

CASO CLÍNICO PEDIATRÍA:

Niña de 5 años de edad remitida por su pediatra por presentar niveles elevados y crecientes de IgE sérica desde los 3 años de edad (7.419 U/ml). En el momento de la consulta la paciente está febril, con otorrea bilateral, linfadenopatías cervicales y celulitis de la rodilla izquierda.

Antecedentes familiares no valorables. Primera hija de matrimonio no consanguíneo. Parto a término, RN de peso adecuado para edad gestacional. Retraso en la caída del cordón umbilical (36 días de vida). Desde los 6 meses de edad: otitis supuradas con frecuencia mensual y buena respuesta a la antibioterapia, pero que persisten a pesar de efectuar adenoidectomía y colocación de drenajes transtimpánicos a los 3 años de edad.

Desde el año de vida: dermatitis flexural y de cuero cabelludo y foliculitis ocasional (1-2 por año) que se resuelven con tratamiento antibiótico tópico. Vulvovaginitis de repetición. Varicela a los dos años y seis meses sin complicaciones. Ingreso por una gastroenteritis por Salmonella a los 3 años, de evolución sin complicaciones. Después de los 4 años de edad ha tenido uno o dos episodios de bronquitis que evolucionaron favorablemente con antibióticos. Herpes zoster a los 5 años.

Exploración física: desarrollo pondoestatural normal. Buen estado general, febril 38 °C. Xerosis, lesiones papulares de pequeño tamaño de características eczematosas con excoriación en cuello, axila y periné con afectación interdigital de dedos del pie. Onicomicosis en primeros dedos de ambos pies. Onfalitis exudativa. ORL: otorrea serosanguinolenta bilateral, linfadenopatías latero-cervicales altas aisladas, mal delimitadas, no dolorosas y de gran tamaño (2 x 3 cm en región lateral izquierda y 4 x 5 cm en región lateral derecha). Orofaringe congestiva, amígdalas sin exudados, lisas y brillantes. Persistencia de la dentición temporal de incisivos inferiores. Presencia de dentición permanente (doble arcada dentaria) (fig. 1). Genitourinario: vulvovaginitis. Tumefacción, eritema y aumento de calor de rodilla izquierda sin limitaciones de la movilidad articular.

EXAMENES:

Hemograma: anemia normocítica, normocrómica (hematíes: 3,63 mill/ml, Hb 10,5 g/dl, HTC 31,5 %, VCM, HMC, normales). Leucocitos 12.600/ml (8 %L, 10 %M, 69 %N, 7 %C, 6 %E, 0 %B). VSG 90mm, PCR 164,4 mg/L. ASLOS: < 200 U/mL.

Inmunidad humoral: IgG: 23.000 mg/L ↑, IgA: 4.220 mg/L ↑, IgM: 878 mg/L, IgE total: 23.969 kUI/L ↑, IgD 440 U/ml ↑. Subclases de IgG: IgG1:9.280 mg/L ↑, IgG2: 10.800 mg/L ↑, IgG3: 89 mg/L, IgG4: 1.860mg/L ↑. Prick test a neuroalergenos y alimentos: negativo. Isohemaglutininas: anti-B positivo. Anticuerpos frente a: rubéola, virus varicela zoster, antitetánicos, antipoliomielitis antidiftérica, neumocócicos, y H. influenzae positivos. Anti- Candida albicans negativo.

Inmunidad celular: Linfocitos: B: 15 %, T3 43 %, T4 63 %, T8 34 %, T4/T8:1,85. TTL frente a mitógenos inespecíficos (ConA, PHA, PWM): normal. Pruebas in vivo de inmunidad celular (Multitest): candidina: negativas.

Inmunidad inespecífica: Presencia de moléculas LAD I y II, Complemento: C'3 1.080 mg/L, C'4 243 mg/L, CH 50: 40U/ml, Test del NBT: 10 %3-10. Ac anti VIH: negativo.

TAC mastoides: ocupación de caja timpánica, antro y mastoides derecha, con aumento de densidad de partes blandas, sin erosiones óseas, compatible con otomastoditis derecha (fig. 2). Engrosamiento de membrana timpánica izquierda. TAC de mastoides de control, normal. Densitometría ósea: normal. Microbiología: cultivo de secreción ótica (recogida por paracentesis): Candida albicans; de exudado vaginal-perineal: Enterococcus faecium; exudado umbilical: Enterococcus faecium.

Ante el diagnóstico de mastoiditis por Candida albicans, la paciente se trata con anfotericina B liposomal, con la que comienza a disminuir la secreción ótica. Después de conocer los resultados de los cultivos de exudado de ombligo y región vaginal, en los que se aíslan colonias de enterococcus faecium multirresistente se inicia tratamiento con vancomicina endovenosa, con mejoría clínica. Al ser dada de alta se prescribió como profiláctico trimetoprin sulfametoxazol y fluconazol, con excelente evolución clínica, actualmente asintomática.



Figura 1. Doble arcada dental



Figura 2. TAC

PAULA CASTILLO PAMELA NARANJO PAULINA PARADA MA. SOLEDAD SALINAS	ANA TORRES PAMELA VASQUEZ CAMILA VELASQUEZ	GRUPO 14 Caso Clínico PEDIATRÍA	Martes 28/02/2012	Martes 06/03/2012	Martes 13/03/2012
---	--	--	----------------------	----------------------	----------------------