



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA

Miércoles 18 de marzo 2026

COORDINADOR: DR. CARLOS ALCÁNTARA NOGUEZ

RADIÓLOGO: DRA. BERTHA LILIA ROMERO BAIZABAL

DISCUSOR: DR. CÉSAR MIGUEL ZAMBRANO VIRGEN R-IV CARDIOLOGÍA

PATÓLOGO: DR. GUILLERMO RAMÓN GARCÍA

RESUMEN: DRA. MELISSA CHAPA ESCAMILLA R-II PEDIATRÍA

MASCULINO DE 2 MESES DE EDAD AL INGRESO, ORIGINARIO DEL ESTADO DE MÉXICO.

MOTIVO DE CONSULTA: Referido por conexión anómala de venas pulmonares, variedad infracardiaca.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 24 años, licenciatura completa, católica, ama de casa, unión libre, grupo de sangre O+. Negó perforaciones, tatuajes y toxicomanías. Padre de 22 años, bachillerato completo, estudiante, unión libre, sin perforaciones, tatuajes y toxicomanías.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Habitan en casa prestada, con servicios de urbanización, cohabitan cinco personas, baño cada tercer día, cambio de ropa diario, esquema de vacunación completo.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de la primera gesta, madre de 23 años, percepción del embarazo al primer mes, nueve consultas y nueve ultrasonidos, consumo regular de hematínicos, pruebas de VDRL y VIH negativos. Gestación normoevolutiva, recibió esquema de maduración pulmonar, infección de vías urinarias a los 8 meses de gestación, tratada y remitida. Se obtuvo por cesárea electiva, lloró y respiró al nacer, con necesidad de oxígeno por casco cefálico. APGAR 6/8, peso 3,750 g, talla 52 cm, Capurro 41 SDG. Egresó a los 4 días de vida por necesidad de oxígeno suplementario.

18.10.24 extra HIMFG: Se hospitalizó extra HIMFG por datos de cianosis generalizada, asociado a datos de dificultad respiratoria y pérdida del estado de alerta de aproximadamente dos minutos de duración.

21.10.24: Presentó deterioro hemodinámico, con datos de hipoperfusión, se manejó con milrinona a dosis no especificada y adrenalina a dosis máxima de 0.2 mcg/Kg/min.

22.10.24 UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: Ingresó por diagnóstico de choque séptico de foco pulmonar, se recibió con cianosis central y saturación de 46%. **CARDIOLOGÍA:** Integró conexión anómala total de venas pulmonares, variedad infracardiaca a vena porta obstructiva, CIA de 3.5 mm con CC de D a I, PCA con BoPo 1.3 mm y CC bidireccional, por necesidad de manejo quirúrgico correctivo. Fue referido a nuestra institución.

23.10.24 extra HIMFG: Ecocardiograma: Conexión anómala total de venas pulmonares variedad infracardiaca a vena porta obstructiva, comunicación interauricular de 3.5 mm con cortocircuito de derecha a izquierda, conducto arterioso persistente con boca pulmonar de 1.3 mm de diámetro con cortocircuito bidireccional, dilatación de cavidades derechas, presión sistólica de la arteria pulmonar a nivel sistémico, función sistólica ventricular izquierda conservada, función sistólica del ventrículo derecho límite.

Angiotomografía: Conexión anómala total de venas pulmonares infracardiaca a sistema porta obstruida, foramen oval permeable de 3.3 mm con CC de derecha a izquierda, conducto arterioso permeable con CC de izquierda a derecha, hipertensión arterial pulmonar grave, disfunción sistólica leve de ventrículo derecho, adecuada función sistólica de ventrículo izquierdo. **Radiografía de tórax:** Infiltrado bilateral generalizado.

pH	Pco ₂	Po ₂	Hco ₃	EB	Lactato
7.34	45.6 mmHg	25.9 mmHg	21.7 mEq/L	-1.7	1.56 mmol/L
Hemoglobina	Hto	Leucocitos	Plaquetas		
11.7 g/dL	36.7 %	6,300	583,000		
BUN	Glu	Na	K	Cl	Creatinina
42 mg/dL	206 mg/dL	144 mmol/L	4.7 mmol/L	102 mmol/L	0.6 mg/dL

BT	BD	BI	ALB	Ácido Úrico
0.4 mg/dL	0.1 mg/dL	0.3 mg/dL	3.4 mg/dL	8.6 mg/dL

PADECIMIENTO ACTUAL 26.10.24 UTIP:

Se recibió paciente hemodinámicamente sin dependencia de apoyo aminérgico, gasto urinario 9 ml/Kg/h con infusión de furosemida 200 mcg/Kg/min, lactato de 2.1 mmol/L. A nivel ventilatorio VMI 24/5, FiO₂ 80% manteniendo saturación entre 69% - 79%, afebril, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. En ayuno, SDB 50 ml/Kg/día, midazolam 100 mcg/Kg/min, dexmedetomidina 0.5 mcg/Kg/min, fentanilo 2 mcg/Kg/min y vecuronio 100 mg/Kg/min.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O ₂
5.6 Kg	58 cm	166/min	17/min	128/85 mmHg	37.1 °C	3 segundos	69 %

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, bajo sedoanalgesia, palidez generalizada con cianosis central, cráneo sin malformaciones óseas, fontanela anterior normotensa, pupilas simétricas, reactivas a estímulo luminoso, narinas con abundantes secreciones, orointubado, cuello sin adenopatías palpables, tórax normolíneo, con movimientos acoplados a ventilador mecánico, a la auscultación ruidos transmitidos por secreciones, precordio hiperdinámico, rítmico, desdoblamiento fijo del segundo ruido cardíaco, sin soplos audibles. Abdomen blando, depresible, sin megalias, genitales fenotípicamente masculinos, extremidades íntegras, simétricas y pulsos débiles.

Laboratorios de ingreso:

Hb	Hto	Leu	Neu	Ban	Linf	Mon	Eos/Bas	Plaq	CPK
10.10 g/dL	31.2%	10,800 / μ L	74%	1%	15%	10%	0 / 0%	556,000 cels/mm ³	U/L
BUN	Glu	Cr	Ác. Úrico	Na	K	Cl	Ca	Fósforo	Mg
21.57 mg/dL	257 mg/dL	0.59 mg/dL	9.8 mg/dL	132 mmol/L	4.1 mmol/L	100 mmol/L	8.6 mg/dL	4.5 mg/dL	1.9 mg/dL
BT	BD	BI	P. Totales	Albúmina	DHL	ALT	AST	Globulina	FA
0.43 mg/dL	0.10 mg/dL	0.33 mg/dL	5.5 g/dL	3.7 mg/dL	684 U/L	11 U/L	23 U/L	1.8 g/dL	101 U/L
TP	TTPa	INR	Dímero D	Fibrinógeno	GGT				
13.8 seg.	54.8 seg.	1.19	614 ng/ml	349 mg/dL	22 U/L				

INFECTOLOGÍA: Se solicitó interconsulta por neumonía asociada a ventilador, se valoró paciente con TA limítrofe, desaturación, taquicardia, pulsos débiles, llenado retardado, extremidades frías, crépitos bilaterales basales y pico febril de 38.3°C, se inició cefepime. **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR:** Masculino de dos meses de edad con diagnóstico de conexión anómala total de venas pulmonares, variedad infracardiaca con gradiente obstructivo de 4 mmHg, se realizó corrección total de venas pulmonares variedad infracardiaca + ligadura de conducto arterioso, tiempo de circulación extracorpórea 58 minutos, tiempo de pinzamiento de 38 minutos. **UTQ:** Se recibió paciente con apoyo aminérgico, norepinefrina 0.01 mcg/Kg/min, vasopresina 0.0003 UI/Kg/min, adrenalina a 0.1 mcg/Kg/min y milrinona a 0.25 mcg/Kg/min, se evidenció tendencia hacia la hipertensión, se suspendió norepinefrina y posteriormente vasopresina, volumen urinario de la primera hora de 55 ml, lactato inicial 5.6 mmol/L, orointubado, con VMI PIP 22, Fr 25, PEEP 5 y FiO₂ 100%, iniciando descensos de FiO₂ 2%. Radiografía de tórax con presencia de sonda pleural derecha y mediastinal, así como catéteres de arteria pulmonar, auriculares con aparente hipoflujo pulmonar, sin datos de neumotórax ni atelectasias. En ayuno, con sonda orogástrica, se inició manejo con omeprazol a 1 mg/Kg/do, soluciones de base calculadas, sin desequilibrios hidroelectrolíticos, BUN 18.6, creatinina 0.65 mg/dL, ácido úrico 5.4 mg/dL. Drenaje por sonda pleural 1 ml/h, midazolam a 100 mcg/Kg/h, fentanilo 2 mcg/Kg/h. **CARDIOLOGÍA:**

Se valoró paciente en su postquirúrgico inmediato. ECOTT: septum interatrial con defecto de 2 mm con cortocircuito de izquierda a derecha, se observó anastomosis de colector a atrio izquierdo, con gradiente de 3 mmHg, insuficiencia tricuspídea leve, gradiente de 37 mmHg, (PVC 11) que permitió estimar PSVD de 48 mmHg, E/A tricuspídea de 0.9, con función sistólica cualitativa conservada, insuficiencia mitral leve E/A mitral 1.1, FEVI Simpson de 59%, arco aórtico sin obstrucciones, sin observar flujo de conducto. Con apoyo aminérgico, adrenalina a 0.04 mcg/Kg/min, milrinona a 0.5 mcg/Kg/min, bajo VMI AC 22/5, FiO₂ 100% y apoyo con óxido nítrico a 9 ppm. Sonda pleural con gasto hemático de 12 ml, afebril, en manejo antibiótico profiláctico con cefalotina.

27.10.24 UTQX: Paciente inestable, con vasopresina a 0.0003 UI/Kg/min, adrenalina 0.1 mcg/Kg/min, así como milrinona 0.75 mcg/Kg/min, agregándose levosimendán a 0.2 mcg/Kg/min, llenado capilar de 3 a 4 segundos, presión media de arteria pulmonar 30 mmHg, PVC 12, reiniciando infusión de furosemide a 200 mcg/Kg/h. Con alcalosis respiratoria, función renal con creatinina de 0.56 mg/dL, con evidencia de lesión renal aguda AKIN I. Bh: Hb 12.2 g/dL, Hto 36.8%, plaquetas 323,000 cels/mm³, leucocitos 7.40 cels/mm³, segmentados 67%, bandas 5%, linfocitos 21%, monocitos 7%. TP 14.8", TTP 31.2", INR 1.27, DD 1,024 ng/mL, FIB 439 mg/dL. Requirió bolos de relajación con la finalidad de evitar desencadenar crisis de hipertensión pulmonar.

28.10.24 UTQX: Inestable, apoyo aminérgico a expensas de vasopresina, adrenalina, milrinona, en manejo con levosimendán, infusión de furosemide, presiones de aurícula entre 11-7 y presión pulmonar de 32-52, lactatos entre 2.7 y 1.5, RVC entre 42-39, delta de CO₂ 10.4 a 1.5, índices de oxigenación entre 10.5 a 10.8.

29.10.24 UTQX: Hemodinámicamente inestable secundario a crisis de hipertensión pulmonar, en varias ocasiones requirió aumento de score aminérgico, DAVO 11 a 15.9 e IEO₂ de 40 a 67 con tendencia a hipodinamia con caída de RVC de 52 a 31, manejo de diurético en infusión el cual se aumentó a 200 mcg para negativizar aún más el balance y evitar sobrecarga, se inició manejo con sildenafil a 0.5 mcg/Kg. Se aumentó sedoanalgesia por inestabilidad hemodinámica, con infusión de midazolam a 30 mcg, fentanilo a 4 mcg, vecuronio a 100 mcg y dexmedetomidina a 0.3 mcg, en lo ventilatorio se intentaron disminuir parámetros, sin embargo, se aumentó por crisis de hipertensión, presentó lactato de 4.3 mmol/L.

CARDIOLOGÍA: Se solicitó valoración por sospecha de obstrucción del sitio de anastomosis y función cardíaca, se realizó ECOTT el cual reportó sin obstrucción, sin observar flujo del conducto arterioso. **INFECTOLOGÍA:** Paciente con evolución tórpida, con parámetros ventilatorios altos, hemodinámicamente inestable, con palidez generalizada, cianosis, múltiples dispositivos invasivos, con presencia de estertores gruesos bilaterales, se realizó angiotomografía, a nivel pulmonar con presencia de consolidaciones basales bilaterales con derrame basal bilateral, el cultivo de secreción bronquial con crecimiento de colonias compatibles con bacilos Gram negativos, se amplió espectro antibiótico con meropenem. **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR:** Se colocó CVC por venodisección en femoral derecha, por necesidad de lumen estéril para inicio de NPT. Presentó cambios de coloración en dicha extremidad, se retiró acceso vascular y se solicitó USG Doppler en dicha extremidad, se reportó flujo arterial normal.

30.10.24 UTQX: Paciente inestable, con score aminérgico de 25, a expensas de adrenalina, milrinona, levosimendán, noradrenalina y vasopresina, con infusión de furosemide, orintubado con reinicio de óxido nítrico a 40 ppm, presentó una crisis de hipertensión arterial pulmonar, mantuvo presiones medias de la pulmonar entre 18 mmHg a máximas de 35 mmHg, en tratamiento con sildenafil a 0.5 mg/Kg/do cada 8 horas. Con tendencia a la hipernatremia, se ajustan soluciones para recibir aporte por medio de las mismas, se transfundió, para optimizar cifra de hemoglobina, se inició infusión de heparina a 5 UI/kg/h. Sedación a expensas de midazolam a 300 mcg/kg/h, fentanilo a 4 mcg/kg/h, vecuronio a 100 mcg/kg/h. **CIRUGÍA CARDIOVASCULAR:** Se colocó CVC, con abordaje yugular derecho, sin embargo, sin paso de guía por lo que se decidió realizar abordaje yugular izquierdo, se observaron extrasístoles ventriculares, se corroboró con radiografía de tórax previo a dilatación, donde se corroboró adecuada colocación, se procedió a dilatar y colocar CVC. En gasometría se encontró pH 7.34, PCO₂ 48 mmHg, HCO₃ 25 mEq/L, EB -0.5, Sat 78%, lactato 2.9 mmol/L, posteriormente se observó incremento de presión pulmonar de manera súbita entre 100 y 300, posteriormente presentó desaturación, se inició sedación, analgesia y relajación, se dio inicio de VPP, presentó disminución de presión arterial de manera progresiva hasta presentar paro cardiorrespiratorio, se iniciaron maniobras de reanimación avanzada a las 12:28 horas, se dieron 6 ciclos, se administraron 3 dosis de adrenalina, bicarbonato, gluconato de calcio, sin presentar incremento en línea arterial diastólica, durante la VPP se observó adecuada elevación de tórax, sin retorno a la circulación espontánea. **Hora de defunción: 12:40 horas.**