

ATENEO CENTRAL CEM 1:

Y.....TIENE TODOS LOS  
NÚMEROS!!!



## CASO CLÍNICO

Paciente: P. Nahuel

Fecha Ingreso: 07/08/2013

Edad: 2 meses

Peso: 3.000 gr

## MOTIVO DE INTERNACIÓN:

- Síndrome febril de 48 hs de evolución
- Rechazo parcial del alimento
- Desnutrición

## ANTECEDENTES PERSONALES:

RNT PAEG

PN: 2.750 gr, Talla: 47 cm

G7P7A0, embarazo mal controlado

Parto por cesárea

Serologías maternas: negativas

FEI: normal

Lactancia exclusiva hasta 1m 15días y luego LM

Bronquiolitis al mes de vida

Mal progreso de peso

## ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Padre alcohólico y adicto a drogas (marihuana)
- 6 hermanos con bajo peso y antecedentes respiratorios
- Mal medio socioeconómico

## EXAMEN FÍSICO AL INGRESO:

- Regular estado general
- Febril (39°)
- Palidez de piel y mucosas
- TCS y masa muscular disminuidos
- Abdomen globuloso
- PA: 3.000 gr (< pc 3); talla: 50 cm (< pc 3)

## LABORATORIO AL INGRESO

Hemograma: Rto. G.B: 11.400 p/mm<sup>3</sup> (56% PMN), Hto: 17.8%,  
Hb: 6.5 gr/dl, plaquetas: 619.000 p/mm<sup>3</sup>

Orina completa: densidad 1030, pH 6, 6-8 leucocitos por campo

EAB: normal

Ionograma: 141/4,4/102 meq/l

## DIAGNÓSTICO AL INGRESO

- Síndrome febril sin foco de bajo riesgo
- DNT severa
- Anemia

## TRATAMIENTO AL INGRESO

- Transfusión con GR desplammatizados a 10 ml/Kg
- PHP 80/70/30 ml/kg/día
- Interconsulta con Servicio de Nutrición:
  - 1) Alimentación por SNG con LM a 150 ml/kg/día
  - 2) Vitaminas ADC
  - 3) Ac. Fólico 1mg/día
  - 4) Fosfato monopotásico 3mg /kg/día
  - 5) Sulfato ferroso 3mg/kg/día
  - 6) Lactato de calcio 1000 mg/día
- Interconsulta con Servicio Social

## LABORATORIO CEM 1

Hemograma: G.B: 10.800 p/mm<sup>3</sup> (4-62-0-0-23-10), Hb: 6.06 gr/dl, Hto: 17.8%, plaquetas: 590.000 p/mm<sup>3</sup>, ESD: 134 mm

Hepatograma: BiT: 1,14 mg/%, BiD: 0,93 mg/%, GOT: 43 UI/l  
GPT: 20 UI/l, Colesterolemia: 73 mg%, Fal: 180 UI/l

Creatininemia: 0,6 mg%

Urea: 13,3 mg%

Proteínas totales: 5,96 gr%, albúmina: 2,71 gr%

HIV: negativo

VDRL: no reactiva

Hemocultivos: negativos

Urocultivo: negativo

Hto. postransfusional: 31%, Hb: 10,7 gr/dl

## EVOLUCIÓN CLÍNICA EN EL CEM

- Niño en regular estado general
- Abdomen globuloso, blando, depresible, RHA positivos
- Afebril
- Curva de peso estacionaria a pesar del buen aporte calórico
- 4to día de internación: Síndrome Diarreico Agudo  
Coprocultivo y virológico de materia fecal: negativos
- 7to día de internación: hiponatremia severa. Ionograma:  
Na: 109 mEq/l, K: 4.12 mEq/l, Cl: 90 mEq/l. EAB: normal.  
Se realiza corrección rápida de Na en 3 oportunidades. Por la persistencia de la hiponatremia, se consulta al Servicio de Nefrología que indica colocar aporte de ClNa al 20% a 6meq/kg/día cada 6 horas (por SNG)



## PLANTEOS DIAGNÓSTICOS

- Hiperplasia Suprarrenal Congénita
- Síndrome de Malabsorción: Enfermedad Fibroquística?
- Otras causas

## INTERCONSULTAS

Servicio de Nefrología: ecografía abdominal y renal (normal), ionograma urinario (normal), dosaje de Renina-Aldosterona (pendiente) e Interconsulta con Endocrinología

Servicio de Endocrinología: no impresionaría causa endocrinológica

Servicio de Nutrición: indica alimentación con leche Neocate y por persistencia de las deposiciones desligadas y déficit ponderal, decide comenzar con nutrición parenteral

Servicio de Neumonología: solicita elastasa en materia fecal, test del sudor y aspirado de secreciones respiratorias profundas

Servicio Social: por falta de red familiar de apoyo, realizará armado de red local de contención

## EVOLUCIÓN CLÍNICA: DÍA 17 DE INTERNACIÓN

Niño clínicamente estable, afebril, normohidratado. Persiste con palidez de piel y mucosas: Hto: 20% y Hb: 6,5 gr/dl %, por lo que requiere nueva transfusión con GR desplasmatisados. Continúa con deposiciones desligadas y peso estacionario (PA: 3.010 gr)

## LABORATORIO

Test de Elastasa: 26 ugr/gr de materia fecal (VN: mayor de 200 ugr/gr de materia fecal)

Test del Sudor: no se obtuvo resultado por falta de sudoración del niño

Aspirado profundo: positivo para *pseudomona aeruginosa*

Estudio molecular (Htal. Garrahan)

# DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

## ENFERMEDAD FIBROQUÍSTICA

### TRATAMIENTO

- 1) Alimentación progresiva por SNG con leches hidrolizadas.  
Descenso paulatino de la NTP hasta la suspensión de misma
- 2) Enzimas pancreáticas: 2500 UI/dosis, pre-biberón
- 3) Oligoelementos
- 4) Vitaminas ADC
- 5) Vitamina E: 200 mg/día

### EVOLUCIÓN CLÍNICA

La evolución clínica con el tratamiento instaurado fue de franco ascenso de peso. Peso actual: 5.180 gr, talla: 59 cm y PC: 41,5 cm.

2do. Test del Sudor: Na 56 meq/l y Cl 50 meq/l

2do aspirado de secreciones profundas:  
*haemophilus influenzae* y *morexella*

Estudio molecular: negativo

# DISCUSIÓN

- 1) Es factible Enfermedad Fibroquística (FQ) con FEI normal?
- 2) La hiponatremia es una presentación frecuente de la FQ?
- 3) La presencia de *pseudomona*, sin manifestaciones clínicas, es indicación de tratamiento antibiótico?
- 4) Sin Test del Sudor y Estudio Molecular, estamos habilitados para plantear el diagnóstico de FQ?
- 5) Con LM y buen progreso de peso, es indicación el uso de Kasmil u otras fórmulas equivalentes?
- 6) Qué condiciones socio-ambientales son estrictamente necesarias para el egreso hospitalario de un paciente de estas características?

**MUCHAS GRACIAS!!!!**