

2° ENCUENTRO DE **INFECTOLOGÍA PEDIÁTRICA** **EN DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO**

COMPILADO DE CASOS CLINICOS

PANEL GASTROINTESTINAL (GI)

1. [Utilidad diagnóstica del Panel Gastrointestinal FilmArray en pacientes trasplantados de riñón con diarrea - HUA](#)
2. [Utilidad de panel Gastrointestinal \(GI\)-1 Hospital El Cruce](#)
3. [Utilidad de panel Gastrointestinal \(GI\) -2 Hospital El Cruce](#)
4. [Utilidad de panel Gastrointestinal \(GI\)-3 Hospital El Cruce](#)
5. [Brote de diarrea por *Clostridium difficile* en un servicio de neonatología- Hospital Lagomaggiore](#)
6. [Diarrea con sangre en paciente se la comunidad panel GI- HIBA](#)
7. [Diarrea en paciente inmunosuprimido panel GI- HIBA](#)

PANEL MENINGOENCEFALITIS (ME)

8. [Meningoencefalitis por *Mycoplasma pneumoniae*- Sanatorio Anchorena de SM](#)
9. [Meningoencefalitis por Herpes1, Rol de la reactivación del Herpes 6 -HP](#)
10. [Meningitis por Parechovirus humano: síndrome febril sin foco en neonatos -SASM](#)
11. [Manifestaciones en SNC por Virus Varicela Zoster- Hospital Alassia](#)
12. [Utilidad del diagnóstico molecular con Filmarray en una lactante febril sin foco clínico- Hospital Vélez Sarsfield](#)
13. [Utilidad del resultado negativo del panel de meningitis- HIBA](#)
14. [Encefalitis Herpética- HIGA Evita](#)

PANEL RESPIRATORIO Y NEUMONIA (RP2.1 y PN)

15. [Utilidad de paneles de PCR múltiple FilmArray en el diagnóstico de la infección por *Mycoplasma pneumoniae* en pediatría. Serie de casos. -SMD](#)
16. [Neumonía de la comunidad: uso de panel respiratorio y panel neumonía-HIBA](#)
17. [Paciente neonato con neumonía- HIBA](#)
18. [Panel de neumonía: utilidad en un caso complejo en neonatología-Hospital Elizalde](#)
19. [Neumonía en paciente inmunosuprimido-HIBA](#)
20. [Utilidad del Panel FilmArray Neumonía en el manejo del paciente con complicaciones asociadas a la ventilación mecánica- Hospital Durand](#)
21. [Legionelosis- Hospital Notti](#)

PANEL SEPSIS (BCID2)

22. [Bacteriemia en paciente inmunosuprimido- HIBA](#)
23. [Uso del panel BCID2 en paciente trasplantado hepático-HIBA](#)
24. [Bacteriemia en paciente postquirúrgico se trasplante hepático panel SEPSIS- HIBA](#)

PANEL INFECCIONES ARTICULARES (JI)

25. [Experiencia con la utilización del Panel BIOFIRE® Joint-Infection en el Diagnóstico de pacientes con sospecha de Artritis Séptica en un Hospital -HSML](#)

PANEL GASTROINTESTINAL

Utilidad diagnóstica del Panel Gastrointestinal FilmArray en pacientes trasplantados de riñón con diarrea

Macarena Uranga¹, María Marcó del Pont¹, Martina Pardini¹, Sofía Paz², Paula Rigali³, Budano Guillermina⁴, Pablo Brenzoni⁵, Vanesa Romano⁵

¹ Hospital Universitario Austral sección infectología infantil

² Hospital Universitario Austral sección gastroenterología infantil

³ Hospital Universitario Austral sección nefrología infantil

⁴ Hospital Universitario Austral Pediatría internación

⁵ Hospital Universitario Austral Laboratorio y Biología Molecular

Paciente de sexo masculino de siete años de edad, con displasia renal bilateral de diagnóstico prenatal, trasplantado renal a los dos años de vida (donante vivo relacionado). Presentó rechazo agudo a los 5 meses que requirió timoglobulina y solumedrol. Al año postrasplante comenzó con episodios de diarrea intermitente asociados a deshidratación e insuficiencia renal aguda. Excepto en una ocasión donde rescató rotavirus, los estudios microbiológicos realizados en reiteradas oportunidades (coprocultivo, coprovirológico, búsqueda de parásitos comunes, oportunistas y *Clostridium difficile*) fueron negativos. Se descartaron enteritis por citomegalovirus y otras causas no infecciosas.

A los 5 años postrasplante debido a la importante distensión abdominal con aumento de frecuencia de episodios de diarrea, se indicó tratamiento empírico con rifaximina y metronidazol por sospecha de sobrecrecimiento bacteriano, con mejoría parcial. Ante una nueva interurrencia severa, se repitieron estudios y se solicitó Filmarray gastrointestinal que resultó positivo para Sapovirus y *Escherichia Coli* Enteroagregativa. Inició tratamiento con nitazoxanida y azitromicina con resolución de los síntomas y sin nuevos en los últimos 6 meses.

Discusión y Conclusión:

La diarrea es un problema frecuente en los pacientes inmunosuprimidos con gran morbimortalidad. El diagnóstico es complejo y los métodos de estudios disponibles son limitados. En el caso presentado, la dificultad diagnóstica implicó múltiples estudios, internaciones y riesgo de pérdida del órgano trasplantado. El panel nos permitió indicar un tratamiento específico que cambió el curso de la enfermedad. Los avances en la tecnología molecular han proporcionado nuevas herramientas; ampliando la detección rápida y precisa de agentes infecciosos que de otra manera no serían identificados. Destacamos la importancia de su inclusión oportuna en los algoritmos diagnósticos de la diarrea en pacientes inmunocomprometidos.

Utilidad de panel Gastrointestinal (GI)-1

Blanco,M¹.; Langard,M²

¹Hospital de Alta complejidad EL Cruce; Servicio de Infectología

¹Hospital de Alta complejidad EL Cruce; Servicio de Microbiología

Paciente de 14 años, derivado de otra institución con diagnóstico de Pancreatitis aguda secundaria a Litiasis. Sin otro antecedente previo patológico de importancia.

SE traslada a nuestro hospital por lo complejo de cuadro, para ser estudiado y evaluado por Servicio de cirugía.

Al 5to día de internación, el niño comienza con diarrea, sin deshidratación ni repercusión general. Esta complicación se asume como evento secundario al ayuno prolongado, ya que se encontraba recibiendo alimentación parenteral como parte del tratamiento de la enfermedad.

Se toman muestras de laboratorio para coprocultivo/virológico y PCR multiplex en Materia fecal , con el objetivo de descartar el origen infeccioso de la diarrea .

En el transcurso de esas primeras 24 hs, se nos informa Toxina A/B positiva de Clostridium difficile por metodología PCR multiplex de materia fecal (panel Filmarray GI)

Coprovirologico /coprocultivo: negativo.

Inicia, en forma inmediata, tratamiento dirigido. Aplicando, según protocolos, las medidas de aislamiento establecidas por el Servicio de Control de Infecciones de nuestro hospital.

El paciente presenta buena evolución del cuadro de diarrea, resolviéndolo con rapidez.

Se realiza intervención quirúrgica, en los días siguientes, sin complicaciones y con buena recuperación.

Utilidad de panel Gastrointestinal (GI) -2

Blanco,M¹.; Langard,M²

¹Hospital de Alta complejidad EL Cruce; Servicio de Infectología

¹Hospital de Alta complejidad EL Cruce; Servicio de Microbiología

Paciente de 13 años, en seguimiento por el Servicio de Nefrología Infantil de Nuestro Hospital, con diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en plan de Trasplante.

Ingresa en la sala de cuidados intermedios, para llevar a cabo el operativo de trasplante renal. Con buena tolerancia la procedimiento y buena evolución clínica.

En el transcurso del periodo posquirúrgico el niño presento registros intermitentes de fiebre, que resolvió, cumpliendo esquemas cortos de antibióticos de amplio espectro. Cultivos negativos.

Previo al alta presento cuadro de diarrea, sin deshidratación. Puesto en consideración su condición de paciente inmunosuprimido, y el riesgo que ello implica , se toman muestras de coprocultivo/virológico y PCR multiplex de materia fecal (panel GI) : todos los resultados negativos .

EL paciente mejora clínicamente, sin más deposiciones. Con los resultados de los estudios microbiológicos negativos, se interpreta el cuadro de otro origen.

A las 24 hs se otorga alta hospitalaria.

Continuando el seguimiento ambulatorio oportuno.

Utilidad de panel Gastrointestinal-3 (GI)

Blanco,M¹.; Langard,M²

¹Hospital de Alta complejidad EL Cruce; Servicio de Infectología

¹Hospital de Alta complejidad EL Cruce; Servicio de Microbiología

Paciente de 10 años, trasladado desde otra institución de la red. Cuando ingresa al hospital derivarte el niño presenta cuadro de gastroenteritis de 24 horas de evolución, sin antecedentes patológicos previos.

En el momento de la evaluación describen al niño como irritable con posterior somnolencia. Por ese motivo y considerando la posibilidad de requerir cuidados en terapia intensiva, es que se lo envía a nuestro hospital.

Al ingreso, el paciente se encuentra estable clínicamente. Se le solicitan muestras para laboratorio:

HMG: GB 10700 Plaquetas 252000 HTo 38%

EAB: normal Ionograma normal Química: normal

Ingresan muestras para coprocultivo/virológico y PCR multiplex en materia fecal (Panel GI)

Ese mismo día se nos informa el resultados de la PCR filmarray : Positiva para *Shigella* /*E. Enteroinvasiva*.

Se habían solicitado estudios por imágenes de SNC y eventual PL, lo cuales no llegaron a realizarse por la buena evolución clínica del niño.

Coprocultivo al alta, nos informan: *Shigella sonnei*

Siendo contrarreferido a su Hospital de origen, por buena evolución.

Interpretación diagnóstica del cuadro: GEA por *Shigella sonnei*

Presentamos tres casos clínicos de nuestra practica hospitalaria diaria. Con el fin de mostrar la utilidad que significa la implementación de métodos diagnósticos actualizados. Los que nos permiten tomar decisiones fundamentales para la mejoría clínica de los pacientes, dentro de tiempos acotados; disminuir los tiempos de hospitalización y sus complicaciones; el uso adecuado de tratamiento antimicrobianos; y la aplicación de las medidas preventivas para enfermedades de diseminación institucionales y en la población en general.

Brote de diarrea por *Clostridium difficile* en un servicio de neonatología

Dra. Claudia Domínguez¹, Bioq. Arturo López², Lic. Sabrina Cano¹, Lic. Carolina Tolaba¹, Lic. Marcela Torres¹

¹Hospital Lagomaggiore, Mendoza Servicio de Infectología pediátrica y neonatología

²Hospital Lagomaggiore, Mendoza Servicio de Laboratorio Microbiología

El *Clostridium difficile* (CD) es el agente más frecuente de diarrea asociado al cuidado de la salud. La respuesta inflamatoria es causada por la toxina de la bacteria. El diagnóstico se sospecha en pacientes que presentan diarrea, uso prolongado de antibióticos y/o estadía prolongada de internación. El diagnóstico se realiza a través de la identificación de toxina en materia fecal (MF)

Hay que tener en cuenta que *C. difficile* es un colonizador frecuente del tracto gastrointestinal en niños menores de un año. Técnicas de detección rápida (inmuncromatografía): son técnicas sencillas que se realizan directamente de las heces con el resultado disponible en unos minutos. Los nuevos paneles multiplex de diagnóstico sindrómico, permiten detectar, en una única muestra y en algo más de una hora el agente, están indicadas en gastroenteritis graves o prolongadas y en pacientes inmunodeprimidos en los que la confirmación etiológica nos ayuda a iniciar un tratamiento precoz y dirigido. Sin embargo, como en otras técnicas moleculares, un resultado positivo sólo indica la presencia de ácidos nucleicos y no permite distinguir a los pacientes portadores asintomáticos de los enfermos.

Situación epidemiológica

Casos*	Días de vida al momento de la infección	Fecha de infección	Infección	Estudios	Evolución
Caso 1	44	Primer paciente o caso 0	Diarrea enteroinvasiva sin enteritis	Diagnóstico por FA como único rescate etiológico de CD (no se realizó búsqueda de toxina)	Buena con tratamiento antibiótico (ATB) vía oral (VO) Vancomicina
Caso 2	45	1 día después del caso 0	Diarrea enteroinvasiva sin enteritis	Diagnóstico por FA como único rescate etiológico de CD (no se realizó	Buena con tratamiento ATB VO Vancomicina

				búsqueda detoxina)	
Caso 3	55	5 días después del caso 0	Diarrea enteroinvasiva sin enteritis	Diagnóstico por FA como único rescate etiológico de CD (no se realizó búsqueda de toxina)	Buena con tratamiento o ATB VO Vancomicina
Caso 4	7	6 días después del caso 0	Diarrea enteroinvasiva sin enteritis	Diagnóstico por FA como único rescate etiológico de CD (no se realizó búsqueda de toxina)	Buena con tratamiento o ATB VO Vancomicina
Caso 5	7	6 días después del caso 0	Diarrea enteroinvasiva sin enteritis	Diagnóstico por FA como único rescate etiológico de CD (no se realizó búsqueda de toxina)	Buena con tratamiento o ATB VO Vancomicina
Caso 6	45	6 días después del caso 0	Diarrea enteroinvasiva sin enteritis	Diagnóstico por FA como único rescate etiológico de CD (no se realizó búsqueda de toxina)	Buena con tratamiento o ATB VO Vancomicina

Casos confirmados con PR- FilmArray*

Diarrea con sangre en paciente se la comunidad panel GI

De Cristófano-Analía¹, Verdier, Ma Laura¹, Farago, Ma. Cecilia¹, Perez Campione,¹ Ma Victoria, Dra Marángeles Visus²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de >Infectología pediátrica

²Hospital italiano de Buenos Aires, Servicio de Microbiología

Paciente PV 17 años ECNE

Ingresa con Diarrea con Sangre - Deshidratada

Hto 32 previo de 35, 6 meses antes

Insuficiencia Renal al ingreso que mejora con la hidratación

Plaquetopenia 86000, 25000 leucocitos - LDH normal

Se sospecha de SUH, por lo que no se medica con antibióticos

Persiste febril regular estado general, muy sintomática

Orina patológica por SV, Urocultivo positivo E. Coli 100000 UFC

Filmarray Panel GI - Shighella/E. Coli enteroinvasiva

Se medica con Cefazolina

Todos los métodos diagnósticos negativos

Mejora fiebre, estado general síntomas

Malbrán descarta la presencia de E. Coli enterohemorrágica

Permanece aislada de contacto por ser incontinente

Diarrea en paciente inmunosuprimido panel GI

De Cristófano Analía¹, Verdier, Ma Laura¹, Farago, Ma. Cecilia¹, Perez Campione,¹ Ma Victoria, Dra Marángeles Visus²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de >Infectología pediátrica

²Hospital italiano de Buenos Aires, Servicio de Microbiología

Paciente LFI de 6 años, Trasplantado Renal en 2013

Consultó por diarrea Prolongada de 2 semanas de evolución

Ingresa a UCIP por alteración del medio interno

Se estudia con métodos habituales Microorganismos habituales y no habituales

Todos los resultados negativos

Se realiza Filmarray gastrointestinal (Filmarray Gastrointestinal) que es

Positivo para NOROVIRUS

Se aisló al ingreso pero..... SOLO CONTACTO

Se cambia aislamiento a Contacto diferencial dado que no se recomienda uso de alcohol para higiene de manos al atender pacientes con Norovirus.

PANEL MENINGOENCEFALITIS

Meningoencefalitis por *Mycoplasma pneumoniae*

Camiansqui Mariana Dr.¹ Abrate Alejandro Martin¹, Dra. Jimena Nievas²

¹Sanatorio Anchorena de San Martin, Servicio de infectología

²Sanatorio Anchorena; Servicio de Laboratorio Recoleta

Paciente masculino, de 10 años; único antecedente: convulsión febril a los 2 años. Vacunas completas y sin viajes previos.

Consulta a la guardia por cuadro de vómitos y cefalea de horas de evolución, afebril y sin signos neurológicos. Se asume como cervicalgia y otorgan analgesia. Luego de 48hs consulta nuevamente por agregarse fiebre, mareos y odinofagia. Al encontrarse moderadamente deshidratado, con mala tolerancia a la vía oral se interna para hidratación y control clínico de su evolución. Persiste con vómitos, cefalea. Se agrega dolor abdominal y tos seca; se complementan estudios: Laboratorio: hemograma, hepatograma, función renal y PCR: normales. Eco de abdomen, rx senos paranasales, strep test, cultivo de fauces y orina: normales. Rx tx: leve infiltrado bilateral difuso con mayor aumento de trama en lóbulo superior izquierdo. Luego de 9 horas en observación el paciente comienza con tendencia al sueño, sensorio alternante, ataxia, dificultad para el habla y la bipedestación. Con sospecha de meningoencefalitis se realiza TAC de cerebro: normal. Punción lumbar: citoquímico: 80 leucocitos/mm³: mononucleares, cristal de roca ligeramente turbio, límpido, gluc 49mg/dl, proteínas 80mg/dl, tinta china negativo, gram: no se observan bacterias. Filmarray LCR (ME): no detectable.

A las de 24hs de internación presenta tos más catarral, filmarray respiratorio: positivo rhinoenterovirus y *Mycoplasma pneumoniae* (Mp). Comienza con claritromicina ev.

Al quinto día por persistir somnoliento, atáxico y con dificultad para la bipedestación se realiza RNM de cerebro con y sin contraste: normal. Se estudia genoma Mp LCR: no detectable y serología Mp: positiva IgM 37.5 e IgG 18.6.

El paciente evoluciona lentamente hacia la mejoría clínica, se rota el antibiótico a la vía oral, recupera por último su estabilidad y se otorga alta clínica sin secuelas neurológicas.

Las complicaciones neurológicas por Mp son las más frecuentes de los cuadros extrapulmonares. Las mismas se desarrollan en el 7% de las infecciones. Siendo la encefalitis la primera causa, seguida de la meningitis. El motivo por el cual se produce la agresión en el SNC se encuentra aún en discusión; Existen varias teorías: 1) mecanismo lesivo de liberación de una neurotoxina, 2) invasión directa del SNC (pocas publicaciones informan aislamiento de Mp en LCR). 3) inmunológica: la más respaldada y por la cual la administración de antibióticos no sería necesaria habiendo resuelto el cuadro respiratorio. Generalmente el cuadro es autolimitado, pero se reporta una incidencia de 20-30% de secuelas neurológicas permanentes. En nuestro caso pudimos realizar diagnóstico causal por medio de filmarray respiratorio comenzando ante resultado positivo con antibiótico por persistir su cuadro respiratorio.

Meningoencefalitis por Herpes1, Rol de la reactivación del Herpes 6

_Vozza Lola¹, Hernández Daniela², Figueroa Myriam, Garzón Isabel.

¹Hospital Privado Universitario de Córdoba, Servicio de Infectología

²Hospital Privado Universitario de Córdoba, Servicio de Laboratorio

La encefalitis herpética es una patología importante en pediatría, con elevada mortalidad y posibilidad de secuelas. El herpes 1 es el principal agente etiológico luego del período neonatal. El herpes 6 tiene la capacidad de mantenerse en el organismo, en estado de persistencia o integración cromosómica, con posibilidad de reactivación. Este es responsable del exantema súbito y está asociado a convulsiones febriles, pero el verdadero rol en la encefalitis de inmunocompetentes es discutido, así como también el riesgo incrementado de reactivación ante la presencia de otros herpesvirus. DESCRIPCIÓN: Niña de 1 año y 1 mes, previamente sana, vacunas completas al año y antigripal colocada 48 horas (hs.) previas al inicio del cuadro, derivada de zona rural por convulsión febril generalizada breve, con repetición a las 2 hs. Al ingreso paciente asintomática. Epidemiología (+): aves de corral. Tratamiento: Ceftriaxona y Aciclovir. Métodos complementarios: hemograma, hepatograma, y reactantes de fase aguda normales. TAC cerebro: calcificaciones paraventriculares. Hemocultivo (-) Urocultivo (-). Punción lumbar (PL): 20 leucocitos/mm, glucosa 51 mg/dl (98 mg/dl), proteínas 20 mg/dl. Filmarray panel meningoencefalitis (ME) negativo y cultivo bacteriano (-). Serología TORCH (-), IgG CMV (+). Electroencefalograma normal. Se retira tratamiento. Buena evolución clínica, único registro febril diario. 72 hs. luego convulsión febril focalizada en brazo izquierdo, exantema súbito. PL: 728 leucocitos/mm (70 MN), glucosa 62 mg/dl (95 mg/dl) proteínas 181 mg/dl. Se reinicia aciclovir. Filmarray herpes 1 y 6 (+). IgM (+) sarampión. Se solicita valganciclovir. A las 96 hs. de tratamiento con aciclovir, mejoría clínica. RM lesión fronto-parieto-temporal derecha y fronto-temporal izquierda, calcificaciones frontales. Viruria (+) sarampión vaccinal. Cumple 21 días de tratamiento con aciclovir, paresia de brazo izquierdo.

Si bien la reactivación de herpes 6 en la infección aguda de otros *Beta*-herpesvirus (herpes 7) ha sido descrita; no se ha encontrado evidencia disponible de esta situación en relación a *Alpha*-herpesvirus, por lo que destacamos la importancia de este reporte. En nuestra experiencia, y de acuerdo a la buena evolución de la paciente, asumimos reactivación de herpes 6 en presencia de herpes 1, siendo probablemente responsable del exantema, pero no observándose un rol patógeno agregado al cuadro neurológico, ya que la paciente no recibió tratamiento efectivo.

Meningitis por Parechovirus humano: síndrome febril sin foco en neonatos.

Camiansqui Mariana Dr.¹ Abrate Alejandro Martin¹, Dra. Jimena Nieves²

¹Sanatorio Anchorena de San Martín, Servicio de infectología

²Sanatorio Anchorena; Servicio de Laboratorio Recoleta

Caso 1: Paciente de 23 días de vida (ddv) presenta irritabilidad y llanto de 8hs de evolución, se agrega fiebre 38° por lo cual consulta en guardia, internándose. RNT, PAEG, embarazo controlado, serologías y *estreptococo grupo B* (EGB) negativos; alta conjunta. Hermano con cuadro febril. Laboratorio: normal. Hmc x 2 y urocultivo (uc) negativos. LCR citoquímico sin hallazgos patológicos, panel filmarray LCR detectable parechovirus humano (PHv), panel respiratorio (RP2.1) filmarray negativo. El paciente evoluciona febril únicamente 24hs. Con cultivos negativos 36hs se suspende antibioticoterapia otorgando su alta.

Caso 2: Paciente de 21 ddv, consulta por fiebre 38°, llanto e irritabilidad de 12hs de evolución. RNT, PAEG, embarazo controlado, serologías y EGB negativos; alta conjunta. Papá: catarro de vías aéreas superiores. Se interna: laboratorio normal, Hmc x 2 y uc negativos. LCR citoquímico sin hallazgos patológicos, panel filmarray LCR (ME) detectable PHv y panel respiratorio filmarray negativo. El paciente evoluciona febril 24hs, con evolución favorable y cultivos negativos 36hs se suspende antibióticos y se otorga egreso hospitalario.

Los PHv son virus de la familia *Picornaviridae* causantes de múltiples infecciones en niños pequeños. Se han asociado a síndromes febriles, cuadros simil sepsis, meningitis y encefalitis en neonatos así como en lactantes pequeños. Presentan laboratorios de bajo riesgo infectológico; hmc, uro, LCR negativos, siendo común la ausencia de pleocitosis en el citoquímico.

La evolución del cuadro y el pronóstico es bueno; sin embargo hay algunos casos en la literatura de fallecimientos y secuelas por encefalitis. También se describe en ciertos casos exantema eritematoso palmo-plantar así como posible estacionalidad en primavera/verano.

Los pacientes descritos en los casos clínicos presentaron las características que se describen en la bibliografía hallada, a excepción del exantema y la estacionalidad. Se evitó con este diagnóstico estancia hospitalaria y antibióticos de forma prolongada.

Manifestaciones en SNC por Virus Varicela Zoster

Ezcurra, G. Romagnoli, A. Oliva, E. Baroni, M. Oliva, N. Spossito, L. Castilla, M. Aro C.

Infectología, Inmunología, Neurología y UCIP. Microbiología Hospital de Niños Dr Orlando Alassia

El virus varicela zóster (VVZ) es un herpes virus neurotrópico que produce un amplio espectro de enfermedades neurológicas en su reactivación. El exantema típico de HZ puede o no acompañar estas manifestaciones. La disponibilidad de métodos moleculares de diagnóstico constituye el estándar de oro para detectar este microorganismo. DESCRIPCION: Caso 1: Paciente de 12 años, completamente vacunada, desnutrida, antecedentes de ictiosis, síndrome genético en estudio, padres consanguíneos, gastrostomizada y varicela a los 2 años. Es derivada por episodio de rigidez generalizada y alteración de la conciencia, ingresa con diagnóstico de status convulsivo. Examen físico: febril, mal aspecto general, Glasgow 11/15, llanto continuo, hipertensión, descamación generalizada, piel subyacente eritematosa con áreas exudativas. TAC de cráneo sin hallazgos patológicos. RMI de encéfalo: hiperintensidad T2 FLAIR de talamo derecho, tronco y pedúnculos cerebrales homolaterales, sugestivos de edema. Angio RMN: asimetría de arterias cerebrales anteriores y posteriores, con afinamiento y aspecto arosariado, compatibles con vasculitis; compromiso de arteria cerebral posterior derecha y tronco basilar con cambios de señal en esos territorios concluyendo en eventos isquémicos agudos. LCR normal. Film array panel meningitis/encefalitis Virus varicela zoster (VVZ) detectable. Hemocultivos: 1 de 2 positivo a Staphylococcus aureus meticilino sensible. Se medica con Ceftriaxona, Vancomicina y Aciclovir. Por desmejoría clínica ingresa UCIP y se reasume como coma no traumático, sepsis, status convulsivo, encefalitis por VVZ y dermatitis ictiosiforme. A los 15 días se repite Film array panel meningitis/encefalitis (ME) VVZ detectable (baja carga). PCR real time (Argene) para VVZ en ambas oportunidades negativos. EEG: actividad en todas las áreas, baja amplitud, sin signos de foco ni paroxismos generalizados. Estudio inmunológico: linfopenia. Recibe pulsos de corticoides y gammaglobulina. La paciente completa 21 días de Aciclovir EV y evoluciona con secuelas neurológicas. Continúa internada a la fecha. Caso 2: Niña de 8 años que ingresa con cuadro de irritabilidad, cefaleas, vómitos y alteración de la conducta. Al examen físico se constata exantema vesicular en región lateral izquierda del cuello, auricular y cuero cabelludo homolateral. Por sospecha de meningoencefalitis se realiza punción lumbar. LCR cito físico químico normal y panel Film array Meningitis positivo a virus varicela zoster. Completa 14 días de Aciclovir endovenoso. Recuperación completa. CONCLUSION: La disponibilidad de Film Array panel meningitis permite identificar al patógeno rápidamente, reduciendo drásticamente el tiempo diagnóstico y tratamiento tras la admisión del paciente. La cuadros con compromiso del sistema nervioso central pueden producir alta morbimortalidad, plantean dilemas diagnósticos y terapéuticos o presentan recuperación sin secuelas con manejo adecuado y oportuno.

Utilidad del diagnóstico molecular con Filmarray en una lactante febril sin foco clínico

Débora Montiel Ríos¹, Sandra Barreiro¹, Martín Brizuela¹, Silvana Manganello², Claudia Quintana² y Mónica Bucci²

¹ Hospital General de Agudos Vélez Sarsfield. Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Unidad pediatría

² Hospital General de Agudos Vélez Sarsfield. Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Servicio de laboratorio

MC: fiebre

AEA: lactante de 35 días de vida que inicia 24 horas previas a la consulta con registros febriles de 38°C en dos oportunidades, sin otro signo ni síntoma asociado.

Antecedentes neonatales: nacida de 38 semanas con un peso de 3070 gr, parto vaginal, alta conjunta.

Examen físico: febril (38,2°C), vigil, activa, reactiva, con buena actitud alimentaria, fontanela normotensa, buen relleno capilar, pulsos periféricos simétricos, no soplos.

En guardia se solicitó: hemograma con 22.010 glóbulos blancos (37% neutrófilos y 51% linfocitos), PCR 27,5 mg/L y procalcitonina <0,05 ng/mL, sedimento de orina normal.

Se decidió su ingreso en sala de pediatría por tratarse de una lactante menor de 3 meses con fiebre sin foco de alto riesgo.

Se tomaron hemocultivos x2, urocultivo y se realizó una punción lumbar, obteniéndose LCR de aspecto límpido, cristal de roca, glucosa 45 mg/dL (glucemia 84 mg/dL), proteínas 28 mg/dL, 167 leucocitos/mm³ con 96% de mononucleares.

Se inició tratamiento con ceftriaxona 100 mg/Kg/día más ampicilina 300 mg/Kg/día. Se ingresaron muestras para directo y cultivo bacteriológico y Film Array (panel de meningoencefalitis).

La paciente evolucionó con registros subfebriles durante las primeras 24 horas de internación, en buen estado general, con buena actitud y tolerancia a la alimentación con leche materna.

Se recibieron los resultados de estudios realizados:

- hemocultivos negativos luego de 72 horas de lectura
- urocultivo negativo
- cultivo de LCR negativo
- detección de enterovirus en LCR por FilmArray (ME).

Al tercer día de internación se otorgó el alta hospitalaria con diagnóstico de meningitis por enterovirus.

El FilmArray es una técnica de biología molecular que permite la detección rápida de microorganismos en diferentes muestras. Fue incorporado en el hospital en el mes de septiembre de 2023 optimizando el uso de antimicrobianos, particularmente en pacientes adultos. En pediatría, esta fue la primera vez que

utilizamos dicha herramienta, lo que nos permitió tomar decisiones para el manejo clínico de la paciente. Es importante destacar que contar con esta herramienta en el hospital, nos permitió adecuar rápidamente la duración del tratamiento antibiótico, sin la necesidad de derivar muestras a otros centros o laboratorios.

Utilidad del resultado negativo del panel de meningitis

De Cristófano Analía¹, Verdier, Ma Laura¹, Farago, Ma. Cecilia¹, Perez Campione,¹ Ma Victoria, Dra Marángeles Visus²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de >Infectología pediátrica

²Hospital italiano de Buenos Aires, Servicio de Microbiología

Paciente YB de 6 meses - sin antecedentes - Vacunas para la edad completas

Presenta Fiebre de horas de evolución tos y mocos

Ingresa a emergencias por Convulsión TCG de 3 min de duración

Continúa somnoliento por lo que Se realiza PL

1 leucocito, 40 Proteinorraquia, Glucorraquia 60 (glucemia 90)

Ingresa a UCIP y es medicado con CTX más Aciclovir

Por la mañana Se solicita Panel Filmarray de Meningoencefalitis (ME):

NEGATIVO

Suspende tratamiento

Diagnóstico Convulsión Febril

Encefalitis Herpética en Paciente Pediátrica

Autores: Real Gatti M.¹; Miranda E².; Troya J³.; Calvosa, E.⁴; Perez Catalan,S.⁵; Perez, M⁶.; Marone, S.⁷

Caso Clínico

Paciente femenina de 5 años de edad previamente sana ingresa a la UCIP desde otro nosocomio por presentar status epiléptico febril refractario. Refiere 2 episodios convulsivo tónico clónico generalizado menor a 5 minutos de duración, con periodo postictal prolongado, que ceden de forma espontánea. Posteriormente presenta status febril que no cede ante medicación de primera y segunda línea por lo que se decide intubación electiva, se toman exámenes complementarios y se indica tratamiento empírico con Ceftriaxona y Aciclovir. Se deriva a nuestra UCIP. Refiere como único antecedente una convulsión febril típica al año de edad.

Al ingreso se valora paciente en ARM bajo sedoanalgesia, pupilas intermedias reactivas lentas. Cuenta con exámenes complementarios de hospital de origen GB 12600(87/8)/HB12/HTO34/P261.000, hepatograma y función renal normal. LCR limpido, incoloro, cel 9 prot 16.5 gluc 111 (Dxt210). TAC SNC sin signos de masa ocupante ni sangrado activo. HMCx 2, urocultivo, cultivo de LCR y Panel de Meningoencefalitis negativo.

Durante su internación permaneció bajo sedoanalgesia adaptada a ARM, recibiendo Difenilhidantoina desde su ingreso, por presentar nuevos episodios convulsivos se adiciona Fenobarbital y Levetiracetam.

En su cuarto día de internación se suspende sedoanalgesia, se valora paciente con pupilas intermedias poco reactivas al estímulo luminoso, hipertonía de miembros inferiores frente a la estimulación, apertura ocular espontánea, clonus y signos piramidales.

¹Medica Residente de Pediatría (HIGA Evita de Lanús)

² Medica Residente de Pediatría (HIGA Evita de Lanús)

³ Medico Residente de Pediatría (HIGA Evita de Lanús)

⁴ Medico Neurólogo Pediátrico (HIGA Evita de Lanús)

⁵ Bioquímica Servicio de Laboratorio (HIGA Evita de Lanús)

⁶ Bioquímica Servicio de Laboratorio (HIGA Evita de Lanús)

⁷ Jefa de Servicio de Pediatría (HIGA Evita de Lanús)

La paciente persiste febril y en ARM con deterioro neurológico, sin rescate microbiológico inicial por lo que en su séptimo día de internación se realiza nueva punción lumbar con cultivo de LCR negativo y Panel de Meningoencefalitis PCR multiplex FilmArray positivo para HVS1. Se solicita RM de SNC donde se informa afectación de ambos hemisferios cerebrales y de forma asimétrica, compatible encefalitis de probable causa infecciosa.

Continúa tratamiento con Aciclovir a completar 21 días y ciclo de Solumedrol por 3 días.

Paciente con posterior mejoría neurológica, se logra extubación electiva en su séptimo día de internación con adecuada tolerancia.

Actualmente en seguimiento ambulatorio por servicio de neurología.

Discusión y conclusión:

La encefalitis herpética es la más frecuente de la infancia, **los síntomas pueden presentarse de forma súbita y aumentar rápidamente**, por lo que un tratamiento empírico y adecuado precoz es esencial para disminuir la morbimortalidad. Aun así, debido a la precocidad del estudio, el cual fue negativo al inicio, es necesaria la repetición del mismo entre los 4 a 7 días de evolución, resultando positivo en nuestra institución mediante la utilización de Panel de Meningoencefalitis PCR multiplex FilmArray para diagnóstico sindromático

PANEL RESPIRATORIO Y NEUMONIA

Utilidad de paneles de PCR múltiple FilmArray en el diagnóstico de la infección por *Mycoplasma pneumoniae* en pediatría. Serie de casos.

María Inés Sormani. Soledad Estrella González. Carolina Torregrosa. Carlos Vay. Alejandro Ellis.
Sanatorio Mater Dei

Mycoplasma pneumoniae (MP) es una bacteria que produce infecciones en todo el mundo, en brotes epidémicos cada 4-7 años, o en forma endémica. MP es una de las causas más importantes de neumonía adquirida en la comunidad, aunque también se han descrito casos de manifestaciones extrapulmonares que incluyen lesiones dermatológicas. El tratamiento de elección son macrólidos, tetraciclinas o fluoroquinolonas. Se ha detectado un aumento de resistencias a macrólidos a nivel mundial, siendo más frecuentes en Asia.⁸ La combinación de técnicas moleculares y serológicas aporta una alta sensibilidad en la confirmación diagnóstica. Se presenta una serie de casos de infección por MP en pacientes pediátricos internados en un centro privado de CABA.

Fueron incluidos 9 pacientes (p) durante el período 1/9/23 al 29/8/24. 3p(33%) tenía enfermedad de base, 2p. asmáticos 1p. Sme Gouthan S. en tratamiento inmunosupresor. La mediana de edad fue de 132 meses, sexo masculino 5p(55%). La mediana de internación fue de 8 días (14-3). La infección se confirmó por Panel FilmArray (FA) en 6p(67%), PCR en 1p(11%) y por serología 2p(22%). En 6p(66%) se confirmó coinfección viral y 1p(11%) coinfección bacteriana con *Moraxella Catarrhalis*. Los virus respiratorios detectados en fueron: Rhinovirus 5(55%), Virus Sincicial Respiratorio 1(11%), Influenza A 1(11%) y Coronavirus HKU1 1(11%). Las manifestaciones clínicas fueron: fiebre 6p(66%), dificultad respiratoria 6p(66%), hipoxemia 4p(44%) y Erupción mucocutánea infecciosa reactiva (RIME) 2p(22%). Se evidenció patrón radiológico de neumonía lobar 4p(44%), patrón intersticial 3p(33%) y 1p(11%) derrame pleural. Requirieron internación en UCIP 4p(44%), 2 asistencia ventilatoria mecánica y 1 alta frecuencia. Respecto al tratamiento definitivo los pacientes con IRAB, 6p(66%) recibieron azitromicina durante 5 días y 1p(11%) recibió levofloxacina por falta de respuesta a macrólidos. Los pacientes con

⁸ Álvaro Varela AI, Aguinaga Pérez A, Navascués Ortega A, Castilla Catalán J, Ezpeleta Baquedano C. *Mycoplasma pneumoniae* y resistencias a macrólidos: ¿Conocemos la situación en Europa? [Macrolide-resistant *Mycoplasma pneumoniae*: Do we know the situation in Europe?]. Rev Esp Quimioter. 2023;36(3):259-266. doi:10.37201/req/118.2022

RIME no recibieron tratamiento específico por presentar panel FA respiratorio negativo para MP. No hubo fallecidos.

Desde 2023, MP ha provocado brotes en varios países europeos, incluidos Dinamarca, Países Bajos y Francia.⁹ En agosto del 2024, las autoridades de Noruega informaron un aumento en la incidencia de MP desde el otoño de 2023¹⁰.

Este aumento ha continuado en 2024, especialmente durante el verano. La incidencia es mayor en niños de entre 5 y 14 años. No disponemos de datos a nivel nacional, dado que no se vigila de forma rutinaria, pero los datos de nuestro centro muestran un aumento de la incidencia. Durante el período 2020-2022 en 233 paneles no se detectó ningún MP.

Conclusiones

La disponibilidad de Panel FA Respiratorio y Neumonía permitió arribar al diagnóstico etiológico de forma rápida y oportuna en pacientes con IRAB que en su mayoría no presentaban las características típicas de las infecciones por MP. En los pacientes que cursaron RIME, con diagnóstico serológico de infección reciente por MP, la realización del Panel FA permitió no instalar tratamiento específico. Algoritmos diagnósticos que incluyan métodos de diagnósticos moleculares es primordial para la identificación y tratamiento oportuno del MP.

⁹ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Nota

Informativa: Infecciones respiratorias por *Mycoplasma pneumoniae*. 20 de diciembre del 2023, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2023.

Neumonía de la comunidad: uso de panel respiratorio y panel neumonía

De Cristófano Analía¹, Verdier, Ma Laura¹, Farago, Ma. Cecilia¹, Perez Campione,¹ Ma Victoria, Dra Marángeles Visus²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de >Infectología pediátrica

²Hospital italiano de Buenos Aires, Servicio de Microbiología

Paciente de 4 años Previamente sana, Antecedente de Broncoespasmos, Comienza con fiebre – CVAS - Broncoespasmo,

Medio viral positivo, Varias consultas

2 días de fiebre Su pediatra la médica con Amoxicilina Clavulánico

A las 48 hs vuelve a consultar y se interna con diagnóstico de Neumonía con Derrame

Pasa a UCIP rápidamente con dificultad respiratoria grave

Ingresa a ARM

Rotan antibiótico a Ceftriaxona

Se coloca Drenaje Pleural

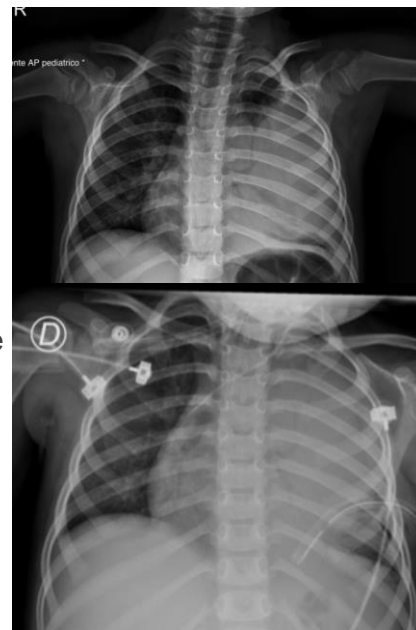
Panel Respiratorio Filmarray (RP2,1): Rhinovirus

Se solicita MiniBAL que se realiza al 2º día de internación

Filmarrau Panel de Neumonia:, Hib 10⁵, S. Pneumoniae Rhinovirus

Cultivo (4 días ATB): Negativo

Continúa mismo tratamiento



Paciente neonato con neumonía

De Cristófano Analía¹, Verdier, Ma Laura¹, Farago, Ma. Cecilia¹, Perez Campione,¹ Ma Victoria, Dra Marángeles Visus²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de >Infectología pediátrica

²Hospital italiano de Buenos Aires, Servicio de Microbiología

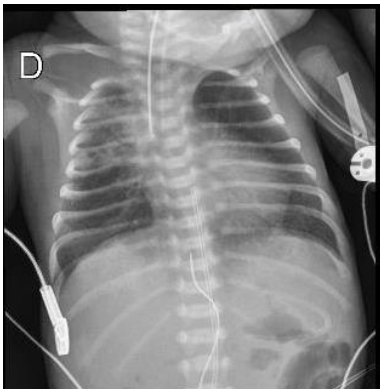
Paciente AF de 4 días de vida, Prematuro 29 semanas se encontraba con CPAP. Tenía antecedente de pasaje de surfactante al nacimiento. Presenta desmejoría respiratoria. Se medica con con Ampicilina Gentamicina

Se realiza MiniBAL y fimarray panel neumonía (Filmarray Panel Neumonia): Enterobacter cloacae con recuento 10 a la 5 y Klebsiella Pneumoniae recuento 10 a la 7 MBL (NO Klebsiella Productora de Carbapenemasa (KPC)).

Cultivo Klebsiella MBL 106 a las 48 hs

Rota tratamiento a Meropenem

Buena Evolución



Panel de neumonía: utilidad en un caso complejo en neonatología.

Cecilia Echave¹, Roxana Pereda², Mariela López³, Viviana Urquiza⁴

¹Hospital Pedro de Elizalde, Servicio de Infectología

²Hospital Pedro de Elizalde, Servicio de Microbiología

³Hospital Pedro de Elizalde, Servicio de Neumotisiología

⁴Hospital Pedro de Elizalde, Servicio de Neonatología

Paciente de sexo masculino, RNPT/PA 33 semanas/1990 g. Serologías maternas negativas. Cesárea programada por HTA materna. Maduración pulmonar completa.

Presenta dificultad respiratoria desde el nacimiento con requerimiento de ARM por 7 días sin rescate microbiológico.

Ingresa a nuestro hospital a los 22 DDV (2260 g) con taquipnea leve, requerimiento de oxígeno por cánula, Rx con infiltrado bilateral difuso. Hisopados de vigilancia: *K pneumoniae* NDM+, SAMS

Por compromiso intersticial progresivo, en evaluación multidisciplinaria se sospecha diagnóstico de neumonitis intersticial. Presenta evolución tórpida con dificultad respiratoria progresiva y requerimiento de ingreso a ARM al día 25 de internación.

Se realiza FA Neumonía: *Kl oxytoca* 10⁵; *Kl pneumoniae* 10⁶; *Serratia marcescens* 10⁴; *S. aureus* 10⁶; Ctx-m; NDM;VIM. E inicia tratamiento con ceftazidime avibactam + aztreonam + vancomicina. A las 48 hs se recibe resultado de cultivo: *Kl pneumoniae* 10⁵ BLEE + MBL + SAMS 10⁵. Se rota vancomicina a cefalotina.

Evoluciona a neumonía necrotizante, con evolución muy grave: requerimiento de ARM alta frecuencia 30 días, óxido nítrico 19 días. Cumple tratamiento antibiótico por 21 días, con mejoría clínica y posibilidad de descomplejización en forma gradual.

TAC PULMONAR: marcado compromiso intersticial, a descartar desorden del desarrollo pulmonar. Biopsia pulmonar: no concluyente.

Día 98: con la sospecha diagnóstica de neumonitis intersticial recibe 3 pulsos de metilprednisolona con buena respuesta. Día 105: extubación electiva, persistiendo requerimiento de oxígeno. Día 124 egreso hospitalario con oxígeno domiciliario.

DISCUSIÓN

Las infecciones durante el periodo neonatal determinan un elevado riesgo de morbimortalidad, especialmente en niños que requieren internación en unidades de cuidados críticos, RN prematuros y con comorbilidades. En esta situación, la optimización diagnóstica tiene especial relevancia para permitir el inicio precoz de tratamientos adecuados, así como para contribuir al mejor uso de antibióticos.

Si bien nuestro paciente presentaba antecedente de colonización por OMR (NDM) el cuadro respiratorio se presentó en forma progresiva y sin compromiso hemodinámico inicial por lo que el tratamiento empírico no habría contemplado

cobertura para NDM (según algoritmo institucional de uso de antibióticos en pacientes colonizados). La detección rápida de *kl pneumoniae* en alto recuento y NDM en el panel llevaron al inicio precoz del tratamiento y probablemente contribuyeron al éxito terapéutico.

CONCLUSIÓN

En el contexto epidemiológico actual, el uso de métodos de diagnóstico rápido como los paneles sindrómicos, contribuye a un mejor tratamiento de los pacientes.

Es de relevancia la articulación de los programas de uso adecuado de antimicrobianos y de nuevas metodologías diagnósticas para contribuir al mejor y más eficiente uso de los recursos, con especial relevancia en este grupo de pacientes.

Neumonía en paciente inmunosuprimido

De Cristófano Analía¹, Verdier, Ma Laura¹, Farago, Ma. Cecilia¹, Perez Campione,¹ Ma Victoria, Dra Marángeles Visus²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de >Infectología pediátrica

²Hospital italiano de Buenos Aires, Servicio de Microbiología

Paciente VI de 16 años con Aplasia medular Trasplantado de médula ósea
Cursando Bacteriemia por *Candida Albicans* y *Stenotrophomona Maltophilas*
Desmejoría respiratoria, sin desaturar, Rx patológica
Se realiza BAL

Filmarray Panel Neumonía (FPN): Negativo

Cultivo: *Candida Albicans* y *Stenotrophomona Maltophilas*

El resultado negativo nos ayudo a ajustar rápidamente antibióticos agregados ante la sospecha de neumonía sabiendo que probablemente tuviera los microorganismos aislados previamente que no se detectan con el FPN

Utilidad del Panel FilmArray Neumonía en el manejo del paciente con complicaciones asociadas a la ventilación mecánica

*Lorena López, *Rocío Ortiz, **Celina Hajdinj, ***Carlota López, *Eugenia Ochiuzzi

* Laboratorio de Microbiología, ** Unidad de terapia pediátrica, ***Infectología
Hospital Durand

Paciente Femenino de 1 mes de edad, ingresa a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) del Hospital Durand derivada del Hospital Piñero luego de 48 hs de internación.

Motivo de consulta en Hospital Piñero: 19/04/2023 CVAS de 5 días de evolución de curso febril, con succión débil en las últimas horas. A su ingreso ante sospecha de sepsis en lactante febril realizan cultivos de LCR, Hemocultivos x 2 y Urocultivo, e inicia tratamiento con Ceftriaxona 100 mg/kg/día y Ampicilina 300 mg/kg/día. Se realiza Inmunofluorescencia para detección viral en secreciones nasofaríngeas (IFI VSNF) que resulta positivo para Influenza A, por lo que inició Oseltamivir. A las 24hrs comienza con hipoxemia y mala mecánica ventilatoria, por lo cual le colocan Cánula Nasal de Alto Flujo. Por no presentar mejoría clínica se deriva vía SAME a la UTIP del Hospital Durand.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Recién nacido a término a las 38 semanas por cesárea por fiebre materna sin foco. APGAR 6/9 PN: 3,130kg. Serología materna negativa constatada. Madre con Vacuna Antigripal 04/2023.

Vacunas: Hepatitis B y BCG, Pesquisa neonatal: negativa, FO+OEA: No se realizó

Abuela materna cursó Dengue una semana antes de la internación del bebé. Medio viral familiar positivo.

EVOLUCIÓN EN UTIP:

Al ingreso a UTIP se reconecta a la paciente en Cánula de alto flujo de oxígeno (CAFO) sin presentar mejoría clínica. Se la ingresa en Ventilación Mecánica No Invasiva (VNI) y por falta de respuesta favorable se decide su intubación orotraqueal e ingreso en Asistencia Ventilatoria Mecánica. La paciente evoluciona hacia Distress respiratorio grave y descompensación hemodinámica requiriendo ciclos de decúbito prono. El diagnóstico presuntivo es de Neumonía asociada a respirador (NAR) (aumento de parámetros de ARM con caída de la PAFI).

Debido a signos compatibles con miocarditis requirió soporte inotrópico, vasopresor e inodilatador. El Ecocardiograma evidencia hipertensión pulmonar y se inicia tratamiento con sildenafil con posterior respuesta favorable.

ESTUDIOS RELEVANTES:

Hospital Piñero:
19/04

Hemograma: Rto Leucocitos 2640/uL, Hto 33,9%, Hb 11.4 g/dl, Rto Plaquetas 445000/uL, Glucemia 126 mg/dl, Urea 24 mg/dl Creatinina 0,25 mg/dl PCR 9,5 mg/dl.

EAB pH 7,44, pCO2 32 mmHg, HCO3- 21 mEq/l, EB -2 mmol/l

Ionograma: Na 133meq/l, K 3,9meq/l, Cl 103 meq/l, Calcio iónico 1,2 mmol/l, Lactato 1,8 mmol/l.

GOT 40 UI/l, GPT 17 UI/l, FAL 290 UI/l, Bilirrubina Total 0.9 mg/dl

Antígeno NS1: Negativo

Antígeno y PCR Covid 19: Negativo/No detectable

Urocultivo: Negativo. Sedimento urinario: Células y leucocitos < 5/campo.

HMC x 2: Negativos

Citoquímico de LCR: Células 3/mm³ Glucorraquia 65 mg/dl (Dextro 125 mg/dl)

Proteinorraquia 32 mg/dl

Cultivo de LCR: Negativo

IFI VSNF: Positivo para Influenza A.

Radiografía de tórax frente: infiltrado intersticial a predominio paracardíaco derecho.

Tratamiento: Al momento de la derivación la paciente había recibido Ceftriaxona 100 mg/kg/día (2 días), Ampicilina 300 mg/kg/día (1 día), Oseltamivir 3 mg/kg/dosis (1 día)

Hospital Durand:

24/04

Ecocardiograma: sin cardiopatía estructural -FOP con CCID buena función ventricular, sin signos de HTP

Panel Filmarray Respiratorio en muestra de Hisopado Nasofaríngeo: Positivo Detectable para Influenza A H1-2009 y VSR

26/04

Troponina T ultra sensible 45 ng/l, CPK 20 UI/l, CPK MB masa 0,7 ng/ml

28/04

Panel FilmArray Neumonía en muestra de Aspirado traqueal: Positivo Detectable para Enterobacter cloacae complex Bin 10⁶ copias/ml, Acinetobacter calcoaceticus-baumannii complex Bin 10⁴ copias/ml, Influenza A y VSR

Cultivo para gérmenes comunes en muestra de Aspirado Traqueal: No desarrollan bacterias

HMC x2: Negativo

03/05

Ecocardiograma: Buena función biventricular, FA 40%. IT 28 mmHg PSV 35 mmHg. HTP leve. Sin signos de miocarditis, sin derrame pericárdico. Flujos transvalvulares adecuados. VP 0.55 m/s, sin hiperflujo. Sin cardiopatía estructural

09/05

Hemograma: Rto leucocitos 6.550/uL, Hto 23.7 %, Hb 7.5 g/dl, Rto plaquetas 652.000/uL

Albúmina 3.8 g/dl, Proteínas totales 5.8 g/dl, Colesterol Total 130 mg/dl, Triglicéridos 49 mg/dl, Glucemia 106 mg/dl, Urea 26 mg/dl, Creatinina <0.17 mg/dl, Calcio 9.7 mg/dl, Fósforo 5.2 mg/dl, Magnesio 2.1 mg/dl

Ionograma: Na 139 meq/l, K 5.4 meq/l, Cl 103 meq/l

PCR 0.12 mg/dl, Troponina T ultrasensible 21 ng/l

Ecocardiograma: Buena función biventricular. Sin signos de HTP. Sin derrame.

Tratamiento: La paciente recibió Ceftriaxona 100 mg/kg/día, Ampicilina 300 mg/kg/día (4 días), Oseltamivir 3 mg/kg/dosis (5 días). Ante los resultados del Panel FilmArray Neumonía se rota a Meropenem + Colistín completando tratamiento antibiótico con respuesta favorable.

Evolución: El 09/05 se logra realizar extubación electiva con colocación de VNI como prevención de falla de extubación con buena tolerancia. Continuó con cánula nasal hasta la suspensión definitiva del aporte de oxígeno. Se otorga alta el 15/05/2023.

Conclusión:

El equipo médico decidió jerarquizar el resultado del Panel FilmArray neumonía a pesar del resultado negativo del Cultivo de gérmenes comunes, rotando el esquema antibiótico con buena evolución de la paciente.

Legionelosis

Lorena Dipauli ¹, Alejandra Salomón.²

Hospital Notti, Mendoza Servicio de Infectología

Hospital Notti, Mendoza Servicio de Infectología

Paciente masculino de 13 años de edad con antecedente de encefalopatía crónica epiléptica. Motivo de ingreso, fiebre de 38-40°C de 4 días de evolución y tos. Examen físico: regular estado general, compensado hemodinamicamente y deshidratado moderado. Comienza plan de rehidratación EV y medicación habitual.

A 12 horas de internación pasa a UTI por shock, requiere expansión con solución fisiológica, e interpreta como shock séptico se toman cultivos y comienza con antibióticos. Diagnóstico: shock séptico con foco pulmonar, neumonía. Se recibe test rápido para dengue positivo (AgNS1 e Ac IgM positivos): Dengue grave.

Comienza con Ceftriaxona, claritromicina y oseltamivir. Solicita PCR multiplex (FilmArray panel neumonía) en minibal dando positivo para *Haemophilis influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*.

Suspenden claritromicina y oseltamivir. Mantiene Ceftriaxona por 7 días.

Presento buena evolución clínica y luego de 7 días en UTI pasa a servicio de internación pediátrico sin antimicrobianos. A las 48 horas comienza con vómitos y episodio convulsivo, luego dificultad respiratoria, con nueva radiografía de tórax con infiltrado alveolar en vértice derecho y empeoramiento respiratorio y fiebre: neumonía por broncoaspiración, comienza con antimicrobianos. A las 24 horas reingresa a UTI por requerimiento de ARM y comienza con piperacilina-tazobactam.

Al 19° ddi comienza con fiebre, aumento de respirador, crepitantes nuevos y laboratorio desmejorado: GB 15380/mm y PCR 37,8g/dl, salen nuevos cultivos y comenzar con Meropenem mas Vancomicina.

RX de tórax aumento de infiltrados bibasales. 24h cultivo de minibal negativo solicita PCR multiplex: positivo *Legionella pneumoniae*, siendo el primer aislamiento en nuestro hospital. Se comienza con levofloxacina a completar 7 días. Ag en orina positivo y otra PCR en muestra respiratoria positivo.

Paciente fue extubado al cuarto día de instaurado el tratamiento y de alta de UTI en buenas condiciones clínicas.

Discusión: fue el primer rescate de *Legionella Pneumoniae*, se realizó estudio de brote junto con el departamento de epidemiología de la provincia y vigilancia activa por seis meses en pacientes con neumonías asociadas a los cuidados de la salud, además de realizar la gestión de agua segura que hasta ese momento no se tenía en la institución.

En este periodo de control no tuvimos otro paciente con dicho aislamiento.

Conclusión: *Legionella pneumophila*, bacilo BGN suele causar neumonía con rasgos extrapulmonares. El diagnóstico requiere cultivo en medios específicos, pruebas serológicas, en orina antígenos o análisis de PCR. La infección suele contagiarse por inhalación de aerosoles (menos frecuente aspiración) de agua contaminada (duchas, rociadores, fuentes decorativas, bañeras de hidromasaje o torres de enfriamiento de agua para aire acondicionado). La forma pulmonar (legionelosis), con periodo de incubación de 2 a 10 días. Síntomas iniciales: fiebre, pérdida de apetito, cefalea, malestar general y letargo. La gravedad va desde tos leve hasta neumonía que causa rápidamente la muerte; por neumonía progresiva, con insuficiencia respiratoria y/o choque e insuficiencia multiorgánica.

Para evitar la carga de legionelosis, autoridades responsables de la seguridad de edificaciones o sistemas de abastecimiento de agua deben aplicar planes de salubridad del agua específicos para cada edificio o sistema, y la supervisión periódica de medidas de control de los riesgos identificados, incluida la presencia de *Legionella*. Aunque no siempre es posible erradicar la fuente de infección, sí se pueden reducir sustancialmente los riesgos.

PANEL SEPSIS

Bacteriemia en paciente inmunosuprimido

De Cristófano Analía¹, Verdier, Ma Laura¹, Farago, Ma. Cecilia¹, Perez Campione,¹ Ma Victoria, Dra Marángeles Visus²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de >Infectología pediátrica

²Hospital italiano de Buenos Aires, Servicio de Microbiología

Paciente AC de 9 años - En Tratamiento de inducción Leucemia linfoblástica

Aguda

Screening para BGN negativo

Ingresa neutropénico Febril algo de CVAS

Presenta Catéter PICC

Esquema inicial Piperacilina-Tazobactam más amikacina

A las 12 hs HMC y Retrocultivos positivos para BGN

Se solicita Filmarray Panel Sepsis BCID2 que fue Negativo

Dado los antecedentes de vigilancia epidemiológica creemos que puede ser una *Stenotrophomona*...

Por lo que se rota a levofloxacin

Que luego se confirma por cultivo.

Remarca la utilidad del resultado negativo panel sepsis

Uso del panel BCID2 en paciente trasplantado hepático

De Cristóforo Analía¹, Verdier, Ma Laura¹, Farago, Ma. Cecilia¹, Perez Campione,¹ Ma Victoria, Dra Marángeles Visus²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de >Infectología pediátrica

²Hospital italiano de Buenos Aires, Servicio de Microbiología

Paciente KF Trasplantado Hepático hace 24 hs

Antecedente de Colonización por KPC pero ya sin estarlo hace 6 meses

En profilaxis con Piperacilina Tazobactam más amikacina post trasplante

Salió hemocultivo Pre trasplante a solicitud de los hepatólogos pero sin indicación clínica.

Salta Hemocultivo positivo para BGN

Se solicita Filmarray Panel Sepsis que es negativo

Logramos no escalar tratamiento antibiótico.

Tipificación del BGN: Chryseobacterium indologenes

Contaminante que nos aparece en la guardia a veces asociado a los tubos de hemograma.

Bacteriemia en paciente postquirúrgico de trasplante hepático panel SEPSIS

De Cristóforo Analía¹, Verdier, Ma Laura¹, Farago, Ma. Cecilia¹, Perez Campione,¹ Ma Victoria, Dra Marángeles Visus²

¹Hospital Italiano de Buenos Aires, Servicio de >Infectología pediátrica

²Hospital italiano de Buenos Aires, Servicio de Microbiología

Paciente BD de 5 años, Trasplantada de Hepática hace 20 días

Antecedente de Colonización por Klebsiella productora de Carbapenemasa (KPC)

Presenta fiebre, sin otro foco evidente, con regular estado general.

Esquema inicial para cubrir KPC por estar colonizada

Inicia tratamiento con Ceftazidime Avibactam

A las 12 hs HMC y Retrocultivos positivos para BGN

Se solicita Filmarray Panel Sepsis BCID2. Resultado:

- E. coli
- KPC negativa

En menos de 24 hs se pudo suspender el CAZAVI y se descendió esquema según sensibilidad.

PANEL INFECCIONES ARTICULARES (JI)

Experiencia con la utilización del Panel BIOFIRE® Joint Infection en el Diagnóstico de pacientes con sospecha de Artritis Séptica en un Hospital

Dra. Mara Maydana¹, Dra. Cecilia Vescina²

Hospital de niños Sor María Ludovica de La Plata, Servicio Infectología
Hospital de niños Sor María Ludovica de La Plata, Servicio microbiología

El diagnóstico de artritis séptica (AS) en pediatría representa una urgencia y un desafío para el médico pediatra.

El objetivo del siguiente trabajo fue describir la experiencia en la utilización del panel de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) multiplex BIOFIRE® JOINT INFECTION (JI) en el diagnóstico y tratamiento de la AS en pediatría.

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 16 años con diagnóstico de AS desde noviembre de 2022 hasta septiembre de 2024 evaluados en el HIAEP Sor María Ludovica.

Se incluyeron 43 pacientes con diagnóstico de AS que ingresaron al HIAEP Sor María Ludovica.

26 (60.4%) de sexo masculino; con una mediana de edad 34 meses (RIC 25-75). Las articulaciones más afectadas fueron rodilla (n=25) y cadera (n=13), seguidos por tobillo (n=2) y hombro (n=2).

En el 48.8% se obtuvo aislamiento microbiológico (n=21).

El panel JI fue Detectable en 19/43 líquidos sinoviales (LS), mientras que el cultivo tradicional fue positivo solo en 7/43.

El principal germen etiológico fue *Kingella kingae* (Kk) (n=10), seguido por *Streptococcus pyogenes* (n=4) y *Staphylococcus aureus* (n=3).

En 2 casos se detectó *Mycobacterium tuberculosis complex* mediante PCR Genexpert®.

A partir del resultado del panel JI se adecuó en forma temprana el tratamiento antimicrobiano en 32 pacientes (79%).

El panel JI fue de gran utilidad para la detección de microorganismos en LS respecto al cultivo, logrando adecuar la terapia antimicrobiana en alrededor el 80% de los pacientes, incluso ante resultados negativos.

Permitió documentar a *Kk* como primer germen causal de AS en la población estudiada.