

Desafío diagnóstico

Desafío Diagnóstico

[Diagnostic challenge]

Paula Cueto-Felgueroso Ferrero

Programa de Residencias en Pediatría, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Correspondencia: Dra. Paula Cueto-Felgueroso / **Email:** felguerosopaula@gmail.com

Recibido: 23 de octubre de 2024

Aceptado: 11 de enero de 2025

Publicado: 30 de agosto de 2025

Palabras clave: Desafío diagnóstico

Keywords: Diagnostic challenge

Aspectos bioéticos: Los autores declaran que se solicitó el consentimiento informado a los participantes. Los autores declaran que se cumplieron las normas institucionales de ética.

Financiamiento: Los autores declaran que no hubo financiamiento externo para este trabajo.

Reproducción: Para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción.

DOI:
10.37980/im.journal.rspp.20252461

Disponible en:

LatinIndex

LILACS

Revistas Médicas

CASO CLÍNICO

Lactante masculino, nacido a término de 41 semanas de gestación, que ha presentado desde el nacimiento microcefalia (con un perímetro cefálico HZ -3.2).

Ingresa a los 5 meses de edad en la unidad de intensivos pediátricos debido a insuficiencia respiratoria en contexto de bronquiolitis aguda. Ante el antecedente de microcefalia se decide realización de ecografía y tomografía computarizada cerebral donde se objetiva microcefalia, calcificaciones subespendimarias bifrontales y atrofia cerebral (Figura 1).

Figura 1. CAT cerebral: Microcefalia, calcificaciones subespendimarias bifrontales y atrofia cerebral.



Diagnóstico diferencial

1. Citomegalovirus congénito
2. Toxoplasmosis congénita
3. Rubéola congénita
4. Zika congénito

Respuesta

1. Citomegalovirus Congénito

El citomegalovirus o herpesvirus humano 5 pertenece a la familia de herpesvirus (herpesviridae). La transmisión vertical por este virus constituye la infección congénita mundial más frecuente. Aun así, actualmente el cribado en las embarazadas no está establecido de manera obligatoria en las embarazadas en la gran mayoría de países.

La transmisión fetal se puede producir intraútero, perinatal (en el canal del parto) o postnatal (por la ingesta de leche materna). Siendo más frecuente la transmisión en el 3º trimestre del embarazo, aunque con mayor riesgo de secuelas durante el 1º trimestre.

Hasta en un 90% de los casos el neonato se encuentra asintomático al nacimiento pudiendo aún así presentar secuelas en el futuro. En cuanto al resto de pacientes presentaran clínica como retraso del crecimiento intrauterino, prematuridad, bajo peso al nacimiento, hepatoesplenomegalia, ictericia, petequias en contexto de trombocitopenia, coriorretinitis, hipoacusia, microcefalia y afectación neurológica.

En concreto, la microcefalia al nacimiento (es decir, la puntuación HC z - puntuación z de peso < -2) tiene una alta especificidad prediciendo el riesgo de secuelas neurológicas en el futuro.

REFERENCIAS

- [1] López A, Piñeiro R. Infectología pediátrica. 1º edición. Madrid. 2024. 139-141.
- [2] Leruez-Ville M, Chatzakis C, Blazquez-Gamero D, et al. Consensus recommendation for prenatal, neonatal and postneonatal management of congenital cytomegalovirus infection from the European congenital infection initiative (ECCI). The Lancet Regional Health 2024; <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100892>.