



UN DIAGNÓSTICO INESPERADO EN UN DISTRÉS RESPIRATORIO NEONATAL.

Autores: Ana Lilia Hernández Pérez de Alejo, María Martínez Bautista, Alejandro Barea Bejarano, Marta Robles García, Marta López Jesús, Irene Cuesta Armero.
Hospital Universitario Rafael Méndez.

INTRODUCCIÓN

El distrés respiratorio neonatal requiere de un diagnóstico diferencial en el que se incluyen distintas entidades que presentan una alta morbi-mortalidad en la etapa neonatal. La gravedad de dicha entidad tiene relación con el grado de distrés respiratorio y su repercusión sobre el medio interno.

CASO CLÍNICO

Recién nacido a término que ingresa procedente de paritorio por inicio a los 20 minutos de vida de distrés respiratorio leve (4 puntos en la escala de Silverman) por lo que se inicia CPAP precisando necesidades de oxígeno hasta 30% para mantener saturaciones adecuadas. Sin antecedentes familiares de interés. Embarazo controlado y de curso normal. Parto mediante cesárea que transcurre sin incidencias (APGAR 9/10). En exploraciones complementarias destaca una acidosis respiratoria leve que juntos con el distrés se resuelven a las 12 horas. Hemograma y bioquímica normal sin elevación de reactantes de fase aguda. La radiografía de tórax muestra aumento de densidad en las bases y cisuritis.

A las 16 horas de ingreso se inicia alimentación enteral presentando desaturación de hasta el 80% y empeoramiento del distrés respiratorio por lo que se decide reiniciar CPAP nasal. A las 48 horas por empeoramiento gasométricos se pasa a modalidad IMV con nuevo cambio a CPAP tras mejoría en los gases a las 12 horas. Presenta varios episodios de desaturación brusca, hasta 65%, algunos asociados de descenso de la frecuencia cardíaca a 90 lpm; que remontan en 2 minutos aproximadamente, inicialmente relacionados con el llanto y la manipulación, pero posteriormente sin estímulo desencadenante. Durante los eventos de desaturación no se aprecian movimientos sugestivos de crisis. Amonio y ecografía cerebral normales.

Ante imposibilidad de retirada de CPAP y eventos de desaturación de origen incierto se traslada a unidad de cuidados intensivos donde se realiza ecocardiograma presentando rabdomiosarcomas múltiples sin repercusión hemodinámica, EEG con actividad bioeléctrica anormal por la presencia de status epiléptico focal no convulsivo y RMN con múltiples nódulos subependimarios de morfología confluyente, tuberosidades corticales y subcorticales con bandas radiales sugestivos de esclerosis tuberosa. Se inicia tratamiento con fármacos antiepiléptico y se indica estudio genético

CONCLUSIONES

Aunque la taquipnea transitoria es la causa más frecuente de distrés respiratorio en el recién nacido a término, no debemos olvidar en los casos más graves o cuando la respuesta a las medidas terapéuticas no es la esperada, investigar procesos asociados o realizar exploraciones complementarias de segunda línea que nos permitan llegar a un diagnóstico etiológico, para establecer así medidas terapéuticas específicas como en nuestro caso.