



Resúmenes Casos Clínicos

Abstracts - Clinic Cases

Resumos dos Casos Clínicos

A PROPÓSITO DE LA MUERTE SÚBITA.

REPORTE DE UN CASO RECUPERADO

Chávez Morales Alfonso, Hernández Bastida Antonio,
Ruiz Villa Josué Giovani, Domínguez Lepe Angelina
Hospital General de México.

Introducción: la muerte súbita es ocasionada secundario a un componente cardiaco. Es una de las condiciones poco estudiadas en nuestra población mexicana; se han reportado series de casos en las cuales se han encontrado entre 33,000 y 53,000 muertes anuales, que están ligadas a patología coronaria de predominio isquémico. **Objetivo:** determinar el tratamiento oportuno, la valoración de una reanimación oportuna, posterior seguimiento en Terapia Intensiva por el síndrome postparto y el manejo hemodinámico dado que la patología en el sexo femenino y la edad son poco frecuentes de acuerdo a la literatura consultada. **Material y métodos:** reporte de caso, en donde se recabaron los datos del expediente clínico de la paciente, cumpliendo de acuerdo a la Ley General de Salud contenida en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la salud en seres humanos, título V y VI, se respetaron los principios éticos y pautas derivados del Informe Belmont. **Resultados y discusión:** la intervención adecuada en Terapia Intensiva para el monitoreo hemodinámico desde un choque cardiogénico hasta la extubación de la paciente generó un mejor pronóstico y abordaje de esta patología, hasta la reincorporación a la sociedad.

A PROPÓSITO DE UN CASO POCO FRECUENTE: «LA CARDIOMIOPATÍA PERIPARTO»

Barrera Valencia José Luis, Ruiz Marines Luis Alberto
Hospital Civil «Dr. Miguel Silva» - SSA, Michoacán.

Fémina de 30 años, escolaridad: preparatoria. Antecedentes relevantes: carga genética DM II/hipertensión, IVSA 23 años, NPS 4. Quirúrgicos: cesárea 2016 y 28/03/2022 (embarazo gemelar/preeclampsia/ruptura uterina). PA: hace tres meses, con tos sin expectoración, disnea a medianos esfuerzos. Por deterioro acude a unidad médica donde es internada para resolución del embarazo (preeclampsia con datos de severidad). Egresó por mejoría. Tres días después comienza con disnea y fiebre (leucocitosis/neutrofilia), cultivo de secreción bronquial positivo para estafilococo coagulasa negativo. Se hospitaliza, polipneica y taquicárdica con datos de congestión, manejada con antihipertensivo/diurético/betabloqueador; posteriormente, presenta paro cardiorespiratorio por 10 minutos, responde a RCP, se procede a IOT, sedoanalgesia y apoyo de doble vasopresor (norepinefrina 0.55 µg/kg/min y vasopresina). Es referida a nuestra unidad donde se realiza diagnóstico de insuficiencia cardiaca por ecocardiograma: dilatación VI y FEVI 30%, TAPSE 16, hipocinesia generalizada, miocardiopatía dilatada. Disfunción diastólica G-III, PSAP 47 mmHg y severa dilatación de AI. Iniciamos dobutamina y levosimendán, posteriormente al mejorar se cambia a digoxina. TAC de tórax derrame pleural, congestión vascular hilios pulmonares y hepatopatía congestiva (hepatomegalia), EKG prolongación QRS 86 ms V3/V4 (hipertrofia VI). Egresó por mejoría a los ocho días después, sin complicaciones, con multitratamiento, cabergolina/carvedilol/entresto/empagliflozina/espirolonactona y digoxina. Segundo ECOTT con mejoría de la FEVI a 36%.

A PROPÓSITO DE UN CASO: *MORGANELLA MORGANII, CHRYSEOBACTERIUM INDOLOGENES Y STENOTROPHOMONA MALTOPHILIA AISLADAS EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CON FASCITIS NECROSANTE Y NEUMONÍA*

Hernández Roque Nancy Anel, Ruiz Cacique José Alberto,
Aguilar Salgado Oliver, Reyes Inurrigarro Sergio
Hospital Regional ISSSTE Puebla.

Introducción: *M. morganii*, *C. indologenes* y *S. maltophilia* son especies gram negativas, oportunistas, ocasionalmente aisladas y de importancia creciente en el medio intrahospitalario por su farmacorresistencia y significativa morbilidad; generan infecciones en diversos órganos y tejidos, siendo más frecuente a nivel urinario, respiratorio, piel y tejidos blandos. **Objetivos:** describir el hallazgo de patógenos oportunistas aislados en un paciente inmunocompetente y la importancia emergente de infecciones oportunistas en pacientes inmunocompetentes en la UCI. **Material y métodos:** se trata de paciente de 43 años, antecedente de diabetes mellitus, SAHOS e insuficiencia venosa; inicia tres meses previos al ingreso con fletinas y eritema en ambos miembros pélvicos, manejado con diversos esquemas antimicrobianos sin mejoría, al ingreso con presencia de lesiones dérmicas, exudado purulento y tejido necrótico; los cultivos de secreción reportaron *M. morganii* sensible a carbapenémicos, aminoglucósidos y cefalosporina de cuarta generación; en cultivos de secreción bronquial desarrollo de *C. indologenes* y *S. maltophilia* sensibles a quinolonas y sulfas. **Resultados:** evolución tórpida pese a manejo antimicrobiano dirigido, erradicación de los patógenos en cultivos subsecuentes, que resultó en un desenlace fatal. **Discusión:** a pesar de ser patógenos infrecuentes cada vez existe más evidencia del potencial generador de infecciones nosocomiales y propagación en UCI.

ABORDAJE DE LESIÓN RENAL AGUDA EN UN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA DESCOMPENSADA

Treviño García Karla Belén, Cedillo Huerta Héctor Enrique,
Herrera Elizondo José Luis, Treviño Salinas Mario Alonso,
Moreno de Hoyos Abril Francisco
Hospital Universitario de Monterrey, Nuevo León.

Masculino de 45 años con antecedente de hepatopatía crónica Child-Pugh C por alcohol desde hace dos años, negando medicación actualmente, incluyendo uso de diuréticos. Acude al Servicio de Urgencias por presentar una semana de evolución con aumento del perímetro abdominal, dolor abdominal, fiebre y malestar general. A su ingreso se encuentra normotensor, taquicárdico, taquipnóeico y febril. Se evidencia ascitis grado 3 con red venosa colateral y dolor generalizado. Laboratorios: Hb 9.8 g/dL; leu: 18.5 K/uL; neu: 16.1 K/uL; plaquetas: 112 K/uL; PCR: 16.2 mg/dL; bilirrubina total: 1.7 mg/dL; albúmina: 2.3 g/dL; BUN: 32 mg/dL; Cr: 2.8 mg/dL; Na: 129 mEq/L y NaU: < 10 mmol/L. EGO normal. TAC de abdomen contrastada muestra hígado disminuido de tamaño y abundante líquido libre generalizado, resto normal. Se decidió realizar una paracentesis evacuadora de gran volumen y reposición de albúmina (6-8 g para cada litro drenado > 5 litros). Citoquímico con 280 leucocitos/mm³ con 100% de polimorfonucleares (PMN) y GASA > 1.1, diagnosticando peritonitis bacteriana espontánea (PBE), iniciando antibiototerapia con cefotaxima y albúmina (1.5 g/kg en el día 1 y 1 g/kg en el día 3). La tinción de gram y cultivo reportó *Listeria spp*. El paciente requirió múltiples paracentesis cada dos a tres días debido a ascitis

masiva refractaria, drenando entre ocho y 10 litros en cada una de ellas. Presenta inestabilidad hemodinámica y empeoramiento de la lesión renal aguda (LRA) llegando a tener un BUN de 110 mg/dL y Cr en 6.7 mg/dL. Una vez descartadas otras causas de lesión renal y posterior al reto de albúmina (1 g/kg en dos días consecutivos) sin mejoría, se diagnosticó síndrome hepatorenal-lesión renal aguda (SHR-LRA). Se decidió iniciar norepinefrina; sin embargo, el paciente presentó empeoramiento clínico y hemodinámico con alteración del estado de alerta. Debido a su evolución desfavorable y tórpida se comentó con familiares el pobre pronóstico y se decidió su manejo paliativo.

ABSCESO CEREBRAL IDIOPÁTICO. REPORTE DE UN CASO

Ortiz Martínez Karina, Ugarte Martínez Paulina,
Esquivel Piedad Alejandra, Ruiz Álvarez Manuel,
Martínez Díaz Braulia Aurelia

Centro Médico ABC.

Introducción: el absceso cerebral (AC) es un proceso infeccioso localizado en el parénquima cerebral que produce lisis tisular y se comporta como una lesión de tipo ocupativo. Es una entidad relativamente rara, más frecuente en el sexo masculino, presentándose en las primeras cuatro décadas de la vida. **Objetivo:** describir la evolución clínica y terapéutica empleada en un paciente con absceso cerebral idiopático. **Material y métodos:** se reporta el caso de masculino de 49 años con antecedente de diabetes mellitus de 14 años que presentó crisis convulsiva tónico clónicas en tres ocasiones. La analítica sanguínea con aumento de PCR 9.25, presentó oliguria, hipotensión y confusión. La resonancia magnética de cráneo evidenció una lesión frontal izquierda compatible con absceso. Ingresó a UCI con Glasgow 8, choque séptico, insuficiencia respiratoria, falla renal SOFA 10. No se aisló agente patógeno en cultivos, biopsia inflamación aguda abscedada y necrosis fibrinoide, inmunohistoquímica e histoquímica negativa, se egresó a los 12 días. **Resultados:** fue tratado con craneotomía/lavado quirúrgico vasopresores, ventilación mecánica invasiva y antibióticos. **Conclusión:** nuestro caso evolucionó tópidamente a choque séptico, la rápida actuación permitió la supervivencia y evitó la aparición de secuelas neurológicas posteriores.

ACIDOSIS METABÓLICA ASOCIADA A HIPERLACTATEMIA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Marroquín Barrera Manuel Alejandro,
Mosqueda Aguilera Laura Carolina, Castillo Amador Jovanhy

La metformina es uno de los medicamentos más prescritos para el manejo de la diabetes, si bien su perfil de seguridad permite su uso en la mayoría de los pacientes, sus efectos adversos en personas susceptibles pueden comprometer la vida y la función. Aunque se han reportado efectos adversos en sobredosis, es posible que pacientes con deterioro de la función renal y eventos precipitantes desarrollen toxicidad a dosis terapéuticas. Presentamos el caso de un paciente femenino de 59 años, con hipertensión arterial sistémica y diabetes tipo 2. Ingresó procedente del servicio de urgencias tras iniciar hace 48 h con presencia de dolor en hipogastrio, marco cólico además de vómitos y sintomatología urinaria con disuria y tenesmo; gasometría al ingreso: pH: 6.88; HCO₃: 6.5; EB: -26.7; AG: 44.4; lactato: 22; CO₂: 34.7; laboratorios de ingreso con leucocitosis, datos de infección de tracto urinario, elevación de azoados e hipercalemia. Inicia tratamiento con medidas antihipercalémicas y terapia puente con bicarbonato, con persistencia de acidosis e hiperlactatemia posterior a optimizar reanimación hídrica y uso de vasopresor, por lo que pasa a hemodiálisis e inicia tratamiento con piperacilina/tazobactam. A las 24 horas con disminución de los requerimientos aminérgicos, sin datos de hipoperfusión y disminución de lactato a 2.4 mmol/L, sin desequilibrio ácido-base, con aclaramiento de urea de 60%, se decide retiro de sedación con respuesta neurológica favorable, logrando retiro de la ventilación mecánica. Una historia clínica apropiada, así como el abordaje sistemático de la acidosis permiten diferenciar sus posibles

etiologías, siendo necesario individualizar el manejo según el estado clínico del paciente. Es importante, para evitar complicaciones, considerar las características clínicas que pueden contraindicar el uso de biguanidas, así como brindar una adecuada terapia de soporte hasta resolver las complicaciones asociadas a su toxicidad.

AJUSTANDO PARADIGMAS EN EL MANEJO DE LA INTOXICACIÓN POR CLEMBUTEROL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Martha Mayoral Víctor Alfonso, Aisa Álvarez Alfredo,
Ruesga Zamora Eugenio Alejandro, Martínez Díaz Braulia Aurelia,
Aguirre Sánchez Janet Silvia

Centro Médico ABC.

Introducción: el clembuterol es un beta-2 agonista adrenérgico de larga duración, que por sus efectos anabólicos es usado como suplemento. **Objetivo:** analizar el tratamiento del paciente intoxicado por clembuterol con base en su evolución clínica y la revisión de la literatura.

Descripción del caso clínico: hombre de 49 años, antecedente de consumo de clembuterol como agente anabólico. Acudió a urgencias por palpitaciones y dolor torácico posterior al inicio de rutina de ejercicios. Presentó infradesnivel del segmento ST de V2-V6, con angiografía coronaria reportada sin alteraciones. Posteriormente ingresó a terapia por presentar choque y acidosis metabólica de brecha aniónica amplia con brecha osmolar amplia. Se realizó cardiorresonancia y se integró diagnóstico de miocarditis. Su manejo inicial consistió en norepinefrina y soluciones balanceadas. Presentó taquicardia ventricular estable, por lo que se cambió por vasopresina y se agregó metoprolol al tratamiento. Con adecuada evolución fue egresado al quinto día, sin complicaciones.

Conclusión: en el manejo de la intoxicación por clembuterol que presenta estado de choque se debe considerar bloqueo beta adrenérgico y vasopresores alternativos que no interfieran con el sistema alfa o beta adrenérgico, por lo que la vasopresina se consideraría como mejor opción. El uso de soluciones balanceadas permite la estabilización de alteraciones metabólicas causadas por acidosis metabólica.

AMILOIDOSIS COMO CAUSA INFRECUENTE DE ESTADO EPILEPTICO Y POLINEUROPATHIA FAMILIAR EN PACIENTE CON VIH. CASO CLÍNICO

Lucio Trejo Ana Felizha, Chavarría Martínez Uriel
Hospital Universitario UANL, MX.

Masculino de 33 años, antecedente de polineuropatía desmielinizante crónica hace seis años con múltiples familiares que comparten la afección, ceguera unilateral por glaucoma y vitritis, epilepsia con etiología desconocida; VIH desde hace seis meses en tratamiento. Acudió en estado epiléptico posterior a suspensión por 24 horas de levetiracetam. En EF estuporoso, hiporrefléctico, atrofia muscular. Ingresó a terapia intensiva sedado con persistencia de crisis convulsivas; LCR hiperproteinorraquia, se descartó etiología infecciosa. Se encontró CD4 44 copias, CV 491 copias; RMN cerebro contrastada realce leptomenígeo generalizado; ecocardiograma cardiomiopatía hipertrófica. Valoración oftalmológica vitritis OI. Velocidades de conducción afección polineuropática sensitiva y motora, desmielinizante y axonal, asimétrica y en grado severo. Se manejó con levetiracetam, ácido valproico que permitieron el retiro de sedantes; permaneció con pobre recuperación neurológica, se decidió colocación de traqueostomía y gastrostomía. Se integraron alteraciones encontradas y bajo sospecha de polineuropatía amiloidótica familiar se decidió biopsia de grasa periumbilical y nervio sural, resultando positivas para depósito amiloide por medio de tinción rojo Congo. Se envió estudio de mutación TTR. El paciente persistió con mala evolución; los familiares afectados podrían beneficiarse del diagnóstico. Este caso ilustra la importancia de establecer diagnóstico etiológico en pacientes que ingresan a terapia intensiva en estatus epiléptico.

ANEURISMA DE LA AORTA ASCENDENTE CON INSUFICIENCIA AÓRTICA SEVERA. REPORTE DE CASO

Flores Castillo Hussein, Pacheco García Jesús Antonio,
Castro Meza Jorge Omar, Vera Aguirre Guadalupe,
Arellano Ramírez Alfredo

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapalapa.

La patología aneurismática de la aorta ascendente sigue en frecuencia a los aneurismas de la aorta abdominal, se presentan en pacientes con hipertensión, tabaquismo, además suelen presentarse en enfermedades del tejido conectivo. Existen aneurismas de gran extensión denominados toracoabdominales, siendo clasificados en función de las regiones implicadas (Crawford). La frecuencia de los aneurismas de la aorta torácica se ha duplicado de 5.9 a 10.4 por 100,000 habitantes/año, varón-mujer de 10:1 en pacientes con patología cardiovascular. El diámetro > 6 cm, el riesgo de rotura anual es de 7 hasta 27.9% con crecimiento anual de 0.1-0.2 cm. La Ley de Laplace explica la relación entre diámetros y roturas. La insuficiencia valvular aórtica ocasiona disnea por insuficiencia cardíaca. La ecoangiografía permite valorar la raíz aórtica junto a la morfología de la válvula aórtica, la aortografía pone en evidencia la dilatación de la aorta ascendente. Debido a las características, se presenta el caso de femenino de 64 años de edad que ingresa al servicio de cuidados intensivos posterior a aortografía con diagnósticos de aneurisma aorta ascendente Crawford I, insuficiencia aórtica severa, aorta ascendente diámetro 7.1 cm, se ingresó a UCI para monitoreo hemodinámico, manejo perioperatorio para colocación de válvula aórtica St. Jude mecánica Regent + tubo de gorotex.

ASISTENCIA ECMO VV EN ASMA CASI FATAL. CASO CLÍNICO

Sainz Escarregá Víctor Hugo, Gálvez Blanco Graziella Alexandra,
Romo Jaramillo Carla, Gómez Sigala Raymundo,
Higuera Medina Carlos Daniel

Instituto Cardiovascular de Mínima Invasión. ECMO ECLS México.

Masculino de 21 años con asma de difícil control y transgresión al tratamiento. Inicia con estatus asmático requiriendo intubación endotracheal, ventilación mecánica invasiva, broncodilatadores y esteroide sistémico. Presenta datos de refractariedad al tratamiento: acidosis respiratoria severa e hipertensión intracranal evidenciada por ultrasónico de la vaina del nervio óptico. Se considera candidato para soporte con ECMO en modalidad VV, canulación femoro-yugular derecha. Se continúa manejo con broncodilatadores y esteroide sistémico, se añade bloqueo neuromuscular y sevoflurano con dispositivo AnaConDa. Se lleva a normocapnia gradualmente a las 48 horas postcanulación. Inicia terapia antimicrobiana con meropenem por sospecha de sobre-infección bacteriana. Durante las 48 horas postcanulación presenta midriasis bilateral, en TAC de cráneo se observan múltiples hemorragias cerebrales subcorticales de predominio occipital bilateral y temporal derecho y edema cerebral. Se inicia manejo con solución salina hipertónica, revirtiendo midriasis en las siguientes horas. En eco Doppler transcraneal presenta flujo normal. Se aísla en cultivo de aspirado traqueal *Aspergillus flavus* y *S. aureus* que se maneja con voriconazol y ceftarolina. Mejora broncoespasmo y se logra retirar soporte ECMO con paciente en VM convencional con gases arteriales normales. Se realiza traqueostomía percutánea y posterior ventana neurológica, encontrando despertar y capacidad para seguir órdenes.

ASPERGILOSIS INVASIVA EN UN PACIENTE CON NEUMONÍA DE FOCOS MÚLTIPLES COVID-19: REPORTE DE CASO

Garza Benavides Gabriela, Urquijo Arteaga Miranda Helena,
García Caicedo Susan Catherine, Romero González Juan Pablo,
César Arce Esther Asunción

Hospital Médica Sur.

Introducción: la asociación de la aspergilosis invasiva y los pacientes con neumonía de focos múltiples COVID-19 incrementó durante la pandemia, por lo que el diagnóstico es esencial para su tratamiento.

Objetivo: realizar diagnóstico específico de aspergilosis invasiva en pacientes con COVID-19. **Material y métodos:** paciente masculino de 70 años con antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diagnóstico de COVID-19 por PCR, que al día 17 de síntomas presentó deterioro pulmonar y datos sugestivos de choque séptico, se hizo diagnóstico de aspergilosis invasiva mediante cultivo respiratorio por lavado bronquioalveolar positivo a *Aspergillus fumigatus*, galactomanano de 0.50, beta-D-glucano de 235 pg/mL y la tomografía de tórax simple reportó neumonía con patrón en vidrio desplulado y «signo de halo» sugestivo a infección fungica. **Resultados:** durante su padecimiento se mantuvo ventilación con liberación de la presión de la vía aérea (APRV), además de tratamiento antimicótico completo con voriconazol. **Discusión:** se han descrito diferentes factores de riesgo para la presentación de aspergilosis invasiva como uso de medicamentos, inmunocompromiso y recientemente la neumonía de focos múltiples por COVID-19, gracias a los métodos diagnósticos es posible dar un tratamiento oportuno para la resolución del padecimiento antes descrito.

REPORTE DE CASO: BRONCOSCOPIA EN LA TERAPIA INTENSIVA EN PACIENTES QUEMADOS

Pérez Amador Juan Antonio, González Aguirre Julio Edgardo,
Hernández García Graciela Marisol, Rodulfo Sánchez Víctor Alfonso
Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González».

La lesión de la vía aérea por inhalación es una patología grave que presentan los pacientes que sufren quemaduras (hasta un quinto de estos la presentan) y se asocia a un aumento en la mortalidad. La broncoscopía desde hace muchos años es una herramienta útil en el diagnóstico de esta patología, aunque su uso sigue siendo controversial. Presentamos el caso de paciente femenino de 23 años, ingresada en la UCI con diagnóstico de quemadura del 33% de superficie corporal total que se encontraba bajo VMI secundario a presentar de manera súbita disnea y estridor en sala de urgencias. Cuatro días posteriores a su ingreso, al encontrarse con requerimiento mínimo de oxígeno, se decide realizar broncoscopía previo a su extubación en la cual se evidencia una lesión grado 2 de acuerdo con la *Abbreviated Injury Scale*. Se decide iniciar tratamiento con esteroide y posteriormente se extuba sin presentar complicaciones, se vigila 48 horas y posteriormente por mejoría se decide egresar al servicio de cirugía plástica. **Conclusión:** el broncoscopio es una herramienta importante en la terapia intensiva y en pacientes quemados con lesión de la vía aérea por inhalación. Nos puede ayudar a prevenir complicaciones a la hora del destete y extubación.

CARDIOPATÍA EN EL PUERPERIO. CASO CLÍNICO

Ortega García Ricardo Jesús

Hospital Civil «Dr. Aurelio Valdivieso».

Se trata de paciente femenino de 28 años de edad que acude el día 27 de julio del 2021 a esta unidad, presenta disnea de pequeños esfuerzos, acrocirosis, cursando con embarazo de 30 SDG por FUM. **Antecedentes:** niega enfermedades cronicodegenerativas, alergias negadas, FUR 03-01-2021, gesta 2, C1, P0, A0, cesárea hace cinco años. Refiere que desde la 12 semana de gestación presenta disnea de medianos esfuerzos, quecede al reposo, por lo que acude a múltiples valoraciones en área de cuidados respiratorios, sin embargo, con dos pruebas rápidas a COVID, así como dos Rx de tórax dentro de lo normal. A su ingreso con TA 110/80 mmHg, FC 110 lpm, FR 30 rpm, SO 65% aire ambiente, por lo que se ingresa a trauma choque, donde se inicia terapia respiratoria con alto flujo, sin respuesta favorable; se decide manejo avanzado de vía aérea, con ventilación mecánica invasiva, por sospecha de TEP, con mala respuesta, generando bradicardia fetal, por lo que se decide interrupción del embarazo, con mejoría del patrón respiratorio. Labs 27/07/21: leu 7, Hb 17.2, Hto 50.8, PTL 172, CK 460, TP 10.4, TPT 27.7, CK-MB 7, dímero D 785, prueba SARS-CoV-2 negativa, con datos de hipertensión arterial pulmonar e insuficiencia cardíaca derecha; se inicia manejo con líquidos

y betabloqueantes. 28/07/21: se realiza TAC de tórax donde se identifica neumonía leve, con pequeña consolidación y atelectasia segmentaria basal izquierda. 30/07/21: se realiza extubación de paciente con éxito, se recibe PCR SARS-CoV-2 negativo. 31/07/21: se realiza ecocardiograma donde se identifica HAP severa, disfunción sistólica del ventrículo derecho, insuficiencia tricuspídea moderada, dilatación de cavidades derecha, alta sospecha de TEP, asimismo se realiza USG que reporta dilatación de la cava inferior y venas suprahepáticas, hidronefrosis derecha grado II. Paciente grave con alto riesgo de complicaciones, se envía a la consulta externa de cardiología.

CHOQUE OBSTRUCTIVO SECUNDARIO A TEP DE ALTO RIESGO EN PACIENTE CON FRACTURA DE FÉMUR. REPORTE DE UN CASO

Méndez Reyes Raquel, Castillo Amador Jovanhy,

Sifuentes Hernández Christian de Jesús

Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE.

Introducción: la embolia pulmonar (EP) se refiere a la obstrucción de la arteria pulmonar o una de sus ramas por material (p. ej., trombo, tumor, aire o grasa) que se originó en otra parte del cuerpo. **Objetivo:** presentar el caso de un paciente con fractura de fémur izquierdo que desarrolla tromboembolia pulmonar de alto riesgo. **Descripción del caso:** masculino de 35 años, que el día 15/05/2022 al encontrarse deambulando en vía pública, es impactado por camión con contusión en hemicuerpo izquierdo, sufre lesión por aplastamiento en miembro pélvico izquierdo (MPI). Trasladado en ambulancia al área de urgencias. A su ingreso, con signos vitales estables, en MPI con deformidad ósea, en radiografía se identifica fractura de fémur, se coloca férula muslo-podálica ipsilateral. El 16/05/2022 presenta déficit neurológico agudo, desaturación con datos francos de dificultad respiratoria, FC 130 lpm, TAM 64 mmHg, Glasgow 9 puntos, iniciando reanimación hídrica y oxigenoterapia; se realiza FAST negativo para líquido libre; TAC simple de cráneo sin datos de hemorragia, se coloca catéter venoso central e intubación endotraqueal y pasa paciente a quirófano para FME posteriormente se solicita valoración por parte de la UCI decidiéndose su ingreso, donde se solicita dímero D 17,747, electrocardiograma con taquicardia sinusal, onda S en I y onda Q en III y ecocardiograma que muestra trombo móvil en ventrículo derecho, por lo que se procede a realizar trombolisis con Alteplase. Discusión y conclusión: el choque obstructivo es una entidad con alta morbilidad, que, en el caso de la TEP, requiere de terapia trombolítica debido a su habilidad para disolver rápidamente los coágulos tromboembólicos. Esta terapia es controversial y muchos profesionales de la salud no encuentran consenso sobre cuál es la mejor decisión terapéutica. Hay un claro beneficio para ofrecer terapia trombolítica en pacientes que se presentan con inestabilidad hemodinámica.

CHOQUE HIPOVOLÉMICO

Ortega García Ricardo Jesús

Hospital «Dr. Aurelio Valdivieso».

Se trata de paciente masculino de 58 años, quien cursa con los siguientes diagnósticos: neuroinfección de origen bacteriano, neumonía adquirida en la comunidad, artritis reumatoide, sangrado de tubo digestivo alto, choque hipovolémico grado IV. EF. Bajo sedación con midazolam 150 mg en 100 mL de solución salina. RASS -04, pupilas normorreflexicas, fuerza muscular y sensibilidad no valorable, respiratorio dependiente de ventilador mecánico con modalidad controlado por volumen VC 360, I: E 1:1.2, FiO₂ 30, FR 18, PEEP 8. Cardíaco con apoyo de norepinefrina 8 mg en 100 mL de solución fisiológica, pasar a 10 mL por hora, PAM 56 mmHg. Vasopresina 20 UI en 250 mL de solución fisiológica, pasar a 15 mL/hora. Abdominal con presencia de melena de 600 mL, peristalsis disminuida, sin datos de irritación peritoneal. Función renal disminuida con creatinina de 1.7. Hematológico con Hb de 6.8, leucocitos de 7,360, plaquetas de 151,000. Tiempos de coagulación TTP 21.2, TP 16.2, fibrinógeno 341. Infectológico con antibioticoterapia ceftriaxona 1 gramo cada 12 horas, ampicilina 2

gramos cada 4 horas. Se inicia protocolo para choque hipovolémico grado IV, con reposición de cristaloïdes y hemoderivados, vigilancia hemodinámica, sin presentar mejoría el paciente fallece.

CHOQUE SÉPTICO SECUNDARIO A INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA CON FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE. REPORTE DE UN CASO

Moreno López Rosa Esther, Palacios Pacheco Raúl, González Bonilla Sarai, Santini Delgado María Gloria, Enríquez López Ricardo

Hospital de Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Introducción: la sepsis materna es el resultado de una infección durante el embarazo, parto, aborto o en el puerperio, progresiva a choque séptico en su forma más grave, se asocia con insuficiencia multiorgánica irreversible y muerte. **Caso clínico:** femenino de 28 años, embarazo de 26 semanas, parto distóxico con feto macerado y fétido, durante el puerperio inmediato con deterioro neurológico y fiebre, con choque séptico, ameritó doble vasopresor, hidrocortisona, carbapenémico y glicopéptido, ingresa con hemoglobina 12 g/dL, hematocrito 34%, leucocitos 18×10^3 , plaquetas 72,000, TGO 100 UI/L, TGP 66 UI/L, bilirrubinas totales 2.4 mg/dL, TPT 64 seg, INR 1.69, fibrinógeno 145 mg/dL, creatinina 2.2 mg/dL, se realiza hysterectomía obstétrica. Al tercer día con SDRA severo, pronación 24 hrs. Al quinto día con hemoglobina 8.7 g/dL, hematocrito 27.2%, leucocitos 68×10^6 , neutrófilos #60.24, plaquetas 34,000, TGP 101 UI/L, TGO 36 UI/L, creatinina 2.1 mg/dL, INR 1.17. Se inicia tigeciclina. Evolución favorable, se retira ventilación al noveno día. **Discusión:** la infección intraamniótica no identificada evoluciona a choque séptico, falla multiorgánica, el manejo agresivo con antibiótico de amplia cobertura y el control quirúrgico del foco infeccioso es vital, así como el soporte multiorgánico. **Conclusión:** la sepsis materna es un trastorno multifacético, una de las principales causas de morbilidad materna en todo el mundo.

CHOQUE VASOPLÉJICO RESUELTO SECUNDARIO A SOBREDOSIS DE BLOQUEADOR DE CANALES DE CALCIO. CASO CLÍNICO

Buendía Peláez Francisco, Lara Ruiz Jorge Luis

Christus Muguerza Hospital del Parque.

Es traída a urgencias una paciente de 24 años tras la ingesta intencionada de 60 tabletas de amlodipino de 5 mg, proveniente de otra unidad, en la cual se iniciaron aminas vasoactivas y se brinda estabilización inicial. Ingresa con una tensión arterial de 81/45 mmHg, frecuencia cardíaca de 114 latidos por minuto y temperatura corporal de 36.5 °C, con norepinefrina a 1.4 µg/kg/min y vasopresina a 6 U/h. A su llegada a la UTI, se agrega la administración de una infusión de gluconato de calcio y se inicia hemodiálisis por datos de sobrecarga hídrica y anuria reportada de más de 24 horas de evolución. Dada la pobre respuesta a los agentes vasoactivos mencionados, se decide la adición de hidrocortisona, infusión de adrenalina e infusión de insulina. A los pocos días, presenta edema agudo pulmonar, por lo que se decide el inicio de ventilación mecánica invasiva y adición de una infusión de dopamina por persistencia de hipotensión. A la semana, se inicia el destete progresivo de epinefrina y norepinefrina. Catorce días posterior a su ingreso es extubada y destetada de dopamina y vasopresina exitosamente. El día 20 de estancia intrahospitalaria es dada de alta neurológicamente intacta.

COMA MIXEDEMATOSO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rodríguez Hernández Lyz Erandyn, Herrera Morales Blanca Estela, Lara Cruz Juan, Cortes Munguía José Alfredo

IMSS, Hospital General Regional No. 196 «Fidel Velázquez Sánchez».

El coma mixe dematoso es la complicación más grave del hipotiroidismo. El coma es una de las presentaciones neurológicas menos frecuentes, por lo que el diagnóstico es difícil y debe realizarse en

forma oportuna. Paciente femenino de 61 años de edad con antecedente de hipotiroidismo sin tratamiento, presenta agitación psicomotriz, acudiendo al servicio de urgencias con crisis hipertensiva, siendo remitida, con posterior deterioro neurológico, por lo que se decide intubación orotraqueal. Durante su valoración se encuentra hiponatremia e hipocalemia severa, se inicia tratamiento sin respuesta, por lo que se ingresa al servicio de terapia intensiva. **Objetivo:** identificar y reconocer las diversas manifestaciones clínicas del coma mixedematoso para un diagnóstico y tratamiento precoz. **Material y métodos:** retrospectivo donde se analizaron los datos clínicos, de laboratorio y gabinete. **Resultados:** paciente que se realizó terapia con reemplazo hormonal, corrección de desequilibrio hidroelectrolítico, con evolución clínica favorable. **Discusión:** paciente que presentó coma mixedematoso secundario a suspensión de tratamiento con levotiroxina y que posterior a la terapia de reemplazo hormonal presentó reversión de su patología. **Conclusiones:** el coma mixedematoso es una patología infrecuente, por lo que se debe sospechar de su presencia en todo paciente con hipotiroidismo y deterioro neurológico.

COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR ASOCIADO A DERRAME PERICÁRDICO COMO PRESENTACIÓN DE CHOQUE CARDIOGÉNICO EN PACIENTE DE 53 AÑOS. REPORTE DE CASO

Domínguez Castro Eloy, Lázaro Vargas Ismael Guadalupe, Cruz Jiménez Pedro Enrique, Santiago López Aarón Tito, Castro Reyes Leticia Osiris

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Su padecimiento actual lo inicia en enero de 2022, con edema progresivo hasta llegar a anasarca, disnea progresiva hasta llegar a la ortopnea en febrero de 2022 se da tratamiento médico sin especificar, acude nuevamente a valoración médica el día de ayer por agudización de los síntomas, encontrando TA: 90/47, FC: 88, FR: 32, SO₂: 53%, por lo que realizan referencia a nuestro hospital. A su ingreso con datos fracos de dificultad respiratoria, se corrobora SO₂ 48%, por lo que se decide intubación orotraqueal e inicio de ventilación mecánica, en gasometría con acidosis respiratoria con PH: 7.28, PCO₂: 55, HCO₃: 25.8, lactato: 0.5, asimismo en estudios iniciales resalta: NA: 131, HB: 8.1, PLT: 160,000, LEUCOS: 10,460. DD: 6,201, CR: 1.5, BUN: 33, UREA: 72. Se realiza rastreo cardiaco, encontrando derrame pericárdico sin compromiso ventricular, se decide pericardiocentesis con drenaje de aproximadamente 450 cm³, en citológico del mismo con leucos de 90, eritros: 110, color amarillo, glucosa 101, DGL: 144.3, PT: 3.1 GR/DL, LAC: 1.1. A su ingreso a la UCI, bajo sedación con RASS de -5, pupilas mióticas, isocóricas, a nivel hemodinámico, con apoyo de vasopresor (norepinefrina a 0.5 µg/kg/min) e inotrópico (levosimendán a 0.1 µg/kg/min), precordio rítmico con presencia de soplos holosistólico plurifocal, a nivel respiratorio con VM en modalidad controlada por presión actualmente con PEEP: 5, PI: 8, FR: 20, FiO₂: 90%; con lo cual realiza: PMAX: 14, VMIN: 7.2, FR: 21, no se integra síndrome pleuropulmonar, USG patrón A, a nivel metabólico con glicemia dentro de metas, sin trastornos electrolíticos, mantiene adecuada diuresis, con DKH: 0.8 mL, a nivel infectológico afebril. Reporte de ecocardiograma comunicación interventricular 13 mm, dilatación de cavidades derechas y aurícula izquierda FEVI 55%, sin derrame pericárdico residual. Troponina I < 0.05, BNP 1,470, CK-MB 8.6, ya fuera de tratamiento quirúrgico.

CONTRAINDICACIONES PARA TRASPLANTE PULMONAR. CASO CLÍNICO DE PACIENTE DESPUÉS DE 180 DÍAS EN ECMO (OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA)

Esquivel Pineda Alejandra, Ortiz Martínez Karina, Herrera Parra Lillian Jovana, Montes de Oca Sandoval Marco Antonio, Aguirre Sánchez Janet Silvia
Centro Médico ABC.

Introducción: la neumonía grave por COVID-19 puede llevar a hipoxemia refractaria sin ser suficiente la AMV (asistencia mecánica ventila-

toria), y requerir oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO). Conocer las contraindicaciones del trasplante pulmonar es importante antes de decidir continuar el tratamiento. **Objetivo:** conocer las contraindicaciones para trasplante pulmonar en pacientes en ECMO. **Material y métodos:** masculino de 37 años, antecedente de obesidad. Diagnóstico de neumonía grave por COVID-19 y síndrome de fuga aérea; requirió AMV. Se indicó ECMO por hipoxemia refractaria, neumomediastino y neumotórax que resolvieron tras colocación de sonda endopleural y fasciotomía. Presentó sobreinfección pulmonar con *P. aeruginosa* multidrogorresistente y *Acinetobacter baumannii*. Requirió terapia de reemplazo renal. Se documentó presión sistólica de arteria pulmonar hasta de 100 mmHg, recibió tratamiento con sildenafil. Evolucionó con deterioro hemodinámico, datos de disfunción de ventrículo derecho e hipertensión pulmonar grave. Se mantuvo 180 días en soporte con ECMO. Fue rechazado para trasplante pulmonar. Falleció por inestabilidad hemodinámica, choque séptico y falla orgánica múltiple. **Discusión:** si bien el ECMO es una terapia de rescate en pacientes con hipoxemia refractaria a tratamiento y en ventilación mecánica, conocer las indicaciones y contraindicaciones para protocolo de trasplante pulmonar es de suma importancia antes de su colocación.

COREA POSTHIPÓXICA TRANSITORIA SECUNDARIA A PARO CARDIORRESPIRATORIO. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Espinosa-Aznar Eduardo, Aisa-Alvarez Alfredo, Martínez Hernández Rubén, Martínez Díaz Braila A, Aguirre Sánchez Janet Silvia
Centro Médico ABC.

Introducción: la corea posthipódica (CPH) transitoria secundaria a paro cardiorrespiratorio (PCR) es poco frecuente < 1%. Ocurre por hipoxia celular en núcleos basales y puede ser permanente si no se realiza una intervención inmediata. **Objetivo:** describir el síndrome de corea posthipódica por PCR. **Caso clínico:** mujer de 87 años con antecedentes de hipertensión arterial, neuropatía crónica y múltiples instrumentaciones de columna. Presentó PCR en la instrumentación y vertebroplastia lumbar caracterizado por actividad eléctrica sin pulso que ameritó RCP durante seis minutos. Ingresó a UCI intubada y recibió neuroprotección e hipotermia terapéutica por 48 horas. A las 72 horas se retiró sedación, extubó y posteriormente presentó movimientos involuntarios irregulares y no suprimibles con involucro de cara, región cervical, extremidades superiores y tronco. El electroencefalograma con disfunción asimétrica sin actividad epiléptica. La RMN cerebral reportó hiperintensidades y restricción a nivel de la ínsula y núcleos de la base izquierdos. Se diagnosticó corea generalizada posthipódica transitoria. Recibió tratamiento con amantadina con posterior remisión del cuadro a las 48 horas, sin secuelas neurológicas. **Conclusión:** la encefalopatía hipódica es una causa de trastornos del movimiento, sin embargo, la CPH es un síndrome poco frecuente y es una lesión cerebral hipódica por PCR, ésta tiene un buen pronóstico si es tratada tempranamente.

CORIOCARCINOMA METASTÁSICO INTRACRANEAL EN ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA. REPORTE DE CASO

Albores Nájera Alicia Carmina, Villalpando Navarrete Edgardo, González Martínez Erik Fernando, Guillen Sánchez Luis Carlos, Cuevas Franco Bernardino
Hospital de Especialidades Médicas CMN «Ignacio García Téllez», Mérida, Yucatán.

El coriocarcinoma es la forma más maligna de neoplasia trofoblástica gestacional. Se desarrolla a partir de células trofoblásticas villosas, 50% son precedidos por molas hidatiformes con metástasis cerebral en 10-20%. Presencia de metástasis cerebral secundaria a coriocarcinoma en una mujer en edad reproductiva ante un segundo evento de enfermedad trofoblástica gestacional. Mujer de 21 años, la cual cuenta con antecedente de mola hidatiforme en 2019. En esta ocasión presentó sangrado vaginal irregular en el cual se documenta fracción beta de hormona gonadotropina coriónica de 148,820 µ/mL la cual es extremadamente elevada para la edad gestacional aparente. Ultrasonido sin evidencia de embarazo intra o extrauterino y presen-

cia de DIU en fondo uterino. Un día posterior a su ingreso presenta náuseas, visión borrosa, cefalea y episodios de crisis convulsiva, se realiza tomografía con evidencia de lesión nodular de 29 x 30 x 34 mm, compresión del cuarto ventrículo y desplazamiento de la línea media que condiciona hidrocefalia obstructiva, por lo que se realiza derivación de emergencia y posterior craniectomía con resección tumoral. Reporte histopatológico concluye en metástasis de coriocarcinoma. Las metástasis cerebrales únicas son extremadamente inusuales, conllevando a desenlaces fatales, por lo que el diagnóstico temprano e intensivo puede mejorar el pronóstico.

CRISIS ADRENAL EN RELACIÓN A TUBERCULOSIS MENÍNGEA Y ADRENAL. REPORTE DE UN CASO

García López Damaris Abigail, Galván Merlos María Alaciela, Arellano Ramírez Alfredo

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. SSA.

La crisis adrenal, o insuficiencia suprarrenal aguda, es una urgencia de difícil diagnóstico por la inespecificidad clínica, presentando el caso de masculino de 30 años de edad, como antecedente ausencia de vacuna BCG. Inicia padecimiento 2 semanas previas a su ingreso con dolor abdominal, emesis en más de 5 ocasiones en 24 horas, evacuaciones Bristol 7, movimientos tónico-clónicos sin recuperación del estado de alerta, Glasgow de 7 puntos ameritando manejo avanzado de la vía aérea, glucosa 100 mg/dL, sodio 117 mmol/L, potasio 6.9 mmol/L, sospechando posible neuroinfección se realiza punción lumbar reportando incoloro, Leucocitos 197 Cels μ L, Neutrófilos 9%, Linfocitos 91%, Glucosa 36 mg/dL, Proteínas totales 105.6 mg/dL, Cloro 113 mmol/L, Deshidrogenasa láctica 32 UI/L, Tinta china Negativo. Al ingresar a terapia intensiva, se identifica hiperpigmentación en párpados, regiones axilares, cicatriz umbilical y rodillas, manchas hipercrómicas en palmas y plantas, cortisol plasmático 9, ACTH 782 pg/mL, tomografía abdominal contrastada: tumoración bilateral suprarrenal, VIH, ELISA, VDRL, perfil de TORCH, panel viral para hepatitis negativos; ADA 7.65 U/L, Quantiferon positivo sugestivos de TB meníngea, iniciando manejo con isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol e hidrocortisona con mejoría clínica, permitiendo retiro de manejo avanzado de la vía aérea y egreso del servicio.

CRITERIOS DE DISFUNCIÓN DE MEMBRANA EN ECMO (OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA). PRESENTACIÓN DE CASO

Esquivel Pineda Alejandra, Ortiz Martínez Karina, Herrera Parra Lillian Jovana, Montes de Oca Sandoval Marco Antonio, Aguirre Sánchez Janet Silvia

Centro Médico ABC.

Introducción: una de las principales complicaciones en ECMO es la disfunción de membrana, que ocasiona desde hipoxemia hasta coagulopatía grave. Existen criterios establecidos para saber en qué momento cambiarla. La vida media de las membranas es variable y no es un buen parámetro para determinar la necesidad de cambio.

Objetivo: conocer los criterios de cambio de membrana ECMO. **Material y métodos:** masculino de 37 años, antecedente de obesidad. Diagnóstico de neumonía grave por COVID-19 y síndrome de fuga aérea; requirió asistencia mecánica ventilatoria. Se indicó ECMO por hipoxemia refractaria, neumomediastino y neumotórax que resolvieron tras colocación de sonda endopleural y fasciotomía. Presentó hipoxemia progresiva a pesar de ECMO. Durante 180 días que se mantuvo en ECMO V-V, ameritó cambio de membrana en 6 ocasiones. Con indicaciones diferentes, desde consumo de factores de coagulación y plaquetas, hasta hipoxemia refractaria. **Discusión:** existen parámetros bien establecidos para decidir cambio de membrana en ECMO. El tomar en cuenta sólo la vida media de las membranas es un mal indicador. La coagulopatía asociada al circuito ECMO es muy frecuente, aun más en pacientes que han presentado sangrado, que han requerido múltiples transfusiones y no han recibido una anticoagulación adecuada.

DERMATOMIOSITIS Y HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN PACIENTE EMBARAZADA CON SÍNDROME DE HELLP. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Balanzario González Elaine Janayna, Hernández Ambrosio Karen Magaly, Herrera Blanca Estela Hospital General Regional No. 196 IMSS.

Introducción: la hemorragia alveolar difusa es un síndrome clínico caracterizado por hemoptisis, disminución de hemoglobina, SDRA e infiltrados pulmonares difusos en la tomografía. Los trastornos que se asocian con la hemorragia alveolar difusa son enfermedades autoinmunes. La hemorragia alveolar difusa es una presentación rara en la dermatomiositis. Se presenta el caso de paciente femenino de 30 años, con antecedente de dermatomiositis de 5 años de diagnóstico sin tratamiento, con embarazo de 24.1 SDG, quien ingresa a UCI por preeclampsia con criterios de severidad y síndrome de HELLP, durante su estancia presenta insuficiencia respiratoria aguda tipo I, mediante la correlación clínico-patológica se llegó al diagnóstico de hemorragia alveolar difusa. **Objetivo:** reconocer la importancia de la hemorragia alveolar difusa como manifestación de dermatomiositis y compararlo con los datos de la literatura. **Material y métodos:** estudio retrospectivo en el que se analizaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio, tratamientos y pronóstico de la paciente. **Resultados:** los autores confirmaron la mejoría clínica y desaparición de la hemorragia alveolar difusa después de la terapia con metilprednisolona. **Discusión:** la hemorragia alveolar difusa se asoció a una enfermedad del tejido conectivo, a pesar de que los casos presentados son excepcionales.

DOBLE COMPLICACIÓN MECÁNICA POSTINFARTO AGUDO AL MIOCARDIO. REPORTE DE CASO

Nova Meda Jesús Enrique, Álvarez Villanueva Miriam Sagrario, López Palomo Delia de los Ángeles, Toscano Castillo Adolfo de Jesús, Ávila Anachevida Gerardo Javier

Hospital de Especialidades Médicas, Centro Médico Nacional «Ignacio García Téllez». Mérida, Yucatán.

Las complicaciones mecánicas representan actualmente una baja incidencia (0.2%), la cual ha disminuido desde la era de la reperfusión y la angioplastia percutánea temprana, sin embargo, a pesar de los avances médicos, continúan siendo de alta letalidad, superior a 80%, si bien presentan una complicación mecánica es una situación rara, presentar dos complicaciones mecánicas es extremadamente infrecuente. Paciente con doble complicación mecánica post infarto agudo al miocardio a pesar de los avances médicos actuales. Masculino de 41 años, portador de hipertensión arterial y obesidad grado II. Inicia padecimiento posterior a actividad física de alta intensidad, presentando epigastralgia, se automedica con AINE, tras realizar nuevamente actividad física, presenta cuadro de disnea, acude a urgencias con edema agudo pulmonar, presencia de cambios electrocardiográficos de infarto agudo, con repercusión hemodinámica, requiriendo manejo avanzado de vía aérea y apoyo vasopresor, es enviado a nuestra unidad donde se integra diagnóstico de choque cardiogénico SCAI C, complementamos con estudios de ecocardiografía diagnóstico de CIV post infarto de 10-12 mm y aneurisma apical, requiriendo soporte hemodinámico y multiorgánico, sometido a intervención quirúrgica. La presencia de dos complicaciones mecánicas concomitantes posterior a evento de infarto agudo al miocardio es de baja incidencia, pero con muy alta letalidad.

ECMO EN SDRA POR INFLUENZA EN TIEMPOS DE COVID-19

Morales Pogoda Irving Iván, Ramírez Galindo Gabriela, Rugero Trujillo D Alejandra, Moncada García Nataly, Portillo Hernández Nancy Janeth

Hospital Central Militar. Ciudad de México.

Introducción: la insuficiencia respiratoria aguda grave (SDRA) es un trastorno agudo del intercambio gases, de múltiples etiologías entre ellas las infecciosas e inflamatorias son las más comunes. En la actualidad la ventilación mecánica protectora han sido piedra angular del

tratamiento, sin embargo, las terapias de soporte vital extracorpóreo como terapias puente a la mejoría y al trasplante han mejorado aún más las expectativas de vida. **Objetivo:** descripción de caso clínico. Material: expediente clínico. **Método:** caso hombre de 15 años, quien ingresa a UCI con SDRA grave e hipoxemia refractaria y sospecha de COVID-19, sin embargo, se diagnosticó Influenza, motivo por lo que se inició soporte vital extracorpóreo por medio de ECMO modalidad veno-venoso en el tercer día de la enfermedad para reposo pulmonar total, cursó durante 7 días posterior a lo cual se observó mejoría clínica respiratoria retirándose canulación de ECMO y posterior progresión de ventilación mecánica en 72 horas hasta retiro total de apoyo de oxígeno suplementario. **Resultados:** mejoría clínica. **Discusión:** en el SDRA grave refractario y potencialmente reversible que cumple totalidad de criterios para ECMO, tiene descrito su beneficio como terapia puente a mejoría y a trasplante en su caso como se describe en nuestro caso.

EL IMITADOR MÁS TEMIDO.

(TAKO-TSUBO) REPORTE DE UN CASO

Jiménez Velasco Jesús, Nova Meda Jesús Enrique, Toscano Castillo Adolfo De Jesús, Cuevas Velasco Samuel, Torres Avilés David Joaquín
Hospital de Especialidades Médicas, CMN «Ignacio García Téllez», Mérida, Yucatán.

Paciente femenino de 74 años, que ingresa a urgencias por dolor precordial de tipo opresivo, acompañado de disnea de recién inicio, llegando a datos de dificultad respiratoria, se realiza protección de vía aérea, por el cual se realiza electrocardiograma a su llegada, documentando lesión subepicárdica en cara anterior, se solicita interconsulta a hemodinámica, pasando a ICP primaria, documentando coronarias limpias, a la realización de ventriculografía se evidencia imagen de tako-tsubo, con acinesia apical e hiperfunción basal. Pasa a terapia intensiva. El síndrome de tako-tsubo es una entidad de recién descripción, originalmente en Japón, y que posteriormente se ha descrito en otras zonas del mundo. En los años noventa se describieron casos aislados en Japón. Durante el transcurso del tiempo se han documentado más casos, recibiendo diferentes denominaciones, en el 2006, la American Heart Association incorpora el síndrome de tako-tsubo como miocardiopatía primaria, adquirida en su clasificación de las miocardiopatías. Ocupando uno de los diagnósticos diferenciales en el síndrome coronario agudo, ya cuenta con características similares, tanto clínica, enzimáticas, siendo para su estándar de oro la realización de cateterismo cardíaco, documentando coronarias, sin lesiones.

EL PAPEL DE LA CALORIMETRÍA INDIRECTA EN EL PACIENTE CON QUEMADURAS SEVERAS: REPORTE DE CASO

Ramírez-Alfaro José Ángel, Bernal-Ríos Nora, Rugerio-Cabrera Andrea, Martínez-Díaz Braulia Aurelia, Aguirre-Sánchez Janet Silvia
Centro Médico ABC, Ciudad de México.

Introducción: las quemaduras severas alteran el gasto energético basal en donde la calorimetría indirecta es la mejor herramienta para el ajuste calórico. **Objetivo:** se describe el caso de paciente con quemadura severa donde se ajustó su nutrición mediante calorimetrias indirectas seriadas. **Resultados:** masculino de 65 años que sufrió quemaduras por fuego en 75% de superficie corporal iniciando nutrición enteral basal con cálculo por «regla del pulgar» a 20 kcal/kg correspondiendo 1825 kcal. Se realiza la primera calorimetría indirecta que reportó gasto energético de 1927 kcal correspondiendo a un estado de normometabolismo con el cálculo inicial. En la segunda calorimetría el cálculo mostró un requerimiento de 2325 kcal evidenciando incremento de 23% del gasto energético basal entrando en fase hipometabolítica. Finalmente, en la quinta y sexta calorimetrias se reportó un gasto de 1551 kcal objetivando hipometabolismo con disminución de 13% del requerimiento basal ajustándose el aporte calórico en todo momento por este método, ya que el cálculo por las fórmulas preestablecidas mostraba sobreestimación calórica. El paciente no presentó ningún tras-

torno inducido por la nutrición egresándose sin complicaciones. **Conclusiones:** la calorimetría indirecta es el estándar de oro para el ajuste nutricional en cada fase metabólica disminuyendo complicaciones y mejorando la supervivencia del paciente quemado.

EMBARAZO COMPLICADO POR INFARTO AGUDO

DE MIOCARDIO Y ANGINA POSTINFARTO.

DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Guillén Sánchez Luis Carlos, Albores Nájera Alicia Carmina, Tello Figueroa Abraham, Cuevas Franco Bernardino, Álvarez Villanueva Miriam Sagrario

El IAMSEST es una entidad clínica rara en la gestación, dificulta el diagnóstico y tratamiento, con alto riesgo de morbilidad materno-fetal. El manejo oportuno requiere de atención multidisciplinaria, debido los efectos teratogénicos de la terapia estándar y la escasa evidencia de las técnicas ICP. Reportar un caso de éxito postangioplastia coronaria, con colocación de stent medicado y metálico en una paciente embarazada con IAMSEST y angina postinfarto. Femenina 39 años de edad con 31.4 SDG, con factores CV. Inició con angina y disnea, trasladada a HGZ, con enzimas cardíacas positivas y EKG sin elevación de ST, catalogada como IAMSEST. Referida a CMN, donde se realizó ICP primaria a las 24 horas de isquemia evidenciando enfermedad monovasosa de arteria descendente anterior se colocó stent. Ingresó a UCI, a las 48 horas, presentó angina inestable. Se realizó cateterismo con hallazgos de enfermedad monovascular de coronaria derecha con colocación de stent farmacológico, stent previo permeable. Con interrupción del embarazo. El tratamiento de IAM en gestante se dificulta por el bajo índice de sospecha diagnóstica. La revascularización coronaria es imperativa y la coronariografía debe realizarse con el objetivo de disminuir las complicaciones a corto plazo y la morbilidad materno-fetal asociada.

EMBARAZO POSTTRANSPLANTE HEPÁTICO

Uribe Gutiérrez José Manuel, Toscano Castillo Adolfo, Tun Pech Román Arturo, Saldaña Valle Jair, González Martínez Armando
Hospital de Especialidades del CMN «Ignacio García Téllez» IMSS. Mérida, Yucatán.

El número de trasplantes hepáticos en México ha ido incrementando desde el 2007, con un descenso durante la pandemia COVID-19, los receptores de hígado tienen mejor esperanza de vida con el avance de mejores y múltiples terapias postrasplante. Se presenta el caso de paciente femenino de 25 años con antecedente de trasplante hepático, actualmente bajo tratamiento farmacológico, además con antecedente de diabetes mellitus tipo 1 e hipotiroidismo, quien cursó con embarazo pretérmino con complicaciones agregadas como hipotiroidismo, restricción del crecimiento intrauterino, hipertensión gestacional, con evolución a preeclampsia con criterios de severidad, lesión renal aguda, síndrome nefrótico en quien se otorgó manejo en la unidad de cuidados intensivos de manera multidisciplinaria con resultados favorables. Se describe caso clínico con el objetivo de describir las complicaciones durante el embarazo de paciente postrasplantada hepática. En México, son pocos los reportes de embarazo en pacientes con trasplante hepático, por lo que describirlos es de suma importancia.

EMPIEMA MASIVO SECUNDARIO A ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO. REPORTE DE CASO

Juárez Correa de León, Arteaga Gallegos Itzel Yoselin, Amaya Castro Victoria Alejandra, Madrigal Robles Víctor Hugo, Eguía Ortega Omar
Nuevo Hospital Civil de Guadalajara «Dr. Juan I. Menchaca», Universidad de Guadalajara.

Introducción: el absceso hepático amebiano es la manifestación extraintestinal más común de amebiasis. Representa la cuarta causa

de mortalidad a nivel mundial secundaria a infección parasitaria. El absceso es causado por infección por *Entamoeba histolytica*. La amebiasis torácica se presenta hasta en 15% de los pacientes que cursan con abscesos hepáticos, esto debido a mecanismos como rotura del absceso a cavidad pleural. **Objetivo:** el objetivo de la presentación de este caso es dar a conocer las complicaciones del absceso hepático amebiano que aquí se presentó con empiema pleural masivo, una entidad poco frecuente. **Caso clínico:** se trata de paciente masculino de 38 años con antecedentes de consumo de alcohol y tabaco, quien inició su padecimiento 6 meses previos con dolor en hipocondrio derecho de tipo opresivo progresivo, posteriormente se añadió la presencia de escalofríos y disnea al reposo, se realizó radiografía de tórax en la cual se evidencia la presencia de radiolucidez en la totalidad de hemitórax derecho, por lo que se realizó tomografía toracoabdominal, donde se evidenció derrame pleural masivo afectando 100% del hemitórax derecho con presencia de masa en hígado de tipo quística, posteriormente presentó deterioro respiratorio, por lo que se llevó a ventilación mecánica invasiva, presentó deterioro hemodinámico, por lo cual se administraron aminas vasoactivas, se colocó sonda endopleural en donde se observó la salida de material purulento con coloración achocolatada, con salida de 3,000 cm³, cuatro días después el paciente fue extubado con éxito, se realizó rastreo en el cual se encontró líquido perihepático, extrayéndose 1,500 cm³ de material de mismas características. **Discusión:** el absceso hepático amebiano y el empiema pleural son complicaciones graves y poco frecuentes de la amebiasis intestinal, el tratamiento oportuno con drenaje del mismo y tratamiento de soporte es fundamental para disminuir los días de estancia intrahospitalaria y morbimortalidad.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE DE ORIGEN PARANEOPLÁSICO + TIMOMA + MIASTENIA GRAVIS

Hernández Córdova H, González Ponce C,
Baldenebro Munguía A, Sánchez Nava V, Chávez Pérez C
Hospital Zambrano-Hellion TecSalud.

Masculino 43 años. Antecedente de miastenia gravis e hiperplasia tímica que inicia 7 días previo a su ingreso con disgeusia y parosmias, cinco días después se agregan movimientos involuntarios en hemicara izquierda, así como brazo izquierdo y ambas extremidades inferiores. 12 horas previas al ingreso hospitalario, ataques de pánico y confusión. A la exploración neurológica con alucinaciones visuales simples, desorientación en tiempo, alteración en el nervio craneal I y VII. RMN de encéfalo simple y contrastada. Panel de meningoencefalitis de LCR negativo, Frotis negativos. Inmunológico: ANCA (-), Anti-fosfolípidos (-), ECA (-), ACS Anti Tirotropina (-). Proteína TUA y 14-3-3 en LCR: +. Anticuerpos ANTI-SNP por IFI: negativo. Tratamiento con metiprednisolona e inmunoglobulina. Presenta crisis parciales continuas, sedación profunda e intubación. Se realiza timectomía una semana después, gastrostomía y traqueostomía; se inicia rituximab 6 dosis. Patología: timoma quístico con predominio de células epiteliales. RMN: encefalitis autoinmune o viral. Biopsia de lesión cerebral en lóbulo frontal derecho: corteza cerebral con pérdida neuronal y gliosis focal. Datos histológicos consistentes con estado esponjoso e hipermonomelia. Negativo para malignidad. Se realiza ventana neurológica, se suspende sedoanalgesia, ausencia de mioclonías y crisis parciales continuas, se progresó la ventilación mecánica y se da alta de UCIA.

ENCEFALITIS LÍMBICA ANTI-NMDAr, SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE UN TERATOMA QUÍSTICO MADURO DE OVARIO. REPORTE DE CASO

López León Jorge David, González Pérez Netzahualcóyotl,
Maynez Rojas Daniel de Jesús, Ordaz López Jorge Arturo
Centro Médico ISSEMYM.

La incidencia exacta de la encefalitis anti-NMDAR es desconocida, pero sobre la base de la rápida acumulación de pacientes y creciente número de informes de casos a partir del año 2005, parece ser más frecuente que cualquier otra encefalitis paraneoplásica cono-

cida; corresponde a 4% de las encefalitis. Se describe el caso de una mujer de 18 años que presentó crisis convulsivas generalizadas, con deterioro a estado catatónico, y en quien posteriormente se concluyó el diagnóstico tras la detección de altos títulos de anticuerpos anti-NMDAR en el líquido cefalorraquídeo, asociado a la presencia de un teratoma quístico maduro de ovario. Con adecuada evolución clínica tras recibir terapia inmunomoduladora y realizar resección del tumor. La paciente que se trató en nuestro instituto se incluyó en 75% de los casos con anticuerpos NMDAR que se recuperan y/o cursan con secuelas leves; los demás pacientes permanecen con graves discapacidades, con una mortalidad estimada del 4%. La encefalitis anti-NMDAR es una enfermedad de reciente entendimiento que debe sospecharse en cualquier persona que curse con hallazgos atípicos durante el abordaje diagnóstico y que no responda al tratamiento habitual, toda vez que su diagnóstico temprano se traduce en espectaculares resultados de supervivencia y funcionales.

ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI NMDA. CASO CLÍNICO

Cerda Sánchez Jesús Salvador, Treviño Salinas Mario Alonso,
Ramírez Gutiérrez Rómulo, González Aguirre Julio Edgardo,
Mercado Longoria Roberto
Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González», UANL.

Paciente femenino de 19 años con antecedente de asma en control. Inicia padecimiento con alucinaciones auditivas y malestar general, días después se agrega crisis convulsivas tónico-clónicas paroxísticas, por lo cual acude a clínica particular, se indica manejo con anticonvulsivos egresándose a domicilio. En domicilio se documenta picos febres de 38°C, continuando con alteraciones conductuales, trasladándose a nuestro hospital. A su llegada se realiza intubación orotraqueal por mal manejo de secreciones y alteración del estado de conciencia, ingresando a terapia intensiva. Se realiza punción lumbar con proteínas 221, glucosa 53 con recuento celular de 13 predominio polimorfonucleares, lactato 1.8. Se decide la realización de electroencefalograma, el cual no evidenciaba actividad epileptogénica. Posteriormente se realiza una segunda punción lumbar con celularidad 302, 98% linfocitos, proteínas 34 y glucosa 92. Se solicitan anticuerpos NMDA en suero, los cuales fueron positivos. Diagnóstico encefalitis por anticuerpos anti NMDA, iniciando terapia con plasmaféresis. Se realiza tomografía abdominal encontrando tumoración sugestiva de teratoma de anexo derecho, pasando a quirófano para extirpar la tumoración, reportando en la patología células neurogliales. Se ofrece terapia con inmunoglobulina presentando ligera mejoría clínica. Se realiza traqueostomía y gastrostomía por tiempo prolongado de intubación orotraqueal.

ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA

Ortega García Ricardo Jesús
Hospital Aurelio Valdívies Oaxaca.

Se trata de paciente de 41 años con los diagnósticos de emergencia hipertensiva con daño a órgano blanco cerebro, hemorragia intraparenquimatosa en ganglios basales con disrupción a ventrículos laterales, hemorragia subaracnoidea. EF. Neurológico con RASS -4, bajo sedación con propofol a 2.8 mg/kg, CPOT 0 puntos, bajo analgesia a base de tramadol 300 mg/24hrs, a nivel respiratorio bajo intubación orotraqueal, con apoyo de ventilación mecánica en modalidad de volumen, con los parámetros: presión inspiratoria 30, PEEP 6, FR16, I: E 1:2, FiO₂ 25%, gasometría arterial con PH 7.49, pCO₂ 30, pO₂ 97, lac 0.8, HCO₃ 25.3. Cardiovascular con PAM de 103 mmHg, con apoyo de aminas vasoactivas a base de norepinefrina a 0.3 µg/kg/min, a nivel gastrointestinal actualmente en ayuno, a nivel renal Cr0.7, BUN 6, urea 12.8, con diuresis al momento de 2,240 cm³ en 24 horas, con DKH 1.56 mL/kg/hr. A nivel hematológico BH con leucocitosis 11,420 cm³, a expensas de PMN 8,960 cm³, linfopenia 1,300 cm³, Hb16.8, Hto 49%, PTL 269 mil. Tiempos de coagulación TP 12.5, TTPa 25.3, INR 1.0. A nivel infectológico actualmente con antibioticoterapia a base de ceftriaxona 1g cada 12 horas.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA NATIVA SUBAGUDA CON AFECCIÓN AÓRTICA EN HOMBRE APARENTEMENTE SANO. REPORTE DE CASO

Cuevas Velasco Samuel, López Palomo Delia de los Ángeles, Torres Avilez Joaquín David, Toscano Castillo Adolfo de Jesús, Vera Fuentes Manuel Alejandro
Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional «Ignacio García Téllez», UMAE en Mérida, Yucatán.

Se trata del caso de un paciente masculino de 53 años de edad, sin antecedentes patológicos, el cual comenzó con un cuadro de tos no productiva de inicio esporádico, aumentando progresivamente hasta tornarse productiva y acompañarse de fiebre, siendo diagnosticado con neumonía intersticial y recibiendo tratamiento por aproximadamente dos meses, periodo durante el cual desarrolló la presencia de diaforesis de instauración nocturna, pérdida de peso, disnea de pequeños esfuerzos y cuadro de tos con presencia de hemoptisis, razón por la cual acude a una segunda valoración, durante la cual fue manejado por el servicio de neumología con el diagnóstico de hemorragia alveolar, presentando mejoría de forma parcial. Durante la estancia hospitalaria fue sometido a ecocardiograma transtorácico, estudio que evidenció lesión valvular del tipo vegetación de 10.9 mm, razón por la que fue enviado a tercer nivel de atención, donde es diagnosticado con endocarditis infecciosa subaguda de válvula nativa con afección aórtica, por lo cual fue sometido a cirugía de sustitución valvular aórtica más sustitución valvular mitral con prótesis mecánicas, no obstante, desarrollando insuficiencia cardíaca congestiva en postoperatorio con un desenlace fatal.

ESÓFAGO NEGRO, UNA RARA COMPLICACIÓN DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y COVID-19. REPORTE DE CASO

Urquijo Arteaga Miranda Helena, García Caicedo Susan Catherine, Garza Benavides Gabriela, Romero González Juan Pablo, Akram Darwich del Moral Gerardo
Hospital Médica Sur.

Introducción: el esófago negro (EN) o síndrome de Gurvitís es una causa poco frecuente de lesión grave del esófago, caracterizada por necrosis circunferencial de la porción distal. Se ha relacionado a inestabilidad hemodinámica, hipoperfusión, hipovolemia y lesiones corrosivas. **Objetivo:** presentar un caso clínico de EN asociado a Cetoacidosis Diabética (CAD) con COVID-19 y antecedente de VIH. **Material y métodos:** masculino de 44 años, portador de VIH (última carga viral indetectable) y antecedente de Diabetes Mellitus tipo 2. Inició con astenia y malestar general, al cuarto día presentó emesis en posos de café, epigastralgia, palidez de piel y tegumentos, por lo que acudió a Urgencias, donde se diagnosticó con CAD grave más hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA). **Resultados:** ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos, se realizó tomografía computada de abdomen que reportó hernia hiatal. En la endoscopia se evidenció esófago ulcerado, múltiples erosiones y zonas necróticas en dos tercios distales del esófago. Se inició manejo con Omeprazol, Sucralfato, Esoxx one y soporte para CAD con resultado favorable. **Discusión:** los mecanismos de lesión que conducen a EN incluyen lesión isquémica, estados de hipoperfusión (CAD), desnutrición, obstrucción aguda de la salida gástrica y peristaltismo lento que incrementan el contenido gástrico.

ESTADO EPILÉPTICO CONVULSIVO SUPERREFRACTARIO PROLONGADO SECUNDARIO ANOXIA-ISQUÉMICA CEREBRAL Y ANORMALIDADES METABÓLICAS

Cuevas Franco Bernardino, Albores Nájera Alicia Carmina, Guillén Sánchez Luis Carlos, Alvarado García Marco Antonio, Torres Avilez Joaquín David
Hospital de Especialidades UMAE No. 25 CMN «Ignacio García Téllez», IMSS. Mérida, Yucatán.

Introducción: el estatus epiléptico superrefractario prolongado, alta mortalidad reportada de 70%, se considera una catástrofe neuroló-

gica, definido como crisis epilépticas continuas que persisten igual o mayor a 7 días. **Objetivo:** identificar la existencia de pocos casos reportados de estatus epiléptico superrefractario prolongado. Masculino 62 años, antecedentes de cardiopatía isquémica, sometido a cirugía de revascularización presentando dehisencia esternal, complicación intraoperatoria de desgarro incidental de ventrículo derecho, llegando a presentar sangrado abundante hasta presentar choque hipovolémico, inician reanimación adecuada, conectan a circulación extracorpórea, se repara defecto con ventriculografía y parche bovino a pericardio, ingresa a la unidad de cuidados intensivos posterior, durante el quinto día de estancia presenta movimientos tónico-clónicos generalizados persistentes, fallando tratamiento de primera y segunda línea, se decide iniciar manejo anestésico, iniciando monitorización continua en el servicio de unidad de cuidados intensivos. **Resultados y discusión:** al persistir las crisis epilépticas por un periodo prolongado, el intento de retiro de anestésicos, el paciente cumple con estatus epiléptico convulsivo superrefractario prolongado, pacientes poco estudiados en nuestro medio debido desconocimiento y no monitorización, el manejo deberá ser en una unidad de cuidados intensivos bajo vigilancia estrecha del mismo y el planteamiento de terapias disponibles con la evidencia actual.

ESTATUS EPILÉPTICO SUPERREFRACTARIO CRIPTOGÉNICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Hernández Pedroza José Carlos, Parra Andrade José Luis
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía «Manuel Velasco Suárez».

El estatus epiléptico es considerado como una urgencia neurológica real, la mortalidad es de 1-7%, aunque la mortalidad global puede llegar a 20% y en casos de estatus epiléptico superrefractario hasta a 50%. Presentamos caso clínico de mujer de 23 años de edad lateralidad diestra, gesta 1 para 1 sin otros antecedentes de importancia, inicia con alteraciones en el comportamiento, posteriormente mioclónias, a su ingreso con alteración del estado de despierto, EEG con estatus epiléptico no convulsivo se ingresa a unidad de cuidados intensivos neurológicos. Durante su estancia de 2 meses en estatus epiléptico superrefractario, recibe tratamiento en todas las líneas, llegando a requerir coma barbitúrico, plasmaféresis, terapia electroconvulsiva, drenaje de líquido cefalorraquídeo y ciclofosfamida. Dentro de su abordaje se realizan múltiples marcadores séricos y en líquido cefalorraquídeo resultando todos negativos concluyendo caso como encefalitis criptogénica.

EVENTOS TROMBOEMBÓLICOS EN PACIENTE CON PUERPERIO TARDÍO Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (REPORTE DE CASO)

García García Erick Iván, Gonzales Aguirre Julio Edgardo, Villarreal Jaime, Turcios Mendieta Gabriela Nicole, Cisneros Becerra Ricardo Eliud
Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González», Nuevo León México.

El grupo de enfermedades inflamatorias intestinales son caracterizadas por no tener una etiología elucidada y anomalías en coagulación. Los eventos tromboembólicos varían desde 1.2 a 6.1%. Reportamos el caso de una paciente de 27 años, con antecedentes de colitis ulcerativa de 10 años de evolución, cuadros de hematoquecia y diarrea intermitente, sin tratamiento y con un puerperio de 30 días. Inició su padecimiento con cuadro de diarrea acuosa, astenia, adinamia y hemiparesia derecha. Posteriormente, inicia con convulsiones tónico-clónicas generalizadas, por lo cual es llevada a nuestro hospital. Se le realiza TAC de cráneo simple en donde se reporta evento vascular isquémico en territorio de la ACM y transformación hemorrágica. Se realiza craniectomía FTP izquierda. Se descarta con US Doppler carotídeo placa u obstrucción. Se realiza anticuerpos ANA fibrilar sugestivo de CUCI, TAC de abdomen reportando datos sugeritivos de enfermedad inflamatoria intestinal; 5 días posteriores inicia con inestabilidad hemodinámica. Se diagnostica perforación intestinal y es traslada

a quirófano para colectomía total e ileostomía. Pasa a UCIA por su inestabilidad hemodinámica. **Conclusión:** la continuación del tratamiento con inmunomoduladores permite optimizar y controlar la enfermedad en el periparto. Una enfermedad no controlada se asocia con mayores resultados adversos

EVC EN EL PUEPERIO. CASO CLÍNICO

Ortega García Ricardo Jesús

Hospital Civil «Dr. Aurelio Valdivieso».

Se trata de paciente femenino de 18 años quien el día 14 de octubre del 2021, a las 23:40 horas cursa con cesárea sin complicaciones. El día 19 de octubre del 2021 a las 16:00 horas presenta cefalea intensa en casa, tomando analgésico con mejoría parcial. El 20 de octubre del 2021 a las 06:00 horas presenta crisis convulsivas tónico-clínicas generalizadas de 10 minutos de duración. A las 07:00 horas presenta segunda crisis convulsiva de 15 minutos de duración. Familiares trasladan a la paciente al servicio de urgencias, donde a su ingreso a las 8:40 horas presenta tercera crisis convulsiva de 10 minutos de duración. Se ingresa al área de trauma choque, presentando TA 90/60 mmHg, FC 90 lpm, FR 20 rpm, SO 96%. Se asegura la vía aérea, parámetros de ventilador: FiO₂: 40%, VT: 420 ml, I: E 1: 3, FR: 16 x, Flujo: 30, presión límite: 30, PEEP: 5. Se inicia esquema zuspan por crisis convulsivas: 4 g de sulfato de magnesio en bolo con infusión de 1 g por hora, durante 24 horas. Laboratorios 20/10/21: BH: leu 8.55, hb 11.7, hto 35.5, plaquetas 236, Tiempos: TP 9.63, INR 0.84, TPT 24.3, QS: glu 94, urea 28, BUN 13, cr 0.76, ES: NA 138, K 3.4, CL 105 PFH: AST 20, ALT 21, BD 0.12, BI 0.31, BT 0.43, FA 115. EGO: bacterias ++, cristales de ácido úrico +++. Radiografía de tórax 20/10/21: Aumento de trama bronquial. TAC de cráneo 20/10/21: Presencia de lesión hipodensa en núcleos de la base del n úcleo derecho. 21/10/21: Se realiza extubación de la paciente, y se realiza referencia a terapia intensiva.

FALLA CARDIACA DERECHA ASOCIADA A TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO. CASO CLÍNICO

Cedillo Huerta Héctor Enrique, Treviño García Karla Belén, Rodulfo Sánchez Víctor, Treviño Salinas Mario Alonso

Hospital Universitario «Dr. José E. González», Monterrey Nuevo León, México.

Paciente femenino de 54 años sin antecedentes de importancia que acude por presentar 5 días de evolución con disnea súbita al realizar esfuerzo, progresiva hasta volverse incapacitante. A su ingreso se encuentra hipotensa, taquicárdica, taquipnéica saturando 80% al aire ambiente. Glucometría capilar de 580 y gasometría presenta acidosis metabólica con hiperlactatemia tipo A (pH 7.20, HCO₃ 11.3, lactato 11.3) y anión GAP elevado 25.5 meq/L. A la exploración encontramos extremidad inferior derecha con edema, hipermmia, hipertermia y signo Homans positivo. Su electrocardiograma de ingreso muestra taquicardia sinusal, inversión de la onda T V1-V4, onda S DI, Q DIII, gWT DIII. Laboratorios con transaminasemia, hiperglucemia, hipocalémia y DHL elevada troponina I 350µg/dL. Se valora puntaje de 7.5 (Wells) y 12 (Ginebra). Se inicia oxígeno suplementario y se realiza US doppler al pie de cama, reporte de trombosis venosa en tercio medio e inferior de vena femoral y poplítea. Ecocardiograma con evidencia de trombo intracavitorio, psap 50.55 mmHg, TAPSE 13 mm, FEVI 53% con contractibilidad normal. Por lo anterior, se decide iniciar tratamiento anticoagulante con heparina no fraccionada en infusión continua. Posterior a estabilización se realiza AngioTAC pulmonar encontrando émbolos en arterias pulmonares secundarias y diámetro de arteria pulmonar de 33.7 mm. Se mantiene hemodinámicamente estable en la unidad de terapia intensiva. Se revalora a las 24 h de su ingreso a terapia intensiva mejorando TAPSE 20 mm, por lo que se decide continuar con mismo manejo, se evalúa 24 h y debido a que no presentó inestabilidad hemodinámica se decide cambiar anticoagulación a heparina de bajo peso molecular y se egresa a piso de medicina interna para continuar su manejo médico y abordaje diagnóstico.

FALLA HEPÁTICA AGUDA POR SARCOMA FUSOCELULAR DE VENA CAVA INFERIOR CON TROMBOSIS EXTENSA. REPORTE DE CASO

Gómez-de Segura González Daniel,

Espinosa Aznar Eduardo, Montes-de Oca Sandoval Marco Antonio,

Martínez Díaz Braulia Aurelia, Aguirre Sánchez Janet Silvia

Centro Médico ABC.

Introducción: el sarcoma de vena cava inferior es una entidad anecdotica en la terapia intensiva, con presentación heterogénea en sus síntomas y mal pronóstico a corto plazo. **Objetivo:** describir el desenlace de un paciente con falla hepática aguda por trombosis extensa del sistema venoso hepático secundario a neoplasia. **Descripción del caso:** femenino de 55 años con obesidad grado IV e hipertensión arterial sistémica. Inició con dolor abdominal y edema de miembros pélvicos bilateral 30 días previos. Acudió a urgencias por deterioro neurológico e ictericia, evidenciando trombosis venosa hepática extensa más falla hepática aguda. Se realizó biopsia endovascular del trombo. Por hipertensión portal y persistencia de la falla hepática, se realizó derivación porto-auricular, con traslado a la unidad de terapia intensiva bajo ventilación mecánica invasiva. Se instauró soporte orgánico con mejoría de la falla hepática aguda al día +4 y retiro de la ventilación al día +5. En el día +6 se evidenció el sarcoma fusocelular de vena cava inferior por patología. **Discusión:** la falla hepática aguda por trombosis extensa secundaria a sarcoma de vena cava inferior se ha reportado < 20 veces en la literatura. La derivación porto-auricular condujo a una resolución de la falla hepática junto con el soporte intensivo.

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE ASOCIADA A CHOQUE SÉPTICO EN EL EMBARAZO. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Espinosa Aznar Eduardo, Nares Torices Miguel Ángel,

Hernández Pacheco José Antonio, Díaz Esquivel Alejandro,

Martínez Díaz Braulia A, Aguirre Sánchez Janet Silvia

Centro Médico ABC.

Introducción: la sepsis materna es una emergencia obstétrica con una mortalidad global de 10-40%. La coexistencia de infección uterina avanzada con coagulación intravascular diseminada (CID) en el embarazo, son afecciones potencialmente mortales que cuentan con mecanismos que conducen a falla orgánica múltiple (FOM). **Objetivo:** descripción del abordaje diagnóstico de CID, FOM y manejo de choque séptico en el tercer trimestre del embarazo. **Caso clínico:** primigesta de 28 años por fertilización *in vitro*. Presentó incompetencia ístmico cervical y se realizó cerclaje cervical en segundo trimestre. Ingresó a urgencias con fiebre, somnolencia, hipotensión, taquicardia, dolor abdominal y disminución de movimientos fetales de 24 horas de evolución. A la exploración vaginal con evidencia de material purulento y ausencia de movimientos fetales. Presentó choque séptico refractario, laboratorios con lactato de 15 mmol/L. Datos de CID agudo (plaquetas 24,000, Dímero D > 10,000, prolongación de TP 22 seg /TTPa 150 seg y fibrinógeno 82). Realizaron en quirófano evacuación instrumental del útero y revisión de cavidad. Presentó sangrado de 1,500 mL, vasodilatación con choque refractario y posteriormente paro cardiorespiratorio, asistolia, sin retorno a circulación espontánea. **Conclusión:** la muerte fetal intrauterina asociada a choque séptico en el embarazo condiciona FOM con una mortalidad mayor de > 60%.

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE SECUNDARIO A GOLPE DE CALOR. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Ortíz Unzueta Erick Eduardo, Parada Gutiérrez Desdeudith,

Aguilar Alvarado Celso Enrique, Zamora Gómez Sergio Edgar,

Reyes Rosas Italo Gibrán

IMSS Hospital General Regional No. 6 Ciudad Madero, Tamaulipas.

El golpe de calor se caracteriza por el aumento rápido de la temperatura corporal central, el cual causa deterioro neurológico súbito. En los pacientes críticos se asocia con disfunciones multisistémicas, requiriendo diagnóstico temprano para evitar complicaciones. **Objetivo:** deter-

minar causas, mecanismos fisiopatológicos, diagnósticos diferenciales y tratamiento del golpe de calor. **Material y métodos:** masculino de 25 años de edad, de ocupación obrero, con antecedente de consumo de drogas ilícitas, presentó sintomatología de 48 horas de evolución con fiebre persistente y deterioro del estado neurológico al estar laborando, siendo llevado al servicio Urgencias con fiebre 40°C, Glasgow 7 e inestabilidad hemodinámica. Se realizó manejo avanzado de la vía aérea, reanimación hídrica, uso de vasopresores y fue ingresado a UCI. Se realizaron estudios de laboratorio y gabinete descartando infección, evento vascular cerebral, trastorno metabólico, integrando disfunción hepática, renal y hematológica. El paciente progresó a falla multiorgánica a pesar del tratamiento multisistémico óptimo. **Discusión:** el diagnóstico de golpe de calor es clínico y de exclusión. Se integra con el antecedente de exposición ambiental, exploración física y estudios paraclínicos. Las proteínas de choque térmico tienen vital importancia en la fisiopatología y el pronóstico, la severidad puede variar desde las manifestaciones leves hasta la falla multiorgánica.

FASCITIS NECROSANTE POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE, A PROPÓSITO DE UN CASO. UNA ENTIDAD EMERGENTE EN LA ACTUALIDAD

Lee Ahn Christian Youngjin, Enciso Salinas Miguel, Moreno Jiménez Paola Itandehui
Hospital San Ángel Inn Universidad.

Femenina de 73 años, diabética, hipertensa y artritis reumatoide con TX inmunosupresor. Inicia padecimiento con sangrado transvaginal. Biopsia de endometrio reporta hiperplasia atípica. Se realizó hysterectomía total abdominal. Presenta hipotensión arterial súbita, llenado capilar retardado. Ingresó a UTI, hipotérmica, estuporosa, TA 89/48 mmHg, PAM 61 mmHg, llenado capilar 7 seg y dificultad respiratoria. Herida quirúrgica hiperémica y presencia de flictens. Lividez extensa periférica. TAC abdominal sin hallazgos patológicos. Se inició reanimación hídrica, doble vasopresor, esteroide, azul de metileno, dobutamina, balón de contrapulsación intraaórtico y terapia de reemplazo renal. Cultivo de herida quirúrgica reporta *Klebsiella pneumoniae*. Setenta y dos horas posteriores fallece. *Klebsiella pneumoniae* es un bacilo Gram negativo inmóvil, encapsulado. Existe una variante hipervirulenta-hiperviscomucosa que lo distingue de la variante clásica. Cuenta con una tendencia a progresar de manera rápida, usualmente generando fascitis necrosante, el cual es acelerado por procesos de inmunosupresión. Evita la opsonización y fagocitosis por macrófagos y neutrófilos, suprime la respuesta inflamatoria temprana, inhibe la expresión de la IL-8, evita el acceso de péptidos antimicrobianos al interior de la bacteria. Inhibe la maduración de células dendríticas disminuyendo la producción de pro-Th1 (IL-12 y TNF-alfa) afectando la presentación de抗ígenos e inhibiendo la migración de las células NK.

GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS. REPORTE DE UN CASO

Bello Méndez María Elena, Sánchez Cruz Xóchitl, Toledo Rivera Marco Antonio
Hospital Ángeles Santa Mónica.

La granulomatosis con poliangeítis, anteriormente Wegener's, es una enfermedad multisistémica que forma parte de las vasculitis de pequeños vasos asociadas a ANCA (anticuerpos contra el citoplasma de neutrófilos), junto con la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (síndrome de Churg-Strauss, EGPA), la poliangeítis microscópica (MPA) y la vasculitis asociada a ANCA limitada a un órgano (renal limitada o glomerulonefritis pauci-inmune sin evidencia de enfermedad extrarrenal). Las vasculitis son un conjunto heterogéneo de enfermedades sistémicas caracterizadas por la inflamación y, en cierta medida, destrucción de los vasos sanguíneos, por ende, afectan la perfusión y permeabilidad. Por ser enfermedades sistémicas con múltiples características, su diagnóstico es difícil y se basa en un conjunto de manifestaciones clínicas, exámenes de laboratorio, imagenología, y elementos histopatológicos que permitan clasificar al paciente dentro de un tipo específico de vas-

culitis. De este grupo de vasculitis, la granulomatosis con poliangeítis y la poliangeítis microscópica son necrosantes, afectan predominantemente a arterias de tamaño pequeño que se presentan de manera variable en términos de manifestaciones orgánicas y gravedad de la enfermedad. Considerando la baja prevalencia e incidencia de esta entidad, así como el diagnóstico diferencial desafiante, presentamos aquí el caso de un masculino de 33 años con manifestaciones pulmonares y renales por granulomatosis con poliangeítis diagnosticado en la unidad de cuidados intensivos, el cual ingresó inicialmente por insuficiencia respiratoria, requiriendo en su abordaje multidisciplinario tratamiento sustitutivo de la función renal con hemodiálisis y tratamiento quirúrgico de absceso pulmonar, así como presencia de anticuerpos anti-P ANCA.

HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA COMO CAUSA DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL

Ríos Alvarado Javier, Roque Márquez Edmundo Israel, Castillo González Roberto Alejandro, Muñeton Arellano Jesuha André, Fraire Félix Centenario Irving Santiago
Hospital Miguel Hidalgo. Aguascalientes, Ags.

Presentamos caso de paciente masculino de 22 años con diagnóstico de hemoglobinuria paroxística nocturna de 4 años de evolución sin tratamiento. Tabaquismo y toxicomanías positivas. Inicia padecimiento actual 5 días previas a su ingreso con cefalea holocraneana intermitente. Sin mejoría con analgésicos. Presenta crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas, sin recuperación del estado de alerta, por lo que ingresa al servicio de urgencias. A su ingreso se considera estatus epiléptico, por lo que se da manejo avanzado de vía aérea con intubación orotraqueal. TAC de cráneo con lesión hiperdensa en sustancia blanca derecha en región occipital derecha. Al llegar a la sala de cuidados intensivos se inicia monitoreo neurológico multimodal. Resonancia de cráneo con hemorragia sulcal occipital derecha y edema perilesional que sugiere trombosis venosa cortical. Con datos de hemólisis, lesión renal y trombosis. Se corroboró diagnóstico de HPN con citometría de flujo. Se identificaron clonas de HPN. Se extubó al quinto día de estancia en UCI y se egresa del servicio. Se reporta que sólo 16% de los pacientes han padecido un evento trombótico durante el curso de su enfermedad y es más frecuente en venas supraumbilicales, intraabdominales y vena central de la retina.

HEMORRAGIA INTRACRANEAL COMPLICACIÓN POSTERIOR A TROMBOLISIS CON TENECTEPLASE EN INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO: INFORME DE 2 CASOS

Casasús Bustillo Mirely Guadalupe, Lugo Ramírez Guillermo, Morales Muñoz Gustavo
Hospital Regional Villahermosa Petróleos Mexicanos.

La administración de tenecteplase en bolo en pacientes con IAM-CEST en ventana terapéutica menor a 12 horas presenta una rápida reperfusión y capacidad de trombólisis. La presencia de complicaciones como hemorragia intracerebral tiene una baja incidencia, su aparición repercute severamente en la morbilidad de pacientes con IAM-CEST trombolizados. La presente investigación tiene como objetivo valorar las complicaciones y seguridad del Tenecteplase en pacientes con infarto agudo al miocardio. Se presentan dos casos de pacientes, de un masculino de 65 años de edad y un femenino de 73 años de edad, ambos con datos clínicos y electrocardiográficos con IAMCEST en ventana terapéutica para trombólisis con tenecteplase en bolo, así como tratamiento anticoagulante y antiagregante. Ambos con presencia de factores de riesgo cardiovascular y de evento vascular cerebral como cardiopatía isquémica y evento vascular cerebral previo. Ambos con presencia de hemorragia cerebral intraparenquimatoso posterior a trombólisis con tenecteplase sin contraindicaciones para su administración; con desenlace de fallecimiento al cuarto día en el primer caso y datos de muerte cerebral y discapacidad severa en el segundo caso. La hemorragia intracranal es una complicación relativamente baja en pacientes con IAMCEST que recibieron trombólisis con tenecteplase un gran impacto en la morbimortalidad en éstos.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA FISHER IV WFNS V: ¿REALMENTE NADA MÁS QUE OFRECERLES? REPORTE DE CASO CLÍNICO

González Ponce Carlos Mauricio, Sánchez Nava Víctor Manuel, Ugarte Ubiergo Sebastián, Canitrot Paniagua Mario Marcelo, Iglesias Kosky Francisco Javier

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Paciente femenino de 37 años con antecedentes de endometriosis consulta a servicio de urgencias (S.U) clínica Indisa el 22/08/22 por cuadro de cefalea ictal compatible con hemorragia subaracnoidea (HSA) masiva Fisher modificada 4, *World Federation of Neurological Surgeons (WFNS)* 5 de etiología aneurismática correspondiente a arteria comunicante posterior derecha. En S.U presenta convulsión secundaria, tras lo cual se realiza manejo avanzado de vía aérea (VA). Paciente ingresa a unidad de cuidados intensivos (UCI) en ventilación mecánica invasiva (VMI). Se realiza primer abordaje mínimamente invasivo mediante embolización por coils. A las 24 horas evoluciona con hipertensión intracraneana (HIC) en contexto de hematoma intracerebral temporal derecho evacuado vía craneotomía pterional derecha más instalación de neuromonitoring multimodal invasivo de presión intracraneana (PIC) y presión tisular de oxígeno (PTIO₂), así como monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo. Por persistencia de HIC se instala drenaje lumbar de LCR durante cinco días. Al cuarto día de HSA presenta vasospasmo severo difuso manejado por angioplastia mecánica y farmacológica, craneotomía descompresiva temporal derecha y posteriormente hipotermia controlada mediante coolgard.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SECUNDARIA A ANEURISMA DE ARTERIA COMUNICANTE POSTERIOR IZQUIERDO TIPO 5 ROTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Hernández Pedroza José Carlos, Montaño Tello Humberto
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía «Manuel Velasco Suárez».

La hemorragia subaracnoidea constituye 15% de los accidentes cerebrovasculares, dentro de sus causas principales están los aneurismas. Presentamos caso clínico de mujer de 31 años de edad sin antecedentes de importancia que inicia con síndrome céfalálgico, posterior deterioro del estado de alerta. Se realiza abordaje angiográfica diagnóstica y posterior angiografía terapéutica, en la cual se realiza embolización de aneurisma roto y de aneurisma no roto, presentando como complicación resangrado de aneurisma. Se inicia tratamiento en unidad neurocrítica con sedación, ventilación mecánica, control hemodinámico y neuromonitoring multimodal. Lográndose egresar paciente de la unidad de cuidados intensivos y de hospital con traqueostomía percutánea y gastrostomía. El tratamiento neurocrítico forma parte fundamental para mejorar el pronóstico de vida y funcional del paciente.

HEMOTÓRAX COAGULADO COMO COMPLICACIÓN DE LA INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL: REPORTE DE UN CASO

Lara Aroyo José Elliot, García Lomelí Arturo, Varela Martínez Eliseo
Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags.

Introducción: para la colocación del catéter venoso central (CVC) se utiliza la técnica de Seldinger. Las complicaciones más frecuentes son: punción arterial, posición inapropiada, neumotorax, hemotorax o hematoma. La tasa de complicaciones que amenaza la vida es de 6.2-10.7%.

Objetivo: analizar las complicaciones potenciales y reales presentadas por el paciente, tras la colocación del CVC. **Material y métodos:** se revisó el caso de un masculino de 47 años, el cual tiene antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, retinopatía diabética, hipertensión arterial sistémica, pie diabético, transfusionales positivos, amputación quirúrgica del 5º ortejo izquierdo. El día 1/02/21 se realizó aseo quirúrgico del 5º ortejo del pie izquierdo, colocándose catéter subclavio derecho con técnica de Seldinger, se presentó punción arterial, el paciente presentó dolor intenso en región cervical. Se colocó sonda endopleural derecha

con gastos mínimos, presenta deterioro hemodinámico, se realiza TAC de tórax evidenciándose hematoma coagulado derecho, se realizó toracotomía exploradora, obteniéndose 1,000 cm³ de sangre coagulada. El paciente egresó sin complicaciones. **Discusión:** la utilización de catéteres para la administración de medicamentos es una práctica común. El hemotorax coagulado asociado a las lesiones vasculares se presenta de manera poco frecuente (2%), con desenlace fatal frecuentemente. El diagnóstico oportuno fue de vital importancia.

HEPATOXICIDAD ASOCIADO AL CONSUMO HERBOLARIO EN EL PUERPERIO. REPORTE DE UN CASO

Moreno López Rosa Esther, González Méndez Claudia Elena, González Bonilla Saraí, Santini Delgado María Gloria, Enríquez López Ricardo

Hospital de Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Introducción: una práctica común en el puerperio es el consumo de infusiones de plantas medicinales, sin embargo, puede tener potentes acciones farmacológicas y ser perjudiciales. **Caso clínico:** femenino de 21 años, ingresa en su puerperio mediato, con antecedente de ingesta de hierbas (Té de árnica y otras), presentando quemaduras de 1er y 2do grado al realizar temazcal con hierbas no especificadas de 2 días de evolución. Ingresa con datos de choque mixto hipovolémico no hemorrágico y choque distributivo. Paracárnicos: TGO 4624UI/L, TGP 5213UI/L, glucosa 46 mg/dL, bilirrubinas totales 11.4 mg/dL, Plaquetas 45 mil, TP 75 seg. INR 6.57 fibrinógeno 67 mg/dL, creatinina 1.42 mg/dL, LDH 2441 UI/L. Se descarta compromiso pancreático, panel viral negativo, USG de hígado y vías biliares normal. Manejo con soporte multiorgánico y valoración por cirugía plástica para curaciones programadas. Se egresa al día 15: TGO 11.8UI/L, TGP 313UI/L, bilirrubinas totales 10.4 mg/dL, plaquetas 230 mil, TP 13 INR 1.04 fibrinógeno 370 mg/dL, creatinina 0.7 mg/dL. **Discusión:** el uso indiscriminado de plantas medicinales tiene efecto nocivo, en nuestra paciente, la falla hepática se atribuye a la ingesta herbolaria, con recuperación gradual con soporte multiorgánico. **Conclusión:** se desconoce en qué medida las plantas medicinales resultan potencialmente nocivas, se requiere mayor información sobre su uso y consumo.

HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO Y PREECLAMPSIA SEVERA. REPORTE DE CASO

Moreno López Rosa Esther, Palacios Pacheco Raúl, González Bonilla Saraí, Santini Delgado María Gloria, Enríquez López Ricardo

Hospital de Ginecología y Obstetricia. Instituto Materno Infantil del Estado de México.

Introducción: el hígado graso agudo del embarazo es una entidad clínica rara que es única del embarazo, con incidencia estimada de 1 por 7,000 a 20,000 embarazos. **Caso clínico:** femenino de 29 años de edad, con embarazo de 36.6 SDG, acude por ictericia a su ingreso cifras tensionales TA 160/110 mmHg, crisis hipertensiva tipo urgencia, ameritando 2 bolos de labetalol, se deja con antihipertensivo de acción prolongada. Se solicita perfil toxémico: Plaquetas 134 mil, total de bilirrubinas 10.16 Indirecta 6.33mg/dL, glucosa 35mg/dL, creatinina 2.66 mg/dL, Ácido úrico 12.8 mg/dL, TGO 665 UI/L, TGP 526 UI/L, LDH 872 UI/DL, Frotis sangre periférica negativo. INR 2.45, se ingresa a terapia intensiva para mejorar estabilización, sin embargo, presenta bradicardia fetal sostenida, se interrumpe embarazo de manera urgente con anestesia general balanceada, con 4 días de ventilación mecánica, con soporte multiorgánico, con transfusión de acuerdo a requerimiento en total de 32 crioprecipitados, 9 plasmas frescos congelados, 1.5 g de fibrinógeno, 500 mg de ácido tranexámico. **Discusión:** el hígado graso agudo del embarazo es una emergencia médica cuyo tratamiento definitivo es el parto con la estabilización materna. **Conclusión:** el diagnóstico precoz es difícil, porque comparte características con otros trastornos comunes propios del embarazo. Se requiere manejo multidisciplinario

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN TIEMPOS DE PANDEMIA, NO TODO ES COVID: A PROPÓSITO DE UN CASO

Murillo Méndez Sylvia Marcela, Barrios López Melba Andrea, Vázquez Mathieu Jean Paul, Ramírez Zuno Daniel, Fernández Soto José Rodrigo
Hospital Ángeles Lomas.

Las vasculitis sistémicas se definen como patologías caracterizadas por la presencia de inflamación a nivel de la pared de los vasos sanguíneos. La presentación clínica puede ser variada, desde una forma autolimitada hasta diversas complicaciones requiriendo soporte vital. Presentamos el caso de un hombre de 73 años, de ascendencia irlandesa. Ingresa a la Unidad Terapia Intensiva por presentar cuadro respiratorio progresivo, disnea severa con descenso de saturación de oxígeno hasta 40% y sangrado de tubo digestivo alto. Se realiza tomografía de tórax concluyendo CORADS-5, además de elevación de azoados e hipercalemia (Creat 21.8, Urea 299.6, K+ 8.2) y acidosis metabólica (pH 6.9, paO₂ 40, paCO₂ 38, HCO₃ 9.4) ameritando soporte multiorgánico. Evoluciona de forma tórpida, requiriendo realización de biopsia renal, concluyendo hallazgos compatibles con vasculitis de pequeños vasos con anticuerpos p-ANCA, c-ANCA y PR-3 positivos. En este caso clínico abordamos una causa poco frecuente de hipoxemia grave, diferente a lo que estamos acostumbrados a manejar en las unidades de terapia intensiva en épocas de pandemia por el virus SARS-CoV-2.

LESIÓN PULMONAR INDUCIDA A PARTIR DE UNA TRANSFUSIÓN DURANTE UNA HEMORRAGIA MAYOR A LO HABITUAL POR REVASCULARIZACIÓN CORONARIA: REPORTE DE CASO

Pérez Macías Mauricio, Serna Guerrero José Luis, Herrera Horta Susana Carmina, Cantú Carmona Jorge Gabriel
UMAE No. 34, Hospital de Cardiología IMSS. Monterrey.

La lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (TRALI) es un síndrome clínico en el que hay edema pulmonar agudo no cardiógenico asociado con hipoxia que ocurre durante o después de una transfusión. Presentamos el caso de un paciente masculino de 49 años de edad antecedente de enfermedad coronaria crónica, diabetes mellitus 2 de mal apego. Alergia a AINES. Se ingresó a nuestra unidad para manejo con cirugía de revascularización coronaria de 3 puentes. Se ingresa a unidad de cuidados intensivos postquirúrgicos. Durante su estancia se decide transfusión de 1 paquete globular por disminución de hemoglobina. Se decide transfundir 2 plasmas por sangrado mayor al habitual y posterior a ello inicia con datos de insuficiencia respiratoria aguda. Se toma radiografía de tórax que indica infiltrados bilaterales. Se reporta un índice de oxigenación de 70 mmHg. Se inicia manejo con ventilación mecánica invasiva y bloqueador neuromuscular. Evoluciona con deterioro circulatorio requiriendo dosis altas de vasopresores, se manejó con maniobras de reclutamiento pulmonar, con buena respuesta alcanzando índice de oxigenación hasta 230 mmHg, se plantea liberación de la ventilación mecánica, no obstante, nuevamente aumento de parámetros ventilatorios y vasopresores y finalmente evolucionó a paro cardiorrespiratorio sin éxito.

LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA A LINFOMA DE CÉLULAS T PERIFÉRICO: REPORTE DE CASO Y ABORDAJE EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA DE TERCER NIVEL

Fernández Moreno Steven Fernando, González Aguirre Julio Edgardo, Gómez Gómez Eliezer Tomás, Muñoz Hernández Eduardo Daniel, Mercado Longoria Roberto Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González», Universidad Autónoma de Nuevo León.

Masculino de 30 años sin antecedentes, inicia padecimiento 2 meses previos al presentar fiebre, dolor óseo, polialtrajias, diarrea y pérdida de peso. Diagnóstico clínico de dengue, tratado con Paracetamol

mostrando mejoría parcial. Se agrega a clínica dolor abdominal en hipocondrios y plenitud postprandial. Paraclínicos evidenciaron bicitopenia y esplenomegalia, se realiza esplenectomía, histopatología con reporte de bazo congestivo, sin malignidad. Acude a nuestro hospital, donde la exploración física evidenció ictericia y anasarca. Estudios iniciales demuestran bicitopenia, pruebas de función hepática con patrón colestásico, elevación de deshidrogenasa láctica, prolongación de tiempos de coagulación, gases venosos con acidosis metabólica hiperlactatémica, frotis de sangre con macroovalocitos, equinocitos, poiquilocitos y macroplaquetas. Se continúa abordaje en terapia intensiva, reticulocitos 9.5% IPR 1.51, Anemia no regenerativa, fibrinógeno 202, triglicéridos: 208, Ferritina 3126.33, Ac. Brucella, Rosa de Bengala, serología para VIH, VHC, AgSHB, VDRL, Ac. Anti Nucleares HEp2, Anti-LKM-1, Anti-LC-1, Ac. Antimitocondriales y Ac. Antimúsculo liso fueron negativos. Cargas virales para Epstein Barr y Citomegalovirus no detectados. Biopsia de médula ósea demuestra fenómeno de hemofagocitosis. Se inicia dexametasona y etopósido, ocurriendo mejoría clínica y biomédica. Posterior reporte histopatológico de linfoma de células T periférico, se inició tratamiento con esquema de 6 ciclos de quimioterapia CHOP, más consolidación con trasplante de células hematopoyéticas.

MANEJO ANALGÉSICO DEL PACIENTE GRAN QUEMADO DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Barrios Díaz José Daniel, García Lomelí Arturo, Carrillo Cortes Gabriel Ulises, Tovar Cruz Blanca Estela, Roque Márquez Edmundo Israel
Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

El gran quemado es un paciente crítico de manejo complejo por los cambios fisiopatológicos que presenta en sus diferentes fases de evolución, dentro del manejo fino que demanda el paciente, el mantenerlo en metas analgésicas representa también un reto para el intensivista, pues debe adaptarse a las características farmacocinéticas y farmacodinámicas tanto del paciente como de la diferente batería de medicamentos para este fin, a su vez, es importante no dejar desprotegidos aquellos episodios que ameriten dosis de rescate, la preventión de la cronicidad, hiperalgesia y alodinia es vital. Masculino de 35 años, con quemaduras en 80% de la SCT (respetando región perineal) de primer y segundo grado, tanto superficiales como profundas, con reanimación inicial y referido de otra unidad, ingresa a la UCI con RASS +1, BPS 7, inestabilidad hemodinámica y choque distributivo, dentro de la unidad se realiza fibrobroncoscopia donde se observa CHOU grado 2 en tráquea y parte proximal de bronquios, ameritando manejo quirúrgico a expensas fasciotomías y aseo, se da soporte hemodinámico con vasopresores, volumen de calidad, sedación y analgesia multimodal a requerimiento cubriendo episodios irruptivos, rotación de opioides y manejo de episodios tanto de delirio como de supresión.

MANEJO INTEGRAL DE PACIENTE CON ABDOMEN ABIERTO. REPORTE DE UN CASO

Carrillo Cortes Gabriel Ulises
Hospital.

Introducción: el abdomen abierto es un defecto quirúrgico de la pared abdominal con el cual quedan expuestas las vísceras abdominales, con intención de mantener el abdomen temporalmente abierto, en caso de una cirugía de control de daños o síndrome compartimental abdominal. **Objetivo:** se presenta un caso clínico de paciente masculino de 36 años, con perforación intestinal iatrógena y sepsis, se manejó con abdomen abierto (Bolsa de Bogotá y Abthera). Se da a conocer abordaje general de esta condición clínica. **Material y métodos:** se realiza una revisión bibliográfica en Google Académico y PubMed, integramos un análisis sistemático *ad hoc* a las condiciones clínicas en el caso clínico en cuestión. **Resultados:** las indicaciones son: incapacidad del cierre de la fascia abdominal, síndrome com-

partimental refractario, cirugía programada asociada a corrección de daños. En trauma se indica en caso de: acidosis metabólica pH < a 7.2, hipotermia temperatura < a 35 datos clínicos de coagulopatía además de transfusión de más de 10 unidades de concentrados eritrocitarios. **Discusión:** el manejo del paciente con abdomen abierto es multidisciplinario como consideraciones del manejo del intensivista interviene lo referente a la lesión inicial, reanimación, manejo de la coagulopatía y acidosis, estabilidad hemodinámica y nutrición además de soporte vital.

MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD DE CROHN. REPORTE DE UN CASO

Bello Méndez María Elena, Aguazul Ramírez Malquiel Betzay, Vargas Ortiz Ada Berenice, Arellano Ramírez Alfredo

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

Las manifestaciones extraintestinales ocurren en aproximadamente un tercio de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y pueden preceder a la aparición de síntomas gastrointestinales. Las complicaciones neurológicas son poco comunes, se han reportado en 3% de los pacientes, a menudo representan una causa importante de morbilidad y un problema diagnóstico relevante, la más frecuente es la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, cuya fisiopatología se explica por la respuesta autoinmune contra los componentes glioneurales por una reacción cruzada de los anticuerpos patógenos contra los antígenos de la superficie neural en un proceso de mimetismo molecular. Presentamos el caso clínico de una mujer de 32 años, sin antecedentes de importancia, con manifestaciones neurológicas por enfermedad de Crohn como clínica inicial, con 2 meses de evolución anterior a las manifestaciones intestinales, las cuales condicionaron choque séptico y resección intestinal. Si bien se ha demostrado que la polineuropatía es un efecto adverso del tratamiento con biológicos y salicilatos antiinflamatorios, nuestra paciente no tenía factores de riesgo contribuyentes ni diagnóstico previo de enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que se consideró una neuropatía de base inmunitaria, confirmando el diagnóstico con estudio de neuroconducción y electromiografía, así como reporte anatopatológico.

METAHEMOGLOBINEMIA SECUNDARIA A USO DE DAPSONA EN UNA MUJER CON HIDRADENITIS SUPURATIVA: REPORTE DE CASO

García Caicedo Susan Catherine, Garza Benavidez Gabriela, Urquijo Arteaga Miranda Helena, Romero González Juan Pablo, Garrido Aguirre Eduardo
Hospital Médica Sur.

Introducción: la metahemoglobinemia es una condición rara que consiste en la oxidación de la hemoglobina de estado ferroso (Fe2+) a estado férrico (Fe3+). **Objetivo:** presentar un caso clínico de metahemoglobinemia secundaria a dapsona. **Material y métodos:** mujer de 26 años de edad que ingresó a urgencias con disnea de pequeños esfuerzos, cefalea holocraneana, tos seca y odinofagia; a su ingreso se documentó saturación periférica de oxígeno en 85% y antígeno para COVID-19 negativo; se consideró crisis asmática más infección bacteriana sobreagregada y se hospitalizó para manejo; presentó deterioro de la función respiratoria con incremento en el aporte de oxígeno y niveles de metahemoglobinemia de 10.3% además de lactato en 3.3 mmol/L, paciente con antecedente de consumo de dapsona hace 20 días previos a su ingreso por indicación de dermatología ante diagnóstico de hidradenitis supurativa. **Resultados:** hospitalización en unidad de cuidado intensivo con diagnóstico de metahemoglobinemia adquirida y manejo con ácido ascórbico 2 gramos vía endovenosa cada seis horas y puntas nasales de alto flujo con resolución de síntomas y disminución de niveles de metahemoglobinemia. **Discusión:** el origen de la metahemoglobinemia es multifactorial, pero medicamentos como la dapsona y anestésicos locales se destacan como la principal etiología.

MIELITIS TRANSVERSA SECUNDARIA A VACUNACIÓN CONTRA SARS-CoV-2. CASO CLÍNICO

Villarreal García Jaime Adrián, González Aguirre Julio Edgardo, García García Erick Iván, Martínez Schweinfurth Ramón Alberto, Lucio Trejo Ana Felizha

Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González».

Mujer de 22 años con antecedentes de vacunación para SARS-CoV-2 con vector viral ChAdOx1-S Oxford/AZ 1 mes previo, inició el día de su ingreso, al presentar cefalea súbita, intensa, acompañada de debilidad en las cuatro extremidades. Acude a hospital donde presenta insuficiencia respiratoria y paro cardiorrespiratorio, remitiendo al segundo ciclo tras la intubación. A la exploración se encuentra con pupilas normo reflejas, con hipotonía generalizada, reflejos osteotendinosos disminuidos, reflejos de tallo sin alteraciones. En resonancia magnética de cerebro y cervicales se reporta sin patología cerebral y con hiperintensidad irregular medular en secuencia T2 y STIR, abarcando C1-C3, datos sugestivos de mielitis transversa. Se inician bolos de metilprednisolona y plasmaféresis. Se solicita abordaje etiológico. La punción lumbar reporta citoquímico sin alteraciones, cultivos negativos, Anti-MOG y AQP4 negativos, bandas oligoclonales negativas. Niveles séricos de cobre normales, vitamina B12 disminuidos, se corrigen, sin mejora sintomática. Se aborda etiología infecciosa, obteniendo negativos IgG para Zika y dengue, hepatitis C, B, VIH, VDRL y anticuerpos para rickettsiosis. ANAS, ANCAS, perfil para SAF negativos. Además, se descarta síndrome paraneoplásico, con tac de tórax y abdomen sin anormalidad. Tras abordaje se descartan etiologías previas, se hace el diagnóstico de mielitis transversa secundaria a vacunación.

MIOPERICARDITIS POR SARS-CoV-2. REPORTE DE UN CASO

Soberano Burguete Ramón Ulises, Reyes Pérez Amalia Angélica, Morales Hernández José Fernando, Ramírez Gutiérrez Álvaro Eduardo, Sánchez Medina Jorge Rosendo
Hospital Regional Ciudad Madero, Petróleos Mexicanos.

Objetivo: presentación de un caso de miopericarditis asociada a postinfección de COVID-19. Resumen clínico: mujer de 21 años, inició (reposo) con dolor torácico opresivo (COVID-19 confirmado, 1 semana previa), diaforesis y disnea (< 2 hrs de evolución). Acudió a urgencias 12 h después: signos vitales y exploración física normales; electrocardiograma en sinus, FC 71 lpm, elevación ST cóncava en DII 3mv, DIII-aVF, V5-6 2mv, infra ST 2mv de V1-3, DI-aVL. CK 1540 u/L, CK-MB 170 u/L, Troponina I 11.4 ng/dL. Se manejó analgésico e ingresó a UTI con sospecha de SICACEST fuera de ventana. Persistió asintomática, EKG a 6 h: mejoría de alteraciones del ST 50%, T negativa inferior; 24 h resolución 70% resto sin cambios, 48 h resolución casi 100%, T negativa inferolateral baja; ECOTT: normal. Se realizó prueba de esfuerzo: negativa, coronariografía sin lesiones y resonancia magnética: incremento en volumen extracelular y reforzamiento tardío. Se diagnosticó miopericarditis y fue tratada con colchicina. **Discusión:** el diagnóstico de miopericarditis aguda en ocasiones es difícil, se confunde con SICACEST. Se asocia en 80% a infecciones virales. En COVID-19 se ha reportado hasta en 1.5% de los casos.

MUCORMICOSIS CEREBRAL-RINO-ORBITARIA EN PACIENTE DE LA TERCERA EDAD, POSTERIOR A INFECCIÓN POR COVID-19

Badillo Morales Christian Eduardo, Rivera Solís Gerardo, Zamora Santiago Edgar David, Pin Gutiérrez Eusebio, Sánchez Díaz Jesús Salvador
Hospital General de Alta Especialidad de Veracruz.

Mujer de 83 años de edad, diabética e hipertensa de larga evolución, inmunizaciones SARS-CoV-2 (3 dosis Pfizer, AstraZeneca). COVID-19 confirmado en julio de 2022. El 11/08 debutó con somnolencia, fiebre, cefalea intensa 9/10, edema palpebral y perinasal

izquierdos, el 14/08 deterioro del estado de alerta (Glasgow 9) y SO₂ 75%; ingresa al servicio de urgencias ameritando intubación orotraqueal por mayor deterioro neurológico. 14/08 TAC de cráneo simple sin evidencia de lesiones. 14/08 ingresa a UCI donde se mantiene sedada, bajo ventilación mecánica, iniciando presor por inestabilidad hemodinámica, antibioticoterapia con levofloxacino y clindamicina, destacando a la exploración lesiones blanquecinas e hiperémicas con zonas de necrosis en mucosa de paladar, región paranasal izquierda e infraorbitaria, a nivel ocular izquierdo con lesión ulcerativa hemorrágica, edema y opacidad córnea; todas ellas sugestivas de mucormicosis, por lo que el 15/08 se inicia manejo con anfotericina B. Evolución torpida al manejo desarrollando disfunción orgánica. 17/08 TAC de cráneo contrastada con lesión hiperdensa a nivel de senos paranasales, infiltración a nivel supratentorial, tallo y cerebelo, integrando sospecha diagnóstica de mucormicosis rino-orbito-cerebral. 19/08 progresó a muerte encefálica, confirmada por electroencefalograma. Fallece el día 20/08. El 22/08/22 se confirma por estudio histopatológico el diagnóstico de mucormicosis.

MUERTE SÚBITA POR DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA CORONARIA (DEAC). REPORTE DE CASO

González Manzano Víctor Manuel, Varela Sánchez Luis Ernesto, Rojas Gómez César Alejandro, Aguirre Sánchez Janet Silvia, Martínez Díaz Brulia Aurelia

Centro Médico ABC.

Introducción: existen varias causas de infarto agudo al miocardio, siendo la DEAC poco diagnosticada. **Caso clínico:** hombre de 63 años, hipertenso y con dislipidemia, sin tratamiento. Durante la defecación, presentó paro cardio-respiratorio, recibió reanimación cardiopulmonar (RCP) durante 4 minutos, sin secuelas. Trasladado a terapia intensiva, documentando TnI 625 pg/ml, proBNP 7200 ng/ml y EKG con signo de Wellens (Ondas T Bifásicas de V1 a V4). Recibió antiagregante plaquetario y 36 h después pasó a cateterismo cardíaco, donde se encontró por ultrasonido intravascular, en la descendente anterior segmento medio-distal una placa y hematoma con obstrucción del flujo e imagen de disección que obstruye 75% del vaso. Se colocaron dos stents debajo de la disección, reperfundiéndolo y resolviendo la disección. **Material y métodos:** descripción del abordaje diagnóstico y terapéutico. **Conclusiones:** los infartos identificados secundario a DEAC son menores a 1%. Existe poca información en hombres. El tratamiento se enfoca al manejo del dolor crónico, control de la presión, mejorar calidad de vida. En nuestro caso el paciente obtuvo un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico al colocar dos stents en la descendente anterior, con lo cual también se resolvió la disección. Fue dado de alta a las dos semanas.

NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA (NET): UN RETO EN EL MANEJO INTERDISCIPLINARIO DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. REPORTE DE CASO CLÍNICO

González Ponce Carlos Mauricio, Sánchez Nava Víctor Manuel, Muñoz Ramírez María del Rosario, Chávez Pérez Carlos Eduardo, Hernández Córdova Héctor Alyhek

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Mujer de 32 años comienza su padecimiento actual 18/12/2021 (siete días previos al ingreso) al presentar ojo rojo, artralgias, odinofagia, prurito vaginal y dolor abdominal leve que aumenta progresivamente. Cinco días previos acude a atención médica particular donde se recetan colirios de polimicina y cremas oftálmicas, así como óvulos de fluconazol, naproxeno 1 tab. vo c/8 h, ceftriaxona 1 g IM c/12 h. Más tarde, el mismo día por la noche presenta lesión eritematosa y pruriginosa en región de la nuca que progresa en el transcurso de la noche y se agrega conjuntivitis, disfagia a sólidos y angioedema (palpebral, labial y genital), además de dermatosis de tipo eritema multiforme en torso, cara, cuello y espalda, por lo que acude a atención médica a urgencias el 21/12/2021, decidién-

dose su ingreso hospitalario en Torreón. Durante estancia en piso evoluciona de forma torpida con extensión de las lesiones a extremidades superiores y área genital (SCT afectada 30%). Se inicia metilprednisolona 1 gr IV cada 24 horas, sin respuesta adecuada y en 20 horas se agrega nikolski (+). La paciente presenta disfagia a líquidos y estridor laringeo con datos de mucositis oral por lo que se realiza IOT el 22/12/2021 (tres días previos) y pasa a UTIA, se inicia IgIV 35 g y se continúa con esteroide a dosis altas. Durante estancia en UTIA progresó afección de 65% de SCT continua, manejo con IgIV 50 g (calculada 1 g/kg) y otros dos pulsos de metilprednisolona 1 g, se toma biopsia que se manda a histopatología. Se mantiene con sedación, analgesia, soporte nutricional, profilaxis antibiótica y tromboprofilaxis y se traslada a nuestro centro para manejo interdisciplinario de NET.

NECROPSIA Y HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN PACIENTE CON SDRA SEVERO, ETIOLOGÍA DIAGNÓSTICA POR IMAGEN COMPATIBLE CON COVID-19. REPORTE DE UN CASO

Barrios Diaz José Daniel, Valdez de Alba Ma. Antonieta, Carrillo Cortés Gabriel Ulises, Roque Márquez Israel Edmundo, Varela Martínez Eliseo

Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Aguascalientes.

La neumonía por COVID-19 es una enfermedad que se ha extendido de manera rápida por todo el mundo. Los fundamentos patogénicos y los cambios histopatológicos que provoca el COVID-19 no se comprenden en su totalidad, lo cual atenta contra la identificación clínica adecuada de los pacientes y la implementación de estrategias terapéuticos eficaces. Se presenta un caso de necropsia en hombre de 45 años, con tabaquismo positivo, inmunización para COVID, dos dosis de SINOVAC, presenta sintomatología típica de infección viral, con multitratamientos antibióticos y corticoesteroides, presenta insuficiencia respiratoria, que requiere ventilación mecánica invasiva, tomografía pulmonar con lesiones en vidrio desplulado, con patrón fibrointersticial, hipoxemia refractaria, pronostico no respondedor, con modos ventilatorios convencionales y no convencionales fuera de metas de protección alveolar y difícil manejo ventilatorio, presenta choque séptico con neumonía asociada a la ventilación mecánica, apoyo de vasopresores, sin mejoría, fallece. Tres pruebas PCR negativas. Se realiza necropsia con hallazgos histopatológicos; hallazgos de daño alveolar difuso (DAD) en diferentes fases de evolución: fase exudativa, de organización y fibrótica; patrón pulmonar: epitelial, vascular y fibrótico; diagnósticos por histopatología: falla orgánica múltiple, choque séptico, daño alveolar difuso con cambios compatibles con infección viral (SARS-CoV-2).

NECROSIS TUBULOINTERSTICIAL SECUNDARIO A VITAMINA C, CONSIDERACIONES EN SU MANEJO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rocha Botello Estefanía, Albuerne Estrada Isabella Josseline, Ortiz Martínez Karina, Rojas Gómez César Alejandro, Aguirre Sánchez Janet Silvia

Centro Médico ABC.

Introducción: la nefropatía por oxalato es una condición infrecuente caracterizada por depósito de oxalato en túbulos renales, causando lesión tubular, fibrosis intersticial y atrofia tubular. **Caso clínico:** mujer de 65 años con infección de vías urinarias de repetición y diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 leve. Ingresó posterior a ingestión de 20 g de ácido ascórbico, estuporosa, inestabilidad hemodinámica, acidosis metabólica severa de anión GAP elevado con GAP osmolar amplio y discrepancias entre glucosa capilar y central. Durante su estancia presentó deterioro renal progresivo que ameritó terapia sustitutiva. El perfil toxicológico y reumatológico fueron negativos, y la B2 microglobulina y oxalato urinario elevados. Se realizó biopsia renal la cual reportó necrosis tubular intersticial secundaria a depósito de calcio. **Discusión:** la nefropatía aguda por depósito de oxalato de calcio

por ingesta excesiva de vitamina C es poco frecuente casi siempre relacionada a daño renal previo. El tratamiento incluye administración de líquidos y suplementos de calcio. El diagnóstico temprano es crucial para el manejo óptimo.

NEUROMONITOREO MULTIMODAL INVASIVO: CASO CLÍNICO DESDE UN ABORDAJE FISIOLÓGICO

González Ponce Carlos Mauricio, Sánchez Nava Víctor Manuel, Canitrot Paniagua Mario Marcelo, Ugarte Ubiego Sebastián, Baldenebro Munguía Alejandra

Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud.

Mujer de 70 años, sana, excelentes condiciones previas y funcionales, sufre caída a nivel con impacto craneal, sin compromiso de conciencia. Evolucionó con lenguaje confuso y cefalea, en TAC se evidencia HSDA de la convexidad izquierda. Contusiones parenquimatosas basales y temporales bilaterales. HSA adyacente a las contusiones, fx lineal POI, hematoma extradural subyacente. HSD agudo frontobasal derecho. Caída progresiva de Glasgow hasta 12, durante las primeras 24 h. Se realiza contrarreferencia a otro centro y al contar con Glasgow de 6 se decide IOT. Anisocoria y ausencia de reflejo corneal, en instituto fue declarada fuera de alcance quirúrgico. Se traslada a Clínica INDISA y se coloca neuromonitoreo Multimodal: PIC 39 ptiO₂ 8, monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo, con medidas básicas se corrigieron parámetros fisiológicos cerebrales y sistémicos. PIC 17 PTiO₂ 22. Evoluciona sin neurodeterioro y 48 h después, sin aumento de PIC ni caída de ptiO₂ pero con empeoramiento de curva de compliance cerebral en la forma de la onda de pulso de PIC. Exploración física sin cambios significativos en ese momento. Durante las siguientes dos horas presentó micturición incontinencia, PIC hasta 50, ptiO₂ hasta 8. Se opera de urgencia para evacuación del hematoma intracerebral temporal derecho por vía Key Hole Approach guiado bajo visión ecográfica. Ingresa a cirugía con PIC 59, ptiO₂ 12, severa alteración de compliance, ondas plateau. Al abrir cráneo se observa severa herniación externa, con salida espontánea del hematoma a través de la corteza y desgarro dural, luego de evacuar por completo el hematoma, mejora la herniación externa y el cerebro comienza su latido. Se puede evidenciar el tremendo efecto de la evacuación del hematoma sobre la PIC y la desaparición de ondas plateau. Al final de la cirugía: PIC 8. ptiO₂ 39. Curva de compliance cerebral normal.

PACIENTE NEUROCRÍTICO POSTCRANIECTOMÍA SECUNDARIO A TUMOR CEREBRAL TIPO CARCINOMA INDIFERENCIADO SINONASAL DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE CASO

Pacheco García Jesús Antonio, Ponce Baños Liliana, Flores Castillo Hussein, Vera Aguirre Guadalupe, Arellano Ramírez Alfredo

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

La incidencia de cáncer en embarazadas es 1 de cada 1,000-2,000, con mortalidad materna de 25%, interrupciones del embarazo en primer trimestre 20%, teniendo el carcinoma indiferenciado sinusal con incidencia de 3%, por su rareza, no existen guías respecto a su manejo. Por ello se reporta el caso de mujer de 28 años de 22.5 SDG al ingreso con antecedente de epistaxis, cefalea y anosmia, después datos de hipertensión intracraneal, con evidencia por imagen de tumoración, sesionándose el caso, después se realiza craneotomía descompresiva + resección de tumor de senos paranasales y componente intracraneal, segunda cirugía craneoplastia y reconstrucción de piso anterior de base craneal, con diagnóstico histopatológico de carcinoma indiferenciado sinusal con extensión intracraneal, recibiendo manejo en conjunto con oncocirugía, neurocirugía, ginecología y medicina crítica, brindando en UCI monitoreo multimodal, cuidados de paciente neurocrítico, neuromonitoreo, medición de presión intracraneal por USG vainas de nervio óptico y por Doppler transcraneal, bulbo de yugular, adecuada sedación guiada por BIS, manejo ventilador

mecánico, monitoreo de gestación y complicaciones, antibioticoterapia guiada por cultivos, actualmente egresada sin alteración neurológica, con recién nacido sano de 33.3 SDG, continuando tratamiento con cisplatino trisemanal y radioterapia.

PANCREATITIS AGUDA POSTERIOR A COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE) EN EL EMBARAZO

Pérez Mejía JL Julio, Gutiérrez Hernández Lidia, Vega Mendoza Fernando

Secretaría de Salud de Hidalgo, Hospital General de Pachuca.

Introducción: la pancreatitis aguda es la complicación grave más común de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), siendo este procedimiento de elección para la coledocolitiasis sintomática durante el embarazo. **Objetivo:** estudio de caso, mujer de 27 años, con embarazo de 17 semanas de gestación con colecistitis crónico litiásica, quien presentó pancreatitis post CEPRE hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Pachuca. **Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, paciente embarazada quien presentó pancreatitis aguda post CPRE, a su ingreso dolor abdominal intenso, náuseas, vómito de contenido gástrico, hipotensa 80/40 mmHg, lipasa > 1,200, amilasa 420 u/L perfil de lípidos normales, USG vesícula biliar, conducto pancreatico. **Resultados:** tratamiento médico, continúa embarazo normoevolutivo, egreso por mejoría. **Discusión:** la pancreatitis aguda en el embarazo es una condición rara pero grave que afecta la vida materna y fetal. La CPRE a pesar de ser el método ideal, eficaz y seguro tiene como complicación la pancreatitis aguda en su gran mayoría secundaria a trauma de la papila, acceso accidental reiterado, litos residuales.

PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA AL USO DE TIGECICLINA EN EL TRATAMIENTO DE NEUMONÍA INTRAHOSPITALARIA. REPORTE DE CASO

Cuevas Velasco Samuel, López Palomo Delia de los Ángeles, Torres Avilés Joaquín David, Mejía Escobar Karen Yesenia, Jiménez Velasco Jesús

Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional «Lic. Ignacio García Téllez» en Mérida, Yucatán.

La tigeciclina, un derivado de la tetraciclina minociclina, es el primer antibiótico de glicicicicina disponible. La tigeciclina es un bacteriostático que inhibe la síntesis de proteínas mediante la unión a la subunidad 30S del ribosoma en bacterias. Se aplica en una dosis inicial de 100 miligramos, seguida de 50 miligramos cada 12 horas, entre 5 y 14 días. Entre las reacciones adversas poco comunes (< 1%) de este antibiótico está la pancreatitis aguda. El presente reporte expone el caso de un hombre de 53 años con diagnóstico de endocarditis infecciosa de válvula nativa subaguda con afección aórtica, quien cursó con neumonía intrahospitalaria de germen aislado *Klebsiella pneumoniae* XDR más *Pseudomonas aeruginosa* durante su estancia en cuidados intensivos, y fue tratado con tigeciclina, presentando notable mejoría del proceso infeccioso; no obstante, desarrolló datos clínicos de pancreatitis (lipasa de 1,011 unidades por litro) al octavo día del tratamiento. Se plantea la sugerencia de limitar el esquema de duración de tratamiento con tigeciclina a un máximo de siete días y/o en todo caso monitorear los marcadores de pancreatitis en aquellos pacientes en quienes se administre este antibiótico por más tiempo.

PÉNFIGO VULGAR GRAVE: DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE. REPORTE DE UN CASO

Bello Méndez María Elena, García López Damaris Abigail, Canedo Castillo Nancy Allin, Arellano Ramírez Alfredo, Morales López Rosa Martha

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

El pénfigo se define como un grupo de trastornos ampollosos potencialmente mortales que se caracterizan por la pérdida de la adhesión entre queratinocitos, dando lugar a la formación de ampollas intraepiteliales en las membranas mucosas y la piel. El pénfigo vulgar representa la forma más común de pénfigo, es una enfermedad poco frecuente con tasas de incidencia de entre 0.1 y 0.5 por cada 100,000 personas al año. Los pacientes desarrollan vesículas que al romperse producen erosiones dolorosas o pústulas en la piel, de tamaño irregular y bordes mal definidos, cubiertas de costras dolorosas, afectando sobre todo mucosa oral, conjuntiva, nariz y genitales. Ante la dificultad del diagnóstico confirmatorio, así como la baja incidencia de esta enfermedad, presentamos aquí el caso de una mujer de 46 años, sin antecedentes de importancia, con inicio de padecimiento cinco meses previos a su ingreso a nuestra unidad hospitalaria, caracterizado por presencia de lesiones ulcerosas en mucosa vaginal y múltiples tratamientos tópicos, con afectación de 70% de la totalidad de la superficie corporal, signo de Nikolsky positivo, anticuerpos antidesmogleína 1 y 3 positivos y biopsia de piel que reportó desprendimiento de la epidermis a nivel suprabasal, acantólisis y disqueratosis.

PERFILES HEMODINÁMICOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. REPORTE DE CASO

Pérez Amador Juan Antonio, Turcios Mendieta Gabriela Nicole, Cisneros Becerra Ricardo Eliud, Meneses Hernández Paola, Garza Treviño Ricardo Abraham

Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González».

El estado de choque dentro de la UCI en México es una entidad común que se encuentra hasta en un tercio de los pacientes ingresados, por lo que existen diferentes tipos de monitorización, tanto invasivos como el catéter de flotación y herramientas no invasivas como el ultrasonido, el taller gasométrico, VPP, etcétera. Se presenta el caso de una femenina de 29 años ingresada a la UCI con diagnóstico de neumonía por tuberculosis que se encontraba bajo VMI y terapia dual con vasopresores, la cual presentaba una franca inestabilidad hemodinámica a pesar de la reanimación ya proporcionada en el servicio de urgencias por lo que se realizó el monitoreo hemodinámico mediante el catéter de flotación, taller gasométrico y VPP encontrando ↓ GC ↑ RVS ↑ SvO₂ ↓ DO₂ ↓ EO₂, VPP > 12%, determinando choque hipovolémico. Despues de la reanimación adecuada, se consigue el destete de vasopresores y VMI, en los días posteriores por mejoría se egresa al servicio de medicina interna. **Conclusión:** existen múltiples herramientas para la monitorización del paciente en estado crítico y para la valoración del estado hemodinámico, por lo cual es de vital importancia para el intensivista su conocimiento y correcta aplicación para beneficio del paciente.

PERICARDITIS CONSTRICTIVA POR TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR, UNA ENFERMEDAD OLVIDADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Toscano Castillo Adolfo de Jesús, Nova Meda Jesús Enrique, Cuevas Velasco Samuel, Favela Pérez Eddie Alberto, Ávila Anchevida Gerardo
Hospital de Especialidades Médicas, Centro Médico Nacional «Lic. Ignacio García Téllez». Mérida, Yucatán.

La enfermedad pericárdica tuberculosa es una complicación importante de la tuberculosis, es una entidad poco frecuente; sin embargo, con alta mortalidad, con abordaje diagnóstico difícil de establecer y su baja prevalencia hace que sea una patología olvidada y en muchas ocasiones se retrasa o se pasa por alto, lo que resulta en complicaciones tardías como la pericarditis constrictiva. Se presenta el caso de un hombre de 30 años de edad, previamente sano, quien debuta con cuadro rápidamente progresivo de insuficiencia cardíaca derecha, se realizan estudios de complemento diagnóstico donde se evidencia engrosamiento pericárdico con comportamiento constrictivo, presentando evolución hacia el choque cardiogénico, por lo que es sometido a evento quirúrgico de urgencia, con el fin de realizarse

pericardectomía radical total; sin embargo, presentando hallazgos macroscópicos en el transoperatorio, de pericardio altamente vascularizado con gran adherencia e infiltración a estructuras miocárdicas, lo que imposibilita la resolución quirúrgica definitiva, ingresa paciente a nuestra unidad de cuidados intensivos en contexto de choque cardiogénico SCAI C, poder cardíaco 0.6 watts, se continúa con abordaje diagnóstico terapéutico logrando destete vasopresor e inotrópico. Se recaban resultados de estudio histopatológico con hallazgo de granuloma y células gigantes multinucleadas de tipo Langerhans, con tinción de Ziehl-Neelsen positiva, concluyendo diagnóstico etiológico de tuberculosis extrapulmonar, se instaura tratamiento antituberculoso intensivo, egresando paciente de unidad de cuidados intensivos a piso de cardiología.

POLIRRADICULONEUROPATHÍA SENSORIOMOTRIZ TIPO MILLER FISHER SECUNDARIO A COVID-19. CASO CLÍNICO

Castro Meza Jorge Omar, Díaz Ramírez Abraham, Ramírez Aquino Oscar, Bello Méndez María Elena
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Hombre de 45 años de edad con antecedentes: vacuna COVID-19 (3 dosis), lumbalgia de inicio 22/07/22, secundario a esfuerzo, resonancia magnética con electromiografía el día 23-07-22 reporta lesión de cono medular con afección de 40% con datos agudos de denervación, probable lesión medular torácica, en tratamiento con AINE continuando con dolor lumbar y postracción, disminución de fuerza de extremidades inferiores con posterior pérdida de control de esfínteres, el día 03.08.22 presenta sangrado de tubo digestivo alto, ingresando a área de choque, requiriendo manejo avanzado de la vía aérea y reanimación hídrica, secundario a choque hipovolémico, prueba COVID positiva, endoscopia con úlcera gástrica ameritando clipaje y tratamiento con IBP, mejorando hemodinamia del paciente se inicia ventana neurológica, con alteración del estado de alerta, se observa ptosis izquierda, y supra versión de la mirada de lado derecho, hipotonía de hemicuerpo derecho y atonía de hemicuerpo izquierdo, esfínter anal sin tono, se realiza punción lumbar con sospecha inicial de neumonía vs Guillain-Barré, obteniendo proteinorraquia, se solicita electromiografía compatible con polirradiculopatía sensoriomotriz, del tipo de la degeneración axonal severa miembros pélvicos y moderada a extremidades superiores y nervio facial derecho, compatible con síndrome Guillain-Barré, variante Miller Fisher.

PRESENTACIÓN DE CASO: HÍGADO GRASO EN EL EMBARAZO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

Pérez Mejía José Luis Julio, Gutiérrez Hernández Lidia, Neri Álvarez Omar
Hospital General de Pachuca.

Introducción: el hígado graso es complicación grave poco común y exclusiva del embarazo que conlleva a una insuficiencia hepática aguda potencialmente fatal. Amerita un diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar aumentos en la morbilidad materno-fetal, y se relaciona con la conclusión del embarazo para su cese. **Objetivo general:** estudio de caso de paciente con hígado graso agudo en el embarazo, en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Pachuca. **Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo, analítico transversal, mujer 16 años de edad, ingresa por hígado graso agudo del embarazo con 36.3 SDG por USG con coagulopatía y elevación de enzimas hepáticas. Amerita durante su estancia transfusión de 11 plasmas frescos congelados, dos concentrados eritrocitarios, dos pool plaquetarios, 13 crioprecipitados, seis días de estancia en UCI con mejoría posterior. **Resultados:** egreso por mejoría. **Discusión:** el hígado graso es una complicación del embarazo poco frecuente, de aparición repentina con insuficiencia hepática, es más frecuente en el tercer trimestre del embarazo, más común a las 36 SDG. Presenta una deficiencia de 3-hidroxiacil-CoA deshidrogenasa, debido a mutación autosómica recesiva de gen ACADM, que causa

exceso de ácidos grasos de cadena larga fetal, que ocasionan fallo hepático en la madre.

PRONO CONSCIENTE VS VENTILACIÓN INVASIVA. EN PACIENTES CON NEUMONÍA ATÍPICA VIRAL, SECUNDARIA A VIRUS SARS-CoV-2. COMPARACIÓN DE CASOS

Ramos Samuel, Aguado Saralu

Hospital Star Médica Centro CDMX.

El SARS-CoV-2 es un virus que tiene la particularidad de lesionar los pulmones, alteración histológica que es característica del SDRA, con la presencia inicial de edema intersticial e intraalveolar, seguida de membranas hialinas, hiperplasia de neumocitos tipo II en el alvéolo y, en caso de no cesar el estímulo nocivo, fibrosis intersticial por proliferación de fibroblastos. Este conjunto de cambios histológicos se denomina daño alveolar difuso. El tratamiento en neumonías graves, con cambios gasométricos y tomográficos, incluye: aporte de oxígeno de alto flujo, prono consciente como alternativa a la ventilación y la ventilación por sí misma, la intención de este trabajo es reportar cuatro casos de neumonía que se manejaron: dos con prono consciente y dos con ventilación invasiva. **Material y métodos:** análisis retrospectivo, cuatro pacientes, en dos grupos, a) asistidos con prono consciente, puntas de alto flujo; y b) asistidos con ventilación convencional. **Objetivo:** comparar el beneficio de ambas terapéuticas en el estado de salud a los 28 días y 90 días del ingreso. **Resultados:** cuatro pacientes, dos con ventilación convencional, dos con PAF y prono, variables similares. A los 21 días, se aprecia menos días de estancia en los de prono consciente. A los tres meses, la clase funcional, secuelas y uso de O2 es mayor en prono consciente. **Discusión:** la ventilación convencional debe ser otorgada a pacientes graves, a largo plazo los beneficios son mayores.

PROPIUESTA DE ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE MIOCARDIOPATÍA INDUCIDA POR SEPSIS (CMIS)

Queb Pech Nadia Melisa, Rodríguez Zárate Cecilia, Díaz Esquivel Alejandro, Aguirre Sánchez Janet Silvia, Martínez Díaz Braulia Aurelia

Centro Médico ABC.

Introducción: la cardiompatía inducida por sepsis (CMIS) es una forma de disfunción cardiaca transitoria con múltiples definiciones y ausencia de consenso diagnóstico. **Objetivo:** realizar propuesta de abordaje diagnóstico con base en revisión bibliográfica. Caso: mujer de 34 años, antecedente de tumor neuroectodérmico, sometida a tratamiento quirúrgico y quimioterapia. Fue admitida a cuidados intensivos con diagnóstico de choque séptico secundario a colitis neutropénica. Presentó criterios de CMIS de acuerdo con nuestra propuesta de abordaje: choque refractario a pesar de una reanimación adecuada y administración de vasopresores. Presentó DvaCO₂ de 7 mmHg, alteraciones *de novo* en la contractilidad global, elevación de NT-proBNP y adecuada respuesta a la administración de inotrópicos, siendo posible el retiro de todo soporte vasoactivo 48 h posteriores. **Discusión:** se concluye que en el contexto de choque refractario, la presencia de DvaCO₂, cardiompatía sistólica o distólica *de novo* hace altamente probable el diagnóstico de CMIS. El diagnóstico no se basa únicamente en disfunción del ventrículo izquierdo. Hasta 60% de los pacientes presentan disfunción ventricular derecha, implicando mayor riesgo de mortalidad. La elevación de troponinas y NT-proBNP se relaciona con un mayor grado de disfunción ventricular, severidad y mortalidad, aunque carecen de especificidad.

REPORTE DE CASO: DENGUE GRAVE

Pérez Mejía JL Julio, Gutiérrez Hernández Lidia,

Gallardo Ramírez Jessica Juve

Secretaría de Salud de Hidalgo, Hospital General de Pachuca.

Introducción: el dengue es una enfermedad febril infecciosa, de etiología viral sistémica (Denv-1, Denv-2, Denv-3 y Denv-4), trasmis-

tida por mosquitos hembras del género *Aedes Sp*. La infección recurrente puede convertirse en potencialmente mortal llamado dengue grave. Objetivo general: estudio de caso paciente con dengue grave en fase crítica hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Pachuca, con antecedente de dengue hace 14 años. **Material y métodos:** estudio observacional, retrospectivo, analítico, transversal. Mujer de 37 años, ingresó con datos de choque, fiebre 38.8 °C, letargia, dolor abdominal, sangrado transvaginal, derrames pleural y pericárdico, 29,000 plaquetas, 3,700 leucocitos, TGO 521, DHL 1277, TGP 190. **Resultados:** dengue positivo serotipo DENV-2. Egreso por mejoría. **Discusión:** la inmunidad cruzada en el dengue puede ocasionar que la misma persona se infecte por los demás serotipos. Las infecciones posteriores elevan el riesgo de padecer dengue grave. En el presente caso la variabilidad clínica estuvo relacionada a la exposición previa a dengue, no tenía comorbilidades, la atención oportuna en la fase crítica permitió un resultado satisfactorio.

REPORTE DE CASO: RUPTURA TRAQUEAL POST-INTUBACIÓN. UNA RARA COMPLICACIÓN

Cisneros-Becerra Ricardo Eliud, Lugo-Pérez Salvador, García-García Erick Iván, Treviño-Salinas Mario Alfonzo, González Aguirre Julio Eduardo

Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio Gonzales», UAML. México.

Antecedentes: la incidencia de una ruptura traqueal post-intubación es de 0.05% con una mortalidad de 22%. Las manifestaciones clínicas más comunes son enfisema subcutáneo, neumomediastino y neumotorax. Es importante realizar estudios de imagen desde radiografía de tórax, tomografía y el estándar de oro es la broncoscopia, con valor pronóstico y tratamiento. En los grados 1 y 2 de lesión se han observado buenos resultados con tratamiento conservador y seguimiento con broncoscopia. Caso: se admitió al Servicio de Urgencias a un masculino de 61 años por alteración en el estado de alerta. A su evaluación inicial debido al estado neurológico del paciente se solicitan estudios de gabinete y radiografía de tórax. Tras su evaluación, el paciente presenta un deterioro del estado y se decide manejo avanzado de vía aérea; posterior a la intubación el paciente debuta con enfisema subcutáneo grado IV, por lo cual se decide realizar tomografía de tórax. Por broncoscopia flexible se establece el diagnóstico de ruptura traqueal postintubación grado 1 no candidato para cirugía. Se decide como manejo colocar tubo orotraqueal directamente en la lesión, obteniendo una evolución favorable con mejoría del enfisema subcutáneo con posterior extubación y alta por nuestro servicio, con seguimiento al paciente por fibroscopia flexible sin complicaciones agregadas. **Conclusión:** el enfisema subcutáneo con ruptura traqueal postintubación no candidatos a cirugía es un caso para reporte debido a su escasa información en la literatura. No existe una guía de manejo, sin embargo, colocar un tubo orotraqueal directamente en la lesión demostró ser un manejo eficaz.

REPORTE DE UN CASO EN CUIDADOS INTENSIVOS POR COAGULOPATÍA GRAVE RELACIONADA A COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL

Valdez de Alba Ma. Antonieta, Lara Arroyo José Elliott,

Fraire Félix Irving Santiago, Castillo González Roberto Alejandro, Esparza Pantoja Javier

Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

La colestasis intrahepática gestacional es la forma reversible de colestasis, específica de la gestación, aparece en el III trimestre del embarazo, se produce por un trastorno en la homeostasis de los ácidos biliares del hepatocito materno, con una prevalencia de 0.7% y riesgo de complicaciones del binomio. Femenino de 35 años de edad, Gestación 3, 31 semanas de gestación, presenta desprendimiento de placenta con cesárea de urgencia, 24 horas posteriores con ictericia conjuntival, epistaxis, sangrado de tubo digestivo alto con hallazgos endoscópicos: esofagitis ulcerada grado II Savary + Gastropatía con-

gestiva y erosiva superficial. Presenta insuficiencia respiratoria por hemotórax masivo con toracotomía descompresiva y abdomen agudo con laparotomía exploradora: histerectomía y empaquetamiento por hemoperitoneo con hallazgos de cirrosis hepática, ingresa a UCI por inestabilidad hemodinámica y choque hipovolémico hemorrágico grado IV, con manejo de hemoderivados, vasopresores y fármacos hemostáticos, con resolución de choque hipovolémico y persistencia de sangrado multiorgánico. Presenta elevación de bilirrubina a su ingreso, cifra total de 15 mg/dL a expensas de la bilirrubina directa, con colangiorresonancia sin evidencia de lesiones, persistencia de estasis biliar, biopsia hepática y hallazgos de: colestasis intra y extra celular + hepatitis lobulillar aguda + colangitis. Se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico, con resolución favorable.

RESECCIÓN DE MIXOMA AURICULAR DE GRAN TAMAÑO Y REPARACIÓN DE DEFECTO INTERATRIAL. REPORTE DE CASO

Albores Nájera Alicia Carmina, Guillen Sánchez Luis Carlos, Cuevas Franco Bernardino, Álvarez Villanueva Miriam Sagrario
Hospital de Especialidades Médicas, Centro Médico Nacional «Lic. Ignacio García Téllez». Mérida, Yucatán.

Los mixomas son la neoplasia cardiaca más común. En aproximadamente 7% son de origen genético. Más de 72% de los tumores cardíacos son benignos. Los tumores varían mucho de tamaño desde 1 a 15 cm de diámetro. Los de mayor tamaño están asociados a síntomas cardiovasculares como disnea, ortopnea, edema y fatiga. Reportar el hallazgo de mixoma de grandes elementos. Masculino 64 años, sin antecedentes de importancia. Inicia de manera progresiva con disnea de grandes esfuerzos hasta llegar a ser de pequeños esfuerzos, realizan ecocardiograma transtorácico documentándose mixoma auricular de 60 x 32 mm que condiciona obstrucción mecánica al flujo transmítal. Se realiza resección de implante de mixoma más reparación de defecto interatrial bajo derivación cardiopulmonar. Alto riesgo de embolismo cerebral como principal complicación previo y durante el procedimiento quirúrgico. La presencia de mixoma de grandes elementos es poco frecuente en nuestra población. El riesgo de recurrencia es bajo (5%) pero es aconsejable el seguimiento a largo plazo.

RETO EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS CATASTRÓFICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lara Arroyo José Elliott, Diaz Barriga Janeth de la Cruz, Valdez de Alba María Antonieta, Varela Martínez Eliseo, Feliz Sosa Francisco Martín
Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

Mujer de 43 años, con antecedentes de importancia: oclusión tubárica bilateral con salpingiectomía 2012, colecistectomía en 2014, lupus eritematoso sistémico diagnosticado en 2016, hipotiroidismo diagnosticado en 2021, trombosis venosa profunda en miembro pélvico en el 2021 en tratamiento con rivaroxabán, AGO: gesta: 4, partos: 4, abortos: 0, resto interrogado y negado. Inicia su padecimiento con dolor abdominal súbito, tipo cólico, intensidad 10/10, náuseas y vómito, motivo por el cual acude al servicio de urgencias, se realiza estudio de tomografía abdominal con datos de obstrucción intestinal, es valorada por cirugía general quien indica laparotomía exploradora con hallazgos postquirúrgicos de isquemia intestinal, sin reportar complicaciones quirúrgicas, se decide pase a piso de CG, durante su estancia hospitalaria presenta deterioro neurológico súbito que amerita manejo avanzado de la vía aérea, es valorada por terapia intensiva quien decide su ingreso. A su llegada a UCI se solicitan anticuerpos anticardiolipinas, obteniendo resultado positivo, con mala evolución clínica presentando datos de falla multiorgánica, se integra diagnóstico de SAF catastrófico y se inicia tratamiento con inmunoglobulina humana, sin adecuada respuesta clínica, con datos clínicos de trombosis generalizada, con muerte de la paciente. Se realiza autopsia con diagnósticos finales de tromboembolia pulmonar, trombosis mesentérica, infartos esplénicos y trombosis pancreática.

RUPTURA DE SENO DE VALSALVA EN PACIENTE EMBARAZADA A TÉRMINO COMO CAUSA DE FALLA CARDIACA

Turcios Mendieta Gabriela Nicole, Lucio Trejo Ana Felizha, González Aguirre Julio Edgardo
Hospital Universitario UANL, México.

Mujer de 19 años cursando embarazo de 38.1 SDG quien ingresó por una semana de evolución con disnea de reposo, palpitaciones y ortopnea. Al ingreso se encontró con signos estables, rash malar, engorgamiento jugular, crepitantes en ambos campos pulmonares, corazón ritmico, sincrónico con el pulso, s3 presente, soplo holosistólico en foco tricúspide y mitral irradiado a región axilar y edema en miembros inferiores. En estudios de gabinete, radiografía de tórax datos de sobre-carga hidrálica, EKG hipertrofia ventricular, HGB 17.40 g/dL, WBC 14.10 K/uL, Cr. 1.7 mg/dL, BUN 35 mg/dL. Se realizó ecocardiograma evidenciando aneurisma del seno de Valsalva no coronario comunicado hacia aurícula derecha y septum interauricular aneurismático sin cortocircuito. Pasó a cesárea urgente hipotensa, con posterior estancia en terapia intensiva bajo ventilación mecánica. Se colocó catéter Swan Ganz para monitorización hemodinámica por choque cardiogénico. Se manejó con inotrópico y vasopresor, con posterior manejo quirúrgico que consistió en cierre del defecto con parche bovino. Presentó complicación postquirúrgica con fiebre, eritema de herida y gasto elevado de drenajes. Se diagnosticó mediastinitis que se manejó con reapertura de la herida, lavado, colocación de VAC y antibioticoterapia. Paciente resolvió el choque cardiogénico, mediastinitis y se egresó posteriormente a domicilio.

RUPTURA DE TABIQUE INTERAURICULAR: UNA COMPLICACIÓN MORTAL DE LA QUEMADURA ELÉCTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez Cruz Leopoldo Jorge, Guerrero Santamaría Evelyn M, Vega Torres Edgar, Toledo Villa J Pablo, Salmerón González J David
Hospital Regional ISSSTE Morelia.

Introducción: la extensión y gravedad de la lesión inducida por electricidad depende de la intensidad de la corriente eléctrica. El corazón es uno de los órganos más vulnerables, lo que condiciona alteraciones del ritmo, conducción y diversas alteraciones electrocardiográficas, ruptura miocárdica o valvular, derrame pericárdico y cambios estructurales en las arterias coronarias y en pequeños vasos miocárdicos. **Objetivo:** presentar el caso clínico y revisión de literatura sobre paciente con ruptura de tabique interauricular secundario a quemadura eléctrica en la sala de terapia intensiva. **Materiales y métodos:** se presenta caso clínico de paciente masculino de 54 años de edad, quien inicia en forma súbita su padecimiento, con diagnóstico previo quemadura eléctrica de alto voltaje, con deterioro del estado hemodinámico se investiga causa cardiogénica. **Discusión:** el paso de la corriente eléctrica a través del corazón condiciona disfunción de la microcirculación, necrosis en parches y alteraciones del sistema electrofisiológico, lo que ocasiona arritmias y alteraciones en la conducción, estas se presentan en las primeras 24 a 36 horas. **Conclusiones:** protocolizar de manera temprana a los pacientes con quemaduras eléctricas con un ecocardiograma o realizar de manera oportuna y capacitar al personal médico en la realización de POCUS cardiaco en cualquier área de hospitalización, impactaría sobre la mortalidad en estos casos de patología.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL Y DESCOMPRESIÓN CON CATÉTERES PERCUTÁNEOS EN PANCREATITIS AGUDA

Baldenebro Munguía A, González Ponce M, Hernández Córdova H, Chávez Pérez C, Sánchez Nava V
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Monterrey, Nuevo León.

Paciente femenino de 72 años con antecedentes de cáncer de mama en remisión, enfermedad diverticular y colecistectomía. Ini-

cia con vómito gastroalimentario, náuseas y dolor abdominal, cólico intenso, irradiado a tórax, exacerbado con movimiento. Acude para valoración y manejo. Ingresa neurológicamente íntegra sin compromiso cardiorrespiratorio, afebril. Diagnóstico de pancreatitis, con lipasa 17,339, amilasa 5,154, calcio 9.5, creatinina 1, fosfatasa alcalina 90, glucosa 142, urea 44.08, acidemia metabólica y alcalosis respiratoria. Por imagen Balthazar D. Progresó a falla renal aguda AKIN III e hipertensión intraabdominal de 22 mmHg e insuficiencia respiratoria que amerita ventilación mecánica invasiva. En estudio de imagen con aumento de líquido libre y colecciones peripancreáticas, se decide manejo conservador y colocación de drenajes abdominales (dos izquierdos y dos derechos). Con mejoría de la falla renal, disminución de la presión intraabdominal, resolución de lesión renal, con aporte nutricional con NPT, disminución de parámetros de ventilación. Esquema antibiótico Ertapenem y Linezolid por *E. Faecalis* en hemocultivo. Retiro de ventilación mecánica y egreso de UCI. «El síndrome compartamental abdominal una de las principales causas de falla renal en pancreatitis. El tratamiento convencional es quirúrgico. Existen reportes de casos donde el tratamiento con drenaje percutáneo realizado por radiología intervencionista tiene buenos resultados».

SÍNDROME DE GUILAIN BARRÉ SECUNDARIO

A VACUNACIÓN CONTRA COVID-19.

PRESENTACIÓN DE UN CASO

Pimentel Arce Elsa Guadalupe, Guerrero Topete Hugo Eduardo, González Carrillo Pedro Luis

Centro Médico Nacional Bajío UMAE 1.

Introducción: la vacunación contra COVID-19 se ha asociado a síndrome de Guillain-Barré, afectando células de la glía por su neutrropismo y afinidad al receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 con predominio en cerebro, núcleo talámico, etcétera. **Objetivo:** presentar caso clínico de asociación a vacunación contra COVID-19 y desarrollo de síndrome de Guillain-Barré. **Reporte de caso:** hombre de 18 años de edad. Antecedente de Miller Fisher hace dos años, inmunizaciones SARS-CoV-2 tres dosis, última hace dos semanas, AstraZeneca. Previo 10 días a ingreso con cuadro de sintomatología gastrointestinal, una semana previa con pérdida de fuerza muscular generalizada acompañado de diplopia. A su ingreso en urgencias con dificultad respiratoria ameritando manejo avanzado de vía aérea posterior referido a UMAE T1, valorado por neurología por diagnóstico de Guillain-Barré, a su ingreso en unidad de terapia intensiva, se realiza radiografía de tórax reportando consolidación y patrón vidrio despuñido, gasometría arterial reportando PAFI de 77 mmHg con cuadro SDRA severo y prueba antígeno SARS-CoV-2 positiva. **Discusión:** la vacuna de SARS-CoV-2 puede estimular el sistema inmune y desencadenar manifestaciones neurológicas, de igual manera se ha reportado que una de las vacunas con mayor asociación es AstraZeneca.

SÍNDROME DE HAMMAN-RICH. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramírez Zuno Daniel, Vázquez Mathieu Jean Paul, Murillo Méndez Sylvia Marcela, Fernández Soto José Rodrigo, Porter Rosales Juan Carlos

Hospital Ángeles Lomas.

Descrito en 1935 por Hamman y Rich, el síndrome que lleva su nombre o neumonía intersticial aguda es una patología pulmonar poco frecuente, la cual se encuentra agrupada en las enfermedades pulmonares intersticiales. Tiene una mortalidad elevada de hasta 60% en los primeros seis meses de haber realizado su diagnóstico, y además presenta una similitud importante, clínicamente hablando, con el síndrome de distres respiratorio del adulto. De causa desconocida, prácticamente su abordaje se inicia con la sospecha clínica por parte del médico tratante y el descarte de otras patologías que pudieran explicar la enfermedad pulmonar en cuestión. En el presente trabajo se realiza la presentación de un caso clínico de neu-

monía intersticial aguda en un paciente de 58 años de edad sin antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas quien inició su cuadro con algunas semanas previas caracterizado por tos y disnea que lo llevó incluso a estancia en unidad de cuidados intensivos, llegando a su diagnóstico una vez realizando batería de estudios para descarte de otras patologías. Será importante mencionar que es una patología a tener en mente ante todo cuadro de distres respiratorio del adulto de etiología no clara.

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD POR ANTIEPILÉPTICOS ASOCIADO A ERITRODERMIA Y FALLA RENAL AGUDA. REPORTE DE CASO

Rivera Chávez Manuel José, Salazar López María Daniela

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Introducción: el síndrome de hipersensibilidad por antiepilepticos es una entidad poco frecuente e infradiagnosticada, caracterizada por afectación visceral, fiebre y eritema generalizado. Se asocia a antiepilepticos aromáticos, su afectación a órganos internos es característica, siendo el hígado el más comúnmente afectado. Las manifestaciones dermatológicas van desde un exantema maculopapular hasta una dermatitis exfoliativa generalizada caracterizada por eritema, descamación generalizada y queratodermia palmoplantar en un 90% de la superficie corporal, la falla resultante de la piel puede coexistir con falla de otros órganos, aumentando así el riesgo de mortalidad.

Objetivo: describir la presentación de esta entidad y su repercusión multiorgánica en pacientes de terapia intensiva. Hombre de 26 años que ingresa a la unidad de terapia intensiva con antecedentes de crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas y tratamiento con fármacos antiepilepticos (FAE), después de la dosis de difenilhidantoína presenta síndrome de hipersensibilidad por antiepilepticos y disfunción orgánica múltiple. **Resultados:** hombre de 26 años con soporte multiorgánico incluidos ventilación mecánica, soporte renal y cardiovascular. **Discusión:** el síndrome de hipersensibilidad por antiepilepticos es una entidad poco conocida menos aún diagnosticada, la cual hay que sospechar en los pacientes con la presencia de eritrodermia más disfunción orgánica múltiple.

SÍNDROME DE LEMIERRE EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: ÉMBOLOS SÉPTICOS PULMONARES POR *FUSOBACTERIUM NECROPHORUM*

Hernández García Graciela Marisol, Cedillo Huerta Héctor Enrique, González Aguirre Julio Edgardo

Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González», Universidad Autónoma de Nuevo León.

Hombre de 32 años, tabaquismo y toxicomanías, niega uso de drogas intravenosas. Inicia una semana previa a ingreso, con hipertermia no cuantificada, cefalea y odinofagia. Después se agrega disnea progresiva hasta pequeños esfuerzos, dolor pleurítico y tos no productiva. Ingresa en estado de choque y presenta acidosis metabólica compensada, hiperlactatemia de 7.9 mmol/L y leucocitosis de 16.5 K/uL, predominio neutrofílico de 91.7%. A la exploración física presenta faringe hiperémica con punteado en amígdala izquierda, no se palpan adenopatías cervicales. Se observa eritema en región cervical izquierda. En tomografía simple de tórax se observan múltiples émbolos sépticos pulmonares e infarto esplénico. Se inicia vasopresor, se solicitan hemocultivos y comienza cobertura antibiótica empírica para endocarditis. Cursa con evolución tórpida y desarrolla insuficiencia respiratoria tipo I durante el segundo día de su estancia, por lo que se decide intubación orotraqueal. Se realiza ecocardiograma transesofágico, sin presencia de vegetaciones; además de angiograma de tórax, la cual descarta tromboembolismo pulmonar, pero evidencia trombosis de vena yugular interna izquierda. Se aísla en hemocultivo *Fusobacterium necrophorum* y se diagnostica síndrome de Lemierre. Se cambia manejo a ceftriaxona y metronidazol, con posterior resolución del choque séptico. El paciente se extuba y es egresado satisfactoriamente de la terapia intensiva.

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN UCI

**Martínez Schweinfurth Ramón, Sánchez Sergio,
Lerma Héctor, Chavarria Uriel, Villareal Jaime**
Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González».

Mujer de 25 años. Sin patologías conocidas. Acusa por cuadro febril de seis días de evolución, dolor retro-ocular, mialgia y artralgias. Al evaluarla: hipotensión, ameritando vasopresor al no responder a volumen; hepatomegalia; bicitopenia (HB 6.8 g/dL, Plq 43,000 U/dL, WBC 8,000 y PMN 7,000), lesión hepática colestásica (Bt: 7.1, BD: 4.5, BI: 2.6; AST: 270, ALT 281, ALP: 458), triglicéridos 445 mg/dL y fibrinógeno 93 mg/dL. USG abdominal: único hallazgo: hepatomegalia; antígeno por dengue: positivo. Durante su manejo intrahospitalario, presenta deterioro hemodinámico, falla hepática, y respiratoria tipo 1. La tomografía toracoabdominal reveló hepatoesplenomegalia moderada, ascitis leve y derrame pleural (40% bilateral) e infiltrado intersticial bilateral. Se procedió a realizar IOT y traslado a la UTI del HU, donde se solicitó ferritinemia: 15,500 ng/mL, serología por VIH, VHB, VHC, CMV, zika, sífilis, serología por dengue, rickettsia, leptospira, todos negativos. VEB: positivo: 17,732 copias/mL. Además, complemento, ANA, ANTI-DNA, Anti-Smith, Anti-Ro, Anti-MBG, ANCA, sin alteraciones. HS score 259 puntos ($> 99\%$ probabilidad) por lo cual se solicitó BMO, donde se encontraron macrófagos hemofagocíticos. En conjunto con el servicio de hematología, se inició terapia con dexametasona y rituximab. Con resolución de las alteraciones laboratoriales. La mejoría clínica fue continua. La paciente fue egresada a casa.

SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN, HEMORRAGIA PULMONAR DIFUSA Y GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

ASOCIADA A GRANULOMATOSIS DE WEGENER. REPORTE DE CASO

**Villarreal Villarreal Alejandro, Herrera Morales Blanca Estela,
Lara Cruz Juna, Cortés Munguía José Alfredo**
Hospital General Regional No. 196, IMSS, Ecatepec, Estado de México.

Las vasculitis sistémicas son un grupo de enfermedades de difícil diagnóstico. El complejo síndrome riñón-pulmón se define como la asociación de hemorragia alveolar difusa acompañada de glomerulonefritis rápidamente progresiva. La hemorragia alveolar difusa se caracteriza por la tríada clásica hemoptisis, infiltrados radiológicos difusos y caída del hematocrito y la asociación a patología renal en forma de glomerulonefritis proliferativa rápidamente progresiva. Las vasculitis ANCA + describen cuatro principales síndromes sistémicos: la granulomatosis de Wegener, la poliangeitis microscópica, el síndrome de Churg Strauss. Se presenta caso de hombre de 67 años con antecedente de cirugía estética, quien ingresa a UCIA, con deterioro a nivel cardiovascular, lesión renal aguda rápidamente progresiva, y falla a nivel pulmonar, tratado con esteroides y terapia de reemplazo renal continua con mejoría clínica. Mediante correlación clínica-paraclinica se llegó al diagnóstico de granulomatosis de Wegener.

Objetivo: detectar de forma temprana un síndrome pulmón-riñón, para inicio oportuno de tratamiento. **Material y métodos:** estudio retrospectivo en el que se analizaron datos, clínicos, de laboratorio, tratamientos del paciente. **Resultados:** se confirmó la mejoría clínica después de la terapia con esteroide de tipo metilprednisolona. **Discusión:** el síndrome pulmón-riñón se asoció a una vasculitis sistémica es poco común.

SIRA SEVERO EN UN PACIENTE CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN AUSENCIA DE NEUMONÍA POR SARS-CoV-2

**Cedillo Huerta Héctor Enrique, Treviño García Karla Belén,
Rodulfo Sánchez Víctor, Reynosa Silva Ileana Cecilia,
Treviño Salinas Mario Alonso**
Hospital Universitario «Dr. José E. González». Monterrey, Nuevo León, México.

Mujer de 54 años con APP de HAS de 10 años de evolución, la cual acude al servicio de urgencias por presentar de manera súbitacefalea holocraneana 10/10 acompañado de vómito en tres ocasiones y alteración del estado de alerta, por lo que es trasladada a nuestro hospital para su valoración. A su ingreso, 40 minutos posterior al evento, se encuentra normotensa, FC 88 lpm, pulso rítmico, FR 18 rpm, sat 95%. Se valora en siete puntos en la escala de coma de Glasgow (ECG) (2O2V3M) pupilas isocóricas y con pobre respuesta a la luz, ROT aumentados y Babinski bilateral, por lo que se decide manejo avanzado de la vía aérea e ingreso a terapia intensiva. La TAC de cráneo evidenció una hemorragia subaracnoidea (HSA) Fisher 4 difusa supra e infratentorial con apertura al sistema ventricular. Laboratorios con Hb 12 g/dL, Glu 85 mg/dL, Cr. 0.6 mg/dL, leu 9.5 k/uL, DHL 196 UI/L, PCR para SARS-CoV-2 no detectado. Anticuerpos anti HIV1/HIV2 negativos. Es valorada 24 h después de su ingreso con 10 puntos en la ECG (4ONVV5M), por lo que se decide la extubación de manera electiva. Seis horas después presenta insuficiencia respiratoria tipo 1 con saturación de 70% y FR 30 rpm, por lo que se cataloga como falla a la extubación y se decide IOT. La radiografía de tórax evidenció la presencia de un infiltrado bilateral difuso de predominio peribroncovascular de tipo alveolar y PaFIO₂ de 70 mmHg. Se decidió bloqueo neuromuscular, ventilación protectora, uso de PEEP y disminución progresiva de FIO₂. El ecocardiograma transtorácico reportó una FEVI de 60%, sin defectos en la contractibilidad focal o segmentaria, sin evidencia de disfunción diastólica. La paciente presenta mejoría ventilatoria a los 120 minutos con aumento de PaFIO₂ a 200 mmHg logrando la liberación de ventilación mecánica en 48 h, así como mejoría radiográfica significativa, por lo que se clasificó como edema pulmonar agudo neurogénico (EPN).

SIRA: MANIFESTACIÓN INUSUAL

DE COCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA EN UN PACIENTE SIN INMUNOCOMPROMISO. CASO CLÍNICO

**Cedillo Huerta Héctor Enrique, Rosales Salinas Jesús Maximino,
Treviño García Karla Belén, González Aguirre Julio Edgardo,
Treviño Salinas Mario Alonso**

Hospital Universitario «Dr. José E. González». Monterrey, Nuevo León, México.

Hombre de 16 años sin antecedentes de relevancia. Inició su padecimiento un mes previo con astenia, adinamia, hiporexia, tos seca y disnea mMRC 2 por lo que es tratado con un antibiótico no especificado sin mejoría. Una semana previa a su ingreso, se agrega fiebre de 39 °C y disnea en reposo, por lo que acude al servicio de emergencias. A su ingreso se encontró hipotensor, taquicárdico, taquipnéico, febril, saturando 88% con datos de deshidratación. A la auscultación del tórax presenta crepitantes finos bilaterales, ruidos cardíacos hiperdinámicos, rítmicos, resto sin alteraciones. Laboratorios con Hb 13 g/dL, Glu 85 mg/dL, Cr. 0.6 mg/dL, leu 7.81 k/uL, DHL 196 UI/L y PCR 12.7 mg/dL. Radiografía con infiltrado intersticial micronodular difuso bilateral. PCR para SARS-CoV-2 no detectado. Anticuerpos anti HIV1/HIV2 negativos. TAC de tórax con engrosamiento septal difuso, micromódulos y adenopatías mediastinales con necrosis. Broncoscopia reportó: PCR para M. tuberculosis y Micobacterias no tuberculosas no detectada, PCR para *Coccidioides immitis* detectado. Biopsia transbronquial reportó «Neumonitis granulomatosa positiva para estructuras micóticas consistentes con coccidioidomicosis con estructuras esféricas, de doble membrana». El paciente presentó deterioro ventilatorio con requerimiento de intubación orotraqueal e internamiento en la unidad de cuidados intensivos por SIRA severo. Se inicia manejo con anfotericina B y fluconazol. Presenta mejoría logrando su extubación después de seis días y manteniéndose afebril. Posteriormente, presenta deterioro neurológico y crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas por requiriendo su reintubación orotraqueal. Punción lumbar reportó 30 células de predominio linfocitario, PCR para *Coccidioides immitis* detectado. Posteriormente presenta inestabilidad hemodinámica e hipoxemia súbita, identificándose un

trombo intracavitorio en VD falleciendo por un tromboembolismo pulmonar masivo.

SOPORTE CIRCULATORIO CON ECMO VENOARTERIAL POR MIOCARDITIS FULMINANTE SECUNDARIO A LES Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS CATASTRÓFICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE MÉXICO. REPORTE DE CASO

Quirazco-Córdova Ricardo E, Riveros-Nina Daniel, Lazcano-Díaz Emmanuel A, Utrilla-Álvarez José D, Rojas-Velasco Gustavo

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Ciudad de México, México.

El síndrome antifosfolípido catastrófico (CAPS) o síndrome de Asherson, afecta solo a 1% de los pacientes con síndrome antifosfolípidos (APS) y es fatal en 50% de los pacientes, involucrando al corazón en 14% de los casos. Presentamos el caso de una joven de 29 años, quien ingresó al servicio de urgencias en choque cardiogénico por miopericarditis lúpica y un síndrome antifosfolípido catastrófico en evolución de recién diagnóstico en donde la asistencia circulatoria inmediata con BIAC y ECMO venoarterial por cinco días permitió mantener con vida a nuestra paciente en un periodo de tiempo terapéutico demasiado corto y complementar manejo adecuado de esta situación catastrófica con plasmaféresis, esteroide, anticoagulación, inmunoglobulina y ciclofosfamida. El ecocardiograma transtorácico posterior al retiro de ECMO demostró recuperación completa de la función sistólica biventricular. Se realizó resonancia magnética de corazón, la cual confirmó el diagnóstico de perimiocarditis y resonancia magnética de encéfalo con múltiples micro infartos corticales y sustancia blanca distribuidos en territorios vasculares frontera. El ECMO VA es de vital importancia en la miocarditis fulminante y manejo del choque cardiogénico secundaria a LES y CAPS como terapia puente al manejo inmunosupresor y recuperación de la disfunción sistólica del ventrículo izquierdo.

SOPORTE CIRCULATORIO TEMPRANO EN MIOCARDITIS FULMINANTE (SCAI-E) POR SARS-CoV-2. REPORTE DE CASO

Ruiz Castorena Álvaro, Gómez-de-Segura González Daniel, Martínez Díaz Braulia Aurelia, Aguirre Sánchez Janet Silvia

Centro Médico ABC.

Introducción: el choque cardiogénico secundario a miocarditis viral tiene mortalidad alta en la fase refractaria. El soporte circulatorio es una herramienta para modificar el desenlace. **Objetivo:** describir el abordaje terapéutico y desenlace de un paciente con miocarditis fulminante por COVID-19 con balón de contrapulsación intraaórtico (BIAC) más ECMO VA femoro-femoral. **Material y métodos:** masculino 43 años con antecedente de esclerodermia difusa. Inició con angina en reposo, lipotimia postural, con evidencia de lesión miocárdica por marcadores y cateterismo cardíaco sin lesiones evidentes. En la hora +3 dentro de la unidad de terapia intensiva (UTI) presentó deterioro hemodinámico refractorio a manejo aminergico. En la hora +4 se inició soporte con BIAC sin mejoría. En la hora +5 se inició ECMO-VA por choque cardiogénico refractorio. En la hora +6 con resolución de la hipoperfusión. El paciente se egresó de la UTI en el día +24, con uso de ECMO-VA por nueve días y recuperación de la fracción de eyección de 15 a 45%. **Discusión:** el uso de soporte circulatorio se define como temprano principalmente antes de que se presente una segunda falla orgánica. Y es una herramienta útil para el manejo del choque cardiogénico refractorio por miocarditis fulminante.

TERAPIA CON ECMO EN UN PACIENTE CON SDRA SEVERO POR SARS-CoV-2 EN FASE FIBRÓTICA. REPORTE DE UN CASO

Cruz Jiménez Pedro Enrique, Domínguez Castro Eloy, Santiago López Aaron Tito, Ortiz Larios Fabricio

Hospital Regional de Alta Especialidad del Estado de Oaxaca.

Se trata de hombre de 44 años, residencia: Oaxaca de Juárez, ocupación: chef, estado civil: casado, religión: católica, escolaridad: carrera técnica. Antecedentes de importancia: IMC 29.8, esquema de vacunación contra SARS-CoV-2 (dos dosis de CANSINO), su padecimiento actual lo inicia el 21 de septiembre 2021, con tos sin expectoración, fiebre con PCR positiva para SARS-CoV-2, recibió manejo de forma domiciliaria con antibióticos, broncodilatadores inhalados y oxígeno suplementario, el cual llegó a 15 L/min sin alcanzar metas de oxigenación, por lo que acude al HRAEO para su valoración. A su ingreso el día 29 de septiembre con SPO_2 : 73% (FiO_2 60%), datos francos de dificultad respiratoria, se decide intubación orotraqueal el día 30 de septiembre, se inicia ventilación en posición decúbito prono por presentar Pa/Fl de 110 y bloqueo neuromuscular continuo, recibió dos sesiones en decúbito prono, 13 días después del inicio de la ventilación mecánica se disminuyen parámetros y se realiza traqueotomía, presenta como complicación LRA KDIGO 3 con criterios de reemplazo renal por acidosis refractaria a tratamiento y neumonía asociada a la ventilación mecánica por *Klebsiella pneumoniae*, se inicia terapia de reemplazo renal lenta continua con hemodiafiltración, asimismo se inicia ventilación mecánica no convencional con APRV, después de 20 días de evolución se mantiene aún con FiO_2 a 90% y un índice de Kirby de 61, por lo que se decide su traslado a la ciudad de México para inicio de terapia con ECMO, donde ameritó cinco recambios de membrana con mejoría clínica a pesar del inicio tardío de la terapia con ECMO. Fue egresado el día 21/12/21 y contra referido para continuar rehabilitación física y pulmonar en nuestra unidad médica, actualmente el paciente es totalmente funcional.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN SÍNDROME CATATÓNICO POR ENCEFALITIS AUTOINMUNE ANTI-RECEPTOR DE N-METIL-D-ASPARTATO COMO TRATAMIENTO ADYACENTE. REPORTE DE UN CASO

Alvarado García Marco Antonio, Cuevas Franco Bernardino, Cruz Pérez Jocelyn, Vásquez Ortiz de Orué Zilané, Heras Velázquez Kenia Lizette

Hospital de Especialidades «Dr. Antonio Fraga Mouret» del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS.

Introducción: la encefalitis autoinmune por anticuerpos anti-receptor de N-Metil-D-Aspartato (NMDAR) y no anti-receptor NMDA es una enfermedad que se presenta principalmente en adultos jóvenes, en la que el tratamiento temprano mejora el pronóstico funcional del paciente. **Objetivo:** reportar un caso del uso de terapia electroconvulsiva (TEC) como tratamiento adyacente de encefalitis anti-receptor de N-metil-D-aspartato. **Material y métodos:** hombre de 24 años, campesino, antecedente de toxicomanías (tabaquismo y alcoholismo crónico), inicia de manera súbita con cambios del comportamiento, alucinaciones, alteraciones de lenguaje y cefalea. Con una evolución fluctuante y se agrega fiebre de difícil control acompañado de crisis epilépticas y catatonía refractaria a benzodiacepinas por lo que es manejado en la terapia neurocrítica ante la sospecha de encefalitis autoinmune, se confirma diagnóstico por anticuerpos anti-receptor NMDA. Sin encontrar hallazgos en la IRM cerebral y rastreo tomográfico completo. Se encontró neurológicamente en mutismo acinético, parotonia gegenhalten, hiperreflexia con clonus no agotable bilateral, disautonomía y discinesias orolingüales. **Resultados y discusión:** el paciente recibió tratamiento con inmunoglobulina, plasmaféresis y rituximab, además de cinco dosis de terapia electroconvulsiva (TEC), con mejoría en la movilidad de las extremidades. Realizando una revisión sistematizada se han identificado más de 29 estudios publicados donde se encontró unas respuestas favorables de la TEC en la catatonía. No hay tiempo descrito cuando iniciar el tratamiento con TEC ya que es un método terapéutico en combinación con los inmunomoduladores eficaz para la catatonía.

**TROMBOEMBOLIA PULMONAR DE ALTO RIESGO
ASOCIADA AL EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Gutiérrez Ortega Ana Marisol, Espinosa Pérez Negrón Karla,
Correa Alcázar Linda Lizbeth
Hospital General Regional No. 1, IMSS. Charo, Michoacán.

Introducción: la gestación es un estado protrombótico. En México la enfermedad tromboembólica venosa asociada al embarazo representa la quinta causa de muerte. Descripción: femenino de 39 años, ingresa a la unidad con diagnóstico de embarazo de 16 semanas, trombosis venosa profunda de miembro pélvico izquierdo, tromboembolia pulmonar de alto riesgo con inestabilidad hemodinámica presentado paro cardiorrespiratorio. Se inicia reanimación cardio-pulmonar por 40 minutos, con retorno a fibrilación ventricular en 5 ocasiones con 1,160 Joules acumulados y datos de falla cardiaca, se iniciaron aminas vasoactivas e inotrópicas. Se realizó trombólisis sistémica y anticoagulación dosis terapéutica. Desarrolló urgencia dialítica con inicio de hemodiálisis temporal. Dímero D 5,485 ng/mL, troponina 6 ng/mL, NT-Pro-BNP 31,963 ng/dL, angiotomografía de tórax con trombo segmentario en rama pulmonar derecha. Ecocardiograma con hipertensión arterial pulmonar severa, falla ventricular derecha, con función ventricular izquierda conservada. Con evolución favorable, alcanza estabilidad hemodinámica y logra salida de ventilación mecánica. **Conclusión:** la tromboembolia pulmonar se asocia con importante morbimortalidad materna. Debe mantenerse la sospecha clínica y confirmarse mediante ecocardiograma y/o angiotomografía. El inicio de la anticoagulación en las primeras 24 horas reduce la mortalidad hasta un 30%. En caso de inestabilidad hemodinámica la trombólisis o trombectomía son el tratamiento de elección.

VASCULITIS ASOCIADA A P-ANCA Y SÍNDROME DE PRESS

Baldenebro Munguía A, Apolo Loayza D,
Iglesias Kosky F, Ugarte S, Sánchez Nava V
Hospital Zambrano Hellion, Tecnológico de Monterrey,
Nuevo León. Clínica INDISA, Santiago de Chile.

Mujer de 15 años. Ingresa náusea, vómito y edema palpebral. Hipoxemia, debilidad, previamente en tratamiento por Anorexia. Presenta proteinuria, creatinina 19.67 mg/dL y se hospitaliza por insuficiencia renal aguda. Abordaje con biopsia renal «enfermedad túbulointersticial secundaria intensa: nefritis intersticial linfo-plasmocitaria y signos de daño tubular agudo, asociado a detritus necrótico». Inmuno-lógicos: ANCA P (+), ANCA C (-), MPO (-), Ac Lúpico (-). Se inicia metilprednisolona y ciclos de plasmaféresis, se inicia Hemodiálisis intermitente. Durante su hospitalización presenta los productiva, disnea, episodio convulsivo y estatus epiléptico, con necesidad de sedación e intubación orotraqueal. Radiografía de tórax con infiltrados difusos intersticiales en ambos hemitórax. En Angiotac cerebelo con infarto reciente en sustancia blanca frontal izquierda y focos glióticos supratentoriales. Segundo estudio de control con imagen sugestiva de encefalopatía posterior reversible vs síndrome de vasoconstricción cerebral. Electroencefalograma trazado discontinuo. Presenta inestabilidad hemodinámica, se instala monitoreo hemodinámico mínimamente invasivo. Continua con hemodiálisis, se inicia tratamiento con ciclofosfamida y esteroide. Ventilación mecánica con descenso de parámetros, Antibiótico profiláctico, terapia anticomicial, nutrición enteral y neuromonitoring no invasivo. Presenta mejoría del estado de choque, sin crisis convulsivas al realizar ventana neurológica, progresión de ventilación mecánica y tratamiento de sostén por reumatología. Se egresa posterior a terapia de rehabilitación.