

# **Infecciones Recurrentes, ¿Casualidad o causalidad? Manejo desde atención primaria**

Cristina Valdivia Villodre (R1)

Tutorizada por Olga Gómez Pérez

Servicio de Pediatría

Hospital General Universitario Dr. Balmis

# Índice

01

Caso clínico

02

Introducción

03

Diagnóstico  
Diferencial

04

Manejo

05

Conclusión

06

Bibliografía

# Caso clínico

Niña de 2 años que consulta por fiebre de 48 horas de evolución (pico máximo de 40°C). Mal olor bucal. No otra clínica asociada  
Valorada hace 12 h en PAC que pauta cefixima

## E.F:

- ORL: faringe hiperémica con hipertrofia amigdalar bilateral con exudados

## Plan:

- Test rápido estreptococo (negativo)
- Se toma frotis faríngeo

## Antecedentes personales:



- RNT 39+1s. AEG 3.630g. Embarazo controlado. Apgar 9-10. Perinatal sin incidencias
- En seguimiento por :



Ligera displasia v.pulmonar



Asma



Otitis de repetición



Anemia ferropénica



ITUs de repetición



Bronquiolitis 2023  
Bronconeumonía 2024

## **Antecedentes familiares:**

- Madre sana
- Padre en seguimiento por reumatología por Sd. Antifosfolipídico
- Hermano 8 años intervenido de absceso periamigdalino a los 5 años

## **Ambiente infecto contagioso:**

- Acude a guardería hasta último ingreso (dic 2024)

# Introducción

- ❑ Los procesos infecciosos son la causa más frecuente de consulta en Atención Primaria (AP)
- ❑ La mayoría de infecciones suelen ser virales, cediendo sin antibiótico (AB)
- ❑ Es difícil establecer el límite entre lo normal y lo patológico, pero debemos sospecharlo en procesos infecciosos demasiado frecuentes, graves, de gran duración o con complicaciones

En sus primeros años los niños pueden presentar:

- 4-8 episodios infecciosos al año
- Hasta 10-12/año en ciertos casos

Puede considerarse normal en los tres primeros años:

- Hasta 6-8 IRVA cada año
- Hasta 6 episodios anuales de OMA
- Hasta 2 de GEA
- Hasta 1 neumonía anual

# VOLVIENDO AL CASO CLÍNICO...

**Bronquiolitis**

**ITU febril**

05/23

08/23

09/23

10/23

11/23

01/24

01/24

02/24

03/24

04/23

**Absceso  
cutáneo**

**Faringitis**

**OMA**

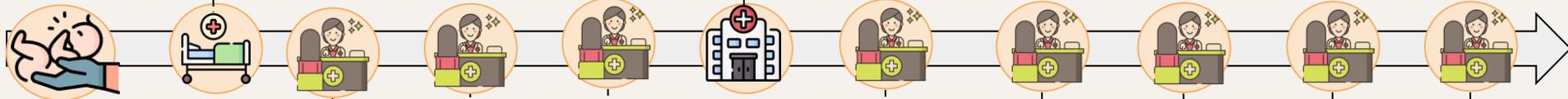
**OMA**

**Muguet  
oral**

**OMA**

**OMA**

**03/01/2023**



Conjuntivitis

OMA y  
Conjuntivitis

ITU febril

Faringitis  
(T. Streptococo -)

Bronquitis  
(adenovirus +)

03/24

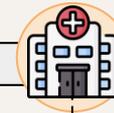
03/24

04/24

05/24

07/24

08/24



03/24

04/24

04/24

05/24

07/24

OMA

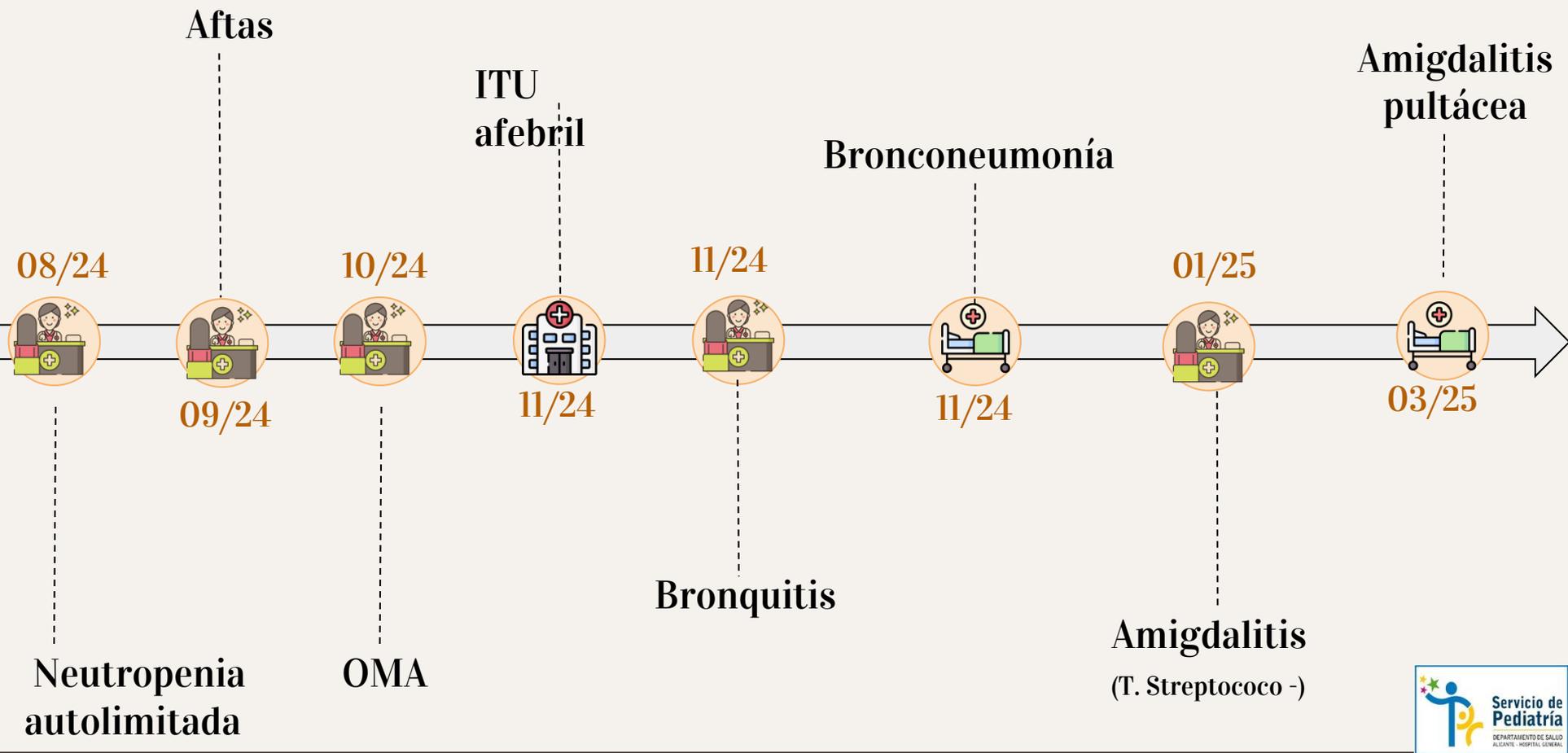
OMA

Bronquitis

OMA  
y bronquitis

OMA

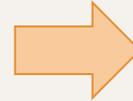
CMV



**2024:**

22 episodios infecciosos

- > 10 OMA
- > 2 ITU
- > 2 Conjuntivitis
- > 4 Bronquitis/Bronconeumonía
- > 2 Faringo-amigdalitis
- > CMV



No sigue ningún patrón

No afecta siempre al mismo órgano

No regulares

Principalmente procesos víricos

AB durante > 2 meses

¿Es normal el número de  
infecciones de nuestra  
paciente?

# Diagnóstico diferencial:

NIÑO SANO

Sin causa conocida  
Crecimiento y desarrollo normal  
La exploración y pruebas complementarias son normales

50  
%

NIÑO  
ATÓPICO

Espectro alergia-atopia-sibilancias recurrentes-asma  
Crecimiento y desarrollo normal

25  
%

NIÑO CON  
PATOLOGÍA  
CRÓNICA

Favorece la infección  
Afectación del crecimiento, desarrollo y hallazgos físicos  
consonancia

10  
%

NIÑO CON  
SOSPECHA DE  
ID

Alteración de mecanismos implicados en la respuesta  
inmunitaria

10  
%



Cuatro o más infecciones de oídos nuevas en un año.



Dos o más infecciones de sinusitis graves en un sólo año.



Dos o más meses tomando antibióticos con pocos resultados.



Dos o más neumonías en un año.



Dificultad para aumentar de peso y crecer normalmente.

≥ 2 signos: valorar estudio

## SIGNOS DE ALARMA DE IDP



Abscesos profundos y recurrentes en piel o en órganos internos.



Aftas persistentes en la boca o en cualquier parte de la piel después de 1 año de edad.



Necesidad de antibióticos intravenosos para aliviar infecciones.



Dos infecciones profundas o más, incluida la septicemia.



Antecedentes familiares de inmunodeficiencia primaria.

**NIÑO CON  
FIEBRE  
PERIÓDICA**

≥3 episodios de fiebre en 6 meses y con intervalo libre  
Puede distinguirse entre intervalo típicamente regular o irregular

5  
%

**INTERVALO REGULAR:**

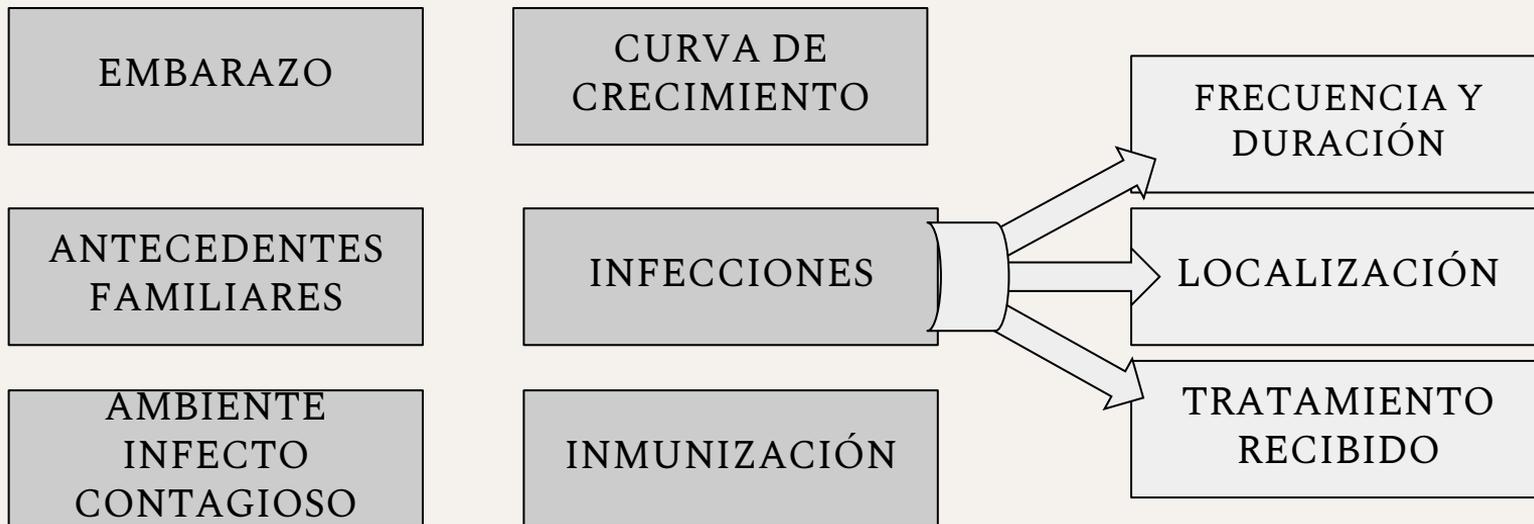
- PFAPA
- Neutropenia cíclica
- Infecciones por Borrelia

**INTERVALO IRREGULAR:**

- Infecciosa
- Enf. Inflamatorias
- Sd. Autoinflamatorios
- Sarcoidosis
- Neoplasias
- Fármacos

# Manejo:

Fundamental: H<sup>a</sup> clínica y EF para la orientación diagnóstica



## Pruebas complementarias:

### PRIMER NIVEL:

- Hemograma y bioquímica básica. Reactantes de fase aguda
- Análisis de orina
- Cuantificación de Inmunoglobulinas: IgG, IgM, IgA e IgE
- Tomar muestras para cultivo
- Pruebas de imagen (según sospecha clínica)

## SEGUNDO NIVEL:

- Estudio de funcionalidad de los anticuerpos
- Subpoblaciones linfocitarias
- Subclases de IgG: IgG1, IgG2, IgG3, IgG4
- Serología VIH
- Test de hipersensibilidad retardada
- Estudio funcional de fagocitos
- Estudio del Complemento, CH50 o CH100
- Estudios genéticos

VOLVIENDO AL CASO  
CLÍNICO...

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## 1. ANALÍTICA SANGUÍNEA:

### BQ:

Ferritina 13 ug/dL ↓  
Transferrina 277 mg/dL  
CTFH 347 ug/dL  
IST 12,49 % ↓

### HM:

Leucos  $10,37 \times 10^3 / \text{uL}$   
(fórmula normal)  
Hb 10,9 g/dL ↓  
Hto 35,9 %  
Plaquetas  $305 \times 10^3 / \text{uL}$

## BQ especial:

Ig E, Ig M, Ig G (incluidas subclases) dentro de la normalidad  
C3, C4, CH50 VN

NO Ig G contra Bordetella y Difteria. VIH negativo x2.

Autoinmunidad: negativo

Poblaciones linfocitarias:

T CD3 62,4%

T CD4 32,1%

T CD8 27,3 %

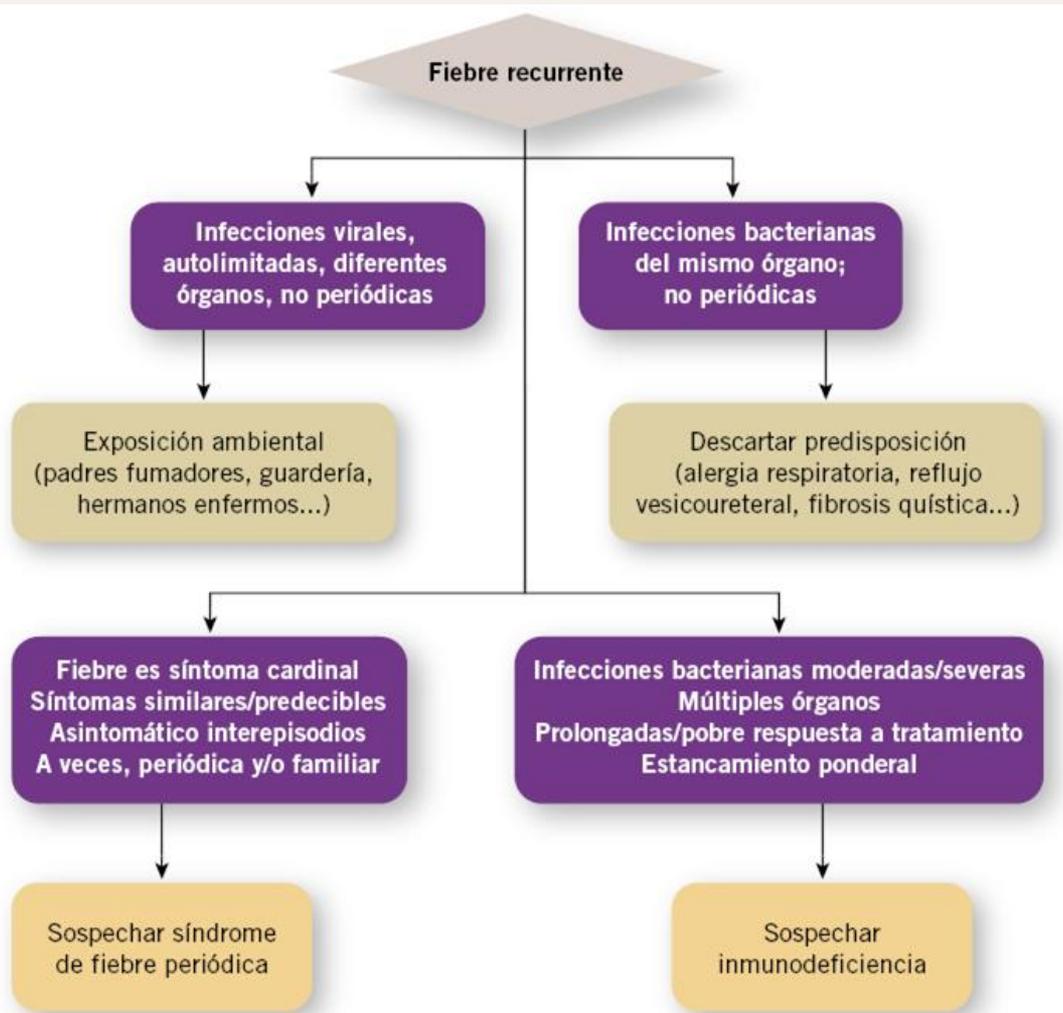
NK 31,5 %

B 39,1 %

Test sudor: negativo

Mantoux: negativo

Eco abdominal: normal



CASO PENDIENTE DE  
RESOLVER...

# Conclusiones:

- ❑ En Atención Primaria es habitual encontrarnos con pacientes con infecciones frecuentes, por lo que es importante reconocer signos de alarma y conocer el manejo de estos
- ❑ Las infecciones de repetición pueden ser debidas a múltiples causas, no únicamente a ID
- ❑ El manejo de las infecciones recurrentes es multidisciplinar
- ❑ La historia familiar es clave para el abordaje diagnóstico

# Bibliografía:

- Albañil-Ballesteros MR. Infecciones recurrentes y sospecha de inmunodeficiencias. Form Act Aten Prim. 2011; 4(1):25-31
- Méndez Echevarría, A. El niño con infecciones de repetición. Pediatr Integral 2018; 22 (5): 219 – 228
- Calvo-Rey C, Soler-Palacín P, Merino-Muñoz R, Saavedra-Lozano J, D. Blázquez-Gamero D, Martín-Nalda A, Juan M, Méndez M, Piñeiro Perez R, Calvo I. Documento de Consenso de la Sociedad de Infectología Pediátrica y la Sociedad de Reumatología Pediátrica sobre el diagnóstico diferencial y el abordaje terapéutico de la fiebre recurrente. An Esp Pediatr. 2011; 74 (3):194-196
- Suárez-Rodríguez MA, Morales- Senosiaín. D, Martín-Peinador Y. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Niño con infecciones recurrentes. AEPap. 2017 [internet] [consultado: 11 marzo 2025]. Disponible en [algoritmos.aepap.org](http://algoritmos.aepap.org)
- Martín Peinador Y, Jiménez Alés R, Suárez Rodríguez A, Berghezán Suárez A, Morillo Gutiérrez B, Morales Senosiaín D. Niño con Infecciones de Repetición. AEPap.2016. [internet] [consultado: 12 marzo 2025]. Disponible en: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido/documentos-del-gpi>

# Infecciones Recurrentes, ¿Casualidad o causalidad? Manejo desde atención primaria



[cristinavaldiviavillodre@gmail.com](mailto:cristinavaldiviavillodre@gmail.com)