

DIFICULTAD RESPIRATORIA PROGRESIVA CUANDO LO MENOS HABITUAL SE DISFRAZA DE LO FRECUENTE

Isabel Miras Aguilar, Cristina Llorente Ruiz, Laura Montes Martín, Elisa Castaño Andreu, Eva Ximenez Verresen, Gonzalo Galicia Poblet.
Servicio de Pediatría y áreas específicas Hospital Universitario de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

La dificultad respiratoria es un motivo de consulta muy frecuente en urgencias. La etiología suele ser infecciosa/inflamatoria; pero existen otras causas como la patología cardíaca, que conllevan un importante riesgo si no se detectan a tiempo.



13 M

PC:



PCR 16.5mg/L



Infiltrado bilateral con broncograma aéreo
(*imag. 1*).

TTO: Oxigenoterapia y prueba terapéutica con salbutamol (0.15mg/kg/dosis).

Dificultad respiratoria, cuadro catarral y febrícula 4 días evolución.

EF: P:12kg T:37.9°C FR:60rpm FC:199lpm SatO₂:89%
Decaído. **Tiraje a tres niveles. Quejido** espiratorio.

AP: Buena ventilación bilateral. **Crepitantes** en base pulmonar derecha.

INGRESO: DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN RESPUESTA A BRONCODILATADORES



1ºH: Hipoxemia persistente y quejido. Se suspenden broncodilatadores +
antibioterapia empírica (Ampicilina 150mg/kg/día + Azitromicina 10mg/kg/día).

2ºH: Aumento trabajo respiratorio con FC 190-200lpm.

¿QUÉ SE NOS ESCAPA? ¿HAY ALGO MÁS?



¿TSV aberrada?
(*imag. 2*)



Disfunción ventricular
severa + IM + dilatación VI

(*imag. 3*)

Troponina I
837.9 pg/ml
(VN = < 34.2)

TTO: Estable HD. 1º Cardioversión farmacológica (Adenosina 0.1-0.4mg/kg/dosis). 2º
Sedación + Intubación. 3º Cardioversión eléctrica. 4º Perfusión Dopamina
(10mcg/kg/min). (*imag. 4*)

JC: Sospecha de SHOCK CARDIOGÉNICO POR MIOCARDITIS AGUDA (MA).

Traslado a hospital de referencia. Biopsia pericárdica: **Parvovirus B19**.

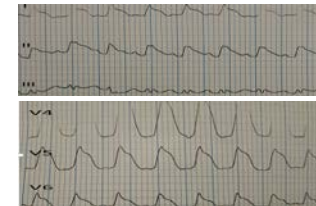
SITGES 19-21 de abril 2018



Imag. 1. Infiltrado bilateral con broncograma aéreo simétrico, sin consolidación franca. No derrame. No aire ectópico.



Imag. 4. Comprobación colocación tubo endotraqueal. Progresión infiltrado en hemitórax derecho.



Imag. 2. FC 200lpm. P sinusal. QRS ensanchado. Elevación ST en cara lateral.



Imag. 3. Disfunción severa contractibilidad ventricular. No derrame pericárdico.

CONCLUSIÓN

- ✓ La MA es habitualmente infradiagnosticada.
- ✓ Es preciso mantener un alto índice de sospecha.
- ✓ Incorporar el ECG ante insuficiencia respiratoria progresiva o taquicardia mantenida sin causa aparente.