



# INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

## SESIÓN ANATOMOCLÍNICA

### JUEVES 21 DE AGOSTO DE 2008

PRESIDE: DR. GUILLERMO SÓLOMON SANTIBÁÑEZ  
COORDINA: DRA. LAURA CAMACHO REYES  
PATÓLOGO: DR. GONZALO VALDES DUARTE  
TRABAJO SOCIAL: LTS. PATRICIA LARA ARROYO  
RESUMIÓ: DRA. LUZ MARÍA GONZÁLEZ ESQUIVEL

**Nombre:** JAGH  
**Género:** Masculino  
**Lugar de origen:** México, DF  
**Fecha de nacimiento:** 28/01/08  
**Fecha de ingreso:** 22/02/08  
**Fecha de fallecimiento:** 03/04/08

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Madre de 29 años y padre de 28 años, hermano de 8 años los tres originarios de I DF y aparentemente sanos. Abuela paterna con HAS. Abuelos paterno y materno con DM2.

#### ANTECEDENTES PERINATALES

Producto de G3 P1 A1 C1, control prenatal mensual, se aplicó una dosis de Td. Sangrados vaginales múltiples con dx de placenta previa que requirió 8 internamientos. Cervicovaginitis a los 5 meses de gestación, tratada con óvulos de nistatina y metronidazol. Ingresó a las 33 SDG por Placenta Previa, permaneció hospitalizada hasta las 36 SDG. Se obtuvo por cesárea, sin RPM. La cesárea se complicó con hemorragia. Peso al nacer 2950 g, se desconoce talla. Apgar 7/8. Onfalorrexia a los 15 días.

#### ALIMENTACIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Lactancia materna por 4 días, pero debido a fatiga durante la alimentación se sustituyó por leche maternizada. No ablactación. Fijó mirada al mes y medio, sonrisa social a los 2 meses con sostén incompleto de cabeza.

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Únicamente BCG al nacimiento. Combe negativo. Zoonosis con un gato fuera de la casa. Casa de 2 habitaciones con luz, agua potable y fosa séptica, habitaban 4 personas.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Desde el nacimiento con dificultad respiratoria, cianosis peribucal y ungueal que incrementaban con el llanto, diaforesis y discreta fatiga a la alimentación; por lo que fue hospitalizado 5 días con dx de Taquipnea Transitoria del Recién Nacido; requirió fototerapia debido a ictericia y en CMN S XXI realizaron Ecocardiograma con evidencia de Hipoplasia de Ventrículo izquierdo, Foramen Oval Permeable e interrupción del arco aórtico. Se egresó sin medicamentos Se niegan infecciones de vías respiratorias de repetición.

#### PADECIMIENTO ACTUAL

4 días previos a su ingreso presentó aumento del esfuerzo respiratorio y crisis convulsiva tónica generalizada de 10 min de duración siendo hospitalizado en clínica particular y tratado con diacepam y amikacina por faringoamigdalitis. Posteriormente fue referido a 3er nivel de atención. El día de ingreso la madre lo notó más cianótico y polipneico.

#### INGRESO A URGENCIAS 22/02/08

FC 130x', FR 60 x', TA MSD 94/52, MSI 80/49, MID 101/54

A su ingreso reactivo, neurológicamente integro, con cianosis generalizada. +++, saturando sO<sub>2</sub> 60%, sin ingurgitación yugular, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, Rs Cs rítmicos, con

soplo holosistólico en C2-4 grado II/VI, 2º ruido intenso y único, sin hepatomegalia. Extremidades con pulsos periféricos y centrales presentes, disminuidos en miembros inferiores, con hipocratismo digital y acropaquia. Rx de tórax: ICT 0.66, pulmonar excavada, flujo pulmonar disminuido. ECG: Ritmo sinusal, FC 150 x', AQRS +90 grados, dilatación auricular der. e hipertrofia de VD. Se realizó ecocardiograma con diagnóstico de síndrome izquierdo hipoplásico: atresia mitral más atresia aórtica, CIA restrictiva más PCA.

#### **NOTA DE SESIÓN MÉDICA CARDIOLÓGICA**

Dx: Atresia mitral, atresia aórtica, un ventrículo funcional con CIA restrictiva y conducto arterioso grande, por lo que se decidió programar cateterismo terapéutico urgente, consistente en una atrioseptostomía y aumentar, con esto, el cortocircuito derecha izquierda y así estabilizar hemodinámicamente al paciente.

#### **INGRESO A SALA DE URGENCIAS Y TRANSFERENCIA A UTIP**

Debido a que el paciente presentaba una cardiopatía pbe. dependiente de conducto arterioso, se inició infusión de prostaglandinas. Al realizar ecocardiograma presentó apneas y bradicardias hasta 60 por min, por lo que se decidió intubar y posteriormente pasar a cateterismo cardiaco para realizar atrioseptostomía.

#### **NOTA DE CATETERISMO CARDIACO 22/02/08**

Se realizó atrioseptostomía con catéter de Rashkin con 3 insuflaciones. Dx: Ventrículo izquierdo hipoplásico. Aumentó la saturación de 60% hasta 83%. Gradiente entre AD y AI de 20 mm/Hg disminuyendo casi a cero. Pasó a UTIP sin complicaciones.

#### **NOTA DE SESIÓN MÉDICO-QUIRÚRGICA 22/02/08**

Dx: Síndrome de ventrículo izq. hipoplásico constituido por: Ventrículo izquierdo muy pequeño, atresia mitral, atresia valvular aórtica, aorta ascendente muy hipoplásica (circulación retrógrada), conducto arterial, persistente (del que depende en su totalidad toda la circulación sistémica y coronaria), foramen oval muy restrictivo (AI muy dilatada con gradiente AI-AD 20 mmHg). Posterior a septostomía interauricular tipo Rashkin exitosa, se programó para el 5 de febrero para Qx de Norwood.

#### **NOTA DE GUARDIA DE UTIP 23/02/08**

Continuó con infusión de prostaglandinas, con FC 140x', TAM 55-66; balance hídrico neutro, PVC 1, GU conservado. Ventilado por presión, con FiO2 21%, mantuvo oxemias de 53, CO2 41, lactato 2. Presentó datos clínicos de hipoaldosteronismo con hiponatremia, hiperkalemia, por lo que se inició hidrocortisona hasta 100 mgm2scd, con buena respuesta. Con TP 63% y TTP 38 seg, se agrega Vit k. Hiponatremia de 127, se realiza corrección de Na a 132.

#### **NOTA POSTQUIRÚRGICA Y POSTANESTÉSICA 26/02/08**

Cirugía realizada: Ampliación de salida de cayado aórtico, cierre de arteria pulmonar con fístula de ventrículo derecha a arteria pulmonar izquierda.

Ingreso con TA 70/35 mm/Hg, FC 135x', FR man/cont SpO2 95%, T 36.2°C. Orointubado, con infusión de PGD. Inducción con MD2, fentanilo y vecuronio. Mantenimiento con MD2 100 mcgkg/hr y fentanilo 10 mcgkg/hr. Se canularon femorales y se realizó arteiodisección radial der. INFUSION DE AMINAS: adrenalina 0.03, milrinona 0.28, NTG, Levosimendan y vasopresina, NO.

COMPLEMENTO: Infusión de aprotinina, heparina, levosimendan. NaHCO3, Ca, Protamina, furosemide, HCT, amikacina y cefalotina. FARMACOS CEC: TPS, lidocaína, vecuronio. TIEMPO DCP 4h 50 min Pinzamiento total aorta: 2.45 hrs Paro circulatorio 16 min. Hipotermia 18°C INGRESOS: 2064 ml, Egresos: 1689 ml. BHT: +374 ml. Sangrado 1001 ml. Diuresis 90 ml. PG: 900 ml PFC 530 ml Crió 70 y CP. SALE DE CEC a ritmo nodal, pero presenta desnivel inferior, por lo que vuelve a entrar a CEC 58 min y pinzan ao. por 40 min mas. Se desmantela fístula BTT modificada y se realiza fístula de Sano, sale de bomba y pasa a UTIP con Aldrete 4 con apoyo de adrenalina, NTG, milrinona, levosimendan, vasopresina y oxido nítrico, requiriendo dejar herida quirúrgica abierta.

### **EVOLUCIÓN CARDIOVASCULAR UTIP 26/02/08**

Continuó abierta del tórax, con apoyo inotrópico con levosimendan, milrinona y adrenalina. Se suspendió la norepinefrina y la vasopresina sin repercusión. Aún con nitroprusiato para permitir vasodilatación sistémica y evitar hiperflujo pulmonar. Con diuresis 10 ml/kg/hr, por lo que se suspende infusión de furosemide y se cierra diálisis peritoneal. Presenta hiperglucemia 345, inicia insulina en infusión ECOCARDIOGRAMA con gradiente de aorta 8 mmHg, no se pudo medir fracción de eyección. Sat venosa en 65%.Neo aorta sin obstrucción FE 66%, normal.

### **EVOLUCIÓN CARDIOVASCULAR 27/02/08**

Se suspendió adrenalina y levosimendan posterior a 48 hrs de infusión. Se suspendió nitroprusiato e inició captopril. TAM 50 mm/Hg. Sin datos de HTAP se suspende NO e inicia sildenafil. PVC 6-10. Se recibió perfil tiroideo normal. Inició estimulación enteral con hidrolizado de proteínas.

### **INFECTOLOGÍA 28/02/08**

Paciente con riesgo de infección intrahospitalaria, herida qx. de tórax abierta de aproximadamente 16 cm, con exposición de corazón, por lo que se inició ceftriaxona y dicloxacilina

### **EVOLUCIÓN UTIP 28/02/08**

Hemodinámicamente con evolución satisfactoria, se encuentra sólo con milrinona, captopril, furosemide, espirolactona e inició aspirina como anti agregante plaquetario.

### **NOTA POSTQUIRÚGICA 03/03/08**

Ampliación de cayado aórtico, cierre de AP con fístula VD a la arteria pulmonar izquierda. Se realizó cierre de tórax sin complicaciones, sangrado de 10 ml. No incremento la presión media torácica. Se inició dexmetomedina como analgésico y ansiolítico y se suspendió fentanilo

### **EVOLUCIÓN UTIP 04/03/08**

PVC 17, con edema de extremidades, FC 144 x', TAM 70 mmHg se aumentó diurético, negativizando el BH a -58.

### **EVOLUCIÓN UTIP 05/03/08**

Se retiraron sondas mediastinales. Se retiró catéter de Tenckhoff. Se Inició dexametasona para destete ventilatorio. ECOCARDIOGRAMA con buena FEVD 65%, tubo de goretex de VD a AP permeable, arco aórtico sin obstrucción con buen flujo, gradiente 5 mmHg, sin insuficiencia tricuspídea.

### **EVOLUCIÓN UTIP 06/03/08**

Se logró extubación exitosa. Presentó estridor y disfonía. SO2 76%

### **EVOLUCIÓN UTIP 19/03/08**

Se sospechó de parálisis diafragmática izquierdo por imagen de Rx de tórax. Presentó atelectasias manejadas con drenaje postural, fisioterapia y aspiración selectiva de abundantes secreciones.

### **EVOLUCIÓN DE UTIP 21/03/08**

Debido a insuficiencia respiratoria se decidió reintubar al paciente, persiste con acidosis respiratoria posterior al manejo ventilatorio. Inicia dicloxacilina y amikacina debido a neumonía de focos múltiples.

### **NOTA POSTQUIRÚGICA 25/03/08**

Plicatura diafragmática izq. sin complicaciones con sangrado de 5 ml. Salió con sonda pleural izquierda. Reporte de ANGIOTAC del 24/03/07 normal.

### **EVOLUCIÓN UTIP 26/03/08**

Se extubó con éxito. Se suspendieron antibióticos al completar esquema de 5 días. Buena evolución clínica.

**NOTA DE EGRESO DE UTIP 28/03/08**

Sin datos de dificultad respiratoria, satura 70-80% sin oxígeno, estable hemodinámicamente con FC 118x', TA 100/67 mm/Hg, adecuados pulsos. Solo con captopril, furosemide y espironolactona.

**EGRESO DE CARDIOLOGÍA 02/04/08**

Fc 130x', FR 44x', TA 90/60 mm/Hg, T 36.7°C. Sat sin O2 70-75% Indicación de VO por succión 40 ml c/3 hrs. Con cianosis +++, herida quirúrgica sin datos de infección, precordio con soplo sistólico con C2-4 grado III-VI, borde hepático 1-1-1 cm. Se egresó con captopril 0.3 mg/kgd, espironolactona 3 mg/kgd, ASA 5 mg/kgd, furosemide 1 mg/kgd.

**REINGRESO A PREHOSPITALIZACIÓN Y DEFUNCIÓN 03/04/08**

A las 5 am refirió la madre que inició alimentación notando que era de forma lenta, seguido de dificultad respiratoria súbita, perdiendo esfuerzo respiratorio 20 min previos a su llegada a urgencias a las 6:25 am donde se efectuó el dx de muerte clínica.

**LABORATORIOS**

	Hto	Hg	Leuc	Seg	Pla
<b>21/02/08</b>	54.9%	17.1 mg/dl	10,700	42%	455 mil
<b>28/02/08</b>	41.6	14.3	4300	63%	38 mil
<b>21/03/08</b>	40.3	13.1	5900	57%	33 mil
<b>23/03/08</b>	39.1%	39.1	8600	57%	352 mil

	TP	TTP
<b>24/02/08</b>	61%	38.5
<b>02/03/08</b>	81%	11.6

	Ca	K	Na	Cl
<b>24/02/08</b>	8.9	5.3	134	101
<b>25/02/08</b>	8.2	2.5	136	96
<b>03/03/08</b>	8.4	3.4	141	110
<b>18/03/08</b>	9.3	5	131	92
<b>29/03/08</b>	9.3	4.2	138	103