

RECIÉN NACIDO CON ACIDOSIS METABÓLICA EN URGENCIAS, MÁS ALLA DE LA ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA

Autores: Pelegrin Cruz, W.¹; De Los Santos Mercedes, M.²; Sánchez Torrent, L.¹; Mínguez Rodríguez, B.²; Panzino, F.¹; Martín de Carpi, F.²

Centros de Trabajo de los autores: SJD Hospital de Sant Boi del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Sant Boi de Llobregat, Barcelona¹. Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona²

Introducción:

La acidosis metabólica hiperclorémica es un desequilibrio hidroelectrolítico, que se produce por un descenso de la concentración plasmática de bicarbonato y la elevación proporcional de los niveles de sodio. Se puede producir por causas renales y gastrointestinales. La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) ocurre por una respuesta inapropiada del sistema inmune frente a la proteína de la leche de vaca, siendo la más frecuente en menores de 1 año.

Objetivo y métodos: Describir el caso de un paciente con acidosis metabólica hiperclorémica secundaria a alergia a proteína de leche de vaca

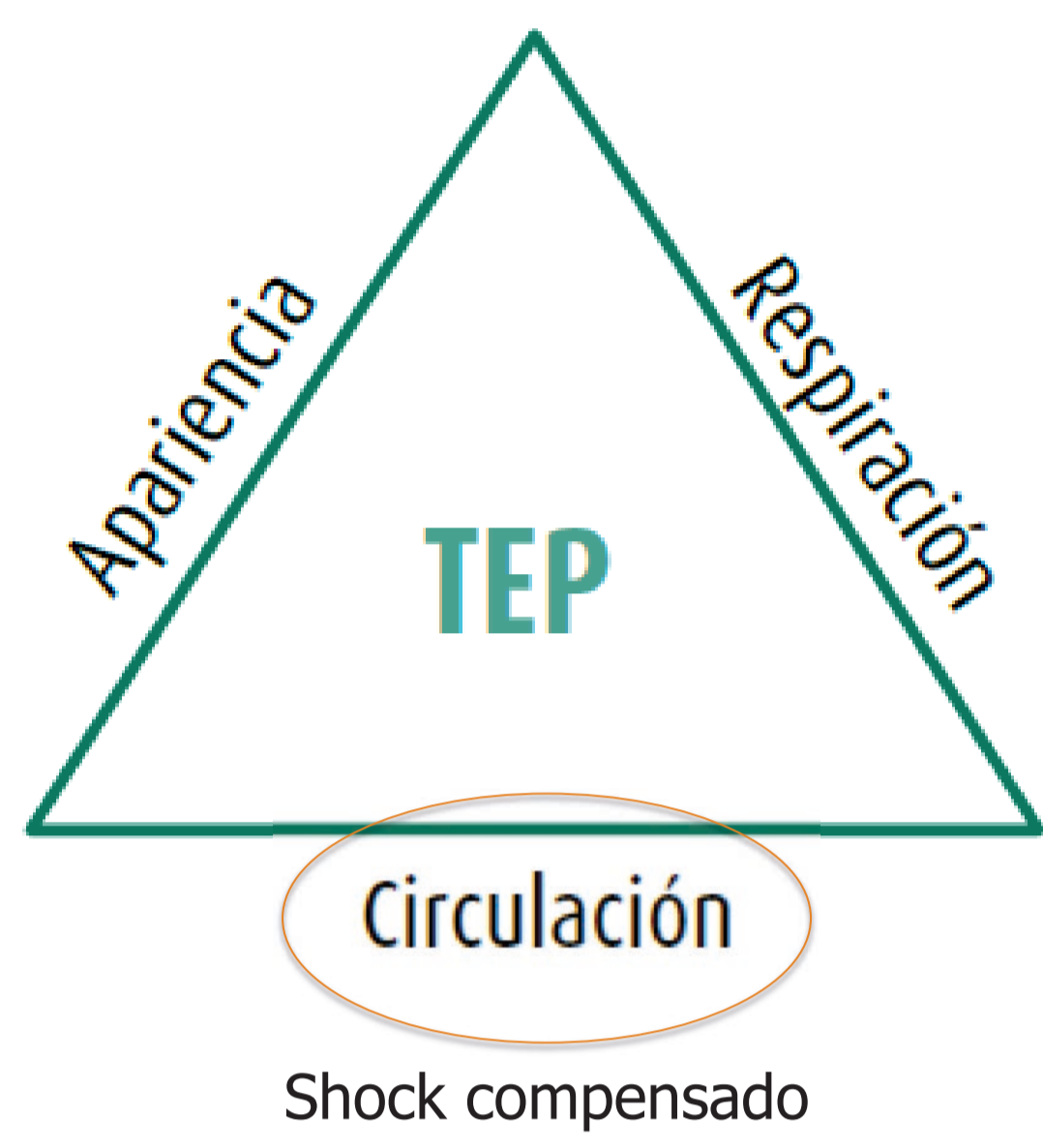
Caso clínico: Neonato de 10 días de vida que es traído por la familia por sensación de dificultad respiratoria en las últimas horas. Afebril, no tos, no mucosidad, no vómitos.

Refieren que realiza deposiciones pastoso-líquidas, amarillo-verdosas, prácticamente con cada toma o con más frecuencia incluso.

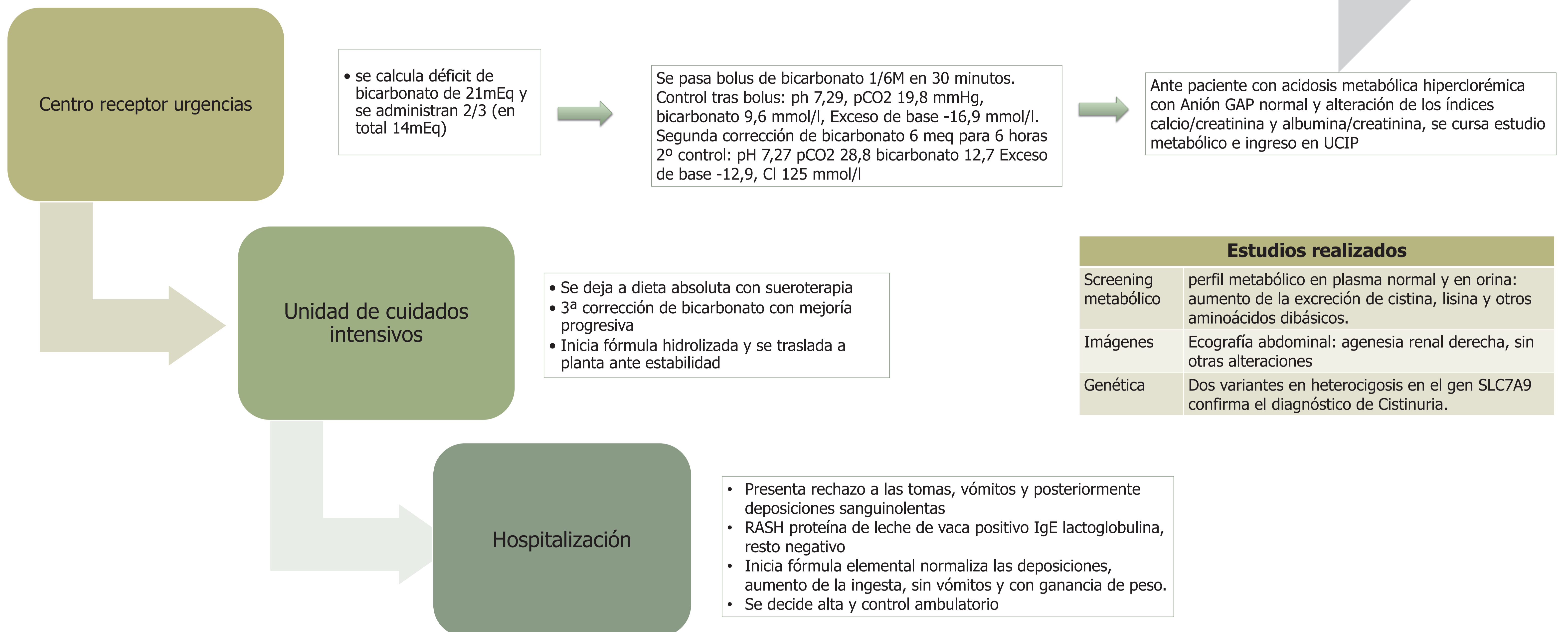
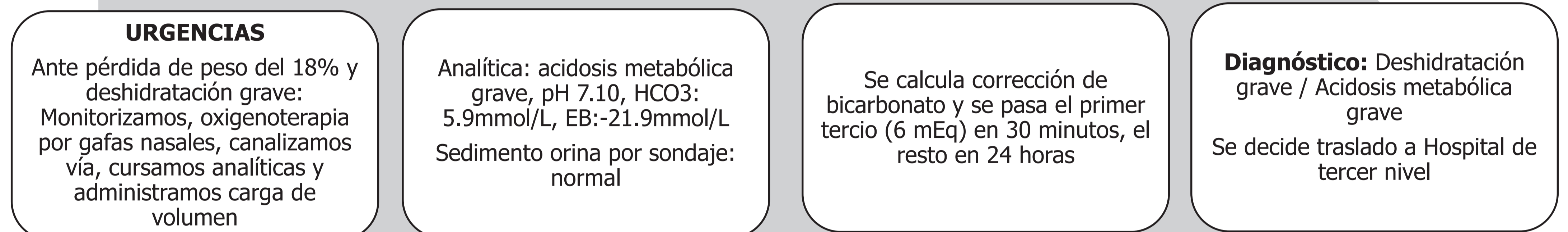
En los últimos 2-3 días ha realizado 1 diuresis diaria.

Correcta ingesta (60 ml de lactancia artificial cada 3 horas y correcta preparación). Alguna regurgitación escasa. No vómitos

Antecedentes perinatales: Gestación bien controlada, serologías y cultivos: negativas, ecografía prenatal: agenesia renal derecha. Parto eutócico a las 40+5 semanas. Presentación: cefálica. Líquido amniótico teñido. Amniorraxis de menos de 18 horas de evolución. Profilaxis antibiótica no indicada. Apgar 9/10 /10, pH vena umbilical: 7.37. Peso al nacimiento: 3430 g. Lactancia artificial. Peso al alta: 3360g (<10% de su peso al nacer, a las 48 horas de vida)



Peso: 2.84 kg Temperatura: 36.6°C, Tensión arterial: 94/59 mmHg, Frecuencia cardíaca: 172 lat/min, Frecuencia respiratoria: 40 resp/min
 Destacaba: Regular estado general. Palidez cutánea.
 Cardio-respiratorio: sin alteraciones
 Abdomen: Blando y depresible, no se palpan masas ni visceromegalias
 Orofaringe: Mucosa oral seca, resto normal
 Neurológico: Reactivo. Sin focalidad neurológica
 Piel: Signo pliegue positivo
 Gorelick: Deshidratación grave



Estudios realizados	
Screening metabólico	perfil metabólico en plasma normal y en orina: aumento de la excreción de cistina, lisina y otros aminoácidos dibásicos.
Imágenes	Ecografía abdominal: agenesia renal derecha, sin otras alteraciones
Genética	Dos variantes en heterocigosis en el gen SLC7A9 confirma el diagnóstico de Cistinuria.

Diagnóstico:

- Deshidratación grave / Acidosis metabólica hiperclorémica
- Enterocolitis por Alergia a proteína de leche de vaca IgE mediada
 - Cistinuria confirmada genéticamente
 - Agenesia renal derecha

Comentario:

Los desequilibrios hidroelectrolíticos en un recién nacido pueden darse por diferentes causas, una de ellas es el aumento de las deposiciones por causas intrínsecas como una enteritis, produciendo la excreción inapropiada de bases e iones, provocando una alteración que puede dar como consecuencia una deshidratación con depleción de la volemia. En un paciente con difícil corrección de su acidosis metabólica, nos hizo sospechar la presencia de una patología asociada

En nuestro paciente la acidosis metabólica hiperclorémica se produjo por las pérdidas gastrointestinales (Enterocolitis alérgica), un tratamiento oportuno orientado a la corrección del desequilibrio y las pérdidas de líquidos, son cruciales para mantener la integridad y el bienestar del paciente. En nuestro caso, se realizaron numerosas correcciones, hasta la sustitución de la alimentación por una fórmula elemental con remisión de la clínica

Bibliografía:

- Alergia a las proteínas de leche de vaca no mediada por IgE: Documento de consenso de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP), la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP) y la Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2019-02/Doc%20Consenso%20APLV.pdf>. Ergon 2018

- Servais, Aude. Thomas, Kay. Dello Strologo, Luca. Emma Francesco. Levchenko, Elena. Cystinuria: clinical practice recommendation. Kidney international. January 01, 2021;9(1):48-58

- Goldfarb, David. Ferraro, Pietro Manuel. Sas, David. Baum, Michelle. Cistinuria y cálculos de cistina. www.uptodate.com. 2021

- Eggermann, Thomas. Venghaus, Andreas. Zerres, Klaus. Cystinuria: an inborn cause of urolithiasis. Orphanet Journal of Rare Diseases 2012; 7:19

- Miguéns Blanco J.R. Parada Jorgal, B. Ranaño Domínguez, L. García Méndez. Cistinuria: la recurrencia de lo excepcional. Medicina de familia. Semergen. Julio – agosto 2016;42(5): 342-343