



Distrés respiratorio neonatal: Un diagnóstico diferencial

V.P. Silvero Enríquez; E.M. Fernández Calderón; M. Segura González; T. Fernández Martínez; M.L. Gutiérrez González; A. Prieto Mayoral.
Hospital Materno-Infantil, Badajoz.

Introducción

Encontrar signos de dificultad respiratoria en un neonato despliega un amplio diagnóstico diferencial en el que encontramos causas habituales como las respiratorias: taquipnea transitoria, enfermedad de la membrana hialina, aspiración meconial... Pero en cuyo enfoque no debemos olvidar otras entidades como las cardíacas, metabólicas, infecciosas, o sin ir más lejos, las malformaciones congénitas, incluso cuando no hay estudios prenatales que las sugieran.

Caso clínico

Gestación **gemelar**.
Bicorial-Biamniótico.
Ecografías prenatales **normales**.
Parto eutócico 38+5 semanas.
No precisan reanimación.



20' de vida

Tinte subcianótico, esfuerzo respiratorio débil,
SpO2 85%, taquipnea, tiraje subcostal e
intercostal, aleteo y quejido audible
(Silverman 5 puntos).



Buena ventilación derecha
Nula entrada de aire en
hemitórax izquierdo.
Desplazamiento tonos cardíacos
a la derecha.



**Hernia diafragmática congénita
no diagnosticada prenatalmente.**

Imágenes hidroáereas que ascienden a hemitórax izquierdo y empuje mediastínico a la derecha.

UCIP

Intubación y estabilización preoperatoria (dopamina).

Quirófano

Reducción de hernia y sutura de defecto diafragmático. Parénquima pulmonar de aspecto no hipoplásico ni displásico.

Postoperatorio

Buena evolución y dinámica respiratoria, sin afectación restrictiva. Extubación 6 días de vida. No signos clínicos ni ecográficos de hipertensión pulmonar.

Comentarios

La hernia diafragmática congénita constituye una entidad de baja incidencia pero de **elevada morbilidad y mortalidad** por las complicaciones asociadas. Su pronóstico por tanto, está íntimamente relacionado por el desarrollo de **hipertensión pulmonar**, en función del grado de hipoplasia pulmonar, determinada según el tiempo que las asas intestinales permanecieron en el tórax. En nuestro caso, la excelente evolución vino determinada por el más que probable **ascenso tardío** en la gestación del contenido intestinal, que permitió un adecuado desarrollo y diferenciación del parénquima respiratorio. Medidas como el óxido nítrico inhalado, la ventilación de alta frecuencia y la oxigenación por membrana extracorpórea son habituales en el postoperatorio de estos pacientes y determinarán en gran parte su supervivencia y morbilidad posterior.