

INFORME MEDICO

Nombre: Tomas Vargas Menjiba
Edad: 3 meses
Fecha de nacimiento: 22/10/2011
Ficha: 945786
Fecha de ingreso: 23/01/2012
Fecha de resumen: 29/03/2012

DIAGNOSTICOS ACTUALIZADOS

1. Síndrome hipotónico central en estudio
 - Leucomalacia periventricular
 - Obs genopatía
 - Obs enfermedad metabólica
2. Hipertensión pulmonar en tratamiento
3. Oxigenodependencia 2º a cuadro respiratorio agudo
4. Laringomalacia leve
5. Infecciones tratadas
 - Bronconeumonía viral sobreinfectada (VM)
 - Sepsis por Klebsiella tratada
 - Bronconeumonía por Parainfluenza 3
6. Bronquitis Obstructiva Recurrente
 - Obs microaspiración 2º a RGE
7. Obs alergia a la Proteína de Leche de vaca
8. Talla baja – 3 DST T/E
9. RNPT de 33 semanas

RESUMEN HISTORIA CLINICA

Paciente con antecedente de RNPT de 33 semanas, PEG, cesárea de urgencia por DPPNI, apgar 5-8. evoluciona con Sd Distress respiratorio requiriendo de apoyo con CPAP transitoriamente. Alimentado con Neocate desde los 15 días por sospecha APLV, alta desde la neo a los 27 días. Múltiples consultas ambulatorias por mal incremento de peso y ruido al respirar.

Ingresó a UCP el día 23/01 por bronconeumonía multifocal y posteriormente sepsis por Klebsiella, que requirió ventilación mecánica (hasta el 04/02), quedando posteriormente dependiente de CPAP y oxígeno, decidiéndose ampliar estudio. Además con crisis de cianosis que corresponden a crisis de Hipertensión Pulmonar, cuyo origen es poco claro.

Dentro de su estudio destacan:

ESTUDIO POR SISTEMAS

INFECCION

- Bronconeumonía multifocal (28</01 al 01/02): cefotaxima cultivos (-)
- Pneumovir , IFIs y PCR Bordetella (-)
- Sepsis por Klebsiella. Vanco-cefta-amikacina por 2 días. Meropenem-Amika por 14 días (suspensión 17/02)
- Evaluación por inmunólogo: compatible con evaluación de prematuro
- Inmunoglobulinas (14/02): Disminuidas IgG < 270, IgA 7 e IgM normal-bajo 27,5
- Se repite inmunoglobulinas (17/02): Normales
- Subpoblaciones linfocitarias (14/02): Normales
- Evaluación por inmunólogo (17/02): Manejo según evaluación clínica
- Cuadro respiratorio agudo con IFI (+) Parainfluenza 3 (05/03) → cae a VMI 06 – 12/03
- SBO severo , SET escasa cantidad de Klebsiella pneumoniae Blee (+) que se interpretó como colonización → Ventilación mecánica 18/03 al 23/03. Posteriormente en VMNI modalidad Bipap con lo que se encuentra hasta hoy.

RESPIRATORIO

- Evaluación por Broncopulmonar (13/02): crisis de cianosis de causa no pulmonar, sugiere completar estudio
- Fibrobroncoscopia rígida y flexible (16/02): laringomalacia leve. Resto VA normal
- TAC pulmonar (17/02): atelectasias múltiples, compatible con daño pulmonar crónico.
- Evaluación por broncopulmonar (21/02): Descarta cuadro pulmonar crónico y displasia broncopulmonar, asociando a este daño a cuadro respiratorio agudo.
- Saturometría de 24 horas (22/02): normal con 0,1 lts x`
- Evaluación por broncopulmonar (05/03): descarta HTP de causa pulmonar. Sugiere completar estudio
- Evaluación por broncopulmonar (20/03): Según evolución radiológica, se plantea miucroaspiración por RGE. Sugiere completar estudio post extubación y evaluar posibilidad de gastrostomía con Nissen.

CARDIOLOGICO

- Evaluación y Ecocardiografía (24/01): Colateral Aortopulmonar pequeña, Estenosis de rama pulmonar izquierda
- Evaluación y ecocardiografía (01/02): Hipertensión pulmonar leva (PAP 38 mmHg), colateral Ao-pulm pequeña, FAVI N, sin vegetaciones
- Ecocardiografía (11/02): Insuficiencia tricuspídea leva (PVD 30 mmHg), posible colateral Ao-pulm, sin vegetaciones
- Ecocardiografía (14/02): Se evidencia crisis de HTP: al suspender oxígeno, PAP normal pasa a 41 mmHg, acompañándose de cianosis y sudoración, colateral Ao-pulm pequeña.
- ECO Doppler renal (09/02): normal

- Ecocardiografía (29/02): normal con oxígeno, al suspender se provoca crisis de HTP con (PAP 30 mmHg)
- Ecocardiografía (07/03) Colaterales Ao-P (1,8 y 1 mm) VD dilatado, PAP N
- Ecocardiografía (18/03): mínima insuficiencia tricuspídea y pulmonar, sin evidencia de HTP
- Evaluación por cardióloga y ecocardiograma (20/03): No impresiona indicación quirúrgica de colaterales aortopulmonares (1,7 y 1 mm). Sin evidencia de HTP. Sugiere mantener tratamiento y control ambulatorio.

NEUROLOGICO

- Evaluación por Neurología Infantil : hipotonía y macrocefalia (CC 39 cms > p 98 para EG)
- EEG (08/02): normal
- Ecografía cerebral (24/01): Ventriculomegalia de los ventrículos laterales.
- Perfil tiroideo : TSH y T3 Baja , T4 Normal
- RNM con espectroscopia (03/02): menor mielinización para la edad. Disminución de sustancia blanca en zona peritrigonal y cuernos occipitales, probablemente secuelas a eventos isquémicos neonatales.
- Evaluación por neurología (08/02): recomienda inicio de KTM.
- Videodeglución (16/02) normal
- Evaluación por neurología (12/02): Síndrome hipotónico central. Completar estudio enfermedad peroxisomal y mantener KTM. Control ambulatorio a los 5 meses.
- Evaluación por fonaudióloga (10/02): Somnoliento y difícil de evaluar.
- Evaluación por neurología (17/02): hallazgos de resonancia compatibles con leucomalacia periventricular que explica hipotonía central.
- Reevaluación neurología 18/03 se solicita RNM cerebral : Hígomas fronto parietales bilaterales sin efecto de masa.
- Evaluación por Dr Zuñiga , Neurocirujano → Conducta expectante y control de TAC cerebral en 3 semanas.

METABOLICO

- Evaluación Dra Mabe (especialista en enfermedades metabólicas): descartar S Zellweger (enfermedad peroximal)
- TANDEM periodo Neonatal Normal
- Amonemia y Lactico (28/01) : Normal
- RNM con espectroscopia (03/02): sin trastornos de migración de sustancia blanca y espectroscopia Normal.
- Perfil Peroxisomal (USA: 04/02): Normal
- Test de Metilación (INTA: 04/01): Normal

GENETICA

- Evaluación Dra Aravena (24/01) : estigmas de genopatía
- Solicita cariograma (25/01): 46 XY
- Ecografía abdominal (24/01) Normal

- Evaluación Dra Aravena (29/02): Descarta genopatía. Control ambulatorio

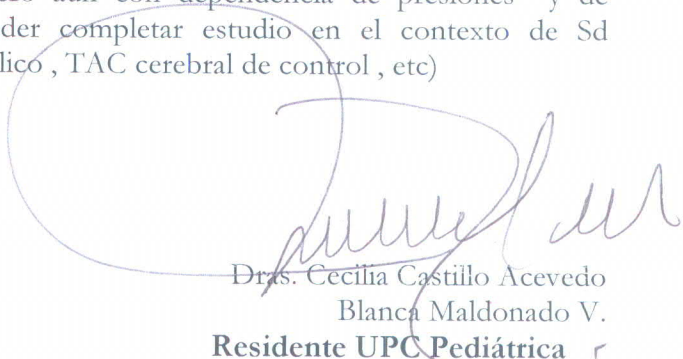
ENDOCRINOLOGIA

- Hormonas tiroideas (29/01?): T3 baja, TSH normal
- Cortisol basal y evaluación por endocrinóloga (22/02): aún bajo. Cambia esquema de suplementación de cortisol mañana y tarde, y solicita control ambulatorio en 1 mes
- SBO severo que requiere nuevamente aumento de corticoides (metilprednisolona → prednisona)
- Evaluación por endocrinóloga (20/03): Mantener corticoides en dosis de sustitución, una vez superado el cuadro agudo y sugiere duplicar dosis de corticoides en casos de stress. No le impresiona Talla baja de causa endocrinológica.

NUTRICIONAL

- Evaluación por nutrióloga: no tolera alimentación por boca exclusiva, por lo que tiene una sonda nasogástrica a través de la cual recibe parcialmente aporte. Madre entrenada.
- Evaluación por nutrióloga (29/02): Desnutrición cónica. Se corrige por edad gestacional: - 2,21 DST P/E , Talla baja - 3,9 DST , P/T + 2,1 DST. Descarta alergia a la proteína de leche de vaca. Sugiere cambio a peptijunior.
- Evaluación por nutrióloga (16/03): Ajuste acalórico - proteico

Actualmente el menor se encuentra en VMNI en proceso de entrenamiento muscular evolucionando en condiciones favorables pero aún con dependencia de presiones y de oxigenoterapia. Además a la espera de poder completar estudio en el contexto de Sd hipotónico (Electromiografía, estudio metabólico , TAC cerebral de control , etc)



Dra. Cecilia Castillo Acevedo
Blanca Maldonado V.
Residente UPC Pediatría

Santiago, 29 de Marzo , 2012