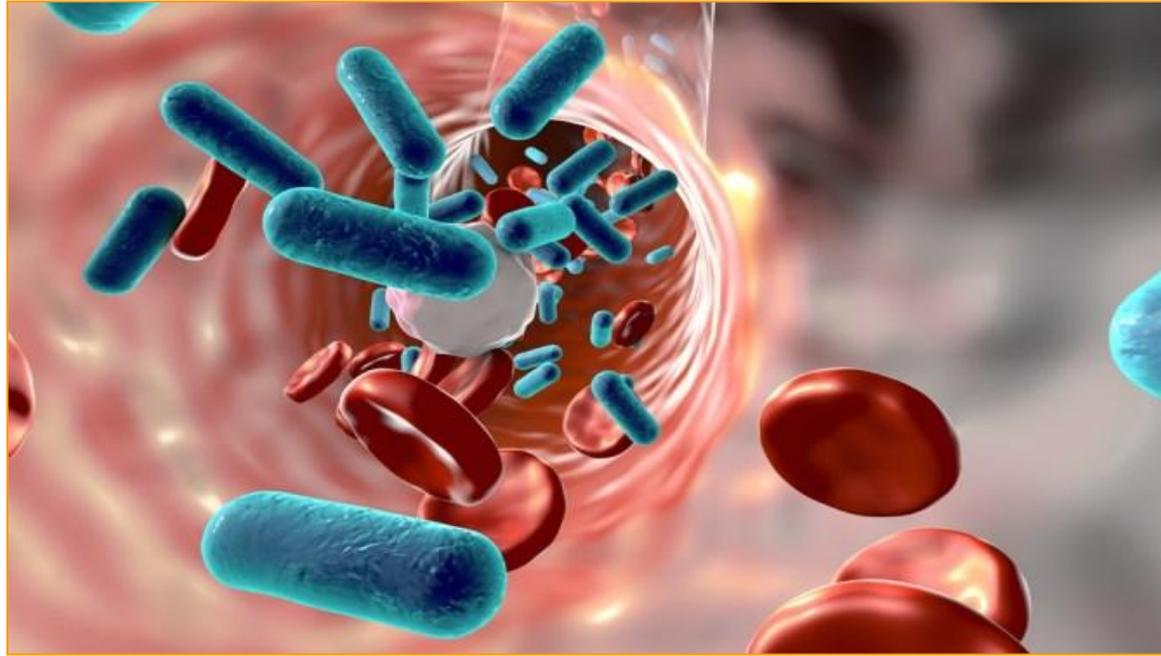


Síndrome hemolítico urémico en contexto de infección *Campylobacter*



Ruth Olea Muñoz (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Pedro Alcalá (Sección Escolares)

Servicio de Pediatría, HGUA

Anamnesis y exploración

- Niño de 8 años de origen nigeriano con dolor abdominal de 3 días de evolución
- Diarrea >6/día líquida amarillenta. Vómitos aislados
- Febril al ingreso
- Signos de deshidratación leve, disminución ingesta
- Abdomen doloroso a palpación con defensa generalizada. Más intenso en FID e hipogastrio. Blumberg +
- Cirujano infantil descarta abdomen quirúrgico tras ecografía

Pruebas diagnósticas al ingreso

Bioquímica:

- Urea 25 mg/dl
- Cr 0,61 md/dl
- Na 131 mmol/L
- Cloruro 90mmol/L
- Osm 264 mOsm/Kg
- PCR 18,18 md/dl
- Índice sérico hemólisis 14

Proteínas

- Albumina 2255 mg/dl
- Haptoglobina <10 md/dl
- ASLO 225 UI/ml

Gasometría venosa

- pH 7,35
- pCO₂ 54 mmHg
- pO₂ 20 mmHg
- HCO₃ 29,8 mmol/L
- Lactato 2,6 mmol/L

Ecografía abdominal

- Engrosamiento concéntrico pared marco cólico e íleon terminal
- Líquido libre perihepático, periesplénico y en pelvis

Hemograma

- Leucocitos 28,47x10³/mcL
- Neutrófilos 81%
- Linfocitos 8%
- Monocitos 10%
- Eritrocitos 5,42x10⁶mcL
- Hb 15,5 g/dL
- Hto 42%
- VCM 77,5 fL
- Plaquetas 385x10³/mcL

Serología

- CMV IgG e IgM +

Sospecha diagnóstica inicial → Gastroenteritis aguda (GEA) con componente enteroinvasivo

Evolución inicial

- Ante sospecha diagnóstica → Fluidoterapia, antibioterapia empírica (cefotaxima y metronidazol) y monitorización FC, TA y balance hídrico
- Estudio diagnóstico GEA grave

- Coprocultivo microbiota normal
- Ag *E.coli* hemorrágico O157:H7 (-)
- Ag *C.difficile* (-)
- **Ag *Campylobacter* (+)**
- Ag *Rotavirus* (-)
- Ag *Cryptosporidium* (-)
- Ag *Giardia* (-)
- Ag *Entamoeba* (-)

Evolución clínica

- A las 24h afebril, hemocultivo (-)
- Edema palpebral, disminución diuresis (1,5ml/kg/h), hematuria (Hb 250 U) y proteinuria (565 mg/dl)
- En analítica control ↓ hemoglobina (7,6 g/dl) y plaquetas (52×10^3), ↑ de creatinina (0,72 md/dl) y urea (35 mg/dl)
- Estudio sangre periférica: Anisopoiquilocitosis con 3% de esquistocitos, mielema 5% y trombopenia
- Sospecha de síndrome hemolítico urémico (SHU)

Evolución clínica

- Se suspende antibioterapia previa y se pauta azitromicina
- Monitorización hemodinámica y de la función renal
- Eco abdominal: resolución engrosamiento parietal colon
- Eco doppler renal: índices de resistencia ambos riñones en rango de normalidad
- Evoluciona favorablemente, se recupera la función renal, las cifras de plaquetas y hemoglobina, sin requerir hemodiálisis ni transfusión
- Alta tras una semana
- Pendiente de estudio genético de SHU atípico

• Diagnóstico principal: **Síndrome hemolítico urémico** en contexto de enterocolitis por *Campylobacter*

Bibliografía

- 1. Parmar M. Hemolytic-Uremic Syndrome: Background, Pathophysiology, Etiology [Internet]. Emedicine.medscape.com. 2016 [cited 26 September 2017]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/201181-overview#a4>
- 2. Ojeda J, Kohout I, Cuestas E. La deshidratación al ingreso es un factor de riesgo para la recuperación incompleta de la función renal en niños con síndrome urémico hemolítico. Revista Nefrología [Internet]. 2012 [cited 26 September 2017];:372-376. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v33n3/original_breve1.pdf
- 3. Smith K, Wilker P, Reiter P, Hedican E, Bender J, Hedberg C. Antibiotic Treatment of Escherichia coli O157 Infection and the Risk of Hemolytic Uremic Syndrome, Minnesota. The Pediatric Infectious Disease Journal. 2012;31(1):37-41.
- 4. Olaciregui Echenique I, Areses Trapote R, Ubetagoyena Arrieta M, Sota Busselo I, García Pardos C, Echaniz Aizpuru P. Síndrome hemolítico urémico incompleto asociado a déficit parcial de factor H. Anales de Pediatría. 2007;66(2):188-190.