



Insuficiencia cardiaca en urgencias: un reto diagnóstico

Marta Dorado Criado^a, Celia Fabra Garrido^a, Julia Martín Sánchez^b, Carlos Labrandero de Lera^c, María de Ceano-Vivas La Calle^b

Publicado en Internet:
19-junio-2019

Marta Dorado Criado:
doradocriado@gmail.com

^aMIR-Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. España • ^bServicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. España • ^cServicio de Cardiología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid. España.

Resumen

Palabras clave:

- Insuficiencia cardiaca
- Miocardiopatía
- Taquicardia

La insuficiencia cardiaca es una patología poco frecuente en las consultas médicas pediátricas. Las formas en las que se expresa clínicamente esta incapacidad son muy diversas, sin embargo, en el paciente adulto suelen detectarse a través de síntomas clásicos como la disnea. En el caso del paciente pediátrico este espectro de presentación es mucho más amplio e inespecífico. El porcentaje de pacientes que no son correctamente diagnosticados en la primera consulta médica asciende hasta el 50%, y muchos de ellos reciben terapia antibiótica al haber sido etiquetado de infección bacteriana. Por ello presentamos el caso de un niño de tres años diagnosticado de insuficiencia cardiaca en nuestro servicio de urgencias pediátricas.

Heart failure in the emergency department: a diagnostic challenge

Abstract

Key words:

- Heart failure
- Myocardiopathy
- Tachycardia

Heart failure is an uncommon pathology in medical pediatric consultations. The forms in which this disability is clinically expressed are diverse, however, in the adult patient it is often detected through classic symptoms such as dyspnea. In the case of the pediatric patient this spectrum of presentation is much wider and non-specific. The percentage of patients who are not correctly diagnosed at the first medical consultation amounts to 50%, receiving many of them antibiotic therapy after having been labelled as bacterial infection. Therefore, we present the case of a three-year-old child diagnosed with heart failure in our pediatric emergency department.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca es un estado fisiopatológico en el que la disfunción del corazón provoca incapacidad para bombear sangre en la cantidad necesaria para suplir los requerimientos metabólicos del organismo. Las formas en las que se expresa clínicamente esta incapacidad son muy diversas, sin embargo, en el paciente adulto suelen

detectarse a través de síntomas clásicos como la disnea. En el caso del paciente pediátrico este espectro de presentación es mucho más amplio e inespecífico. El porcentaje de pacientes que no son correctamente diagnosticados en la primera consulta médica asciende hasta el 50%, recibiendo muchos de ellos terapia antibiótica al haber sido etiquetado de infección bacteriana¹. Por ello presentamos el caso de un niño de tres años diagnos-

Cómo citar este artículo: Dorado Criado M, Fabra Garrido C, Martín Sánchez J, Labrandero de Lera C, de Ceano-Vivas La Calle. Insuficiencia cardiaca en urgencias: un reto diagnóstico. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:e77-e79.

ticado de insuficiencia cardiaca en nuestro servicio de urgencias pediátricas.

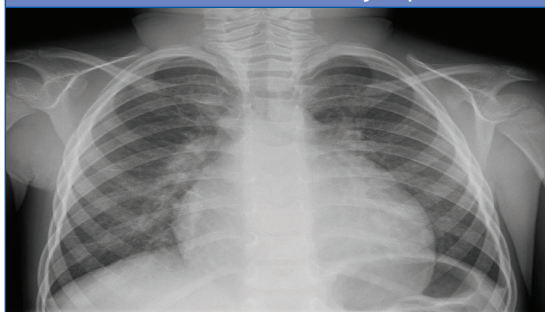
CASO CLÍNICO

Paciente de tres años que consultó en el servicio de urgencias de nuestro centro por dolor abdominal. El padre refería dolor abdominal de una semana de evolución, con empeoramiento en las últimas 24 horas, asociado a dos vómitos aislados de contenido alimentario y pérdida importante de apetito. Las deposiciones eran de características normales y había estado afebril en todo momento.

En la exploración presentaba aceptable estado general, ligera palidez cutánea, mucosas bien hidratadas, quejido espiratorio y tiraje intercostal leve con polipnea. La auscultación pulmonar no ponía de manifiesto alteraciones de la ventilación ni ruidos sobreañadidos. El abdomen era blando, deprimible, con leve dolor a la palpación de fosa iliaca derecha, sin masas ni megalias y sin signos de irritación peritoneal. La frecuencia cardiaca era de 145 lpm, frecuencia respiratoria de 46 rpm, tensión arterial de 87/50 mmHg y saturación de oxígeno del 100%. En la auscultación cardiaca era audible un ritmo de galope sin soplos.

Ante estos hallazgos clínicos se realizó una radiografía de tórax observándose cardiomegalia e infiltrados peribroncovasculares bilaterales (Fig. 1). La analítica sanguínea presentó 0,24 ng/ml de troponina, NTproBNP 9030 pg/l, pH 7,27, lactato 1,70 mmol/l, bicarbonato 13,5 mmol/l, exceso de base -12,3 mmol/l

Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax. Se observa un índice cardiotorácico mayor que 0,6



y cetonemia 6,1 mmol/l; el resto de los valores están dentro de los límites normales. Se realizó un electrocardiograma de superficie en el que se observa taquicardia sinusal y ondas T positivas en derivaciones precordiales derechas (Fig. 2).

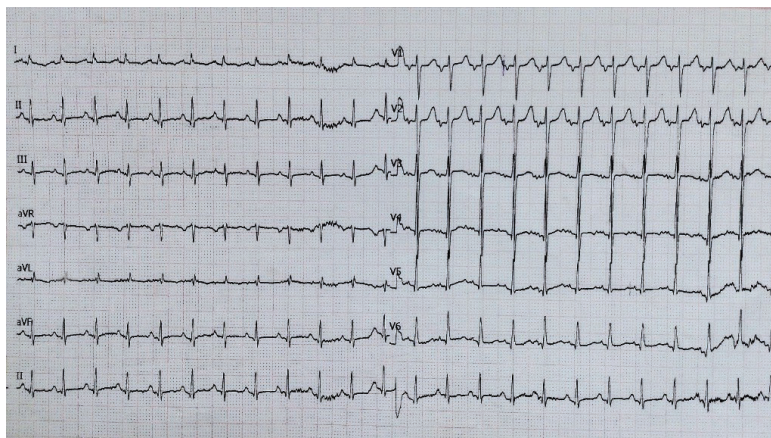
Tras interconsultar con Cardiología, se realizó un ecocardiograma con diagnóstico de miocardiopatía dilatada no compactada e insuficiencia mitral funcional y se decidió ingreso del paciente para estudio e instauración de tratamiento.

DISCUSIÓN

La sintomatología de presentación de la insuficiencia cardiaca infantil varía en función de la edad. En los lactantes los síntomas más comunes son taquipnea y diaforesis durante las tomas, hiporexia, irritabilidad y fallo de medro. El preescolar suele presentar síntomas gastrointestinales (dolor abdominal, náuseas, vómitos, pérdida de apetito), fatigabilidad y tos crónica o recurrente con sibilancias. Esto nos puede llevar a confusión con otras entidades mucho más comunes en Pediatría como la gastroenteritis, el reflujo gastroesofágico, o el broncoespasmo. Los niños mayores pueden presentar intolerancia al ejercicio, hiporexia, dolor abdominal, sibilancias durante las infecciones respiratorias, disnea, edema, palpitaciones, dolor torácico o síncope².

La mayoría de los pacientes presenta una taquicardia persistente, pero otros signos cardioespecíficos, como palidez, hipotensión, arritmia, edema, hepatomegalia o paro cardiaco, ocurren solo en una minoría de casos^{3,4}.

El día anterior al ingreso, el paciente había acudido a nuestro servicio por dolor abdominal y vómitos y fue dado de alta con el diagnóstico de dolor abdominal inespecífico, con una frecuencia cardiaca de 145 lpm y una frecuencia respiratoria de 40 rpm. En muchos casos, los pacientes no son diagnosticados en las primeras consultas médicas, retrasando el tratamiento. Es fundamental enfatizar la necesidad de mantener un alto índice de sospecha, incluso con ausencia de hallazgos clínicos de fallo cardiaco⁵.

Figura 2. Electrocardiograma de superficie. Se observan ondas T positivas en derivaciones precordiales derechas

Se postula que el dolor abdominal secundario a insuficiencia cardiaca tiene su origen en la hipoperfusión esplácnica en situación de bajo gasto y a la distensión de la cápsula de Glisson en situación de sobrecarga derecha. En un estudio descriptivo realizado en Texas se analizó la frecuencia de los síntomas en el debut de insuficiencia cardiaca infantil de forma retrospectiva, durante el periodo comprendido entre 2003 y 2015, y hasta el 20% de los pacientes fueron diagnosticados con dolor abdominal como síntoma inicial¹.

Este caso ilustra también la importancia de la medición de las constantes vitales que, si bien en muchas ocasiones se encuentran alteradas por circunstancias comunes en la infancia (llanto, fiebre, etc.), pueden constituir la señal de alarma para realizar un estudio más detallado.

En el ámbito de la Atención Primaria, es importante monitorizar la adaptación al tratamiento por parte de los pacientes. Detectar síntomas de hipotensión secundarios a los vasodilatadores, síntomas de fatiga o apatía secundarios a los betabloqueantes, conocer que estos últimos pueden agravar un episodio de broncoespasmo y que la tos seca es un efecto secundario típico de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son tareas que dependerán del manejo del pediatra de Atención Primaria.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Puri K, Singh H, Denfield S, Cabrera A, Dreyer W, Price J. Diagnostic errors at first presentation of heart failure in children. *J Heart Lung Transplantation*. 2017;36: S22.
2. Rossano J, Shaddy R. Heart failure in children: etiology and treatment. *J Pediatr*. 2014;165:228-33.
3. Canter C, Simpson K. Diagnosis and treatment of myocarditis in children in the current era. *Circulation*. 2014;129:115-28.
4. Hollander S, Addonizio L, Chin C, Lamour J, Hsu D, Bernstein D. Abdominal complaints as a common first presentation of heart failure in adolescents with dilated cardiomyopathy. *Am J Emerg Med*. 2013;31: 684-6.
5. Durani Y, Egan M, Baffa J, Selbst S, Nager A. Pediatric myocarditis: presenting clinical characteristics. *Am J Emerg Med*. 2009;27:942-7.