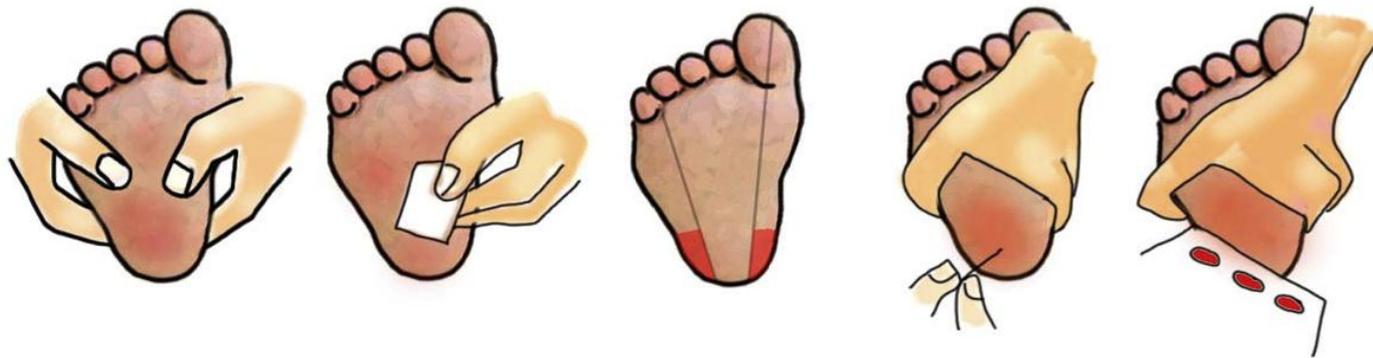


LACTANTE CON TROMBOPENIA



Alba Leal Pérez (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dra. Amelia Herrero (Lactantes)

Servicio de Pediatría, HGUA

Caso clínico: Anamnesis y exploración física

Lactante de 2 meses acude por rectorragia y exantema petequiral

ANTECEDENTES PERSONALES	<ul style="list-style-type: none">- RNT 37+2. AEG. Parto vaginal. Apgar 9-10- Otoemisiones normales- Inmunización correcta
EXPLORACIÓN FÍSICA	<p>Somatometría: Peso: 6 kg (p76) Talla: 60,5 cm (p82) PC: 40 cm (p69)</p> <p>Exantema petequiral generalizado</p> <p>Faringe hiperémica con enantema petequiral</p> <p>Esplenomegalia 1 cm reborde costal</p> <p>Hipotonía cervical</p> <p>Fisuras anales</p>
ANALÍTICA SANGRE	<p>Analítica de sangre: Leucocitos 10980/μL con neutropenia Hb 6,3 mg/dL Plaquetas 7000/μL</p>

Caso clínico: Anamnesis y exploración física

Lactante de 2 meses acude por rectorragia y exantema petequial

ANTECEDENTES PERSONALES	<ul style="list-style-type: none">- RNT 37+2. AEG. Parto vaginal. Apgar 9-10- Otoemisiones normales- Inmunización correcta
EXPLORACIÓN FÍSICA	<ul style="list-style-type: none">Exantema petequialFaringe hiperémicaEsplenomegalia 1 cmHipotonía axialFisuras anales
ANALÍTICA SANGRE	Analítica de sangre: mg/dL Plaquetas 7000



Caso clínico: Anamnesis y exploración física

Lactante de 2 meses acude por rectorragia y exantema petequial

ANTECEDENTES PERSONA	- RNT 37+2. AEG. Parto vaginal. Apgar 9-10
EXPLORACIÓN	INGRESO HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Serología: CMV IgM e IgG positivos
ANALÍTICA	... Hb 8,4 ... mg/dL Plaquetas 7000

Caso clínico: pruebas diagnósticas

Lactante de 2 meses acude por rectorragia y exantema petequial



LABORATORIO

PCR CMV orina: carga viral 907.000 UI/mL
PCR CMV sangre: carga viral 187 UI/mL
PCR CMV LCR: No se detecta
Bioquímica LCR: glucosa 54 mg/dL, proteínas 60 mg/dL
ADN CMV sangre papel pruebas metabólicas: carga viral <150 UI/mL



PRUEBAS DE IMAGEN

Ecografía cerebral: sutiles imágenes hiperecogénicas puntiformes a nivel cortico subcortical frontal bilateral
Ecografía abdominal: Esplenomegalia discreta.
Fondo de ojo: Normal
RM cerebral: escasos focos puntiformes inespecíficos, posibles calcificaciones dado el contexto

Caso clínico: pruebas diagnósticas

Lactante de 2 meses acude por rectorragia y exantema petequeial



LABORATORIO

PCR CMV orina: carga viral 907.000 UI/mL
PCR CMV sangre: carga viral 187 UI/mL
PCR CMV LCR: No se detecta
Bioquímica LCR: glucosa 54 mg/dL, proteínas 60 mg/dL
ADN CMV sangre papel pruebas metabólicas: carga viral <150 UI/mL



PRUEBAS DE IMAGEN

Ecografía cerebral: sutiles imágenes hiperecogénicas puntiformes a nivel cortico subcortical frontal bilateral

TRATAMIENTO

Valganciclovir vía oral 6 semanas –
6 meses

Revisión bibliográfica

CLÍNICA	
Hepatoesplenomegalia (40-60%)	Alteración de la succión (20%)
Ictericia (40-70%)	Convulsiones (5-10%)
Petequias (55-75%)	Hipoacusia neurosensorial (15-65%)
Microcefalia (35-50%)	CIR (40-50%)
Hiperproteínorragia (45%)	Coriorretinitis (2-20%)
Letargia y/o hipotonía (25-30%)	Trombocitopenia (50-80%)

Tabla 3. Manifestaciones clínicas del CMV congénito. ¹

Revisión bibliográfica

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Exploración física completa y evaluación neurológica

Somatometría

Analítica sanguínea: hemograma, coagulación y bioquímica

PCR para CMV en sangre

LCR: citoquimia y PCR para CMV

Exploración oftalmológica

Potenciales evocados de tronco cerebral auditivos

RM cerebral

Tabla 4. Evaluación de los pacientes con sospecha de CMV congénito. ¹

Revisión bibliográfica

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Exploración física completa y evaluación neurológica

La única prueba que permite el diagnóstico diferencial entre infección congénita y adquirida es la realización de PCR para CMV en sangre seca del papel de filtro que se utiliza para el cribado de metabolopatías

RM cerebral

Tabla 4. Evaluación de los pacientes con sospecha de CMV congénito. ¹

Revisión bibliográfica

Asintomático	Se detecta la presencia de CMV en orina, saliva, sangre o LCR sin manifestaciones compatibles.	No tratamiento
Sintomático leve	1 o 2 hallazgos clínicos insignificantes o transitorios (< 2 semanas)	No tratamiento
Sintomático moderado	No cumplen criterios de otros grupos	Valganciclovir v.o 6 semanas – 6 meses
Sintomático grave	Afectación del SNC o afectación orgánica grave Hipoacusia neurosensorial aislada	Ganciclovir i.v /Valganciclovir v.o 6 meses

Tabla 5. Tratamiento CMV congénito.¹

CONCLUSIONES

1. La infección por CMV es la **infección congénita más frecuente en países desarrollados**.

2. Es una de las causas más frecuentes de **retraso psicomotor y sordera neurosensorial** de origen infeccioso

3. Un resultado positivo **ADN sangre seca de papel de filtro**, confirma la infección congénita, pero el negativo no lo descarta.

4. Ante la falta de **cribado** habitual, algunas infecciones poco sintomáticas y la mayoría de asintomáticas pasan desapercibidas al nacimiento

5. El lactante con infección por CMV congénito: requiere **seguimiento** multidisciplinar por neuropediatría, ORL, infectología y oftalmología

BIBLIOGRAFÍA

1. Balcells-Moliné R, Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria. Infección congénita por Citomegalovirus. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. 2022. [fecha de consulta 25-03-2024]. Disponible en: <https://www.upiip.com/sites/upiip.com/files/citomegalovirus.pdf>
2. Albert Barrachina C. Revisión de infección congénita por citomegalovirus. Protocolo de actuación. Servicio de Pediatría Departamento de Salud de Alicante. [fecha de consulta 01-04-2024 [fecha de consulta 25-03-2024. Disponible en: https://serviciopediatria.com/wp-content/uploads/2022/11/Sesion-R2_Carmela-Albert_PROTOCOLO-DE-ACTUACION-EN-INFECCION-CONGENITA-POR-CITOMEGALOVIRUS.pdf
3. Baquero-Artigao F y Grupo de estudio de la infección congénita por citomegalovirus de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y el tratamiento de la infección congénita por citomegalovirus. An Pediatr (Barc). 2009;71(6):535-547

