



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO

PRESENTA

Ángel José Ventura Trejo

Pediatría

Dr. Jeffrey Anzhony Cruz Robles

Comitán De Domínguez, Chiapas, 19 de abril de 2021

El síndrome de aspiración de meconio está dentro de los síndromes respiratorios en específico de dificultad respiratoria ya que el recién nacido tiene el líquido amniótico en conjunto con meconio, esto ya sean antes o en el transcurso del nacimiento, el síndrome de aspiración de meconio dentro de su patología va a implicar una eliminación intrauterina de meconio que posterior o correrá una aspiración como resultado tenemos de enfermedad pulmonar que nos daría una hipoxia y una acidosis. El meconio es de un color entre negro y verde de una consistencia espesa sin olor y este es el resultado de la acumulación de los desechos que entre estos vamos a encontrar células descamadas del intestino, células de la piel, mucina gastrointestinal, lanugo, material graso del vérmix caseoso líquido amniótico y secreciones gastrointestinales, también podremos observar el meconio es estéril pero cuando es aspirado por medio de los pulmones ese mismo va a liberar citoquinas y sustancias vaso activas que van a transcribir senos respuestas cardiovasculares e inflamatorias en el recién nacido, su eliminación puede comenzar en el primer trimestre del embarazo la cual va empezar a disminuir progresivamente hasta las 20 semanas por medio de la inervación del esfínter anal pero su eliminación también puede ser causado por el aumento de la peristalsis en la relajación del esfínter anal durante la hipoxia que va a presentar niveles más altos de motilina en sangre del cordón mientras que su aspiración propiamente dicha puede realizarse antes del parto por gasping fetal o en las respiraciones iniciales del parto pero la hipoxia prolongada estimula la respiración fetal que puede coincidir a la dirección de líquido amniótico el meconio permanecerán entre la faringe y la tráquea después del parto debe ser aspirado durante las respiraciones iniciales pero se tendrá un alto riesgo de que el recién nacido esté deprimido.

Dentro de esta enfermedad pulmonar y en específico la obstrucción respiratoria pueden haber de dos tipos la obstrucción completa o parcial la parcial que va a producir una oclusión durante la inspiración y puede entrar alrededor de la obstrucción parcial pero se la vía respiratoria se estrecha durante la espiración el tapón de meconio ocluye completamente la vía aérea de cuál es la que va a producir una sobredistensión del pulmón y una fractura alveolar mientras que la obstrucción completa va a producir automáticamente una atelectasia distal.

En la clínica los antecedentes de líquido amniótico tenido unicornio o evidencia de la presencia de mercurio en el examen físico del recién nacido la semiología pulmonar va a ser dificultad respiratoria severa con taquipnea y cianosis podremos notar distensibilidad pulmonar baja también retracciones intercostales y subxifoideas y también respiración paradójica que posiblemente puedan tener algún quejido y aleteo nasal aunque en algunos casos y muy extraño son asintomáticos al momento de nacer esto es porque pueden presentar el meconio que se moverá desde las vías respiratorias superiores hacia las vías respiratorias distales dentro del examen físico vamos encontrar un tórax en tonel con un aumento del diámetro

anteroposterior por la sobredistensión del pulmón en algunos casos podemos encontrar un neumotórax un neumomediastino que en algunos casos suele ser grave en la auscultación vamos a encontrar estertores y roncus con una hipertensión pulmonar persistente.

Para el diagnóstico de este síndrome se realiza una radiografía de tórax que nos puede mostrar densidades lineales conforme va a progresar la enfermedad los pulmones aparecen típicamente sobre distendidos con aplanamiento del diafragma también podemos encontrar densidades irregulares con rellenos alveolares en otro estudio se puede hacer una gasometría arterial que podremos ver alguna hipoxemia e hipercapnia lo cual no van a ser específicos para el diagnóstico sino para evaluar el estado respiratorio de igual manera para determinar la ventilación que se le va a poner si es que se encuentra pacientes con dificultad respiratoria grave por otro lado la ecocardiografía e insuficiencia respiratoria grave para poder excluir algún diagnóstico de cardiopatía estructural con el fin de identificar a los pacientes con hipertensión pulmonar persistente con shunt de derecha izquierda, por ultimo podemos ver algunos estudios como cultivos de sangre o bien ya sea de aspirado traqueal.

En su manejo respiratorio en forma de tratamiento vamos a encontrar una oxigenoterapia hasta lograr una saturación entre 92 y 95 por ciento intentaremos evitar hipoxemia por eso de producir hipertensión pulmonar también vamos a tener la ventilación mecánica la cual va a ser controversial si se necesita uno la cual está indicada si recién nacido cursa con deterioro clínico rápidamente progresivo que vamos a tener con un pH menor a 7.25 y pco2 mayor de 60 milímetros de mercurio.