

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Tema: Absceso pulmonar.

Fecha: 05-05-15.

Lugar: Auditorio CPAP.




DATOS PERSONALES

- **NOMBRE:** V.C.M.
- **EDAD:** 1 año y 10 meses.
- **PROCEDENCIA:** Cochabamba.
- **FECHA DE INGRESO:** 12/04/15.



ANTECEDENTES FAMILIARES

- **Padre:** Desconoce.
 - **Madre:** Viva, 39 años de edad, aparentemente sana.
 - **Abuelos paternos:** Desconoce.
 - **Abuelo materna:** Falleció hace 25 años por enfermedad hepática.
 - **Abuela paterno:** Falleció hace 20 años por accidente automovilístico.
- 

ANTECEDENTES PERSONALES

- Producto único, de 40 semanas obtenido por cesárea por edad mayor de la madre, sin complicaciones
- Presentó llanto inmediato, no requirió oxígeno suplementario ni incubadora.

PESO AL NACER	TALLA
2.800 gr.	desconoce



ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

IRAS/EDAS tratadas ambulatoriamente. Sin complicaciones.



DESARROLLO PSICO-MOTOR

- Primera sonrisa: No recuerda.
- Sostuvo la cabeza: Desde los 3 meses.
- Sentado solo: 5 meses.
- Gateo: 5 meses.
- Camina solo: 1 año.
- Primeras palabras: 11 meses.
- Control de esfínteres: No corresponde.



VACUNAS

- Madre refiere vacunas incompletas para la edad pero no porta carnet de vacunas.



MOTIVO DE CONSULTA

- “ Dificultad para respirar y tos ”



ENFERMEDAD ACTUAL

Cuadro clínico de 2 meses, caracterizados por cursar con resfriados a repetición tratados con antigripales (paracetamol, pseudofedrina, clorferinamina) disminuyendo parcialmente el cuadro. Posteriormente paciente presenta con rinorrea hialina hasta fecha 06-04-15 en el que aparece tos seca y alzas térmicas no cuantificadas, motivo por el cual es llevado al pediatra particular, donde recetan antitusígeno (no refiere nombre, dosis ni concentración) cada 8 horas y antibiótico(no refiere nombre, dosis ni concentración) cada 24 horas, sin mejoría.



ENFERMEDAD ACTUAL

- En fecha 08-04-15 por la persistencia del cuadro regresa a consulta privada donde posterior a su evaluación recomiendan su traslado a nuestra institución para su internación, mismo día acuden al servicio de emergencia donde nebulizan, realizan Rx de tórax y rehidratan parenteralmente. Indicando que no era necesaria su internación, recetando ambulatoriamente antibiótico vía oral (no refiere nombre, dosis ni concentración) sin embargo madre refiere no haber cumplido con el tratamiento. En fecha 10-04-15 en horas de la madrugada cuadro clínico se exacerba con tos de mayor intensidad, cianógena, emetizante en una oportunidad de contenido alimenticio.....



ENFERMEDAD ACTUAL

-y dificultad respiratoria, motivo por el cual regresan a nuestro hospital, donde se recomienda su internación, sin embargo no se interna por falta de espacio físico. Internándose finalmente en el hospital de “Combase”, donde realizan tratamiento(no refiere cual). Sin ninguna mejoría. El fecha (12-04-15) se realiza Rx de tórax de control donde se evidencia imagen compatible con derrame pleural, por lo que es transferido a nuestra institución de emergencia para un mejor manejo.



EXAMEN FÍSICO



SIGNOS VITALES

FC	FR	PA (mmHg)	SAT. DE OXÍGENO	TEMPERATURA
142 lpm	44 rpm	90/60 mmHg	93%	40°C

ANTROPOMETRÍA

INDICADORES	DESVIACIONES STANDARD	DX NUTRICIONAL
Peso/talla	Entre -2 y -3 DE	Desnutrición. II grado
Talla/edad	Entre mediana y +1 DE	Talla normal.
Edema	No	

EXAMEN FÍSICO GENERAL

- Paciente irritable al contacto, signos de dificultad respiratoria, taquipnéica, taquicárdica.
- Piel y mucosas secas y ligeramente pálidas.



EXAMEN FÍSICO REGIONAL

CABEZA

- Normocéfalo, implantación pilosa adecuada.
- No se aprecian eminencias ni depresiones.



TÓRAX

INSPECCIÓN

- Simétrico.
- Movimientos respiratorios con musculatura accesoria, retracción intercostal.
- Retracción xifoidea.



TÓRAX

PALPACIÓN

- Expansibilidad y elasticidad conservada.

PERCUSIÓN

Matidez en base pulmonar izquierda



TÓRAX

AUSCULTACIÓN PULMONAR

- Egofonía , con disminución del murmullo vesicular, soplo tubárico en base pulmonar izquierda.



TÓRAX

AUSCULTACIÓN CARDIACA

- Ritmo cardiaco regular en los cuatro focos, no se auscultan ruidos.



ABDOMEN

- Simétrico.
- Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.
- No se palpan viceromegalias.
- Ruidos hidroaéreos positivos, normoactivos.



EXTREMIDADES

SUPERIOR

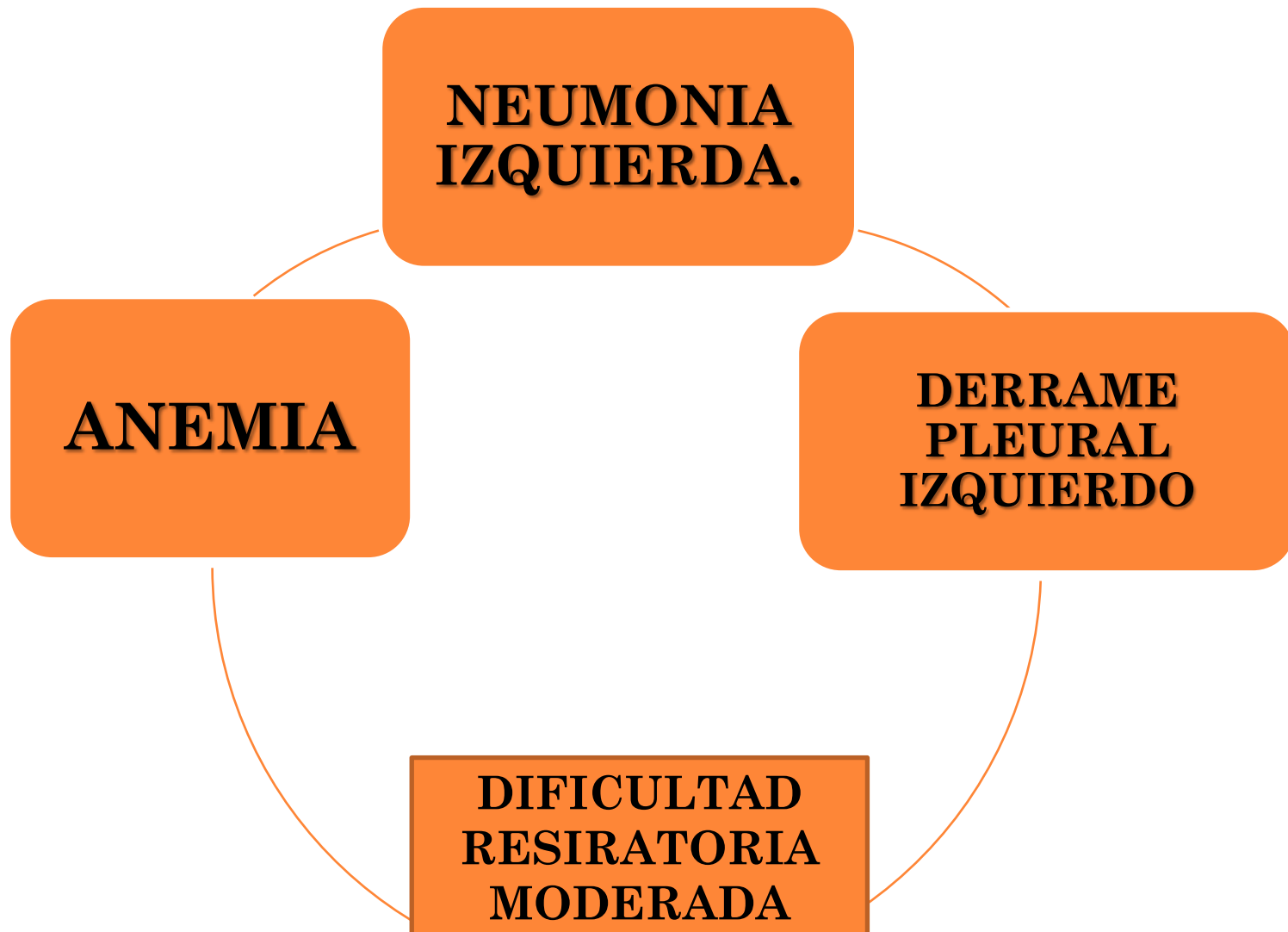
- Tono y trofismo conservados.
- Pulsos periféricos conservados en intensidad y amplitud y frecuencia.
- Llenado capilar de 2 segundos.

INFERIOR

- Tono y trofismo conservados.
- Pulsos periféricos conservados en intensidad y amplitud y frecuencia.
- Llenado capilar de 2 segundos.



DIAGNÓSTICOS DE INGRESO



COMPLICACIONES

Dificultar respiratorio ✓
Derrame pleural.
Insuficiencia cardiaca.
Neumotorax
Absceso pulmonar

Tumores.
Atelectacias.
Paquipleuras.
Tuberculosis pulmonar.

NEUMONÍA.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

ETIOLOGIA

Bacterias.
Virus.
Otros.

INGRESO 12-04-15

- NPO(Hasta nueva orden).
- Líquidos de mantenimiento
- Vancomicina 60 mg/Kp/dia.

LABORATORIOS

**Hemograma.
PCR.
Hemocultivo.
IgM para micoplasma.
Coproparasitológico.
Uroanálisis. TP/ Tpta**



RADIOGRAFÍA DE TÓRAX



TORACOCENTESIS



- Extrayendo líquidos y citrino 15cc. El mismo que se envía a laboratorio que reporta: proteínas totales 41,2g/l, glucosa:80.2mg/l, LDH: 979U/L.



CONSIDERANDO LOS CRITERIOS DE LIGHT.

Proteínas en liquido pleural/ proteínas en sangre.	0.72
LDH en liquido pleural/LDH plasma	1.3
LDH en liquido pleural superior a 2/3 de los máximos considerados normales	> a 2/3

EXUDADO



DIFERENCIAS

EXUDADO

- Carcinoma.
- Traumatismos.
- Tuberculosis.

TRASUDADO

- Insuficiencia Cardíaca Congestiva.
- Cirrosis Hepática.
- Síndrome Nefrótico.



LABORATORIOS 13-04-15

LEUCOCITOS	16.600 mm ³
NEUTRÓFILOS	73%
LINFOCITOS	25%
PLAQUETAS	329.000 mm ³

HEMOGLOBINA	9.3 gr/l
HEMATOCRITO	27.1
VCM	81 fl
HCM	27.8 pg
IDE	16.9%

IgM para
micoplasma:
POSITIVO

PCR	19.2 gr/dl
-----	------------



Azitromicina
10 mg/kg/día.



EVOLUCIÓN 13-04-15

- Persiste con signos de dificultad respiratoria.
- Saturación superior a 90% con oxígeno suplementario por puntas nasales.
- Febril.
- Valoración por cirugía.



CONDUCTA

- Vancomicina 40 mg/Kg/dia.
- Azitromicina 100 mg vo c/24h.
- Dioxadol G 5 gotas vo stat.

Acude cirujano para colocar tubo de tórax, donde se drena 200ml por tubo de tórax.

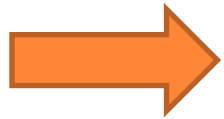


RX TÓRAX.



EVOLUCIÓN Y CONDUCTA 14-04-15

- Disminución de los signos de dificultad respiratoria.



Se mantiene dieta.

- Puntas nasales.

- Febril



Antipirético.

Dipirona sódica.

- Vancomicina 40 mg/kg/día
- Azitromicina 10 mg/kg/día.



15-04-15 – 16-04-15

EVOLUCIÓN	FEBRIL SIGNOS DIFICULTAD RESPIRATORIA EVOLUCION ESTACIONARIA
CONDUCTA	MANTINE TERAPIA ANTIBIOTICA

**DRENAJE TUBO DE TORAX
200 ML**

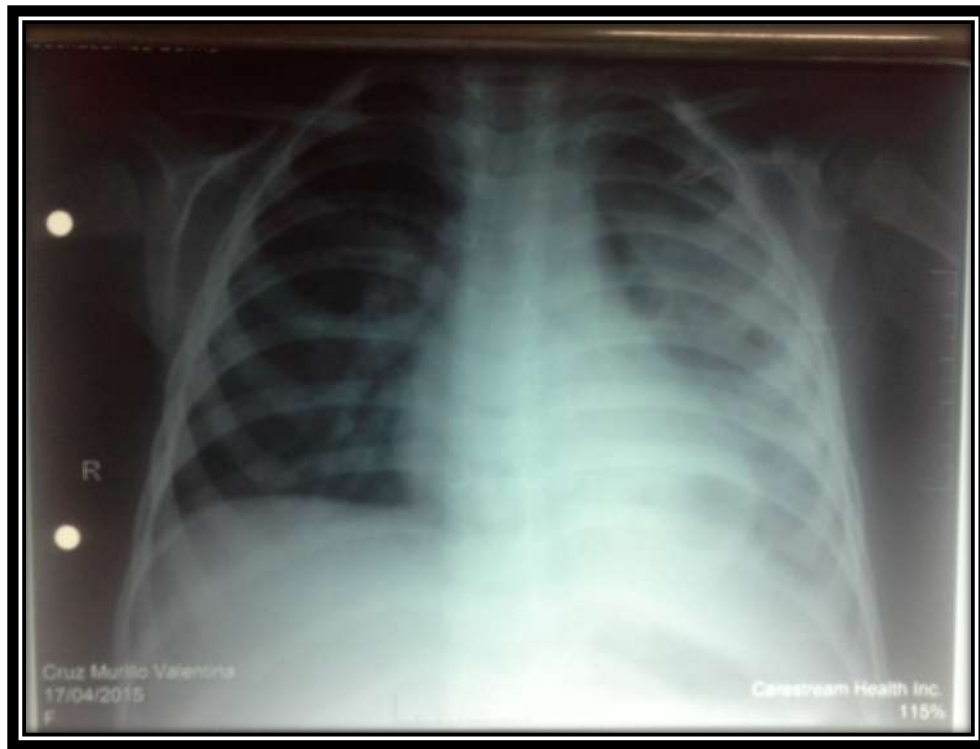


EVOLUCIÓN 17-04-15

- Disminución de signos de dificultad respiratoria.
- Febril.
- Retiro de tubo de tórax.
- Se mantiene terapia antibiótica.



RX TÓRAX CONTROL

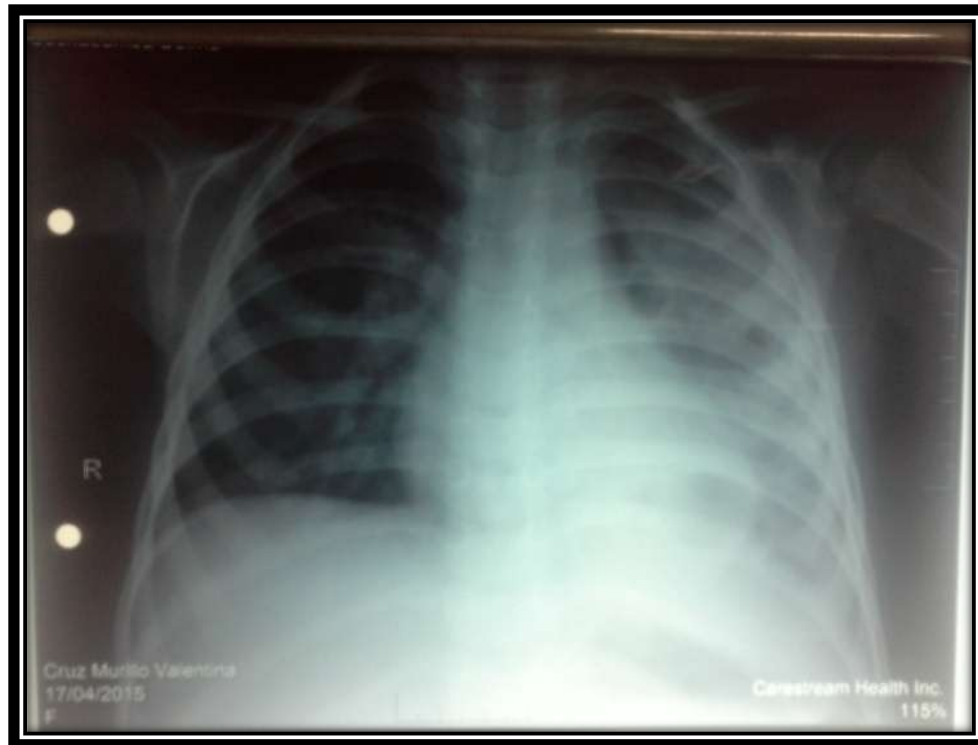


EVOLUCIÓN 20-04-15

- Paciente con evolución estacionaria.
- Persistencia de los picos febriles.
- Se discontinua azitromicina (por completar esquema).
- Placa control Rx tórax.
 - Descarta probable neumotórax.



RX TÓRAX CONTROL.



EVOLUCIÓN 21-04-15

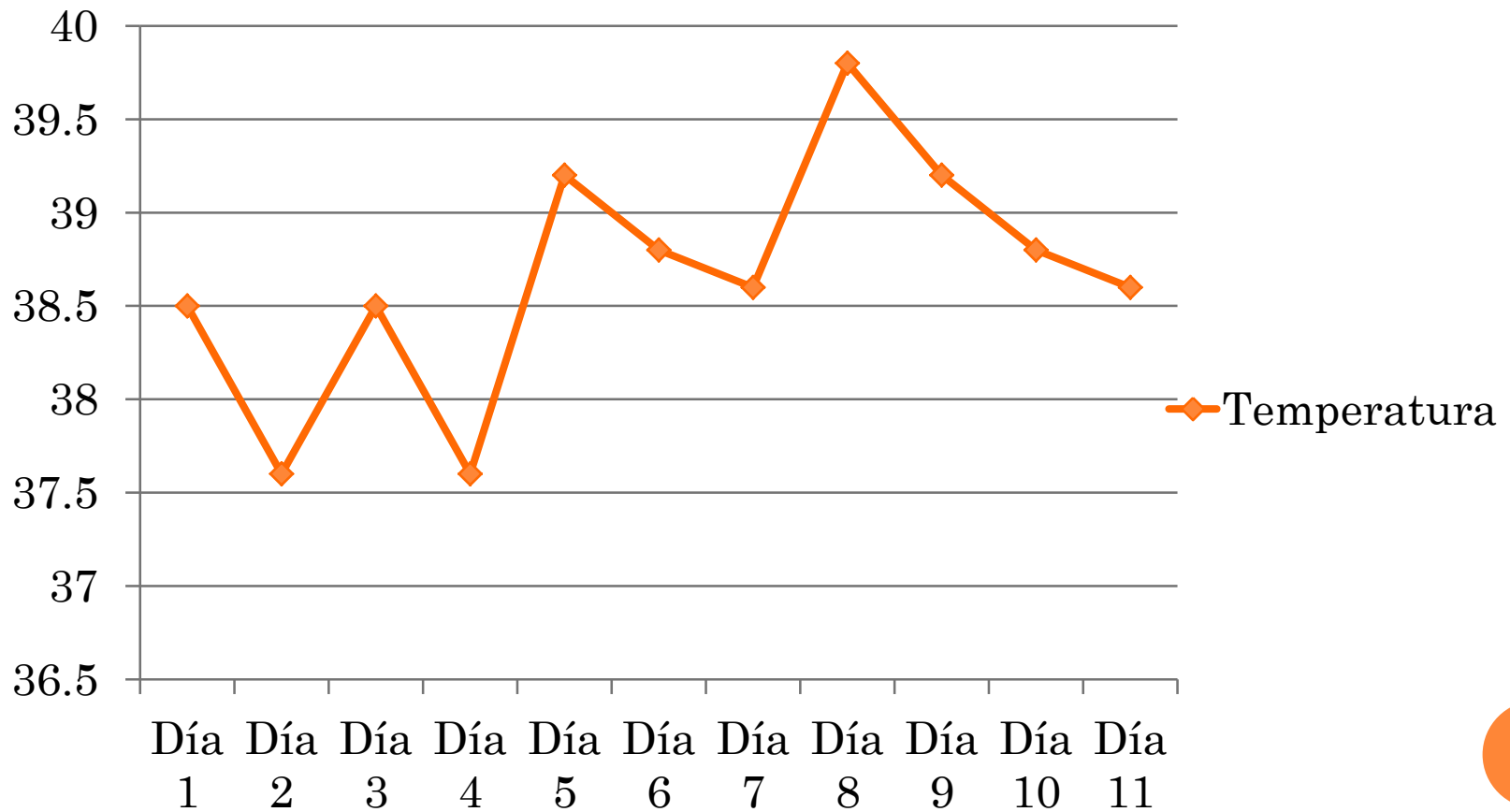
- Febril
- Evolución favorable.
- En visita se plantea el diagnóstico de:
 - Absceso pulmonar.

Se ve la posibilidad de realizar TAC de tórax con contraste.
Se mantiene conducta antibiótica.

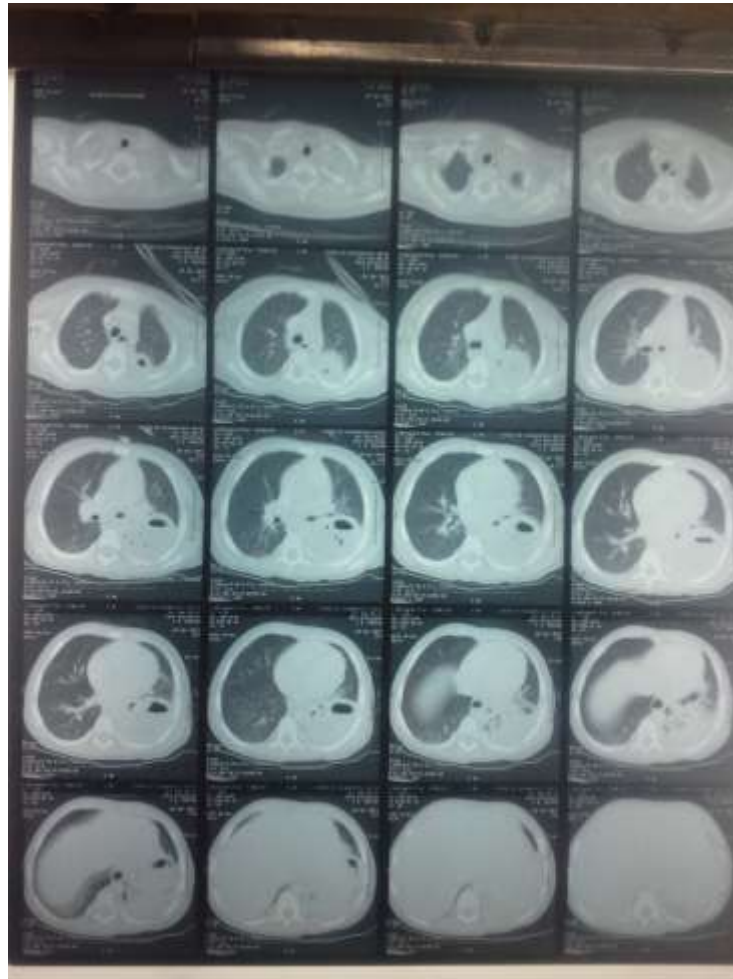


CURVA TERMICA

Temperatura



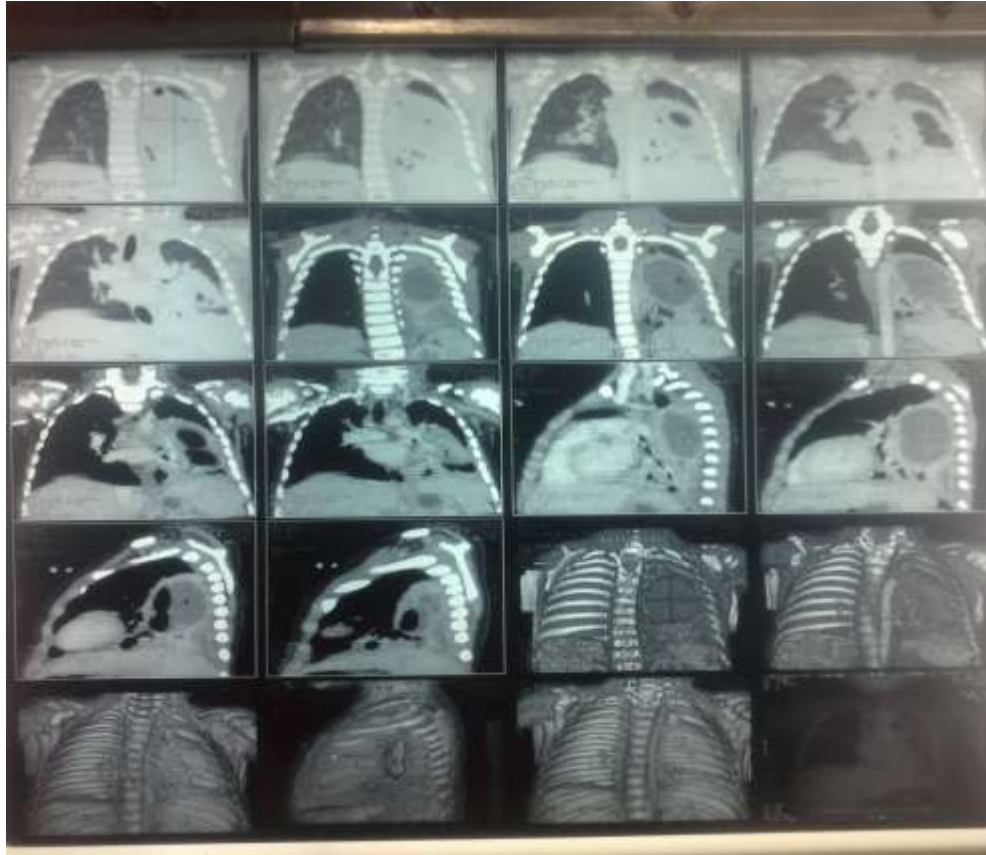
TAC DE TÓRAX CON CONTRASTE.



TAC DE TÓRAX CON CONTRASTE



TAC DE TÓRAX CON CONTRASTE



NEUMONIA IZQUIERDA.

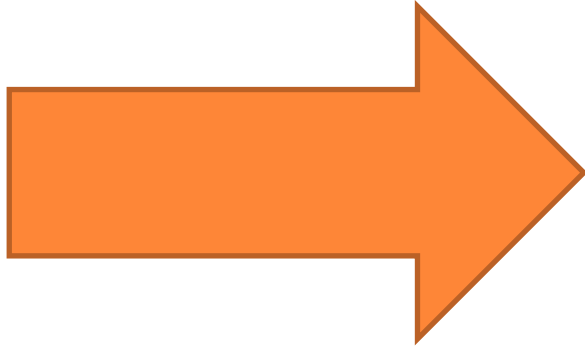
DERRAME PLEURAL
IZQUIERDO.

ABSCESO PULMONAR.

DIFICULTAD RESPIRATORIA
MODERADA.



EVOLUCIÓN 30-04-15



**ALTA
HOSPITALARIA.**

CLINDAMICINA
30mg/kg/día durante 14
días.

CONTROL POR
CONSULTA EXTERNA.



GRACIAS!!!

