

# Sesiones Clínicas Interhospitalarias de Infectología Pediátrica



# - Caso Clínico -

**Motivo de consulta (abril 2013):** Niña de 12 años que consulta por **febrícula intermitente** desde **enero**, mialgias y **dolores articulares** en hombros, muñecas, rodillas, tobillos y columna vertebral desde **marzo**, que no ceden pese a administración diaria de ibuprofeno. Asocia odinofagia, mucosidad, **tos, astenia y lesiones cutáneas** eritrodérmicas evanescentes pruriginosas en tronco y miembros.

## **Antecedentes Personales y Patológicos:**

- Hernia de hiato. Dolor abdominal recurrente.
- Adenoidectomizada. Colocación de DTT. Sinusitis (TAC normal).
- Dolores articulares en rodillas desde los 5 años.
- No contacto conocido con personas afectas de TBC. Hija única.
- No viajes al extranjero. No animales domésticos.
- Calendario vacunal correcto. NAMC.

## **Antecedentes Familiares:**

- Tíos gemelos en rama materna afectos de neurofibromatosis tipo 1.

# - Caso Clínico -



**Exploración física:** Peso: 49 Kg. Bien nutrida, hidratada. Coloración **pálida** de piel, normal de mucosas. **Ojerosa, decaída.**

**Lesiones eritematosas en tercio superior del tronco.** Dermografismo. No petequias. No manchas “café con leche”.

ACP: Rítmica, no soplo. Buena ventilación bilateral, no ruidos añadidos ni distrés.

Abdomen: Blando, depresible, sin masas ni megalias. Dolor periumbilical sin signos de defensa.

ORL: Orofaringe hiperémica sin exudado amigdalár. Otoscopia normal. No adenopatías cervicales significativas ni a otros niveles.

Osteo-articular: **Dolor articular generalizado** de predominio en hombros, muñecas, columna vertebral, rodillas y tobillos sin calor, impotencia funcional...

NRL: PICNR. Pares craneales, ROT normal. No rigidez nuchal ni signos meníngeos.

# - Caso Clínico -

**Pruebas complementarias:** Aportan analíticas de febrero y marzo de 2013, a destacar:

- **Hemograma, VSG y bioquímica** (con perfil férrico, hepático y lipídico) normales.
- **Pruebas reumáticas** (PCR, FR y ASLO) negativas.
- **Inmunoglobulinas** (Ig A, M y G) normales.
- **Serologías:**



- Ig G e Ig M VEB, CMV y Toxoplasma negativos.
- Ig G Adenovirus positivo con Ig M negativo.
- Ac. VHB y VHC negativos.

- **Frotis faríngeo:** *Streptococcus beta hemolítico del grupo F* (tratada durante 10 días con penicilina).
- **Frotis nasal:** Flora saprofita habitual.
- **Hemocultivo:** Negativo.
- **Rx. AP de tórax:** Sin hallazgos patológicos.
- **Mantoux (febrero 2013):** Negativo.
- **Fondo de ojo:** No signos de uveítis.

# - Caso Clínico -



**Pruebas complementarias:** control analítico de abril de 2013:

- **Hemograma, VSG, FR y bioquímica** (con LDH, CK) normales.
- **Estudio inmunológico:**
  - Ig A, M, G y D normales.
  - Subclases de Ig G normales.
  - Complemento normal.
  - Poblaciones linfocitarias: % CD3, % CD19, % CD4, % CD8 y cociente CD4/CD8 normales.
- **Nuevas serologías:**
  - Ig G e Ig M Borrelia y Brucella negativas.
- **Rx. AP de tórax de control:** Sin hallazgos patológicos.
- **Mantoux (abril 2013): POSITIVO (11 mm).**

# - Caso Clínico -



**Consulta de Reumatología Infantil:** Descartan AIJ.

- Anti-Ro, Anti-La, Anti-SM, Anti-RNP, Anti péptido cíclico citrulinado, HLA-B27, ANAs y Anti-DNA de doble cadena negativos.
- **Ecografías de muñecas y rodillas:** Sin hallazgos patológicos.
- **Gammagrafía ósea:** Normal.

**Consulta de Oftalmología:** No signos de uveítis. A nivel de pars plana temporal, se visualiza un **área de probable "snow-ball"** en resolución completa (no exudación).

**Consulta de Cardiología Infantil:** ECG y ecocardiografía normales.

**INGRESO HSR (16/04/13):**

- **Rx. de muñecas, dedos de la mano, rodillas...** Normales.
- **Rx. completa de CV: Escoliosis.** No signos de espondilodiscitis.
- **Rx. AP y lateral de tórax:** Sin hallazgos sugerentes de TBC.





# - Caso Clínico -



## INGRESO HSR (16/04/13):

- **Estudio TBC:** Muestras de esputo inducido y jugos gástricos (x3).
  - **Baciloscopia:** Negativas.
  - **Cultivo M. Tuberculosis:** Negativos.
  - **PCR M. Tuberculosis (x2):** Negativas.
  - **Mantoux (padres):** Negativos.
- **TAC torácico con contraste (18/04/13):** “No se visualizan masas mediastínicas, hiliares ni adenopatías de tamaño relevante. El parénquima pulmonar muestra una distribución broncovascular normal, no objetivándose nódulos, masas ni áreas de consolidación”.
- **Tto. Profiláctico ITBL (23/04/13):** Isoniacida 300 mg / 24 horas.
- Antihistamínico, ibuprofeno a demanda.



# - Caso Clínico -



# - Caso Clínico -



# - Caso Clínico -



# - Caso Clínico -



# - Evolución -



**Mayo 2013:** Cefalea, decaimiento, abdominalgia, pérdida de apetito, absentismo escolar... Presenta lesiones cutáneas a diario.

**Consulta de Neuropediatría:** EEG y RMN cerebral normales.  
- Cefalea tensional: Flunarizina (Sibelium ®).

**Consulta de Dermatología Pediátrica:**  
- Urticaria crónica: Bilastina a diario.

**Junio 2013:** Faringoamigdalitis aguda. Síntomas miccionales.

- Amoxicilina 500 mg / 8 horas. Omeprazol 20 mg / 24 horas.
- **Urocultivo:** *Klebsiella pneumoniae* (sensible excepto ampicilina y fosfomicina).
- **Nuevas serologías:** Ac. VIH, *Treponema pallidum* negativos.
- **Inmunología:** Ac. Anticardiolipina, c-ANCA, p-ANCA, x-ANCA negativos.

# - Evolución -



**Julio 2013:** Otitis aguda serosa derecha.

- **Nueva analítica:** Hormonas tiroideas, iones, albúmina y aldolasa normales.
- **Urocultivo de control:** 30.000 UFC (flora mixta).

**Consulta de Onco-Hematología Infantil:** Frotis sanguíneo normal.

**Septiembre 2013:** Mejor estado general, sin apenas dolor articular ni cefalea. Urticaria en remisión. Ha pasado buen verano, ha ganado peso... Se encuentra más animada y no repite curso.

- **Tratamiento actual:**

- Isoniacida 300 mg / 24 horas (5 meses y medio).
- Ibuprofeno, omeprazol y antihistamínico si precisa.

Seguimiento en **Consulta de Infecciosas y Unidad de Adolescentes...**





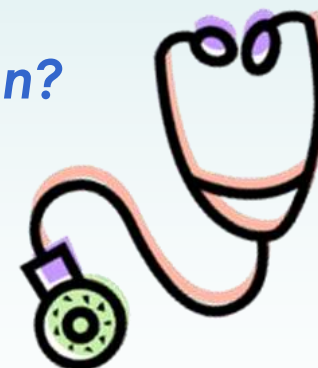
*¿Qué tiene nuestra paciente?*

*¿Tuberculosis musculoesquelética?*

*¿Enfermedad psicósomática?*

*¿Qué más pruebas pedirle? ¿Quantiferon?*

*¿Cómo tratarle?*



# - Tuberculosis musculoesquelética -

La tuberculosis musculoesquelética es usualmente transmitida por diseminación hematológica, linfática o por contagio directo.

El foco primario ha sido identificado en menos del 50% de los pacientes.

Las **formas clínicas** conocidas son:

1. Espondilodiscitis (Enfermedad de Pott).
2. Artritis periférica (monoarticular): cadera o rodilla.
3. Osteomielitis.
4. Compromiso de tejidos blandos (tenosinovitis, bursitis, dactilitis, abscesos musculares).
- 5. Artritis reactiva (Enfermedad de Poncet):** Poliartritis de codos, rodillas, tobillos con cultivo del líquido sinovial negativo.

# - Artritis reactiva - (Enfermedad de Poncet)



**Poncet**, en 1897, describió un cuadro de poliartritis aséptica, que tenía características migratorias y se resolvía sin daño articular, durante el curso de una infección tuberculosa (reumatismo tuberculoso).

Baja prevalencia. Curso insidioso.

**Patogenia:** Desconocida.

1. Se postula una respuesta inmune a tuberculoproteínas, ya que no se ha identificado el bacilo tuberculoso en el líquido sinovial o tejidos articulares involucrados.
2. La respuesta articular es similar a la cutánea expresada como **eritema nodoso**.
3. Ensayos de proliferación linfocítica mostraron un incremento de la reactividad de los linfocitos del líquido sinovial comparados con linfocitos de sangre periférica en pacientes con Enfermedad de Poncet.
4. Se plantea la existencia de una predisposición genética, ligada al HLA (DR4), que expresaría una **hipersensibilidad a antígenos micobacterianos**.

# - Artritis reactiva - (Enfermedad de Poncet)



**Clínica:** Poliartritis reactiva, seronegativa, parainfecciosa, no destructiva y transitoria, que involucra grandes y pequeñas articulaciones. Exantema eritematoso tipo vasculitis (similar a eritema nodoso) que afecta a vasos de la dermis (mediada también inmunológicamente por hipersensibilidad a tuberculoproteínas).

**Diagnóstico:** Se hace por exclusión de otras tuberculosis musculoesquelética y enfermedades reumatológicas. Cultivo y baciloscopia negativos. No gérmenes ni granulomas en la sinovial.

**Tratamiento:** Se resuelve espontáneamente o con tratamiento antituberculoso. Buena penetración en articulaciones y tejidos blandos. Duración: 6-9 meses.

**Pronóstico:** No secuelas.

**Conclusión:** La Enfermedad de Poncet debe ser incluida en el **diagnóstico diferencial de pacientes con fiebre y poliartritis de causa desconocida.**

# - Enfermedades psicosomáticas -

## Síndrome de sensibilidad central



# - Síndrome de sensibilidad central -

**Yunus**, en 1994, engloba en el **SSC**, distintos procesos con características comunes. Todos ellos de causa desconocida con fisiopatología semejante:

1. **Fibromialgia** (dolor).
2. **Síndrome de fatiga crónica** (cansancio).
3. **Síndrome químico múltiple** (hipersensibilidad).
4. **Otros:** Sd. de intestino irritable, cefalea tensional, Sd. de piernas inquietas...

Más frecuente en mujeres sin objetivarse patología estructural.

**Patogenia:** Hiperexcitabilidad de las neuronas del SNC a los distintos estímulos periféricos (dolor, alimentos, productos químicos, cambios de tiempo, estrés, infecciones, uso de fármacos) que provoca una hiperrespuesta a estos, y que se mantiene en el tiempo a pesar de la desaparición del estímulo.

Los dos principales mecanismos son: la **sensibilización central** y el fracaso de las **vías descendentes inhibitorias** de sensibilidad.

Existe una **disregulación neurosensorial** que va a producir alteraciones **neuroendocrinas y del sistema inmunológico**, desarrollándose un círculo vicioso que es el origen de los múltiples síntomas y síndromes.



# - Síndrome de sensibilidad central -

**Clínica:** Cansancio, dolor de cabeza (migraña o cefalea tensional), dolor generalizado, vértigos, trastornos de la temperatura, labilidad emocional, acúfenos, parestesias, alteraciones en la visión, palpitaciones, síntomas urinarios inespecíficos, síntomas digestivos (dolor abdominal inespecífico), caída de cabello, obstrucción nasal...

Cada síndrome va a presentar otros **diagnósticos concomitantes**, y además conforme pasa el tiempo van a ir apareciendo otros.

**Tratamiento:** Debe realizarse desde el entendimiento de las razones fisiopatológicas que lo producen, y atendiendo a tres puntos:

1. Existe una **hipersensibilidad** a factores o estímulos externos que juegan un papel muy importante.
2. Hay una **disregulación** central, inmunológica y neuroendocrina.
3. **Sintomatología** acompañante.

Ej. Antioxidantes, antidepresivos...

# ¡ Gracias !



SEIP  
Sociedad Española de  
Infectología Pediátrica (SEIP)



**HSR** Hospital San Rafael

(1892-2012) 120 años de experiencia a su servicio  
*El hospital de toda la familia*