

Síndromes de dificultad respiratoria en el recién nacido con exclusión de la membrana hialina

DR. GONZALO SAAVEDRA E. *

Síndrome de Aspiración Amnio-Meconial

Nos ha correspondido en esta oportunidad, referirnos al Síndrome de Aspiración Amnio-Meconial en especial. Hemos querido insertar en este correlato la experiencia recogida desde Agosto de 1971 a Agosto de 1972, en la Unidad de Recién Nacidos de nuestro hospital, en 211 pacientes que presentaron este trastorno respiratorio.

No pretendemos presentarlo como un trabajo de investigación, sino como un punto de referencia.

Podríamos definir a este síndrome, diciendo que se caracteriza por polipnea, retracción torácica y quejido respiratorio.

En la anamnesis se revelan antecedentes obstructivos de sufrimiento fetal y/o alteraciones que pueden provocar hipoxia fetal. Con frecuencia hay asfixia neo-natal.

El examen físico revela un trastorno respiratorio de comienzo inmediato al parto, y que tiende a regresar en los días siguientes. Hay impregnación de meconio de la piel, fanerias y cordón umbilical. Asociación frecuente con daño encefálico y signos de dismadurez. Es poco frecuente en prematuros. Al examen pulmonar destacan la presencia de estertores gruesos y medianos, y tórax de aspecto enfisematoso.

Este síndrome, como se desprende de la definición, está asociado a fenómeno de hipoxia y/o sufrimiento fetal. De ahí que debemos destacar su importancia en la mortalidad neo-natal, así como en la morbilidad en las Unidades de Observación de Recién Nacidos.

En la Unidad de Recién Nacidos de nuestro hospital, quisimos realizar una evaluación del Síndrome de Aspiración, tanto en sus aspectos clíni-

cos, radiológicos y anátomo patológicos fundamentalmente. De un total de 7.922 nacidos vivos, ingresaron un total de 2.672 a las Unidades de Observación, y los trastornos respiratorios representan 688 casos.

En esta ocasión nos referiremos sólo a 211 recién nacidos. La mayoría sin antecedente de infección ovular, que presentaron trastorno respiratorio de un total de 2.004 ingresos en un año: 11% de los ingresos. Este porcentaje no es representativo, puesto que a esta sección ingresaron un número importante de recién nacidos, nacidos por cesárea, o por causas maternas que no representan patología.

En un 16,58% de los casos observados, se presentó polipnea y cianosis sin retracción; o retracción muy transitoria que evolucionaron satisfactoriamente, en un plazo máximo de 10 horas. En ninguno de estos casos hubo eliminación de meconio durante el parto. Podrían considerarse como aspiración de líquido amniótico claro muy benignas, o como edemas pulmonares transitorios, o productos de partos distóxicos, y/o enfriamiento del del niño.

Nos parece que este grupo, similar al obtenido en otras experiencias, merece un mayor estudio, para su mejor comprensión y clasificación.

Síndrome Aspirativo de Líquido Amniótico Claro. Este cuadro aparece por igual en partos eutócicos y operatorios. Se produce tanto en recién nacidos de pretérmino, como de término, aunque en distinto porcentaje: 3,8% y 18%. Su frecuencia global fue de 29,38%. Los casos curados sin complicaciones evolucionaron en plazos variables de 24 horas a 5 días; el 32,6% mejoró en 3 días. Cuando este cuadro se complica con bronconeumonía o neumonedjastino, su evolución

* Departamento Pediatría, Área Occidente, Servicio de Pediatría, Hospital San Juan de Dios.

se prolonga de acuerdo a la evolución de dicha complicación.

La mortalidad es de 12,9%. Se produce a las 24 horas en el 80% de los casos, y los otros 20%, entre 36 y 48 horas. Todos los casos que fallecieron, presentaron signos concomitantes de daño encefálico. En un 80% de estos casos, el parto fue operatorio.

Síndrome Aspirativo de Líquido Amniótico con Meconio. Este cuadro tuvo la mayor frecuencia: 54,02% con un claro predominio de los recién nacidos de término (48,34%). Los partos fueron tanto como operatorios, con un predominio de estos últimos —(1: 2)—. Cuando el cuadro evoluciona sin complicaciones, mejora en plazos que variaron de 24 horas a 5 días, con el máximo de mejorías en 48 y 72 horas. Se complica de neumomediastino en un 14%. Presenta una mortalidad de 14,91%, que se produce en un 85% a las 24 horas de vida, y la sobrevivida más larga, fue de 48 horas. Todos los casos fallecidos presentaban además, signos de daño encefálico concomitantes. El número de partos eutócicos y operatorios es más o menos similar entre los casos que fallecieron.

La Bronconeumonía aparece como complicación de un trastorno respiratorio por aspiración de líquido amniótico en el 18% de los casos. Es más frecuente después de una aspiración con meconio.

Los casos que mejoraron tienen una evolución que fluctúa de 8 a 24 días.

Parece independiente de los antecedentes de infección ovular, ya que sólo un bajo porcentaje en esta serie tenía estos antecedentes.

Es la complicación más frecuente, exactamente el doble del neumodiastino.

La mortalidad es de un 29,1% y se produce a las 48 horas en los casos más graves y luego en plazos variables de 4-12 días para esta serie.

El neumomediastino apareció como una complicación de una aspiración de líquido amniótico claro o con meconio. Se presentaron 21 casos en total: 2 casos en prematuros (2.000 a 2.500) con una edad gestacional entre 33 a 37 semanas, y 19 casos en recién nacidos de más de 2.501 gramos, con una edad gestacional de 58 o más semanas. Es decir, su frecuencia alcanzó un 10% con un claro predominio de los recién nacidos de término. El diagnóstico se confirmó por una exploración radiográfica, o en otras ocasiones por radiografías hechas por el propio médico tratante. La totalidad de los casos mostraron sobre todo en la lateral, el neumorretrosternal; pesquisamos en esta serie un neumotórax basal lineal de poca magnitud.

Ninguno de los pacientes (21) falleció. En 5 de nuestros pacientes, el neumomediastino fue se-

cundario a aspiración de líquido amniótico claro, y en 16 casos, éste contenía meconio (3: 1). Sólo en 10 de los casos hubo maniobras de reanimación, y en los 11 restantes, éstas no se justificaron.

Todos los casos curaron sin secuelas.

No hubo concomitancia de bronconeumonía y neumomediastino. Apareció a las 48 horas con mayor frecuencia, y tal vez los pocos casos que aparecieron más tardíamente, se deben a la falta de un examen minucioso, o a la concomitancia con prematuros.

La evolución es satisfactoria, y se cumple en 5 a 10 días. Los de mayor tamaño, apreciable en las radiografías, demoraron más en mejorar. Ningún caso de la serie fue muy severo, ni se produjo bloqueo aéreo, insuficiencia respiratoria grave por esta causa.

Esto no siempre es así, y existen ocasiones, en que la angustia respiratoria, es máxima, con gran polipnea y cianosis. La retracción está disimulada por la tensión intratorácica aumentada. En estos casos más severos puede aparecer enfisema subcutáneo en las regiones supraesternal y cervical.

Todos nuestros casos, no precisaron de tratamiento quirúrgico, y es importante señalar, que este cuadro, no siempre guarda relación con el uso de oxígeno a presión.

Atelectasia Primaria.

Afección que afecta casi exclusivamente al pretérmino. Es frecuente que en estos pacientes, se hayan realizado maniobras de reanimación. El apgar es generalmente inferior a 6. A menudo existe el antecedente de uso de anestésicos. Sólo en raras ocasiones, se observa en recién nacidos de término muy deprimidos.

Sobresalen en el cuadro clínico, el quejido respiratorio, la retracción y la polipnea irregular.

El examen físico pulmonar revela disminución, o ausencia de murmullo vesicular. En nuestra serie sólo tenemos un caso.

Hemorragia pulmonar

El hallazgo en anatomía patológica de hemorragia, asociada o pura, es un hecho frecuente en autopsias de recién nacidos. Landig y cols. en series numerosas de autopsias la encuentran asociada en forma significativa a infecciones pulmonares, especialmente en prematuros. (E. Coli Proteus-Pseudomonas-Estáfilococo). También se asocia la hemorragia pulmonar a cardiopatías congénitas, que signifiquen un aumento en el flujo sanguíneo pulmonar (Ductus, C.I.V., T.G.V.).

La asfisia en útero o al nacer, es otra condición que a menudo se observa al analizar los ha-

llazgos anátomo patológicos. La existencia de una enfermedad hemorrágica, da lugar a hemorragias petequiales en el pulmón, al igual que ocurre en la asfixia. Por último, no es raro encontrarla acompañando a la membrana hialina.

En la literatura especialmente inglesa, se ha invocado el enfriamiento como factor desencadenante, en recién nacidos de pre-término.

Cuadro Clínico: Es más frecuente en prematuros, en la primera semana de vida, aunque a veces es el episodio final de una sepsis, o, aparece en forma brusca en la tercera o cuarta semana de vida en pacientes con una evolución satisfactoria previa. Cuando ocurre, existe cianosis en crisis, que se van intensificando, en minutos u horas, la aparición de sangre por la boca y nariz; el gran trastorno respiratorio y la muerte, que ocurre muy poco después, son las manifestaciones habituales.

Hernia Diafragmática: Origina también un trastorno respiratorio, que se inicia con el nacimiento. Por lo general, no hay antecedentes obstructivos patológicos, y el diagnóstico se plantea por la evolución dinámica de la sintomatología, que varía a medida que las vísceras abdominales ocupan el tórax. Al nacer, el recién nacido, puede presentar dificultad respiratoria por la compresión del pulmón, similar a la atelectasia primaria. Horas después, aparecen estertores húmedos y aún crépitos. En una tercera etapa, hay rechazo del

mediastino. La radiología, es típica, y el tratamiento operatorio.

Síndrome de Wilson Mikity: Descrito en 1960, es un trastorno respiratorio que puede iniciarse en las tres primeras semanas de vida. Se presenta en pretérminos, y con pesos que oscilan entre 1.300 a 1.800 grs. En nuestra Unidad, hemos tenido la sospecha de 5 casos en los últimos 36 meses, pudiendo confirmar la imagen clásica descrita en radiología, en la primera etapa de este síndrome, esto es, finas imágenes retículo nodulares en ambos campos. Luego aparecen imágenes translúcidas como burbujas, luego un enfisema que persiste. El cuadro clínico se caracteriza por taquipnea y cianosis de regular intensidad, que pueden prolongarse semanas o meses.

Hay retracción torácica, y en la auscultación, llama la atención, la disminución del murmullo vesicular. La muerte ocurre en más o menos la mitad de los casos. La etiología es hasta ahora desconocida. Lo que se sabe es: a) propia del prematuro, b) la recuperación completa es posible, c) evolución prolongada en los casos de buen pronóstico (4 a 5 meses), d) lóbulos hiperdistendidos. En 1963, Butterfield, encontró un virus, tipo 19 ECHO, cuyo rol no está aún aclarado.

En la actualidad, se piensa que se trataría de una maduración no uniforme de partes del pulmón, y principalmente, de un defecto de la proliferación alveolar.