

II Congreso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Altea 4,5,6 de marzo de 2004

Impreso para remisión de resúmenes

Estructura mínima del resumen: 1) justificación 2) métodos 3) resultados 4) conclusiones

Fecha límite: 23 de enero de 2004

Datos básicos del autor:

Apellidos:.....Santiago.....Lozano.....Nombre: M^aJ

Institución:..hospital Virgen de la Salud

Dirección:Caridad n 1 6^ºA.....DP:28007.....

Ciudad:.....Madrid.....E-mail:.....

Tel 91 4336363.....FAX:.....

Señale la forma preferente de presentación: póster comunicación oral

Nº:..LB 2..... (a rellenar por el comité científico)

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO SECUNDARIO A LEISHMANIASIS VISCERAL

Introducción : el síndrome hemofagocítico es un cuadro caracterizado por la activación del sistema macrofagohistiocitario con producción de altos niveles de interleukinas capaces de producir un deterioro multiorgánico fatal. El pronóstico varía mucho entre las formas primarias y secundarias siendo habitualmente bueno en las formas secundarias si se consigue el tratamiento de la causa que lo desencadena. Para hablar de síndrome hemofagocítico es preciso que se cumplan cinco criterios: Fiebre de 38,5°C durante 7 días o más Esplenomegalia mayor de tres centímetros Citopenia de dos o tres líneas en sangre periférica (Hb < 9 g/dl, plaquetas < 100.000 y Neutrófilos < 1000/ml) Hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia (TG > 200 mg/dL o Fibrinógeno < 150 mg/dL).

Caso clínico: niña de 16 meses que ingresa por presentar fiebre de 40 °C de 9 días de evolución y decaimiento. Antecedentes familiares y personales sin interés. Exploración clínica: peso:9,580 (p 10-25) talla: 80 cm (p 75) tª 39,7°C FC:160 lpm

FR: 36 rpm PA: 96/47 Regular estado general, decaída. Palidez de piel y mucosas. Bien hidratada y profunda. No signos de distress. ACP: normal. Abdomen: distendido, se palpan bazo e hígado a 6 cm de reborde costal. No adenopatías. Resto normal.

Exploraciones complementarias: Sistemático de sangre: Hb:11 g/dL, Htco.:32,3%

Leucocitos: 7.600 (N 16,9%, L62,1%, M 10%), plaquetas: 120.000.

Bioquímica sanguínea: glucosa, urea e iones normales. GOT: normal. GPT:90

PCR: 23,4 mg/L. Radiología de tórax: normal. Mantoux: negativo. Hemocultivo, Urocultivo : negativos.

Serología de CMV, HIV, Rubéola, Toxoplasma, Leishmania, Herpes virus 6 y Parvovirus negativas.

Serología de VEB: Ig G positiva. Aglutinaciones a Salmonela y Brucela negativas. Ecografía abdominal:

hepatoesplenomegalia. Punción de Médula Osea : normal. No se evidencian hemoparásitos. Evolución: ante la sospecha de que pudiera tratarse de Artritis idiopática juvenil de comienzo sistémico se inicia tratamiento con corticoides sistémicos con mejoría transitoria con empeoramiento posterior. A los 20 días del inicio presenta: S.s.: Hb: 8,7 Htco.: 26% Leucocitos 8500 (N48%, L43%, M8,2%) plaquetas 83.000. VGS:52/98.

Estudio de coagulación: normal. Ferritina: 287 Bioquímica sanguínea: glucosa, urea y creatinina normales.

Albúmina Colesterol. 187 triglicéridos. 422 Gamma- Gt: 97 Fosfatasa alcalina 143 LDH: 645 . Se realiza

nueva punción de médula osea observándose buen cociente mieloeritroide no evidenciándose imágenes de hemoparásitos encontrándose imágenes de hemofagocitosis. Se realizan cultivos de mo y estudio de PCR para

Leishmania y se inicia tratamiento con Anfotericina liposomal de forma empírica desapareciendo la fiebre a las 24 horas y presentando a los 4 días de iniciado el tratamiento hepatoesplenomegalia de 2 cm y analítica

con s. S. Con Hb: 9,8 leucocitos 9.200 plaquetas 148.000 ferritina 67 mg y PCR para Leishmania en médula

osea positiva.

