

Cas 2012.3

Lactant amb irritabilitat i hipotensió a urgències

Inmaculada Bayona, Patricia Sánchez, Montserrat Montraveta, Margarita Forns, Antonio de Francisco

Servei de Pediatria. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona (Barcelona)

Lactant de 4 mesos que acut a Urgències de l'hospital per irritabilitat d'inici sobtat. En l'anamnesi hi ha una important barrera idiomàtica amb la família, procedent del Marroc.

En l'exploració física inicial el pacient està normotèrmic, amb irritabilitat inconsolable, pal·lidesa cutània amb cianosi perioral, taquicàrdia (190 batecs per minut) i taquipnea (70 respiracions per minut), polsos centrals febles, signes de mala perfusió perifèrica, hipotensió (50/30 mmHg) i auscultació respiratòria amb hipofonesi generalitzada. En l'auscultació cardíaca només s'objectiva taquicàrdia, i no s'aprecien bufs. La saturació de l'hemoglobina és de 85%.

1. Quines dades completarien l'anamnesi inicial?
2. Quina seria l'actuació terapèutica més adient?
3. Faria alguna exploració complementària en aquest moment?
4. Quin és el seu diagnòstic?

Treball presentat com a pòster a la XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (Sevilla, abril 2010)

Correspondència: Inmaculada Bayona
Servei de Pediatria. HUGTiP. Carretera de Canyet, s/n. 08916 Badalona
inmaculada.bf@gmail.com

Treball rebut: 27.09.2011
Treball acceptat: 24.05.2012

Bayona I, Sánchez P, Montraveta M, Forns M, De Francisco A.
Lactant amb irritabilitat i hipotensió a urgències.
Pediatr Catalana 2012; 72: 113-114.

Discussió

1. L'anamnesi es podria completar amb dades com el temps d'evolució de la clínica, la presència o no de clínica respiratòria, digestiva o neurològica prèvia, o d'un context febril o infeccions preexistent. Els antecedents perinatològics i l'existència de cardiopatia prèvia també podrien ser d'interès. És d'importància cabdal preguntar per possibles desencadenants del quadre, o si els pares han observat una relació causa-efecte, pregunta que, en aquest cas, va orientar el diagnòstic. El nen estava prenent un biberó (el segon biberó de fórmula artificial des que va néixer), i sobtadament va començar amb la irritabilitat inconsolable, que va ser el signe guia.

2. En aquest cas hi ha prou dades clíniques per diagnosticar un quadre de xoc. Es va iniciar suport hemodinàmic amb càrregues de volum (fins a 60 ml/kg), sense millora clínica. Durant el procés d'estabilització es va objectivar exantema amb elements urticariformes gegants confluents, per la qual cosa es va iniciar tractament endovenós amb adrenalina (0,01 mg/kg), 6-metilprednisolona (2 mg/kg) i dexclorfeniramina (0,1 mg/kg), juntament amb salbutamol nebulitzat (0,15 mg/kg), per la clínica respiratòria afegida. El pacient va presentar millora immediata, amb reaparició de la clínica inicial 10 minuts després. Es va administrar una segona dosi d'adrenalina, amb resposta transitòria, però van reaparèixer les lesions cutànies i la tendència a la hipotensió al cap de 15 minuts, aproximadament, per la qual cosa s'instaurà una bomba d'infusió contínua d'adrenalina (0,01 mcg/kg/min) i es va traslladar a la Unitat de Cures Intensives. Tot i utilitzar dosis baixes d'adrenalina en infusió contínua, la resposta de la tensió arterial va ser correcta (87/37 mmHg); en cas contrari, s'haurien augmentat les dosis fins a les habituals (0,1 a 1 mcg/kg/min), i valorat la utilització d'altres drogues vasoactives amb efecte alfa-1 adrenèrgic, com ara dopamina o noradrenalina. D'altra banda, si amb el resultat de les proves complementàries urgents no s'hagués pogut descartar un quadre sèptic, s'hauria iniciat un tractament antibiòtic empíric d'ample espectre.

3. En el moment de la valoració a Urgències, la prova que ajudaria més a fer l'orientació diagnòstica és l'anàlisi general de sang i orina, especialment dirigida a descartar diferents causes d'irritabilitat, bàsicament la infecciosa (sèpsia). Davant l'existència de clínica respiratòria es podria fer una radiografia de tòrax, però tenint en compte l'evolució del quadre, és una exploració que en aquell moment es considerà prescindible.

4. En aquest pacient, la presentació sobtada del quadre, els signes de xoc a l'exploració inicial, i la relació de causalitat amb la ingesta del segon biberó de fórmula artificial, sense altres factors coexistents, van fer sospitar un xoc anafilàctic per al·lèrgia a proteïnes de llet de vaca (APLV). Es va fer determinació d'IgE específica en plasma, que va ser positiva per dues de les tres fraccions proteiques estudiades, amb IgE total normal. L'estudi es va completar amb proves cutànies, que van ser positives a alfa-lactoalbúmina i beta-lactoglobulina. Davant la sospita inicial d'APLV, que després es va confirmar, s'instaurà alimentació amb lactància materna (amb dieta d'exclusió estricta de la mare) i suplementes de llet

artificial amb fórmula elemental (per la gravetat del quadre anafilàctic es va considerar administrar una fórmula amb la mínima antigenicitat). En el seguiment posterior a consultes externes, les IgE específiques es van negativitzar en menys de 6 mesos, tot i que va persistir la prova cutània positiva. Actualment, el pacient té dos anys i segueix alimentació amb dieta d'exclusió, i no ha presentat altres al·lèrgies alimentàries afegides.

Diagnòstic final: xoc anafilàctic per al·lèrgia a les proteïnes de llet de vaca.

Comentari

Les al·lèrgies alimentàries conformen un grup heterogeni amb diversitat de manifestacions clíniques, que reflecteixen una resposta immunològica inadequada davant la ingesta de certs aliments que actuen com a antígens. L'APLV afecta aproximadament entre el 2% i el 3% de la població pediàtrica¹.

El diagnòstic d'una al·lèrgia alimentària es basa en l'aparició de símptomes compatibles, amb un nexa causa-efecte. El grup de símptomes que la poden suggerir és variable, amb predomini de clínica cutània i digestiva, i menys sovint els símptomes respiratoris, l'anafilaxi i el xoc². En lactants petits, el quadre pot ser més inespecífic (irritabilitat, rebuig de la ingesta, vòmits, estancament ponderal), de manera que s'ha de mantenir un elevat índex de sospita.

L'APLV es manifesta típicament durant el primer any de vida, coincidint amb les primeres ingestes de fórmula artificial, encara que també es pot donar en lactants alimentats amb lactància materna exclusiva²⁻⁴. Després d'un nombre variable d'ingestes, es manifesten els símptomes al·lèrgics. Cal fer una IgE específica a llet de vaca completa, alfa-lactoalbúmina, beta-lactoglobulina, seroalbúmina i caseïna, a més de la prova cutània amb aquestes fraccions de la llet^{1,3}. S'ha de tenir present que hi pot haver quadres d'al·lèrgia no mediada per IgE, en què els paràmetres analítics i les proves cutànies no mostren alteracions.

El tractament es basa a evitar de manera estricta la llet de vaca i els seus derivats, i substituir-los per fórmules extensament hidrolitzades o, en casos greus, per fórmules elementals. En cas de lactància materna, cal aconsellar dieta d'exclusió a la mare, a més de suplementes de calci².

El pronòstic en general és bo, i s'aconsegueix tolerància en el 85% dels casos, aproximadament, als 3 anys⁴.

Bibliografia

1. Plaza AM. Alergia a proteínas de leche de vaca. Protocolos de Inmunología Clínica y Alergología. Protocolos de la Asociación Española de Pediatría. 2003. Accessible a la xarxa [data de consulta: 25-2-2012]. Disponible a: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-inmunologia-clinica-y-alergologia>
2. Vandenplas Y, Koletzko S, Isolauri E, Hill D, Oranje AP, Brueton M, et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Arch Dis Child 2007; 92: 902-908.
3. Tormo R, Martín de Carpi J. Alergia e intolerancia a la proteína de la leche de vaca. Protocolos de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (SEGHPN) de la Asociación Española de Pediatría. 2010. Accessible a la xarxa [data de consulta: 15-04-2011]. Disponible a: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-gastroenterologia-hepatologia-y-nutricion>
4. Kneepkens CMF, Meijer Y. Clinical practice. Diagnosis and treatment of cow's milk allergy. Eur J Pediatr 2009; 168: 891-896.