



# 2

Mayo 2019

8:00 h - 9:00 h

Aula Magna

Edificio de Gobierno

Hospital U  
vRROCÍO Sesión  
Clínico-Patológica

## SESIÓN DE DESPEDIDA DE RESIDENTES

### Lactante de 2 meses con hiperleucocitosis y fallo respiratorio

#### **Ponente Clínico**

*Dr. María López Marcos.*

Residente de Pediatría.

#### **Ponente Radiodiagnóstico**

*Dr. Enrique Moreno Ramos.*

Residente de Radiodiagnóstico.

#### **Ponente Anatomía Patológica**

*Dr. José Alberto García Bolaños.*

Residente de Anatomía Patológica.

#### **Moderadora**

*Dra. Marta Aboza García.*

Residente de Pediatría.

# Antecedentes

## **Obstétricos y perinatales:**

- Embarazo que cursa con preeclampsia, en tratamiento con alfametildopa. Madre correctamente vacunada durante el embarazo. Serologías negativas. Maduración pulmonar completa.
- Cesárea urgente por síndrome HELLP. Líquido amniótico claro. Amniorrexis intraparto. Apgar 10/10. No precisa reanimación
- Prematuro de 32+6 semanas. Peso: 1.457 g (adecuado a su edad gestacional: p9)
- Ingresa en unidad de neonatología por prematuridad y bajo peso permaneciendo ingresada durante 28 días. No requiere soporte respiratorio ni hemodinámico en ningún momento. Ecocardiografía, ecografías cerebral y abdominal normales. Al alta: 2.198 gr.

## **Personales:**

- No alergias conocidas.
- Correctamente vacunada para la edad (vacuna de los 2 meses, 3 días antes del ingreso).
- Ganancia ponderal adecuada. Alimentada con fórmula artificial.
- Ingreso de 72 h. de duración al mes y medio de vida por síndrome febril sin focalidad y síndrome emético; que se autolimita sin necesidad de antibioterapia. Hemocultivo y urocultivo negativos. Al alta asintomática.
- En la actualidad madre con catarro de vías altas de 14 días de evolución.

## **Antecedentes familiares:**

- Sin interés.

# Enfermedad actual

- Paciente de sexo femenino, de 2 meses de edad que acude a urgencias del H.I. del H.U.V.R., por cuadro de tos de 6 días de evolución.
- Los accesos de tos finalizan con un gallo inspiratorio, con congestión facial y apnea durante 1-2 segundos, en algunas ocasiones.
- Afebril en todo momento.
- Rinorrea acuosa acompañante.
- Disminución de la ingesta alimentaria, aproximadamente del 50% de lo habitual (unos 120 ml por toma).
- Diuresis y deposiciones conservadas.

# Exploración física

- Peso 3,2 kg.
- Aceptable estado general, sensorio despejado.
- Normohidratada y bien perfundida.
- Fontanela normotensa.
- No adenopatías.
- Polipneica en reposo (FR: 40-50 rpm). Saturación de O<sub>2</sub> oscilante: 90-95% sin oxigenoterapia adicional. Buena ventilación en ambos hemitórax sin ruidos patológicos.
- Pulsos fuertes. Auscultación: corazón rítmico a 140–170 lpm, sin soplos.
- Abdomen blando y depresible. Hernia umbilical de coloración azulada.
- No exantema, no petequias ni signos meníngeos.

# Estudios complementarios

## Analítica:

- **Hemograma:**

Hemoglobina de 10.3g/dL.

Leucocitosis (56.6 x10<sup>9</sup>/L) con 25.1% de neutrófilos (14.2 x10<sup>9</sup>/L) y 67.1% de linfocitos (38.0 x10<sup>9</sup>/L).

Recuento de plaquetas: 963 x10<sup>9</sup>/L).

- **Frotis de sangre periférica:** neutrófilos 28%; cayados 1%; linfocitos 63%; monocitos: 8%.

- **Gasometría venosa:** pH 7,345; pCO<sub>2</sub> 46,9 mmHg; HCO<sub>3</sub> 25,6 mmol/l.

- **Bioquímica:** Ca<sup>++</sup> 10,73 mEq/L, Na<sup>+</sup> 131 mEq/l, K<sup>+</sup> 6,6 mEq/l, proteínas totales 5,7 g/dl. Función renal normal. Glucosa normal.

- **PCT:** 0,1 ng/ml.

## Radiografía de tórax:

Discreto infiltrado bilateral intersticial sin imágenes de consolidación.

## Hemocultivos:

Pendientes.

## VRS y Bordetella pertussis en aspirado nasofaríngeo:

Pendientes.

# Evolución y Curso Clínico

- Se ingresa en planta de hospitalización. Se indica aislamiento respiratorio. Se instaura antibioterapia empírica.
- En las primeras horas de ingreso en planta presenta empeoramiento clínico con taquicardia y dificultad respiratoria progresivamente más intensa.
- Se decide ingreso en UCI pediátrica. Se canaliza vía venosa central con sedoanalgesia superficial, durante la cual presenta episodio de bradicardia con desaturación. Se procede a intubación orotraqueal. Tras la intubación orotraqueal mejora la taquicardia, pero precisa iniciar drogas vasoactivas para mantener tensiones adecuadas.
- A pesar del tratamiento persiste empeoramiento progresivo desde el punto de vista respiratorio:
  - Incremento de la insuficiencia respiratoria.
  - Opacificación progresiva en las radiografías de tórax.
  - Ecocardiografía con signos de hipertensión pulmonar.,
  - Necesidad de ser conectada a soporte ECMO a las 48 horas del ingreso para mantener una adecuada oxigenación.
- A las 48 horas se objetiva fiebre con aumento de los reactantes de fase aguda (PCT 45 ng/ml). Se modifica antibioterapia por sospecha de infección bacteriana grave.
- A las 72 horas de ingreso comienza con hipertensión arterial, retirándose en este momento las drogas vasoactivas, pese a lo cual persiste hipertensión arterial.
- Evolución desfavorable a pesar de optimización de tratamientos y soporte, con inestabilidad hemodinámica, respiratoria y fiebre persistente.
- Al 7º día presenta midriasis bilateral arreactiva, evidenciándose en ecografía cerebral hemorragia intraparenquimatosa.
- La paciente sufre empeoramiento progresivo, evolucionando a fallo respiratorio y siendo exitus tras 10 días de ingreso.