

Coma neonatal: pensar 'en metabólico'

V.P. Silvero Enríquez¹; M. García Domínguez²; A. González Fuentes²; M.C. Prieto Zazo¹; B. De la Vega Castro¹; B. Ambrojo López¹.
 (1) Hospital Materno-Infantil, Badajoz; (2) Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El coma es una alteración grave del nivel de conciencia con incapacidad de respuesta a estímulos externos e internos. En lactantes pequeños es más frecuente el coma 'metabólico', progresivo y con hallazgos simétricos; si bien en más mayores predomina el coma 'estructural', de instauración súbita y con focalidad neurológica. Dado que se trata de un síntoma y no de un síndrome en sí mismo, su reconocimiento precoz es fundamental para iniciar el proceso diagnóstico que permita identificar la causa subyacente.

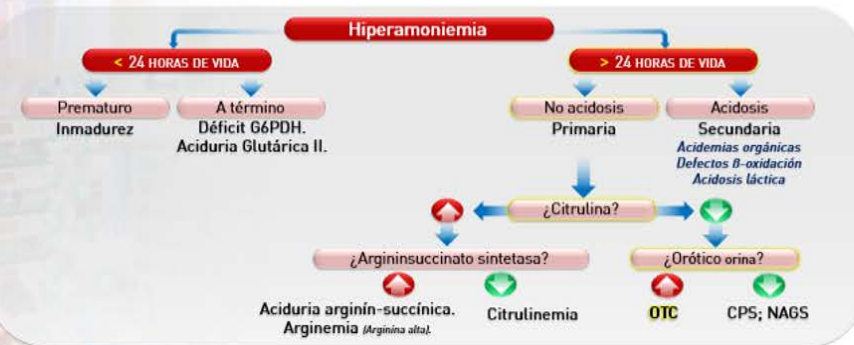
CASO CLÍNICO

Neonato, 48 horas de vida
 A término, no sufrimiento perinatal

Urgencias de su Centro de Salud:
 Quejoso, sudoroso, rechazo de tomas.
 Clonías de MMSS.
 Depresión respiratoria.

Estabilización: intubación,
 ventilación y traslado a centro
 hospitalario de referencia.

- Gasometría: alcalosis respiratoria, láctico elevado.
- Hemograma normal, PCR 2'1 mg/L.
- Ecografía transfontanelar normal.
- Punción lumbar normal.



Citrulina indetectable, glutamina y ornitina elevada:
Trastorno del ciclo de la urea por déficit de ornitín transcarbamilasa (OTC).

Situación crítica, deterioro hemodinámico (dopamina y noradrenalina), EEG hipovoltado, midriasis bilateral arrefléxica, no reflejos trono y ausencia de respuesta a ventilación en apnea
 Aumento amonio a **3400 mcmol/L**

Depuración extrarrenal + quelantes de amonio

Persiste hipotonía, escasa reactividad, no reflejos.
 Se amplía estudio:

Hiperamoniemia: 2025 mcmol/L.

Adecuación esfuerzo terapéutico.

¡Extracción de muestras!

Conclusiones

Debemos 'pensar en metabólico' y considerar la posibilidad de metabolopatía en el RN séptico o síntomas neurológicos. Hiperamoniemia es sinónimo de daño cerebral y el tiempo jugará en contra nuestra: es necesaria una rápida estabilización, toma de muestras de sangre y orina (fundamental para llegar al diagnóstico) e inicio de tratamiento precoz, incluyendo medidas de depuración extrarrenal si fueran necesarias. Conocer la edad (mayor o menor de 24 horas de vida), descartar acidosis [TCU suele cursar con alcalosis respiratoria], y obtener niveles de citrulina permiten una rápida aproximación diagnóstica.

SITGES 19-21 de abril 2018