Neisseria meningitidis, Haemophilus Influenzae tipo B), siendo menos frecuentes otros como bacilos gramnegativos (E. coli, Klebsiella, Salmonella, Pseudomona), Estafilococo aureus, Esptreptococos, Plasmodium, Bordetella, por lo cual es importante su manejo, aislamiento de medidas de contacto, manipulación mínima, vacunación de BCG antes de su egreso, inicio de antibiótico profiláctico con amoxicilina y ante la sospecha de sepsis iniciar cefalosporinas (Cefotaxima, Ceftzadima empírica) hasta la espera de sus cultivos pertinentes, el seguimiento por el servicio de infectología durante la hospitalización, control por consulta externa. Además, se asocia en más del 90% con cardiopatías complejas; nuestro caso presentó dicha asociación.

En relación a las imágenes de rutina como la radiografía de tórax se pudo observar isomerismo bronquial el cual estuvo presente en nuestro paciente.

Es importante destacar que entre las malformaciones más frecuentes del aparato digestivo se encuentra la mal rotación intestinal lo cual se descartó y los signos de distensión abdominal y mala intolerancia alimentaria se debió a la descompensación gradual del paciente.

CONCLUSIONES

El diagnóstico prenatal es pieza clave en el manejo posterior del paciente, debido que permite programar su nacimiento en centros de III nivel, debido a su complejidad y requerimiento de cirugía cardiorácica.

Se debe destacar que el manejo terapéutico de asplenia determina el pronóstico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Prendiville, T. W., Barton, L. L., Thompson, W. R., Fink, D. L., & Holmes, K. W. (2010). Heterotaxy syndrome: Defining contemporary disease trends. *Pediatric Cardiology*, 31(7), 1052-1058. DOI: 10.1007/s00246-010-9764-z
2. Loomba, Rohit & Pelech, Andrew & H Shah, Parinda & H Anderson, Robert. . Determining bronchial morphology for the purposes of segregating so-called heterotaxy. *Cardiology in the young*. (2015). 1-13. 10.1017/S1047951115001195.
3. Loomba RS, Hlavacek AM, Spicer DE, Anderson RH. Isomerism or heterotaxy: which term leads to better understanding *Cardiol Young* 2015; 25: 1-7
4. Yamamura, K, Joo, K, Ohga, S, et al. Thrombocytosis in asplenia syndrome with congenital heart disease: a previously unrecognized risk factor for thromboembolism. *Int J Cardiol* 2013; 167: 2259-2263
5. Loomba, R., Pelech, A., & Anderson, R. Factors influencing bacteraemia in patients with isomerism and CHD: The effects of functional splenic status and antibiotic prophylaxis. *Cardiology in the Young*, 27(4), 639-647. (2017) doi:10.1017/S1047951116000962.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA: DIAGNÓSTICO PRENATAL Y PRONÓSTICO.

¹Osejos Diana, ¹Sánchez Paquita, ¹Soria Ximena

¹ Hospital General Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora "Luz Elena Arismendi", Universidad San Francisco de Quito
Posgrado de Neonatología. Quito - Ecuador.

RESUMEN:

La prevalencia de hernia diafragmática congénita es aproximadamente de 1 a 4 por cada 10,000 nacidos vivos. El defecto produce una alteración en el desarrollo del tejido pulmonar que está comprimido por las vísceras herniadas y, por consiguiente, una hipoplasia del lecho vascular pulmonar que puede ser causa de hipertensión pulmonar severa y/o persistencia del patrón de circulación fetal en las primeras horas después del nacimiento. La supervivencia es peor en pacientes cuya saturación de oxígeno preductal más alta registrada es inferior al 85% en las primeras 24 horas de vida. Además, la presión arterial pulmonar elevada (PpCO₂) superior a 70 mmHg se asocia con una prognosis negativa. El presente caso es un ejemplo de que a pesar de un diagnóstico prenatal adecuado, la presencia de comorbilidades como: prematuridad, sepsis, descompensación hemodinámica, hipertensión pulmonar afectan significativamente la probabilidad de supervivencia. Así también, se sugiere una valoración con enfoque multidisciplinario en la fase prenatal para mejorar el manejo posnatal.

Palabras clave: diafragmática, hernia, congénita, Bochdalek, Morgagni.

ABSTRACT

Congenital diaphragmatic hernia is approximately 1 to 4 per 10,000 live births. This defect affects the development of lung tissue that is compressed by herniated viscera. Consequently, pulmonary vascular hypoplasia causes severe pulmonary hypertension and/or fetal circulation pattern persistence in the first hours after birth. Overall survival is highly affected when the highest values of preductal oxygen saturation are below 85% in the first 24 hours. Additionally, pulmonary high blood pressure (PpCO₂) greater than 70 mmHg is associated with a negative prognosis. In this case, we showed that despite the fact appropriate prenatal diagnosis, the presence of several complications such as prematurity, sepsis, hemodynamic decompensation, pulmonary hypertension contributes to reduce survival rate. Therefore, it is suggested to perform a multidisciplinary prenatal evaluation to improve postnatal management.

Key words: diaphragmatic, hernia, congenital, Bochdalek, Morgagni.

INTRODUCCIÓN.

La prevalencia de hernia diafragmática congénita es de aproximadamente 1 a 4 por cada 10,000 nacidos vivos.^{1,2,3} Un análisis de los datos de 31 registros europeos basados en la población durante un período de 29 años que incluyen más de 12 millones de nacimientos reportó que la prevalencia fue de 2.3 por 10,000 neonatos vivos.² Estas cifras no tienen en cuenta la interrupción del embarazo y la muerte fetal intrauterina, que representaron el 30 %.³ Debido a la alteración en el desarrollo del tejido pulmonar que comprime las vísceras herniadas produciendo una hipoplasia del lecho vascular pulmonar que puede ser causa de hipertensión pulmonar severa en las primeras horas posterior al nacimiento. Aunque el defecto diafragmático es corregible quirúrgicamente, la herniación intrauterina de las vísceras produce hipoplasia e hipertensión pulmonar, que a menudo son mortales. El defecto diafragmático es usualmente posterolateral 95% (hernia de Bochdalek), pero puede ser anterior retroesternal o periesternal (hernia de Morgagni), o raramente central. La hernia usualmente ocurre a la izquierda 80-85%; las hernias diafragmáticas del lado derecho

ocurren en solo 10 a 15% de los casos.^{4,5} La hernia bilateral es poco común <2 %.¹ Independientemente de la lateralidad de las hernias, el intestino se encuentra afectado. Sin embargo, en la herniación del lado izquierdo el estómago se ve asociado mientras que el hígado está involucrado en hernias de lado derecho y rara vez de lado izquierdo. El alto índice de mortalidad parece ser secundario a las alteraciones fisiológicas causadas por la hipoplasia del tejido y del árbol arterial pulmonares que son responsables de los síntomas presentes en estos pacientes desde las primeras horas de vida extrauterina.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente recién nacido masculino sin antecedentes heredo-familiares de importancia. Producto del primer embarazo, con necesidad de hospitalización por amenaza de parto prematuro. La madre presenta infección de vías urinarias y vaginosis recurrentes a pesar de recibir tratamiento, existe rotura prematura de membranas con 3 días de evolución. Se realizó ecografía obstétrica la cual reportó hernia diafragmática izquierda y polihidramnios. En fase expulsiva nace por parto cefalovaginal a las 35 semanas de gestación, flácido, sin tono ni llanto por lo que inmediatamente se procede a realizar intubación endotraqueal, se auscultó latido cardíaco

Correspondencia: Diana Gabriela Osejos Moreira.
Universidad San Francisco de Quito
anina_85@hotmail.com /dianaosejos85@gmail.com / +593995621193
Rev. Ecuat. Pediatr. 2017; 18 (2); 17-18