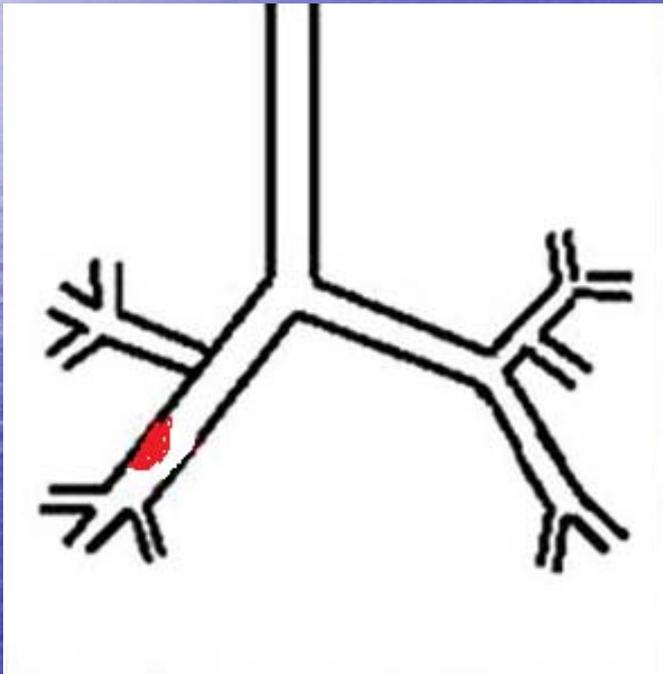
- 1) Rx de Tórax Perfil
- 2) Tac de Tórax
- 3) Endoscopía respiratoria
- 4) RMN Tórax

¿Qué estudios pediría?

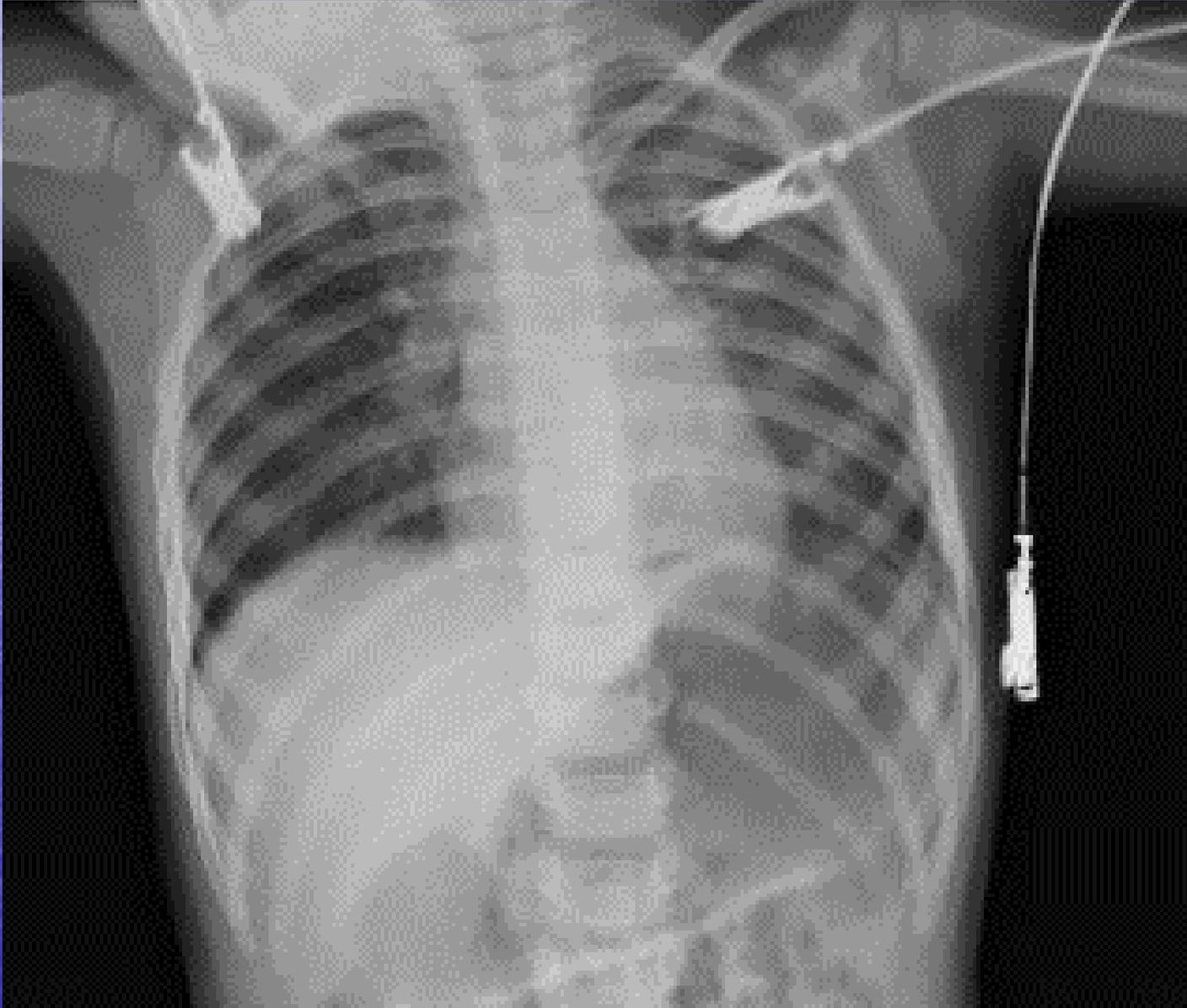
- 1) Rx de Tórax Perfil
- 2) Tac de Tórax
- 3) Endoscopía respiratoria
- 4) RMN Tórax

Diagnóstico final

- Maní en bronquio derecho



Rx de Tórax post-endoscopia (3)





- Diagnosticar la presencia de un cuerpo extraño en la vía aérea no es siempre fácil.
- Puede existir el antecedente de ahogo seguida de tos, vómitos, algún grado de dificultad respiratoria o cianosis.
- Estos síntomas no fueron intensos pueden haber sido olvidados o pueden no haber sido presenciados por adultos.
- Si el cuerpo extraño no es diagnosticado precozmente, puede permanecer alojado en la vía aérea por períodos prolongados.
- Los hallazgos descriptos no siempre son tan obvios y muchas veces recurrimos a pequeños trucos: Rx Tórax (F) en inspiración y espiración, Rx Tórax decúbito lateral derecho e izquierdo o puede complementarse con radioscopia.

Caso clínico N° 2

Neumonía de mala evolución

Dr. Vila Fernando
Pediatra neumonólogo
fjvila@hotmail.com



Motivo de consulta

- Paciente de 11 años (sexo masculino), que consulta por neumonía de 3 meses de evolución, habiendo recibido distintos esquemas ATB (amoxicilina, amoxicilina clavulánico, claritromicina , azitromicina) y KNT con mejoría clínica pero no radiológica.
- Presentó algunos registros febriles al comienzo del cuadro, sin decaimiento ni sudoración nocturna.
- En estos meses sólo refiere haber tenido 1-2 cuadros catarrales.

Antecedentes Personales

- Sin antecedentes perinatólogicos de jerarquía
- Cuadros obstrucción bronquial hasta los 4 años (montelukast con buena respuesta).
- Diagnóstico de enfermedad celíaca a los 2 años.
- No ronca. No respirador bucal.
- No vómitos ni diarreas.
- No neumonías ni neumonitis previas.
- Hace deporte con normalidad.
- Buen desarrollo pondo-estatural.
- Inmunizaciones acorde a su edad.

Antecedentes Familiares

- Padres (sanos) Abuelo materno (Asma)
- 1 Hermano sano de 5 años
- Padres fumadores (fuera de hogar)
- Niegan foco de TBC

Examen Físico

Peso 28 kg (P10-25). Altura 145 cm (P75)

Buen estado general, longilíneo

FR 22 FC 88

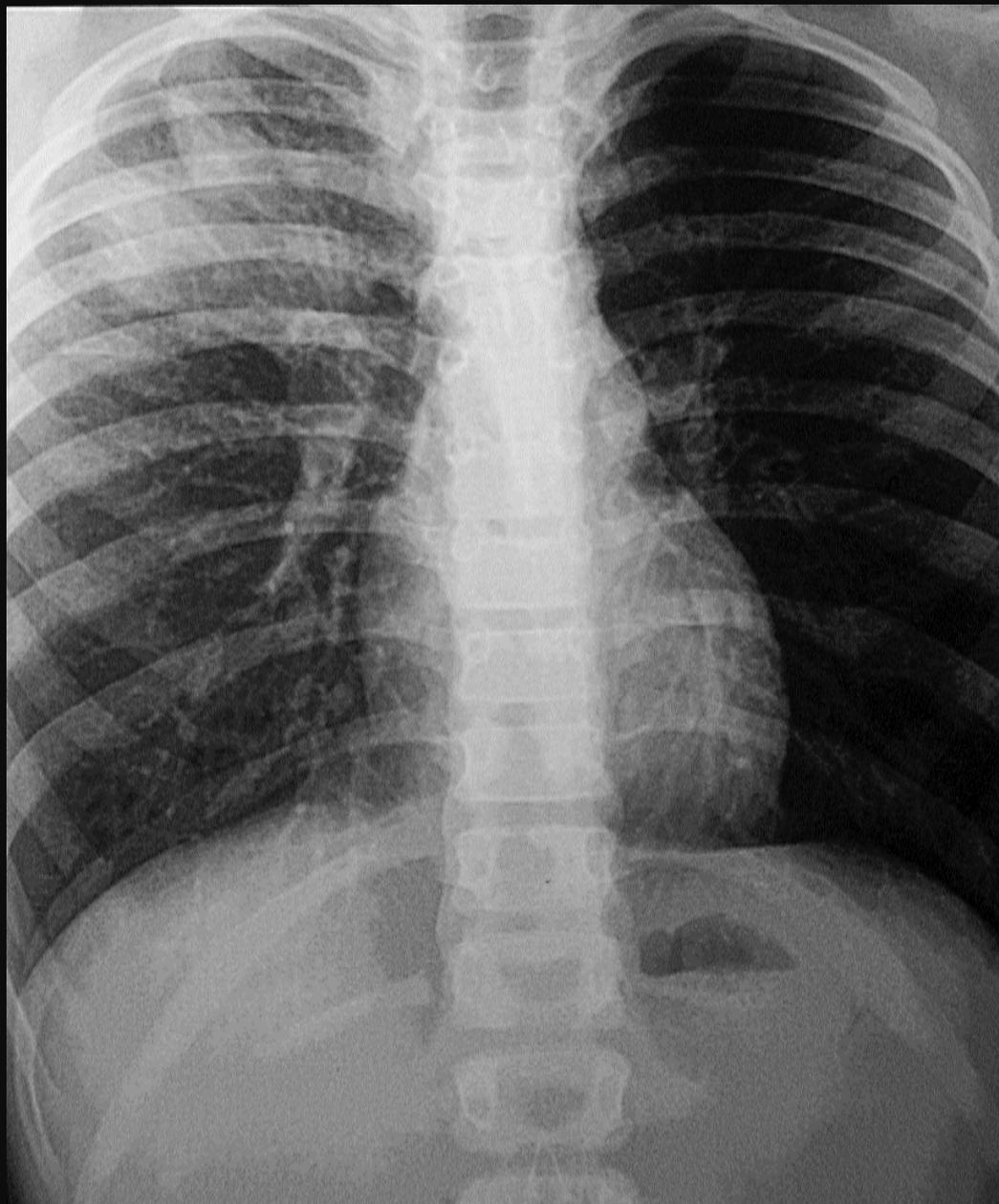
Auscultación: buena entrada de aire sin ruidos agregados.

Saturometría 98 %

No presenta adenomegalias

Abdomen normal

Rx de Tórax (Frente) De hace 3 meses



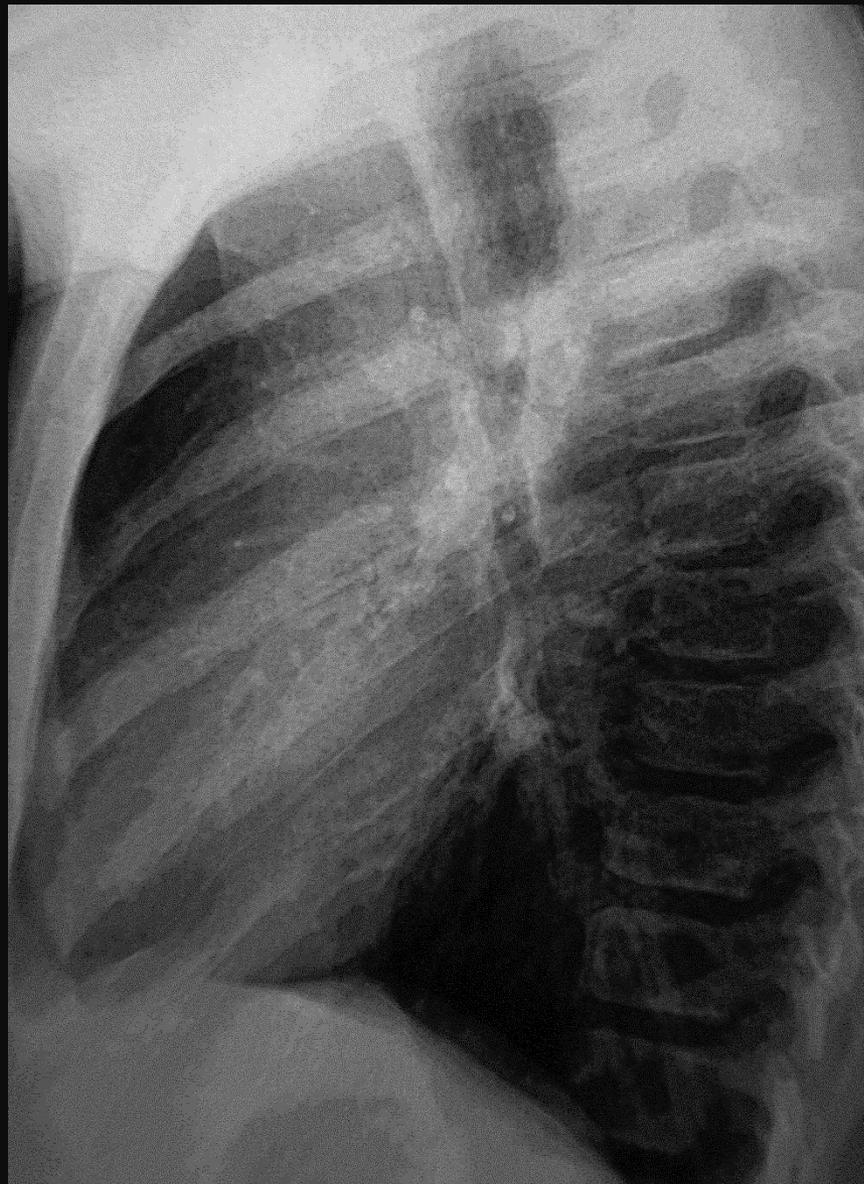
Rx de Tórax (Perfil) De hace 3 meses



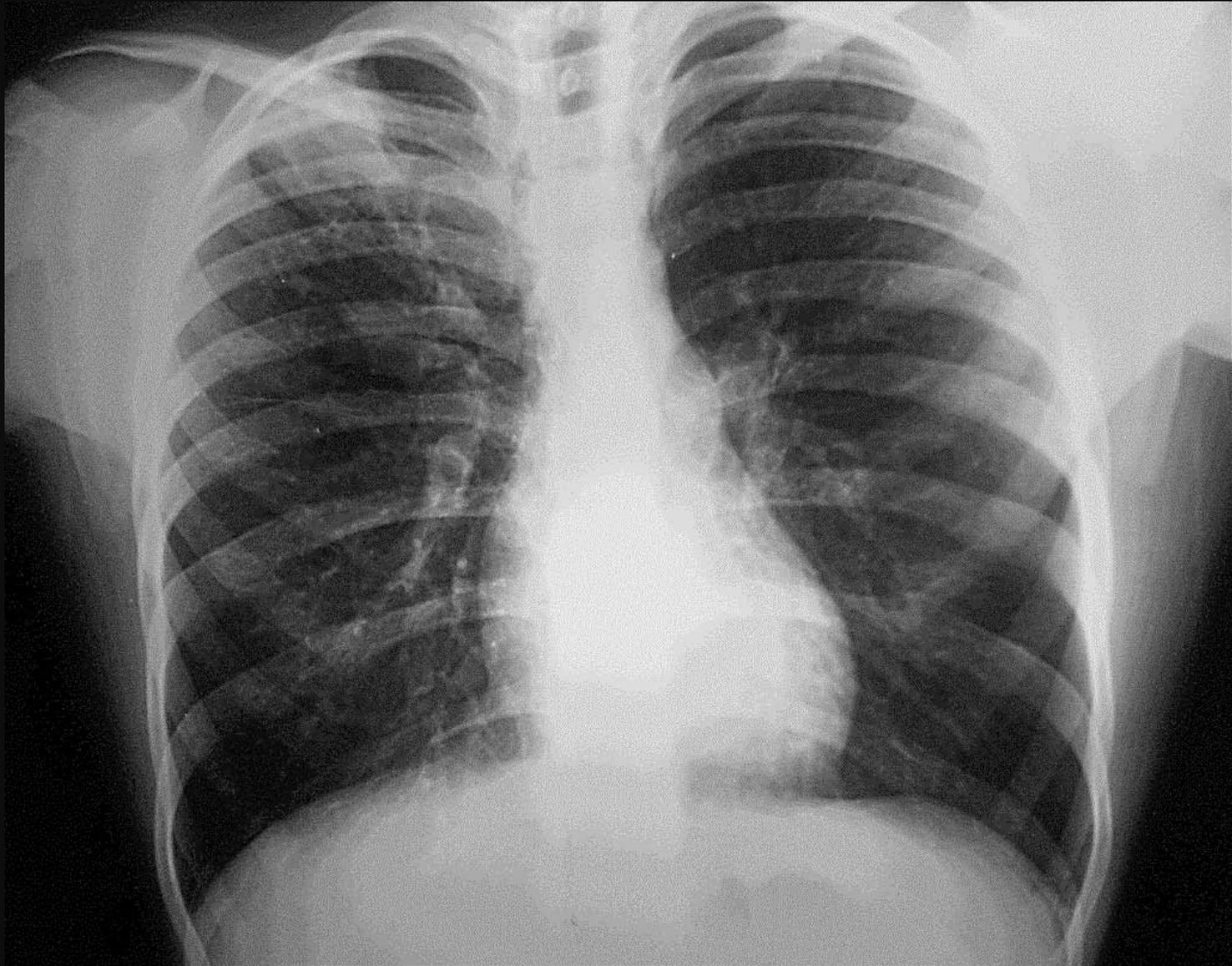
Rx de Tórax (Frente) De hace 2 meses



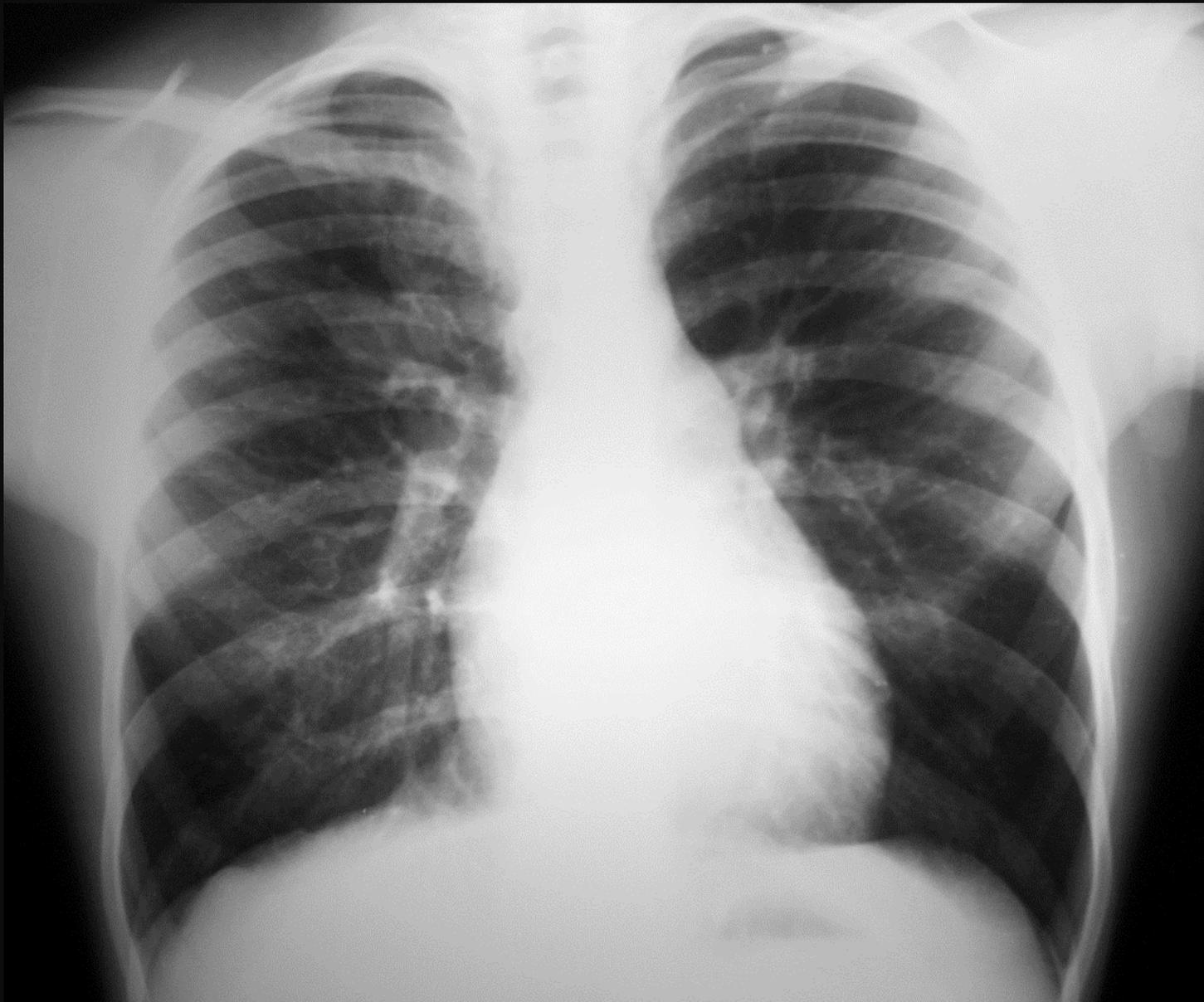
Rx de Tórax (Perfil) De hace 2 meses



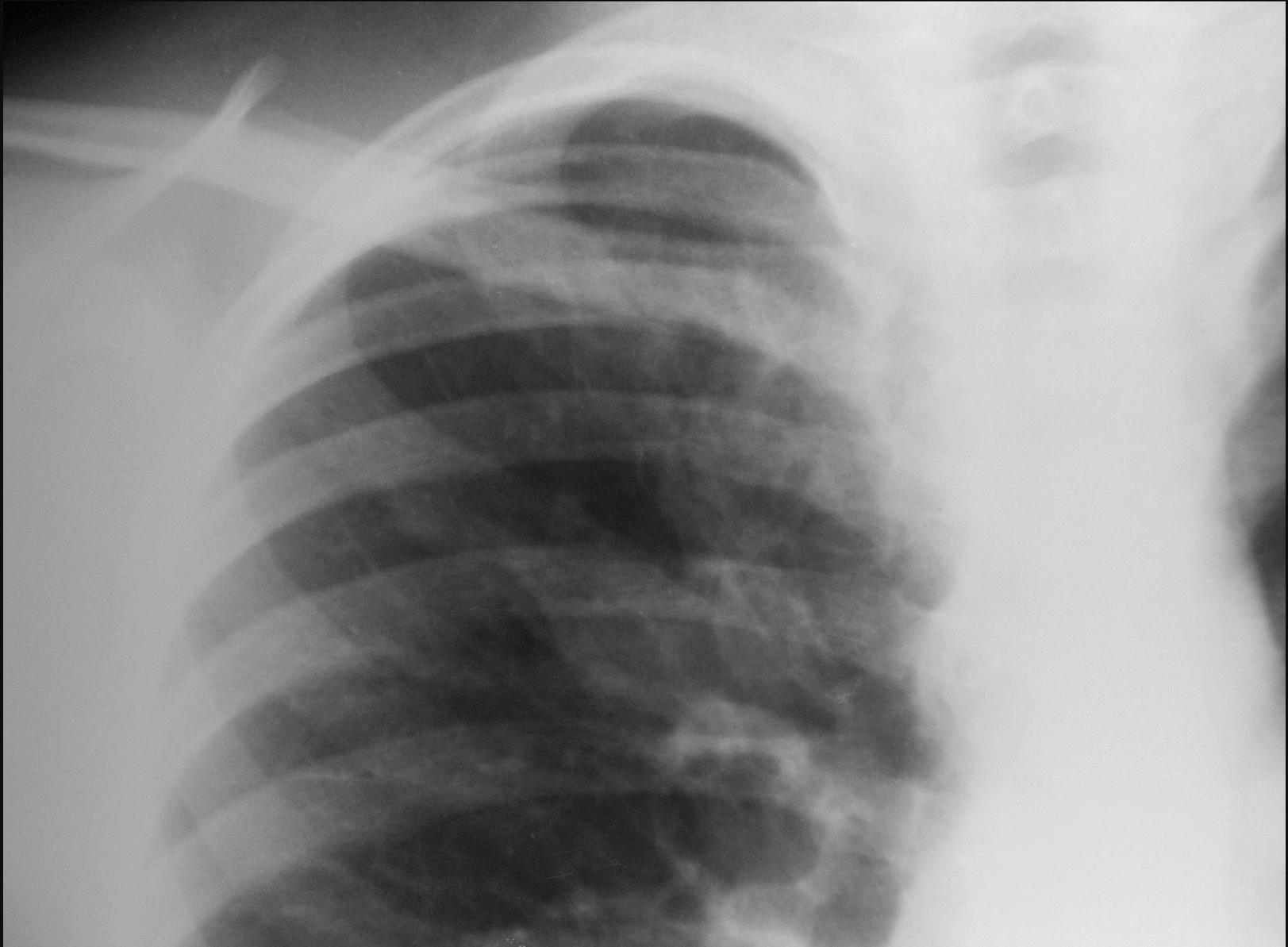
Rx de Tórax (Perfil) De hace 1 mes



Rx de Tórax (Perfil) De hace 5 días



Rx de Tórax (Perfil) De hace 5 días



Planteo diagnóstico

- 1) Neumonía recurrente
- 2) Neumonía persistente
- 3) Neumonía de lenta resolución

Planteo diagnóstico

- 1) Neumonía recurrente
- 2) Neumonía persistente
- 3) Neumonía de lenta resolución

- Neumonía de lenta resolución: la evolución hacia la curación es más lenta de lo habitual, aunque finalmente termina por normalizarse clínica y radiológicamente.
- Neumonía recurrente: 2 o más episodios de neumonía en un año o más de 3 neumonías en cualquier tiempo con normalización radiológica entre los episodios.
- Neumonía persistente: se mantienen síntomas clínicos y/o radiológicos tras un tiempo prudente (3 meses) en que debería resolverse, según la etiología de la misma y la ausencia de patología de base.

Estudios que trae

Laboratorio:

- (-3 meses) Hto 41 Hb 11,2 GB 12.400 (78,0,1,21,0)
Plaquetas 320.000 Eritro 16
- (- 2 meses) Hto 39 Hb 11 GB 8.400 (55,0,2,33,0)
Plaquetas 285.000 Eritro 8
- (- 1 mes) Hematológico normal - LDH 120
IgG 1027 IgA 248 IgM 122 IgE 494 (Alta)
- (-2 meses) Adenovirus Igm - Igg1/400
Mycoplasma Igm 1/40 Igg 1/512
- (-1 mes) Mycoplasma Igm 1/28 Igg 1/400

Estudios que trae

- (-1.5 mes) PPD negativo.
- (-1.5 mes) Esputo para BAAR (3 muestras directo y cultivo negativos)
- (-1 mes) Espirometría normal sin respuesta al b2
- (-1 mes) ECG y Ecocardiograma normal
- (-1 mes) Ecografía Abdominal normal

Planteo diagnóstico ante neumonía persistente

- ❖ 1) Distinta localización
- ❖ 2) Igual localización

Planteo diagnóstico ante neumonía persistente

❖ ~~1) Distinta localización~~

❖ 2) Igual localización

Planteo diagnóstico ante neumonía persistente de igual localización

- 1) Obstrucción intraluminal
- 2) Obstrucción extraluminal
- 3) Malformaciones pulmonares
- 4) Secuela Parenquimatosa

Planteo diagnóstico ante neumonía persistente de igual localización

- **1) Obstrucción intraluminal** (Cuerpo extraño, granulomas endobronquiales xTB, tumores endobronquiales, estenosis bronquial, impactación mucosa, broncomalacia)
- **2) Obstrucción extraluminal** (Adenopatías, compresiones vasculares o tumorales, Cardiomegalia)
- **3) Malformaciones pulmonares** (Quiste broncogénico, MAQ, enfisema lobar congénito, sequestro pulmonar)
- **4) Secuela Parenquimatosa** (Bronquiectasia, Atelectasia crónica)

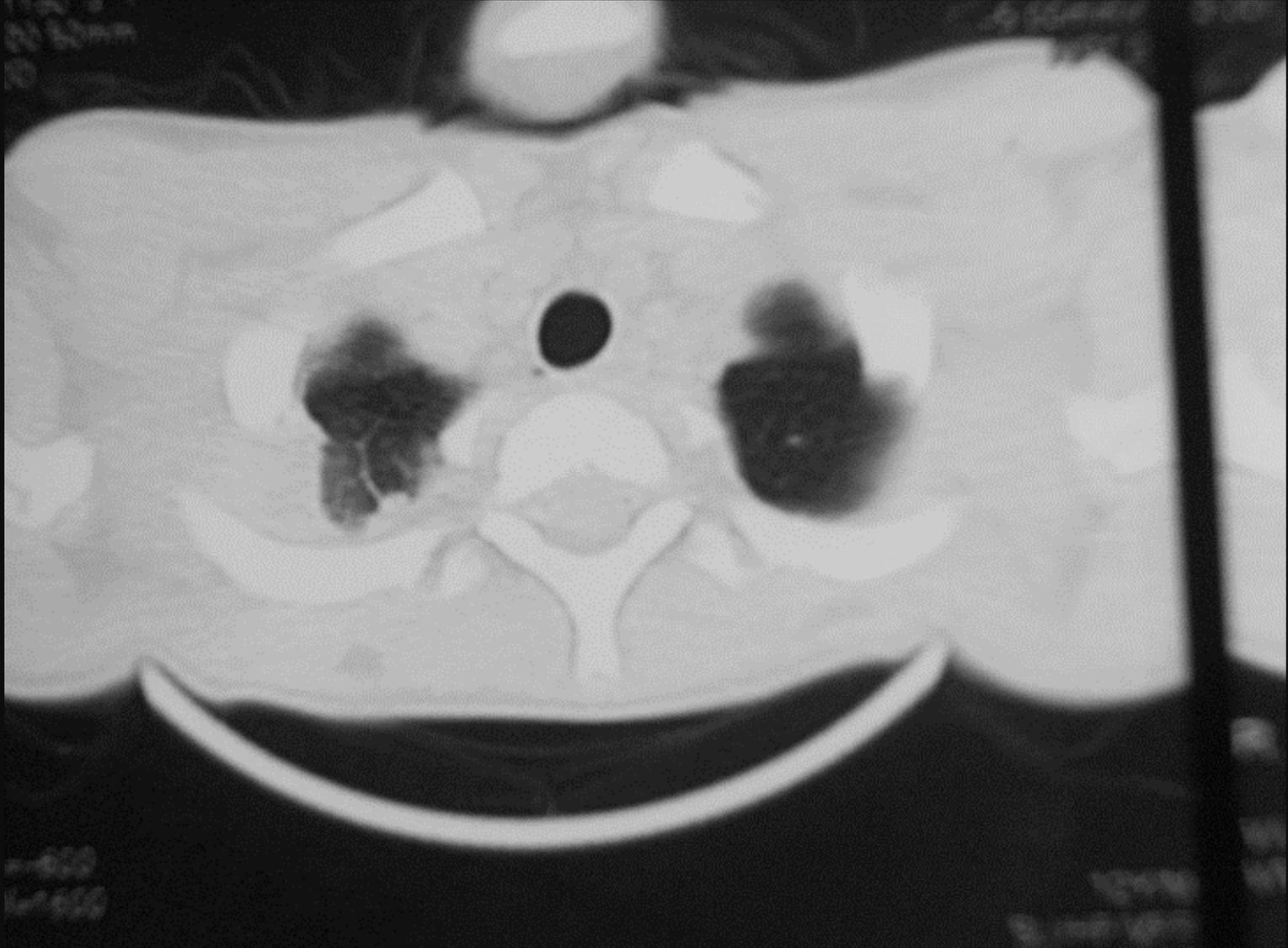
¿Qué estudios pediría?

- 1) TAC de Tórax
- 2) Estudio de Videodeglución
- 3) RMN Tórax
- 4) Endoscopía respiratoria

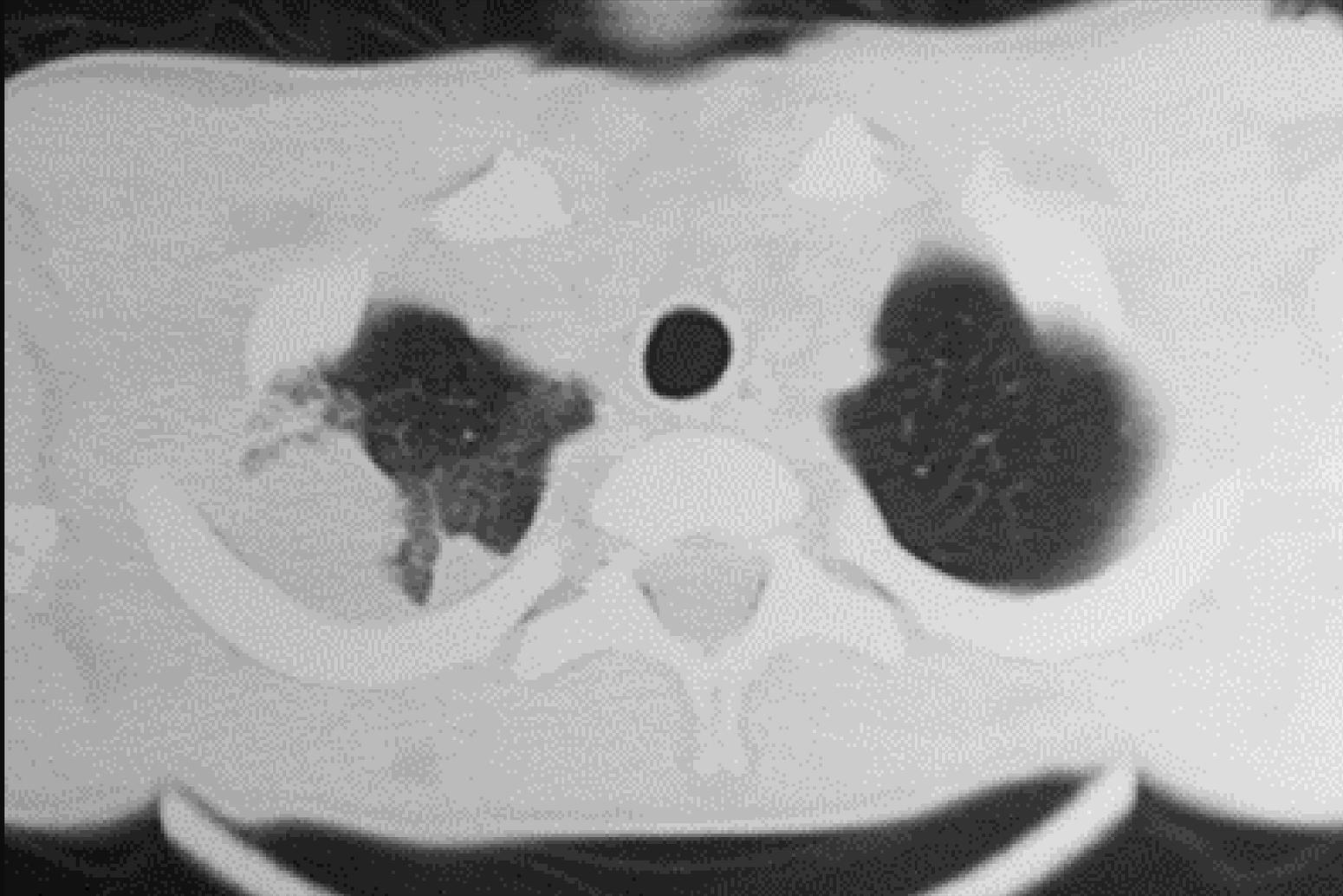
¿Qué estudios pediría?

- 1) TAC de Tórax
- 2) Estudio de Videodeglución
- 3) RMN Tórax
- 4) Endoscopía respiratoria

TACAR Tórax -VP



TACAR Tórax -VP



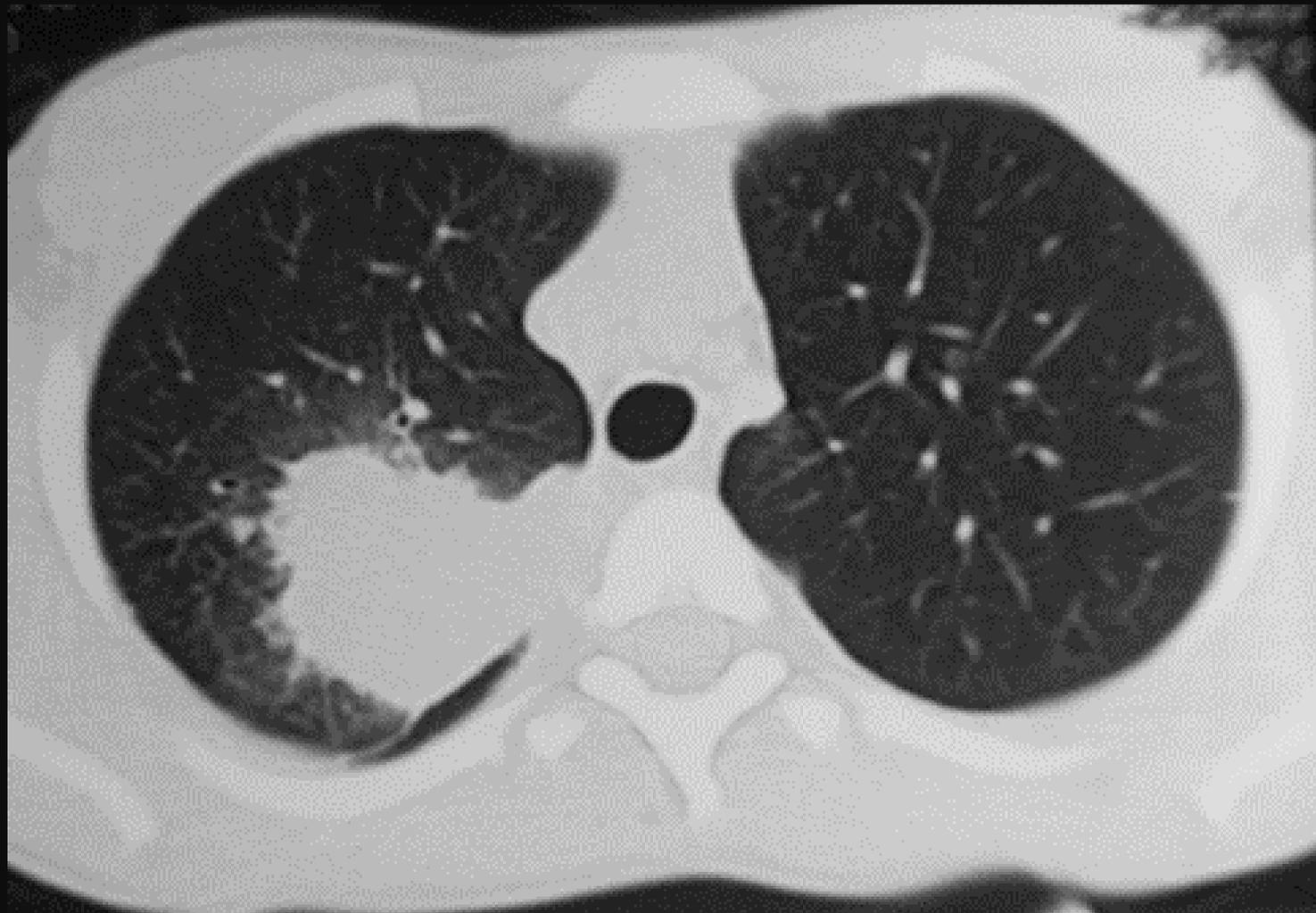
TACAR Tórax -VP



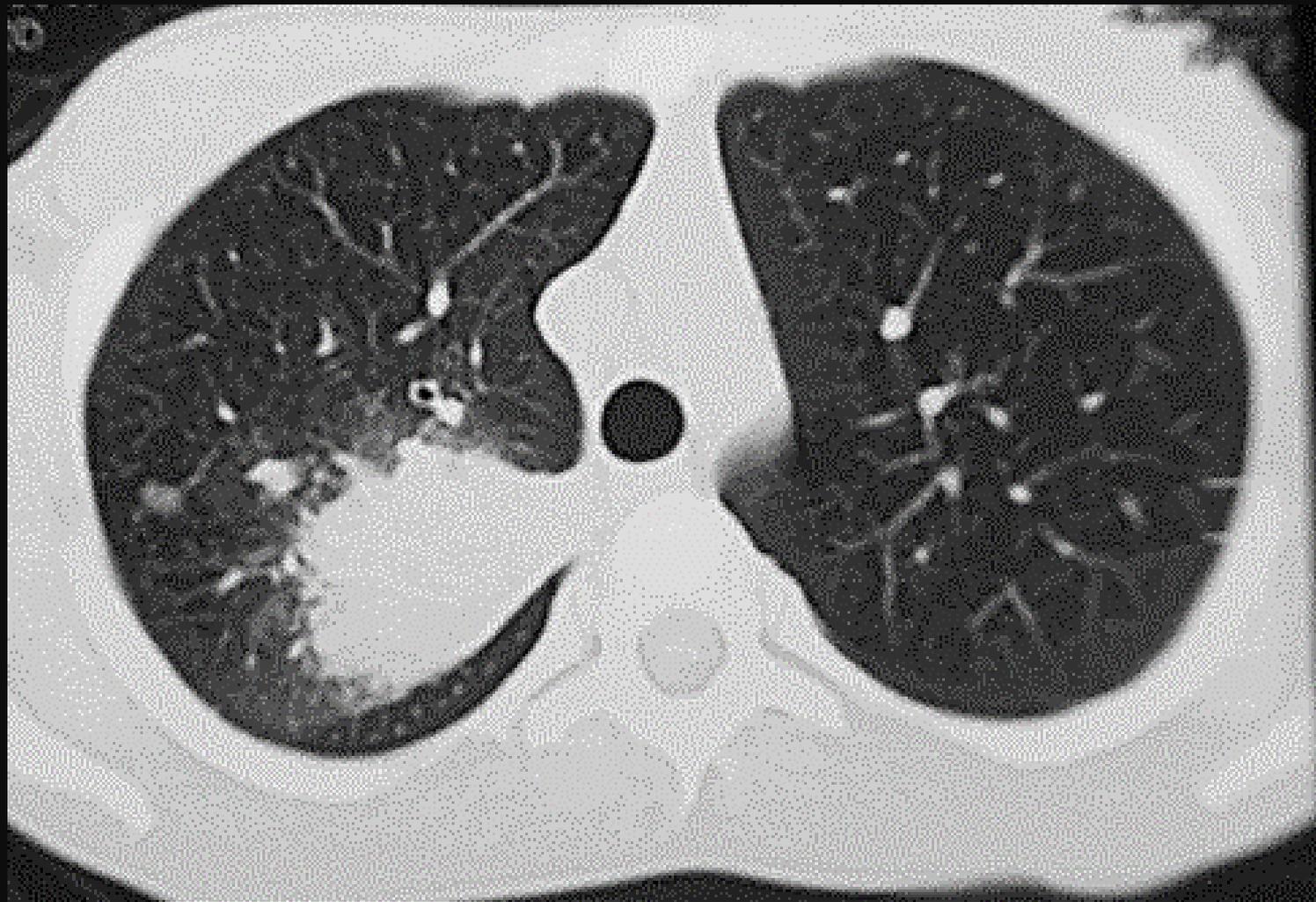
TACAR Tórax -VP



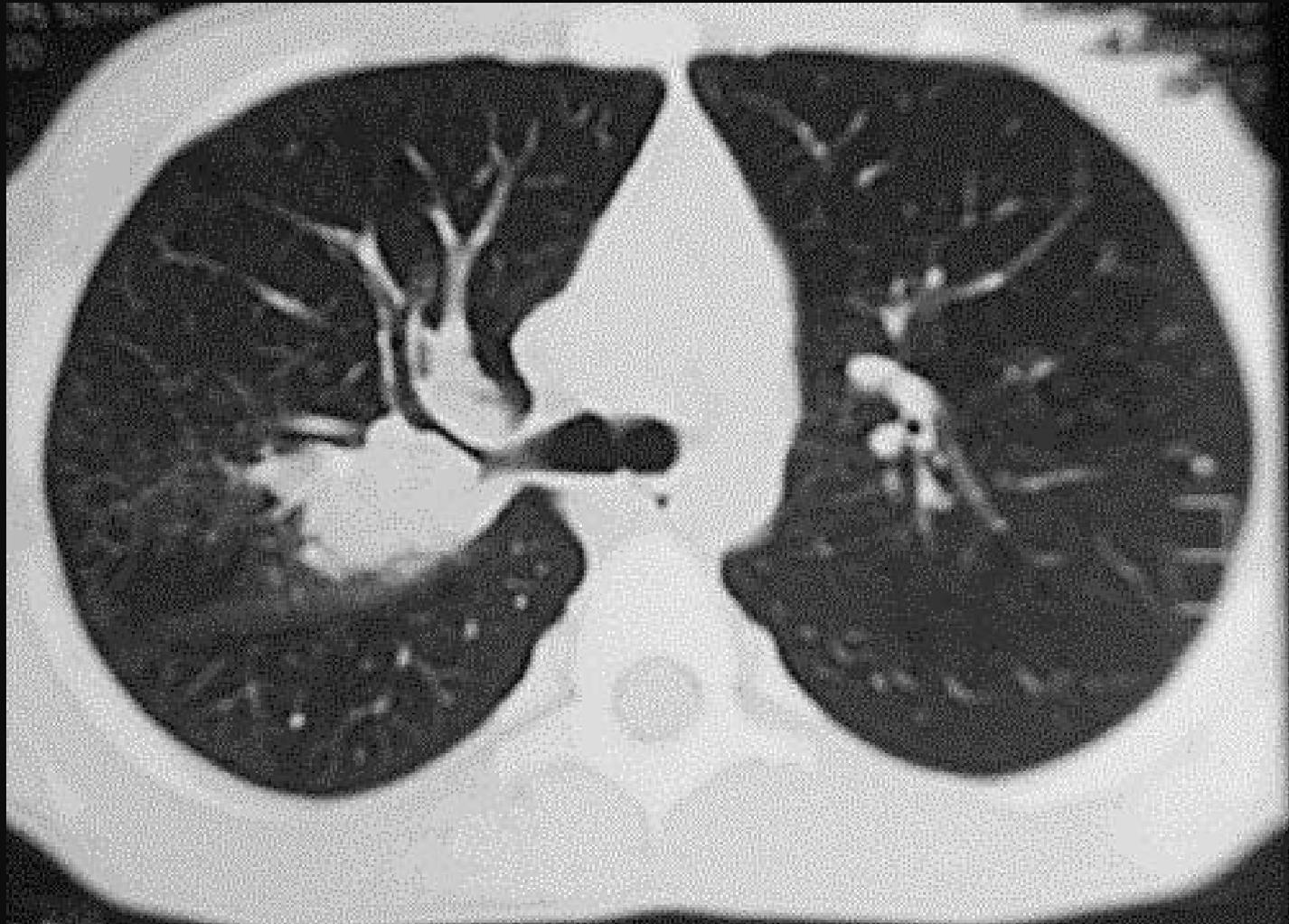
TACAR Tórax -VP



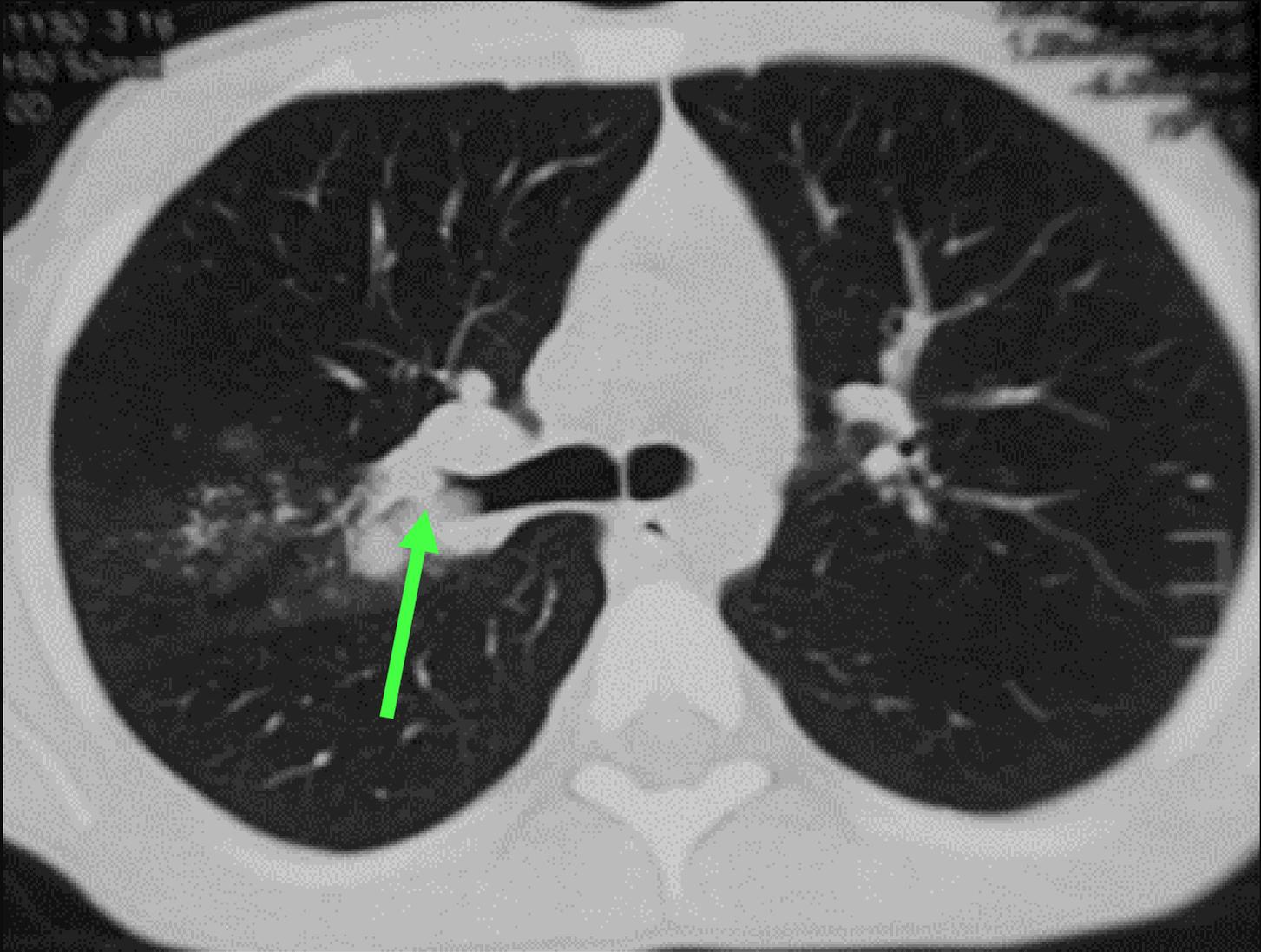
TACAR Tórax -VP



TACAR Tórax -VP



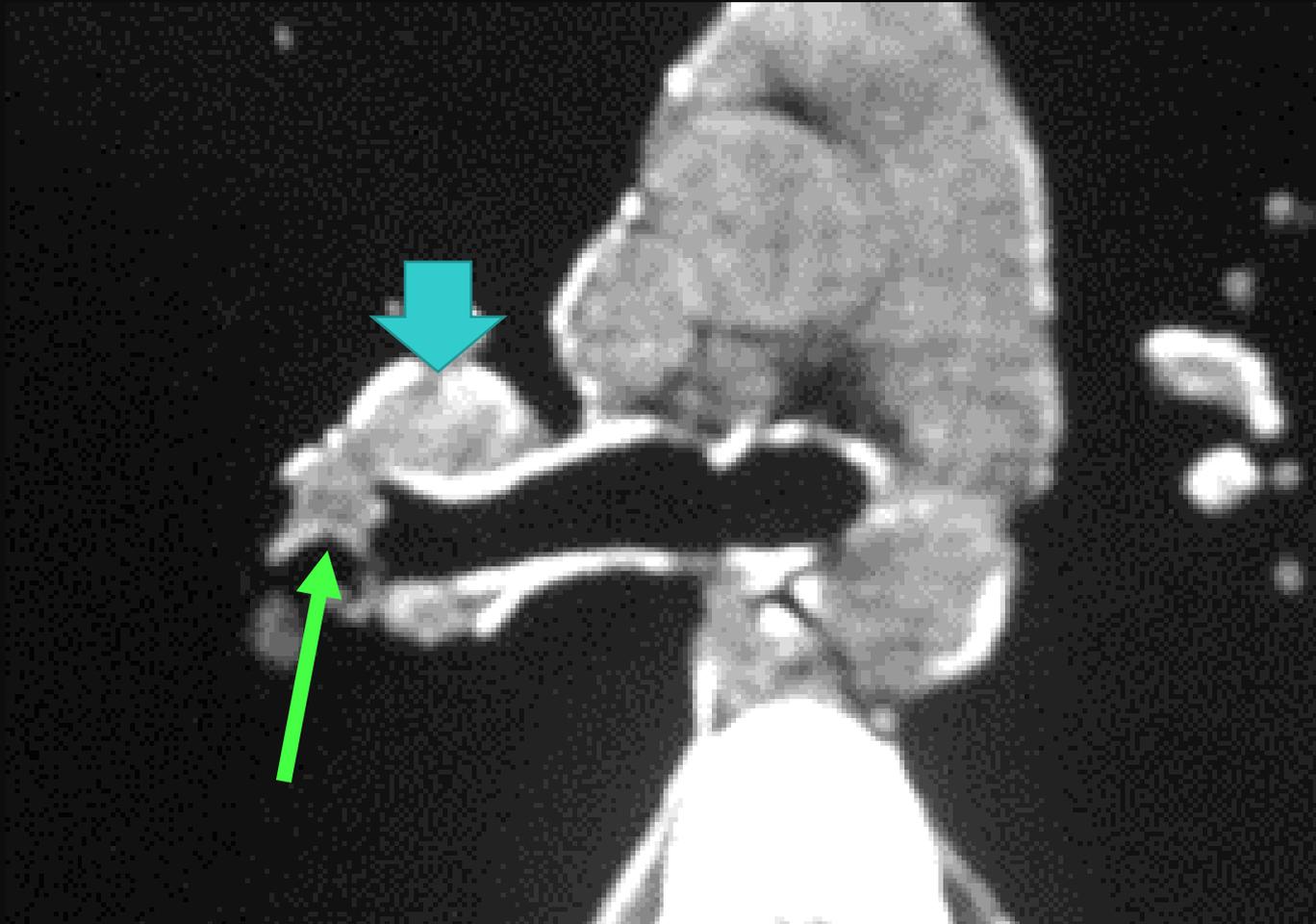
TACAR Tórax -VP



TACAR Tórax -VM



TACAR Tórax -VM



Endoscopía respiratoria



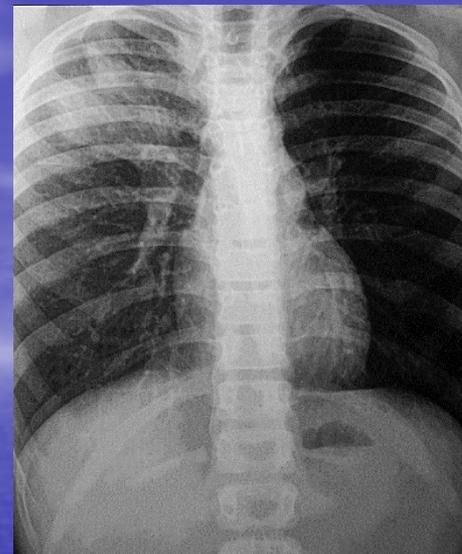
Endoscopía respiratoria

- Masa polipoide rojiza vascularizada.
- Se tomo biopsia.

Dx: Tumor carcinoide endobronquial

- Los tumores endobronquiales son excepcionales en niños. El 65% son malignos.
- Los más comunes son los tumores carcinoides (80-90%); carcinomas de tipo glándulas salivales (adenoideo quístico o mucoepidermoide)
- Los carcinoides se dividen en típicos y atípicos (relación 8-10:1) según el índice mitótico y presencia o no de necrosis.
- La edad al diagnóstico es de 10.5 ± 3 años.
- En el 85% de los casos involucran los bronquios (75% lobares y 10% bronquios principales) y en 15% surgen de la periferia del pulmón.
- Los síntomas son inespecíficos y pueden dar atelectasia o neumonía recurrente/persistente.

- La TC de tórax es útil para determinar localización y extensión de la lesión, evaluar compromiso ganglionar y lesiones pulmonares secundarias.
- La broncoscopia ayuda en el diagnóstico diferencial de obstrucción bronquial permite obtener la biopsia.
- La cirugía representa el tratamiento de elección.
- El tipo de cirugía va a depender de la localización y extensión del tumor; incluye resección segmentaria, resección en manguito, lobectomía o resección endoscópica.
- El carcinoide típico tiene una tasa de metástasis ganglionar de 11.5% a 19%



Muchas Gracias

Dr. Vila Fernando
Pediatra neumonólogo
fjvila@hotmail.com



Planteo diagnóstico ante neumonía persistente de igual localización

- ❖ Signos radiológicos de infiltrados persistentes con fiebre persistente o intermitente y otros signos clínicos de infección.
- ❖ Signos radiológicos persistentes, sin evidencia clínica de infección.

Planteo diagnóstico ante neumonía persistente de igual localización

- ❖ ~~Signos radiológicos de infiltrados persistentes con fiebre persistente o intermitente y otros signos clínicos de infección.~~
- ❖ Signos radiológicos persistentes, sin evidencia clínica de infección.

Planteo diagnóstico ante neumonía persistente

• 1) Infecciosa

- Tratamiento inadecuado, baja dosis, mal cumplimiento, resistencia, gérmenes poco habituales o no pensados
- Patología de base: Inmunodeficiencia, Obstrucción bronquial Extrínseca o Intrínseca, Malformaciones broncopulmonares, Alteraciones de la función ciliar, Bronquiectasias

• 2) No infecciosa

- Hemosiderosis pulmonar
- Aspergilosis broncopulmonar alérgica, Infiltrados Eosinófilos
- Colagenopatía
- Enfermedades de depósito
- Patología tumoral

- En general es una masa polipoide endobronquial con componentes intraluminales, murales y bronquiales adicionales.
- Los tumores funcionales que presentan síndrome carcinoide son raros. El síndrome carcinoide, caracterizado por enrojecimiento, palpitaciones, sibilancias, dificultad para respirar y diarrea [3], es causado por la liberación de serotonina del tumor y está presente en hasta 30% de los carcinoides. Es extremadamente raro (0,7% de todos los casos) en pediatría.
- Tienden a ser una lesión vascularizada con alto potencial de hemorragia, planteando interrogantes sobre el riesgo / beneficio de una biopsia bronquial. A pesar de eso, la biopsia bronquial obtenida mediante broncoscopia ofrece el mayor rendimiento de diagnóstico positivo.

