



## SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-2017-18

Miércoles 23 de mayo de 2018

**COORDINADOR: DRA. VERÓNICA FABIOLA MORÁN BARROSO**  
**DISCUSOR: DR. CARLOS AGUILAR GUTIÉRREZ R-III PEDIATRÍA**  
**PATÓLOGO: DRA. MARÍA ARGELIA ESCOBAR SÁNCHEZ**  
**RADIÓLOGO: DR. EDUARDO MIGUEL FLORES ARMAS**  
**RESUMEN: DRA. VIRYDIANA REMENTERIA VÁZQUEZ R-II PEDIATRÍA**

**NOMBRE:** C.H.N.      **SEXO:** MASCULINO      **EDAD:** 13 DÍAS  
**PROCEDENCIA:** IXTAPALUCA, EDO. MEX.      **F. NAC.:** 26.05.17  
**ÚLTIMO INGRESO (URGENCIAS):** 05.06.17      **EGRESO:** 08.06.17

**MOTIVO DE CONSULTA:** Astenia, adinamia, dificultad para la alimentación, pérdida de peso y cianosis.

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:** Madre de 23 años de edad, originaria del estado de Oaxaca, ama de casa, escolaridad secundaria completa, soltera. Tabaquismo y alcoholismo ocasional suspendido durante el embarazo, negó toxicomanías. Grupo y Rh O+, religión cristiana. Padre de 19 años de edad, originario de la Ciudad de México, ocupación taxista, escolaridad cursando bachillerato, tabaquismo positivo desde los 15 años, a razón de 3 cigarrillos diarios. Alcoholismo positivo de manera ocasional, negó otras toxicomanías, grupo sanguíneo O+, aparentemente sano, fuera del núcleo familiar. Carga genética paterna diabetes mellitus tipo II.

**ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS:** Habitan casa rentada, construida de materiales perdurables, con todos los servicios de urbanización agua, luz y drenaje. Habita con tres personas de ambos sexos y diferentes edades, 1 habitación, hacinamiento positivo, zoonosis positiva a razón de 3 perros desparasitados. Baño y cambio de ropa diario. **ALIMENTACIÓN:** Lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los 7 días de vida. Posteriormente inició fórmula por encontrarse hospitalizado. **INMUNIZACIONES:** No mostró cartilla.

**ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS:** Producto de la G1 de madre de 22 años de edad, la cual refirió adecuado control prenatal, desde el segundo mes de embarazo, asistió a 7 consultas, realizándose 3 USG, todos reportados normales. Refirió adecuada ingesta de ácido fólico y de fumarato ferroso, aplicación de toxoide tetánico, realización de VIH y VDRL, refirió ser portadora de virus de VPH diagnosticado durante el embarazo, sin recibir tratamiento específico, cursó con infecciones vaginales durante el primer trimestre de embarazo, llevando tratamiento sin especificar. Cursó con amenaza de aborto en dos ocasiones durante el primer trimestre, tratada únicamente con reposo relativo durante una semana. Oligohidramnios, negó haber presentado preeclampsia o diabetes gestacional. Obtenido a las 40 SDG por vía abdominal, indicada por infección por virus del VPH; lloró y respiró al nacer, no ameritó maniobras de reanimación avanzada, peso: 2.040 kg, talla: 47 cm, apgar: 8/9, SA: 0, se detectó presencia de agenesia de pabellón auricular izquierdo. Egresó binomio a las 48 horas. Negó antecedentes alérgicos, enfermedades exantemáticas, quirúrgicos, traumáticos y transfusionales.

### PADECIMIENTO ACTUAL 05.06.17 URGENCIAS 15:30 horas:

Inició a los 4 días de vida con presencia de astenia, adinamia y dificultad para la alimentación así como pérdida de peso, cianosis generalizada súbita sin agravantes ni atenuantes, sin otra sintomatología, motivo por el cual fue llevado a hospital de segundo nivel en Ixtapaluca, Estado de México; corroborándose presencia de cianosis y saturaciones por oximetría de pulso de 40%, a la exploración con presencia de soplo, es diagnosticado con cardiopatía congénita cianógena y al no contar con cardiólogo pediatra fue referido a esta Institución.

### EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O <sub>2</sub>
1.870 Kg	46 cm	150/min	48/min	65/46 mmHg	36.3°C	2 segundos	60 %

Masculino de edad menor a la cronológica, reactivo, con deshidratación de piel y mucosas, sin pliegue cutáneo, ictericia de mucosas, Kramer II. Normocéfalo, con fontanela anterior 5 x 10 cm y posterior 3 x 2 cm, normotensas, pupilas isocóricas y normorreflécticas, nariz con narinas permeables, agenesia pabellón auricular izquierdo, implantación baja de oídos, mucosa oral seca, paladar íntegro. Cuello cilíndrico con ingurgitación yugular, sin adenomegalias. Tórax normolíneo con adecuados movimientos de amplexión y amplexación, campos pulmonares con buena entrada de aire, sin agregados; ruidos cardiacos rítmicos de adecuado tono e intensidad, aumentados en frecuencia, con soplo mesosistólico grado II/IV en 2do espacio intercostal izquierdo y ápex, sin otro fenómeno agregado. Abdomen blando, depresible, no doloroso, con borde hepático 2 x 1 x 1 cm, sin esplenomegalia, peristalsis normoactiva. Extremidades con hipertonia, pulsos sincrónicos y presencia de acrocianosis, criptorquidia izquierda. Inició manejo con ayuno, soluciones intravenosas 100 ml/Kg/día, 3/3/100/50, furosemide 0.5 mg/Kg/do y espironolactona 0.5 mg/Kg/do.

**Laboratorio:**

Hemoglobina	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Monocitos	Eosinófilos	Basófilos	Plaquetas
18.50 g/dL	18.10 mm <sup>3</sup>	60 %	26.8 %	16.2 %	1 %	5.1 %	362,000/mm <sup>3</sup>

Na	K	Cl	Ca	P	Mg
133 mmol/L	6.0 mmol/L	91 mmol/L	8.6 mg/dL	5.4 mg/dL	2.2 mg/dL

Glucosa	Creatinina	Ácido Úrico	TP	TTP	INR
39 mg/dL	0.85 mg/dL	7.2 mg/dL	14.8"	38.9"	1.26

BT	BI	BI	PT	Alb	ALT	AST
12.64 mg/dL	0.89 mg/dL	11.75 mg/dL	6.6 g/dL	3.9 g/dl	74 U/L	179 U/L

**CARDIOLOGÍA 23:20 HORAS:** Levocardia, levoápex, retornos venosos y sistémicos pulmonares normales, con concordancia AV y discordancia VA, foramen oval permeable de 2 mm CC ID, TAPSE 8 mm, FEVI modo Simpson 75%, EA mitral 1.3, septum interventricular rectificado, insuficiencia tricuspídea leve, arco aórtico izquierdo sin obstrucciones, ramas pulmonares de buen tamaño, no se registraron gradientes de estenosis a nivel de válvulas semilunares. Con flujo de conducto, impresionó patrón coronario normal. Paciente con D-transposición de grandes arterias con septum íntegro, en quien la mezcla se realizó a través de FOP restrictivo y conducto arterioso, datos ecocardiográficos sugerentes de caídas de las reservas vasculares pulmonares evidenciado por rectificación de septum interventriculares. Se indicó iniciar prostaglandinas.

**06.06.17 URGENCIAS 00:40:** Inició manejo con infusión de prostaglandinas a 0.02 µg/Kg/min. **INGRESO A UCIN 02:00 HORAS:** Hemodinámicamente con frecuencias cardiacas en percentil 90 y tensiones arteriales por debajo de la percentil 5, sin apoyo aminérgico, continuó en ayuno, con soluciones intravenosas, furosemide 0.5 mg/Kg/do cada 12 horas, espironolactona 0.5 mg/Kg/do cada 12 horas e infusión de prostaglandinas a 0.2 µg/Kg/min. Gasometría venosa confirmó la hipoxemia, por lo cual se realizó intubación endotraqueal.

Gasometría	pH	pO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	Lactato	EB
Pre intubación	7.46	15.8 mmHg	39.8 mmHg	20.6 mmol/L	13.2 mmol/L	-4.3 mmol/L
Post intubación capilar	7.25	35.0 mmHg	42.4 mmHg	18.0 mmol/L	4.0 mmol/L	-7.9 mmol/L

**CARDIOLOGÍA 12:00 HORAS:** Paciente sin datos de bajo gasto, con apoyo ventilatorio, se programó para cateterismo cardiaco y realización de Rashkind. Se indicó apoyo diurético y uso de prostaglandinas a dosis respuesta. **GENÉTICA 15:35 HORAS:** Paciente masculino de 11 días con transposición de grandes arterias y síndrome de 1er y 2do arcos branquiales.

**07.06.17 UCIN 06:00 HORAS:** Hemodinámico sin uso de aminos, con infusión de prostaglandinas a 0.8 mcg/Kg/min dosis respuesta, con soluciones de base a 100 ml/Kg/día, LR 117 ml/Kg/día, diuresis 2.3 ml/Kg/hr balance hídrico positivo de 27. En manejo con furosemide y espironolactona. Gastronutrición en ayuno, recibió nutrición parenteral total con aporte calórico 129.6 cal/Kg. Afebril, sin datos de respuesta inflamatoria. Neurológico no se reportaron movimientos anormales. **HEMODINAMIA 13:00 HORAS:** Se realizó septostomía atrial tipo Rashking y colocación de catéter venoso central en vena femoral izquierda. Angiografías: Cefalocaudal en ventrículo izquierdo no hubo defecto interventricular, existencia de defecto interatrial de 4.8 mm. Anillo pulmonar 5.74 mm, TAP 5.4 mm, RDAP 3.2 mm TIAP 3 mm. Frontal en ventrículo derecho: Arco aórtico izquierdo con patrón de bifurcación de vasos supra-aórticos normal. Patrón coronario normal. Septum interventricular sin defecto. Paso de contraste de aorta a arteria pulmonar por medio de conducto arterioso tubular, tortuoso con boca aórtica de 3mm, boca pulmonar de 2mm, longitud de 7.4 mm. **UCIN 13:00 HORAS:** Paciente que ingresó en el postquirúrgico inmediato, durante cateterismo presentó flutter auricular, requirió adrenalina 200 µg/DU y 2 desfibrilaciones, obteniendo ritmo sinusal. Se recibió con infusión de adrenalina 0.2 µg/Kg/min, en ventilación mecánica con apoyo de prostaglandinas, con frecuencia cardiaca en rangos normales, con ligero edema palpebral por lo que se mantuvieron dosis de diuréticos, sin datos de mala perfusión distal, no frialdad, no sudoración, pulsos presentes, fuertes. Corazón rítmico, buen tono. Condición grave. **ALGOLOGÍA 15:25 HORAS:** Se indicó infusión de morfina a 500 µg/día.

**08.06.17 GASOMETRÍA 06:37 HORAS:**

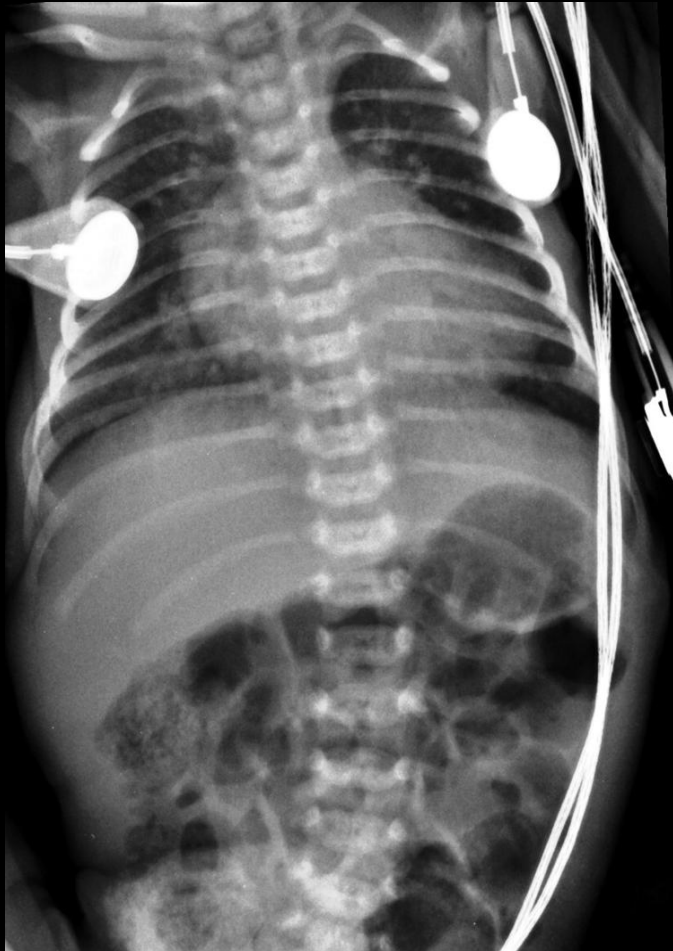
Na	K	Cl	Ca	Lactato
133 mmol/L	3.5 mmol/L	96 mmol/L	1.29 mmol/L	2.9 mmol/L

pH	pO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>
7.39	29.6 mmHg	42.9 mmHg	25.8 mmol/L

**UCIN 07:00 HORAS:** Paciente con diagnóstico de trasposición de grandes vasos, persistencia de conducto arterioso, OP de Rashkind, en protocolo quirúrgico electivo para Jatene. Paciente inestable, con apoyo aminérgico y adrenalina 0.3 µg/Kg/min, tensiones arteriales con tendencia a la hipotensión, balance hídrico negativo, diuresis 3.4 ml/Kg/hr, en tratamiento con furosemide. Ventilatorio orointubado modalidad SIMV PIM 15, PEEP 5, FR 40. Gastronutrición en ayuno, con sonda orogástrica a derivación, con aporte de nutrición parenteral 100 ml/Kg/día. Metabólico sin desequilibrio hidroelectrolítico. Neurológico con manejo del dolor a base de morfina. **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR 15:50 HORAS:** Paciente que se encontraba hipotenso y con datos de choque antes de entrar a bomba, se inició perfusión en paro cardiaco, al salir de bomba presentó sangrado importante, paciente con datos de falla biventricular y con hipotensión arterial persistente, se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar con masaje cardiaco directo, sin obtener mejoría ni respuesta. **Hora de defunción: 15:50 horas.**



5 Junio 2017





6 Junio 2017





7 Junio 2017





8 Junio 2017

