

Síndrome Hemolítico Urémico en contexto de infección invasiva por neumococo: a propósito de un caso.

Lagares Velasco, Almudena. Caro Chinchilla, Gloria. Granados Molina, Adoración.
Ordóñez García-Hortelano, Alicia. Romo Rosado, María. Gallego Calvo, Belén.

CASO CLÍNICO

Niño de 2 años sin antecedentes personales de interés que es llevado a Urgencias por **fiebre de hasta 39°C de 5 días de evolución**. Depositiones líquidas autolimitadas al inicio. **Tos húmeda** creciente y **mucosidad nasal** en las últimas 24h. Ambiente epidémico negativo.



EF: Tª 36°C, FC 138lpm, FR 20rpm, SatO2 99%.

TEP de apariencia alterada. Decaído, quejoso, irritable. Aceptable estado general. Mucosa oral pastosa, labios secos. Palidez cutáneo-mucosa. No signos de dificultad respiratoria. AP con **hipoventilación de hemitórax superior derecho**, sin claros ruidos sobreañadidos. *Resto sin hallazgos.*

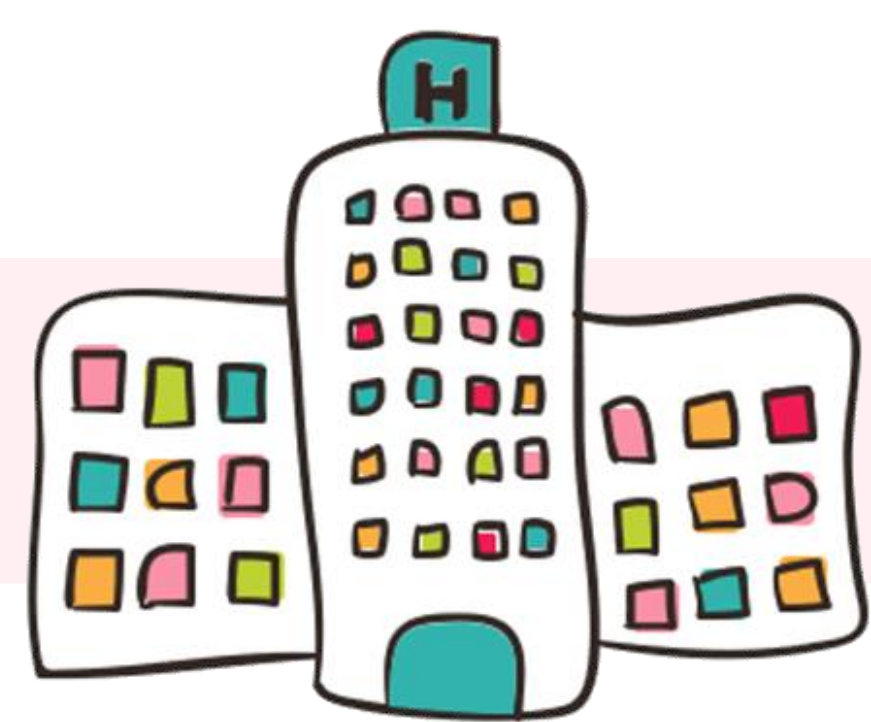


Canalización de **vvp + expansión con SSF**.
Extracción de analítica y HC.

Analítica sanguínea: **1950 leucocitos** (1060 NA, 800 LA),
PCR 53.61 mg/dl, PCT 61.95 ng/ml. Perfil hepatorrenal normal.

Radiografía de tórax: **consolidación** en **lóbulo superior derecho** y **lóbulo superior izquierdo**.

Ecografía de tórax: **mínimo DP derecho** no complicado de 1cm.
Virus respiratorios negativos, incluyendo SARS-CoV-2.



+1

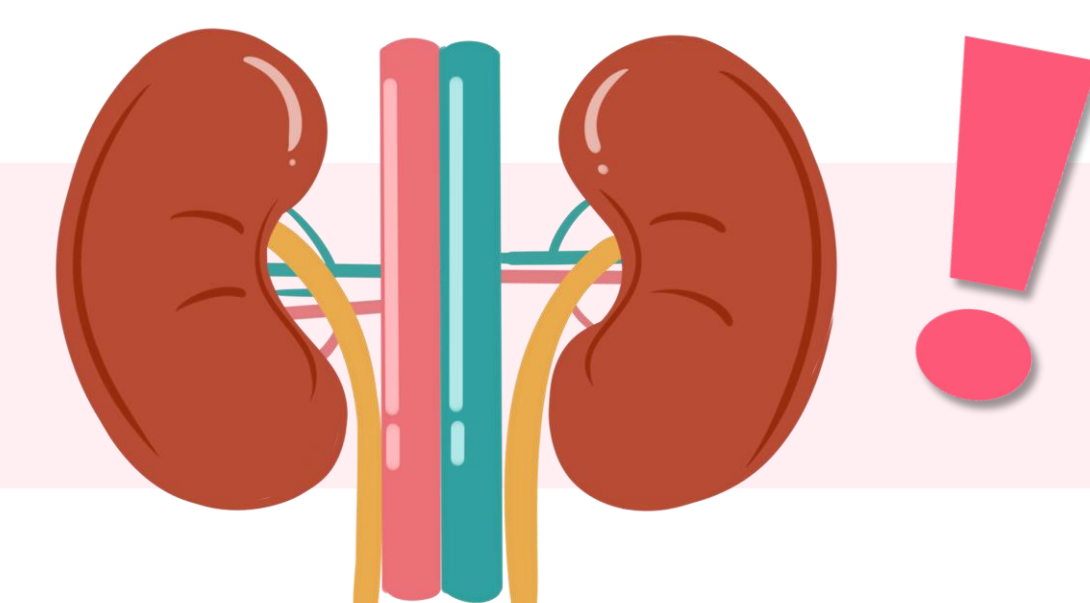
Oxigenoterapia en GN
ATB con **cefotaxima + clindamicina iv**
Ingreso en planta de hospitalización.

+2

Afebril, BEG.
HC+ **S.pneumoniae sensible**
Se desescala ATB a **ampicilina iv**.

+3

Afebril. **Oliguria, edemas** generalizados.
AS: **Hb 5.1 g/dl, Pla 18.000**.
Frotis: **esquistocitos**.
Cr 1.31 mg/dl, Urea 140 mg/dl.
LDH 2101 UI/l, Na 132, K 6.4



*Restricción de líquidos +
2 bolos de furosemida iv.
Traslado a centro con UCIP.*

¡SHU!



El **neumococo** supone la **causa principal de SHU infeccioso no enteropático en Pediatría** (5-10% del total de casos), siendo muy infrecuente en la edad adulta. Aunque su etiopatogenia es actualmente desconocida, se han propuesto distintos mecanismos mediadores, como la activación y consumo elevados del complemento.

Se considera que existe un mayor riesgo de desarrollo de SHU en el contexto de una infección por neumococo en los casos que asocian **coleciones fluidas infectadas y loculadas**, como son las neumonías con derrame pleural o empiema, o las meningitis con empiema subdural.

En comparación con el SHU por *E.coli*, el debido a infección neumocócica parece darse en **niños más pequeños** (mediana de edad de 1-2 años) y tener una **presentación clínica más severa**, con mayor duración de la oliguria y la trombocitopenia, y un mayor requerimiento transfusional y de diálisis renal.