



Resúmenes Casos Clínicos

Abstracts - Clinic Cases

Resumos dos Casos Clínicos

ABSCESSO HEPÁTICO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez; Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtepec.

Introducción: El absceso hepático es un proceso focal supurativo, poco habitual, de mortalidad moderada (2-12 %). **Material y métodos:** Se trata de femenino de 67 años con diagnóstico de Hipertensión arterial, posoperada de absceso hepático. Neurológicamente bajo sedación con midazolam 150mg a 10 ml/hr, analgesia con fentanilo 1 gramo para 24 horas. Campos pulmonares con presencia de murmullo vesicular, ventilador mecánico modalidad controlada por volumen con los siguientes parámetros: VT 300, TI 1.1, FR 20, FIO2 30, PEEP 6. Ruidos cardiacos rítmicos de adecuado tono, frecuencia e intensidad, abdomen globoso a expensas de pániculo adiposo, herida quirúrgica sin datos de infección. extremidades simétricas. **Resultados:** Se inicia manejo con líquidos, norepinefrina a 15 ml/hr, antibioticoterapia con meropenem y metronidazol. **Conclusión:** El tratamiento oportuno proporciona la curación de la mayoría de los pacientes, con una tasa de complicaciones del 4 al 11%.

AGUDIZACIÓN ENFERMEDAD STILL: HEMORRAGIA ALVEOLAR. CASO CLÍNICO

Kenia Maylet Lopez Yanes; Sergio Reyes Inurrigarro

Hospital Regional ISSSTE Puebla.

La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad reumática inflamatoria, de etiología desconocida, el diagnóstico se basa en los criterios de Yamaguchi: Fiebre, Artralgias, Odinofagia, Faringitis, Anemia, Transaminasemia y Rash; asociada a elevación de IL-6 y ferritina, expresada por diversas alteraciones clínicas, entre las que destaca la hemorragia alveolar, siendo esta una manifestación de diversas enfermedades inmunológicas, rara, pero letal, caracterizada por falla respiratoria hipoxémica aguda, hemoptisis, anemia e imagen en vidrio despolido; el tratamiento ventilatorio oportuno es esencial para el pronóstico. Presentamos el caso de una paciente de 30 años, antecedente de Enfermedad de Still, tratada con Tocilizumab, suspendido y reiniciado 3 días previos a su ingreso a la unidad. Padecimiento de una semana de evolución con astenia, adinamia, artralgias, cefalea, fiebre, rash evanescente en cara, cuello, brazos, tórax, y hemoptisis. Ingresó con disnea y falla respiratoria que motivó manejo con ventilación mecánica invasiva, cursando con lesión renal aguda y CID. Recibió manejo con esteroides sistémicos, ventilación mecánica durante 12 días, pronación y soporte transfusional. Egresó por mejoría posterior a 16 días de tratamiento. Es de vital importancia que el intensivista identifique de forma temprana dichas patologías para con ello impactar directamente en el pronóstico.

ALGORITMO PARA LA INDICACIÓN DE ECMO EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLIA PULMONAR (TEP). PRESENTACION DE CASO CLINICO

Alejandra Esquivel Pineda, Marco Antonio Montes de Oca Sandoval, Rodrigo Díaz Gómez, Braulia Martínez Díaz, Janet Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

Caso clínico: Masculino 70 años, presentó dolor torácico, agitación, ansiedad, estado de choque refractario, paro cardio-respiratorio asis-

tido en urgencias de 40 minutos de duración, se colocó ECMO V-A periférico y en Hemodinamia se documentó TEP Masiva, con soporte de norepinefrina a 0.1 mcg/kg/min, más vasopresina 0.06 U/Hr, Dobutamina 5 gammas, Levosimendan 0.1 gammas, con lo que se logró mantener TAM 80 mmHg, pulsatilidad de 15 mmHg, y se logró estabilidad hemodinámica. Posterior a la administración de Alteplasa local a través de EKOS, presentó sangrado intracraneal y muerte cerebral. **Objetivo:** Establecer un Algoritmo de manejo de TEP Masiva y choque cardiogénico para la colocación de ECMO V-A. **Material y métodos:** Se realizó un algoritmo de manejo en pacientes con TEP para valorar el momento de la colocación de ECMO y el manejo subsecuente. **Resultados y discusión:** En base a la experiencia de diferentes centros ECMO en Latino-América (ELSO LATAM), se realizó este algoritmo en el que se propone un manejo más organizado para la instalación de ECMO. En general no existe un algoritmo que nos guíe para decidir colocar ECMO e incluso el manejo subsecuente como realizar o no trombólisis o continuar con Heparina de Bajo peso molecular.

AMILOIDOSIS Y MIELOMA MÚLTIPLE. CASO CLINICO

Yareny María Peña Mercado; Sandra Guadalupe Trejo

Hospital Regional Valentín Gómez Farias, ISSSTE.

Introducción: Las miocardiopatías restrictivas presentan: disfunción diastólica, engrosamiento de pared ventricular y fracción de eyección normal o ligeramente reducida. Las etiologías más frecuentes son: Amiloidosis y sarcoidosis. La mayoría presenta signos y síntomas que pueden diferir; Por amiloidosis: Falla cardiaca progresiva, síncope, LRA, FA y muerte súbita. Prevalencia de MM y AL es de 20-35%. **Caso clínico:** Mieloma múltiple y amiloidosis cardiaca. Mujer de 61 años sin crónicos conocidos. Acude por disnea, hipotensión, diaforesis y malestar general. Con ingreso previo de disnea manejada como TEP. Con datos clínicos y bioquímicos de MM y AL. Ingres a UCI por choque mixto; LRA, aumento PFH; Beta 2 microglobulina 9.7, inmunofijación de proteínas de tipo IgG 4,4300 y Lambda 1150. Inmunofijación (+) componente M clase IgG Lambda. Eco: Engrosamiento de AD y AI, disfunción diastólica severa y función sistólica preservada del VI. Fx por aplastamiento: T11, T12, L1 y L2. **Discusión:** Paciente previo a su padecimiento: Fx patológicas, inmunofijación de proteínas con banda monoclonal IgG kappa y beta 2 microglobulina; Con falla cardiaca y datos de amiloidosis. Erróneamente manejados padecimientos de manera aislada, siendo que ambas patologías se relacionan. Con datos ecocardiográficos sugestivos de mal pronóstico.

ANALGESIA REGIONAL TORÁCICA EN LA UCI. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Gastón Daniel Martínez Sedas

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre. ISSSTE.

Paciente femenino de 33 años de edad quien ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos posquirúrgicos tras retiro de trombo en punta de catéter alojado en aurícula derecha con apoyo de circulación extracorpórea por esternotomía + colocación de sonda pleural bilateral y mediastinal. Ingres a la Unidad con los siguientes signos vitales FC 112 lpm FR 32 lpm TA 169/97 mmHg TAM 124 mmHg Temp 36.2°C SpO2 99%; Peso 54 kg, Talla 150 cm, despierta, RAMSAY 3, RASS scale +3 puntos escala de coma de Glasgow 15 puntos, refiriendo dolor severo con puntuación 10 de 10 en Escala numérica (EN), CPOT score 7 puntos en región esternal y costal izquierda exacerbando a la movilización y contacto de dichas regiones. Se analiza caso y condiciones

de la paciente no siendo la mejor candidata a analgesia con antiinflamatorios no esteroideos o dosis alta de opioide por lesión renal. Se proporciona manejo analgésico con técnica regional tipo Bloqueo PEC I y II derecho + Bloqueo de plano del serrato anterior izquierdo. Si bien la analgesia regional es poco abordada en las Unidades de Cuidados Intensivos es una herramienta adecuada encontrando abordajes más allá de la analgesia epidural como los son los bloqueos interfaciales, la analgesia controlada por el paciente o los catéteres para infusión continua. En este caso realizamos un bloqueo interfascial con éxito.

APLICACIÓN DE PUNTAJES PREDICTORES DE EXTUBACIÓN. CASO CLÍNICO

Maximiliano Valero Vidal; Manuel Rivera Chavez;

Maria Teresa Sánchez Sánchez; Rodrigo Lopez Ditch

Hospital General Regional Número 2, El Marqués, Querétaro, Querétaro.

Introducción: La extubación es la culminación del proceso de destete que se basa en parámetros objetivos que demuestran la capacidad para mantener la respiración. **Objetivos:** Predecir extubación temprana utilizando puntajes predictivos en pacientes con comorbilidades asociadas. **Materiales y métodos:** Paciente femenina de 49 años, bajo ventilación mecánica invasiva por 4 días, se realiza prueba de Fuerza de Inspiratoria negativa (NIF), con prueba BAR de -75, se progresa a pieza en sonda en T durante 30 minutos, sin complicaciones durante 60 minutos. Se decide extubación y se coloca mascarilla con tienda facial con Fio2 al 50%. **Discusión:** El estudio Baptistella, incluye pacientes adultos que pasaron un SBT y CLT con pieza en T de 30 minutos. Dicho estudio nos menciona sobre un puntaje predictivo de extubación (ExPreS), el cual reduce las tasas de fallo en la extubación entre 2.4% y 8.2%. Este puntaje oscila entre 0 y 100, donde 59 puntos indican alta probabilidad de éxito y 44 puntos baja probabilidad de éxito. **Resultados:** En el proceso de destete, destaca una larga duración de la ventilación mecánica, dicha comorbilidad se relaciona con inactividad diafragmática y bajo nivel de hematocrito, significando un bajo aporte de oxígeno hacia los tejidos corporales, aumentando el riesgo de fallo en la extubación.

APOPLEJIA HIPOFISIARIA EN PACIENTE CON ECLAMPSIA. CASO CLINICO

Pedro Iván Loeza Rea; Christopher Barrera Hoffmann;

Rommel Rivas Salazar

HGR No 1 Lic. Ignacio García Téllez.

Introducción: La Apoplejía hipofisiaria es un fenómeno isquémico o hemorrágico de la hipófisis. En el embarazo puede presentarse dado el crecimiento fisiológico de la hipófisis. Mujer de 17 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes, Primigesta, cursando gestación en su tercer trimestre; la cual presentó cefalea, mareos, emesis y convulsiones tonicoclónicas generalizadas sin asociación a hipertensión arterial; por lo que acude al hospital de su comunidad iniciándose esquema zupsan y refiriéndose a segundo nivel como Eclampsia. A su ingreso a nuestro hospital, se decidió la interrupción del embarazo vía abdominal y se solicitó valoración por UCIA. Se realizó TAC simple de cráneo donde se observó Hemorragia hipofisiaria. Al momento de su ingreso y durante su estancia en la UCI se mantuvo con cefalea leve la cual cedió gradualmente, sin otros síntomas agregados, negando alteraciones de la agudeza visual y sin alteraciones bioquímicas relevantes. Se realizó estudio de RM al segundo día de su estancia en UCIA, el cual reportó Apoplejía hipofisiaria en fase subaguda y signos compatibles con síndrome de Encefalopatía posterior reversible. Al persistir asintomática es egresada de terapia intensiva para seguimiento por ginecología y endocrinología.

ASPERGILLUS CON COLITIS ULCEROSA FULMINANTE. CASO CLÍNICO

Peña Mercado Yareni; Trejo Estrella Sandra Guadalupe;

Pacheco Silva Joel; Maria Fernanda Ceja Esquivel

Hospital Regional Valentín Gómez Farfás.

Introducción: la aspergilosis es la infección fúngica más común en pacientes con inmunocompromiso, los pacientes con CUCI son un grupo de riesgo debido a la terapia inmunosupresora que reciben, pueden generar cuadros clínicos complejos que requieren atención multidisciplinaria y diagnóstico oportuno ya que la mortalidad asociada es elevada. **Objetivo:** reporte de caso clínico de paciente con colitis ulcerosa fulminante que desarrolla neumonía por aspergillus. **Presentación del caso:** paciente masculino de 57 años de edad con antecedente de PCI, HAS, DM y CUCI tratamiento con infliximab, azatioprina y prednisona. Presenta dolor abdominal, fiebre y hematoquecia el 1 de junio se hospitaliza en cirugía general, inicia tratamiento médico durante la hospitalización presenta deterioro hemodinámico y aumento en dolor abdominal con datos de abdomen agudo el 12 de julio se realiza LAPE encontrando absceso subhepático, dilatación de colon y ciego ileostomía paciente ingresa a UCI durante su estancia se evidencia neumonía en tomografía de tórax sugestiva de infección micótica se realiza broncoscopia 21 de julio encontrando lesiones capsuladas se toma biopsia reportando infección por aspergillus. **Conclusión:** la aspergilosis es una entidad clínica a considerar en pacientes críticos que han recibido tratamiento inmunosupresor independientemente del tiempo de instauración.

BIS EN STATUS EPILÉPTICO NO CONVULSIVO. CASO CLINICO

René Raúl Martínez Coop; Jesús Salvador Sánchez Díaz;

Karla Gabriela Peniche Moguel; María Verónica Calyeca Sánchez

UMAE No. 14 Adolfo Ruiz Cortines, IMSS. Veracruz.

Introducción: El estatus epiléptico (EE) es una afección que resulta del fracaso de los mecanismos responsables de la terminación de la convulsión o del inicio de mecanismos que conducen a convulsiones con duración mayor de 5 minutos en presencia o ausencia de síntomas motores prominentes (convulsivo, no convulsivo o refractario). El monitor BIS® brinda información del estado neurológico por medio del análisis de matriz de densidad espectral (MDE) convirtiendo el EEG (electroencefalograma) sin procesar en una pantalla codificada por colores y comprimida en el tiempo para frecuencias entre 0 y 30 Hz, donde el azul representa baja potencia y el verde, amarillo y rojo representan potencias sucesivamente más altas. **Objetivo:** Describir el caso de un paciente en EE no convulsivo identificado a través del monitor BIS. **Presentación de caso:** Femenino de 62 años. Diagnóstico de hematoma subdural subagudo hemisférico izquierdo. Ingresada para monitoreo neurocrítico en el postquirúrgico por drenaje de hematoma. El monitor BIS con rangos oscilantes de 70-85, tasa de supresión de 0, sin movimientos anormales, sin respuesta al estímulo nociceptivo sospechando actividad epiléptica no convulsiva, cambios estereotipados por MDE, se realizó EEG encontrando estado epiléptico no convulsivo, se trató con sedación con fenobarbital para mantener RASS -5. **Discusión:** El monitor BIS ofrece una interfaz amigable y con mayor facilidad de interpretación. **Conclusión:** El monitor BIS es una herramienta útil, práctica y no invasiva para el neuro monitoreo permitiendo la aplicación del tratamiento de manera más expedita.

CARDIOTOXICIDAD INDUCIDA POR QUIMIOFÁRMACOS. CASO CLINICO

Andrés Gibrán Salcedo Malagón, Elizabeth Vital Montiel,

Diana Nanyuky Flores Miranda, Luis Iván Vázquez Guerra,

Aldo Gamaliel Vázquez Sánchez

Hospital Ángeles Moctel.

Mujer de 51 años con antecedente de múltiples instrumentaciones en columna dorsolumbar, presentó sintomatología caracterizada por lumbalgia con irradiación hacia extremidad pélvica derecha con debilidad muscular y dificultad para iniciar marcha, se programa para retiro de material de osteosíntesis, durante la cirugía, se realizó biopsia que identifica mieloma múltiple de cadenas ligeras kappa de (IgG) y plasmocitoma en T11-L1, recibió tratamiento con Darzalex (daratumumab), Kayprolis (carfilzomib) y dexametasona posterior a su administración presentó pérdida del estado de alerta y convulsión tónica sin recupe-

ración del estado de alerta, con ECG <8 puntos que ameritó manejo avanzado de vía aérea, ruidos cardíacos arrítmicos presentando taquicardia supraventricular con bigeminismo cardiovertido farmacológicamente con amiodarona de manera exitosa, presentó estertores gruesos bilaterales y edema agudo pulmonar corroborado por rx, se documentó BNP 4067, DHL 335, Troponina I ultrasensible 60.60, CPK 465, se inició diurético de asa, IECA y medidas de soporte respiratorio, hemodinámico y nutricional, se cambió tratamiento a lenanidomida con retiro exitoso de la VM egresando de la UTI por mejoría

CASO FATAL DE NEUMONÍA NECROTIZANTE HEMORRÁGICA

Estefanía Rocha Botello; Alejandro Castro Serrano;

Jorge Salado Burbano; Janet Silvia Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

El *Staphylococcus aureus* puede causar neumonía necrotizante de rápida progresión con alta letalidad incluso en personas jóvenes, previamente sanos. Masculino de 30 años, originario y residente de Brasil, sano. Inició 4 días previos a su ingreso, por cuadro gripal, al llegar a CDMX, progresó a disnea e hipoxemia. Ingresó a urgencias donde se identificó Influenza AH1, *Staphylococcus aureus* en panel molecular de expectoración, tomografía de tórax con ocupación alveolar en lóbulo medio e inferior derechos. En sus primeras horas presentó incremento del trabajo respiratorio, hemoptisis e hipotensión con rápido deterioro tomográfico. Requirió intubación endotraqueal y broncoscopia de urgencia reportando carina y bronquios en toda su extensión con zonas de mucosa necrótica y hemorragia pulmonar no controlada que ameritó embolización de arterias bronquiales. Continuó con hipoxemia refractaria a posición prono y bloqueo neuromuscular, por lo que se inició ECMO veno-venoso, además de aporte vasopresor e inotrópico, progresando a falla orgánica múltiple y encefalopatía hipóxico-isquémica. La neumonía necrotizante es poco diagnosticada pero grave, se debe considerar en síntomas que progresan rápidamente, viajes a lugares en temporada de influenza y alta prevalencia de *S. aureus* PVL. La toxina PVL puede inducir lisis de leucocitos y necrosis pulmonar.

CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA Y CIRUGÍA CARDÍACA. CASO CLINICO

Mauricio Pérez Macías; Maricela Nallely Cruz Caldera

Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) No.34,

Hospital de Cardiología, IMSS. Monterrey.

Presentamos el caso de un paciente masculino de 45 años de edad quien cuenta con antecedentes de enfermedad coronaria crónica e insuficiencia cardíaca con FEVI disminuida. Ingresó a nuestra UCI posterior a cirugía de revascularización miocárdica de 3 puentes. Sale bajo ventilación mecánica y presentando gasometría con: pH 7.29, CO₂ 30, HCO₃ 13, Lactato de 2, SatVo₂ de 40%. Se sospecha de aturdimiento miocárdico secundario al tiempo de bomba (>120 min), el antecedente de FEVI menor a 40%, y un tiempo de pinzado mayor a 90 minutos. Se inicia manejo con vasopresor e inotrópico. Evoluciona con pobre respuesta. Se realiza complementación de gasometría encontrando acidosis metabólica severa con anión gap de 16 y normoglucemia. Con disminución del lactato. Se realiza ultrasonido de vena yugular encontrando distensibilidad mayor a 18%. Se observa que continuaba con uso de Dapagliflozina previo al abordaje quirúrgico y se sospecha de cetoacidosis euglucémica. Se inicia manejo con fluidoterapia, insulina en infusión, así como solución glucosada al 5%. Se resuelve estado ácido base en 8 horas, se extuba y continúa con insulina en esquema basal.

CHOQUE CARDIOGÉNICO + MIOCARDITIS. CASO CLINICO

Hernandez Cordova H; Cota Gonzalez Javier;

Carlos Gaitán Clemente; Sanchez Nava V; Chavez Perez C

Hospital Zambrano-Hellion TecSalud.

Femenino 43 años. antecedentes Covid +. inicia 1 semana previos a su ingreso con disnea de medianos esfuerzos hasta progresar a pe-

queños esfuerzos y tos irritativa, 2 días posteriores presenta síncope y movimientos involuntarios tónico cíclicos 15 segundos, con recuperación posterior estado de alerta, sin evidencia de periodo postictal, ingresa al hospital, datos de bajo gasto presentando paro cardiopulmonar, maniobras avanzadas de resucitación cardiopulmonar por 30 minutos, manejo vía aérea avanzada, cateterismo canulación ECMO va colocación bcpa. EKG: ritmo sinusal bajo voltaje generalizado. patrón rsr' en derivaciones v2 a v5. intervalo qt ligeramente prolongado. Tele tórax: opacidades intersticiales difusas bilaterales, USG cardiaco: función sistólica ventricular izquierda sin engrosamiento parietal. sin presencia de trombos en cavidades intracardiacas observada por este método al momento del estudio. Insuficiencia mitral moderada a importante. apertura valvular aórtica posterior a inicio de dobutamina TAC tórax contraste: aumento pericardio 7 mm engrosamiento. consolidación bilateral + derrame pleural + atelectasias pasivas. tratamiento: norepinefrina, dobutamina, levosimendán ECMO va lpm 2.49 lpm 2600 pvent-24, part 143, svO₂, bcpa 1:2. neuromonitoreo nirs. biopsia cardiaca: miocarditis linfocítica, tratamiento con metiprednisolona e inmunoglobulina, se realiza ventana neurológica, se suspende sedoanalgesia, se retira ECMO, se progresa la ventilación mecánica y se da alta de UCIA.

CHOQUE CARDIOGÉNICO SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN DINÁMICA DEL TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO EN CARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA SEPTAL ASIMÉTRICA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO. REPORTE DE CASO

Nancy Angélica Rincón Villa; Jean Paul Vazquez Mathieu

Hospital Angeles Lomas.

En pacientes con cardiomiopatía hipertrofica septal asimétrica del ventrículo izquierdo (CHSAVI), al presentarse una situación hiperdinámica se incrementa en forma súbita el gradiente del tracto de salida del ventrículo izquierdo (GPTSVI) provoca obstrucción dinámica, acompañando de disfunción sistólica y diastólica del VI generando descompensación hemodinámica como EAP, choque cardiogénico, por lo que el manejo debe ser individualizado con entendimiento fisiopatológico más que sólo un valor del GPTSVI. Presentamos el caso de paciente masculino de 63 años, con antecedentes de leucemia, CHSAVI, FA, ICC, marcapaso + DAI. Ingresó a urgencias con hipotensión arterial, desaturación y falla respiratoria. Manejado con VMNI, vasopresores, inotrópicos y diurético. EKG: FA, BRIHH. ECOTT inicial con hipocinesia generalizada, FEVI 32%, insuficiencia mitral grave y PSAP 52 mmHg, disfunción diastólica del VI. Evolución tórpida, choque cardiogénico, FA, en UCI manejado con vasopresor, digoxina, inodilatador y beta-bloqueador. El ECOTT de control: hipertrofia septal del VI sin generar gradiente patológico, FEVI 55 %, disfunción diastólica que incrementa la presión de llenado del VI, AI dilatada. La obstrucción dinámica en el TSVI, es ocasionada por hipertrofia septal y una situación hiperdinámica, que provoca descompensación hemodinámica. Los vasodilatadores e intrópicos deben de evitarse, el control de la frecuencia con beta-bloqueadores es fundamental.

COMBINACIÓN DE TRRC Y PRONO EN SDRA SEVERO. CASO CLINICO

Edgar Antonio Mogollón Martínez;

María del Carmen Islas Escalante; Pedro Luis González Carrillo

UNAME HE 1 Centro Médico Nacional del Bajío. IMSS.

Mujer de 51 años, empleada doméstica antecedentes de diabetes mellitus e infección de vías urinarias recurrentes. Inició dos meses previos con disnea progresiva, recibió tratamiento en su hospital general de zona con ventilación de alto flujo, sin embargo persistió con disnea y se envió a tercer nivel. Ingresó a urgencias con desaturación e hipoxemia severa (FiO₂ 100%, SatO₂ 82%, PaFi 50mmHg) se intubó y se conectó a ventilación mecánica. Se realizó angiogramografía y se descartó tromboembolia pulmonar. Se recibió en UCI con diagnóstico de SDRA severo secundario a neumonía comunitaria

grave y choque distributivo, con PaFi 73 mmHg y SOFA 13 puntos. Durante su estancia progresó a hipoxemia refractaria sin respuesta a diferentes maniobras respiratorias por lo que recibió dos ciclos de ventilación mecánica invasiva en pronó. Desarrollo lesión renal aguda y balance de líquidos positivo >10% refractaria a furosemide, ante el compromiso respiratorio se colocó acceso vascular yugular izquierdo en decúbito pronó y se inició terapia de reemplazo renal lenta continua con la cual presentó mejoría hemodinámica, renal y ventilatoria. Durante el segundo ciclo de supinación presentó deterioro respiratorio y hemodinámico con evolución a asistolia. Resultado de cultivo de secreción bronquial: *Acinetobacter baumannii* multidrogo resistente, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*.

COMPLICACIONES EN HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA EN UCI. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Abraham Velazquez Crespo; Jonathan Morales Ramírez; Viridiana Segura Llamas; Daniel Alonso Martínez; Jorge Cruz López
Centro Médico Naval. Secretaría de Marina.

Introducción: La hemorragia subaracnoidea sigue siendo una enfermedad con diversas complicaciones dependientes del tiempo de diagnóstico y tratamiento, 5 al 10% de todas las enfermedades cerebrovasculares. En México un problema con una tasa de incidencia de 230 por cada 100000 habitantes y defunción del 20-30%. **Objetivo:** Presentar un caso clínico con complicaciones poco frecuentes en un paciente con HSA, cuyo diagnóstico oportuno derivó en un buen pronóstico funcional y de vida. **Material y métodos:** Caso de una paciente que presenta hemorragia subaracnoidea aneurismática, se inició profilaxis farmacológica para vasoespasmos. A las 48 horas presentó deterioro neurológico, Doppler transcraneal y angiografía cerebral, hematoma frontobasal derecho, sangrado subaracnoideo, espasmo arterial cerebral generalizado y aneurisma, 7 días después nuevo evento de vasoespasmos, angioplastia química, adecuada evolución y mínima disfunción motora en su recuperación. **Resultados y discusión:** El vasoespasmos se detecta a las 48 horas de la HSA hasta en 10%. Pico a los 7 días. El Doppler Transcraneal, puede ayudar a tomar decisiones en el manejo del paciente en UCI. Las técnicas de diagnóstico y de neuromonitoreo, áreas en las cuales se requiere establecer protocolos dirigidos para el tratamiento oportuno, generará disminución de las lesiones neurológicas secundarias.

COMUNICACION INTERVENTRICULAR CON INSUFICIENCIA AÓRTICA GRAVE: SÍNDROME DE LAUBRY-PEZZI EN ADULTO, UNA ENTIDAD EXTREMADAMENTE INFRECUENTE. PRESENTACION DE UN CASO

Miguel Angel Ruiz Moguel; Alejandro Flores Pereira; Jesus Enrique Nova Meda; Delia De Los Angeles López Palomos, Álvarez Villanueva Miriam Sagrario
UMAE "Ignacio García Téllez" IMSS Merida, Yucatán.

El síndrome de LAUBRY-PEZZI se caracteriza por la presencia de un defecto septal ventricular acompañado de un prolapso valvular aórtico, este defecto sub aórtico produce un efecto Venturi que condiciona prolapso de la valva coronaria derecha, la gran mayoría se describe en infantes y adolescentes, dicha entidad es extremadamente rara, actualmente no existe reportes epidemiológicos que describan su incidencia en adultos en países en desarrollo. Se trata de un hombre de 22 años, quien debuta desde un año previo a su ingreso con deterioro de su clase funcional, hasta progresión a disnea en reposo, por lo que es abordado por el servicio de cardiología y terapia intensiva, dentro de su abordaje diagnóstico se realiza ecocardiografía dirigida encontrando defecto interventricular de 10 mm más insuficiencia aórtica grave, con valvas aórticas elongadas, las cuales obstruían en su totalidad la comunicación interventricular evitando la generación de cortocircuito intracardiaco, lo que permitió mantener al paciente asintomático hasta el cuadro actual, se sesiona el caso con cirugía cardiotorácica, programado para sustitución valvular aórtica y cierre de la comunicación interventricular con parche, ingresando en pos quirúrgico inmediato a

terapia intensiva, se brinda hemodinámico farmacológico integrando síndrome de bajo gasto postcardiotomía, requiriendo soporte inotrópico, con posterior evolución a la mejoría, logrando progresión ventilatoria y hemodinámica, egresado sin complicaciones, se enfatiza la importancia de la particularidad del caso que debido a obstrucción del defecto interventricular permitió un curso asintomático del paciente por varios años Previos al evento de descompensación.

CORRECCIÓN DE SODIO Y MIELINOLISIS CENTRAL PONTINA. CASO CLÍNICO

Christopher Barrera Hoffmann; Pedro Iván Loeza Rea; Yadira Mariaca Ortíz; Rommel Rivas Salazar
Hospital General Regional No 1 Ignacio García Téllez, Mérida, Yuc.

Introducción: La hiponatremia se define como una baja concentración sérica de sodio, siendo la hiponatremia grave <125mEq/L. Se debe corregir por lo general a una velocidad que no supere los 8 a 10 mEq/L/día. La mielinólisis central pontina es un síndrome de desmielinización osmótica que comúnmente se produce tras una rápida corrección de las cifras de sodio. **Caso clínico:** Masculino de 34 años, antecedentes: HAS, ansiedad y depresión. Inicia 4 días previos con cefalea, dislalia, disartria, hipersomnia. A su ingreso urgencias GCS 15, hiponatremia grave (101 mEq/L), inician soluciones hipertónicas, TC cráneo sin alteraciones, reposición de >16mEq/L en 28 horas. Al ingreso a UCI con deterioro neurológico GCS 3 puntos, requiriendo intubación, manteniéndose sin sedación, con estado de mínima conciencia y cuádruplejía, durante estancia presentando NAV con manejo antibiótico, además de crisis convulsivas con manejo anticrisis, presentando destete prolongado, con necesidad de traqueostomía a los 11 días de VM, con destete del ventilador 2 días después, se decide su egreso a MI, se realiza RMN confirmando desmielinización pontina y extrapontina. Sin mejoría en estado de conciencia y cuádruplejía, sin necesidad de ventilador, egresado del servicio de MI. **Conclusión:** En este caso destacamos la importancia de abordar la hiponatremia grave con cautela, sin exceder los rangos recomendados y con controles seriados, esto debido al riesgo de mielinólisis central pontina.

CRISIS DE AUSENCIA COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES) EN PREECLAMPSIA SEVERA. CASO CLÍNICO

Victor Manuel Sánchez Nava; Carlos Chávez Pérez; María del Rosario Muñoz Ramírez; Francys Romina Moreno Rodríguez; Ximena Bernal Toledo
Hospital Zambrano - Hellion TecSalud/ Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

Introducción: PRES es caracterizado por edema vasogénico subcortical bilateral en región parietooccipital de presentación súbita, con amplia variedad de síntomas neurológicos que incluyen crisis epilépticas, cefalea y alteraciones visuales, clásicamente relacionados con hipertensión severa, eclampsia, desordenes autoinmunes y falla renal. **Objetivo:** Exponer presentación clínica y evolutiva poco frecuente de PRES en paciente gestante. **Material y método:** Reporte de caso de paciente en Hospital TECSALUD, Monterrey, Nuevo León. **Resultados:** Femenino de 34 años, cursando embarazo de 36.5 sgdg, ingresa a urgencias con diagnóstico de Preeclampsia severa, realizándose cesárea de urgencia, durante el procedimiento cursando con crisis de ausencia de 1 min con reversión espontánea, ingresa a UCI presentando choque hipovolémico, iniciando hemotransfusión masiva, desarrolla acidosis metabólica refractaria y se diagnostica síndrome de HELLP y CID. Inicia terapia de reemplazo renal y se mantiene bajo ventilación mecánica para protección de vía aérea. En abordaje de crisis de ausencia se realiza resonancia magnética de cráneo reporta síndrome de PRES. Paciente evoluciona satisfactoriamente y es egresada a domicilio sin complicaciones. **Discusión:** La presentación de crisis de ausencia en PRES es poco frecuente. Requiere un abordaje integral de múltiples comorbilidades, diagnóstico temprano y de seguimiento.

CRISIS MIASTENICA TIPO BULBAR. CASO CLINICO

Eduardo Avendaño Ordoñez; Jovanhy Castillo Amador; Laura Carolina Mosqueda Aguilera; Omar Roa Segovia
Hospital Regional 1° de Octubre.

La miastenia gravis se presenta en 9-21 casos por millón, 8-27% presentarían crisis miasténica. La mortalidad es 5-12%. El tratamiento es plasmaféresis, inmunoglobulina y en caso de requerirlo el soporte respiratorio; sin embargo, plasmaféresis es un tratamiento con poca disponibilidad en los centros hospitalarios. La inmunoglobulina G intravenosa produce una rápida mejoría en la evolución del paciente, los reportes de caso indican que con plasmaféresis mejora la tasa de extubación en comparación con inmunoglobulina. Se reporta el caso de paciente femenino de 73 años quien ingresa a UCI con crisis miasténica de compromiso bulbar. Antecedentes miastenia gravis en tratamiento con piridostigmina y prednisona. Inicia padecimiento posterior a administración de clindamicina con debilidad generalizada que progresa a imposibilidad para el sostén cefálico y apertura ocular derecha. Posterior a valoración por neurología inicia bolos de esteroide en 3 días consecutivos, datos de corticorresistencia con progresión de síntomas bulbares que amerita intubación. Durante su estancia en UCI en tratamiento con inmunoglobulina a 0.04 mg/kg durante 5 días, ventilación mecánica. Presentando mejoría al término de tratamiento con recuperación completa del sistema motor.

CRISIS TIROIDEA POR AHORCAMIENTO. REPORTE DE CASO

García López Damaris Abigail; Galván Merlos María Alaciel; Arellano Ramírez Alfredo

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

Tormenta tiroidea, manifestación extrema de hipertiroidismo, incidencia de 1 a 2%, mortalidad hasta del 30%, por lo que resulta importante su identificación y tratamiento temprano. Se reporta masculino de 29 años de edad, sin antecedentes crónicos degenerativos, sin toxicomanías. Encontrado suspendido de región cervical a 2 metros de altura, presentando crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas en múltiples ocasiones, sin recuperar estado de alerta siendo trasladado a la unidad. Ingresa a urgencias con T: 38.2 °C, PA: 130/90 mmHg, PAM: 103, FC: 180 lpm, FR: 20 rpm, SatO: 95%, Glucemia Capilar: 77 mg/dl. Glasgow 11 (O4, V2, M5) y agitación psicomotriz, hematoma en región lateral cervical derecho, decidiendo manejo avanzado de vía aérea. Durante su estancia se identifica taquicardia, elevación de la temperatura y estado de agitación psicomotriz, con presencia de extubación fallida, observando edema laríngeo y compresión extrínseca, se identifica incremento de tamaño de glándula tiroideas, T3 total 7 ng/ml, T4 total 28 ug/dl, TSH menor de 0.0083 mUI/l, T3 libre >20 pg/ml, T4 libre >5 ng/dl, tomografía cervical mostrando bocio tiroideo, escala de Burch Wartofsky de 95 puntos, se inicia manejo con hidrocortisona 300 mg, propranolol 40 mg c/6 horas, lugol VO 15 gotas c/8hrs. Posteriormente, T3 total 0.98 ng/ml, T4 total 11 ug/dl, TSH menor de 0.01 mUI/l, T3 libre 3.55 pg/ml, T4 libre 1.8 ng/dl, mejoría de signos vitales y estado neurológico, permitiendo retiro de ventilación mecánica y disminución en dosis de hidrocortisona y propranolol iniciando manejo con tiamazol.

CROHNICAS DE UN ABDOMEN HOSTIL, REPORTE DE UN CASO

Mariana Ramírez Tello; José Rodrigo Domínguez Martínez; Edmundo Israel Roque Márquez.; María Imelda Espinosa Figueroa; Raúl Pedraza Grijalva

Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags.

Reportamos el caso de un masculino de 43 años quien ingresa para procedimiento quirúrgico programado abdominal, evolucionando tórpidamente y presentando múltiples perforaciones intestinales durante su estancia hospitalaria, condicionan a desarrollar abdomen hostil y convirtiéndose en un reto diagnóstico debido a la refractariedad al tratamiento médico quirúrgico convencional. Se ingresa para colecistectomía laparoscópica programada en marzo 2023, sin reporte apa-

rente de complicaciones durante evento quirúrgico. A las 24 horas, presenta dolor incipiente abdominal sin mejoría a la administración de opioides, intolerancia a la vía oral, aumento de perímetro abdominal, elevación de enzimas pancreáticas y oliguria. Se ingresa en las 48 horas posquirúrgicas al servicio de Terapia Intensiva por falla orgánica múltiple secundaria a choque séptico. Con clínica de abdomen agudo se realiza Laparotomía exploradora, con hallazgos de perforaciones intestinales, abscesos interasa y subdiafragmático. Durante un periodo de 30 días es sometido al menos a ocho Laparotomías exploradoras por nuevas perforaciones y para cirugía de control de daños, entre otras complicaciones. De manera empírica se inició mesalazina, prednisona y octreótide, observando mejoría clínica a partir del tercer día de administración. El paciente se egresa a piso para cierre programado de pared abdominal y posterior, se egresa a domicilio.

CUANDO LA SED SE COVIERTE EN UNA AMENAZA. CASO CLINICO

Gustavo Adrián Soto Hernández; José Alberto Leal Gámez; Amalia Angelica Reyes Perez; Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez; Jorge Rosendo Sánchez Medina

Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

Mujer de 70 años con antecedente de cáncer de mama hace 10 años, inició quince días previos a su ingreso hospitalario con polidipsia, astenia, adinamia y cefalea, un día previo a su ingreso indiferencia al medio, por lo que ingresó a urgencias detectando hipernatremia moderada 156 mmol/l y rigidez de nuca, se inició antibioterapia por sospecha de meningitis, presentó deterioro neurológico y elevación de sodio 161 mmol/l, en tomografía de cráneo simple con lesiones hipodensas hipotalámicas y en ganglios basales (no específicas), LCR normal, ingresó a UTI por hipernatremia severa y lesión renal aguda, presentó uremia 3.1 ml/kg/hr, se inició abordaje para síndrome poliúrico de fuerza impulsora acuosa, se integró diagnóstico de diabetes insípida central, tras administración de desmopresina mejoró estado neurológico con corrección de hipernatremia severa y se envió a tercer nivel por sospecha de lesión tumoral en resonancia magnética. La diabetes insípida tiene prevalencia de 3.7% en áreas neuroquirúrgicas y 26% en traumatismo craneoencefálico grave, forma parte del síndrome poliúrico que es un verdadero desafío diagnóstico y terapéutico en la terapia intensiva además se relaciona con más daño cerebral. El abordaje adecuado puede salvar la vida de un paciente.

DESAFIANDO A LA MUERTE ROJA. CASO CLÍNICO

Edgar Daniel Hernández Crisóstomo; Blanca Camela Martínez Guerrero; Rebeca Sarmina Díaz; Víctor Armando Armenta Ramírez

UMAE. Hospital de Traumatología y Ortopedia Lomas Verdes. IMSS.

Los traumatismos graves se consideran una patología de alta mortalidad y discapacidad. Se estima 1.9 millones de muertes a nivel mundial. El 25% de los pacientes presentan coagulopatía por trauma secundario a requerimiento de transfusiones masivas, asociándose a una mayor estancia hospitalaria o presentación de falla multiorgánica. **Objetivo:** Conocer la coagulopatía traumática como entidad de alta letalidad; Identificarla y proporcionar el tratamiento específico oportunamente. Caso clínico realizado en la UMAE Lomas Verdes del 10-20 de abril 2023 con la autorización de la jefatura de enseñanza y unidad de cuidados intensivos. Sin financiamiento ni conflicto de intereses. Paciente politraumatizado con trauma craneoencefálico, torácico y pélvico, con datos de choque hipovolémico hemorrágico, que presentó síndrome postparo y coagulopatía traumática, requiriendo protocolo de transfusión masiva y soporte multisistémico en la unidad de cuidados intensivos y egresado en buenas condiciones al área de polifracturados. La coagulopatía traumática es la primera causa de inestabilidad hemodinámica, daño orgánico y muerte temprana en politraumatizados. Requiere el uso precoz de hemoderivados para prevenir coagulopatía dilucional. Es una entidad reversible, pero que de no identificarse y tratarse de forma oportuna es mortal.

DESAFIO DIAGNOSTICO Y MANEJO DEL SINDROME AORTICO. CASO CLINICO

Alejandra Blas Hernández; Carlos Antonio Oropeza Vázquez
Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE Veracruz.

El síndrome aórtico agudo es una entidad poco frecuente con una elevada morbimortalidad en la que el diagnóstico y tratamiento precoces son fundamentales para mejorar el pronóstico. Paciente masculino de 72 años con dolor torácico opresivo, distensión abdominal, deterioro neurológico, hipotensión, distrés respiratorio, llenado capilar retardado, zonas necróticas en miembros pélvicos y región genital; se decide manejo avanzado de la vía aérea, reposición de volumen de calidad e inicio de vasopresor. Se realiza angiografía abdominopélvica con aorta abdominal con crecimiento en el diámetro antes de la bifurcación con diámetro de 65x67mm en un tramo de 115mm, luz de 31mm de grosor. Se realiza aortografía con exclusión endovascular de aneurisma paravisceral, se coloca endoprótesis, sin datos de rotura ni endofugas. Falleció 48 horas después. La mortalidad de la disección aórtica sin tratamiento es altísima, casi el 90% muere en el primer mes. En la atención en los servicios de urgencia la valoración del dolor torácico agudo supone un reto diagnóstico debido a pruebas complementarias limitadas. Por ello, las herramientas fundamentales son la historia clínica y la exploración física, para hacer una pesquisa precoz de aquellas patologías que puedan comprometer la vida del paciente.

DISECCION AORTICA EN TRAUMA DE ALTO IMPACTO. CASO CLINICO

Gabriela Rubí de los Santos Albores; Eliseo Verela Martínez
Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes.

Introducción: La disección Aortica (DA) traumática una entidad poco frecuente, con elevada mortalidad, donde el diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales para impactar en el pronóstico del paciente, siendo la clínica indispensable para lograr este objetivo. **Objetivo** resaltar la importancia de sospecha clínica de DA. **Método:** Se presenta caso masculino de 25 años, quien sufre accidente automovilístico, aplastamiento de extremidades inferiores y referido a tercer nivel, abordado por trauma múltiple, tomografía toraco abdominal con evidencia de hemotórax izquierdo y fracturas expuestas de extremidades inferiores, pasa a quirófano, donde presenta parada cardíaca, fibrilación ventricular, se realiza RCP y desfibrilación con retorno a circulación espontánea; se notifica hallazgo tomográfico de DA por lo que se inicia abordaje por cirugía Cardio-torácica quien instala injerto sintético, requiriendo transfusión masiva. **Resultados:** Ingres a UCI, otorgando soporte hemodinámico, persistencia de acidosis metabólica y desarrollo de arritmias letales con desenlace fatal posterior a 12 horas de estancia. **Discusión:** La importancia de la alta sospecha clínica de disección aortica en pacientes con trauma de tórax, es parte imperativa dentro de la formación académica del médico, puesto que solo un bajo porcentaje de pacientes logra recibir atención hospitalaria, presentando un 90% de mortalidad en el sitio del accidente.

DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIO A BLOQUEO MOTOR EN POSTOPERATORIO ASOCIADO A ANESTESIA PERIDURAL: REPORTE DE CASO

Cynthia Paola Ruiz Ayar
IMSS, UMAE Hospital de especialidades No. 25 Centro Médico Nacional del Noroeste, Nuevo León.

Introducción: Los anestésicos locales peridurales producen bloqueo muscular existen consideraciones como dosificación correcta, la ubicación del catéter peridural torácico o lumbar, el tipo, magnitud y localización de la cirugía, concentraciones correctas. **Metodología:** Masculino 71 años con diagnóstico Adenoma de cabeza páncreas. Programado a procedimiento de Whipple con técnica anestesia neu-

roaxial y general balanceada, extubación en sala de quirófano. A su ingreso paciente refiere incapacidad de movilidad dedos meñique y anular, con debilidad de músculos intercostales, con PaO₂/FiO₂: 320. **Resultados:** Al ingreso a cuidados intensivos paciente refiere incapacidad de movilizar tronco superior, clínicamente con bloqueo motor y sensitivo a nivel de T1, datos de bloqueo parcial de músculos intercostales superiores, última dosis por catéter peridural dentro de los primeros 90 min, Se vigila al descartar criterios para intubación, se inicia sedación leve para confort del paciente y posterior a 120 minutos, mejoría clínica en movilidad de músculos intercostales, recuperación motora y sensitiva de extremidades superiores. **Discusión:** Las complicaciones posteriores a anestesia neuroaxial baja incidencia en la unidad de cuidados intensivos, no existe un consenso sobre el tratamiento. La prioridad es identificar insuficiencia respiratoria que requiera ventilación mecánica, proporcionar adecuado confort al paciente hasta que revierte el bloqueo motor.

ECLAMPSIA EN ADOLESCENTES. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez; Josefina Álvaro Vásquez
Hospital General de Tuxtepec.

Antecedentes: El síndrome de preeclampsia/eclampsia es una complicación grave del embarazo y la primera causa de muerte materna en México. **Material y métodos:** Femenino de 16 años con diagnóstico de: eclampsia/primigesta/puerperio quirúrgico inmediato. Neuro-lógicamente bajo sedación con propofol 1 gramo sin diluir a 10 ml/hr, analgesia con tramadol 300mg en 100 cc para 24 horas. tubo orotraqueal a 22 cm, presencia de sonda nasogástrica con drenaje en pozos de café, ventilador mecánico modalidad controlada por volumen con los siguientes parámetros: VT 310, TI 1.1, FR 20, FIO₂ 25, PEEP 6. PAM 83 mmHg, abdomen conde herida quirúrgica sin datos de sangrado activo, edema ++. **Resultados:** Se inicia esquema Zuspam, antihipertensivo, se solicita perfil toxémico. Se continúa con vigilancia neurológica, respiratoria y hemodinámica. Se envía a terapia intensiva. **Conclusión:** La demora en recibir la atención puede ser fatal para la paciente y su bebé.

ECMO COMO MANEJO DE FÍSTULA BRONCOPEURAL. CASO CLINICO

Víctor Antonio López Félix; Victoria Martínez Estrada; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz
Centro Médico ABC.

La fístula broncopleural (FBP) es difícil de tratar en pacientes con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) con soporte ventilatorio. Se han descrito distintas estrategias terapéuticas: ventilación pulmonar selectiva y omentoplastia con soporte de oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO). Femenino de 50 años, antecedente de cáncer de mama complicado con empiema derecho, requiriendo lobectomía. Ingresó con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, absceso pulmonar y fístula broncopleural. Se realizó broncoscopia, toracocentesis, colocación de sonda pleural, desarrollando SIRA, requiriendo manejo avanzado de vía aérea. Segunda broncoscopia con embolización bronquial, sin mejoría. Ventilación mecánica con baja distensibilidad, fuera de protección pulmonar pese a manejo con sedación, relajación y pronación. Se conectó a circuito de ECMO. Se inició ventilación ultraprotectora, con lo que se logró entrar en metas de protección alveolar. Se realizaron lavados quirúrgicos y traqueostomía. A los 10 días se logró liberar al paciente del soporte ECMO y ventilación mecánica invasiva. El conjunto de factores del caso es un reto para el intensivista, recordando que una sola estrategia de manejo, no siempre es suficiente para tratar de manera exitosa una FBP en paciente con síndrome de insuficiencia respiratoria aguda y ventilación mecánica invasiva.

ECTIMA GANGRENOSO Y CHOQUE SÉPTICO REFRACTARIO ASOCIADO A INFECCIÓN POR *PSEUDOMONAS* PAN RESISTENTES EN PACIENTE CON INMUNOCOMPROMISO. REPORTE DE UN CASO

Jesús Enrique Nova Meda; Viridiana Páez Granados; Oscar Miguel Marín Landa; Adolfo De Jesús Toscano Castillo; Joaquin Torres Avilez

Instituto Nacional de Cancerología.

Las manifestaciones cutáneas por infección bacteriana sistémica son poco habituales. El ectima gangrenoso asociado a *Pseudomonas* tiene una incidencia menor al 5% en pacientes inmunocomprometidos; asociado a choque séptico la mortalidad reportada es superior al 80%. Reportamos el caso de un masculino de 18 años con diagnóstico de leucemia linfoblástica B de 5 meses de evolución, en nadir de quimioterapia. Presenta una lesión en región tenar de la mano derecha que progresa a múltiples flictenas hemorrágicas en dorso y toda la palma. Además, con lesiones maculopapulares de predominio centrífugo en tórax y abdomen, edema facial y fiebre. Cursa con deterioro hemodinámico, ingresando a Terapia Intensiva con diagnósticos de choque séptico. Se obtienen hemocultivos (central y periférico) con desarrollo de *Pseudomonas aeruginosa*. Progresa con edema de toda la extremidad tórácica derecha y datos de síndrome compartimental a nivel de la mano, por lo que se realiza punción y dermofasciotomía. El paciente presenta rápida progresión a falla orgánica múltiple a pesar de antibioticoterapia dirigida y medidas de soporte óptimo, sin embargo, con refractariedad al estado de choque y desenlace fatal en menos de 24 horas. El resultado del cultivo de la lesión es concluyente para *Pseudomonas aeruginosa*. Se integra diagnóstico de ectima gangrenoso.

EDEMA CEREBRAL EN CETOACIDOSIS DIABÉTICA. REPORTE DE CASO

Jessica Juve Gallardo Ramírez; Lidia Gutiérrez Hernández; José Luis Julio Pérez Mejía

Hospital General Pachuca, Hidalgo.

Introducción: El edema cerebral en pacientes con cetoacidosis diabética es una entidad rara con elevada mortalidad. Paciente C.V.B. femenino de la quinta década de la vida con diagnóstico de D.M. tipo 2 descompensada. Objetivo general: Estudio de caso en paciente femenino con diabetes mellitus tipo 2 (no insulino dependiente), Edema cerebral secundario a cetoacidosis diabética hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Pachuca. **Material y métodos:** Estudio de diseño observacional, retrospectivo, analítico, transversal. Mujer de 48 años, Ingresó con descompensación severa de su diabetes, bajo efectos de sedación RASS -5, edema cerebral, insuficiencia renal aguda, apoyo mecánico ventilatorio, estancia 14 días. **Resultados:** Ingresó con acidemia metabólica, cetonas en orina, TAC de cráneo con edema cerebral, a su egreso Glasgow de 15 puntos, equilibrio ácido base y TAC de cráneo normal. **Discusión:** La Cetoacidosis diabética en pacientes adultos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, es poco frecuente, el edema cerebral secundario a ésta patología se presenta 0.5 a 1 % de estos pacientes, su etiopatogenia ha sido atribuido a cambios rápidos de la osmolaridad plasmática durante el tratamiento de rehidratación endovenosa y a procesos inflamatorios presentes antes del inicio de la terapéutica hídrica.

EDEMA CEREBRAL SEVERO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Illana Rodríguez; Roger Juárez Puc; Jannet Mayren Aguilar

Hospital General de Tuxtepec.

Antecedentes: El edema cerebral es un padecimiento frecuente en nuestra práctica clínica y en los pacientes críticos con daño cerebral

agudo. **Método:** Se trata de paciente de 20 años quien sufre golpe contuso en región occipital posterior a caída de motocicleta. A su ingreso al servicio de urgencias se decide manejo avanzado de la vía aérea. A la exploración física neurológicamente bajo sedación con propofol, analgesia con tramadol. Pupilas anisocóricas. Se solicita TAC de cráneo protocolaria donde se reporta contusiones múltiples de predominio frontal, edema cerebral compresivo difuso, contusiones cerebelosas difusas, fractura de la base occipital izquierda, hipertensión intracraneal aguda severa. Se inicia manitol al 20%, diurético y anticomiciales. **Conclusión:** El inicio de la diuréticos, anticomiciales y manitol, disminuye la morbilidad y mortalidad de los pacientes con edema cerebral severo.

ELECTROCARDIOGRAMA ATÍPICO. PERICARDITIS PURULENTO. CASO CLÍNICO

Leticia Guerrero Navarrete; Ricardo Muñoz Grande; Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. Unidad de Terapia Intensiva.

La pericarditis puede deberse a procesos infecciosos y no infecciosos. La pericarditis purulenta, con prevalencia en México 12%, es una patología potencialmente mortal por *Staphylococcus aureus* como etiología principal, siendo otras causas infrecuentes traumatismo y fistulas traqueo-esofágicas. Las manifestaciones electrocardiográficas son elevación del ST características cóncavas, depresión del segmento PR. La clínica y pruebas diagnósticas tempranas permite el abordaje de una patología inusual que genera un reto diagnóstico-terapéutico, y que, a pesar del tratamiento, puede desarrollar taponamiento cardíaco y pericarditis constrictiva, a lo que se debe su elevada mortalidad, siendo esta entidad la segunda causa de muerte de derrame pericárdico. Presentamos caso de masculino 48 años diabético descompensado y choque séptico con evolución tórpida, con taquicardia supraventricular e insuficiencia cardíaca; presentó inestabilidad hemodinámica con datos clínicos de taponamiento cardíaco, el ecocardiograma mostro derrame pericárdico (4mm) y disfunción diastólica de ventrículo izquierdo FEVI 66% TAPSE 18 mm/s y en TAC derrame pleural bilateral 40%. El tratamiento incluyó punción pericárdica, evidenciando líquido purulento y alternancia eléctrica. Se confirma agente etiológico *Staphylococcus aureus* iniciando tratamiento por antibiograma, realizando pericardiectomía parcial con hallazgo pericardio engrosado, 300cc de líquido purulento. Posterior a tratamiento integral fue egresado a domicilio siendo un caso de éxito.

EMBOLIA PULMONAR EN EL EMBARAZO. SERIE DE CASOS

Guillermo Cueto-Robledo; Frida-Daynette Cervantes-Naranjo; Leslie-Marisol Gonzalez-Hermosillo; Ernesto Roldan-Valadez; Luis-Eugenio Graniel-Palafox; Karla-Yamilet Castro-Escalante; Benjamin Orozco-Zuñiga; Manuel-Alejandro Marroquin-Barrera; Julio-César Mendoza

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga",

Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE.

El embolismo pulmonar es una condición potencialmente mortal que complica aproximadamente 1 en 1000 a 3000 embarazos en países desarrollados, reportando 4.7 por 10,000 en México, con una mortalidad hasta del 3% y 6.6% respectivamente. Se reportan 4 mujeres con edad media 30 años (18 a 37), edad gestacional de 19.5 semanas (11 a 32), IMC 28 (23 a 30). 2 pacientes con TVP. No se reportan comorbilidades. La estratificación fue, 2 de riesgo intermedio alto, 1 Intermedio Bajo y 1 de Bajo Riesgo, con PESI de clase 2.5 (1 a 4), BOVA 2 (1 a 3), Troponina I 159 (10 a 255), BNP 310 (29 a 777), relación VD/VI 0.95 (0.67 a 1.9). Se realizó cateterismo cardíaco derecho diagnóstico, angiografía diagnóstica, trombofragmentación e infusión de Alteplasa 1.25mg/hr por 12hrs en el tronco de la arteria pulmonar en las pacientes de Riesgo Intermedio Alto. Todas recibieron HBPM previo al procedimiento, a 2 pacientes se les colocó filtro de vena cava inferior. Se resolvió la gestación en aborto en 1 caso, quirúrgico en 1 caso y parto en 2, sin reportar defunciones.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE CAUSA ESTADO EPILEPTICO. CASO CLINICO

María Antonia Bernal Ávila; Netzahualcóyotl González Pérez; Julio Cesar Uriostegui Contreras; Lilia López Carrillo; Judith Pérez Ibarra

Centro Médico ISSEMYM, Toluca.

Introducción: La encefalitis autoinmune (EA) comprende un grupo de trastornos inflamatorios no infecciosos del parénquima cerebral mediados por mecanismos inmunitarios que a menudo afectan a la sustancia gris cortical o profunda con o sin afectación de la sustancia blanca, las meninges o la médula espinal. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de un paciente con diagnóstico de Estado Epiléptico Super refractario donde se documentó encefalitis debida a anticuerpos contra receptores N-metil-D-aspartato (NMDAR). **Metodología:** Se realizó estudio retrospectivo y observacional de un caso clínico de difícil abordaje y tratamiento. Paciente masculino de 35 años de edad sin antecedentes de importancia, con inicio agudo de crisis convulsivas con evolución tórpida iniciando con movimientos involuntarios, comportamiento anormal y terminado con estado epiléptico super refractario, donde se documenta encefalitis autoinmune causada por anticuerpos anti-NMDAR. **Resultados:** Se documentó encefalitis autoinmune debida a anticuerpos contra receptores N-metil-D-aspartato (NMDAR) siendo positivos como causa de estado epiléptico super refractario, cursando con estado epiléptico no convulsivo comprobado con electroencefalogramas seriados. Estudios de imagen sin alteraciones estructurales. **Discusión:** Tanto la Encefalitis Infecciosa como autoinmune pueden presentarse como emergencias neurológicas y/o sistémicas; de hecho, más del 30% de los pacientes con encefalitis requirieron ingreso en la UCI, lo que se ha asociado con un mal pronóstico.

ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA POR ÁCIDO SULFÚRICO. CASO CLINICO

Gabriela N. Turcios Mendieta; Alan Gamboa Meza; Julio Gonzales; Rómulo Ramirez Gutierrez

Hospital Universitario "Dr. Jose E. González" UA.

Paciente masculino C.A.E 29 años, originario Monterrey, antecedentes negados. Sufre exposición a gas de ácido sulfúrico durante actividades laborales, presentando alteración estado de alerta, dificultad respiratoria, realiza descontaminación inicial y llevado centro médico con insuficiencia respiratoria tipo 1, manejo avanzado de la vía aérea, administra nitrato de sodio como antídoto y referido Hospital Universitario. Paciente ventilación mecánica invasiva, sedado, hemodinámicamente estable, pupilas isocóricas reactivas, reflejos preservados, sin datos de liberación piramidal. Rx infiltrado bilateral reticular, tac de cráneo simple sin datos de sangrado o isquemia, pobre diferenciación de sustancia gris y blanca, disminución surcos cisuras como datos de edema cerebral. Ingreso a uci realizando ventana neurológica y ensayo ventilatorio exitoso progresando puntas nasales, exploración neurológica post extubación orientado, pupilas isocóricas reactivas, fuerza muscular, reflejos o/s sistema sensitivo respetado. Presenta deterioro neurológico 24 horas posteriores extubación, hemiparesia derecha, disartria, alteración del estado de alerta con hiporeactividad progresiva hasta estado de coma. Se intuba protección de vía aérea, se realiza RM cerebral reporta restricción difusión en ganglios basales y corteza cerebral, aumento edema cerebral, EEG compatible con disfunción cortico-subcortical difusa, grado moderado-severo, diagnóstico encefalopatía hipóxico isquémica. Se realiza traqueostomía percutánea y gastrostomía, trasladándose a piso para egreso a domicilio y seguimiento por Neurología.

ENCEFALOPATÍA ISQUÉMICA POR OZONOTERAPIA IV. CASO CLINICO

Victoria Martinez Estrada; Axel Pedraza Montenegro; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz

Centro Médico ABC. Ciudad de México.

La encefalopatía isquémica es un síndrome caracterizado por secuelas motoras y neuropsicológicas secundarias a bajo flujo sanguíneo cerebral y disminución de la concentración arterial de oxígeno que conduce a pérdida de la autorregulación cerebral y daño difuso. En adultos, las principales causas son EVC y paro cardíaco. El ozono tiene un efecto protector celular que actúa sobre el flujo sanguíneo cerebral y la oxigenación tisular, ejerciendo efecto directo sobre el funcionamiento celular endotelial. **Caso clínico:** Mujer de 33 años, antecedente de disautonomías, enfermedad de Ehlers Danhlos y esclerosis múltiple. Presentó Estatus epiléptico durante sesión de Ozonoterapia IV, remitido en 24 hrs. Se realizó EEG donde se observó actividad epiléptica, con traducción clínica con movimientos focales. La IRM de encéfalo reportó áreas de edema citotóxicos corticales supra e infratentoriales de distribución descritas y realce leptomeníngeos generalizado por alteración de la barrera hematoencefálica que sugiere síndrome isquémico cerebral y cerebeloso multiterritoriales. **Discusión:** No se ha descrito que la terapia alternativa con Ozonoterapia ocasione encefalopatía isquémica en pacientes con esclerosis múltiple. Se ha reportado un caso de estado vegetativo persistente por ozonoterapia contra Covid-19 con alteraciones que causan disoxia asociado a la administración parenteral de ozono. Esta paciente presentó secuelas neurológicas graves.

ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN ECLAMPSIA. CASO CLINICO

Dilia Dourdane Gonzalez Avila

Hospital General Regional No.1. Ignacio García Téllez. IMSS. Mérida, Yucatán.

Se realizó el abordaje de caso de paciente femenino de 19 años con antecedente de embarazo del tercer trimestre en su gesta 1 sin control prenatal con aparición de crisis epilépticas tónico clónico generalizadas en 3 ocasiones previo a su ingreso al hospital y una más en toco cirugía con cifras tensionales de 160/100mmHg, ameritando resolución quirúrgica vía abdominal de embarazo por datos clínicos de eclampsia y manejo avanzado de la vía aérea. Posteriormente se realiza tomografía simple de cráneo que evidencia zonas de hipodensidad subcorticales en hemisferio derecho en lóbulo occipital con edema cerebral localizado con alta sospecha de síndrome de PRES por lo que se realiza confirmación diagnóstica con resonancia magnética contrastada que reporta edema cerebral vasogénico subcortical en ambos lóbulos parietales y lóbulo occipital a nivel de cuña y precuña sin datos de hemorragia y bioquímicamente con proteinuria a niveles de síndrome nefrótico; amerito tratamiento con sulfato de magnesio y manejo antihipertensivo para control tensional inmediato y limitación del daño a otros órganos blanco que permitió progresión de ventilación mecánica invasiva. Presentamos aquí la secuencia de hechos con sus resultados y una revisión de la literatura.

ENDOCARDITIS DE LA VÁLVULA MITRAL. UN ENIGMA. CASO CLINICO

Arquímedes Arrocena Alegría; Ingrid Jocelin Suasnavar Cancino; Joaquín Torres Avilez; Enrique Nova Meda

UMAÉ, Ignacio García Téllez, IMSS. Mérida, Yucatán.

Masculino de 34 años quien ingresa a la unidad de cuidados intensivos procedente de quirófano con el diagnóstico de sustitución valvular mitral por endocarditis, sin crónico degenerativos, con antecedente de realización de CPRE y colocación de endoprótesis secundario a pancreatitis aguda de origen biliar, que ameritó hospitalización y colocación de catéter venoso central en marzo de 2023. Inicia su padecimiento en el mes de abril con dolor abdominal por lo que acude con facultativo quien detecta soplo cardíaco, sin abordaje del mismo; en el mes de julio presenta dolor abdominal en hipocóndrio izquierdo con presencia de fiebre de difícil control por lo que se realiza abordaje con TAC abdominal reportando abscesos esplénicos, por lo que se realiza Drenaje percutáneo con colocación de pig-tail de absceso esplénico, elaboración de ecocardiograma transtorácico reportando, VI no dilatado, No hipertrófico, FEVI 63%, válvula mitral con vegetación de

valva anterior mide en 4C hasta 21x19mm la cual genera insuficiencia mitral moderada-severa, con Gmax 100mmhg. válvula aortica sin evidencia de vegetaciones. Paciente sin antecedentes de riesgo para endocarditis de válvula mitral nativa por lo que se considera presentación atípica de dicha patología.

ENDOCARDITIS E INSUFICIENCIA CARDIACA. REPORTE DE UN CASO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez; Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtpec.

Introducción: La endocarditis es una enfermedad grave que puede resultar mortal. **Material y métodos:** Femenino de 68 años con los diagnósticos: DM2, insuficiencia cardíaca FEVI 34%, IAM con elevación del ST, anemia grado II, lesión renal aguda AKI 3, Insuficiencia mitral, tricúspide y aórtica, endocarditis. Ecocardiograma: Hipocinesia generalizada, FEVI 34%, VD no dilatado, disfunción sistólica. PSAP 48mmHg, Insuficiencia mitral, tricúspide y aórtica leve, masa pediculada de 11+10+8mm adosada a la valva anterior de la tricúspide. **Discusión:** Se inicia tratamiento con vancomicina 1 gr IV. Es valorada por nefrología para hemodiálisis. **Conclusión:** El tamaño de las vegetaciones, las alteraciones sobre el funcionamiento de la válvula afectada y la existencia de insuficiencia cardíaca van a influir en el pronóstico.

ENDOCARDITIS FÚNGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Rosa Melchor Flores; Hermes De Jesús Polo Roca; Julio César Brizuela Santana; Julio César Mijangos Méndez; Diana Guadalupe Bravo Lozano

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La endocarditis fúngica representa solo el 2% de todos los casos de endocarditis y de estos más de la mitad de los casos son por *Cándida* con un riesgo de mortalidad de hasta 50% y altas recidivas. **Presentación de caso:** masculino de 24 con diagnósticos disfunción diafragmática derecha, contusión pulmonar grado III y lesión axonal difusa grado I secundarios a trauma, llevado a ventilación mecánica invasiva prolongada complicada con choque séptico por neumonía asociada a la ventilación mecánica e infección asociada a catéter por *Acinetobacter Baumannii complex* y *klebsiella pneumoniae ssp pneumoniae* tratado con colistina/tigeciclina con mejoría clínica y microbiológica al día 12 del tratamiento. Inicia febril y con inestabilidad hemodinámica más aislamiento microbiológico de *Cándida Tropicalis* y ecocardiograma transesofágico (ETT) con vegetación cardíaca iniciando manejo con Anfotericina B liposomal, al día 8 de tratamiento ETT sin evidencia de vegetación más hemocultivos negativos por lo que se egresa a Medicina Interna para continuación de tratamiento. **Conclusión:** Ante un paciente con factores de riesgo asociados para el desarrollo de endocarditis fúngica es necesario mantener un alto índice de sospecha diagnóstica e inicio de tratamiento temprano por el alto riesgo de mortalidad.

ENDOCARDITIS INFECCIOSA CON COMPLICACIONES LETALES. PRESENTACION DE CASO

Thania Melina Camacho Gutiérrez; Alejandro Esquivel Chávez; Nancy Allin Canedo Castillo

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del CMN La Raza.

La endocarditis infecciosa presenta infección metastásica y coagulación intravascular diseminada (CID) en <1,1%. **Caso:** Femenino de 27 años ingresó con edema cerebral, choque distributivo, hipoperfusión tisular; con soplo sistólico mitral con ecocardiografía con vegetación en válvula mitral, aortica y tricúspide, con criterios de Duke modificados. Cardiología reporta endocarditis, FEVI de 50%, disfunción diastólica severa con criterios quirúrgicos. Con Plaquetas 44 K/uL, TP 39.6 seg, INR 3.4, TTPa 53.9 seg, AST 465 U/L, ALT 441

U/L, BT 12.5 mg/dL hasta 59mg/dL, concluyendo falla hepática aguda y urea:304mg/dL, BUN:142mg/dL, creatinina:3.3mg/dL ameritando terapia MARS y TRRC. Pruebas reumatológicas, panel viral y prueba de VIH negativas. Con sangrado por tubo orotraqueal e hipoventilación alveolar; broncoscopia con hemorragia activa en la pirámide basal izquierda, lóbulo superior derecho, moco y sangre. Con 6 criterios de CID. (SOFA de 16 puntos). Se realizó autopsia confirmando diagnóstico y reportando trombos sépticos intracavitarios; neumonía abscedada con trombosis séptica, hemorragia pulmonar, absceso esplénico y CID con afección multiorgánica e hígado con necrosis del 50%. **Discusión:** La endocarditis provoca cambios en la coagulación y forma vegetaciones en las válvulas; el daño de la válvula tricúspide en este caso ocasiono congestión hepática; el estado de choque desarrollo CID siendo una presentación atípica. De ahí la importancia de la búsqueda de estrategias y disponibilidad de pruebas biscoelásticas que nos ayuden a guiar el manejo de la enfermedad y disminuir las complicaciones letales.

ENDOFTALMITIS Y CHOQUE SÉPTICO. CASO CLÍNICO

Pedro Iván Loeza Rea; Christopher Barrera Hoffmann; Rommel Rivas Salazar

Hospital General Regional No 1 Ignacio García Téllez, Mérida, Yuc.

Introducción: La endoftalmitis generalmente es una manifestación secundaria de otra patología o síndrome, rara vez es primaria y/o desencadenante, por si sola, de choque séptico. El síndrome de Wünderlich es una entidad clínica relativamente rara en la que se presentan hematomas renales espontáneos. **Desarrollo:** Mujer de 57 años; antecedente de DM2, tratada con Insulina Glargina y Dapaglifozina, con buen apego. Inicia padecimiento 7 días previos a su ingreso, con cefalea y dolor ocular derecho, agregándose fiebre y secreción ocular purulenta, emesis y ptosis ipsilateral. Es valorada por Oftalmología y se diagnostica Endoftalmitis, ingresando para manejo hospitalario. Evolucionan en urgencias con CAD severa y choque séptico con SAKI, sin respuesta al manejo e ingresa a UCI sin resolución de dichas complicaciones, ajustándose manejo para CAD hasta su resolución, administración de vasopresores y Antimicrobianos (meropenem y Linezolid), requiriendo CNAF y norepinefrina de hasta 0.2 mcg/kg/min, realizándose TAC y documentándose neumonía de focos múltiples y hematomas infectados renales bilaterales-pielonefritis enfisematosa, por lo que se realizó drenaje percutáneo y ajuste antimicrobiano, lográndose la remisión del choque y LRA, egresando de UCI a piso de Medicina Interna.

ENFERMEDAD DE MOYAMOYA UNA MORBILIDAD INÉDITA EN PACIENTE EMBARAZADA: REPORTE DE CASO

Lizbeth Arroyo Álvarez; Jesús Salvador Sánchez Díaz; Karla Gabriela Peniche Moguel; María Verónica Calyeca Sánchez

UMAE Hospital de Especialidades número 14 Centro Médico Nacional "Adolfo Ruíz Cortines" IMSS. Veracruz, Veracruz.

Introducción: La enfermedad de moyamoya (EMM) es una patología infrecuente de la circulación cerebral caracterizada por engrosamiento de la túnica interna de las carótidas, extensión al polígono de Willis (PW) y formación de vasos colaterales dando el aspecto de "bruma" (japonés moyamoya) con el consiguiente riesgo de eventos hemorrágicos o isquémicos. **Objetivo:** Presentar el caso clínico de una paciente en estado de embarazo con evolución tórpida por hemorragia cerebral (HC) de causa no obstétrica. **Presentación del caso:** Femenino de 29 años. G1 P0 C0. Embarazo de 18.1 sdg. Previamente sana. Cuadro clínico caracterizado por cefalea holocraneana y disartria, progresión hasta pérdida del estado de despierto y requerimiento de soporte respiratorio invasivo. Tomografía de encéfalo con HC, irrupción ventricular e hidrocefalia aguda, angioresonancia cerebral con anomalías emergentes en las arterias del PW y defectos de llenado. Se descartaron patología inmunológica o infecciosa. Evolución tórpida del binomio con expulsión del feto y muerte materna. **Discusión:** El diagnóstico de la EMM durante el embarazo es anecdótico, la presentación clínica

es una catástrofe neurológica con morbi-mortalidad materna y fetal. El tratamiento neuroquirúrgico es la revascularización cerebral. **Conclusión:** La EMM como complicación neurológica no obstétrica del embarazo es causa de mortalidad materna y fetal.

EXTUBACIÓN ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR DE MIASTENIA. CASO CLINICO

Roxana Corina Lucana Terrazas

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Paciente M, 55, refiere cuadro de disnea, ptosis izquierda, disartria y disfagia, se exacerba con disnea, se acude a consulta externa de Otorrinolaringología, se realiza una nasoesfibroscopia y se aprecia parálisis cordal, se interconsulta Neurología, a inspección, pupilas reactivas 2mm, ptosis izquierda, simetría facial, fuerza de masticación simétrica, reflejo corneal bilateral simétrico, pobre elevación de paladar, pobre esfuerzo tusígeno. Disfonía, reflejo nauseoso disminuido, fuerza 4/5. Debido a clínica y para protección de la vía aérea, se decide entubar y conectar a ventilador con los parámetros ventilatorios: PI 10, PEEP 8, FIO₂ 35% Fr 16 Sat. 96%, se sometió a paciente a métodos diagnósticos de AChR y MuSK, prueba de deglución y prueba de Jolly dando positivos, se llega diagnóstico "Miastenia Gravis Clase V", definido por intubación con VMI, tratando el trastorno subyacente con plasmaféresis y corticoide. Afectación neuromuscular fue sometido a ventilación invasiva tratamiento estándar para pacientes con enfermedad neuromusculares IRA. La disfunción bulbar, por fisiopatología de afección con cambio en patrón ventilatorio de incremento en Fr, una disminución del Vt, en consecuencia, respiración rápida, superficial y el Vt se reduce, espacio muerto aumenta. Respuesta ventilatoria al anhídrido carbónico, puede estar disminuida proporcionalmente a grado de afectación de caja torácica, en actualidad es reto progresar el destete exitoso, en el caso aplicando las medidas generales como medicina física y rehabilitación y la medición diaria de la NIF/CVF en VM fueron esenciales para lograr extubación exitosa de la VM

FALLA HEPATICA AGUDA EN EL PUERPERIO, "NO TODO ES SINDROME DE HELLP". CASO CLINICO

Ingrid Jocelín Suasnívar Cancino, Arquimedes Arrocena Alegría; Jesús Enrique Nova Meda; Pedro Ruiz Velazquez

Hospital de especialidades CMN "Ignacio García Téllez" Mérida, Yucatán.

La falla hepática aguda en el puerperio es una complicación poco frecuente que puede progresar con rapidez, de aguda a fulminante y ser potencialmente mortal, dentro de las principales causas destaca el hígado graso del embarazo, síndrome de HELLP y las no relacionadas con la gestación. Se describe el caso de mujer de 22 años quien cursa con puerperio fisiológico mediato evolucionando con cuadro febril y ataque al estado general con posterior progresión a cuadro de encefalopatía, ictericia y coagulopatía, por lo que ingresa a la unidad de cuidados intensivos, durante su estancia se inicia protocolo de estudio de principales etiologías descartando aquellas asociadas al embarazo, se instaura tratamiento específico para complicaciones propias de la insuficiencia hepática, paciente persiste con cuadro febril, y al ser originaria de zona endémica se realiza serología para Dengue, siendo positiva, paciente progresa con cuadro de Pancreatitis grave e hipertrigliceridemia asociada como causa principal de la misma respondiendo a medidas de soporte multiorgánico y terapia con insulina en infusión, cumpliendo con diagnóstico de falla hepática aguda secundaria a dengue grave.

FALLA HEPATICA HIPERAGUDA. CASO CLINICO

Ernesto Márquez Guillen, Luis Fernando Lerma Alvarado, Andrea Martínez Fosado, Luis Fernando Huayllani Gutiérrez, Mildred Astrid González Aguilar

Hospital Ángeles Pedregal.

Masculino de 29 años de edad. Debuta 1 mes previo a su ingreso con cuadro diarreico. Una semana previa a su ingreso presento ictericia,

fiebre, mal estar general acudió a hospital regional, egresado a casa con tratamiento sintomático. Dos días después náusea, vomito, hematemesis, deterioro neurológico, llevado a urgencias, serología de virus de Hepatitis A positiva diagnosticándose falla hepática hiperaguda por Hepatitis A. Sangrado de tubo digestivo alto, se trató con 1 plasma fresco congelado y paquete globular. A las 24 horas evacuación melénica 500 ml, se realiza panendoscopia, sangrado activo. Posteriormente es trasladado a nuestro hospital con sedación y ventilación mecánica, se realiza TAC de cráneo: edema cerebral, hipotensión manejo con norepinefrina, ingresa a UTI. Se hace VNO con datos hipertensión intracraneal se inició solución hipertónica y manejo antiemético. A las 24 horas se realizó plasmaféresis total 3 sesiones. 24 hrs después evacuaciones en pozos de café por SNG, se da manejo, se trasfunde 2 concentrados eritrocitarios, presenta pico febril, se maneja con meropenem, se policultiva. A las 48 hrs se reporta en urocultivo E coli no BLEE. Doppler transcraneal sin datos de HIC, se hizo ventana, weaning, se extuba, se egresa a UTIM con mejoría clínica y bioquímica.

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE ASOCIADA A GOLPE DE CALOR. CASO CLINICO

Alfonso Toledo Figueroa; Jean Paul Vázquez Mathieu; Alfredo F. Sierra Unzueta

Hospital Ángeles Lomas.

El golpe de calor es una condición grave caracterizada por hipertermia, con daño hepatocelular progresivo y muy raramente con falla hepática aguda. El pronóstico depende de la exposición y el tratamiento. Se trata de masculino 33 años, sin antecedentes, trabajador de la construcción. Tres días previos a su ingreso, con elevación brusca de la temperatura corporal hasta 44 °C, deterioro neurológico, manejado en nosocomio y trasladado 72 horas posteriores a nuestro hospital. A su ingreso sin respuesta neurológica, inestabilidad hemodinámica, troponina 192,964.90, DD 20,000, CPK 5,077, LRA (NTA) creatinina 6.22, Urea 181.5, daño hepático grave: AST 5308, ALT 3596, FA 191.8, Bilirrubina total 20.92 BD 14.92, BI 6, panel viral hepatitis negativo. Amilasa 541 Lipasa 855, CID TP 28.6, INR 2.43, fibrinógeno 410, ECOTT: VI hiperdinámico FEVI 70%, disfunción diastólica, hipertensión pulmonar 55mmHg. Inicia manejo con sedoanalgesia, BNM, ACC, glucocorticoides, HDFVVC con filtro Oxiris. Durante su estancia con mejoría a nivel hepático, con daño predominantemente neurológico por lesión cerebral difusa corticales isquémicas agudas/subagudas, hiperintensidad bilateral de ganglios basales, focos hemorrágicos parenquimatosos occipitales y cerebelosos. El golpe de calor, entidad poco frecuente, con elevada mortalidad por falla orgánica múltiple. El pronóstico vital depende del tiempo de exposición e inicio del tratamiento.

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE POR AMILOIDOSIS. CASO CLINICO

Juvenal Franco Noguez; Juvenal Franco Granillo; Paul Moguel Palacios; Janet Aguirre Sánchez; Braulia Martínez Diaz
Centro Médico ABC.

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad infrecuente producida por el depósito de material fibrilar que precipita en los tejidos. Los órganos frecuentemente afectados son: riñones (50 %), corazón (40-50 %) y nervios periféricos (25 %). Se reporta mortalidad de hasta el 80 % a los dos años del diagnóstico. **Caso clínico:** Se trata de paciente masculino de 46 años de edad sin antecedentes patológicos. Padecimiento de 4 meses con disminución de la clase funcional, síndrome nefrótico y alteración de las funciones mentales superiores. Se inició abordaje diagnóstico concluyendo probable enfermedad reumatológica tratado con esteroide y azatioprina sin respuesta. Se trasladó a nuestra unidad con datos de disfunción multiorgánica. Requirió terapia de sustitución renal, soporte ventilatorio con cánulas nasales de alto flujo, uso de ionotrópicos y aminas vasoactivas. Se realizaron estudios de imagen con datos organomegalia a expensas de riñón, hígado, corazón y infiltración a sistema nervioso central. Se realizó biopsia renal que reportó amiloidosis predominantemente glomerular,

con patrón intersticial y vascular, así como cadenas kappa positivo. lesión tubular aguda focal con cambios regenerativos moderados del epitelio. **Conclusión:** Se trata un caso de patología infrecuente con presentación poco habitual que debutó con síndrome nefrótico y rápida progresión a falla orgánica y muerte.

FILTRO OXIRIS EN CHOQUE SÉPTICO VIBRIO VULNIFICUS. CASO CLÍNICO

Verónica Ruiz Vasconcelos; Jean Paul Vázquez Mathieu;
Alfredo Felipe Sierra Unzueta
Hospital Ángeles Lomas.

Paciente femenino de 37 años con antecedentes de bypass gástrico y uso intermitente de dexametasona con multivitamínicos. Refirió ingesta de ostiones un día anterior del inicio de la sintomatología. Ingresó a urgencias por presentar síndrome doloroso que inició con dermatosis en la extremidad inferior derecha, caracterizada por mancha eritemato-violacea por extravasación. La paciente desarrollo en pocas horas shock séptico con cultivos positivos para *Vibrio vulnificus* y falla secuencial de órganos. (SOFA score 10-14 puntos). Por lesión renal aguda AKIN III se inició terapia de sustitución de la función renal (HDUFVC) con cambios del filtro Oxiris de manera programada. Se midieron valores de interleucina 6, previo al inicio de la terapia y de forma seriada, demostrando mejoría de los parámetros de laboratorio, uso de vasopresores, y sin cambios en la mortalidad con evolución tórpida en el caso reportado. La literatura reporta que los cambios frecuentes de estos filtros durante la terapia de sustitución de la función renal continua pueden mejorar los parámetros inflamatorios y uso de vasoactivos, sin embargo, es incierta la repercusión en la sobrevida de enfermos con shock séptico.

GASTRITIS ENFISEMATOSA: ENFERMEDAD RARA Y LETAL. CASO CLÍNICO

Jonathan David Morales Ramírez; Viridiana Segura Llamas;
Abraham Velásquez Crespo; Daniel Alonso Martínez,
Karen Itzel Gonzalez Martínez
Centro Médico Naval, SEMAR, Ciudad de México.

Introducción: La gastritis enfisematosa es una afección infrecuente y potencialmente mortal, sólo se han reportado 59 casos en la literatura y no existen guías para el tratamiento de esta entidad. **Objetivo:** Describir una patología poco usual, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno en la Terapia Intensiva. **Caso clínico:** Masculino de 54 años que acude por presentar datos clínicos de abdomen agudo caracterizado por dolor abdominal, náusea, vómito y evacuaciones melénicas, así como datos de choque hipovolémico, acidosis metabólica e hiperlactatemia. Se realiza tomografía abdominal con contraste oral en la cual se evidencia la presencia de gastritis enfisematosa. Se inicia reanimación con líquidos, antibioticoterapia presentando paciente evolución favorable, con corrección de las fallas orgánicas de su ingreso. Durante su estancia presenta panel gastrointestinal con *E. coli* enteroagregativa, enteropatogénica y enterotoxigénica. **Discusión:** La gastritis enfisematosa es una forma grave de gastritis y tiene un mal pronóstico, es por ello que el diagnóstico y tratamiento oportuno son imprescindibles para llevar a la recuperación del paciente. Se reporta una mortalidad aproximada del 60 a 80%. El tratamiento es la reanimación hídrica, descompresión gástrica y antibioticoterapia de amplio espectro y en caso de procedimiento quirúrgico tiene una mortalidad hasta del 60% en el postoperatorio.

HEMATOMA RETROFARÍNGEO: REPORTE DE CASO

Ariel Espinosa Palacios
IMSS, UMAE Hospital de especialidades N° 25 Centro Médico Nacional del Noroeste, Nuevo León.

Introducción: El hematoma postoperatorio es una complicación rara y peligrosa de la cirugía de columna cervical. Se puede clasificar en dos tipos: hematoma epidural espinal y hematoma retrofaríngeo, este

último ocurre en 0.2 a 1.9% de los pacientes de cirugía de columna cervical. La compresión mecánica directa de la tráquea y el edema dentro de las vías respiratorias son los dos principales mecanismos fisiopatológicos, teniendo una alta tasa de mortalidad y de parálisis como principal complicación. **Metodología:** Paciente masculino de 66 años que ingresa para protocolo quirúrgico por mielopatía cervical espondilótica, iniciando hace 1 año con debilidad de extremidad inferior derecha, parestesias y dolor tipo ardoroso en región plantar. Se realizó discectomía e instrumentación anterior, presentando 24 horas después dificultad para la deglución asociado a disnea, con tumefacción alrededor de herida quirúrgica. **Resultados:** Se decidió protección de vía aérea y apertura de herida con exploración digital para drenaje de hematoma, evacuando aproximadamente 30 ml. **Discusión:** El desarrollo del hematoma retrofaríngeo tiene baja incidencia, y no existe un consenso sobre su evaluación, tratamiento o enfoques preventivos. El tratamiento es controvertido, siendo el abordaje de la vía aérea lo primordial mediante intubación orotraqueal o traqueotomía urgente.

HEMOFILIA ADQUIRIDA EN CONTEXTO DE PREECLAMPSIA. CASO CLÍNICO

Liliana Ponce Baños; Fernando Villalobos Guerrero;
Lourdes Bautista Martínez; Guadalupe Vera Aguirre;
Alfredo Arellano Ramírez
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

La hemofilia adquirida es un trastorno de la hemostasia que afecta a 2 personas por cada millón de habitantes. Se produce por la presencia de autoanticuerpos adquiridos que inhiben la actividad del factor VIII de la coagulación, generando sangrados espontáneos. Sus desencadenantes más frecuentes son neoplasias, enfermedades autoinmunes, fármacos, embarazo y post parto. Se presenta el caso de paciente de 26 años que ingresa a la terapia intensiva posterior a realización de cesárea por preeclampsia con criterios de severidad. Se documenta hemorragia mayor de sitio quirúrgico con posterior desarrollo de hemorragia en herida quirúrgica. En estudios de control se observa prolongación excesiva en TTPa y estudio de tromboelastograma evidenciando alteración severa en los factores de coagulación asociados a déficit. Se solicitan estudios de extensión, documentándose inhibidor adquirido del factor FVIII en 4UB. Se da inicio a manejo inmunosupresor con Rituximab, metilprednisolona y ciclofosfamida; apoyo hemostático con factor VIII, complejo protrombínico activado y ácido tranexámico. Se realizó manejo multidisciplinario, lográndose adecuado control de dicha patología y las complicaciones presentadas, egresada por mejoría posterior a 54 días de hospitalización.

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA UN RETO CLÍNICO

Espinosa Herrera José Luis; María del Mar Aparicio Barrera;
Jorge Omar Castro Meza; Guadalupe Vera Aguirre;
Alfredo Arellano Ramírez
Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

La hipertensión arterial secundaria representa un amplio espectro de enfermedades que requieren un abordaje complejo y en ocasiones múltiples fármacos intravenosos y orales. Puede deberse desde causas renales, endocrinas, reumatológicas, metabólicas, etc. Sus complicaciones suelen ser derivados de crisis hipertensivas severas difíciles de manejar. A continuación, se presenta el caso de un paciente de 35 años que ingresa a la Terapia Intensiva posterior a hemorragia a nivel bulbo-protuberancial que ingresa con presión arterial de 240/140mmHg requirió antihipertensivos intravenosos (β -bloqueadores de acción corta y nitratos intravenosos) con incapacidad para lograr el traslape con fármacos orales, requiriendo más de 7 grupos farmacológicos antihipertensivos a dosis máximas. Dentro de su abordaje diagnóstico descartando causas frecuentes de hipertensión secundaria, demostrando aumento de las fracciones de metanefrinas y niveles de renina/aldosterona bajos con alta probabilidad de paraganglioma VS tumores productores de deoxicortisterona, se inició ajuste antihipertensivo con ibersartan, nifedipino, hidrala-

zina, metoprolol, doxazosina, hidroclorotiazida y espironolactona, el paciente logra control de la tensión arterial, posterior a 1 mes en la Terapia Intensiva, con un amplio abordaje diagnóstico y terapéutico, requirió manejo con traqueostomía por las secuelas neurológicas y se envió a piso para continuar abordaje y medidas de rehabilitación.

INHIBIDORES EN HEMOFILIA ADQUIRIDA TIPO A. CASO CLINICO

Lourdes Bautista Martínez; Fernando Villalobos Guerrero;
Guadalupe Vera Aguirre; Alfredo Arellano Ramírez
Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

La hemofilia adquirida es una enfermedad autoinmune caracterizada por presencia de anticuerpos contra el Factor VIII de la coagulación, se presenta clínicamente como sangrado súbito y severo en pacientes sin coagulopatía previa, típicamente con TTPa prolongado aislado. Tiene mortalidad hasta 40% asociada al sangrado y a la toxicidad del tratamiento. Se reporta una incidencia anual de 1.5 casos por millón de habitantes anual, más frecuente en ancianos y mujeres embarazadas. Se presenta caso de masculino de 23 años que ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos para manejo de paciente neurocrítico posterior a derivación ventrículo-peritoneal por Hemorragia subaracnoidea en contexto de Hemofilia adquirida tipo A. Se brinda tratamiento inicial con Factor VIII, sin embargo, desarrolla inhibidores de Factor VIII de alta respuesta, por lo que se dio tratamiento puente con Factor VII, sin embargo, posteriormente presentó inhibidores de Factor VII correlacionando con clínica y tromboelastografía.

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA ASOCIADA A DENGUE GRAVE EN PACIENTE CON PUERPERIO FISIOLÓGICO MEDIATO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Chale Montero Abharide De Fátima;
Jesús Enrique Nova Meda; Joaquín Torres Avilez;
Arturo Román Tun; Ninfa Alejandra Maa Ocheita
UMA E "Ignacio García Tellez" IMSS Mérida, Yucatán.

La insuficiencia hepática asociada a un cuadro de dengue grave, es una manifestación poco frecuente pero potencialmente letal. El dengue, un arbovirus transmitido por vector, específicamente por *Aedes aegypti*, puede afectar la función hepática y otros órganos. La replicación viral en el hígado induce una intensa respuesta inflamatoria, llevando a la hepatocitólisis y disfunción hepatocelular. Se trata de paciente femenino de 22 años, antecedente de gesta 3 para 3 cursando con puerperio fisiológico tardío, quien presenta fiebre, astenia, adinámica con posterior deterioro del estado de alerta por lo que es llevada de manera inmediata al área de urgencias, donde se documenta presencia de trombocitopenia grave, así como elevación de bilirrubinas y enzimas hepáticas, se realiza serología específica para dengue presentando resultado positivo para NS1, se decide ingreso a UTI por progresión a encefalopatía hepática hasta West Haven III, ictericia y alteración de tiempos de coagulación, confirmando el diagnóstico de insuficiencia hepática aguda, se descarta mediante estudios de imagen patología obstructiva y se data por características de elevación de transaminasas, la presencia de daño hepato celular asociado a complicación grave de infección por dengue, paciente curso con lesión renal aguda y progresión de encefalopatía, se otorgaron medidas de soporte y manejo de coagulopatía así como medidas anti amonio, presentando adecuada evolución y remisión de encefalopatía, es egresada sin complicaciones graves de la UTI.

INTOXICACIÓN POR LITIO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Andrea Martínez Fosado; Alejandro Rojas Montaña;
Luis Fernando Lerma Alvarado; Luis Fernando Huayllani Gutiérrez;
Víctor Morales Muñoz
Hospital Ángeles Pedregal.

Paciente femenino de 18 años con antecedente de trastorno bipolar, con múltiples tratamientos antipsicóticos y antidepressivos, sin

mejoría, se inicia tratamiento con carbonato de litio. Posteriormente inicia con parestesias, disminución de la fuerza en extremidades inferiores, hiporexia y vómito; por aumento de la sintomatología más disartria, somnolencia y desorientación se aborda para diagnóstico de meningoencefalitis con punción lumbar negativo para infección, se inicia profilaxis con aciclovir y metilprednisolona para encefalitis viral y autoinmune respectivamente, durante el abordaje la paciente presenta elevación de azoados y lesión renal aguda secundaria a deshidratación por intolerancia a la vía oral; así como fiebre y mioclonías generalizadas, por cuadro clínico y factores de riesgo se sospecha en intoxicación por litio, la cual se confirma por niveles serios de litio >1.2. Por lesión renal aguda e intoxicación severa por litio se indica terapia sustitutiva de la función renal con hemodiálisis con gran mejoría de la sintomatología de hasta un 95% desde la primera sesión de la misma.

LA ECOGRAFÍA, QUINTO PILAR EN EXPLORACIÓN PULMONAR. CASO CLINICO

Alejandra Russell Marrufo, Miguel Ángel Sosa Medellin
UMA E Hospital de Traumatología y Ortopedia N° 21, IMSS.

Introducción: Existen estrategias más objetivas que la exploración pulmonar con mayor sensibilidad y especificidad para la detección de síndromes pleuropulmonares como la ecografía. **Presentación del caso:** Masculino de 59 años, diagnóstico de gran quemado del 30% de SCT. Se realizó manejo avanzado de la vía aérea, se colocó catéter venoso central yugular derecho y se envió a la unidad 24 h posteriores al evento. A su ingreso estable, bajo sedación, RASS -4 pts, exploración pulmonar normal, a la auscultación con murmullo vesicular bilateral, sin agregados. Ventilado en modo PC-CMV con FIO2 al 25% PEEP 5 PInsp 10 FR 22 Pmax 14. Ecografía pulmonar izquierda normal. Al insonar tórax derecho no se observa deslizamiento pleural, modo M con signo de código de barras. Radiografía con neumotórax derecho de aproximadamente 30%. Se coloca neumokit y presenta expansión completa del pulmón. Sin deterioro respiratorio ni hemodinámico, se realiza extubación electiva exitosa. **Discusión:** La ausencia de deslizamiento pleural en ecografía pulmonar para detección de neumotórax tiene sensibilidad de 95.3% y especificidad de 91.1%. La auscultación pulmonar tiene sensibilidad del 70% y especificidad de 99%. Es importante incluir la ecografía como parte de la exploración pulmonar en pacientes críticos con sospecha de neumotórax.

LA ESPADA DE DAMOCLES: EL EMBATE DE LA HEPATITIS A. PRESENTACION DE CASO

Brizuela-Santana Julio Cesar; Polo-Roca Hermes de Jesús;
Bravo-Lozano Diana Guadalupe; Aguirre-Avalos Guadalupe;
Melchor-Flores Ana Rosa
Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

Introducción: La hepatitis fulminante por el virus de la hepatitis A se presenta en menos del 1% de los casos. La presentación hiperaguda se caracteriza por coagulopatía severa, hipertensión intracraneal y progresión de ictericia a encefalopatía en menos de una semana. La terapia inicial de soporte médico cuando falla, requiere de trasplante hepático. Paciente masculino de 19 años de edad, que ingresa al hospital con intolerancia a la vía oral, sensación de fiebre, taquicardia, ictericia generalizada y hallazgos de laboratorio: ALT 1491, AST 539, GGT 25, FA 106, BT 19, BD 9, TP 58, INR 5.56, TPT 83 e IgM anti-HAV. MELD de 37 y SOFA de TEXTO. A su ingreso a Terapia Intensiva con West Haven III, patrón de Doppler Transcraneal de alta resistencia, patrón electroencefalográfico de ondas Trifásicas (5 hertz) e hiperamonemia de 356; se inicia manitol y medidas anti amonio. En su día 3 de terapia de soporte, muestra mejoría clínica y disminución en los niveles de: amonio 100, INR 2, ALT 305, AST 100, BT 8 y BD 3. En su día # se egresa a sala. Las tasas de supervivencia sin trasplante son de 36%, su ausencia obliga a el manejo conservador y monitoreo estrecho

LÍNEAS B PULMONARES; DETERIORO CLÍNICO EN LA UCI. CASO CLÍNICO

Aldo Zúñiga Ramírez, Felipe de Jesús Montelongo

Instituto de Salud del Estado de México. Hospital General "Las Américas".

El ultrasonido pulmonar se puede usar en pacientes para evaluar presencia de disnea debido a insuficiencia respiratoria cardiopulmonar aguda derrame pleural y neumotórax El caso de una paciente con puerperio patológico que se monitorizó su estado ventilatorio por ultrasonido pulmonar para predecir el deterioro clínico Femenina de 29 años de edad que ingresa a la UCI con diagnóstico de choque hipovolémico por hemorragia obstétrica al ingreso con presencia de balance hídrico positivo en ventilación mecánica invasiva y patrón B2 pulmonar Se hizo ultrasonido pulmonar durante su estancia en la UCI relacionando los hallazgos por ultrasonido con la clínica gasometría estudios de imagen y balance hídrico La presencia de patrón B en ultrasonido se presentó previo a que la paciente comenzará con clínica y alteración en variables gasométricas El monitoreo de los pacientes por ultrasonido ha resultado ser una forma no invasiva para predecir el deterioro clínico que pudiera tener un paciente

LÍQUIDOS EN EL PACIENTE SÉPTICO. CASO CLÍNICO

Andrés Alejandro Rosales García;

José Daniel Barrios Díaz; Blanca Estela Tovar Cruz;

Eliseo Varela Martínez; Roberto Alejandro Castillo González

Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Instituto de Salud del Estado de Aguascalientes (ISEA), Aguascalientes, México.

Manejo hídrico en el paciente séptico, de la teoría a la práctica aún existe mucho por hacer; a propósito de un caso. Femenino de 60 años de edad con antecedentes hipertensión arterial 8 años de evolución en tratamiento no especificado. Litiasis coraliforme izquierda requirió 2 intervenciones quirúrgicas portadora de catéter doble J riñón izquierdo. Ingreso a nuestra unidad, después de 3 días de hospitalización, para valoración por urología con datos de lesión renal aguda, y acidosis metabólica asociada a proceso séptico. Se encuentra en tomografía lito en tercio medio de uréter derecho condicionando hidronefrosis y litiasis coraliforme ya conocida. Se colocó catéter JJ derecho y se recolocó el izquierdo. Solicitando valoración por terapia intensiva debido a estado de choque séptico refractario, que se acompañó de hipoxemia durante el transquirúrgico. A su ingreso con falla orgánica múltiple, respiratoria, renal, hemodinámica y hematológica. Llamando la atención hipoxemia severa durante el transquirúrgico. Evaluándose y encontrando datos de sobrecarga hídrica pulmonar; asociada a reanimación y anuria. La evaluación continua de la terapia hídrica, al ser una de las intervenciones más prevalentes en los pacientes hospitalizados, debe ser guiado de manera objetiva en todos los servicios hospitalarios, y cuando un paciente ingresa a una unidad de cuidados críticos se beneficiará de la individualización y ajuste continuo del manejo hídrico, uno de los rasgos característicos del intensivista.

MÁS ALLÁ DE UN DOLOR DE CABEZA. CASO CLÍNICO

Irvin Jesús Badillo Ramos, Joaquín Jarpa Bulat,

Mario Canitrot Paniagua, Ricardo García Franco,

Guadalupe Aguirre Avalos

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El glioblastoma multiforme es una de las neoplasias primarias del sistema nervioso central más comunes en pacientes jóvenes y de peor pronóstico. Presentación del análisis del caso clínico, se describe el neuromonitoreo invasivo su intervención quirúrgica y los cuidados postquirúrgicos hasta su egreso. Descripción de un caso clínico, revisión de la literatura, y descripción del neuromonitoreo invasivo, así como la importancia de la rehabilitación temprana en el paciente neurocrítico. Se trata de paciente femenino de 39 años de edad que inicia 1 mes previo con cambios conductuales evaluada inicialmente derivándose a psiquiatría que diagnóstica depresión e inicia tratamiento farmacológico, 4 semanas después presenta deterioro neurológico asociado a estatus epiléptico, llevada a urgencias donde

se realiza resonancia magnética cerebral identificándose tumoración cerebral con desplazamiento de 18 mm de la línea media por lo que se realiza intervención quirúrgica y biopsia de la lesión identificándose glioblastoma multiforme de alto grado, se continúa seguimiento con neuromonitoreo invasivo progresando de forma adecuada hasta su egreso. Las patologías psiquiátricas se rigen de protocolos de abordaje diagnóstico minuciosos, ya que pueden ser la consecuencia de múltiples síntomas de trastornos sistémicos y de diversos orígenes, que de ser mal evaluados en la atención inicia pudieran llevar el retraso diagnóstico y subsecuentemente secuelas irreversibles y fatales.

MIOCARDIOPATIA SEPTICA SECUNDARIA A SALMONELLA. REPORTE DE UN CASO

Marco Antonio Juan Gomez; Carlos Enrique Lopez Rodriguez;

Niyireth Loreni Novoa Santander; Evelin Hernandez Dominguez;

Jose Carlos Gasca Aldama

Hospital Juárez de México.

Masculino de 27 años de edad sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Inicia padecimiento actual 2 días previo a su ingreso a urgencias adultos, con presencia de dolor abdominal generalizado tipo cólico, náuseas hasta llegar al vomito en múltiples ocasiones, evacuaciones disminuidas de consistencia en 15 ocasiones, se agrega astenia, adinamia, malestar general, diaforesis, confusión, letargo, aumento de la temperatura no cuantificada, por lo que acude con medico particular el cual le prescribe tratamiento no especificado, sin presentar mejoría por lo que acude al servicio de urgencias a valoración. Se recibe al paciente con datos clínicos de hipoperfusión, desequilibrio acido base refractario a tratamiento, requiere doble apoyo vasopresor, se inicia manejo avanzado de la vía aérea y se solicita interconsulta al servicio de UCIA. USG UCIA Mape 11, Tapse 22, FEVI 25%, ITV 13.2, VS 40, GC 4.8, E 0.68, A 0.63, Desaceleración de 237, EA 1.06, E septal 9, E lateral de 10, E' 9.5, LUS score de 0, VexUS de 0. Ingresó a UCIA, el paciente progresa a lesión renal aguda, por lo que se inicia TRRC, se solicita PCR siendo positivo a Salmonella spp. Paciente presenta mejoría por lo que se extuba y se da de alta de nuestro servicio.

MIXOMA CARDIACO. CASO CLÍNICO

Jorge Omar Castro Meza, María Alacieli Galvan Merlos

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

Femenino de 76 años con antecedentes: Hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 50 mcg/día, Quirúrgicos: OTB hace 40 años. Inicia el 30/08/23 con la presencia de dolor precordial, de tipo opresivo, EVA 7/10, acompañado de disnea, ECOTT con masa móvil que se origina de la pared septal auricular del lado izquierdo, con fevi 70 %. El 4/09/23 con resección de tumoración de aurícula izquierda, lesión incidental en aurícula izquierda que amerita reparación auricular izquierda + colocación de marcapasos temporal, Tiempo de CEC: 1er tiempo 37 min, 2do tiempo 39 min total: 76 min. Pinzamiento aórtico 18 min, Saliendo a ritmo sinusal, norepinefrina 0.2mcgrkgmin y dobutmaina 10 mcgrkgmin. Ingresó a UCIA: sedación con dexmedetomidina 0.26mcg/kg, electrocardiograma con complejos ventriculares prematuros, inversión de ondas T y desnivel de ST, vasopresor e inotrópico en reducción manteniendo IC mayor de 2.2, diurético de asa, levotiroxina por patología de base, ECOTT con acinesia apex tercio apical y medio. Se realiza weaning cardiológico y se procede a extubación 24 hrs post cirugía. Presenta Fibrilación auricular requiriendo antiarrítmico y control del ritmo con amiodarona, metoprolol y mantenimiento con metoprolol y digoxina, perfil tiroideo de control normal, cursa con somnolencia, dependiente de vasopresor, ajustando levotiroxina, con dependencia de marcapasos temporal por lo que se coloca marcapasos definitivo.

MONITOREO HEMODINÁMICO SWAN-GANZ EN TB PULMONAR. CASO CLÍNICO

Gabriela Nicole Turcios Mendieta; Alan Gamboa Meza;

Julio Edgardo González Aguirre

Hospital Universitario UANL, México.

Paciente femenina 19 años con antecedente de TB pulmonar de reciente diagnóstico en tratamiento con Dotbal y DM tipo 1. Inicia con disnea de medianos a pequeños esfuerzos, motivo por el cual es referido. Al ingreso a Urgencias saturando 68% oxígeno 15 litros con mascarilla y FR en 50 rpm motivo por el cual por su deterioro respiratorio se decide la intubación orotraqueal. Rayos x tórax infiltrado tipo alveolar en segmentos posteriores del lóbulo superior derecho, con patrón en árbol en gemación. Múltiples cavitaciones en el lóbulo superior e inferior derecho. Infiltrado fibrocavitario del lóbulo inferior izquierdo. Paciente se ingresa a UCI hemodinámicamente inestable con doble vasopresor con datos de choque hipovolémico y séptico por lo que hacen mediciones dinámicas VPP 19%, Medición vena cava 19%, eco 1.2cm colapsable > 50%, se hace levantamiento de piernas+ 500ml Hartmann y se decide colocar Catéter Swan-Ganz con una PCP10, GC: 2.3, IC: 1.5, FC: 150, PAM 68, RVSI 2986, HG: 8.6. Se realiza taller de gases entrega de oxígeno bajo paciente con anemia y gc bajo. Transfunden 2 paquetes globulares, crece en aspirado traqueal Klebsiella Pneumonie inicia Cefepime y posteriormente los presores bajan se suspenden. Paciente se extuba a VMNI y traslado medicina interna.

MUCORMICOSIS EN GRAN QUEMADO: REPORTE DE CASO

Arturo Amilcar Osorio Ruiz; Daniel Ruvalcaba Ayala,
Marco Antonio Rodríguez Guerrero; Carlos Eduardo Chávez Pérez
UMAE N°21. IMSS. Monterrey, N.L.

Introducción: La mucormicosis cutánea en quemados es una enfermedad rara con una prevalencia del 0,04%-0,6%, y una mortalidad del 40% según reportado en la literatura. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente gran quemado con mucormicosis cutánea. Paciente: masculino de 31 años, sin crónico degenerativos, sufre colisión de vehículo de motor que se incendió, condicionando quemaduras de tercer grado por fuego directo del 66.5% SCT y de la vía área por inhalación con Baux Score 67%, posteriormente comienza con secreciones purulentas en piel, así como una lesión localizada en cuello de coloración oscura con bordes eritematosos, tomándose biopsia. Presenta deterioro hemodinámico que a pesar de manejo no muestra respuesta y fallece. **Discusión y conclusión:** La mucormicosis en el paciente gran quemado sigue siendo difícil de tratar y letal, con factores de riesgo de características clínicas y pronósticas similares a otros pacientes con mucormicosis cutánea. El diagnóstico se basa en el análisis histopatológico y el cultivo de biopsia de piel. Es poco reportado en la literatura, al ser una entidad poco sospechable en el paciente quemado o bien por el incremento de mortalidad en estos pacientes lo que impide establecer el diagnóstico oportuno cuando no está relacionado con un brote hospitalario.

MUERTE ENCEFÁLICA EN POR RESECCION DE MACROADENOMA. CASO CLINICO

Fernanda Ordóñez Hernández, Jessica Garduño López,
Karen Harumi López Rodríguez, Jesús Enrique Castrejón Sánchez,
Niyireth Loreni Novoa Santander
Hospital Juárez de México.

Masculino de la sexta década de la vida, con antecedente de resección de lesión selar por vía transepto esfenoidal y resección de lesión transiliar derecha 4 años después, amputación de 2° falange mano izquierda ocupacional, alcoholismo y tabaquismo. Ingresó para resección de macroadenoma decidivante, se realiza intervención quirúrgica con resección del 80% de la lesión sin complicaciones, se ingresa a Terapia Intensiva donde se inicia neuromonitoreo no invasivo: BIS y Doppler transcraneal. Tres días posteriores, presenta paraplejía de hemicuerpo derecho asociado a déficit neurológico, se realiza TAC simple de cráneo evidenciando lesión hiperdensa a nivel de lecho quirúrgico, se decide craniectomía descompresiva por parte del servicio de neurocirugía, encontrando edema cerebral severo y duramadre a tensión. Durante el 6° día de estancia en UCI presenta emergencia hipertensiva, dilatación pupilar, tasa de supresión 100% mediante mo-

nitoreo BIS, USG Doppler transcraneal: flujo reverso y pico sistólico. Se realiza angiografía de cráneo, que corrobora ausencia de flujos cerebrales y datos de muerte encefálica. Se inicia protocolo de procuración de órganos; sin embargo, familiares no aceptan.

MUERTE ENCEFÁLICA POR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA. CASO CLINICO

Luis Iván Vázquez Guerra; Elizabeth Vital Montiel;
Diana Nanyuki Flores Miranda; Andrés Gibrán Salcedo Malagón;
Aldo Gamaliel Vázquez Sánchez
Hospital Ángeles Mocol.

Mujer de la séptima década de la vida, con historial de cáncer de mama como único antecedente crónico. Experimentó una alteración repentina en su estado de conciencia y fue llevada de urgencia al hospital. Se diagnosticó hemorragia subaracnoidea secundaria a un aneurisma en la arteria comunicante anterior bilateral, con edema cerebral vasogénico e hidrocefalia. Recibió tratamiento endovascular y derivación ventricular, siendo ingresada en la unidad de cuidados intensivos. Inició monitoreo no invasivo con índice biespectral (BIS) y recibió medicación para controlar la hidrocefalia y el vasoespasmó, manteniendo un estado de sedación ligera. Se realizaron controles tomográficos al tercer y séptimo día, persistiendo el edema cerebral e hidrocefalia. Hubo una evolución desfavorable evidenciada por anisocoria, lo que llevó a la monitorización con doppler transcraneal y angiografía, mostrando muerte encefálica a los 8 días. Se siguió el protocolo de donación de órganos y ambos riñones fueron donados.

MUTACIÓN C46T DEL FACTOR XII. CASO CLINICO

Irvin Jesús Badillo Ramos, Guadalupe Aguirre Avalos,
Omar Felipe Ortega Cárdenas, Antonio Arana Gonzalez,
Francisco Santoyo Betancourt
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Las trombofilias hereditarias que se identifican de manera inicial por la presencia de un infarto cerebral han sido descritas en la literatura sin embargo su baja prevalencia y su difícil acceso a los recursos para complementación de abordaje diagnóstico ha hecho que sea difícil su reporte. Presentación del análisis de un caso clínico y revisión de la literatura. Se trata del caso de un paciente masculino de 30 años de edad quien debuta con cuadro clínico de hemiplejía fasciocorporal derecha secundario a un infarto cerebral de territorio de arteria cerebral media, dentro de sus antecedentes precede relevante fallecimiento de hermano 3 meses previos por infarto cerebral isquémico extenso y madre con secuela Rankin V por infarto cerebral 1 año previo, sin embargo sin abordaje diagnóstico al momento de su ingreso, en este trabajo se describe el abordaje clínico así como los hallazgos presentados al identificarse la presencia de foramen oval permeable en el ecocardiograma trans esofágico, trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar, el manejo subsecuente y la identificación de la mutación genética asociada, finalmente el manejo hasta su egreso con secuelas mínimas. La presencia de un infarto cerebral en un paciente joven, obliga al médico a generar el uso de un algoritmo de identificación de su causa primaria hasta su diagnóstico, en este caso se presenta el algoritmo de abordaje diagnóstico en un paciente con trombofilia hereditaria así como su tratamiento hasta su egreso.

NECRÓLISIS EPIDERMICA TÓXICA ASOCIADA A CAPTOPRIL. CASO CLINICO

Ramón Ulises Soberano Burguete; Oscar Olvera Reyes;
Artemisa Vázquez Dondiego; Reyna Isabel Azua Guevara;
Jorge Rosendo Sánchez Medina
Hospital Regional Cd. Madero, PEMEX.

Femenino 85 años con HTA realiza cambio de tratamiento a captopril, 12 hrs posterior de ingesta presenta dermatosis generalizada, a las 48 hrs posterior presenta ampollas flácidas y lesiones eritematosas a extremidades superiores que se diseminaron a tórax, abdomen y

extremidades inferiores, mucosa de conjuntiva, oral y genitales, acudiendo 4 días después con presencia de exulceraciones extensas que abarca 65% de SCT con signo de Nikolsky (+), ingresa a UCI con TA 133/67, FC134, FR 19 rpm, Temperatura 36.8 °C, Glucosa capilar 97 mg/dl y SCORTEN 3 pts. Se inicia soluciones intravenosas calculadas a 2ml/kg/SCT, se guía soluciones de acuerdo a metas de uresis, además uso de antibiótico empírico por datos de infección en lesiones, valorado en AM por dermatología quien suspende uso de esteroide, inicia fomentos de sulf. De cobre, zinc y alcanford e hipromelosa oftálmica al 2% y 2 días después presenta choque séptico de tejidos blandos requiriendo doble vasopresor por datos de choque profundo, esteroide y deceso a los 3 días de ingreso a UCI. **Discusión:** La presentación de necrólisis epidérmica tóxica debe ser diferenciada de Sx. de Stevens Johnson, es asociada con uso de fármacos, siendo más común antibióticos y anticancerígenos.

NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TOXICA POR LEVOFLOXACINO. CASO CLINICO

Lugo Ramirez Guillermo; Morales Muñoz Gustavo
Hospital Regional, PEMEX, Villahermosa, Tabasco, México.

Introducción: La necrólisis toxica epidérmica (TEN) y el síndrome de Stevens Johnson (SJS) son condiciones raras. SJS es establecido con un BSA < 10% y TEN con BSA % > 30%. Es necesaria una exposición a los medicamentos de 4 a 8 semanas. **Presentación caso:** Masculino de 68 años con DM2, HAS y ERC, el cual recibió tratamiento para sintomatología urinaria con levofloxacino 500 miligramos vía oral durante 7 días. Cuatro días después refiere presencia de ampollas en áreas de flexión acompañado de hiporexia y fiebre. A la exploración física desprendimiento epidérmico en cara posterior de tórax, miembros pélvicos y genitales con escaso exudado amarillento no fétido, extremidades. Paraclínicos de ingresos sin hallazgos de relevancia. Se realizó lavado quirúrgico y continuo tratamiento con Tigeclina, fluconazol e inmunoglobulina humana al 10%. Al tercer día de estancia fallece. **Discusión:** El levofloxacino como agente causal de TEN es un efecto adverso poco común. El tratamiento de este paciente fue de soporte con uso de esteroides e inmunoglobulinas. La necrólisis toxica epidérmica es una emergencia dermatológica asociada a la exposición a medicamentos con mortalidad elevada. **Conclusión:** La NET es una entidad rara que debe ser más estudiada para establecer un diagnóstico temprano y tratamiento efectivo desde el primer contacto.

NEUMOENCEFALO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda;
Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez;
Josefina Álvaro Vásquez
Hospital General de Tuxtepec.

Antecedentes: El neuromoencefalo se define como la presencia de gas dentro de cualquier de los compartimentos intracraneales. **Método:** Se trata de paciente de 17 años quien sufre golpe contuso en región frontal posterior a caída de motocicleta, consumo de 2 vasos de mezcal. **Resultado:** Se solicita TAC de cráneo protocolaria donde se reporta neuromoencefalo, hematoma epidural laminar frontal izquierdo, contusiones frontales hemorrágicas bilaterales, edema cerebral generalizado, fractura de hueso frontal, fractura de piso anterior de base de cráneo y lamina cribosa, fractura de arco cigomático izquierdo. Se inicia acetazolamida, furosemida y anticancerígenos. Se realiza envío a la terapia intensiva. **Conclusión:** El neuromoencefalo es una complicación frecuente en trauma craneoencefálico.

NEUMONÍA NECROTIZANTE POSTERIOR A BRONCOSCOPÍA. CASO CLÍNICO

Alan Gamboa Meza; Gabriela Nicole Turcios Mendieta;
Edgar Adrián Montemayor Garza; Mario Alonso Treviño Salinas;
Homero Nañez Terreros
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

Hombre de 50 años, sin antecedentes médicos, acude al servicio de urgencias 48 horas después de haberse practicado toma de biopsia bronquial por broncoscopia como abordaje de tumoración en segmento B6. Se presenta febril, dolor torácico y disnea, con saturación de 92% aire ambiente. En radiografía presenta consolidación de lóbulo inferior derecho. Se realiza broncoscopia, observando secreciones purulentas. Se inicia antibioticoterapia empírica, además se realiza toracocentesis donde se detecta derrame paraneumónico complicado, lográndose drenaje completo del mismo. A las 48 horas, insuficiencia respiratoria hipoxémica y estado de choque, se decide intubación orotraqueal e ingreso a la UCI. Se realiza TAC tórax, se detecta neumonía necrotizante acompañado de derrame pleural multiloculado, por lo que se coloca sonda endopleural. Se realiza ajuste de antibiótico terapia debido a la presencia de *K. pneumoniae* BLEE. A los 4 días del ingreso a UCI, tras resolución de cuadro séptico, se realiza extubación orotraqueal. Continúa con antibioticoterapia; a los 7 días se realiza nueva TAC donde se observa persistencia del derrame pleural por lo que se decide realizar toracotomía más decorticación, la cual se realizó sin complicaciones. Paciente es egresado, con antibioticoterapia con seguimiento ambulatorio.

NEUMONITIS QUÍMICA SECUNDARIA A INHALACIÓN. CASO CLINICO

Isabella Albuérne Estrada; Alejandro Castro; Araceli Carrillo;
Janet Silvia Aguirre Sanchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz
Centro Médico ABC.

Introducción: La lesión pulmonar por inhalación se define como daño al tejido pulmonar secundario a la exposición al humo, calor o agentes químicos. En Estados Unidos, se reportan alrededor de 125 casos por año. **Caso clínico:** Hombre de 55 años de edad que inició su padecimiento 1 hora posterior a aspiración directa de spray repelente para prendas en espacio sin ventilación con disnea de medianos a pequeños esfuerzos, tos seca intermitente, hipoxemia periférica hasta 60% y dolor de características pleuríticas que se exacerbaba a la inspiración. Se solicitó tomografía de tórax con datos sugestivos de neumonitis química. Durante sus primeras horas de estancia cursó con persistencia de incremento del trabajo respiratorio por lo que ameritó ventilación mecánica no invasiva y esteroide sistémico (HACOR inicial: 8 puntos y HACOR a las 5 horas: 4 puntos). A las 24 horas se realizó control tomográfico con reducción de las opacidades pulmonares y vidrio despulido. Se egreso al sexto día de estancia intrahospitalaria con evidencia de resolución de las lesiones. **Discusión:** La presentación clínica de la neumonitis química es inespecífica y dependiente del tiempo de exposición. El rápido desarrollo de opacidades pulmonares durante un período corto de tiempo puede sugerir su diagnóstico.

NEUROMONITOREO INVASIVO VS NO INVASIVO. CASO CLINICO

Irvin Jesús Badillo Ramos; Jennifer Gómez Aguilera;
Adriana Berenice Castañeda Márquez; Edgar Ramon Barba Cano;
Guadalupe Aguirre Avalos
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

El síndrome de hipertensión endocraneana se caracteriza por un incremento mantenido de la presión intracraneal (PIC) y es una de las principales causas de morbimortalidad en pacientes neurocríticos. Presentación del análisis clínico del caso de un paciente post quirúrgico de resección de tumor intraventricular y neuromonitoreo. Descripción de un caso clínico, revisión de la literatura y contraste en medición de PIC. Se trata de masculino de 17 años de edad con diplopía y cefalea intensa de 2 meses de evolución, se toma RM contrastada craneal que reportan hidrocefalia y lesión ocupativa intraventricular izquierda con sospecha de papiloma del plexo coroideo. Al tratarse de un paciente neurocrítico es ingresado a nuestra unidad con neuromonitoreo invasivo y no invasivo. El estándar de oro para el monitoreo de la presión intracraneal es la medición invasiva con

un catéter intraventricular, sin embargo no esta disponible en todas las áreas de cuidados intensivos, actualmente ha tenido mayor utilidad para seguimiento por su accesibilidad y fácil uso el monitoreo no invasivo con ultrasonografía, en esta presentación se realiza la correlación de las mediciones obtenidas via invasiva comparado con mediciones no invasivas obteniendo gran fidelidad para la toma oportuna de intervenciones, abriendo la posibilidad del uso de una herramienta a pie de cama segura y de fácil reproducibilidad para nuestros pacientes neurocríticos.

NEUROMONITOREO NO INVASIVO EN TCE GRAVE EN ESCENARIO DE RECURSOS LIMITADOS. PRESENTACION DE DOS CASOS CLINICOS

Yerania Idali De la Cruz Pérez; Miguel Ángel Sosa Medellín
IMSS Unidad Médica de Alta Especialidad N°21. Monterrey, Nuevo León.

El Doppler transcraneal es de gran utilidad para valorar la hemodinámica cerebral a pie de cama en el paciente con traumatismo craneoencefálico, obteniendo mediciones para estimar el flujo sanguíneo cerebral, presión intracraneal, línea media y la autorregulación cerebral. Se presentan 2 casos con seguimiento ultrasonográfico que, por razones técnicas del equipo tomográfico, no se contaba con el estudio en ese momento. Se hicieron mediciones de índice de pulsatilidad, línea media y vaina del nervio óptico. El primer paciente es femenino de 19 años, la cual sufre TCE grave, Marshall III y manejo médico, al contar con 96 horas de sedación y resultados normales por ultrasonido, se procede a ventana neurológica con éxito, extubación al día 8 y escala de coma de Glasgow de 14 puntos. El segundo paciente es masculino de 33 años, ingresa por TCE grave, Marshall II con manejo médico y control por ultrasonido, al presentar parámetros normales se retira sedación a las 72 horas con éxito, desvinculación de la ventilación mecánica al día 7 y escala de coma de Glasgow 15 puntos. Se concluye que la ultrasonografía podría utilizarse como un método confiable de monitoreo cerebral en ausencia de tomografía y catéter de PIC.

PALUDISMO. REPORTE DE CASO

Julio Antonio Velázquez Bass; Lidia Gutiérrez Hernández;
José Luis Julio Pérez Mejía
Hospital General Pachuca.

El paludismo es una enfermedad potencialmente mortal, se transmite a las personas por la picadura de hembras infectadas del mosquito Anopheles. Paciente Y.W.M.C. Masculino de 34 años con el diagnóstico de Malaria secundario a plasmodium Vivax. **Objetivo general:** Estudio de caso, paciente masculino con diagnóstico de paludismo (5° Ocasión), hospitalizado en Unidad de Terapia Intensiva del Hospital General Pachuca. **Material y métodos:** Estudio de diseño observacional retrospectivo analítico transversal. Hombre de 34 años, Originario de Venezuela, Viajero, migrante, Permaneció en Chiapas, luego a C. de alud de Tizayuca on datos de fiebre 39°-40°, cefalea Holo craneana, dolor abdominal difuso, ictericia, tos seca, enviado a esta institución. **Resultado:** Ingreso con hepato esplenomegalia, derrame pleural bilateral, (leucocitos 1770/uL Plaquetas 52000, Hb 13.4g/dl), egreso sin visceromegalias, (Leucocito 6200, plaquetas 235 000, Hb 10.5). Positivo Plasmodium vivax folio 7638 LESPH, tratamiento a base de cloroquina 4 días y primaquina 14 días. **Discusión:** En las infecciones por P. Vivax los esquizontes tisulares pueden permanecer como hipnozoitos, formas latentes que actúan como capsulas de liberación temporal, responsable de recidivas.

PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIO A HIPERCALCEMIA. CASO CLÍNICO

Denisse Sarahi García Ochoa; Mauricio Hinojosa Hernández;
Max Said Pérez Lara; Julio Pérez Mejía
Hospital General de Pachuca.

Introducción: La pancreatitis aguda es un padecimiento frecuente un UCI, no así las que son causadas por hipercalcemia secundaria

una tumoración. **Objetivo:** conocer el abordaje de una pancreatitis aguda secundaria a hipercalcemia por Adenoma Paratiroideo mediante la presentación de un caso. **Material y métodos:** Se presenta el caso de paciente femenino de 47 años, antecedente de HAS. Inicia el 13.07.23 con abdomen agudo y leucocitosis (14.2), en reporte ultrasonográfico plastrón en fosa iliaca derecha de origen apendicular, se realizó apendicetomía. Durante la evolución postquirúrgica continua abdomen agudo, gasto hemático por penrose, agregándose LRA. Se realizó LAPE 15.07.2023 encontrando pancreatitis hemorrágica y colecciones peripancreáticas, se ingresa a UTI dependiente de vasopresores y bajo ventilación mecánica, Laboratorios: amilasa 118.8, lipasa 51, Hto 23, calcio 11.6 mg/dl, Na 155 mmol/L K 2.4, glucosa 184mg, bilirrubina total 0.26mg/dl, triglicéridos 161 mg/dl, GASA :pH 6.278. pCO2 39.6, pO2 62, HCO3 18.5, sO2 88, Lac 0.88. Manteniendo hiperglucemia e hipercalcemia, relación cloro / fosforo elevada, se solicitó PTH 185 pg/mL. Ultrasonido tiroideo reporta imagen nodular hipoecoica e hipervascularizada dependiente de paratiroides. Tomografía simple y contrastada de abdomen reporta necrosis pancreática del 98 %. **Resultados y discusión:** Se diagnosticó Pancreatitis Metabólica por hipercalcemia secundaria a Adenoma Paratiroideo.

PLASMAFÉRESIS EN PANCREATITIS POR TRIGLICÉRIDOS. CASO CLINICO

Víctor Manuel González Manzano;
Cecilia Rodríguez Zárate; Marco Antonio Montes de Oca Sandoval;
Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz
Centro Médico ABC.

Introducción: La hipertrigliceridemia es causa poco común de pancreatitis aguda (2-4%), siendo más frecuente en desordenes de lipoproteína primaria. Valores > 1000 mg/dl se asocian a pancreatitis aguda grave y falla orgánica. **Objetivo:** Uso temprano de plasmaféresis en pancreatitis por hipertrigliceridemia. **Caso clínico:** Mujer de 47 años, diabética, hipertensa, dislipidémica con tratamiento. Inició con dolor en epigastrio de tipo transictivo en escala de EVA 10/10, sin mejoría al tratamiento analgésico. Acude a la unidad donde se reportó niveles de lipasa en 279 U/L, triglicéridos en 2332 mg/dl, pH 7.22 y bicarbonato 10.3 mmol/L, glucosa 241 mg/dl (recibió tratamiento con infusión de insulina). A los dos días aumentó niveles de triglicéridos a 7152 mg/dl y la PCR incrementó de 24 mg/dl a 37 mg/dl. Recibió tratamiento con plasmaféresis con 1000 ml de albumina al 20% presentando disminución triglicéridos (509 mg/dl) y niveles de PCR a 16 mg/dl en 24 horas. **Discusión:** La plasmaféresis es una terapia para pancreatitis grave por hipertrigliceridemia, que ayuda a disminuir complicaciones asociadas a mortalidad. Siendo indicada en niveles de triglicéridos > 1000 mg/dl para conseguir niveles séricos óptimos <500 mg/dl, idealmente <200 mg/dl.

PRONO EN PACIENTE CON ARDS Y VM POR BACTERIAS MDR. CASO CLINICO

Denisse Sarahi García Ochoa; Max Said Pérez Lara

Introducción: ARDS es un padecimiento frecuente que puede retrasar la extubación, estrategias que permitan alcanzar metas de protección pulmonar como la posición prono, vuelven a las contraindicaciones relativas nulas en las UCI de bajos recursos. **Objetivo:** Evaluar el inicio de posición prono en un paciente con contraindicaciones relativas en las UCI de bajos recursos. **Material y métodos:** Se presenta el caso de femenino de 32 años, antecedente de abdominoplastia (27-04-2023). El 18-07-2023 presento disnea y fiebre, hospitalizada en medio privado y referida a HGP por sepsis abdominal, se realiza usg que reporta absceso de pared anterior y se somete a cirugía. Ingresa a UCI con doble vasopresor y VM. En la TAC con imagen sugestiva de neumonía por atípicos, con presión pico de 43, se somete a prono durante 16 hrs alcanzando metas de protección pulmonar a las 4 hrs, se obtiene cultivo de secreción positivo para A. Baumannii, se indica tratamiento dirigido, se egresa por mejoría 2-08-2023. **Re-**

sultados y discusión: Se sometió a posición prono a una paciente con contraindicaciones relativas, logrando mejoría de la compliance estática en tiempo esperado gracias a posición prono de 16 hrs. Con impacto positivo en la mortalidad y pronóstico.

RETOS EN ANTICOAGULACIÓN. CASO CLINICO

José Alberto Leal Gámez; Gustavo Adrián Soto Hernández;
Alvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez

Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

Mujer de 55 años diabética, dislipémica, con válvula protésica mitral desde 2013 en tratamiento con acenocumarol 21 mg por semana y antecedente (2018) de EVC cardioembólico trombolizado con éxito. Inició con cefalea progresiva hasta 9/10, náusea, vómitos y gingivorragia, ingresó con Glasgow 15, SV normales, TP mayor 180, INR 8 TTP 58, TC hematoma subdural derecho desplazó línea media más 5mm y HSA, HUNT Y HESS III, tratado con plasmas y vitamina K por sobre anticoagulación, ocho horas después INR 1.84, se realizó craneotomía descompresiva manteniendo sedación 72 horas y VMI por hipertensión endocraneana, se extubó con recuperación neurológica. Dos semanas posteriores de la cirugía se inició manejo con heparina bajo peso molecular dosis tromboprolifáctica por alto riesgo de trombosis y hemorragia, una semana después con dosis total, 7 días después se inició acenocumarol 19 mg/semana. Se egresó sin nuevas secuelas neurológicas e INR de 3.31. **Discusión:** la presentación de complicaciones hemorrágicas potencialmente mortales en presencia de válvula protésica mecánica son un desafío terapéutico, no existe un consenso sobre el momento específico de inicio, dosis y tipo de anticoagulación en estos pacientes.

SDRA EN PACIENTE GRAN QUEMADO. CASO CLINICO

Oscar Olvera Reyes; Ramón Ulises Soberano Burguete;
Theno Alexandro Turrubiates Hernández; Reyna Isabel Azúa Guevara;
Jorge Rosendo Sánchez Medina

Hospital Regional Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

En paciente quemado el SDRA tiene incidencia de 24% y mortalidad hasta 31%. Masculino de 16 años, sin antecedentes de relevancia conocidos. Ingresó a unidad por sufrir quemaduras de segundo grado superficiales y profundas con afectación de 55% de SCTQ en cara y 4 extremidades, requiriendo manejo avanzado de vía aérea y lavado quirúrgico. Se inicia reanimación hídrica con soluciones cristaloides isotónicas calculadas a 2ml/kg/SCTQ por 48 hrs y posterior disminución a 0.5 ml/kg/SCTQ guiado por metas (uresis y ultrasonografía) e inicio de albumina al 20%, requirió vasopresor, sedación inhalada con sevoflurano (sistema AnaConDa) y analgesia con fentanilo. Al quinto día presenta acidosis respiratoria y SDRA severo con C_{est} de 36.7 cmh₂o, PaO₂/FiO₂ de 58 mmHg y evidenciado por imagen, se ajusta parámetros de VM e iniciamos bloqueo neuromuscular y prono por 24 hrs con respuesta (PaO₂/FiO₂ 251) posterior deterioro al supino, nueva sesión prono por 48 hrs logrando PaO₂/FiO₂ 373 y tolerando el supino, utilizamos Vt 4-6 ml/kg/pp, PEEP hasta 10 cmh₂o, FR hasta 28 con inversión de Rel I:E, manteniendo parámetros de protección pulmonar (Pmáx:30, DP: 20-13; Pmeseta de 28, poder mecánico <16), se logra resolución de SDRA y se envía a tercer nivel para manejo de quemaduras.

SERIE DE CASOS DE ECMO EN PARO CARDIORRESPIRATORIO

Clemente Carlos Gaitán Suárez; Héctor Alejandro Ramírez García,
María del Rosario Muñoz Ramírez; Víctor Manuel Sánchez Nava;
René Daniel Gómez Gutiérrez

Hospital Zambrano Hellion, Tec Salud. Hospital Zambrano-Hellion, Tec Salud. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey.

Introducción: Recientemente se ha demostrado que la reanimación cardiopulmonar extracorpórea (ECPR) ha mejorado la sobrevida y el pronóstico neurológico en pacientes en paro cardiorrespiratorio

presenciado, utilizando la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) durante la RCP convencional y estabilizando al paciente para las intervenciones destinadas a revertir la etiología de la enfermedad. **Objetivo:** Describir la evolución clínica y los desenlaces relacionados con la terapia ECPR en pacientes en paro cardiorrespiratorio en población mexicana en un programa de atención en Nuevo León. **Material y métodos:** Serie de casos de 5 pacientes sometidos a ECPR evaluando su sobrevida a 30 días y su pronóstico neurológico por escala de categorías de función cerebral (CPC). **Resultados:** 5 pacientes sometidos a ECPR con 3 de ellos con sobrevida a 30 días (con causa de paro cardiorrespiratorio asociado a miopericarditis fulminante, infarto agudo al miocardio y tromboembolia pulmonar masiva) con escalas de CPC entre 1 y 2. **Conclusión:** El protocolo de ECPR representa una modalidad del ECMO veno-arterial útil en la reanimación cardiopulmonar en pacientes con patologías reversibles. Se requieren estudios que involucren una mayor cantidad de pacientes en nuestra población con el fin de estandarizar los criterios y protocolos de atención en ECPR.

SÍNDROME ANTI FOSFOLÍPIDOS CATASTRÓFICO. CASO CLINICO

María del Mar Aparicio Barrera; José Luis Espinosa Herrera;
Jorge Omar Castro Meza; Guadalupe Vera Aguirre;
Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" de Guadalajara.

El síndrome antifosfolípidos es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada por sucesos trombóticos en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos, el SAF catastrófico una forma rara grave, en el diagnóstico se determinan, anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipinas IgG e IgM, el manejo basa en controlar factores de riesgo, uso de anticoagulantes, Guillain Barré, causa más frecuente de parálisis flácida aguda, el diagnóstico se realiza con la presencia de anticuerpos antigangliósidos y pruebas de potenciales evocados, por lo que se presenta caso, masculino de 60 años de deterioro neurológico agudo, presentando Enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico, trombosis de la arteria subclavia, trombosis arteria esplénica, se realizan, anticuerpos anticardiolipinas positivo, Punción lumbar Neutrófilos 50%, linfocitos 50%, proteínas 84mg/dl, Potenciales evocados somatosensoriales, compatibles con polirradiculopatía motora del tipo degeneración, confirmando Diagnóstico de SAAF catastrófico, Guillain Barre, se inicia terapia anticoagulante y plasmaféresis.

SINDROME CARDIORRENAL POSTERIOR A ANGIOPLASTIA. CASO CLINICO

Jesús Antonio Pacheco García;
Liliana Ponce Baños; Monica Lizbeth Bravo Luna;
Guadalupe Vera Aguirre; Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional De Alta Especialidad Ixtapalaca.

La incidencia de LRA posterior a ICP es de 35%, de los cuales solo 13% amerita TRR, con mortalidad de 68%, aumentando mortalidad con hipertensión pulmonar y sepsis. Por ello se reporta el caso de masculino de 68 años, ingresa por disnea progresiva, a su llegada a urgencias con saturación de 77% y polipnea, se detecta por radiografía sobrecarga, BLUE patrón B, sospecha edema agudo pulmonar, íntegra diagnóstico de síndrome de Wellens por electrocardiograma, elevación de troponina, por lo que ingresa a angioplastia colocando 2 stents liberadores de everolimus en descendente anterior, evolucionando a choque cardiogénico, que se corrobora por monitoreo con Edwards, catéter Swan Ganz y ecocardiograma transtorácico e identificándose hipertensión pulmonar con posterior deterioro de la función renal, con diagnóstico por marcadores como creatinina C, creatinina e índice resistivo renal. Amerito tratamiento con levosimendán y vasopresor, óxido nítrico monitoreado por gasometría (metahemoglobina), además de halogenado con dispositivo AnaConDa. Ingreso a terapia de reemplazo renal, mejorando azoados y electrolitos séricos,

evolución tórpida cursando con de choque séptico pulmonar por acinetobacter, por cultivos, inicio de antibioticoterapia con colistimetato, fiebre refractaria ameritando hipotermia terapéutica por ArticSun, presentando adecuada evolución, egresando a medicina interna con destete de ventilación y hemodinámico estable.

SÍNDROME CARDIORRENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda;
Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez;
Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtepec.

Antecedentes: El síndrome cardiorrenal se ha definido como la disfunción simultánea de corazón y riñón. **Material y métodos:** Femenino de 68 años con los diagnósticos: DM2, insuficiencia cardíaca FEVI 34%, IAM con elevación del ST, anemia grado II, lesión renal aguda AKI 3, Insuficiencia mitral, tricúspidea y aórtica, endocarditis. EF: Neurológicamente con sedación con dexmedetomidina. Ramsay 5, pupilas isocóricas. Respiratorio: ventilador mecánico en modalidad controlada por volumen VT 340, FR 18, FIO2 35, PEEP 5. Campos pulmonares con presencia de estertores basales, Hemodinámico: PAM 80 mmHg con apoyo de norepinefrina y dobutamina. Metabólico: glucosa 312mg/dl. Renal: creatinina 5.46, urea 156. Hematológico: Hb 9.9 g/dl, plaquetas 220000. Infectológico Leucos 13940. **Resultados:** Se inicia antibioticoterapia con vancomicina 1 gr IV y se realiza ajuste de líquidos para protección renal. **Conclusión:** La vigilancia de líquidos y la respuesta clínica al tratamiento podrían ser útiles para establecer la trascendencia clínica.

SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO POR S. PYOGENES. CASO CLÍNICO

Mónica Castro González; Sulemi Areli Castañón Balderas;
Vania Daniela Nina Saucedo

Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Paciente femenino de 65 años, antecedentes de diabetes tipo 2 e hipertensión sistémica, sin tratamiento. Inicia su padecimiento 15 días previos a su ingreso con caída de su plano de sustentación y lesión en rodilla izquierda, posteriormente con calor, rubor y aumento de volumen, dejando a libre evolución. Cuatro días previo a su ingreso, con cuadro febril, descontrol glicémico por lo cual acude a valoración. Ingresó con datos de cetoacidosis diabética severa, con evolución tórpida, por lo cual ingresa a terapia intensiva. A su ingreso con deterioro hemodinámico y se realiza manejo avanzado de la vía aérea, se realiza hemocultivos con positividad a S. Pyogenes, tratamiento con bencilpenicilina y vancomicina, al ser único foco evidenciado, con evidencia de lesiones con mancha violácea de bordes cartográficos y edema; además ampollas hemorrágicas flácidas, características de este síndrome. Sin embargo, con evolución tórpida fallece a pesar de tratamiento. Se ha reportado síndrome de choque tóxico estreptocócico entre niños y adultos de todo el mundo, pero sigue siendo una enfermedad relativamente rara, con una tasa de mortalidad que oscila entre 23 al 70%.

SÍNDROME DE DESMIELINIZACIÓN OSMÓTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Guadalupe Maricela Solís Casas; Jesús Salvador Sánchez Díaz;
Karla Gabriela Peniche Moguel, María Verónica Calyeca Sánchez

UMAE Hospital de Especialidades número 14 Centro Médico Nacional "Adolfo Ruiz Cortines" IMSS. Veracruz, Veracruz.

Introducción: El síndrome de desmielinización osmótica (SDO) ocurre por una destrucción rápida de la vaina de mielina de las células oligodendríticas causada por aumento abrupto de la osmolaridad sérica. **Objetivo:** Presentar un caso clínico y breve revisión de la literatura. **Presentación de caso:** Femenino de 46 años con antecedente de DM2, HAS y depresión. Inició su padecimiento el día 06.04.23 con debilidad generalizada, alteración del estado de consciencia, desorien-

tación y mioclonías en extremidades torácicas, como hallazgo sodio sérico de 124 mmol/L. Posterior a 24 h, mayor deterioro del estado consciencia, requirió ventilación mecánica invasiva, sodio sérico de 150 mmol/L. Ingresó a UCI, durante su estancia, se realizó punción lumbar (normal), se descartaron causas infecciosas, vasculares e inmunológicas del deterioro neurológico, se realizó resonancia magnética cerebral con reporte de lesiones desmielinizantes en cuerpo calloso, ganglios basales, tálamo y región occipital con diagnóstico final de SDO. La paciente falleció por disfunción orgánica múltiple e hipertermia maligna. **Discusión:** La presentación clínica del SDO incluye disartria, disfagia y cuadriparesia flácida que se vuelve espástica. **Conclusión:** El SDO es una complicación fatal de la reposición aguda de sodio, es imperativo el cálculo del déficit de sodio y la monitorización sérica frecuente.

SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA. CASO CLÍNICO

César Eduardo López Méndez; Luis César Bastidas Martínez;
Alberto Rodríguez Flores; Miguel Ángel Sosa Medellín;
Jorge Arturo Sánchez Garza

UMAE # 21. Hospital de Traumatología y Ortopedia. Monterrey N.L. IMSS.

El síndrome de embolia grasa es una complicación potencialmente grave, poco frecuente, poco sospechada y de difícil diagnóstico, que puede ocurrir después de la fractura de huesos largos. Se describe el caso de una paciente de 62 años, la cual sufre caída de su propia altura, presentando fractura de tibia y peroné que desarrolló deterioro neurológico grave posterior a su ingreso, sin evidencia de lesión cerebral traumática por clínica ni tomográfica. El diagnóstico de síndrome de embolia grasa fue sospechado por criterios clínicos menores y mayores, además, se logra confirmar con estudio de análisis de secreción bronquial por el servicio de patología, identificando células grasas en esputo de aspirado. La paciente recibió tratamiento basado en soporte orgánico y fijación de fractura con resultados favorables. Lográndose separar de la ventilación mecánica 24 horas posteriores a su ingreso, y con alta del servicio de terapia intensiva en buenas condiciones clínicas. Destacando de este caso la rápida evolución de la paciente al deterioro neurológico y su diagnóstico preciso anatómico-patológico, el cual en la gran mayoría de casos no se logra su confirmación.

SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE Y TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES SIMULTANEO COMO COMPLICACIÓN DE PREECLAMPSIA SEVERA: REPORTE DE CASO

Alan Gamboa Meza; Gabriela Nicole Turcios Mendieta;
Edgar Adrián Montemayor Garza; Mario Alonso Treviño Salinas;
Homero Nañez Terreros

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Mujer de 33 años, con antecedentes de preeclampsia y diabetes gestacional en embarazo previo, actualmente cursando segunda gesta. Tres días previos a su ingreso presenta cefalea holocraneana opresiva, sin ningún síntoma acompañante. Síntomas persisten y se acompañan de hiporreactividad y somnolencia. A su ingreso TA 180/100, Glasgow 8 puntos., se administra labetalol IV y sulfato de magnesio. Se realiza Tac de cráneo, evidenciando hipodensidad en región parieto-occipital, sugestivas de edema cerebral se decide intubación orotraqueal. Se activa el CREO, se decide la terminación del embarazo. Posteriormente se realiza resonancia magnética de cerebro son datos sugestivos de Síndrome de PRES. A las 48 horas de su ingreso presenta deterioro ventilatorio. Se realiza broncoscopia y solicita panel de neumonías, detectándose Pseudomonas aeruginosa y S.aureus MRSA, iniciándose antibioticoterapia. Tras mejoría del estado ventilatorio, se retira sedación. Debido a ausencia de respuesta neurológica, se realiza TAC de cráneo contrastada detectándose trombosis del seno sagital superior y herniación uncal. Se inician anticoagulación y medidas anti edema cerebral. A los 5 días de estancia en la UCI, presenta fiebre e inestabilidad hemodinámica, se inicia abordaje de choque séptico, iniciándose anti-

biototerapia de amplio espectro. Finalmente, paciente fallece debido a choque séptico por pseudomonas y candida.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ SECUNDARIO A DENGUE. CASO CLINICO

Víctor Alfonso Rodulfo Sanchez;

Gabriela Turcios Mendieta; Marisol Hernandez

Hospital Universitario Jose E. Gonzalez.

Introducción: Se trata de masculino de 21 años sin antecedentes patológicos, el cual acudió con cuadro de debilidad generalizada, cuadro diarreico y parestias en miembros inferiores de 9 días de evolución, posteriormente progresa a dificultad para deglutir, pérdida completa de la movilidad de extremidades y arreflexia, ingresa a nuestra unidad donde se reporta prueba de covid-19 negativa y lesión renal aguda con creatinina de 1.3mg/dl, se realiza resonancia magnética de cerebro y columna cervical así como tomografía simple de encéfalo reportándose sin anomalías, se procedió a manejo avanzado de la vía aérea por mal manejo de secreciones y disfagia, se realizó punción lumbar reportándose proteínas 26, glucosa 61, células 0, lactato 1.6, con cultivo y tinta china negativos, Durante su estancia se realizan 3 recambios plasmáticos con mejoría del cuadro, posteriormente se reporta prueba IgM de Dengue positiva, se proceder a retiro de ventilación mecánica y rehabilitación con posterior alta a domicilio. **Discusión:** El síndrome de Guillain Barre se ha asociado con infección por múltiples microorganismos como lo son *Campylobacter jejuni*, influenza A, citomegalovirus, virus del zika, herpes virus, covid-19 y virus del Dengue entre otros siendo muy poco frecuente su presentación a consecuencia este último a pesar de la alta incidencia de casos de dengue en nuestra población, en nuestro caso tras la indagación en el interrogatorio a la familia se detectó factores de riesgo para la posible exposición a este virus por lo que se pudo llegar al diagnóstico tras la realización de la prueba inmunológica.

SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE Y LESIÓN RENAL AGUDA, PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN CASO

Ivan Ilescas Martinez; Héctor Romeo Vásquez Revilla;

Zoila Aguilar Gutierrez; Demetrio Curiel Hernandez;

Noel Luis Moreno

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Introducción: El síndrome de Guillain Barre (SGB) es una enfermedad postinfecciosa potencialmente mortal que se asocia con afectaciones neurológicas, cardiovasculares, respiratorias y gastrointestinales. En algunos casos, se ha reportado la presencia de lesión renal aguda (LRA). **Materiales y métodos:** Hombre de 44 años quien presentó una caída de su plano de sustentación, náuseas, vómitos y deterioro neurológico súbito, llegando a la unidad con un Four Score de 7 puntos, PAM de 50 mmHg y anuria. Los paraclínicos iniciales mostraron acidosis metabólica severa, creatinina de 3.9 mg/dL y urea de 40.7. El líquido cefalorraquídeo presentó leucocitos del 39%, neutrófilos del 98% y proteínas totales de 98.5. La electromiografía mostró patrón compatible con polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda motora, por lo que se inició manejo con plasmáferesis a 1.2/1.5/1.5 volúmenes plasmáticos y sustitución de la función renal con hemodiafiltración venovenosa continua. El paciente presentó mejoría clínica y fue egresado por mejoría clínica. **Conclusión:** La asociación entre SGB y LRA podría ser secundaria a la presencia de disautonomías en su forma más severa o a mecanismos de mimetismo molecular compartidos por el nervio periférico y el glomérulo. Es importante estudiar más a fondo estas asociaciones para prevenir complicaciones y comprender los mecanismos fisiopatológicos involucrados.

SINDROME DE INFUSIÓN DE PROPOFOL (PRIS). CASO CLINICO

Diana Guadalupe Bravo-Lozano, Hermes de Jesús Polo-Roca,

Guadalupe Aguirre-Ávalos, Julio César Brizuela-Santana,

Jennifer Gómez-Aguilera

Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

El síndrome de infusión de propofol (PRIS) es una afección rara descrita en pacientes que reciben dosis elevadas (>5mg/kg/h) por tiempo prolongado (>48 h). La fisiopatología de PRIS, se relaciona a daño mitocondrial y se caracteriza por alteraciones: cardíacas, renales, metabólicas (acidosis metabólica, hiperlipidemia), y hepáticas; así como rhabdomiólisis. Masculino de 42 años de edad, politraumatizado; con tórax inestable y una lesión esplénica grado III que requirió esplenectomía. Durante su evolución, con múltiples fracasos al retiro de la ventilación mecánica, por lo que se mantuvo con infusión prolongada de propofol a dosis altas, dosis acumulada de 100,8 g (Dosis media de 3.5 mcg/kg/min). Diez días posteriores a su ingreso presenta: Lesión renal aguda (Urea 263 mg/dl y Creatinina 4.86 mg/dl), así como elevación de transaminasas (ALT 195 UI/l, AST 461 UI/l), hipertrigliceridemia (Triglicéridos 1347 mg/dl) rhabdomiólisis (CPK 2574 UI/l), alteraciones cardíacas con elevación de troponinas (0.69 ng/dl) y acidosis metabólica persistente (Ph 7.18, Lactato 8.5 mg/dl); se retira el propofol y se inicia hemodiálisis intermitente. Sin recuperar función renal continuó con terapia de sustitución a base de hemodiálisis intermitente hasta su fallecimiento por bacteremia asociada a catéter central con aislamiento de *Acinetobacter Ursingii* (SOFA 14 puntos), 27 días posteriores a su ingreso. **Conclusión:** Se debe considerar PRIS en el paciente que presenta dosis altas y prolongadas de propofol, con lesión renal aguda, acidosis metabólica, elevación de enzimas hepáticas y dislipidemia.

SINDROME DE KOUNIS: DE LA PICADURA A LA MUERTE. CASO CLINICO

América Alejandrina González Arce;

Alejandro de Jesús Perez Azuara; Karla Gabriela Peniche Moguel;

Jesús Salvador Sanchez Díaz; María Verónica Calyeca Sanchez

UMA No. 14 Adolfo Ruiz Cortines, IMSS. Veracruz.

Introducción: El síndrome de Kounis (SK) o angina alérgica es la asociación de síndrome coronario agudo (SCA) secundario a una reacción de anafilaxia, producida por mediadores inflamatorios y vasoactivos liberados durante la desgranulación de mastocitos y que actúan a nivel del sistema cardiovascular. Se presenta caso clínico atendido en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por SK. Masculino de 63 años. Cuadro clínico iniciando por múltiples picaduras de abejas africanas con reacción anafiláctica que progresó a estado de choque; en las siguientes 24h con presencia de dolor precordial, elevación de biomarcadores cardíacos y cambios electrocardiográficos de isquemia miocárdica, evolucionando a disfunción orgánica múltiple y muerte. Se sabe poco de la fisiopatología que desencadena la presencia de infarto agudo de miocardio en el choque anafiláctico, la principal sospecha es un vasoespasmio coronario secundario a la liberación de citocinas y anafilatoxinas así como al aumento de activación plaquetaria secundaria a la liberación de histamina. El diagnóstico se realiza mediante electrocardiograma, enzimas cardíacas y ecocardiograma. El síndrome de Kounis ensombrece el pronóstico debido a la afectación cardiovascular agregada.

SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO ATÍPICO EN EL EMBARAZO. CASO CLÍNICO

Christopher Barrera Hoffmann; Yadira Mariaca Ortiz;

Leslie Eugenia Cuevas Cruz; David Guzman Villalobos;

Luis Fernando Mendoza Contreras

Hospital General de México.

Introducción: El síndrome urémico hemolítico atípico (SUHa) es una microangiopatía trombótica, y su diagnóstico es difícil en el embarazo. **Caso clínico:** Mujer de 22 años. **Antecedentes:** Aborto espontáneo hace 3 años. Cursando embarazo de 26.3 SDG, 3 días previos a hospitalización con cefalea generalizada y fiebre, se le indicó ASA, cefalexina y paracetamol, sin mejoría, agregándose oliguria, petequias en manos y muslos, acude a Hospital donde se identifica hipotensión, anemia, trombocitopenia severa, proteinuria, hipertransaminasemia y azoemia, se traslada a tercer nivel. Al ingreso con choque séptico

co, somnolienta y anuria. Se realiza hemodiálisis y ante sospecha de MAT se indica dexametasona. Dos días después presenta desprendimiento placentario y muerte fetal. Con esquistocitos y Coombs directo negativo se indica plasmaféresis por sospecha de SUHa. Actividad de ADAMTS13 67%, toxina Shiga negativa, posterior a plasmaféresis hay mejoría de plaquetas y uresis, sin reducción de creatinina. Al día 12 se diagnostica colitis pseudomembranosa por *C. Difficile*, posterior a 8 días de antibiótico se inicia Eculizumab observándose mejoría en los niveles de creatinina. **Conclusión:** El diagnóstico de SUHa asociado al embarazo se realizó por las manifestaciones clínicas, bioquímicas y respuesta al Eculizumab. Es una patología rara que evoluciona a enfermedad renal terminal sin un tratamiento oportuno.

SOPORTE EXTRACORPÓREO EN FALLA HEPÁTICA POR VHA. CASO CLÍNICO

Alvaro Ruiz Castorena; Alejandro Montaña Jimenez;
Janet Silvia Aguirre Sanchez; Braulia Aurelia Martinez Diaz
Centro Médico ABC.

Introducción: La falla hepática aguda es un síndrome observado infrecuentemente de daño severo al hígado, que puede provocar un desenlace fatal. Las terapias de soporte extracorpóreo buscan servir como terapia puente a trasplante o puente a recuperación. **Objetivos:** Describir la eficiencia de las terapias de soporte hepático en pacientes con falla hepática aguda y su desenlace como terapias puente a trasplante o a mejoría. **Caso clínico:** Masculino de 52 años con antecedente de fibrilación auricular. Inicia con fiebre 9 días previos a su ingreso. Con progresión de síntomas se observa por estudios elevación de transaminasas e IgM Hepatitis A positivo y clínicamente asterixis. Día +1 requiriendo de colocación de soporte renal por anuria, día +2 protección de la vía aérea por encefalopatía grado 3 requiriendo de soporte hepático extracorpóreo con filtros de adsorción durante 5 días previo a trasplante hepático. **Discusión:** Las terapias de soporte extracorpóreo al momento son el único medio de mantenimiento ante la falla hepática aguda como puente a trasplante o mejoría, debido a la falla orgánica múltiple y mortalidad asociada.

SOPORTE MULTIORGANICO EN POLIARTERITIS NODOSA. CASO CLINICO

Gabriel Moreno Romero; Claudia Nelly Cruz Enriquez;
Carlos Jiménez Correa
IMSS UMAE No. 1 Centro Médico Nacional del Bajío.

Mujer de 31 años que inició su padecimiento con dolor punzante en miembro pélvico derecho y en talón el cual es de gran intensidad, fue tratada con paracetamol y antiinflamatorio durante 7 días, sin mejoría, se solicitaron laboratorios con presencia de leucocitosis, leucocituria, proteinuria y se inició tratamiento con Ciprofloxacino y furosemida. Se agregó edema articular en tobillos y fiebre de 38°C, requirió hospitalización a cargo de medicina interna y como parte de su abordaje solicitaron Acs antinucleares con resultado indeterminado, AntiSm negativo, Anti SSA negativo, C3 93 C4 21.4. Ac antimieloperoxidasa (ANCA p) 88.893 positivo Acs ANA+ 1:80, Acs anticitoplasma 1:80, C3 135.7, C4 19.4, se manejada con AINE, Piperacilina/ Tazobactam y levofloxacino; se egresó del hospital y 10 días posteriores presentó taquicardia y disnea, acudió a hospital donde se administró oxigenoterapia con poca respuesta y ameritó ventilación mecánica, fue valorada por reumatología quien indicó manejo con inmunoglobulina por 5 días, 2 sesiones de plasmaféresis, sin embargo presentó trombocitopenia, anemia severa, lesión renal aguda progresiva y necesidad de terapia de sustitución renal intermitente se ajustó manejo y se decidió inicio de Rituximab 1gr.

STATUS SÚPER-REFRACTARIO Y ENCEFALITIS AUTOINMUNE. CASO CLINICO

Sandra Ivette Alba-Cuevas; Ricardo Rodríguez-Villanueva;
David Navarro-Martínez; José Carlos Gasca-Aldama;
Mario Arturo Carrasco-Flores
Hospital Juárez de México.

Introducción: estatus epiléptico super-refractario (SRSE) se define como persistencia de convulsiones a pesar de tratamiento con al menos dos fármacos anticrisis y anestesia general por 24 horas o bien cuando presenta nuevamente crisis convulsivas al retirar los medicamentos anestésicos. Presenta incidencia del 9 al 43%. **Objetivo:** describir un caso de un paciente masculino de 18 años quien presentó estatus epiléptico súper-refractario en quien se documentó como etiología la presencia de encefalitis autoinmune. **Material y métodos:** paciente quien ingresa al servicio de urgencias por presentar crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas sin recuperación del estado de despierto. Se inicia tratamiento con fármacos anticrisis, sin remisión de las convulsiones, por lo que se inicia sedación. Se monitoriza con sedline y se observan crisis convulsivas frontales, confirmadas con electroencefalograma. Se realiza punción lumbar con resultado negativo. Se solicitan anticuerpos anti-NMDA. **Resultados:** se recaban resultados de los anticuerpos anti-NMDA con resultado positivo, por lo que se realizan 5 sesiones de plasmaféresis con remisión de las crisis convulsivas. Se observa que en pacientes con SRSE deberá sospecharse la presencia de patología autoinmune como etiología principal. **Discusión:** pacientes con presentación clínica de SRSE en quienes se han descartado etiología, principalmente infecciosa, se recomienda considerar la encefalitis autoinmune como etiología de dicha patología.

SX ANTIFOSFOLIPIDOS ASOCIADO A H. PULMONAR TIPO IV. CASO CLINICO

Mónica Castro González; Sulemi Areli Castañón Balderas;
Vania Daniela Nina Saucedo
Hospital Genera de México "Dr. Eduardo Liceaga".

La hipertensión pulmonar es una enfermedad caracterizada por aumento en las resistencias vasculares pulmonares y disfunción de ventrículo derecho, caracterizada por presión arterial pulmonar media de >20mmHg. En pacientes con síndrome antifosfolípidos es una complicación poco frecuente (desde 0.4-9%), clasificados en la clase IV. Masculino de 22 años, con antecedente de eventos de trombosis venosa profunda, tratamiento conservador, seguimiento por reumatología por enfermedad autoinmune no especificada, tratada con prednisona. Acude a por hemoptisis y dificultad respiratoria, ingresado a terapia intensiva. Durante su hospitalización, se realiza anticoagulante lúpico positivo; angiotomografía de tórax con datos de tromboembolia pulmonar bilateral, infartos pulmonares, datos de hipertensión pulmonar y hemorragia alveolar. Ecocardiograma: PSAP de 99 mmHg, FEVI 55%, función sistólica reducida por CAF y preservada por TAPSE y SVD; aurícula derecha severamente dilatada, izquierda no dilatada; insuficiencia tricúspide severa por dilatación de cavidades derechas, insuficiencia pulmonar leve. Valorado por clínica de hipertensión pulmonar, referido con alta probabilidad de hipertensión pulmonar. Manejo con iloprost nebulizado y anticoagulación plena. Se egresa por mejoría clínica para realización de cateterismo cardiaco y manejo por parte de servicio de neumología.

TAQUICARDIOMIOPATIA Y CHOQUE CARDIOGENICO EN UCI. CASO CLINICO

Jesús Enrique Castrejón-Sánchez;
Evelin Hernández-Domínguez; Fernanda Ordoñez-Hernández;
David Navarro-Martínez; Marcos Amezcua-Gutiérrez
Hospital Juárez de México.

Introducción: La miocardiopatía dilatada inducida por taquiarritmia una complicación que puede presentarse en pacientes con taquiarritmias, puede provocar insuficiencia cardiaca secundaria a disfunción del ventrículo izquierdo con posterior afección global, llegando al choque cardiogénico, puede ser reversible con tratamiento oportuno, siguiente se comenta un caso de un paciente con choque cardiogénico secundario a taquicardiomiopatía secundaria a tormenta tiroidea, en el cual presenta falla de bomba global, requiriendo de terapia ECMO-VA y de TRRC para ultrafiltrado, así como manejo de la enfermedad de base con adecuada recuperación. **Objetivo:** Comentar el caso de paciente con cho-

que cardiogénico y narrar su manejo en la unidad de cuidados intensivos con el apoyo de ultrasonido y de terapias extracorpóreas. **Material y métodos:** Caso clínico, descriptivo, paciente en la unidad de cuidados intensivos. **Resultados:** Se evaluó la respuesta a tratamiento, guiado por ultrasonido transesofágico y monitor de gasto cardiaco. **Discusión:** El uso de terapias extracorpóreas fue clave para el manejo del choque cardiogénico, dando tiempo a la recuperación del paciente, además de mejorar el patrón hemodinámico y disminuir la sobrecarga de volumen.

TAQUICARDIOMIOPATÍA: REVERSIBLE Y POCO RECONOCIDA. CASO CLINICO

Huayllani Gutierrez Luis Fernando;
Martinez Monter Julisa; González Morales Sofia;
Martinez Fosado Andrea; Lerma Alvarado Luis Fernando
Hospital Angeles Pedregal CDMX.

Se presenta el caso de paciente masculino, de 35 años de edad, Pediatra Neumólogo, antecedente de fibrilación auricular diagnosticada en el internado rotatorio, sin definición diagnóstica ni tratamiento. Hace 3 meses Safari a Kenia, Jordania y Paris. Cuadro clínico de 3 semanas signos francos de insuficiencia cardiaca TA: 113/86mmHg, FC: 170. ECOTE. sin alteraciones, en el procedimiento desatura se intuba y realiza, cardioversión eléctrica con 100 J con retorno a ritmo sinusal. ECOTT; alteraciones en la movilidad, presencia de trombo apical. TAC de encéfalo con isquemia insular izquierda, FEVI 20%. Tratado con antiarrítmico, inotrópico y vasopresor. Lesión renal aguda. Coronariografía normal. Serología para T. cruzi negativa. Serología para VIH, VHC, VHB, TORCH, (IgG, e Ig M), Panel enterovirus en sangre, serología anti Parvovirus B19, VDRL, Quantiferon, serología anti Borrelia, burgdorferi y Rosa de bengala, negativos. RM: reporta cardiopatía dilatada idiopática. FEVI 16%. persiste fibrilación auricular, colgajos de fibrilación ventricular que revirtió espontáneamente. Extubación exitosa al quinto día sin arritmia, sin secuela neurológica, paciente estable, con inicio de dieta, se programa para instalación de DAI, la madrugada del décimo segundo día presenta Muerte súbita.

TEP DE ALTO RIESGO RETO EN URGENCIAS. CASO CLINICO

Pavel Osmar Cruz Martínez; Brenda Lizbeth González Zúñiga;
Eric Santiago Sánchez Martínez; Gabriela María Mora Martínez;
Theno Alejandro Turrubiates Hernández
Hospital General Regional No. 6 Ciudad Madero/ Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX.

Femenino de 54 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, obesidad Grado I, hernioplastia hace 16 días, fractura de tobillo B de Weber manejo conservador con férula desde hace 1 mes. Ingresando a urgencias al área de reanimación por disnea progresiva hasta llegar a pequeños esfuerzos acompañado de dolor torácico, referido 2/10 presentándose con sato2: 84%. Hipotensión, taquipnea, taquicardia llenado capilar retardado, requirió aporte de o2 suplementario escalonando dispositivo hasta mascarilla reservorio sin mejoría total de la oxigenación, clínicamente sin agregados pulmonares, se inició resucitación con solución cristaloide con mejoría intermitente de la tensión arterial, gasométricamente acidosis respiratoria con insuficiencia respiratoria aguda, gradiente (A-a) O2: 502.4, PAFI:107. Se realiza ecoscopia pulmonar y cardiaca encontrando patrón de líneas A además de dilatación de ventrículo derecho. Ante la inestabilidad hemodinámica y por datos sugestivos de tromboembolia pulmonar por scores de riesgo y por ecoscopia se decide fibrinólisis con ateplasa 100mg iv para 2 horas y anticoagulación mostrando mejoría clínica aun con desaturación por lo que se emplea cánulas de alto flujo (T: 33 Flujo:45 Fio2:80 mejorando saturación al 93%, posterior a fibrinólisis con estabilidad con pase a área de terapia intensiva a continuar vigilancia.

TERAPIA FÁRMACO-MECÁNICA DEL EP, SERIE DE CASOS

Guillermo Cueto-Robledo; Ernesto Roldan-Valadez;
Luis-Eugenio Graniel-Palafox; Marisol Garcia-Cesar;

María-Berenice Torres-Rojas; Rocío Enriquez-García;
Héctor-Daniel Cueto-Romero; Angel-Augusto Perez-Calatayud;
Manuel-Alejandro Marroquin-Barrera; Julio-César Mendoza-Pineda
Hospital General de México, "Dr. Eduardo Liceaga"/ Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE.

Alrededor de 10 millones de casos de Enfermedad Tromboembólica ocurren anualmente, con una elevada morbimortalidad que incluye secuelas que comprometen la expectativa y calidad de vida como Hipertensión Pulmonar y Falla Ventricular Derecha. En esta serie de casos se presentan 5 pacientes con Embolismo Pulmonar de riesgo intermedio alto, manejados con trombo fragmentación y trombólisis dirigida por catéter. El 60% de los pacientes fueron hombre con una media de 52.6 años, IMC 28.6Kg/m2 (± 7.03) Las comorbilidades fueron HAS (60%) y diabetes (40%). PESI 126.8 (± 29.75), BOVAe 5.2 (± 1.64). GA con lactato promedio 2.37mmol/L (± 1.48), troponina I 1161.56 (± 1220.2), relación VD/VI 1.7, presión media de la arteria pulmonar 35.4mmHg (± 7.23), RVP 5.75 UW (± 2.24), SvO2 53.6% (± 10.38) e IC 2.48 L/min/m2 (± 0.52). Posterior al CCD y angiografía pulmonar, se realizó trombo fragmentación e infusión de Alteplasa 1.25mg/hr por 12hrs en el tronco de la arteria pulmonar se observó una mejoría significativa en la relación VD/VI (0.86), IC (3.2 \pm 0.8), SvO2 61.8% (± 11.62), y RVP 3.93 Wu (± 1.89), con una estancia hospitalaria total de 16.6 días (± 3.8), sin reportarse mortalidad, actualmente en seguimiento en la clínica de Hipertensión Pulmonar del Hospital General de México.

TETRALOGÍA DE FALLOT EN ADULTO, CASO QUE VENTILAR. CASO CLINICO

Nancy Allin Canedo Castillo; Flor María Guadalupe Arroyo Cano
Unidad De Cuidados Intensivos Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del CMN La Raza. IMSS.

TOF cardiopatía congénita cianógena más frecuente en adulto, 6% pacientes no operados viven a 30 años y 3% 40. Femenino 45 años 5/07, deterioro neurológico, hemorragia subaracnoidea /aneurisma comunicante anterior Fisher III, 22/07 craneotomía pterional, clipaje de aneurisma. soplo holosístico pulmonar diastólico, tricúspide grado II/VI, sat 90%, extrasístoles auriculares polimórficas, NYHA II edema miembros pélvicos, disnea paroxística nocturna. Arritmia no especificada con propafenona. comunicación interventricular, sin tratamiento quirúrgico, FEVI 55%, VD dilatado TAPSE 24, y VAT 16. CIV desplazamiento anterior e izquierdo del septum infundibular, cabalgamiento 45%. pulmonar con estenosis mixta. posquirúrgico inmediato So2 38% con Fio2 100% presión positiva manual, TAM 59 norepinefrina 0.45mcg/kg/min y milrinona. UCI Fio2 80%, PEEP 0, hipertensión pulmonar, atelectasias pasivas pb disección bifurcación del tronco de arteria pulmonar. con levosimendan ventilación presiones bajas y Fio2 altas; evolución tórpida aumento de vasopresor hipoxemia persistente; 28/07/ aumento gradiente alveolo-arterial, alteración de difusión, acidosis respiratoria; Svo2 de 6%, sat 50% taquicardia, broncoespasmo, defunción. insuficiencia cardiaca por malformación, efectos de ventilación mecánica, aumento presión intratorácica, de poscarga, disminución de llenado VD, reducción flujo pulmonar, gasto cardiaco, mala evolución no compensando shunt izquierda a derecha, curso con embarazos normo evolutivos sin hipoxemia, ni deterioro clase funcional, esperadas de la patología.

TODO INICIA Y TERMINA EN SEPSIS. CASO CLINICO

Edgar Daniel Hernández Crisóstomo;
Cindy Danae Dominguez Ángulo; Enid Georgina Duran Pimentel
Hospital General de Zona número 71 Licenciado Benito Coquet Lagunes, IMSS.

Introducción: La sepsis tiene una incidencia de más de 11 000 casos anuales y mortalidad mayor del 50% al progresar a choque séptico. A pesar de los avances médicos se considera un grave problema de salud pública, generando más del 20% de ingresos a las

unidades de cuidados intensivos en México. **Objetivo:** Identificar y tratar oportunamente la sepsis, reconociendo otras entidades patológicas como complicaciones del proceso séptico y distractores potencialmente mortales en su atención médica. **Material y métodos:** Caso clínico realizado en HGZ 71 Benito Coquet Lagunes del 30 de agosto al 04 de septiembre 2023 con autorización de jefatura de enseñanza y dirección médica de la unidad. Sin financiamiento ni conflicto de intereses. Femenina 60 años de edad con infección pulmonar que genera descompensación diabética cetoacidosis y estado hiperosmolar, progresando a choque, coagulopatía, nefropatía y encefalopatía séptica, desencadenando síndrome postparto, y culminando en falla refractaria a tratamiento del intercambio gaseoso pulmonar, origen y causa directa de la mortalidad. **Discusión:** La sepsis presenta elevada mortalidad mundial, pese a los avances médicos genera una alta prevalencia de inestabilidad hemodinámica y muerte prematura. Debemos tratar el desencadenante del proceso séptico, no solo complicaciones, o será una carrera mortal destinada al fracaso.

TÓRAX INESTABLE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda;
Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez;
Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtepec.

Introducción: El tórax inestable es la forma más severa de lesión contusa con una tasa de mortalidad del 10-20%. **Material y métodos:** Se trata de paciente masculino de 45 años quien es atropellado por vehículo motor, quien ingresa a la unidad hospitalaria con múltiples contusiones y deterioro neurológico. Se decide el manejo avanzado de la vía aérea. Tac de tórax simple: fracturas costales derechas de los arcos ant. 2,3,3 y 5 así como arcos posteriores 6,7 y 8; fractura de arcos costales izquierdos 4,5,6,7,9 y 10, fractura de clavícula derecha, fractura de muro anterior superior de cuerpo vertebral T7, áreas de contusión múltiple, atelectasias basales posteriores. en ambos pulmones, enfisema subcutáneo de pared torácica y abdominal. **Resultados:** Se inicia tratamiento con propofol para sedación, analgesia con fentanilo, inhibidor de bomba de protones para prevención de úlcera por estrés, antibioticoterapia con meropenem, dieta enteral de 1500 calorías, cuidados generales de enfermería cada hora, vigilancia de líquidos. **Discusión:** De acuerdo a la guía de práctica clínica de fracturas costales se recomienda el manejo quirúrgico en pacientes con fracturas múltiples.

TORMENTA ELÉCTRICA EN LA UCI. PRESENTACIÓN DE CASO

Gloria Sarahí Salazar González; Ricardo Muñoz Grande;
Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

La Tormenta Arritmica o Eléctrica es una urgencia vital, definida como 3 o más episodios de taquicardia ventricular, fibrilación ventricular o descargas de un desfibrilador automático implantable en 24 horas. Es infrecuente, y en la literatura no hay reporte de la incidencia en pacientes sin DAI, sin embargo, ensombrece el pronóstico al casi triplicar la mortalidad, siendo fundamental determinar el factor desencadenante para dirigir la terapéutica. El manejo inicial incluye revascularización coronaria, antiarrítmicos y corregir potenciales causas, y ante refractariedad se recomienda sedación y ventilación mecánica. Se presenta el caso de un masculino de 49 años que ingresa a urgencias con diagnóstico de taquicardia ventricular con más de 3 episodios en menos de 24 horas. El diagnóstico consistió con realización de angiografía coronaria descartando Síndrome Isquémico Coronario Agudo y por la inestabilidad cardiovascular ingresado a Unidad de Cuidados Intensivos donde persistió con eventos de taquicardia ventricular cumpliendo con criterios de tormenta eléctrica, requiriendo sedación con propofol y dexmedetomidina, manejo avanzado de la vía aérea, soporte vasopresor con norepinefrina y vasopresina, desarrollando parada cardiorrespiratoria con retorno a la circulación espontánea,

otorgando medidas de paciente crítico y manejo integral, egresado de la unidad de cuidados intensivos con éxito a domicilio.

TORMENTA TIROIDEA E INSUFICIENCIA CARDIACA. CASO CLÍNICO

Nora Mercedes Sánchez Parada, Jessica Garduño López,
Marcos Antonio Gutiérrez Amezcua, José Carlos Gasca Aldama,
Evelyn Hernández Domínguez

Hospital Juárez de México.

Masculino de 32 años de edad, ingresa a urgencias por la presencia de agitación, temperatura 39 °C, taquicardia 122 secundario a fibrilación auricular, edema en miembros inferiores, disnea de medianos esfuerzos MMRC 2 con datos de insuficiencia cardiaca congestiva, además de un nódulo a nivel de glándula tiroideas, se realiza USG de glándula tiroideas que reporta: incremento en las dimensiones a descartar enfermedad difusa, perfil tiroideo con TSH disminuida y T3 y T4 libre y total aumentadas. Escala de Burch-Wartofsky 55 puntos, ingresa al servicio de endocrinología e inician tratamiento con soluciones cristaloides, beta bloqueador, esteroides, colestiramina, tiamazol, sin embargo, se descompensa presentando fibrilación auricular de respuesta rápida y se ingresa a la unidad de cuidados intensivos, se realiza protocolo VEXUS en el que se observan datos de congestión grado 3, se inicia tratamiento con diuréticos. Se realiza ultrasonido transtorácico en el que se observan dilatación de cavidades e ingurgitación tricúspidea. A nivel pulmonar se observa por USG derrame pleural de aproximadamente 2000 ml, por lo que se realizan toracocentesis drenando 1000 cc de líquido pleural turbio, se estabiliza la frecuencia cardiaca y los signos vitales y se inicia tratamiento antibiótico por la sospecha de neumonía adquirida en la comunidad.

TRASPLANTE HEPÁTICO EN HEPATITIS AUTOINMUNE EN UCI. CASO CLÍNICO

Victor Manuel Sánchez Nava; Carlos Chávez Pérez;
María del Rosario Muñoz; Héctor Alejandro Ramírez García;
Francisco Javier Cota González

Hospital Zambrano - Hellion TecSalud Instituto Tecnológico
y de Estudios Superiores de Monterrey.

Introducción: El trasplante hepático es el principal tratamiento de la enfermedad hepática en fase terminal, el trasplante ortotópico es el tipo más común de trasplante de hígado, en el que se reemplaza el hígado enfermo o dañado de un paciente, generalmente con enfermedad hepática grave, como cirrosis, insuficiencia hepática aguda o algunos tipos de tumores, con un hígado sano de donante cadavérico o vivo. **Objetivo:** Exponer presentación clínica y evolutiva de la hepatitis autoinmune. **Material y método:** Reporte de caso de paciente en Hospital TecSalud, Monterrey, Nuevo León. **Resultados:** Femenina 16 años, con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto, Psoriasis inversa, Hepatitis autoinmune, y cirrosis hepática con complicaciones, como ascitis, varices esofágicas, síndrome hepatopulmonar, síndrome de Bud-Chiari por trombosis en vena cava inferior, en tratamiento farmacológico. Se realiza trasplante de hígado ortotópico de donante cadavérico y seguimiento en la terapia intensiva.

TRAUMATISMO PENETRANTE DE CRÁNEO CON MACHETE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda;
Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez;
Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtepec.

Antecedentes: El traumatismo penetrante de cráneo representa 0.4% de las lesiones a este nivel y son el resultado de contusiones por alta velocidad. Método. Se trata de paciente masculino de 18 años quien es agredido por terceras personas en región temporal

derecha de cráneo con machete mientras se encontraba de una discusión. A la exploración física neurológicamente Glasgow 15 puntos, fuerza muscular y sensibilidad conservada. Campos pulmonares con presencia de murmullo vesicular. Ruidos cardíacos rítmicos, sin ruidos agregados. Abdomen blando, normoperistalsis. Extremidades simétricas. Resultado. Se solicita TAC de cráneo protocolaria donde se reporta fractura lineal frontoparietal derecha, hemorragia intraparenquimatosa región parietal derecha, se inicia antibióticoterapia con ceftriaxona y metronidazol. Analgesia con tramadol. Se realiza vigilancia por 2 semanas. Se egresa sin complicaciones. **Conclusión:** El inicio de la antibióticoterapia, reduce el riesgo de complicaciones en fracturas de cráneo y hemorragia intraparenquimatosa, mejorando el pronóstico de los pacientes con trauma penetrante de cráneo.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR POR TRAUMA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ricardo Jesús Ortega García; Gaspar Herrera Aranda; Francisco Rodríguez Illana; Estaban Figueroa Martínez; Josefina Álvaro Vásquez

Hospital General de Tuxtpec.

Introducción: La enfermedad venosa tromboembólica es una patología de alta morbimortalidad. **Material y métodos:** Se trata de masculino de 62 años quien sufre accidente al ser impactado en su motocicleta por automóvil de frente, ingresa a urgencias con diagnóstico de fractura de fémur derecho, y tromboembolia pulmonar. EF. Masculino consciente, precordio rítmico de buen tono e intensidad, campos pulmonares con presencia de estertores basales bilaterales. abdomen globoso, ruidos peristálticos presentes. Extremidad derecha: férula de extremidad inferior derecha. Laboratorio: Dinero D 879. TAC de tórax: tromboembolia pulmonar aguda de la arteria lobar inferior derecha. **Resultados:** Se inicia anticoagulación con enoxaparina, oxígeno con mascarilla nasal y analgesia. Se envió a cardiología y neumología. **Conclusión:** El tromboembolismo pulmonar es una enfermedad de alta prevalencia, en pacientes con antecedente de trauma es fundamental la sospecha clínica, la protocolización para un adecuado diagnóstico e inicio de tratamiento. Se requiere la atención médica por equipos multidisciplinarios.

TROMBOSIS MESENTERICA EN PACIENTE CON DENGUE. CASO CLINICO

Juan Heber Zepeda Muñoz; Alain Morales Canseco; Zetán Betsabé Sánchez Molina

Hospital 1º de Octubre ISSSTE.

Los eventos tromboticos asociados a infección por dengue virus son poco frecuente, existe poca bibliografía de esta complicación, el reporte más grande fue realizado en Brasil donde se comentan 1 caso de trombosis mesentérica. Reportamos el caso de un paciente masculino de 35 años con antecedente de viaje a zona endémica de dengue. Ingresa a la unidad de cuidados intensivos en estado de choque con requerimiento de doble vasopresor posterior a la realización de laparotomía exploradora donde se evidencia necrosis de intestino delgado requiriendo resección de 150 centímetros. En su estancia se logra retiro de vasopresores y progresión de la ventilación. Se investigaron causas de trombosis descartaron causas cardíacas con EKG y reporte de ECOTT normal, alteraciones de la coagulación, alteraciones inmunológicas con pruebas de complemento normal, anticuerpos anticardiolipina IgG 15.03, anticardiolipina IgM 9.81, Anti Beta 2 glicoproteína 1 IgA 1.054, IgG 1.74, Anticuerpos anti nucleares negativo y Anticoagulante lúpico 49. Como causa infecciosa serología positiva para infección activa por dengue virus. El presente muestra la importancia de considerar los eventos tromboticos en pacientes con dengue. Estos tienen alto riesgo de sangrado e infecciones bacterias, requiriendo una evaluación minuciosa de la función hemostática y atención de calidad.

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN PACIENTE PUERPERA. REPORTE DE CASO

Ilse Acosta Castro; Carlos Jiménez Correa

UMAE No. 1 Hospital de Especialidades Centro

Médico Nacional del Bajío del IMSS.

La trombosis venosa cerebral representa el 0.5 a 1% de todos los eventos vasculares. Suele ser infradiagnóstica, pues las manifestaciones clínicas son poco específicas. El embarazo y puerperio son factores de riesgo principales. Se presenta un caso clínico de trombosis venosa cerebral con desenlace catastrófico en paciente puérpera en edad pediátrica. Mujer de 16 años, con antecedente de G1 P1, resolución del embarazo vía vaginal, complicado con hemorragia obstétrica que ameritó colocación de balón Bakri y ligadura de arterias uterinas; egresada por mejoría. Diez días después presenta 5 episodios convulsivos con pérdida del estado de alerta. TAC de cráneo: nódulo hiperdenso de 3 mm en lóbulo parietal derecho con edema vasogénico significativo y desplazamiento de línea media 3 mm, cambios sugestivos a actividad metastásica hemorrágica. Ingresa a UCIO, se inicia manejo antiedema cerebral. Ante deterioro clínico y por imagen, se realiza trombectomía y fibrinólisis, presentando dilatación pupilar y ausencia de reflejos de tallo encefálico. Familiares rehúsan craniectomía descompresiva. Se inicia manejo de potencial donador orgánico. La severidad de la trombosis venosa cerebral se puede evidenciar en los estudios de imagen, que pueden ir desde edema cerebral, hasta zonas isquémicas o hemorrágicas con herniación del parénquima. Un diagnóstico a tiempo requiere un alto índice de sospecha y un estudio de imagen adecuado que lo confirme.

TUBERCULOSIS EN UCI. CASO CLINICO

Nadia Melisa Queb Pech. Ahtziri Yunuen Rodríguez Santos.

Olivia Sánchez Cabral. Jesús Javier Baquera Heredia.

Janet Silvia Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

Introducción: Se presenta un caso de paciente masculino, con cuadro de derrame pleural y tromboembolismo pulmonar sin aparentes factores de riesgo. **Caso clínico:** Masculino de 40 años de edad, viaje reciente a República de Congo, por lo que recibió profilaxis para malaria y vacunación contra fiebre amarilla. Inició padecimiento actual 3 semanas previas a su ingreso, caracterizado por pérdida ponderal no intencionada de 5 kg, diaforesis de predominio nocturno y tos de manera esporádica hasta volverse productiva, progresión del cuadro, agregándose dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho, 7 días previos al ingreso presentó alzas térmicas de 38°C y disnea progresiva asociada a palpitations, por lo cual ingresó a terapia intensiva. A su ingreso se constató síndrome de derrame pleural derecho, engrosamiento pleural y adenopatías mediastinales. Se documentó tromboembolismo pulmonar de rama subsegmentaria derecha, por lo que inició protocolo de estudio. Se descartaron causas neoplásicas e infecciosas en cultivos, patología y serológicos, evidenciando la presencia de bacilo mycobacterium tuberculosis en líquido obtenido mediante toracocentesis. **Conclusión:** En pacientes jóvenes, ante la presencia de derrame pleural, se debe sospechar de causas infecciosas como las más frecuentes seguido por etiologías neoplásicas. Es importante considerar los factores de riesgo de exposición.

TUMOR CARDIACO DE AURICULA IZQUIERDA DE ESTIRPE INFRECLENTE, NO SIEMPRE ES MIXOMA. PRESENTACION DE UN CASO

Andrés Alejandro Flores Pereira; Jesús Enrique Nova Meda;

Miguel Ángel Ruiz Moguel; Dulce Mariana Tamayo Pérez;

Karen Yesenia Mejía Escobar

UMAE, IMSS "Ignacio García Téllez" Mérida, Yucatán.

Los tumores intracardiacos son una entidad infrecuente, presenta una incidencia menor al 0.3%, en su gran mayoría de origen se-

cundario. Dentro de los más frecuentes se encuentran los mixomas auriculares, abarcando hasta el 65% de estos tumores. Dentro del diagnóstico diferencial de los tumores intracardiacos, debe descartarse la presencia de un tumor primario, que, aunque son infrecuentes, son de peor pronóstico y se acompañan de evolución tórpida. Se presenta el caso de mujer de 57 años que debuta con disnea súbita de medianos esfuerzos con progresión tórpida, hallándose estenosis mitral severa asociada a tumor de aurícula izquierda y probabilidad alta de hipertensión pulmonar (PSAP: 86), siendo programada y posteriormente intervenida para resección de tumor y sustitución valvular mecánica. Dentro de los hallazgos transquirúrgicos se reportó tumoración macroscópicamente no compatible con mixoma, no dependiente de Septum, cursando con choque asociado a síndrome vasopléjico, requerimiento de doble vasopresor e inotrópico, con progresión a la mejoría. Se recaba estudio histopatológico de pieza quirúrgica, reportándose sarcoma primario de aurícula izquierda, por lo que posterior a estabilización y alta de la Unidad de Cuidados Intensivos se refirió al servicio de Oncología para continuar con plan diagnóstico-terapéutico.

VALVULOPLASTIA TÉCNICA INOUE ACV SECUNDARIO. CASO CLINICO

María de la Luz Jaime Almaguer, Manuel José Rivera Chávez, Gerardo Mercado Rojas, Luz María Laguna Jaralillo, Alejandro de Jesús Luviano Ortiz

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. Universidad de Guanajuato.

Introducción: La enfermedad valvular de origen reumático aumenta considerablemente riesgo de accidente cerebrovascular. Prótesis de válvulas mitral y aórtica son fuentes adicionales importantes de émbolos. **Objetivo:** demostrar posibles complicaciones cerebrovasculares relacionadas con valvuloplastia. **Material y métodos:** información obtenida del expediente clínico. Paciente femenino de 46 años caracterizada por ACV isquémico secundario a angioplastia percutánea. **Discusión:** El ACV es la segunda causa de morbimortalidad post cirugía cardíaca, se atribuye a embolia cardiogénica cuando ocurre en el postoperatorio tardío. Resumen: femenino 46 años, previamente sana. Inició padecimiento con deterioro de clase funcional NYHA II, en el abordaje diagnóstico y terapéutico se encuentra con estenosis mitral severa criterios quirúrgicos con hipertensión pulmonar y choque cardiogénico, ecocardiográficamente puntaje de Wilkins < 8, se decide valvuloplastia mitral percutánea exitosa con balón de Inoue mejoría clínica evidente; egresada con tratamiento médico y anticoagulación. Inicia con deterioro neurológico e inestabilidad hemodinámica, requirió manejo avanzado de la vía aérea y apoyo aminérgico. Tomografía reportó infarto cerebral por embolia de arterias precerebrales, por lo que se realizó angioplastia percutánea de vasos intracraneales. Control tomográfico mostro evento cerebrovascular hiperagudo con edema cerebral perilesional que desplazaba la línea media, el cual no respondió a manejo conservador, requirió craneotomía y craneotomía descompresiva. Durante estancia en UCI adecuada evolución hasta egreso.

LRA Y HEMORRAGIA ALVEOLAR EN SX GOODPASTURE EN UCI

Alonso Pérez Peralta; Ileana Aguilar Medina; Samantha Atenea Negreros García; Sergio Reyes Inurrigarro
Hospital Regional de Alta Especialidad ISSSTE, Puebla.

La enfermedad por anticuerpos anti membrana basal glomerular (Goodpasture), es una enfermedad rara, de baja incidencia y predominio en género masculino. Caracterizada por vasculitis por anticuerpos específicos contra la membrana basal glomerular (glomerulonefritis), con o sin afección pulmonar (hemorragia alveolar). El objetivo de tratamiento es el soporte de fallas orgánicas y limitación del proceso autoinmune mediante inmunosupresores y remoción de anticuerpos con plasmaféresis. La sospecha clínica inicial, diagnóstico y tratamiento temprano mejora el pronóstico funcional renal. Presentamos el caso de un masculino de 53 años, antecedente de exposición laboral a solventes y pinturas, sin enfermedad renal o pulmonar previa; cuadro de tres semanas con síntomas inespecíficos, previo a su ingreso con descontrol de la presión arterial, hemoptisis y oliguria. Desarrolló lesión renal aguda con necesidad de sustitución de la función urgente y hemorragia alveolar ameritando manejo invasivo de la vía aérea e ingreso a la UCI. Dada la sospecha clínica se solicitaron anti-MBG y ANCA, resultando positivos. Recibió manejo con esteroide y plasmaféresis. Se realizó biopsia renal confirmando diagnóstico de enfermedad de Goodpasture. Cursó con mejoría clínica y bioquímica, reducción del requerimiento de oxígeno suplementario hasta su retiro, disminución de requerimiento dialítico y mejoría de ultrafiltrado. Egresó por mejoría.

TRASTORNOS DE MOVIMIENTO EN LA UCI. CASO CLINICO

Paulina Ugarte Martínez; Jesús Ciro Cristóbal Landeros Yáñez
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS.

Introducción: Los trastornos del movimiento son muy comunes, resultando difíciles de reconocer y se comenten errores en su diagnóstico y tratamiento. **Objetivos:** Dada su difícil identificación, es importante el diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que se presentan complicaciones y secuelas, con alta mortalidad. Padecimiento actual y evolución intrahospitalaria: Masculino de 20 años, valoración al INNN presenta distonía en hemicuerpo izquierdo, involucro de tronco, dolor, se administra benzodicepinas, sin respuesta, con Cr. 1.32 mg/dl (previa de 0.8), CPK 426, persiste con movimientos, manejo de vía aérea y sedación. Ingresó a UTI, continúa bajo sedación, PL (PA 150 mmH2O, índice 0.5, proteínas 29, células 3), EEG sin actividad epiléptica, Persiste con distonía, se administra sevoflurano, se realiza traqueostomía y palidotomía, con mejoría de distonía generalizada a focal de extremidad superior izquierda, nuevo EEG sin actividad epiléptica. Egreso 21-06-23 escala de Rankin modificada de 1. **Discusión:** se utilizaron alternativas sevoflurano con sistema Anaconda, persistiendo con movimientos anormales y presentar complicaciones se decidió palidotomía. Con mejorando el cuadro, disminuyendo gradualmente los eventos de distonía. **Conclusión:** Cuando se limitó tratamiento farmacológico, la alternativa quirúrgica determinó una evolución favorable en cuanto a funcionalidad, evitar complicaciones y sobre todo secuelas, debe ser una decisión rápida y precisa.