

Caso clínico

Presentación:

Motivo de consulta y antecedentes de la enfermedad actual

Niño de 2 años que consulta en la guardia médica del hospital por fiebre y dificultad respiratoria de tres días de evolución.

Antecedentes perinatológicos:

Embarazo controlado y vacunado. Tomo vitaminas desde sus seis semanas de gestación.

Parto vaginal normal sin complicaciones.

Lloró al nacer .Apgar 9/10.Peso; 3230 grs.

Fue dado de alta a los dos días con las vacunas correspondientes.

A los 15 días realiza su primera consulta con su pediatra.

Antecedentes heredofamiliares:

Hermano uno de 4 años, sano.

Padre sano/Operado de hernia inguinal hace dos años.

Madre sana.

En la casa viven los cuatro.

Ambos padres trabajan 8 hs por día

Antecedentes personales:

No registra salvo cvas leves.

Vacunación completa.

Los padres referían que había recibido la 4.a dosis de vacuna conjugada heptavalente contra neumococo 9 meses antes.

Alimentación completa adecuada y variada. No naturista,

Estudios: asiste a guardería por trabajo de sus padres.

Examen físico

Regular aspecto y estado general, febril. Temperatura 38,9°

Alerta y receptivo. Cabeza normo cefálica sin evidencias de traumas

Peso y talla dentro de Percentilos normales para su edad,

Cuello: flexible, sin soplos, sin distensión venosa yugular.

Aparato respiratorio.

Tórax con pecho plano y simétrico.

FR: 29 respiraciones / minuto con regular entrada de aire bilateral.

Saturación de oxígeno 92% en el aire ambiente. Sibilancias, roncus y algunos estertores diseminados. Sin congestión nasal.

Aparato cardiovascular:

FC: 142 por minuto, ritmo regular, sin soplos

Aparato digestivo normal sin hepatoesplenomegalia

Sistema linfático, musculo esquelético y genitales sin particularidades.

Neurológico: Alerta y orientado. Respuestas flexoras plantares bilateralmente.

Desarrollo normal

Otoscopia: membranas timpánicas bilaterales sin lesiones ni eritemas de color nacarado.

Piel: Piel con ligera palidez. No se han reportado lesiones ni erupciones. Las uñas no tienen decoloración ni anomalías. Sin exantema ni acrocianosis.

Alergia: ninguna

Examen ocular. Las escleróticas son anictéricas. . No se detecta anomalías congénitas ni infecciones, Movimientos oculares normales. Pupilas de tamaño y forma normales. Reflejo rojo presente.

Estudios complementarios

Se solicita laboratorio y estudio radiológico.

La radiografía de tórax mostró infiltrado en el lóbulo inferior izquierdo;

Laboratorio dio resultado inespecífico.

Test rápido para virus respiratorio sincitial positivo.

Diagnósticos presuntivos:

- 1.- Bronquiolitis
- 2.- Neumonía por VSR

Tratamiento

- a.- Oxigenoterapia
- b.- Salbutamol inhalado
- c.- Sueroterapia

Evolución

A las 72h del ingreso presentó empeoramiento del estado general, con incremento de la dificultad respiratoria y de su palidez.

Se repite estudios.

Laboratorio:

Hemoglobina: 9,5 g/dl (anemia normocítica leve)

Leucocitos: 4100/ul (en límite inferior) con neutrofilia marcada.

Plaquetas: 115000

PCR: 23 mg/dl

Hemocultivo: se aisló *S. pneumoniae* serotipo 1 con sensibilidad intermedia a penicilina

Estudio radiológico

Radiografía de tórax que muestra empeoramiento de los infiltrados alveolares

Conducta. Evolución

Tratamiento antibiótico con Ampicilina EV. Buena evolución de su dificultad respiratoria y estado tóxico, no obstante se detecta tinte pálido icterico en piel y conjuntivas con orinas oscuras.

Se solicita nuevo laboratorio que presenta como datos positivos

- a.- Bilirrubina indirecta alta.
- b.- LDH alta.
- c.- Urea y creatinina y función renal normal.

Frotis de sangre periférica

- 1.- Tamaño y forma de glóbulos rojos variados: esferocitos, dianocitos y escasos esquistocitos, así como hematíes aglutinados.
- 2.- Neutrófilos recubiertos con eritrocitos aglutinados, formando rosetas con aumento del número de reticulocitos.
- 3.- Macrófagos incluyendo hematíes y neutrófilos.
- 4.- Coombs directo a complemento (C3) fue positivo 2+ y negativo a IgG.
- 5.- Coombs indirecto negativo.

6.-Estudio de crioaglutininas fue negativo a 30°C, pero fue positivo con una amplitud térmica a 22°C.

7.-Título de crioaglutininas 1/32.

Diagnóstico definitivo

Anemia hemolítica autoinmune por síndrome de crioaglutininas asociado a una infección de las vías respiratorias superiores.

Tratamiento:

Se inició tratamiento con metilprednisolona (2mg/kg) y se procedió al calentamiento del paciente.

Evolución

A los 10 días de tratamiento se recuperó de la anemia.

No fue necesario transfusión sanguínea.

Buena evolución posterior.

Coombs directo negativizado a los 30 días.