

# Neumonía en un paciente pediátrico inmunocomprometido<sup>1</sup>

Pneumonia in an immunocompromised pediatric patient

Astrid Anaïd Hernández Soto,\* Andrea Tinoco Martínez<sup>†</sup>

\* Infectóloga pediatra.

<sup>†</sup> Pasante de servicio social.

<sup>1</sup> Sección a cargo del Doctor Giancarlo Hernán Cristerna Tarrasa. Servicio de Infectología Pediátrica.

Departamento de Infectología Pediátrica, Hospital Infantil Teletón de Oncología, Querétaro, México.

## HISTORIA CLÍNICA

Masculino de cuatro años, un mes, originario y residente de Querétaro, México. Cuentan con casa propia construida de materiales perdurables, con todos los servicios básicos, en la cual habita con sus padres y su hermano mayor, fauna doméstica negada. Esquema de vacunación completo para la edad previo al diagnóstico oncológico. Sin cuadros previos quirúrgicos, exantemáticos, alérgicos negativos.

Con el diagnóstico de neurofibromatosis tipo 1 y leucemia aguda bifenotípica, el cual recibió ciclo de consolidación con metotrexato a dosis altas hace 10 días. Acude a urgencias por odinofagia, tos no productiva y fiebre de 24 horas de evolución.

## EXAMEN FÍSICO

Signos vitales: temperatura 38.2 °C, frecuencia cardíaca 128 lpm, frecuencia respiratoria de 24 rpm, tensión arterial de 104/58 mmHg, saturación de oxígeno 99%.

A la exploración física se encuentra alerta, con buena coloración de piel y tegumentos, mucosas bien hidratadas, faringe hiperémica positiva, campos pulmonares bien ventilados, resto sin alteraciones.

Se ingresó con diagnóstico de neutropenia febril de bajo riesgo para enfermedad bacteriana invasiva e infección de vías respiratorias superiores y se inició manejo con cefepima 150 mg/kg/día, hasta obtener los resultados del abordaje viral.

Al día siguiente presenta aleteo nasal, tiraje intercostal, disociación toraco-abdominal, polipnea y desaturación de manera súbita de hasta 80%, se realiza radiografía de tórax (*Figura 1*), por lo que se traslada a unidad de terapia intensiva pediátrica por deterioro respiratorio, requiriendo ventilación mecánica invasiva. Se agrega al manejo inicial vancomicina 60 mg/kg/día intravenoso.

## LABORATORIOS

**Hemoglobina:** 9.6 g/dL, **hematocrito:** 28.8%, **leucocitos:**  $2,400 \times 10^3$ , **neutrófilos:**  $264 \times 10^3$ , **linfocitos:**  $1,392 \times 10^3$ , **monocitos:**  $648 \times 10^3$ , **plaquetas** 52,000  $\times 10^3$ , **proteína C reactiva:** 18 mg/L, **procalcitonina:** 0.15 ng/dL.

**Radiografía de tórax:** anteroposterior. Se observan pulmones con hiperinsuflación, aumento en los espacios intercostales y horizontalización de los arcos, así como infiltrado intersticial bilateral.





**Figura 1:** Radiografía de tórax donde se muestra opacidad bilateral con patrón en vidrio despulido.

**Tomografía axial computarizada pulmonar:** con infiltrado alveolar difuso con patrón en vidrio despulido.

**Pregunta 1.** Con base en la historia clínica y análisis, ¿cuál es el agente etiológico más probable?

- a) *Citomegalovirus*
- b) *Pneumocystis jirovecii*

- c) *Candida spp.*
- d) SARS-CoV-2

**Pregunta 2.** ¿Qué antecedentes son importantes para el padecimiento actual?

- a) Fase de quimioterapia
- b) Uso de metotrexato
- c) Linfopenia persistente
- d) Inmunocompromiso

**Pregunta 3.** ¿Cuál es el esquema terapéutico a utilizar?

- a) Trimetoprima/sulfametoxazol
- b) Caspofungina
- c) Ganciclovir
- d) Remdesivir

**Pregunta 4.** ¿Cuál de las siguientes opciones se pueden utilizar como tratamiento de segunda línea?

- a) Primaquina con clindamicina
- b) Tocilizumab
- c) Foscarnet
- d) Anfotericina B liposomal

*Correspondencia:*

**Astrid Anaid Hernández Soto**

E-mail: astrid.hernandez@hospitalteleton.org.mx

Ver respuesta al caso clínico: ¿Cuál es su diagnóstico?  
<https://dx.doi.org/10.35366/115487>