



# CUIDADO CON LO QUE NO VEMOS

Ateneo Terapia  
Intensiva  
Octubre 2017

---

Niño de 17 meses que concurre a la guardia del Hospital Fiorito por episodio de **dificultad respiratoria aguda** asociada a la ingestión de caramelos.



- 
- 02 máscara
  - SNG
  - Acceso venoso
  - Monitoreo
  - Hidrocortisona EV
  - Por persistencia de la dificultad respiratoria con estridor y depresión del sensorio, se intuba y se deriva a UTI de este Hospital.
  - EAB 7.27/43/157/19



---

# ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

- Cuarta causa de muerte accidental en menores de 4 años y la tercera en menores de 1 año.
- Los principales afectados son los niños de 6 meses a 5 años.
- Signos y síntomas variables según características particulares del cuerpo extraño, localización y grado de obstrucción

---

# ANTECEDENTES

- NPT 35 s BPEG 1890grs
- Embarazo controlado. Serologias maternas negativas. Cesárea por colestasis materna. Apgar 9-10. Internado en neonatología del Htal Español por dificultad respiratoria. 19 días. O2 por cánula 5 días
- FEI normal.
- Internación en Htal Garrahan a los 16 meses por ptosis palpebral izq. TAC de cerebro normal.
- ATC fliares: Madre HTA

---

## Examen Físico

- FC120 FR25 TA 123/70 (82)
- Hemodinamicamente estable.
- Intubado en ARM. Setting 24/5/20/0.7/0.6  
Buena entrada de aire bilateral.
- Sedado. Pupilas isocóricas reactivas
- Laboratorio: HMG GB 9700 HB11 HTO34  
PLAQ 466000 COAG 100/35





---

# Tratamiento en UTI

- ARM
- Sedoanalgesia
- ATB
- PHP
- Ayuno para ser evaluado por endoscopia

---

# Endoscopia

- Vía aérea permeable.
- Sin patología



- 
- Se suspende sedación. Prueba de ventilación espontánea. Se extuba
  - Fallo inmediato por mala mecánica ventilatoria. Se reintuba.

---

# EVOLUCIÓN

Al tercer día de internación, sin sedación, presenta poca movilidad espontánea de los miembros sin apertura ocular.





- 
- Se solicita interconsulta con neurología por sospecha de miastenia gravis.
  - Scio de neurología solicita dosaje de ACRA y estímulo repetitivo.
  - Prueba de Mestinon
  - RNM de cerebro con contraste
  - Muestras para botulismo



- 
- El paciente continua ventilado por falta de fuerza muscular
  - Se extuba al séptimo día de internación
  - Se observa ptosis palpebral bilateral.

---

# Miastenia Gravis

- Frecuencia 10-20 por 100000 individuos.  
15% son niños.
- Patogenia: anticuerpos antireceptor de acetilcolina que genera su destrucción en la unión neuromuscular

---

# Miastenia Gravis: Clínica

- Debilidad de la musculatura esquelética y fatiga fácil
- Músculos oculares, faciales y bulbares son los mas frecuentemente comprometidos: ptosis palpebral, diplopía, facie amimica, disartria, dificultad para masticación y deglución, falta de fuerza en las extremidades, afección de músculos respiratorios
- **Crisis Miasténica:** Debilidad aguda con compromiso generalizado, especialmente de músculos bulbares y respiratorios.

Tabla 1. Clasificación Clínica de Osserman

Grado	Afección	Pronóstico	% de prevalencia
I	Ocular	Bueno	5
II a	General	Bueno	21
II b	General bulbar	Regular	3
III	Agudo respiratorio	Malo	28
IV	Respiratorio	Malo	3

Referencia: Drachman DB. Myasthenia gravis. N Engl J Med 1994; 330: 1797-810

---

# Miastenia Gravis: Diagnóstico

- Pruebas farmacológicas:
  - cloruro de edrofonio
  - neostigmina- Piridostigmina
- Títulos de anticuerpos
- Electromiografía
- Imágenes

---

# Tratamiento

- Educación
- Manejo farmacológico
  - inhibidores de la acetilcolinesterasa (neostigmina- piridostigmina)
  - inmunosupresores
  - IgGIV
  - Plasmaferesis
- Manejo quirurgico : Tímectomía

---

## Discusión final

- La importancia del interrogatorio y los antecedentes
- Aspiración o crisis miasténica
- La indicación inicial de corticoides tal vez empeoró su evolución



*MUCHAS GRACIAS*