

Muerte súbita e infecciones

Marta C Cohen. Consultant Paediatric Histopathologist. Sheffield Children's Hospital. Sheffield. Western Bank. S10 2TH United Kingdom

La brevedad del período signo-sintomatológico para considerar una muerte como "súbita" varía, de acuerdo a distintos autores, de 0 a 24 horas. Un amplio espectro de agentes infecciosos puede ocasionar "muerte súbita" (MS). La etiología depende, en gran medida, de la edad y el estado inmunológico del niño así como de la virulencia del microorganismo.

El origen de las infecciones más frecuentemente asociadas a MS en niños puede situarse en el **sistema respiratorio**: neumonía, laringo-traqueo-bronquitis, absceso retrofaríngeo, epiglotitis aguda, difteria, neumonitis, bronquiolitis y empiema; el **aparato cardiovascular**: miocarditis, fiebre reumática, endocarditis; el **sistema nervioso central** : meningitis, encefalitis; el **tracto gastrointestinal** : gastroenteritis, botulismo, peritonitis primaria y el **aparato genito-urinario** : pielonefritis, síndrome urémico hemolítico. En ciertos casos, puede tratarse de una **infección generalizada**: septicemia, viremia, endotoxemia.

En el Reino Unido aproximadamente 600 niños menores de 1 año mueren en forma súbita anualmente. Desde setiembre de 2004 todos estos casos son investigados por un equipo multidisciplinario liderado por el Coroner e integrado, entre otros, por la policía, los servicios sociales, los servicios de emergencia hospitalarios, los visitantes sanitarios, el médico de cabecera, el pediatra y el patólogo pediatra. El protocolo de autopsia incluye la realización de estudios bacteriológicos, virológicos, toxicológicos, metabólicos, citogenéticos y bioquímicos. En el período comprendido entre Julio de 2003 y Julio de 2006 nuestro servicio realizó 101 autopsias de niños que habían fallecido en forma repentina, con o sin condiciones pre-existentes. El mayor grupo (31/101) comprendió el de las enfermedades infecciosas. Estas correspondieron a: **septicemia** por Herpes virus tipo 1 asociado a E Coli (1 c), Staphylococcus aureus (1 c), Streptococcus B hemolítico (2 c), MRSA Staphylococcus aureus asociado a Streptococcus pneumoniae (1 c) y Staphylococcus aureus asociado al virus Varicela zoster (1 c); **tos convulsa** (Bordetella pertussis) (2 c); **meningococcemia** por Neisseria meningitidis B (2 c); **meningitis** por Streptococcus pneumoniae (1 c); **rotavirus** (2 c), **bronconeumonía** por Staphylococcus aureus (1c), por Streptococcus B hemolítico asociado a candidiasis (1 c) y por Streptococcus B hemolítico asociado a Staphylococcus aureus y Haemophilus (1 c con síndrome de Down); **bronquitis aguda** (1 c); **neumonitis** asociado a bronquiolitis (1 c) y a otitis (1 c); **neumonía** (5 c incluyendo 1 por Staphylococcus aureus, 1 por Candida); **laringo-tráqueo-bronquitis necrotizante** por virus Parainfluenza tipo 2 (2 c); **bronquiolitis** (3 c incluyendo 1 por echovirus y 1 por VSR); **síndrome urémico hemolítico** por E.coli 157 asociado a meningitis por Clostridium septicum (1 c) y **empiema** bilateral por Streptococcus pneumoniae (1c) . Veinticuatro de los 30 casos del grupo infeccioso tenía 1 año de edad o menos. Si bien en todos los pacientes la muerte aconteció de manera más o menos rápida, la investigación de la historia clínica demostró que los síntomas habían estado presentes durante los días precedentes, pero su jerarquía no había sido adecuadamente interpretada. En 8 de los 70 casos restantes si bien la causa primaria de la muerte fue no infecciosa, la patología infecciosa también desempeñó un papel importante. En nuestra serie no hubo ningún caso de miocarditis viral o de difteria. Ambos sin embargo, son una causa frecuente de MS. El virus coxsackie B es el organismo más comúnmente involucrado en la miocarditis viral. Otros virus como coxsackie A, polio, Echo, influenza A, adenovirus, citomegalovirus y parvovirus también pueden ocasionar miocarditis. La MS ocurre por arritmia o por descompensación cardíaca aguda. En la autopsia es frecuente el hallazgo de cardiomegalia, con cavidades dilatadas y palidez del miocardio. Histológicamente el diagnóstico requiere la presencia de infiltrado inflamatorio con necrosis de fibras miocárdicas, en forma focal o difusa. El agente etiológico de la difteria es Corynebacterium diphtheriae. El sitio primario de infección suele ser la nasofaringe y la laringe, donde ocurre necrosis con infiltrado inflamatorio agudo y pseudomembranas firmemente adheridas que ocluyen la luz y dejan una superficie sangrante al removerlas. La exotoxina de la bacteria produce efecto local y a distancia. En el 10 a 80% de los pacientes se produce miocarditis. La MS puede producirse por bloqueo cardíaco o arritmias, al afectarse el sistema de conducción.

Durante la autopsia, de considerarse la posibilidad de patología infecciosa es imprescindible que el patólogo oriente la toma de muestras, de manera de solicitar los estudios microbiológicos y/o virológicos pertinentes. Por ejemplo: cepillado nasal para investigar Bordetella pertussis (en estos casos se trata de niños menores a 2 meses, no vacunados); heces para E coli 157 en el síndrome urémico hemolítico o virus (antecedentes de diarrea y deshidratación); muestra de miocardio para virología si se sospecha miocarditis; muestra de pulmón para virología e hisopados bronquiales y/o de parénquima en caso de patología pulmonar; LCR e hisopados del tejido nervioso en meningitis. N meningitidis es muy lábil y su cultivo es difícil transcurridas 24 horas del óbito. En estos casos hemos obtenido resultado positivo con la realización de PCR de la petequia cutánea. Es recomendable realizar hemocultivo en todos las autopsias. Es de utilidad contemplar la situación inmunológica previa del paciente, como por ejemplo si este ha sido sano o bien portador de inmunodeficiencia primaria (como la agamaglobulinemia ligada al X, inmunodeficiencia combinada severa, inmunodeficiencia común variable) o secundaria (quimioterapia, Sida, tratamiento con corticoides) o de ciertas condiciones que se acompañan de mayor frecuencia de ciertas infecciones (como esplenectomía e infecciones por neumococo)

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.