

## 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:.....Nombre:.....

Institución:.....

Dirección:.....DP:.....

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

Tel.:.....FAX:.....

Señale la forma preferente de presentación:      póster                       comunicación oral

Nº:...LB 3..... (a rellenar por el comité científico)

#### **TUBERCULOSIS SISTÉMICA EN UN ADOLESCENTE CON ANOREXIA.**

Niño de 14 años que ingresa desde urgencias remitido de la Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil, donde esta siendo estudiado por ANOREXIA Y ESTADO DEPRESIVO , con mala respuesta al tratamiento.

Desde 3 días antes presenta diarrea, sin sangre ni moco, y vómitos de contenido gástrico, dolor abdominal, y fiebre de 39°C. Desde 4-5 meses antes refiere pérdida de peso de 5-6 Kg, con ánimo triste y anorexia llamativa. La familia lo relaciona con el fallecimiento del padre, año y medio antes de Ca de páncreas.

AF: (G-A-V): 4-0-4: Una hermana 31 años sana. Un hermano 29 años sano A Familiares: Madre 53 años sana, padre fallecido año y medio antes . Una hermana 26 años sana.

A P :Sin interes hasta el momento actual

Exploración :Peso: 30Kg (P<3); Talla 161(P-90), Tp axilar:37.6°C. FC:156lpm; Fr:24; TA:114/56mmHg.

Mal estado general, Aspecto caquéctico. Palidez de piel y mucosas, Adecuada perfusión e hidratación. No exantemas ni petequias. Tórax: Buena ventilación bilateral, Auscultación Cardíaca: Soplo sistólico I/VI en todos los focos. Abdomen: Blando ,depresible, doloroso a la palpación profunda en F.I.D, con aumento de ruidos hidroaereos, no masas ni megalias.No adenopatías. Resto normal salvo actitud lenta y depresiva.

Exploraciones complementarias:S.de S: Hb: 8.9 gr/ml; Hcto: 27.7%; Leucos: 21700 (N.89.2%,L:6%.M.4.4%)

Plaquetas: 544.000 .VSG: 81/120.-Ferritina: 830mg %.E de coagulación: Normal.

-Bioquímica: glucosa, urea, iones, creatinina, calcio, bicarbonato, amilasa y lipasa, normales.

-S.de orina:PH :5 resto: Normal. Sedimento : PIURIA..Urocultivo. Negativo.

-Ecografía abdominal: Se observa segmento intestinal con engrosamiento, en flanco y FID que sugiere cambios inflamatorios, probablemente en colon, y asas de delgado con pared engrosada y contenido líquido.

Evolución:Tras la sospecha de abdomen quirúrgico, se realiza laparotomía , presentando tiflitis ( engrosamiento de ciego a lo largo de 7-8 cm) apendice flemoso, y 2 adenopatías localizadas a nivel de base apendicular.

Ante la alta sospechas de Enf. de Crohn se realiza apendicectomía y biopsia de adenopatías

En la biopsia de adenopatía se evidencian múltiples granulomas caseificantes.

Ante la sospecha de TBC diseminada se realizan: Ziehl en orina, jugo gástrico, y adenopatía mesentérica, siendo todos Positivos.Mantoux: Negativo y RX de tórax en la que aparecen multiples cavernas en vértices.

A 8 días crece Mycobacterium tuberculosis en orina, jugo gástrico y adenopatía.

Se realizan TAC craneal y punción lumbar que son normales, y posteriormente Gammagrafía osea que también es normal. Se realiza serología de H.I.V., Estudio de linfocitos e Inmunoglobulinas, siendo todos normales.

Se investiga contacto con TBC, descubriéndose que su hermana mayor y su cuñado estuvieron tratados y aislados 2 años antes, aunque no sabían de qué.

Al niño se le había realizado mantoux que fue negativo y no se había pautado profilaxis.

Al ingreso se instaura alimentación parenteral

y al diagnóstico se inicia tto primero con cuatro tuberculostáticos y tras realizar gammagrafia con tres.

En el momento del alta a los 20 días del ingreso, había ganado 5 kg de peso y se encontraba animado, sin tratamiento antidepressivo, y había desaparecido la anorexia.

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