

**SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-13-07****Miércoles 29 de julio de 2015****COORDINADOR: DRA. MARTHA AVILÉS ROBLES****DISCUSOR: DRA. EBENEZER V. CRUZ ROMERO, RVI ENDOSCOPIA****PATÓLOGO: DRA. MA. ARGELIA ESCOBAR SÁNCHEZ****RADIÓLOGO: DRA. VANIA HINOJOS ARMENDARIZ****RESUMEN: DR. ELÍAS MAURICIO CORONADO AGUILAR****NOMBRE: H. L. N.****SEXO: MASCULINO****EDAD: DOS MESES****PROCEDENCIA: PLAYA VICENTE, VER.****F. NAC.: 4 ENERO 2013****F. INGRESO (URGENCIAS/TERAP. QUIR.): 4 MARZO 2013****F. EGRESO: 7 MARZO 2013**

**MOTIVO DE CONSULTA.** Estenosis subglótica, estridor inspiratorio y deterioro ventilatorio.

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.** Madre de 21 años, con preparatoria, ama de casa, sana. Padre de 27 años, con carrera técnica, desempleado, sano. Un hermano de dos años, sano. Resto negado.

**ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS.** Habitan casa rentada con servicios básicos de urbanización. **ALIMENTACIÓN.** No recibió seno materno, sólo fórmula antirreflujo. **INMUNIZACIONES.** Ninguna.

**ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS.** Producto G II, control prenatal regular, amenaza de aborto por placenta previa. Nació por cesárea a las 35 SDG; pesó 1,850 g, midió 39 cm, sin conocer Apgar. Permaneció en Hospital de II nivel durante cuatro semanas, con intubación orotraqueal las dos primeras semanas por enfermedad de membrana hialina. Egresó sin oxígeno suplementario ni medicamentos.

**26 ENERO-6 FEBRERO 13. INTERNAMIENTO HOSPITAL II NIVEL.** Posterior a alimentación presentó cianosis generalizada con pérdida del conocimiento, sin esfuerzo respiratorio. Se aplicaron maniobras de reanimación por familiares durante su traslado, tipo "respiración boca a boca", con recuperación del esfuerzo respiratorio después de 15 minutos. Presentó síndrome de dificultad respiratoria y anemia normocítica normocrómica, que requirió transfusión de concentrado eritrocitario.

**10-21 FEBRERO 13. INTERNAMIENTO HOSPITAL II NIVEL.** Presentó nuevamente dificultad respiratoria posterior a alimentación, con regurgitación y salida de leche a través de boca y nariz, cianosis generalizada y apnea. Se manejó con dos ciclos de ventilación con presión positiva con ambú. Por antecedente de intubación prolongada durante período neonatal e internamiento con cianosis y apnea, se realizó laringoscopia por otorrinolaringología (ONG), encontrando leve estenosis subglótica (30%), se dio de alta con uso de oxígeno suplementario con puntas nasales a razón de 2 L/min.

**28 FEBRERO 13.** Cursó con tos, rinorrea y estornudos, se dio manejo sintomático ambulatorio no especificado.

**PADECIMIENTO ACTUAL.** Referido de hospital de II nivel en ambulancia por estenosis subglótica, estridor inspiratorio y deterioro ventilatorio.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temp	Llenado Cap.	SaO <sub>2</sub>
3,600 g	52 cm	156/min	80/min	76/61 mmHg	36.3°C	2 seg.	97%

Paciente masculino de edad aparente similar a la cronológica, bien hidratado. Normocéfalo, fontanela anterior normotensa 2X1 cm. Pupilas isocóricas, normorrefléxicas, pabellones auriculares sin alteraciones, narinas con puntas nasales, faringe sin alteraciones ni descarga retrorrenal o exudado. Cuello normal. Campos pulmonares con amplexión y amplexación y murmullo vesicular adecuados, tiros intercostales bajos, intermitentes, estridor inspiratorio. Ruidos cardíacos con adecuada intensidad, sin soplos. Abdomen blando, depresible, sin visceromegalias ni irritación peritoneal. Genitales masculinos, Tanner I, sin alteraciones. Extremidades con pulsos, sin lesiones, fuerza muscular conservada. Neurológico íntegro.

**LABORATORIO Y GABINETE:**

Hb	Hto	Leuc	Neu	Ban	Linf	Plaq	TP	TTP	Creat
10.9 g/dL	32.6%	6,100	10%	41%	23%	251,000	23.3"	37.6"	0.94 mg/dL

**CIRUGÍA DE TÓRAX: LARINGOSCOPIA DIRECTA:** cuerdas vocales y aritenoides sin alteraciones, estenosis del 50 % de la luz traqueal. Se realizó intubación endotraqueal con tubo 3.0. **TAC CERVICAL-TORÁCICA SIMPLE:** infiltrado

bronco alveolar bilateral asociado a atelectasias segmentarias de predominio basal posterior y apical. Atrapamiento aéreo a nivel de lóbulo medio, con infiltrado reticular. Tráquea de calibre adecuado en todo su trayecto, sin dilatación extrínseca o intrínseca. **RX TÓRAX:** volumen pulmonar aumentado, infiltrados alveolares bilaterales de predominio en hemitórax derecho, broncograma aéreo y atelectasia apical derecha. No se pudo extubar después del procedimiento e ingresó a terapia quirúrgica.

**MANEJO:** ayuno, soluciones de base 150 mL/kg/día, glucosa 2:1 con sodio y potasio 30 mEq/m<sup>2</sup>SC/día; buprenorfina en bolo 7.5 µg af 1 mL, con infusión posterior de 30 µg af a 4.8 mL pasando 0.2 mL/h, ventilación mecánica asistida, ciclado por presión, PIP 20, PEEP 4, FiO<sub>2</sub> 100%.

**4 MARZO 13. INFECTOLOGÍA.** Antecedente de larga estancia intrahospitalaria y cuadro gripal cuatro días previos a su ingreso, hipotérmico, hipotenso, con llenado capilar 4", datos de choque e insuficiencia respiratoria progresiva, con parámetros altos de ventilación. Inició cefepime 150 mg/kg/día y amikacina 15 mg/kg/día. **CIRUGÍA.** Colocó catéter venoso central en vena subclavia izquierda. **CARDIOLOGÍA.** Mala ventana ecocardiográfica, concordancia atrio ventricular y ventrículo aórtica, sin hipertensión pulmonar, fracción de eyección 57%, de acortamiento 27%.

Hb	Hto	Leuc	Neu	Ban	Linf	Plaq
8.8 g/dL	25%	1,400	49%	0%	46%	218,000

**5 MARZO 13. TERAPIA QUIRÚRGICA.** FC hasta 200/min. Requirió norepinefrina 1 µg/kg/min, milrinona 0.5 µg/kg/min, vasopresina 0.0006 U/kg/min, adrenalina 0.28 µg/kg/min y milrinona 0.5 µg/kg/min; sin embargo, persistió taquicárdico, con datos de hipodinamia y mala perfusión tisular. Se inició hidrocortisona 180 µg/kg/h. Presentó síndrome de distress respiratorio agudo, se manejó con ventilación de alta frecuencia con PEEP 12 y discreta mejoría. Por distensión pulmonar y repercusión hemodinámica, se regresó a ventilación convencional. Acidosis metabólica descompensada e hiperlactatemia persistente. **PCT:** 77.91 ng/mL. **16:45 hs. INFECTOLOGÍA.** Suspendió amikacina y agregó vancomicina 40 mg/kg/día IV.

**6 MARZO 13. TERAPIA QUIRÚRGICA.** Presentó falla renal, respiratoria y cardiogénica, con norepinefrina 1 µg/kg/min, milrinona 0.3 µg/kg/min, vasopresina 0.0006 U/kg/min, dobutamina 7 µg/kg/min y levosimendán 1 µg/kg/min; continuó FC 200-230/min, TA 57-45/30-20 mmHg, pulsos periféricos imperceptibles y llenado capilar 5 seg. Taller hemodinámico en hipodinamia, PVC 6-7 cmH<sub>2</sub>O. Con infusión de furosemide y HCO<sub>3</sub> a razón de 3 mEq/kg/día por acidosis metabólica. Ventilación convencional con PIP 28, PEEP 10 y FiO<sub>2</sub> 100%, óxido nítrico en 20 ppm sin mejoría. Se notificó a padres el estado de gravedad.

Hb	Hto	Leuc	Neu	Ban	Linf	Plaq	TP	TTP	INR	Fibrinógeno	Antitrombina III	Dímero D
8.7 g/dL	24.8%	7,200	33%	32%	16%	126,000	23.7"	55.9"	1.94	467 mg/dL	14 %	2,430 µg/L

	Gluc	BUN	Creat	Na	K	Cl	Ca	P	Osm
<b>Sangre</b>	91 mg/dL	32 mg/dL	0.8 mg/dL	130 mEq/L	5 mEq/L	104 mEq/L	10.7 mg/dL	5.1 mg/dL	
<b>Orina</b>		92 mg/dL	1.9 mg/dL	95 mEq/L	24.1 mEq/L	115 mEq/L	13 mg/dL	0.2 mg/dL	273 mOsm

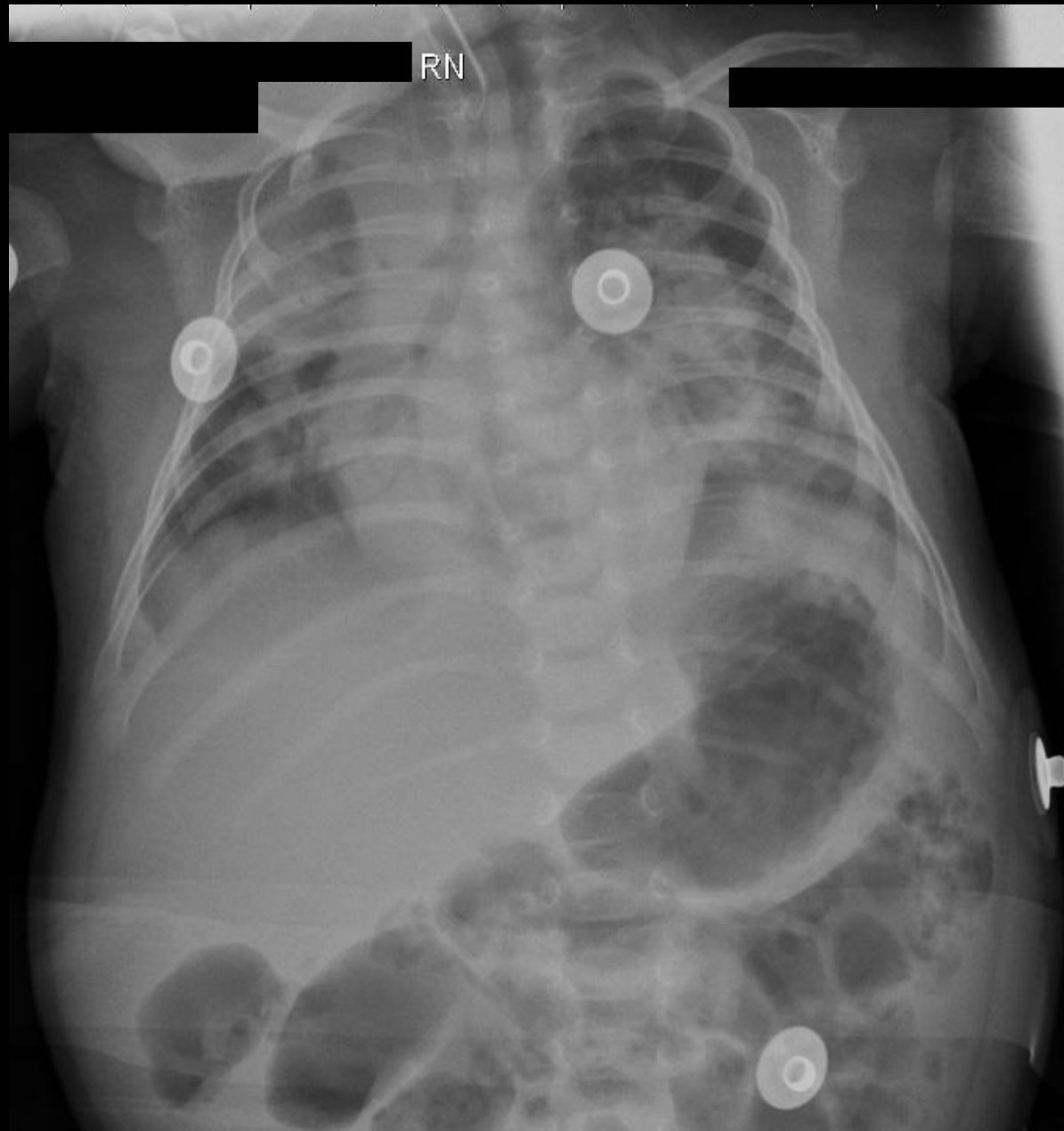
BD	BI	BT	ALT	AST	Alb	Glob	Prot T
0.46 mg/dL	0.64 mg/dL	1.10 mg/dL	31 U	137 U	1.2 g/dL	1.7 g/dL	2.9 g/dL

pH	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	SaO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	Lact	Kirby	DavO <sub>2</sub>	IEO <sub>2</sub>
7.1	50.7	48.1	87.4	15	1.1	50.7	1.6	18

**7 MARZO 13. TERAPIA QUIRÚRGICA.** Deterioro progresivo de signos vitales, midriasis bilateral. Presentó paro cardiorrespiratorio, sin brindar maniobras de reanimación.



4-03-2013



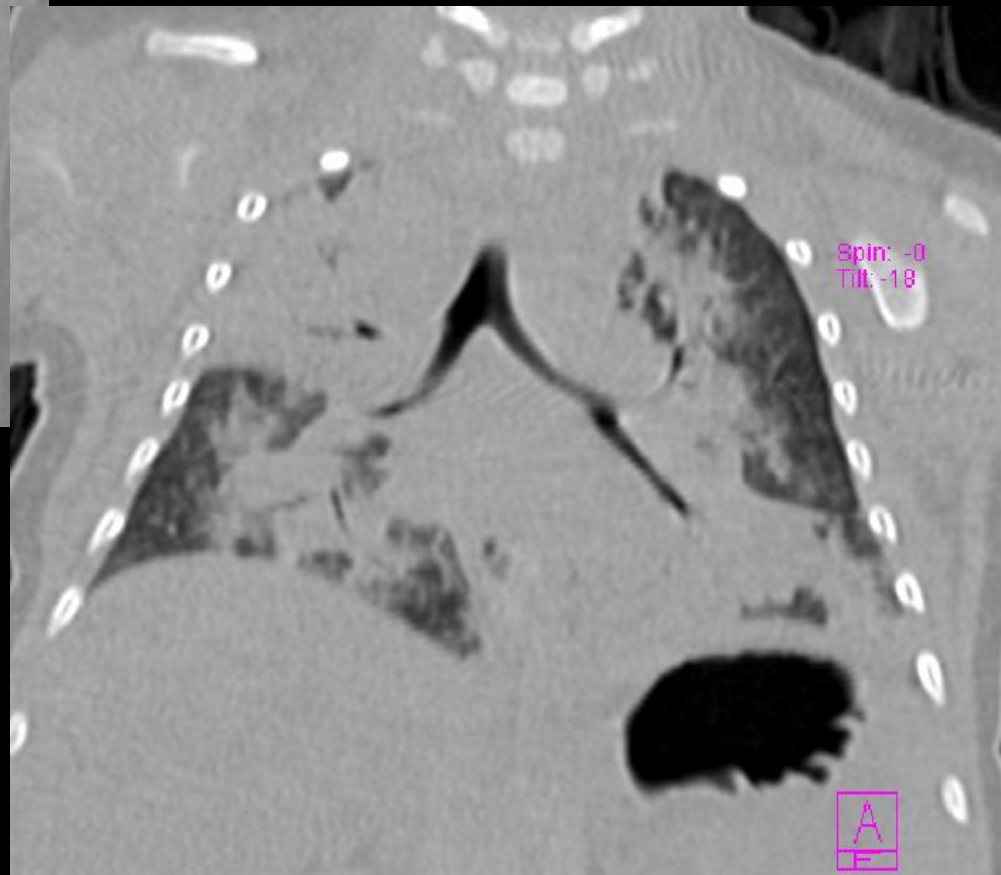
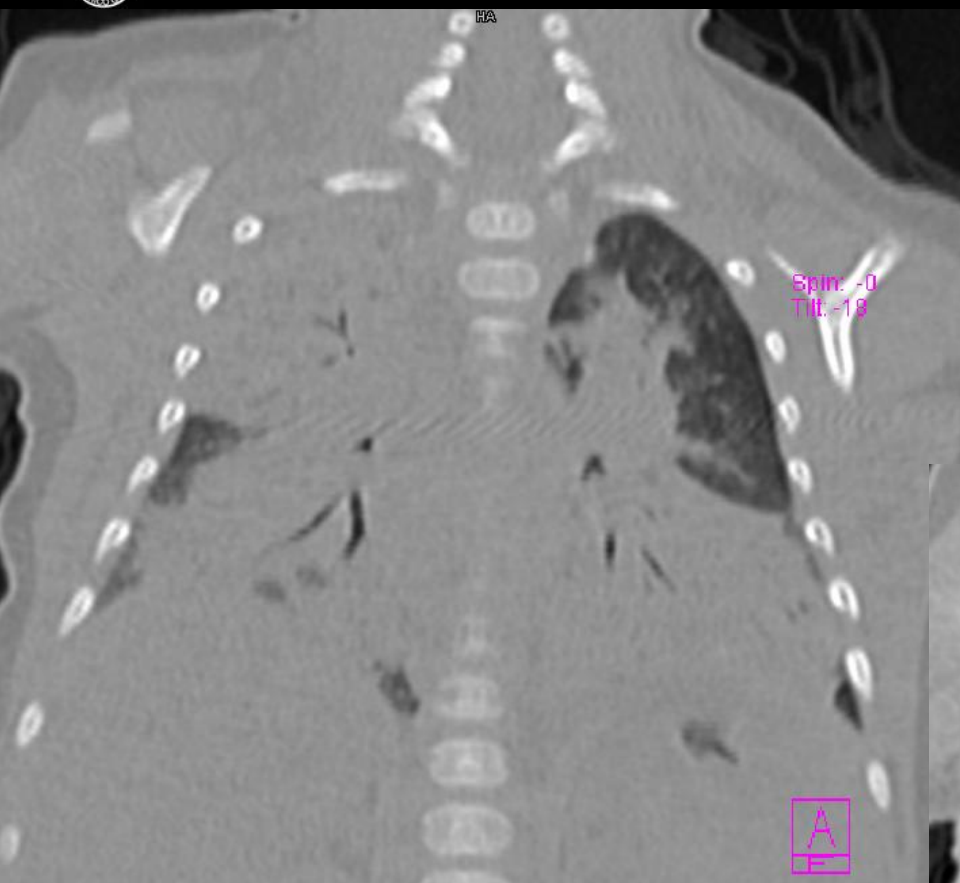


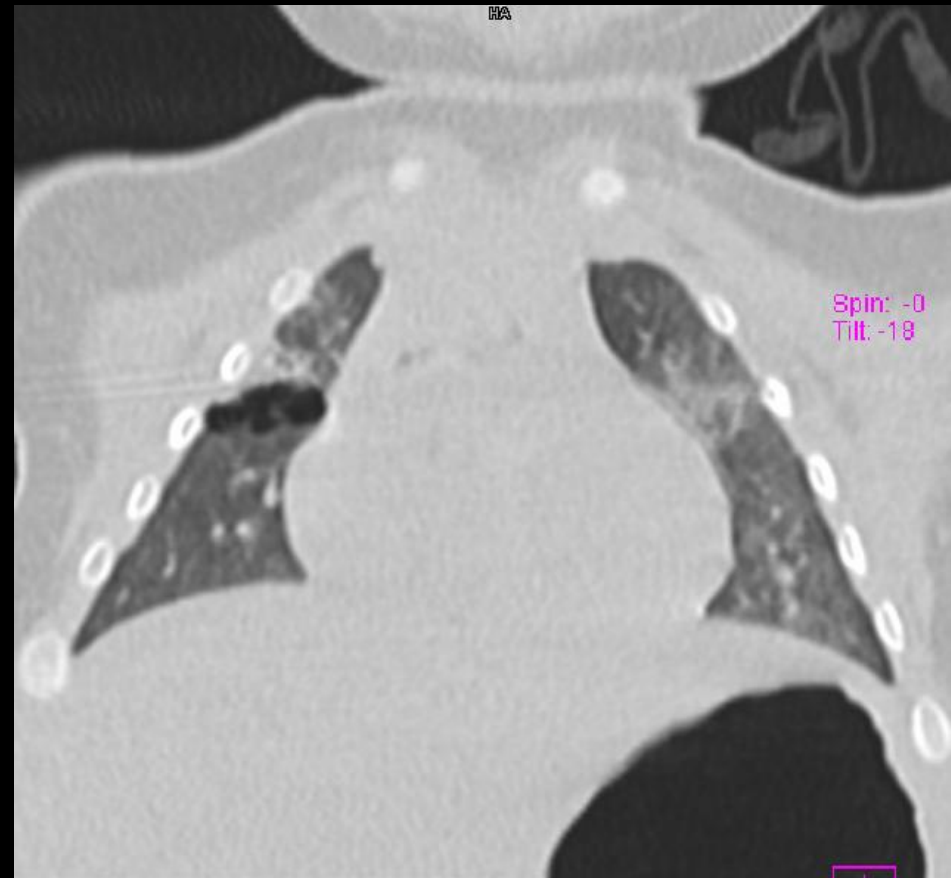
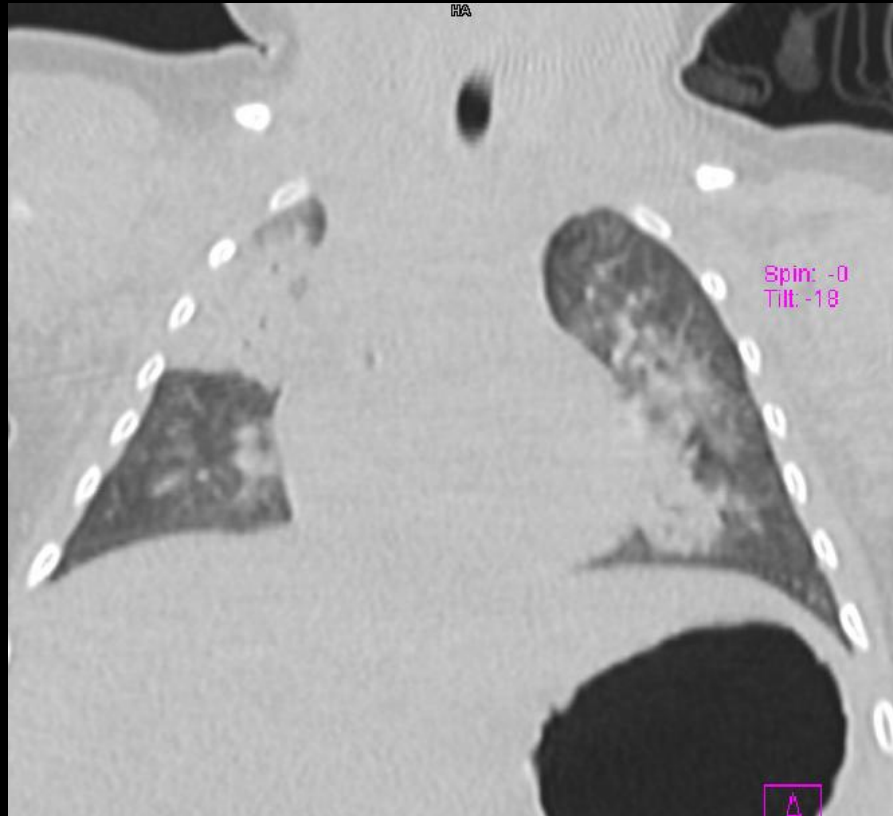
CT tórax 04-03-2013

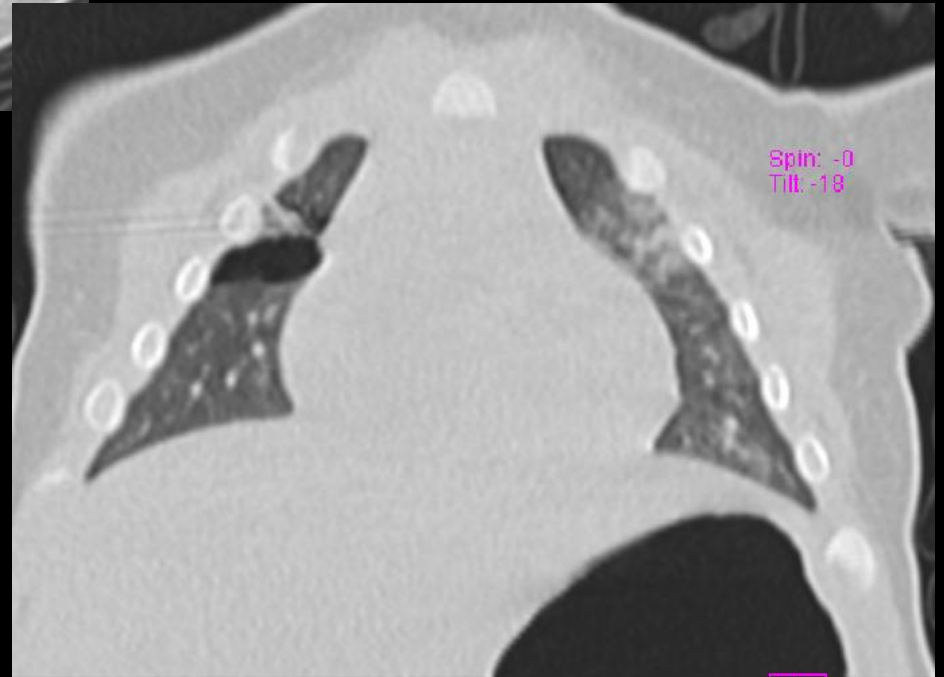
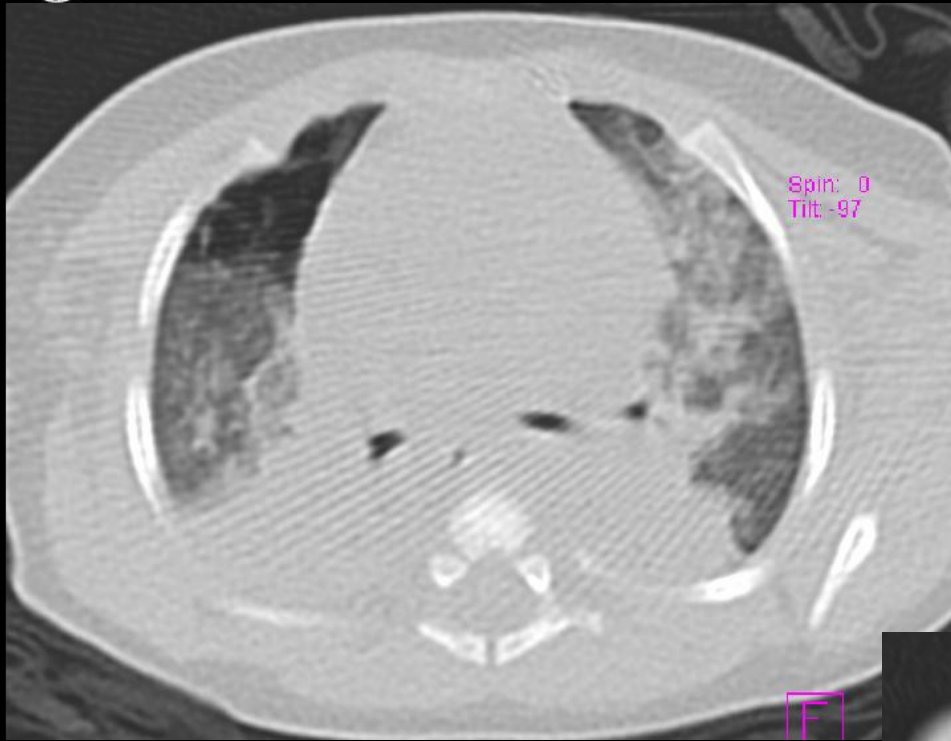
















30-03-2013

