



Caso Clínico

Neoreviews

Constanza Barra - Interna de Pediatría
Dr. Gerardo Flores - Pediatra Neonatólogo



Diagnóstico visual Neoreviews 2021

RCIU Severa, trombocitopenia e Hiperbilirrubinemia directa
en un lactante prematuro de 26 semanas



Presentación del Caso

**Restricción severa del crecimiento intrauterino, trombocitopenia y directa
Hiperbilirrubinemia en un lactante prematuro de 26 semanas**
Bengt-Ola S. Bengtsson y John P. van Houten
NeoReviews 2021; 22; e68
DOI: 10.1542 / neo.22-1-e68

Un RN prematuro de 5 días de vida con RCIU severa, de tipo simétrica, con trombocitopenia, anemia e hiperbilirrubinemia directa

Se solicita ecografía cerebral la cual informa resultados anormales..



Presentación del Caso

Prematurez

RCIU
Severa simétrica

Hiperbilirrubinemia +
Directa

Eco cerebral anormal

Presentación del Caso



Prematurez

RCIU
Severa simétrica

Hiperbilirrubinemia +
Directa

Eco cerebral anormal



Antecedentes perinatales

Nacido de una mujer hispana, 31 años de edad.

Antecedentes previos:

Eco 1er trimestre: sin alteraciones

ADN libre: normal

RCIU 21 + 6 semanas

Sin antecedentes de hipertensión materna ni preeclampsia

LA disminuido desde las 21 + 6 semanas, persistente

En visita obstétrica presenta trazado no tranquilizador, anhidramnios

Cesárea de emergencia a las 26 semanas

Exámenes madre:

- VIH negativo
- VHB negativo
- SGB desconocido
- Sin antecedentes de infección VHS genital

APGAR

1, 4 y 5 a los 1, 5 y 10 min respectivamente

Signos vitales

- FC: 145 lat/min
- FR: 55 r/min
- PA: 77/31 mmHg
- Sat O₂: 94% con (FiO₂) 40%
- Temperatura: 36.4 °C



Examen Físico

Peso al nacer 375 g (<percentil 3), perímetro cefálico 19,5 cm (<3 percentil), longitud 23,5 cm (<3 percentil).

- Cabeza: Normocefálica; normal, abierto, fontanelas palpables; facies simétrica
- Cavidad oral: mucosas rosadas, paladar intacto, sin adenopatías.
- Pulmones: MP (+) bilateral, SRA; sin dificultad respiratoria.
- Cardiovascular: RR2T, sin soplos.
- Abdomen: BDI, sin masas, sin visceromegalia
- Genitourinario: genitales femeninos prematuros normales; ano patente.

Piel: Sin ictericia, marcas de nacimiento, petequias u otras erupciones.

Neurológico: Vigoroso, normal

Evolución

Laboratorio al ingreso

- Leucocitos: 23,900 20% de neutrófilos y 3% en bandas.
- Hemoglobina y hematocrito: 13,9 g / 41,5%, respectivamente.
- Recuento de plaquetas: **26.000**
- Glucosa en sangre **<10 mg / dL**
- Gasometría venosa: pH 6,99, Pa CO2 94 mmHg, O2 43 mm Hg , bicarbonato 23 mEq , Déficit base -11.

Múltiples
transfusiones de
Plaquetas y GR

Hipoglicemia severa

<10 mg / dL

Tratada con 3 bolos de
dextrosa

Inicio de tratamiento
Empírico con
Ampicilina y
Gentamicina

Bili total: 4,4 mg/dL

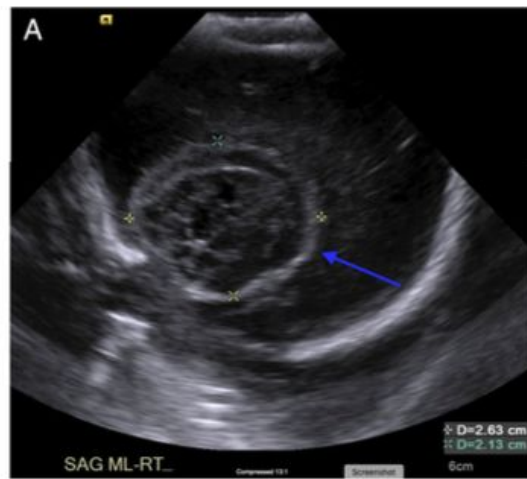
Bili directa: 0,6 mg/dL

Bili total: **8,1 mg/dL**

Bili directa: **5,9 mg/dL**

5 d. d. v

ECO Cerebral



¿Que diagnósticos pueden ser probables?



Diagnósticos diferenciales

Diagnósticos diferenciales

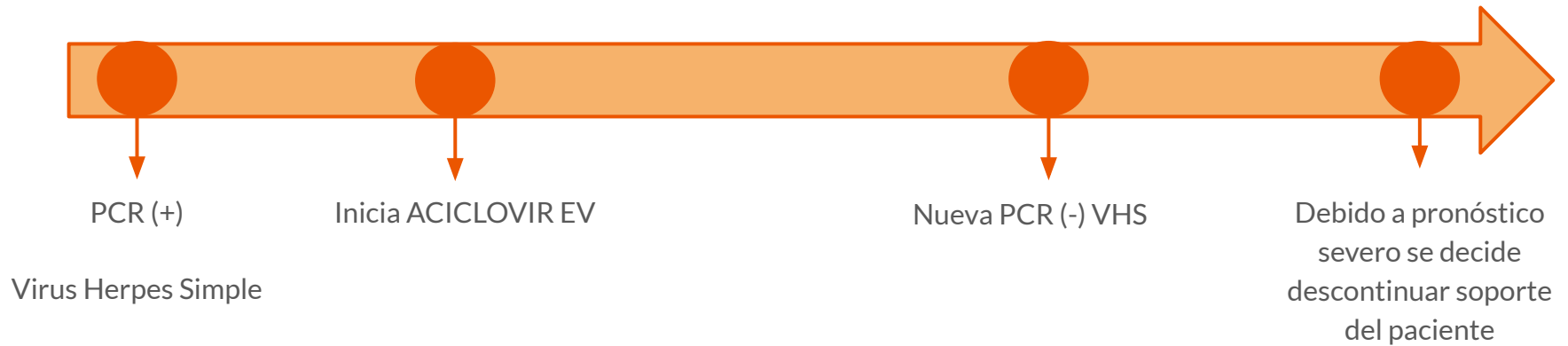
- Trastorno hipertensivo materno
- Infección intrauterina por HSV
- Toxoplasmosis intrauterina
- Infección por citomegalovirus intrauterino (CMV)
- Infección fetal como resultado de sífilis, varicela-zoster, parvovirus B19 o rubéola
- Aneuploidía
- Accidente cerebrovascular fetal / neonatal

RCIU
severa y simétrica





Diagnóstico



Se rechaza autopsia.



TORCH

T : Toxoplasmosis

O : Otras: Treponema pallidum, parvovirus B19, chagas, varicela zoster, Hepatitis B)

R : Rubéola

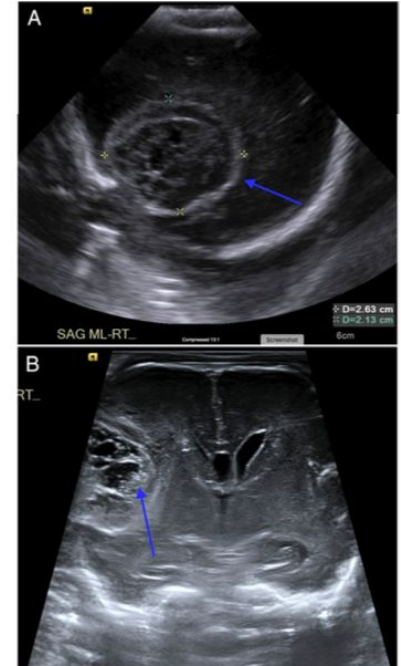
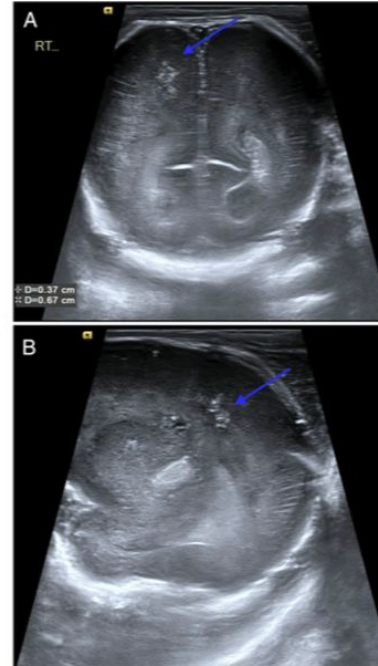
C : Citomegalovirus

H : Herpes

VHS

Las infecciones intrauterinas por VHS causan lesiones del SNC:

- Encefalomalacia
- Agrandamiento ventricular
- Calcificaciones
- Microcefalia.



RCIU

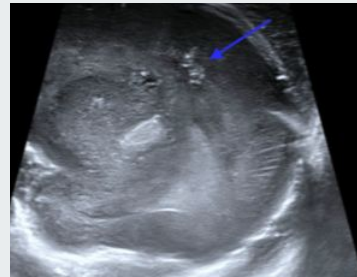


RCIU
severa y simétrica



Resumen

- Las infecciones por TORCH son causas poco frecuentes de RCIU.
- La combinación de RCIU simétrico, ecografía craneal anormal más los hallazgos tales como trombocitopenia, sugieren la posibilidad de una infección por TORCH





Bibliografía

Longo S, Borghesi A, Tzialla C, Stronati M. IUGR e infecciones. Desarrollo temprano de Hum. 2014; 90 (suplemento 1): S42 - S44

Khan NA, Kazzi SN. Rendimiento y costos de la detección de infecciones por antorcha en bebés con retraso del crecimiento. Soy J Perinatol. 2000; 17 (3): 131 - 135

Lee R, Nair M. Diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus del herpes simple 1 en el embarazo. Obstet Med. 2017; 10 (2): 58 - 60

Neuberger I, García J, Meyers ML, Feygin T, Bulas DI, Mirsky DM. Imágenes de infecciones congénitas del sistema nervioso central. Pediatr Radiol. 2018; 48 (4): 513 - 523

Finger-Jardim F, Avila EC, da Hora VP, Gonçalves CV, de Martinez AMB, Soares MA. Prevalencia de los tipos 1 y 2 del virus del herpes simple en los lados materno y fetal de la placenta en mujeres embarazadas asintomáticas. Am J Reprod Immunol.