



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-25-12

Miércoles 08 de abril 2026

COORDINADOR: DR. IÑAKI NAVARRO CASTELLANOS

RADIÓLOGO: DRA. HILDA HERNÁNDEZ CHAVERO

DISCUSOR: DRA. ALEJANDRA A. RESÉNDIZ MENDOZA R-V URGENCIAS

PATÓLOGO: DR. PEDRO FRANCISCO VALENCIA MAYORAL

RESUMEN: DRA. LAURA OLIVA CRUZ R-II PEDIATRÍA

MASCULINO DE 30 DÍAS, ORIGINARIO DEL ESTADO DE MÉXICO.

MOTIVO DE CONSULTA: Ingresó como Triage 1 ya que presentó de manera súbita cianosis generalizada y dificultad respiratoria a expensas de retracción xifoidea y saturación de 66%.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 16 años de edad, ama de casa, primaria completa, católica, unión libre, sana, toxicomanías, tatuajes y perforaciones negadas, desconoce hemotipo. Padre de 19 años de edad, albañil, católico, unión libre, sano, tabaquismo positivo, alcoholismo social, tatuajes y perforaciones negadas, desconoce hemotipo. Medio hermano por parte paterna con cardiopatía. Rama materna sin antecedentes de importancia.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Viven en casa propia, construida de materiales perdurables, cohabitan siete personas, cuenta con servicios básicos de urbanización, fosa séptica, conviven con animales. Baño cada tercer día y cambio de ropa diario. **ALIMENTACIÓN:** Lactancia materna a libre demanda, desde el nacimiento. **DESARROLLO PSICOMOTOR:** Sin alteraciones en los hitos del desarrollo.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Madre de 16 años al momento del embarazo, G1 P0 A0 C1, percepción a las 4 SDG, acudió a cinco consultas, dos USG normales, ingesta de hematínicos, no realizó pruebas de VIH ni VDRL, se aplicó vacuna contra el tétanos. Embarazo normoevolutivo. Presentó trabajo de parto pretérmino posterior a traumatismo, nació producto a las 35 SDG vía abdominal secundario a presentación pélvica, sin tono ni esfuerzo, requirió un ciclo de ventilación positiva, pesó 1,200 g, no recordó talla, ni APGAR. Permaneció hospitalizado durante 22 días con aporte de oxígeno de bajo flujo, se realizó ecocardiograma durante hospitalización extra HIMFG, reportó defecto del tabique auricular tipo ostium, secundum moderado de 7 mm, defecto del tabique ventricular de 5 mm, función sistólica, diastólica del ventrículo izquierdo normal, función del ventrículo derecho normal, hipertensión pulmonar moderada de gradiente de 56 mmHg, vena cava superior izquierda persistente. Egresó con oxígeno domiciliario, tratamiento con espironolactona, vitamina A y D y otorgaron referencia.

PADECIMIENTO ACTUAL 18.02.25 URGENCIAS:

Se trata de recién nacido pretérmino de 35 SDG quien acudió al área de filtro de la consulta de Urgencias con hoja de referencia de segundo nivel, presentó datos de dificultad respiratoria a expensas de cianosis generalizada y retracción xifoidea, desencadenados tras agotarse oxígeno suplementario domiciliario. Cuenta con antecedente diagnóstico de cardiopatía congénita consistente con CIA ostium secundum moderado de 7 mm, CIV perimembranosa de 5 mm e hipertensión pulmonar moderada, se decidió su ingreso a hospitalización de Urgencias como Triage 1. A la exploración física, se identificó activo, reactivo, coloración reticular, cráneo normocéfalo, fontanelas normotensas, anterior 2x3 cm, posterior 1 cm, narinas permeables con presencia de secreción hialina, pupilas redondas iguales y reactivas a la luz, presencia de secreción, tórax con pectus excavatum, con retracción xifoidea, sin estertores o crepitantes, ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados, abdomen blando, depresible, peristalsis presente, extremidades íntegras, simétricas, pulsos de adecuada amplitud e intensidad. Como manejo inicial, se aumentaron requerimientos de oxígeno suplementario de uso domiciliario hasta 3 L/min, con las cuales se mantuvo durante 3 horas (ingreso 9:00 horas - 12:00 horas) sin adecuada tolerancia por lo que se decide inicio de VMNI con PNAF hasta 2L/kg con FiO2 40%, sin embargo, persistió con datos de dificultad respiratoria. **14:50 HORAS:** Se inició VMI con intubación al primer intento, con cánula 3.5 con globo, fijado a 10 cm de arcada dental, con los siguientes parámetros AC presión, Delta 15, PEEP 5, FiO2 50%, mantuvo saturaciones >95% posterior a manejo

ventilatorio, presentó salvas de taquipnea asociadas a alcalosis ventilatoria. Durante su evolución presentó datos de choque con bajo gasto cardíaco e hiperlactatemia, se inició soporte aminérgico a dosis elevadas, con score aminérgico <40. Se documentó fiebre de 39 °C y persistencia de hipoperfusión a pesar del manejo, sin identificarse foco infeccioso evidente, se inició manejo empírico con cefuroxima 150 mg/Kg/día cada 8 horas.

Peso	Talla	Fc	Fr	TA	Temperatura	Llenado capilar	Sat O ₂
2,800 g	46 cm	167 / min	32 / min	70/16	36.4 °C	3 segundos	86 %

pH	pCO ₂	pO ₂	HCO ₃ ⁻	sO ₂ %	Lactato	Kirby				
7.28	43.4 mmHg	74.5 mmHg	19.1 mEq/L	93.7%	2.96 mmol/L	310				
pH	pCO ₂	pO ₂	HCO ₃ ⁻	sO ₂ %	Lactato	Kirby				
7.27	42.0 mmHg	77.3 mmHg	18.3 mEq/L	94.4%	2.51 mmol/L	276				
Hb	Hto	VCM	CMHC	Pla _q	Leu	Neut	Linf	Mono	Eos	Baso
12 g/dL	37%	95.9 fL	32.4 g/dl	357 K/μL	10.4 K/μL	4.0 K/μL	5.5 K/μL	0.5 K/μL	0.4 K/μL	0.1 K/μL
NT-proBNP (ng/L)		Procalcitonina (ng/mL)		PCR (mg/dL)						
1,410		16		97						

CARDIOLOGÍA: ECOTT: reportó doble vía de salida de ventrículo derecho con vasos normorelacionados, comunicación interventricular subaórtica por mal alineación anterior del septum conal de 8x6.1 mm con cortocircuito bidireccional, conducto arterioso permeable con boca pulmonar de 3.1 mm, boca aórtica de 3.4 mm y longitud de 1.6 mm con cortocircuito bidireccional de derecha a izquierda en sístole, hipertensión arterial pulmonar sistémica y vena cava izquierda persistente drenando a seno coronario. Sugirieron abordaje y manejo infeccioso. Continuó tratamiento con espirolactona, furosemide y captopril. **UTIP:** Se catalogó paciente como prioridad 2 de ingreso, se reportó sin datos de bajo gasto o dificultad respiratoria, manteniendo TAM entre 50-64 mmHg sin requerimiento aminérgico, bien acoplado al ventilador, sin datos de dificultad respiratoria.

19.02.25: Presentó deterioro con inestabilidad hemodinámica persistente, caracterizada por datos de bajo gasto, hipotensión y llenado capilar prolongado, requirió manejo intensivo con apoyo aminérgico a expensas de milrinona (dosis máxima 0.5 mcg/Kg/min), adrenalina (dosis máxima 0.2 mcg/Kg/min) y posteriormente ante falta de respuesta, se inició norepinefrina (dosis máxima 0.3 mcg/Kg/min).

24.02.25: En sesión conjunta CCV, Cardiología y Terapia Quirúrgica decidieron que por el peso del paciente y comorbilidades, se consideró cirugía paliativa (cerclaje AP y cierre de PCA) para recuperar peso y del problema infeccioso. A mediano plazo (meses) realizar la corrección en mejores condiciones clínicas.

25.02.25 TERAPIA INTERMEDIA: Ingresó con puntas nasales de alto flujo, tolerando vía oral, completando esquema antibiótico, sin aminas ni sedoanalgesia. Diagnósticos de NAC y choque mixto remitidos. En espera de realizar cirugía cardíaca.

27.02.25 MEDICINA CRÍTICA PEDIÁTRICA: Se valoró por dificultad respiratoria, se aumentaron parámetros de aporte de oxígeno manteniéndose con PNC a 3 L/min, no ameritó reingreso a unidad de Terapia Intensiva. Se observó nuevo control radiológico sin presencia de nuevos infiltrados o consolidaciones, así como tampoco datos de atrapamiento aéreo, ni datos clínicos o radiológicos al momento de sobrecarga hídrica.

01.03.25 CARDIOLOGÍA: Ingresó a piso con plan de pasar a quirófano.

03.03.25 CIRUGÍA CARDIOVASCULAR: Se realizó cerclaje de TAP y cierre de conducto arterioso. Diagnósticos postoperatorios: 1.- Doble vía de salida de ventrículo derecho con vasos normo relacionados. 2.- Comunicación interventricular subaórtica por mal alineación anterior del septum, conal de 8x6.1 mm con cortocircuito bidireccional. 3.- Conducto arterioso permeable con boca pulmonar de 3.1 mm, boca aórtica de 3.4 mm y longitud de 1.6 mm con cortocircuito bidireccional de derecha a izquierda en sístole. 4.- Hipertensión arterial pulmonar sistémica 5.- Vena cava izquierda persistente drenando a seno coronario. 6.- Cerclaje de TAP y cierre de conducto arterioso. **TERAPIA QUIRÚRGICA:** Ingresó con doble apoyo aminérgico a expensas

de norepinefrina 0.26 mcg/Kg/min y adrenalina 0.16 mcg/Kg/min así como vasopresina 0.0009 mcg/Kg/min, bajo IOT con VMI parámetros de PINS 23, PEEP 5, FiO₂ 70%, afebril, bajo tratamiento con cefalotina 100 mg/Kg/día profiláctico, con porcentaje de volemia de 3.4%, presentó hiperkalemia por lo que se iniciaron medidas antihiperkalemia con salbutamol y gluconato de calcio, en ayuno. **CARDIOLOGÍA:** Valoración ecocardiográfica con adecuada función sistólica biventricular, disfunción diastólica del VI, cerclaje de AP con gradiente que representó 63% de TAS, en adecuada posición, con plan de iniciar descenso de apoyo aminérgico.

04.03.25 INFECTOLOGÍA: Se solicitó interconsulta por sospecha de sepsis. A la valoración paciente con taquicardia y datos de dificultad respiratoria, dentro de los laboratorios con última biometría hemática con neutrofilia, sin otras alteraciones, ego no patológico, última gasometría sin hiperlactatemia, a la exploración física sin foco infeccioso evidente, sin embargo, cuenta con antecedente de CVC disfuncional por lo que se inició tratamiento empírico con cefepime 150 mg/Kg/día y vancomicina 40 mg/Kg/día. Se solicitó toma de hemocultivos pareados. **MEDICINA CRÍTICA PEDIÁTRICA:** Presentó deterioro hemodinámico con taquicardia e hipotensión, mantuvo en manejo con vasopresina a 0.0009 mcg/Kg/min, norepinefrina 0.26 mcg/Kg/min y adrenalina 0.16 mcg/Kg/min, continuó con VMI parámetros de PINSP 23, PEEP 5 y FiO₂ 70%, afebril, continuo tratamiento antibiótico con cefalotina 100 mg/Kg/día y doble fármaco para sedoanalgesia con fentanilo y morfina.

07.03.25 INFECTOLOGÍA: Debido a que evolucionó hacia la mejoría clínica, hemodinámicamente estable una vez suspendido manejo aminérgico por más de 48 horas sin presencia de fiebre ni otro dato de respuesta inflamatoria sistémica, se suspendió tratamiento antibiótico con cefepime y vancomicina posterior a 4 días efectivos.

11.03.25 MEDICINA CRÍTICA PEDIÁTRICA: Se realizó extubación programada y se pasó a puntas nasales de alto flujo, se inició vía oral y se mantuvo afebril. **ALGOLOGÍA:** Se suspendió infusión de opioide.

12.03.25 INFECTOLOGÍA: Se solicitó nueva valoración al presentar dos picos febriles de 4 horas de duración, asociados a taquicardia. A la exploración física sin foco infeccioso evidente. Laboratorios con presencia de leucocitosis y predominio de neutrófilos por lo que se integra sepsis asociada a cuidados de la salud, se inició manejo empírico con cefepime 150 mg/Kg/día y amikacina 15 mg/Kg/día.

16.03.25 INFECTOLOGÍA: Fin de tratamiento posterior a completar 5 días con cefepime, por biometría hemática disminución de los leucocitos con respecto a la previa, radiografía de tórax sin nuevos infiltrados ni consolidaciones, última gasometría sin hiperlactatemia, hemocultivos negativos.

21.03.25 TERAPIA INTERMEDIA: Ingresó afebril, sin presencia de datos de respuesta inflamatoria sistémica, tolerando vía oral, manejo por parte del servicio de Nutrición para ganancia ponderal, con aporte de oxígeno mediante PNC a 0.5 L/min, reportándose hemodinámicamente estable sin datos de desequilibrio hidroelectrolítico. **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR:** Ingresó sin compromiso neurológico, hemodinámicamente estable, al aire ambiente, sin dificultad respiratoria, con incremento del aporte en la dieta por parte de gastro-nutrición, con tendencia a la mejoría clínica.

30.03.25 UTIP: Se solicitó revaloración por datos de dificultad respiratoria, con evidencia en radiografía de tórax de datos de congestión hídrica, con índice de sobrecarga hídrica de 19%, se decidió su reingreso a UTIP. Continuo manejo con doble diurético con furosemida 1 mg/Kg/do y espironolactona 1 mg/Kg/do por patología de base.

02.04.25 UTIP: Paciente afebril las últimas 24 horas. Valorado por Infectología quienes sugirieron no iniciar terapia antibiótica de amplio espectro, se realizó abordaje recabando panel viral respiratorio no reactivo. Radiografía sin datos de consolidación o infiltrados, biometría hemática con leucocitos dentro de parámetros para la edad, con predominio de linfocitos, sin alteraciones en otras líneas celulares, se asoció sintomatología a insuficiencia cardíaca por sobrecarga hídrica.

05.04.25 CARDIOLOGÍA: Se solicitó valoración ecocardiográfica por pobre ganancia ponderal, con sospecha de causa secundaria por disfunción de cerclaje. ECOTT reportado con adecuada función sistodiastólica biventricular, se evaluó intencionadamente cerclaje pulmonar el cual redujo cerca del 50%, el diámetro de la arteria pulmonar con gradiente >75% de la TA sistémica, se descartó disfunción de cerclaje.

09.04.25 INFECTOLOGÍA: Deterioro ventilatorio que requirió BIPAP PEEP 5, FiO₂ 40, FR 25, PINSP 8, a la exploración física presentó crepitantes bilaterales, presencia de leucocitosis. Radiografía con atrapamiento de aire, cefalización del aire, infiltrado micronodular bilateral, se integró neumonía asociada a cuidados de la salud. Se inició manejo con cefepime 150 mg/Kg/do con lo que cumplió 10 días efectivos (FT 18.04.2025).

14.04.25: Presentó nuevo deterioro ventilatorio, con desaturación reportada de hasta 68% que amerita progresión de dispositivo de oxígeno, requirió nuevamente VMNI con BIPAP (EPAP DE 5 IPAP DE 7 con FIO₂ 35%) con lo cual se obtuvo mejoría clínica, llamó la atención que durante dicho deterioro se encontraba en el cuarto día de antibiótico con cefepime, se realizó nuevo abordaje infeccioso con panel de virus respiratorios negativo, biometría hemática sin cambios y reactantes de fase aguda negativos, no se realizó más abordaje de la desaturación abrupta presentada.

21.04.25 CCV: Egresó a su domicilio por mejoría clínica.

22.04.25 NEUMOLOGÍA: Paciente no contaba con criterios de neumopatía crónica, dado que cumplió un mes 4 días desde su primera neumonía y 14 días desde su segundo proceso neumónico asociado a la atención de salud. Por el antecedente de prematurez más la necesidad de uso de oxígeno al alta integramos diagnóstico de displasia broncopulmonar leve, se define como una enfermedad pulmonar crónica frecuente en prematuros que requieren ventilación mecánica y/o oxigenoterapia prolongada. Se sugirió iniciar MNB con budesonida cada 12 horas.

23.04.25 GENÉTICA: Se identificó paciente con cardiopatía congénita e infecciones de repetición que podrían sugerir microdelección 22q11.2, sin embargo, no fue posible corroborar apropiadamente la presencia de dismorfias craneofaciales características. Se solicitaron laboratorios por inmunología para orientar a un error innato en la inmunidad vs inmunodeficiencia secundaria a prematuridad y complicaciones intrahospitalarias. Presentó datos adicionales no vistos en esta entidad, como la dismorfia de fisuras palpebrales, pliegues palmares anormales y una sospecha de disrafismo mencionada en las notas. Se sugirió ultrasonido renal y de columna lumbosacra para descartar malformaciones renales y disrafismo. Se tomó muestra para cariotipo en sangre periférica.

27.04.25 ALERGIAS E INMUNOLOGÍA: Paciente en seguimiento por sospecha de error innato de la inmunidad al haber presentado cinco eventos infecciosos, todos sin aislamiento microbiológico. Pendiente realización de FISH para microdelección 22q11.2 al encontrarse una relación con cardiopatías. Se recabaron resultados de inmunoglobulinas solicitadas previamente en las que destacó IgG en 164 mg/dl la cual se encontraba por debajo del rango de normalidad para su grupo etario.

12.05.25 URGENCIAS: Acudió al área de choque traído de la Consulta Externa de Alergología por ausencia de respuesta a estímulos. A su ingreso, se identificó una situación de riesgo vital, no se palparon pulsos centrales y se iniciaron maniobras de reanimación avanzadas. Se colocó acceso intraóseo, primer intento en tibia proximal derecha no exitoso, segundo intento fémur distal izquierdo exitoso, ameritó tres dosis de adrenalina, al realizar laringoscopia directa, se observó sucedáneo de leche humana en vía aérea, se intubó al segundo intento con cánula 3.5 Fr fijada a 12 cm, se tomó gasometría: pH 6.3, pCO₂ 86 mmHg, pO₂ 34 mmHg, HCO₃ 5 mEq/L, DB 39.5, Na 138 mmol/L, K 9.7 mmol/L, Ca 1.3 mg/dL, Cl 115 mmol/L, glucosa 221 mg/dL, lactato 12 mmol/L; debido a condiciones clínicas, bioquímicas y persistir con asistolia se detuvieron maniobras de RCP a los 24 minutos de haber iniciado. **Hora de defunción: 09:52 horas.**