

Diagnóstico diferencial de las cardiopatías congénitas del lactante con las bronconeumopatías persistentes y recidivantes*

Por Antonio ARJONA CASTRO

Para conocer bien el por qué a veces se presta a confusión un cuadro crónico pulmonar en el lactante con una cardiopatía congénita que no sólo dé soplo y curse con poca cianosis, es necesario repasar brevemente la clínica de la insuficiencia cardíaca en el lactante, dado que serán las cardiopatías congénitas que cursan con un cuadro de insuficiencia cardíaca global las que se presten a confusión (y por tanto tengamos que hacer el diagnóstico diferencial) con las bronconeumopatías recidivantes y persistentes.

Debemos aclarar que en el lactante la diferenciación entre insuficiencia ventricular derecha o insuficiencia ventricular izquierda, muy pocas veces la vamos a poder hacer, porque rápidamente se descompensa de un modo global.

El primer síntoma que la familia observa, que parece inespecífico, es la **disnea de esfuerzo**. La disnea de esfuerzo en el lactante se observa perfectamente en el acto de succión y la toma de alimento. Son niños que en cuanto que succionan unas pocas veces, aparece una taquicardia, quedan flácidos, hipotónicos, pero en cuanto descansan un poco, vuelven a succionar y así repetidas veces.

* Ponencia en la Mesa Redonda sobre "Bronconeumopatías recidivantes en la infancia", IV Reunión Conjunta de las Sociedades de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura y Andalucía Oriental, Córdoba, 12 y 13 de marzo de 1982.

Como consecuencia de esta dificultad en la alimentación surge una **desnutrición**, desnutrición por otra parte también debida a un **hipermetabolismo**, fundamentalmente por un aumento del tono simpático acompañado de un aumento en la producción y eliminación de las catecolaminas. Por este motivo surge **febrícula**, lo que añade un motivo más de confusión con las afecciones pulmonares del lactante.

Otro síntoma es la **taquipnea** junto con la disnea de esfuerzo. La taquipnea (la podemos observar en el lactante durmiendo), alcanza a veces las setenta respiraciones por minuto.

El **color pálido**, otras veces moteado y algunas veces cianítico, suele añadirse a la sintomatología anteriormente descrita de la insuficiencia cardíaca del lactante.

La **disnea** mejora colocando al **lactante en posición ortostática** suspendiendo al niño por la axila.

Otro síntoma es la **tos**. El lactante que tiene insuficiencia cardíaca prolongada padece enseguida de un cuadro de hipervascularización pulmonar que da lugar a una tos seca, irritativa, como consecuencia del espasmo bronquial que origina la hipersecreción de la mucosa bronquial a causa del edema.

Pero junto a estos síntomas, aparecen también en la insuficiencia cardíaca del lactante, **tiraje cuando la disnea de esfuerzo aumenta**, lo que hace difícil el diagnóstico diferencial con la bronconeumopatías agudas.

Cuando la insuficiencia cardíaca es prolongada hay una **cardiomegalia**, que ocasiona a veces incluso deformidades del tórax. También es específica de la insuficiencia cardíaca, la **hepatomegalia**, de borde romo, con borde difícil de palpar para el que no tenga costumbre o las manos hábiles. Son la **cardiomegalia** y la **hepatomegalia** los datos más sugestivos que nos hacen pensar que estamos ante una descompensación cardíaca de una cardiopatía congénita o de otra causa. No obstante, debemos decir que en la **hepatomegalia** hay **situaciones confusas**, como son, por ejemplo, todas en las que hay enfisema pulmonar, en las que existe un descenso del diafragma y de las vísceras que están debajo de él, pues esto contribuye a dificultar la exploración del hígado.

Junto a un hígado grande encontramos también **un bazo**, pero en esta situación la cardiomegalia por una parte y, por otra el tamaño del hígado y el aspecto de su borde, son definitivos para hacer el diagnóstico de descompensación cardíaca. Pero **hay veces que el diagnóstico diferencial** con las bronconeumopatías agudas o crónicas del lactante, es **todavía más difícil**, cuando la insuficiencia cardíaca se intensifica y se acompaña de

sombras pulmonares que tienen el aspecto de una neumonía intersticial, lo que hace más problemático el diagnóstico diferencial. También es complicado el diagnóstico entre la insuficiencia cardíaca y los cuadros pulmonares crónicos, cuando la causa de aquélla es una cardiopatía congénita con derivación izquierda-derecha en la que muchas veces el soplo no se hace evidente hasta que se aproxima el final del primer año y la historia clínica del lactante viene cargada de procesos catarrales repetidos, e incluso de procesos pulmonares recidivantes.

En estos casos hay que valerse del tratamiento para encaminar el diagnóstico y sobre todo de los modernos métodos de diagnóstico por ultrasonidos para podernos aclarar en el proceso diagnóstico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS BRONCONEUMOPATIAS RECIDIVANTES DEL LACTANTE CON LAS CARDIOPATIAS CONGENITAS (SINOPSIS).

Se plantea el diagnóstico diferencial con un grupo de cardiopatías congénitas que se manifiestan en el lactante, con signos de insuficiencia cardíaca, siendo mínimos o ausentes la cianosis y los soplos cardíacos.

Pero es preciso recordar aquí que este cuadro puede surgir también en el lactante por otras causas: taquicardia paroxística, anemias graves y aneurisma arteriovenoso cerebral o de otra localización.

Los síntomas que dan las cardiopatías congénitas que cursan con insuficiencia cardíaca precoz son:

- quejido, tos irritativa.
- disnea (50 a 100 resp. por ciento). (Dificultad de la succión y en la alimentación).
- tiraje intercostal.
- cianosis poco intensa o «mal color».
- signos de congestión pulmonar.
- hepatomegalia de borde romo.

Datos de exploración:

- roncus.
- sibilancias.
- estertores húmedos gruesos o finos.
- rudeza o abolición del murmullo vesicular en bases.
- submatidez de vasos pulmonares.

Veamos una por una las cardiopatías congénitas que pueden prestarse a confusión con las neumopatías persistentes y recidivantes del lactante:

1. Coartación aórtica (ausencia o débil; pulso femoral; cardiomegalia: E. C. G., hipertr. v. D. (ecograf.) y tensión art. en extremidades superiores e inferiores).
2. Estenosis aórtica grave (soplo sit. borde esternal izq., cardiomegalia de V. I. = E. C. G. y ecograma).
3. Fibroelastosis endocárdica (se presenta 1.º y 2.º mes de vida, no da cianosis ni soplos, signos insuficiencia cardíaca, cardiomegalia = E. C. G. y ecografía).
4. Tronco arterioso con gruesas arterias pulmonares.
5. Formas malignas de derivación izquierda-derecha (ductus, defectos septales).

Mecanismos etiopatogénicos de la sintomatología respiratoria de las cardiopatías congénitas.

Insuficiencia cardíaca congestiva:

1. Aumento de la presión venosa pulmonar.
2. Hipertensión venosa pulmonar —venas bronquiales—, aumento de la secreción bronquial.
3. Las venas pulmonares injurgitadas comprimen los pequeños bronquios.
4. Los bronquios comprimidos se espasmodizan.
5. Formación de atelectasias pulmonares por:

— Compresión bronquial	}	respiración asmatiforme (roncus y sibilanc.)
— espasmos bronquiales		
— hipersecreción bronquial		
6. Insuficiencia respiratoria por:
 - atelectasias.
 - cardiomegalia.
 - inm. pulmonar.
 - disminución distensibilidad pulmonar.
7. La insuficiencia respiratoria derivada de la insuficiencia cardíaca se manifiesta por:
 - tolerancia disminuía al esfuerzo (rechazo de los biberones y alimentos).
 - polipnea.
 - quejido.
 - hipersudoración.
 - palpitaciones.

BIBLIOGRAFIA

- A. Nadas, **Cardiología pediátrica**, Buenos Aires, 1959.
- M. Quero Giménez, **Cardiopatías congénitas**, Barcelona, 1973.
- M. Cruz Hernández, **Pediatría**, Barcelona, 1980.
- Varios autores, «Cardiopatías congénitas», **Boletín Soc. Pediatría de Madrid y Región Centro**, XVII, 6, 1970.
- A. Valls Sánchez de Puerta, «Insuficiencia cardíaca en el lactante», **Boletín de la Soc. Valenciana de Pediatría**, XIV, 92, 1972.
- A. Natal y M. Herrera, «Insuficiencia cardíaca funcional del recién nacido», **Rev. Esp. de Pediatría**, n.º 182, 255, 1975.
- J. Ardura et al., «Ultrasonidos en Cardiología infantil», **Boletín Soc. Cst. Ast. León de Pediatría**, XVIII, 197, 1977.

