

SHOCK REFRACTARIO A LÍQUIDOS EN PACIENTE NEONATAL EN URGENCIAS

G. Galán Henríquez ⁽¹⁾, M. Siguero Onrubia ⁽¹⁾, S. Molo Amorós ⁽²⁾, L. Urquía Martí ⁽¹⁾, MM. Borges Luján ⁽¹⁾, FJ. Castillo Ferrer ⁽²⁾
(1) Servicio de Neonatología del Hospital Materno Infantil de Canarias. (2) Servicio de Pediatría del Hospital Materno Infantil de Canarias.

Caso Clínico

Neonato de **13 días** que acude al Servicio de Urgencias de hospital regional, por **irritabilidad, llanto y quejido**.

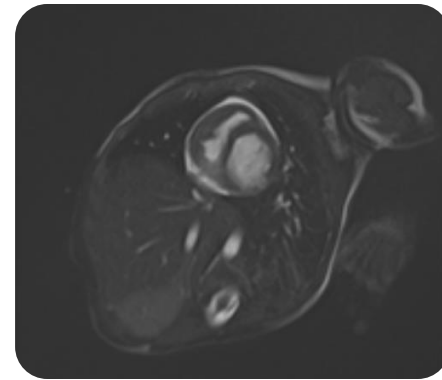
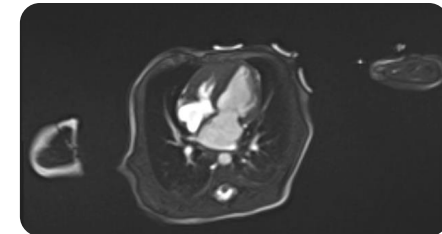
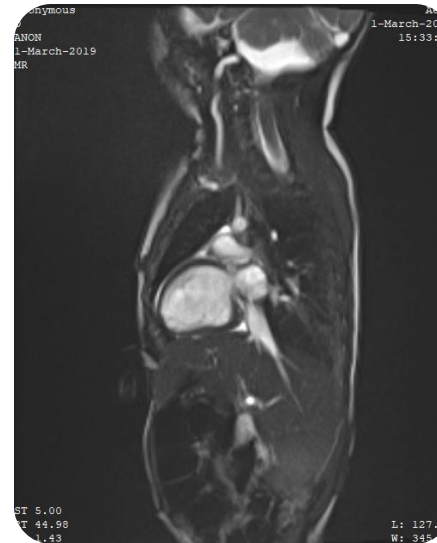
Como antecedentes destaca embarazo normal, serologías negativas y ecografías normales. Exudado vaginorrectal positivo, sin otros factores de riesgo. No problemas perinatales. Como incidencia, **la madre reingresa a los 2 días postparto por fiebre, mal estado general y rash**. Cultivos negativos. Completa 7 días de tratamiento antibiótico. Durante el ingreso, el recién nacido permanece con su madre y se alimenta de lactancia materna.

En su llegada objetivaron **letargia, cianosis, cutis marmorata, mala perfusión periférica, pulsos débiles y quejido con tiraje**. Constantes: SatO₂ 92%, FC 170 lpm, no capta tensión arterial.

Se inicia tratamiento de soporte urgente en contexto de shock, con **suero fisiológico a 20ml/kg** y **antibioterapia con ampicilina y gentamicina**. Dada la inestabilidad, se procede a la intubación orotraqueal. Se extraen analíticas que muestran serie roja y plaquetas normales, 21100 leucocitos/uL (N 21.9%), PCR normal, PCT 2ng/mL. Gasometría arterial con acidosis grave: pH 6.8, pCO₂ y HCO₃ incalculables y ácido láctico >20mmol/L. Dada la **escasa respuesta a volumen, persistiendo tensiones arteriales no detectables y tendencia a la bradicardia se inicia soporte inotrópico con Dopamina y Milrinona**. No se realiza punción lumbar.

A su llegada al hospital de referencia, se amplía estudio de shock en recién nacido y se **solicita ecografía cardiaca que muestra disfunción miocárdica biventricular severa**, hipertensión pulmonar y FE 24 %. Se amplían estudios analíticos en los que se objetiva **hipertransaminasemia grave** (AST 3013 U/L, ALT 1357 U/L) y **ProBNP>35000pg/mL**.

Ante la sospecha de miocarditis aguda **se amplía estudio microbiológico** con detección de virus en lavado nasofaríngeo y heces, detectándose en éstas ARN de Enterovirus. Posteriormente se inicia tratamiento con **gammaglobulina IV 2g/kg**. Se realiza estudio metabólico completo como parte del diagnóstico diferencial, que resulta negativo. El resto de serologías y cultivos en madre y RN fueron negativos.



Conclusiones

- La miocarditis es una causa a tener en cuenta ante un shock cardiogénico refractario a volumen en pediatría. Ante la sospecha, se debe iniciar soporte inotrópico precoz y evitar la sobrecarga hídrica.
- La incidencia real de la miocarditis en la población general es difícil de cuantificar, siendo mayor a la registrada debido al alto porcentaje de casos asintomáticos y a la ausencia de pruebas diagnósticas sensibles y específicas. Las causas de miocarditis aguda son variables, siendo la más frecuente la infección viral. Los virus que clásicamente se relacionaban con mayor frecuencia pertenecen al género Enterovirus.