



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA

Miércoles 06 de mayo 2026

COORDINADOR: DRA. EDNA VÁZQUEZ SOLANO

RADIÓLOGO: DRA. ALMA SÁNCHEZ BAZA

DISCUSOR: DRA. ROSALÍA GARCÍA COUTURIER R-III PEDIATRÍA

PATÓLOGO: DR. JOSÉ ANTONIO NAVARRO VENEBRA

RESUMEN: DRA. ANA PAULA GÓMEZ PÉREZ R-II PEDIATRÍA

MASCULINO DE 1 DÍA DE EDAD AL INGRESO, ORIGINARIO DE LA CDMX.

MOTIVO DE CONSULTA: Recién nacido referido, pretérmino extremo, gemelo de 27 SDG por FUM, peso extremadamente bajo para el nacimiento, segundo producto de embarazo gemelar bicorial biamniótico.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 29 años, primaria, ama de casa, católica, casada. Hemotipo A +. Siete tatuajes. Toxicomanías: inicio de tabaquismo a los 17 años, 4 cigarrillos al día, alcoholismo negado. Diagnósticos de miomatosis uterina. Padre 34 años, bachillerato incompleto, comerciante, alcoholismo ocasional, tres tatuajes, sano.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Habitan en casa prestada, viven diez personas en cuatro habitaciones, con servicios básicos de urbanización, conviven con animales, biomasa negado.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: G2 P0 A1 C1. Embarazo espontáneo, planeado y deseado. Inició control prenatal a las 4 SDG, tres consultas y cuatro USG, los últimos dos en tercer nivel con reporte de mioma intramural de 53X43X52 mm. Ambos fetos con peso acorde a edad gestacional, con discordancia de peso del 7% entre ambos, con adecuada cantidad de líquido amniótico. Nuestro paciente fue el de menor peso. Ingesta de multivitamínicos, sin inmunizaciones, VDRL, VIH, hepatitis B y C negativos. Peso pregestacional 57 Kg, al final del embarazo 60.8 Kg.

08.10.25: Cursó con IVU, en especuloscopia se observó salida franca de líquido transvaginal amarillento. Cristalografía: negativa, sin embargo, por clínica, se corroboró ruptura prematura de membranas, por USG se corroboró vitalidad de ambos fetos y fetometría acorde a SDG, se inició esquema de neuroprotección con sulfato de magnesio y de madurez pulmonar con betametasona, profilaxis con bencilpenicilina 5,000,000 UI/do inicial y posterior a 3,000,000 UI cada 4 horas, hasta resolución. Uteroinhibición fallida con nifedipino, dosis total administrada 30 mg.

09.10.25 03:33 HORAS: Nació vía abdominal por embarazo gemelar y pretérmino, paciente masculino, no vigoroso, con esfuerzo respiratorio irregular, se dio pinzamiento temprano. Con pasos iniciales de reanimación, llanto irregular, gesticulación, ligera flexión, cianosis, APGAR a los 5 minutos de 9 por acrocianosis. Se decidió intubación posterior al primer ciclo de VPP con cánula 2.5 cm fija a 7.5 cm a la encía, administrando surfactante al minuto 22 de vida, Silverman no valorable por intubación. Se aplicó vitamina K y cloranfenicol. Peso 915 g, talla 34 cm y PC 24 cm. Con ventilación en AC PIP 18. PEEP 6, FiO₂ 28%, FC 50, TI0.33. Radiografía: se observó patrón reticulogranular bilateral, gasometría pH 7.23, pO₂ 96 mmHg, pCO₂ 26 mmHg, HCO₃ 12 mEq/L, lactato 8.8 mmol/L. Se modificó ventilador PIP 16, FiO₂ 28%. Se colocó catéter umbilical arterial y venoso, se iniciaron soluciones a 65 ml/Kg/día y amikacina/ampicilina dosis estándar. USG transfontanelar sin alteraciones. En la exploración física se refirieron múltiples lesiones equimóticas.

PADECIMIENTO ACTUAL 10.10.25 UCIN 23:30 HORAS:

Paciente masculino con diagnósticos de RNPT extremo, de 27 SDG, embarazo gemelar bicorial biamniótico, sepsis temprana. Referido de hospital de tercer nivel por falta de espacio físico en UCIN.

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O ₂	Glicemia
915 g	34 cm	156/ min	58/min	42/20 mmHg	36.2 °C	2 segundos	97 %	High

Se recibió orointubado, poco reactivo a estímulos externos, adecuada coloración e hidratación, cabeza con fontanela de 6x5 cm, normotensa, posterior puntiforme, ojos simétricos con apertura ocular espontánea, adecuada implantación de pabellones auriculares, narinas permeables, cavidad oral con presencia de tubo endotraqueal, con sangrado activo, con cánula 2.5, con fuga, se realizó cambio de TET 3.0, fijo a 7 cm de labio. y SOG tapada, también se cambió a su ingreso. Ruidos cardíacos de adecuada intensidad y frecuencia, sin soplos, abdomen blando, depresible, no se palparon masas ni visceromegalias, muñón umbilical con dos arterias y una vena, genitales fenotípicamente masculinos, cadera con Barlow y Ortolani negativos. Extremidades hipotróficas, sin alteración en arcos de movimiento, pulsos presentes, disminuidos en intensidad, simétricos. Columna sin alteraciones. Presentó múltiples lesiones de vía de nacimiento: equimosis en tórax, cabeza, extremidades superiores e inferiores. USG transfontanelar: se observó imagen sugerente de hemorragia intraventricular grado 2 izquierdo. **ALGOLOGÍA:** Se inició morfina 0.4 mg en 2.4 ml a pasar 0.1 ml/h. **CARDIOLOGÍA 10:25 HORAS:** ECOTT: se observó flujo de PCA, con BoP 2 mm, BoAo 3 mm y longitud 6 mm, con cortocircuito de izquierda a derecha, no fue posible valorar repercusión por inestabilidad del paciente. Se observó derrame pericárdico global de 4.2 mm. Se sugirió inicio de cierre farmacológico cuando las condiciones clínicas fueran adecuadas.

Laboratorios (24 horas de nacimiento):

Hb	Htc	Leu	Neu	Band	Lin	Mo	Eo	Plaquetas	
10 g/dL	26.6%	6.300/ μ L	66%	4%	25%	5%	0%	123,000 cels/mm ³	
BUN	Glu	Cr	Ac. Úrico	Na	K	Cl	Ca	Fósforo	Mg
41.6 mg/dL	514 mg/dL	0.86 mg/dL	7.1 mg/dL	129 mmol/L	5.5 mmol/L	102 mmol/L	8.9 mg/dL	7.1 mg/dL	3.5 mg/dL
BT	BD	BI	P. Totales	ALB	DHL	ALT	AST	GGT	FA
4.33 mg/dL	0.49 mg/dL	3.89 mg/dL	3.4 g/dL	2.6 mg/dL	1,479 U/L	11 U/L	133 U/L	68 g/dL	156 U/L
TP	TTPa	INR	Dímero D	Fibrinógeno					
23 seg.	67.5 seg.	1.93Hasta	5585 ng/ml	147 mg/dL					

Se mantuvo hemodinámicamente inestable, con medias 20-40 mmHg, se inició adrenalina con dosis máxima de 0.2 mcg/Kg/min. Sin retos de volumen. Se iniciaron líquidos totales a 90 ml/Kg/día. Se modificaron dinámicamente los parámetros de ventilación desde su llegada en modalidad AC con FiO₂ 25%, PI 14, PEEP 5, TI 0.33, FR 45. Hasta un máximo de 25/6.5, FIO₂ 100% 75 rpm. Se administró segunda dosis de surfactante a 100 mg/Kg. Radiografías antes y posterior a la administración de surfactante, con patrón retículo-nodular generalizado de predominio izquierdo, propias de patología de base, además, presentó hemorragia pulmonar con sangrado por TET que requirió administración de adrenalina transtraqueal. **07:00 HORAS:** Se inició manejo con modalidad VAFO, que no toleró, condicionando bradicardia, se reinició PC/AC. Se administró dosis de cafeína 5 mg/Kg/día. Mantuvo 58-62 rpm, saturando <90%. Gasometrías con acidosis respiratoria. **06:32 HORAS:** GASV: pH 6.93, PCO₂ 33.1 mmHg, PO₂ 49.2 mmHg, EB -24.5, HCO₃ 6.9 mEq/L, lactato 11.85 mmol/L. Gastronutricio: con SOG 8 Fr, gasto en posos de café 4 ml. Sin presencia de gasto fecal desde el ingreso, perímetro abdominal aumentó de 21.5 a 22.5 cm. Glucemia capilar se reportó en "High", por gasometría de 672 mg/dL, se inició infusión de insulina max 0.2 UI/Kg/h, aporte de bicarbonato 3 mEq/Kg, electrolitos séricos por gasometría: Na 127.7 mmol/L, K 5.31 mmol/L, Cl 109 mmol/L, Ca 1.27 mg/dL, glucosa 473 mg/dL. Temperatura de 37.2°C, posteriormente con distermias, se mantuvo con manejo antimicrobiano base en ampicilina 50 mg/Kg/do cada 12 horas (1) y amikacina 14 mg/Kg/do cada 48 horas (1). Se administró dosis de vitamina K 1 mg IV DU por sangrado en cánula orofaríngea y alargamiento de los tiempos de coagulación. Se transfundió 1 PFC 10 ml/Kg/do y 1 CE 15 ml/Kg/do. **05:00 HORAS:** Se inició manejo con morfina de 50 mcg/Kg/h. Paciente inestable desde su ingreso, en malas condiciones generales y con evolución tórpida. **07:00 HORAS:** Con desaturación que requirió VPP en múltiples ocasiones y condicionó bradicardia. **09:00 HORAS:** Presentó bradicardia sostenida, que no recuperó pese a aumento de parámetros ventilatorios, manteniendo saturación de 75%, llegando a parámetros máximos ventilatorios. **09:40 HORAS:** Presentó bradicardia que no mejoró con VPP, se dieron medidas de confort, se aumentó dosis de morfina a 200 mcg/Kg/h. **Hora de defunción: 09:47 horas.**

