SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA
Miércoles 18 de noviembre 2026

COORDINADOR: MARIANA ESPEJEL DELOIZA
RADIÓLOGO: DRA. MARIANA SÁNCHEZ CURIEL LOYO
DISCUSOR: DRA. RACHELLI SACHENKA FERNÁNDEZ VENTURA R-VII CIRUGÍA
PATÓLOGO: DR. PEDRO FRANCISCO VALENCIA MAYORAL
RESUMEN: DRA. DRA. PAOLA FLORES BECERRIL INGRID SIMÓN LARA

FEMENINO DE 13 AÑOS DE EDAD, ORIGINARIA DEL ESTADO DE MÉXICO.

MOTIVO DE CONSULTA: Síndrome colestásico.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 33 años, ama de casa, secundaria, negó tabaquismo, enolismo o toxicomanías, sana, una transfusión durante el parto, católica, separada. Padre de 38 años, obrero, secundaria, negó etilismo, tabaquismo o consumo de drogas, sano, fuera de núcleo familiar. Hermano de 14 años sano.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Habitan en casa propia, dos recamaras, cohabitan tres personas, con servicios básicos de urbanización, construida con materiales perdurables, no conviven con animales, cursaba tercero de primaria, adecuado desempeño escolar, dieta baja en proteínas y sodio, vacunas completas para la edad, no mostró cartilla.

ANTECEDENTES PERINATALES: Producto de la segunda gesta, 24 años al momento de la concepción, percepción de embarazo a las 4 SDG, inició consumo de hierro y ácido fólico, control prenatal desde las 4 SDG, nueve consultas y 2 USG normales, aplicación de toxoide tetánico. Tamiz para diabetes gestacional, VDRL, TORCH y VIH negativos. Embarazo normoevolutivo, se obtuvo producto a término vía vaginal, lloró y respiró al nacer, negó complicaciones, peso 3,500 g, talla 51 cm, APGAR 9/9. Egresó a las 24 horas. Tamiz metabólico normal.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS
16.02.12 Extra HIMFG: Por presencia de hemorragia en primer dedo de mano izquierda, se encontró prolongación de los tiempos de coagulación, se administró PFC a 10 ml/Kg/do en dos ocasiones y una dosis de vitamina K 2 mg IV cada 8 horas. Se refirió a esta institución para su abordaje diagnóstico
Acude a valoración el 19 de abril por la consulta externa de Gastroenterología, donde se inicia abordaje de estudio, por evacuaciones en esa valoración corroboradas hipocólicas,
24.02.12: Conocido HIM, referido por colestasis neonatal y enfermedad hemorrágica del recién nacido. USG hepático y de vías biliares: Se observó hígado aumentado de tamaño heterogéneo, no se observó vesícula biliar. USG de HVB: hígado aumentado de tamaño heterogéneo, no se observó vesícula biliar.
10.03.14: Hospitalización por sangrado de tubo digestivo alto (STDA) (primer evento). Se realizó endoscopia evidenciando várices esofágicas GIII, con esclerosis.
10.05.12 CARDIOLOGÍA: Sindrómico: COR sano. **OFTALMOLOGÍA:** Sin embriotoxón y cataratas. Sin Rx de columna y huesos largos.
15.05.12: Colangiografía transoperatoria + Kasai 77 días de vida + apendicectomía. Hallazgos: no se observó vía biliar intra ni extrahepática. Colangiografía abierta sin observarse vía biliar intra ni extrahepática. Biopsia: porta hepatis; conductos biliares extrahepáticos con luz irregular de 2 mm de diámetro, múltiples regulares menores de 300 micras, algunos con cordón de tejido fibroso. Vesícula biliar irregular. Biopsia hepática con arquitectura conservada, nódulos de hepatocitos parcialmente rodeados de tabiques de tejido fibroso, proliferación de colangíolos e infiltrado leucocitario. Hepatocitos con transformación gigantocelular pseudoacinar y colestasis. Islas de hematopoyesis, colangíolos canalículos con tapones de bilis sin inclusiones virales. Dx Atresia de vías biliares. **Metabólico:** tamiz metabólico (azteca) galactosa total 3 de enero normal, tripsina neonatal 126 (normal <70), alfa-1 antitripsina normal, electrolitos en sudor normales (CL 13.9 mmol/L, NA 11.6 mmol/L, K 1.4 mmol/L). Gasometría con acidosis metabólica, se descartó ATR. **Infectológico:** TORCH: IgG + para toxoplasma, rubeola, CMV y herpes

virus tipo I. *Epstein Barr* + IgG cápside viral y EBNA. Hepatitis A memoria inmunológica. Seroconversión de hepatitis B, hepatitis C no reactiva. PCR CMV + en plasma y sangre (mayo 2012), negativo a EB.
05.03.14: USG hepático: con vena porta permeable, con flujo hepatofugal y hepatopeta lento, con velocidad de 8 cm/s, vena hepática permeable, se encontró lento flujo esplénico, hígado con datos de fibrosis, presencia de líquido en cavidad abdominal, se observaron datos de hipertensión portal.
04.04.14: Endoscopia: tercio proximal y medio de esófago sin alteraciones, se encontraron 3 cordones varicosos en tercio inferior grado III, antro con datos de gastropatía hipertensiva, varice fúndica grande y una proveniente de esófago, se realizó escleroterapia de 3 várices esofágicas.
15.04.14 GASTROENTEROLOGÍA: Sin ascitis, se incrementó dosis de propanolol

27.05.14: Ecocardiograma: PSVD 33 mmHg, FEVI 66% AA 36%.

14.07.14 GASTROENTEROLOGÍA: Descenso de hemoglobina, se incrementó sulfato ferroso 6 mg/Kg/día, se solicitó sangre oculta en heces; PCR para virus EB y se aplicó vacuna de hepatitis A.

24.09.14 NEUMOLOGÍA: Dejó manejo con sildenafil 10 mg VO cada 12 horas.

11.04.14 CIRUGÍA DE TRASPLANTES: Se inició protocolo de trasplante hepático

11.11.14 GASTROENTEROLOGÍA: Con descenso de hemoglobina, se envió a Urgencias para transfusión.

27.12.14 al 27.01.15: Hospitalización por segundo evento de STDA: cursó con sepsis adquirida en la comunidad.
09 al 18.01.15: Hospitalizado por tercer evento de STDA. **13.01.15:** Endoscopia: varices esofágicas grado III, dos várices fúndicas medianas, gastropatía hipertensiva leve, esclerosis de várices esofágicas grado III. **16 al 18.01.15:** Presentó cuanto evento por STDA. **27 al 29.01.15:** Hospitalización por quinto evento de STDA + urosepsis. **13.02.15:** Completó protocolo de trasplantes. **20 al 24.02.15:** Hospitalización por sexto evento de STDA. **20 al 24.03.15:** Hospitalización por séptimo evento de STDA, cursó con varicela. **02 al 10.04.15:** Hospitalización por octavo evento por STDA y cursó con choque mixto. **15 y 16.04.15:** Hospitalización por noveno evento por STDA.

18.05.15: Endoscopía: Varices esofágicas 3 cordones GRADO III, varices fúndicas: conglomerado de cordones, gastropatía hipertensiva moderada.
11.07.16: Endoscopía: Varices esofágicas con cambios post ligadura (tres cordones amputados), várices fúndicas pequeñas (2) y una várice fúndica continuación de esofágica.
21.01.17 CIRUGÍA DE TRASPLANTE HEPÁTICO: Paciente ya listado con varices esofágicas, asintomática. Cita en 6 meses con laboratorios.
04.10.17 GASTROENTEROLOGÍA: Se suspendió aporte de cloruro de potasio, complejo oseínico mineral (compuesto por calcio, fósforo y proteínas) y se ajustaron dosis de AUDC, propranolol y vitaminas ACD.

22 y 23.11.17: Hospitalización por décimo evento por STDA. **22 al 24.12.17:** Hospitalización por onceavo evento de STDA.

Enero 2018 CIRUGÍA DE TÓRAX: Perdió seguimiento, sin eventos de colangitis ni peritonitis primaria.
08 al 22.06.18: Doceava hospitalización por STDA. **11 al 16.09.18:** Treceava hospitalización por STDA.
18.09.18 CX TRASPLANTE HEPÁTICO: No asistió

02 al 04.11.18: Catorceava hospitalización por STDA. **09 al 13.11.18:** Quinceava hospitalización por STDA.

08.02.19: Panendoscopía: varices esofágicas grado II/ III, dos cordones, aplicación de cianocrilato, continuación de las várices hacia el fondo, dos cordones GOV, 2 grandes. Aplicación de cianoacrilato.
14 y 15.03.19: Dieciseisava hospitalización por STDA. **15.03.19 CIRUGÍA DE TÓRAX:** Panendoscopia**:** sin evidencia de lesiones en tercio superior y medio esófago, en tercio inferior se encontró un cordón varicoso grado II y otro mismo nivel grado III, en estómago con datos de gastropatía hipertensiva y encontrando continuidad hasta fondo gástrico de dos cordones varicosos, además se evidenció zona de aplicación de esclerosante sin sangrado activo, bulbo duodenal y segunda porción del duodeno sin lesiones.

21.03.19: Diecisieteava hospitalización por STDA. **01 al 15.07.19:** Dieciochoava Hospitalización por STDA.

12.07.19: Endoscopía: Tres cordones varicosos, grado III en esófago, se ligaron exitosamente, un cordón fúndico pétreo por aplicación previa de cianocrilato y otro GOV 1.

22 al 25.07.19: Diecinueveava hospitalización por STDA. **20 al 24.09.19:** Veinteava hospitalización por STDA. **03 al 11.10.19:** Veintiunava hospitalización por STDA + choque hemorrágico remitido + IVU.
05 al 13.11.19: Se hospitalizó para trasplante hepático. **06.11.19 TRASPLANTE HEPÁTICO:** Trasplante hepático de donador cadavérico. Hallazgos: hígado nativo con parénquima homogéneo y fibrosis moderada, arteria hepática derecha reemplazada, lóbulo hepático accesorio, hígado injertado: sin alteraciones, con arteria hepática izquierda accesoria, se realizó anastomosis a la arteria hepática izquierda accesoria, se realizó anastomosis a la arteria hepática izquierda, tiempo de hepatectomía de 4 horas 42 minutos, fase ante hepática 52 minutos, isquemia caliente 48 minutos, isquemia total 7 horas 40 minutos, anastomosis supra hepática 12 minutos, anastomosis portal 20 minutos, anastomosis arterial 15 minutos, anastomosis biliar 29 minutos, tiempo quirúrgico 12 horas y 10 minutos.

05.12.19 C.E. TRASPLANTE HEPÁTICO: Asintomática, exploración física normal, AST U/L y ALT en 55 U/L, múltiples caries severas. **C.E. ODONTOPEDIATRÍA:** Lesiones cariosas de diversos grados, focos infecciosos activos, requirió rehabilitación completa, se solicitó suspender AAS.
08.12.29: Ingresó para rehabilitación oral.

18.12.19: OP biopsia hepática guiada por USG hallazgos: en control de ultrasonido posterior con diagnóstico de líquido laminar subhepático. Biopsia: rechazo celular crónico leve y datos de enfermedad venooclusiva, puntaje Banff 3/9.
03.01.20 C.E. TRASPLANTES: Disminución de enzimas hepáticas. Se disminuyó dosis de prednisona.
07 al 12.05.20: Se hospitalizó por probable rechazo, presentó elevación de transaminasas, contando con antecedente de rechazo celular crónico leve, se administró bolo de succinato sódico de metilprednisolona. Ingresó con datos de rechazo agudo del injerto. **08.05.20:** Sin cambios en USG hepático.
04.06.20 C.E. TRASPLANTES: Se disminuyó prednisona 10 mg/Kg/do, se citó en un mes, se observó mejoría clínica y bioquímica,
01.07.20 C.E. TRASPLANTES: Se disminuyó dosis de tacrolimus secundario a elevación de BI, se dejó dosis de 3 mg cada 12 horas.
23.07.20 C.E. TRASPLANTES: Se reportó CMV y EBV negativos, se suspendió TMP/ SMX y se bajó dosis de prednisona a 7.5 mg.
26.08.20 C.E. TRASPLANTES: Elevación de PFH´s a expensas de ALT 211 (29), AST 280 (33), reticulocitos de 13.6%, se decidió incremento de prednisona a 10 mg y ácido micofenólico 180,180 mg.
15.10.20 C.E. TRASPLANTES: Presentó mejoría de enzimas hepáticas AST 56 (280). Se disminuyó dosis de prednisona a 7.5 mg tacrolimus.
19.11.20 C.E. TRASPLANTES: Aumentó nuevamente niveles de PFH, se decidió hospitalizar para abordaje, se solicitó perfil de hepatitis A, B, C, USG Doppler y se valoró biopsia hepática.
10.12.20 C.E. TRASPLANTES: Se observó normalización de enzimas hepáticas.
21.01.21 C.E. TRASPLANTES: Se ajustó dosis de prednisona a 15 mg.

06.05.21 C.E. TRASPLANTES: Se disminuyó prednisona a 5 mg cada 24 horas.

10.06.21 C.E. TRASPLANTES: Ictericia conjuntival, con elevación de enzimas hepáticas TGO 1041, TGP 633, GGT 455, se decidió hospitalización para manejo con metilprednisolona.
10 al 14.06.21: Se hospitalizó por rechazo agudo a trasplante.
01 al 08.07.21: OP Biopsia guiada hepática por ultrasonido 02.07.21.

19.05.22 C.E. TRASPLANTES: Aumento de bilirrubinas y transaminasas, con antecedente de evento infeccioso.

25.05.22 C.E. TRASPLANTES: Estudios de laboratorio con disminución de GGT, enzimas hepáticas en disminución, en límites, biometría hemática presentó bandas, pero no leucocitosis.
24.11.22 C.E. TRASPLANTES: Adecuada evolución a tratamiento médico, debido al antecedente de rechazos al injerto, se consideró manejo inmunológico difícil, continuó con prednisona.
23.03.23 C.E. TRASPLANTES: Discreta disminución de enzimas hepáticas e incremento de prednisona a 10 mg.
25.05.23 C.E. TRASPLANTES: Madre refirió diagnóstico de gastroenteritis probablemente infecciosa, se encontró asintomática.
27.07.23 C.E. TRASPLANTES: Adecuada evolución y apego, continuó con prednisona 10 mg.

13 al 19.01.24: Hospitalización, ingresó con diagnóstico de infección de vías urinarias y quinto evento de rechazo al injerto, recibió manejo con cefuroxima por 6 días efectivos y metilprednisolona.
28 al 30.01.24: Hospitalización para biopsia hepática

29.01.24: OP biopsia hepática guiada por USG: Sin hallazgos.

01.02.24: Revisión de laminillas: Se observaron cambios nodulares con cambio inflamatorio escaso o leve infiltrado de mononucleares, sin endotelitis ni venulitis. Colestasis canalicular. Sin proliferación de colangíolos. En tricómicro de masson con bandas de fibrosis grado II/IV con puentes de fibrosis incompletos, no llegaban a espacio porta-porta o a la vena central. Conclusión: Datos de rechazo celular agudo leve, tratado, colestasis canalicular, no hay colangitis ni obstrucción al flujo biliar, sin daño directo a los conductos biliares, fibrosis estadio II/IV con puentes de colágeno incompletos.

16.05.24 C.E. TRASPLANTES: En consulta previa se prescribió ácido ursodesoxicólico, con disminución de GGT, elevación de ácido úrico (7.4 y 9.5) y potasio (5.7, 5.4), creatinina en 0.96, se valorará disminuir dosis de tacrolimus, no se disminuyó debido a que es la primera determinación de enzimas normales, después del episodio de rechazo en enero, con nivel FK 9.

18.11.25 URGENCIAS: Abandono tratamiento desde mayo 2024 por mala dinámica familiar. Comenzó con dolor abdominal insidioso, incrementó en intensidad, asociado a incremento en el perímetro abdominal, así como edema en las 4 extremidades de dos semanas de evolución, acudió con facultativo e indicó tratamiento farmacológico no especificado, con mejoría parcial del dolor abdominal, por lo que decidieron acudir a Urgencias. A la EF, destacó, telangiectasia en mejilla derecha, bermellón con presencia de lesiones violáceas (tres en superior y uno en inferior). Precordio con ruidos cardíacos rítmicos, aumentados en intensidad y frecuencia. Abdomen con presencia de ascitis, doloroso a la palpación superficial y profunda generalizado, con peristalsis disminuida generalizada, hígado debajo de reborde costal 3 cm, extremidades superiores e inferiores edematizadas 2++ y 3+++ no doloroso, frio. USG Doppler hepático: hepato-esplenomegalia, incrementó diámetro de la vena porta, líquido libre en cavidad abdominal, derrame pleural derecho asociado con atelectasia, flujometría hepática dentro de parámetros normales. **CIRUGÍA DE TRASPLANTES:** El rechazo crónico evoluciona lentamente con pérdida ductal y fibrosis progresiva que condicionó colestasis persistente y disfunción irreversible del injerto. El diagnóstico requiere descartar complicaciones vasculares o biliares mediante el USG Doppler y estudios de imagen, siendo la biopsia hepática el estándar de oro para confirmar el tipo y severidad de rechazo. El manejo se basa en la inmunosupresión, habitualmente con pulsos de prednisolona y ajuste de inhibidores de calcineurina, reservando terapias como tiroglobulina o estrategias para rechazo humoral (plasmaféresis, IVIG, rituximab) en casos refractarios. Se realizó biopsia guiada, se administró albúmina con dosis de furosemida, secundario a la presencia de hipoalbuminemia y edema en manos y pies.

20.11.25 INFECTOLOGÍA: Presentó pico febril, se interconsultó y se inició esquema con cefepime 150 mg/Kg/día y amikacina 15 mg/Kg/día, se solicitaron cargas virales para CMV y VEB.

21.11.25 CIRUGÍA DE TRASPLANTES: Continuo con manejo con inmunosupresor de tacrolimus 3 mg y 2 mg. Posteriormente continuo con inmunoterapia para rechazo 3 dosis de 10 mg/Kg/do de metilprednisolona y posterior dosis reducción.

22.11.25 INFECTOLOGÍA: Por hemocultivo periférico con desarrollo de estructuras levaduriformes se inició anfotericina B liposomal 3 mg/Kg/día, se solicitó interconsulta a Oftalmología para descartar endoftalmitis, realización de TAC de abdomen y ecocardiograma.

23.11.25 CARDIOLOGÍA: ECOTT con corazón estructuralmente normal, imagen hiperecogénica de la aorta ascendente de 3.5 x 5.3 mm e imagen hiperecogénica a nivel de la porción media de la rama izquierda de la arteria pulmonar de 6.1 x 7.3 mm, presión pulmonar normal, función sistodiastólica normal. Por hallazgo imagenológico y el contexto del paciente se concluyó el diagnóstico de endocarditis. **HEMATOLOGÍA:** Se solicitó valoración para anticoagulación profiláctica, presentó sangrado activo de tubo digestivo alto y antecedente de cordones varicosos, incremento probabilidad de sangrado. Se recomendó priorizar el control del sangrado de tubo digestivo.

24.11.25 CIRUGÍA DE TRASPLANTES: Se solicitaron niveles de tacrolimus, se ajustaron dosis por filtrado glomerular. **CARDIOLOGÍA:** Se revaloró paciente con ecocardiograma, se abordaron específicamente ramas pulmonares y porción ascendente de aorta, no se encontraron datos de masas, trombos o vegetaciones. **INFECTOLOGÍA:** Clínicamente estable, sin evidencia de sepsis ni fungemia, se sugirió suspender el tratamiento antifúngico y antimicrobiano. **NEFROLOGÍA:** Se interconsultó por LRA, se sugirió

asegurar líquidos a 1,000-1,200 ml/m^2/día, se sugirió iniciar albúmina en infusión de 24 horas (0.5 g/Kg/día), así como ajustar dosis de medicamentos/antibióticos a TFG actual.

25.11.25 CIRUGÍA DE TRASPLANTES: Biopsia hepática: rechazo extenso, rico en células plasmáticas, fibrosis leve (I/IV), CK positiva, CD8 positiva 10%, CD20 positiva 10%, CD 138 positiva 80%, CD4 no valorable. Se suspendió manejo con amikacina y anfotericina B. **PSICOLOGÍA:** Sugirió reforzar rol de la madre como cuidadora, enfatizando la responsabilidad y la importancia de la estabilidad en los cuidadores y mejorar las condiciones para la adherencia al tratamiento.

26.11.25 INFECTOLOGÍA: Sugirió concluir tratamiento con cefalosporina de cuarta generación por 7 días.

28.11.25 CIRUGÍA DE TRASPLANTES: En laboratorios de control se reportó disminución de hemoglobina, se asoció a evacuaciones melénicas, se solicitó nueva endoscopia y hemocultivos de control en busca de hongos, continuo con prednisona, tacrolimus y cefepime en su séptimo día efectivo.

01.12.25 CIRUGÍA DE TÓRAX Y ENDOSCOPÍA: Sin presencia de várices esofágicas, no se completó estudio por presencia de alimento en estómago**. NEFROLOGÍA:** En seguimiento por lesión renal aguda, con datos de edema facial y de extremidades inferiores, se inició furosemida con albúmina, posteriormente se indicó ajuste de líquidos para evitar perpetuar lesión renal. **CIRUGÍA DE TRASPLANTES:** Continuó con tacrolimus, prednisona, bicarbonato, espironolactona, se añadió ácido ursodesoxicólico y furosemida secundario a presencia de colestasis y persistencia de anasarca. **HEMATOLOGÍA:** Se interconsultó por trombocitopenia autoinmune. **DERMATOLOGÍA:** Presentó trombocitopenia multifactorial. La atresia de vías biliares con antecedente de trasplante hepático y episodios de rechazo condicionaron una disfunción hepática crónica, con alteración en la síntesis de factores de coagulación y mayor susceptibilidad a coagulopatías. Los eventos de sangrado de tubo digestivo se asociaron a inflamación sistémica y sospecha de proceso infeccioso, podían contribuir al consumo plaquetario. La convergencia de estos factores generó un escenario propicio para el desarrollo de trombocitopenia grave.

02.12.25 HEMATOLOGÍA: Trombocitopenia periférica y de mecanismo multifactorial. **CIRUGÍA:** Se observó desaturación de hasta 87%, se colocaron puntas nasales, se solicitó TAC pulmonar, panel viral respiratorio positivo para virus sincitial respiratorio. **INFECTOLOGÍA:** TAC: Se observó derrame mayor derecho y derrame izquierdo, además de derrame pericárdico.

03.12.25 INFECTOLOGÍA: Se integró diagnóstico por neumonía viral por VSR, no ameritó tratamiento antiviral ni antibacteriano. **CARDIOLOGÍA:** Se valoró por sospecha de derrame pericárdico en el contexto de disfunción del injerto hepático. Ecocardiograma mostró función biventricular conservada, FEVI 63%, TAPSE y parámetros diastólicos del VD dentro de límites normales, con derrame pericárdico pequeño de 2 mm sin repercusión hemodinámica, no se identificaron datos de compromiso cardiovascular. **CIRUGÍA DE TRASPLANTES:** Se realizó toracocentesis, se obtuvo 585 ml de líquido citrino, se envió para citoquímico y cultivo. Paciente con deterioro respiratorio progresivo, requirió mayor aporte de O_2 suplementario, incluso después de toracocentesis. Radiografía de tórax: Infiltrado intersticial difuso bilateral y derrame pleural izquierdo. **TERAPIA INTENSIVA:** Presentó campos pulmonares hipoventilados de forma bilateral, con dificultad respiratoria a expensas de aleteo nasal, disociación abdominal, retracción supraesternal. Se catalogó como prioridad 3. **NEFROLOGÍA:** Se suspendió bicarbonato. **CIRUGÍA:** Presentó deterioro ventilatorio que requirió intubación orotraqueal, con sospecha de sepsis por foco pulmonar. **ALGOLOGÍA:** Se inició sedación con morfina. **INFECTOLOGIA:** Por neumonía asociada a los cuidados de la salud se inició esquema con meropenem + vancomicina, ajustado a dosis renal. **TERAPIA INTENSIVA:** Ingresó con deterioro hemodinámico, se inició apoyo aminérgico con norepinefrina a 0.1 mcg/Kg/min, continuó con VMI.

04.12.25 CARDIOLOGÍA: Se encontró grave, con score aminérgico elevado, hipotensión por debajo del percentil 5, datos de mala perfusión tisular, hiperlactatemia y acidosis mixta grave. Ecocardiograma: se observó derrame pericárdico anterior de 11 mm, sin colapso de cavidades, no presentó datos de compromiso hemodinámico que ameritaran intervención. Así mismo, se identificó disfunción sistólica biventricular leve**,** probablemente asociada a la disfunción miocárdica secundaria al proceso séptico y exacerbada por la acidosis grave. Se consideró que el deterioro clínico no era de origen cardíaco, se recomendó continuar con la búsqueda y tratamiento de otras causas de choque. Debido a los datos de sobrecarga hídrica**,** se sugirió optimizar el manejo diurético de acuerdo con la tolerancia hemodinámica. **CIRUGÍA DE TRASPLANTES:** Presentó deterioro hemodinámico, falla multiorgánica que requirió manejo con triple aminas, presentó anuria de 8 horas, debido al estado crítico de choque se solicitó administración

de catéter Mahurkar, se colocó supraclavicular izquierdo, se colocó para realizar terapia de hemodiafiltración. **NEFROLOGÍA:** Se solicitó valoración por acidosis refractaria, hemodinámicamente inestable, con apoyo aminérgico a base de norepinefrina a 0.8 mcg/Kg/h, balance hídrico acumulado desde ingreso de +4,500 ml, manteniendo diuresis con volumen urinario en 24 horas de 280 ml, lo que confirió un gasto urinario de 5.9 ml/m^2/h; clínicamente con datos de sobrecarga hídrica. En lo metabólico-renal a su ingreso con datos de LRA, que iba en mejoría, con descompensación. Presentó acidosis metabólica refractaria a pesar de reposiciones en agudo de bicarbonato y aporte por soluciones de base e inestabilidad hemodinámica que ameritó uso de tres aminas. Se colocó máquina de PrisMax. **INFECTOLOGÍA:** Presentó deterioro ventilatorio, se sugirió iniciar manejo antibiótico carbapenémico ante el antecedente de haber completado esquema con cefalosporina de cuarta generación y glucopéptido ante datos de derrame pleural, para cobertura de cocos Gram+ meticilino resistentes. Así como ajustarlos a dosis renal y completar abordaje con hemocultivos y cultivos de secreción bronquial. **TERAPIA INTENSIVA:** Alto riesgo de defunción por falla orgánica múltiple, con mala respuesta a manejo aminérgico y vasopresor, mal apego a tratamiento por trasplante hepático, se mantuvo con score aminérgico alto con parámetros ventilatorios elevados con requerimiento de terapia de sustitución renal continua, sin embargo, con pronóstico malo para la vida y la función a corto plazo. Se notificó de la gravedad a los padres. Se realizó sesión conjunta con ambos padres y Cuidados Paliativos, se clasificó como grupo 3, se firmó consentimiento de no reanimación, por lo que se suspendió manejo con aminas, se suspendió terapia sustitutiva renal. Presentó línea arterial isoeléctrica, con trazo electrocardiográfico isoeléctrico, sin presencia de pulsos. **Hora de defunción: 17: 50 horas.**