

NEUMONÍA EN PACIENTE CON TRASPLANTE CARDÍACO

AUTORES: P. Alcaraz Casquillo*, L. Irlés Díaz, J.M. Olmos, A.I. Menasalvas Ruiz, S. Alfayate Migueléz.

Sección de Infectología Pediátrica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

*Patricia Alcaraz Casquillo. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Ctra. Madrid-Cartagena, s/n. 30120 El Palmar, Murcia. Tlf: 620654421. Email: pat_tati@hotmail.com

Las infecciones son uno de los principales problemas en los niños tras el trasplante cardíaco con una importante morbimortalidad.

La etiología de las infecciones varía en relación con el tiempo transcurrido desde el trasplante, diferenciando tres periodos:

Durante el 1^{er} mes tras la cirugía, las infecciones más frecuentes son las relacionadas con el procedimiento quirúrgico, predominando las infecciones bacterianas: infecciones respiratorias, de herida quirúrgica, mediastinitis, bacteriemias por catéteres intravenosos y tracto urinario.

Entre el 2^o y el 6^o, debido al estado de inmunosupresión, predominan las infecciones por bacterias oportunistas, virus (citomegalovirus), hongos y protozoos.

A partir del 6^o mes, son más frecuentes las infecciones respiratorias de adquisición comunitaria, volviendo a ser las bacterias el agente etiológico principal.

Caso:

Preescolar de 4 años, con antecedentes de cardiopatía congénita compleja, sometido a trasplante cardíaco a los 10 meses de edad, en tratamiento crónico inmunosupresor con tacrolimus y micofenolato.

Vacunación completa (excepto triple vírica), incluida antineumocócica. Ingreso previo por estomatitis herpética.

Diez días antes de su ingreso presentó bronquitis aguda y otitis media derecha por lo que recibió tratamiento ambulatorio con amoxicilina-clavulánico durante 8 días. Ingresa a las 48 horas de finalizar el tratamiento por deterioro general, fiebre de 24 horas (>38.5°C), tos emetizante y disminución de la ingesta.

Presentaba un mal estado general, sequedad de mucosas, cercos perioculares con tiraje subcostal y supraesternal y saturación basal de oxígeno del 93%. Destacaba hipoventilación bilateral con crepitantes en base izquierda y tímpano derecho abombado y deslustrado. Resto normal.

En la analítica destacaba: 49.180 leucocitos (83%N), PCR 32.9 mg/dl, PCT 8.11 ng/ml, urea 105 mg/dl, creatinina 0.95 mg/dl y niveles de tacrolimus 26ng/ml. En la radiografía de tórax presentaba una condensación en lóbulo inferior izquierdo. Tras recogida de cultivos se inició tratamiento con cefotaxima y vancomicina y se suspendió el tacrolimus hasta la normalización de los niveles. Tras el informe del crecimiento en hemocultivos de *Cocobacilo* gramnegativo se suspendió la vancomicina. La evolución fue muy favorable con desaparición de la fiebre y disminución progresiva de las cifras de leucocitos, PCR y creatinina. Tras completar 10 días de tratamiento parenteral y ajuste de niveles de tacrolimus, se da de alta con tratamiento oral.

La identificación definitiva del microorganismo fue *Haemophilus Influenzae* serogrupo f aislado en esputo y hemocultivos.

Los pacientes trasplantados, secundario a la inmunosupresión, pueden presentar infecciones bacterianas comunitarias más graves, con mala evolución a pesar de un tratamiento correcto por vía oral.

CASOS CLÍNICOS