



Resúmenes Casos Clínicos

Abstracts - Clinic Cases

Resumos dos Casos Clínicos

A PROPOSITO DE UN CASO: SINDROME DE EMBOLIA GRASA. CASO CLÍNICO

Obed Peña Parra; Carlos Rodríguez Solís; Dalia Mercado Delgado; Samantha Díaz Aguila; Lia Reyes Ramírez

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

El síndrome de embolia grasa se presenta en el 5% de los casos de politraumatismos que involucren fracturas de huesos largos. Se caracteriza por la triada; distrés respiratorio, síntomas neurológicos y erupción petequeal. Reportamos el caso de un masculino de 17 años, quien desarrolla síndrome de embolia grasa secundario a politraumatismo con fractura de diástasis de pubis, tibia, peroné y fémur bilateral con tratamiento conservador. En su tercer día en unidad de cuidados intensivos, el paciente comienza con datos de dificultad respiratoria e hipoxemia, depresión del sistema nervioso central con deterioro del estado de alerta y taquicardia persistente, se toma radiografía torácica evidenciando derrame pleural leve y presencia de infiltrados alveolares bilaterales en parche. Ante la sospecha de síndrome de embolia grasa se evalúa fondo de ojo, encontrando datos compatibles con retinopatía de Purtscher bilateral. Finalmente se realiza resonancia magnética de cráneo reportando lesiones puntiformes en sustancia blanca encefálica, puente y núcleos basales en patrón de cielo estrellado, por lo que se integra el diagnóstico del síndrome sospechado. Debido a la gran prevalencia que tienen los politraumatismos en México se considera fundamental que los médicos reconozcan este síndrome que conlleva una complicación de alta mortalidad y morbilidad asociada.

ACIDOSIS Y NECROSIS PUTAMINAL AGUDA POR ETANOL. CASO CLÍNICO

Jovanhy Castillo Amador; Cinthya Carolina Torres Román; Eduardo Matías González

Hospital Regional 1º Octubre ISSSTE.

Introducción: La neurotoxicidad inducida por sustancias tóxicas, se ha descrito en la literatura médica, con presencia de lesiones en putamen bilaterales y simétricas necróticas. El ácido fórmico es el principal responsable de la toxicidad en la intoxicación por metanol.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente con antecedentes de ingesta de sustancias tóxicas desconocidas con acidosis láctica y presentación de lesiones putaminales bilaterales simétricas. **Materiales y métodos:** Femenino de 35 años, con disnea y dificultad respiratoria que amerita intubación secundaria a acidosis láctica subyacente (pH 7.01, HCO₃ 8.4, Lactato 7.9 mmol/L), refiere pérdida de agudeza visual con visión de bultos, parestesias en extremidades, con parálisis normales, se realiza resonancia con lesiones hiperintensas en T2 putaminales bilaterales asociada a enfermedades neurotóxicas. **Resultados:** Presentó remisión de acidosis con sesión hemodiálisis, con secuelas oftálmicas. **Discusión:** La disfunción y el daño mitocondrial pueden explicar la disminución de la N-acetilcolina y el aumento del lactato, que es un marcador de metabolismo anaerobio, que en conjunto indican un proceso patológico mixto de hipoxia y daño mitocondrial. La necrosis bilateral del putamen es una secuela asociada a intoxicación por metanol. **Conclusiones:** Se abordó por acidosis láctica que conlleva difícil diagnóstico por negativa al interrogatorio de sustancias tóxicas, logrando encontrar etiología.

ACOPLAMIENTO VENTRICULOARTERIAL DERECHO CON ECCO2R. CASO CLÍNICO

Jesús Enrique Castrejón Sánchez; Javier Vázquez Falconi Justiniani; Karen Harumi López Rodríguez; Ismael Maldonado Beltrán; José Carlos Gasca Aldama

Hospital Juárez de México.

Paciente de 39 años, con disnea progresiva que fue escalando en oxigenoterapia y requirió ventilación mecánica invasiva, el patrón tomográfico correspondía con Neumonía Intersticial No específica y Neumonía Organizada, con marcada hipercapnia que generó incremento de la poscarga de ventrículo derecho. Por las características de mecánica respiratoria no se podía mantener en metas de ventilación protectora, decidiéndose soporte extracorpóreo con removedor de CO₂, se realizaron evaluaciones del acoplamiento ventrículo arterial del ventrículo derecho, mediante el ratio TAPSE/PSAP. Mostrando una disminución de la PSAP estimada por velocidad máxima de insuficiencia tricúspide y mejoría hemodinámica persistente. Aunado a la intervención se evidenció disminuir el poder mecánico y estabilizar los niveles de CO₂. En la disfunción ventricular derecha tan prevalente en pacientes con problemas respiratorios bajo ventilación mecánica se puede utilizar como terapia puente la remoción extracorpórea de CO₂ que intervendrá: 1) en la interacción corazón-pulmón al disminuir la sobredistensión y mejorar la RVP. 2) disminuir el efecto directo que el CO₂ tiene sobre la vasculatura pulmonar. El uso de esta estrategia nos permitió contener el incremento de poscarga, disminuir vasopresores y completar el algoritmo diagnóstico.

ADYUVANCIA DEL DOPPLER TRANSCRANEAL EN SVCR. CASO CLÍNICO

Ricardo José María Pimentel Barajas; Beatriz Cruz Muñoz; Jesús Alejandro Cortes Hernández; Juan Antonio Delgado Chávez

Hospital Country 2000, Guadalajara, Jalisco.

Introducción: El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) es una condición neurológica caracterizada por cefaleas intensas y vasoconstricción transitoria de las arterias cerebrales, a menudo desencadenada por medicamentos o condiciones fisiológicas. El diagnóstico y manejo oportuno son esenciales para prevenir complicaciones graves como infartos cerebrales o hemorragias. **Caso clínico:** Mujer de 54 años presentó cefalea intensa, resistente a analgésicos, y fue hospitalizada con sospecha de migraña. Durante su internación, se detectaron hematomas subdurales bilaterales, que fueron drenados. Posteriormente, presentó un evento cerebrovascular isquémico con vasoespasmos severos, confirmados por angiografía y panangiografía. Se descartan procesos autoinmunes, a pesar de la intervención, la paciente experimentó un deterioro neurológico recurrente, detectado mediante Doppler transcraneal vasoespasmos de ACM izquierda por Lindegaard 6.9 y una velocidad media de 154.8cm/s, lo que llevó a otro procedimiento invasivo. **Discusión:** Este caso resalta que el SVCR puede ocurrir sin factores de riesgo significativos, gracias a la monitorización no invasiva mediante Doppler transcraneal se evidenció vasoespasmos, realizando nueva intervención y evitando recurrencia de deterioro neurológico. **Conclusión:** El eco Doppler transcraneal es una herramienta valiosa en la toma de decisiones clínicas, pudiendo reducir secuelas y prevenir el agravamiento del SVCR.

ARDS ¿MOMENTO DE PENSAR MAS ALLÁ DE COVID-19?. CASO CLÍNICO

Brizuela Santana Julio Cesar; Rodríguez Cruz Leopoldo Jorge; Bravo Lozano Diana Guadalupe; Melchor Flores Ana Rosa; Aguirre Avalos Guadalupe

Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde».

Introducción: La poliangiitis microscópica es un tipo de vasculitis ANCA que usualmente es asociada con anticuerpos anti-mieloperoxidasa. Las manifestaciones pulmonares incluyen neumonía intersticial, hemorragia alveolar difusa y fibrosis pulmonar, sin embargo, es atípico para un paciente presentar como manifestación inicial un ARDS. **Caso clínico:** Mujer de 49 años sin antecedentes de relevancia que se presenta a nuestro hospital con 3 días de síntomas respiratorios, negando hematuria y hemoptisis. Los signos vitales iniciales mostraban una saturación de oxígeno de 85% al aire ambiente con deterioro clínico rápido, necesitando manejo avanzado de la vía aérea e ingreso a terapia intensiva. Los paraclínicos mostraron una Cr en 2.1 mg/dL y Hb 6.6 g/dL; en el examen general de orina se detecta proteinuria y hematuria. Se solicita TAC de tórax en donde se evidencia un patrón «crazy paving». Gasometría con PaFIO₂ <100 clasificándola por criterios de Berlín como ARDS severo por lo que se decide dar bloqueo neuromuscular y llevar a pronó con alta sospecha de COVID-19. Dentro del abordaje se solicitan anticuerpos MPO los cuales salen positivos (196 UI/mL); otras pruebas como PCR COVID-19, Anti-membrana basal glomerular y ANAs fueron negativas. **Conclusión:** El reconocimiento de que la lesión pulmonar en su forma más severa como es el ARDS, puede ser la presentación inicial de una vasculitis ANCA; se necesita un alto nivel de sospecha para su diagnóstico especialmente en esta era COVID.

AZUL DE METILENO EN CHOQUE SÉPTICO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Diana Guadalupe Bravo Lozano; Miguel Ángel Ibarra Estrada; Julio César Brizuela Santana; Luis Giovanni Melgoza Osorio; Carlos Alberto Rodríguez-Solís

Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde».

Introducción: El choque séptico es una de las principales causas de admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), a pesar de los avances en el diagnóstico, monitoreo y tratamiento, la tasa de mortalidad es alta; en especial cuando es refractario a manejo con volumen, vasopresores y esteroides. En este punto de mayor vasoplejía, se ha evidenciado que la administración de azul de metileno es útil para revertir la acción del óxido nítrico sintetasa inducible. **Caso clínico:** Femenina de 31 años de edad con diagnóstico de tumor anexial derecho por lo que es intervenida de manera electiva para resección del mismo, durante el transquirúrgico se identifica tumor abscedado de ovario derecho así como infiltración a colon e ileon, se realiza colectomía derecha e ileostomía, presenta choque séptico refractario a reanimación hídrica, con alto requerimiento vasopresor (Norepinefrina a 0.41 µg/kg/min y vasopresina 0.04 UI/h) así como administración de hidrocortisona a dosis de estrés. A pesar de una adecuada reanimación hídrica continuaba con hipoperfusión por lo que se administró azul de metileno 100 mg en 250 cc de solución salina al 0.9% para 30 minutos, logrando tensiones arteriales perfusorias y posterior suspensión de vasopresores a las 48h.

BENTALL: PACIENTE CHOCADO Y DISECCION AÓRTICA. PRESENTACIÓN DE CASO

Jonathan Herbe Salamanca Hernández

Hospital San Angel Inn Universidad.

Introducción: La disección aórtica aguda (DAA) es una emergencia cardiovascular potencialmente mortal y es más frecuente en hombres de 50 a 60 años. Se presenta caso de masculino con disección aórtica DeBakey I Stanford A, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento quirúrgico efectuado. **Presentación de caso:** Masculino de 52 años

con dolor retroesternal, opresivo, intenso, diaforesis e insuficiencia respiratoria que apareció en reposo. Se diagnosticó DA DeBakey I Stanford A por angiotomografía posterior a presencia de flap de disección de aneurisma aórtico en ECOTT, requiriendo cirugía Bentall De Bono. **Discusión:** El desgarro de la íntima en la aorta es la génesis de la DA, lesión por cizallamiento. La clasificación DeBakey describe el inicio del desgarro (aorta ascendente) y su extensión a arco aórtico y aorta torácica. Stanford clasifica el involucro de aorta torácica ascendente o no. Dolor, síncope, insuficiencia cardíaca, IAM y alteraciones neurológicas forman parte de la clínica. El tratamiento quirúrgico de las DAA de aorta ascendente requiere procedimiento Bentall, reemplaza válvula aórtica, raíz, aorta ascendente y reimplante de ostium coronarios. **Conclusión:** Bentall De Bono resulta el tratamiento quirúrgico de elección en enfermedades de válvula aórtica con involucro de aorta ascendente.

CARDIOMIOPATIA PERIPARTO. REPORTE DE CASO

Ricardo Esteban Alvarez Inclán; José Juan Velasco Moreno; Stephanie Aquino Choy; Daniel Arizmendi Tapia; Trinidad Jarelli Carpintero Preciado
IMSS. Hospital de especialidades No. 2 «Luis Donaldo Colosio Murrieta».

Femenino de 28 años de edad con antecedente de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad mórbida (IMC 55); se hospitaliza el día 26.07.24 con el diagnóstico de preeclampsia y se realiza interrupción de embarazo (37.2 SDG) vía abdominal. Inicia padecimiento actual el día 31.07.24 presentando tos no productiva, mal estado general, disnea de medianos esfuerzos, el día 04.08.2024 bendopnea, edema de extremidades inferiores, diaforesis y disnea en reposo, siendo llevada a urgencias. Se identifica FR 40 rpm, FC 143 lpm, TA130/70 mmHg, iniciando oxigenoterapia dispositivo bajo flujo presentando insuficiencia respiratoria tipo 1, decidiéndose manejo avanzado de vía aérea, ingresando UCI, rastreo ecocardiográfico con presencia de FEVI 30%, probabilidad baja de HAP, función sistólica longitudinal y circunferencial de VD normal. Laboratorios BNP elevado y dímero D elevado. Con sospecha de miocardiopatía periparto, se inicia manejo con levosimendan (0.1 mcg/kg/min), ajuste de manejo depletor y anticoagulación con HBPM. Se realiza angiotomografía pulmonar, defecto de llenado en algunas ramas de segundo orden del lóbulo medio derecho y de ambos lóbulos inferiores que muestran defectos de llenado de forma parcial, determinándose TEP riesgo intermedio. Evolución con disminución BNP 88%, se realiza cardioweaning y extubación a las 48 horas, ECOTT (11.08.2024) FEVI 42%.

CHOQUE CARDIOGENICO EN FALLA BI VENTRICULAR. CASO CLÍNICO

Juan Antonio Zavaleta Álvarez; Julisa Martínez Monter; Jesús Arturo Rivero Martínez; Jorge Bernardo Santoyo Millán; Carlos Navarro Barriga
Hospital Ángeles Pedregal.

Masculino 52 años con alergia a penicilina. Linfoma No Hodgkin, Infección por VHC. Enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva renal. Insuficiencia Cardíaca FEVI conservada. Hipotiroidismo. Hipertensión Arterial. Diabetes tipo 2. Insuficiencia Venosa Periférica. Ingres a hospitalización por fractura de cuello de fémur derecho. Durante procedimiento de artroplastia presenta hipoxemia, hipotensión y actividad eléctrica sin pulso, requiriendo RCP avanzado. Se inicia apoyo vasopresor e inotrópico a dosis altas y terapia sustitutiva lenta por acidosis metabólica hiperkalemia grave y anuria. Evaluación por ecocardiograma transesofágico con datos de disfunción del VD por dilatación de cavidad, datos indirectos sobrecarga de presión aguda, inversión en la relación vi/vd, hipocinesia de la pared libre y disfunción sistólica longitudinal y circunferencial. Se inicia heparina no fraccionada. Pasa a angiografía pulmonar, sin evidencia de trombos en arterias pulmonares principales. Coronariografía bilateral sin lesiones obstructivas epicárdicas pero con documentación de espasmo severo

que resuelve con la administración de nitroglicerina intracoronaria. Tras la mejoría del flujo coronario se obtiene disminución de apoyo vasopresor. Hematológicamente presenta datos compatibles con CID, produciendo refractariedad a manejo con nuevo requerimiento elevado de vasopresor, hiperlactatemia, isquemia periférica y disfunción sistólica del VI.

CHOQUE DISTRIBUTIVO POR TERAPIAS ALTERNATIVAS. CASO CLÍNICO

Sergio Alberto Margalli Vázquez; Víctor Antonio López Félix;
Janet Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz
Centro Médico ABC.

Introducción: Las terapias alternativas realizan combinaciones de medicamentos homeopáticos y alopáticos, nos encontramos ante un coctel de fármacos administrado intravenoso que desarrollo en cuestión de horas un estado de choque distributivo. **Objetivo:** Demostrar una variante de choque distributivo. **Caso clínico:** Masculino de 56 años, antecedente de Enfermedad vascular cerebral isquémica y secuelas de hemiparesia de hemicuerpo derecho. 3 horas previas a su ingreso le suministraron un coctel intravenoso con múltiples fármacos como «Multivitamínicos, Zn Fusin, Cromifusin, Tracefusin, Sulfato de Magnesio, Cerebrolisin, Cocarboxilaza, Tiamina, Edaravone, Acido Alfa lipoico, Acylcarnitina, Citicolina, Levocarnitina y Acido Ascórbico». Posterior desarrolla fiebre, disnea y movimientos involuntarios de brazo y hemicara derecha. **Resultados:** Se concluyo choque séptico asociado a contaminación de coctel de medicamentos alopáticos y homeopáticos. Con respuesta favorable a manejo convencional. **Discusión:** Hay pocos reportes de bacteriemia asociada a probable contaminación medicamentosa, se trata de un segundo caso en esta ocasión asociada a medicamentos manejados en centros homeopáticos. **Conclusión:** Caso clínico de difícil diagnóstico, evolución muy rápida y atípica. Respondió de forma adecuada al tratamiento durante su estancia. No logramos desarrollo de ningún agente por cultivos o Film Array.

CHOQUE HIPOVOLÉMICO EN EMBARAZO ECTÓPICO ROTO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Alberto Becerril Mejía; José Luis Julio Pérez Mejía;
Lidia Gutiérrez Hernández
Hospital General de Pachuca.

Introducción: La hemorragia masiva se define por la pérdida de la volemia que ponen en riesgo la vida de los pacientes o su equivalente los grados III y IV de la escala ATLS. **Objetivo general:** Presentación de reporte de caso de mujer de 20 años de edad quien presento paro cardiorrespiratorio secundario a choque hipovolémico (hemorrágico), derivado de hemoperitoneo masivo por embarazo ectópico roto, en salpíngere derecha posterior a consumo de misoprostol 2400 miligramos. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, analítico, transversal, fuente de información expediente clínico y revisión bibliográfica. **Resultados:** Reanimación cardiopulmonar efectiva, manejo de la hemorragia masiva de acuerdo a protocolos internacionales y manejo del síndrome posparo cardio cerebro pulmonar. **Discusión:** El choque hemorrágico es una condición patológica en la que la pérdida sanguínea es suficiente para anular los mecanismos de adaptación fisiológica del paciente y provocar una reducción del suministro de oxígeno y de la perfusión de los órganos con su consecuente falla orgánica hasta la muerte.

CHOQUE OBSTRUCTIVO POR HIPERTENSIÓN INTRAABDOMINAL. CASO CLÍNICO

Jesús Mauricio Olivares Gazca; Nydia Arely Lorenzana Mendoza;
José Gustavo Barajas Ruiz
Hospital Médica Sur. Ciudad de México. México.

Introducción: Las causas más frecuentes de choque obstructivo son taponamiento cardiaco, tromboembolia pulmonar y neumotórax. Sin

embargo, existen otras etiologías que no deben pasar desapercibidas ante su sospecha. Presentamos el caso de choque obstructivo secundario a síndrome compartimental abdominal posterior a enucleación prostática. **Desarrollo del caso:** Paciente de 79 años ingresado para enucleación prostática; presentó perforación subcapsular con fuga de solución de irrigación a retroperitoneo de 3.5 litros. Presentando inestabilidad hemodinámica en quirófano por lo que se inició apoyo vasopresor. Mediante valoración por ultrasonido se evidenció colapso de cavidades derechas con compresión extrínseca, así como líquido libre abundante, evidenciado mediante tomografía con reporte de compresión de hemicardio derecho por hígado. Se determinó PIA en 24 mmHg y se iniciaron medidas para manejo de hipertensión abdominal. Se realizó punción abdominal obteniendo 2970 mL de líquido con mejoría transitoria en movilidad cardiaca y estabilidad hemodinámica, 2 horas posteriores al procedimiento presentó hipocinesia global (FEVI 17%) con datos de miocardiopatía por estrés, requiriendo manejo inotrópico por 48 horas, con adecuada evolución. Continuo evolución favorable egresó a domicilio con FEVI de control de 25%. **Conclusiones:** El síndrome compartimental abdominal es una complicación poco frecuente en una enucleación prostática y resulta aún menos frecuente la presencia de choque obstructivo por esta causa. La identificación oportuna y tratamiento de la causa de choque en este paciente permitió una adecuada evolución.

CHOQUE OBSTRUCTIVO POR PERICARDITIS PURULENTO. CASO CLÍNICO

Roberto López Elías; Lucero Duran Santana;
Jose Luis Espinosa Herrera; Abraham Diaz Ramirez;
Alfredo Arellano Ramirez
Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

Se trata de JALR de 67 años sin antecedentes de importancia, ingresa a la unidad de terapia intensiva el día 20.06.24 a las 11:03 hrs bajo el contexto clínico de Choque séptico secundario a empiema pulmonar izquierdo, el cual se realiza procedimiento quirúrgico de Decorticación pleuropulmonar y drenaje de empiema loculado reportando 1500 mL de líquido seropurulento, reportando como hallazgos, Paquipleuritis y múltiples fistulas broncopleurales, colocando dos sondas de pleurostomia en hemitórax izquierdo, por lo que continua con sedoanalgesia optima, ante la persistencia del estado de choque a su ingreso al servicio, con doble apoyo vasopresor con norepinefrina/ vasopresina, presenta disminución de distensibilidades dinámica y estática, con radiografía de tórax con múltiples infiltrados intersticiales bilaterales, enfisema subcutáneo, requiriendo optimización de los parámetros de ventilación mecánica, con una estrategia con PEEP baja, frecuencias bajas y relación 1:3 por la presencia de múltiples fistulas broncopleurales, se realiza abordaje con ultrasonido focalizado para la identificación de la causa del estado de choque encontrando derrame pericárdico, con repercusión de cavidades derechas por lo que se procede a realizar pericardiocentesis encontrando pericarditis purulenta.

CHOQUE SÉPTICO REFRACTARIO POR RICKETTSIOSIS. CASO CLÍNICO

José Juan Velasco Moreno; Daniel Arizmendi Tapia;
Ricardo Esteban Alvarez Inclán; Trinidad Jarelli Carpintero Preciado;
Sthephania Aquino Choy
Hospital de Especialidades No. 2 «Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta».

Paciente masculino de 36 años de edad, sin patologías crónicas de importancia, con antecedente mordedura de garrapata, inicia padecimiento actual con cuadro de astenia, adinamia, mal estado general, fiebre no cuantificada, mialgias, artralgias, dolor retro ocular, exantema petequeal generalizado y con lesión en mano derecha por mordedura, acude al servicio de urgencias presentando hipotensión, taquicardia y taquipnea, posteriormente, crisis convulsivas, tónico clónicas generalizadas, se aborda como sospecha de choque séptico por enfermedad transmitida por vector, se inicia manejo hídrico, anticonvul-

sivo y vasopresor, ingresando a terapia intensiva, con prueba positiva para rickettsiosis, se mantiene tratamiento con Doxiciclina, posterior evolución tórpida persistiendo con choque séptico refractario desarrollando lesión renal aguda KDIGO III, insuficiencia hepática aguda, anemia moderada y trombocitopenia severa, tratamiento médico inicial con norepinefrina, vasopresina e hidrocortisona, presenta respuesta a tratamiento; posteriormente complicándose con neumonía asociada a ventilación mecánica que responde a esquema antibiótico dual, logrando retiro de norepinefrina; presenta ventana neurológica con adecuada respuesta, mejoría de función renal, resolución de trombocitopenia, mejoría de falla hepática, remite respuesta inflamatoria sistémica ameritando traqueostomía por ventilación mecánica prolongada, y se decide egreso del servicio de terapia intensiva a los 19 días posterior a su ingreso.

CHOQUE SÉPTICO SECUNDARIO A EMBARAZO ECTÓPICO ROTO. CASO CLÍNICO

Ana Isabel Martínez Azpeitia; Lidia Gutierrez Hernández;
Jose Luis Julio Perez Mejía

Hospital General de Pachuca.

Introducción: La sepsis y el shock séptico son el resultado de la respuesta inadecuada del huésped a una infección que ocasiona disfunción de uno o más órganos. El 98% de los embarazos ectópicos es tubario. Cualquier circunstancia que impida o retrase la migración del óvulo fecundado hacia el útero puede predisponer a un embarazo ectópico, cómo la enfermedad pélvica inflamatoria. **Objetivo:** Mujer 39 años, obesidad mórbida, IMC 74.2, PO LAPE, Histerectomía total más resección de salpinge y ovario izquierdo, apendicectomía, post parada cardíaca en quirófano, síndrome de distrés respiratorio, en fase anúrica, ingresada a la UTI del Hospital General de Pachuca. **Material y métodos:** Estudio de caso, observacional, retrospectivo, analítico, transversal; mujer de 37 años; con datos de falla respiratoria y renal secundario a choque séptico abdominal. **Resultados:** Evolución clínica y hemodinámica satisfactoria, tratamiento con antibióticos; ventilación mecánica invasiva y posteriormente no invasiva durante 48 horas, trombo profilaxis, recuperación de la función renal; 5 días de estancia; egreso por mejoría. **Discusión:** El choque séptico es la manifestación más grave de una infección, el embarazo ectópico es una de las principales causas de morbilidad en el primer trimestre del embarazo; una de sus etiologías es la enfermedad pélvica inflamatoria considerada como una infección grave. **Conclusiones:** El manejo del choque séptico, la ventilación mecánica invasiva y no invasiva, generó una evolución satisfactoria, sin presencia de complicaciones; con resolución del síndrome de distrés respiratorio y de la función renal.

CIA OS: RELACIÓN Qp/Qs Y FALLA CARDIACA DERECHA. CASO CLÍNICO

Alma Rosa Silva Barrios; Heriberto Herrera Vázquez;
Marcos Sierra Pérez; Miriam Sagrado Álvarez Villanueva;
Jorge Alejandro Amaro Camacho

UMAE «Ignacio García Téllez» IMSS Mérida, Yucatán.

La comunicación interauricular, defecto cardíaco congénito, representa un shunt intracardiaco entre la circulación sistémica y pulmonar. El 80% de la CIA tipo ostium secundum se diagnostica hasta la edad adulta. La disminución de la adaptabilidad del VI o enfermedad que aumente la presión de la AI aumenta el cortocircuito I-D; Femenino de 49 años de edad, debuta 5 años previos a su ingreso con disnea de grandes esfuerzos, progresando a pequeños esfuerzos, ecocardiograma con Comunicación interauricular tipo Ostium secundum con cortocircuito bidireccional, Qp/ Qs 3.2:1, dilatación severa de cavidades derechas. Se sesiona por parte del servicio de cirugía cardiorrástica quienes realizan reparación del defecto interauricular con colocación de parche fenestrado de 5mm, PSAP 76, PMAP 50. Ingresando en posquirúrgico inmediato a terapia intensiva, integrando choque mixto en manejo con vasopresor e inotrópico con inten-

ción de mejorar la función sistólica. Apoyo mecánico ventilatorio con requerimiento de FIO2 altos con objetivo de disminución poscarga del VD, mejorando la vasodilatación del lecho pulmonar. Con posterior evolución a la mejoría, logrando progresión hemodinámica y respiratoria. Egresando sin complicaciones. Es de vital importancia esta patología condicionada una peculiar causa de insuficiencia cardíaca derecha.

COCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA, REPORTE DE CASO

María Rosario Meza Geraldo; María Sthepanie González Rodríguez;
Saul Andrés Botello Ramírez; Elida Moran Guel;
Luis Gerardo Rubio Diaz

IMSS, UMAE 71. Torreón, Coahuila.

La coccidioidomycosis diseminada extrapulmonar representa el 0.5% de los casos reportados siendo las gestantes una población con presentación de formas más severas de la enfermedad. Presentar caso de coccidioidomycosis diseminada sin origen pulmonar, abordaje y diagnóstico. Se presenta caso de gestante con 21 SDG con lesión cervical de crecimiento progresivo, limitante y pérdida ponderal. Integrándose síndrome medular anterior incompleto, RMN con proceso ocupativo cervical y efecto de masa, condicionando estrechez del conducto cervical. Biopsia con linfadenitis granulomatosa asociadas a estructuras micóticas compatibles con coccidoides, punción de LCR con abundantes endosporas concluyente para meningitis por coccidoides. Tratada con fluconazol, anfotericina y esteroides sin mejoría, mielopatía cervical compresiva manejada con fijación posterior de C1, con biopsia de tejido de fibrosis y de masas laterales de C2. Son escasos los reportes de presentación diseminada por coccidioidomycosis mayoritariamente en inmunocomprometidos, aunque en el embarazo y puerperio existe un mayor riesgo por una respuesta inmunitaria celular atenuado ante esta particularidad consideramos de relevancia nuestro reporte de caso. Donde la sintomatología inicial fue una masa cervical con crecimiento progresivo y con desarrollo de un síndrome medular anterior incompleto con diagnóstico concluyente para coccidoides invasiva tras encontrar endosporas en biopsia de lesión cervical, cuerpo vertebral y LCR.

COMA MIXEDEMATOSO. REPORTE DE CASO

Omar Farid García Trujillo; Isaac Antonio Rubio Álvarez;
Manuel José Rivera Chávez; Agustín Ramiro Urzúa González
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, Guanajuato, México.

Paciente femenino de 37 años con antecedentes de anemia crónica por sangrado uterino anormal e hipotiroidismo primario no tratado. Recientemente diagnosticada con diabetes mellitus tipo 2. Inició su padecimiento en noviembre de 2023 con astenia, adinamia, anorexia y disnea progresiva, requiriendo hospitalización por sangrado de tubo digestivo bajo. Durante una colonoscopia presentó desaturación e inestabilidad hemodinámica. La tomografía computarizada reveló cardiomegalia y derrame pericárdico severo, realizándose pericardiocentesis con drenaje de 1,720 mL. Debido a la persistencia de la inestabilidad, fue referida a un hospital de tercer nivel, donde los estudios ecográficos mostraron un derrame recidivante. Se realizó una ventana pericárdica, drenando 300 mL de líquido serohemático pericárdico y 700 mL de líquido pleural izquierdo, siendo admitida a la UCI. A su ingreso en UCI, requería soporte vasopresor con dobutamina y norepinefrina, además de ventilación mecánica. Presentaba facies abotagada, piel fría y edema generalizado. Se diagnosticó coma mixedematoso y choque distributivo secundario a mixedema, iniciándose tratamiento con levotiroxina, liofironina y glucocorticoides. A pesar de ello, desarrolló choque vasopléjico, tratado con azul de metileno, con respuesta favorable, permitiendo el retiro de soporte ventilatorio y vasopresor. Tras 12 días, fue egresada sin complicaciones. Un ecocardiograma descartó patología estructural, con FEVI de 61% y derrame pericárdico mínimo. La tomografía computarizada de tórax concluyó pericarditis constrictiva incipiente.

COMA MIXEDEMATOSO EN UCIA. CASO CLÍNICO

Francisco Javier Cota González; Víctor Manuel Sánchez Nava;
María del Rosario Muñoz; Pedro Flores Miranda;
Alejandra Baldenebro Munguía

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

Introducción: El coma mixedematoso es la complicación más severa del hipotiroidismo no tratado o mal manejado, con alta morbilidad. El tratamiento consiste en hormonas tiroideas intravenosas, soporte multidisciplinario, además de precipitantes. **Objetivos:** Exponer el caso clínico y experiencia de un paciente con coma mixedematoso. **Material y método:** Reporte de caso de paciente en Hospital TecSalud. **Resultados:** Mujer 69 años con hipotiroidismo mal controlado, en estado de abandono social, valorada somnolencia-estupor, choque distributivo, hipotermia, e infección urinaria complicada, que requirió tratamiento hormonal enteral, esteroide intravenoso y manejo de soporte en UCIA. **Discusión:** El coma mixedematoso, aunque raro tiene una alta tasa de mortalidad, es primordial el reconocimiento temprano y evaluar los factores precipitantes y diferentes opciones de tratamiento. En este caso, la paciente tuvo un pronóstico favorable debido a la detección temprana, el manejo de reemplazo hormonal, y soporte multidisciplinario. **Conclusión:** El manejo ideal de las hormonas tiroideas es vía intravenosa, este tratamiento no debe retrasarse si no este no se encuentra disponible en entornos con recursos limitados y debe administrarse vía enteral, aunado al manejo con esteroides intravenosos para la insuficiencia suprarrenal adyacente y el manejo de soporte cardiovascular, ventilatorio y neurológico.

CONEXIÓN EN PARALELO TRR Y RPT. REPORTE DE CASOS

Jesús Enrique Castrejón Sánchez; Marcos Vidals Sánchez;
José Carlos Gasca Aldama; Karen Harumi López Rodríguez;
Francisco Javier Ramírez Almaraz

Hospital Juárez de México

La conexión en paralelo de terapia de reemplazo renal continua (TRRC) y recambio plasmático terapéutico (RPT) en la unidad de cuidados intensivos puede realizarse de manera segura, reportamos esta serie de casos de conexión en paralelo, tres casos de hemorragia alveolar difusa y lesión renal aguda KDIGO 3, un caso de lesión renal aguda asociado a falla hepática aguda y dos casos de falla hepática hipergada y lesión renal aguda KDIGO 3, la conexión se realizó a través de un catéter bilumen de 13fr con acceso venoso femoral, conectando al circuito de entrada con un conector en «Y» las líneas de entrada de RPT y TRRC y la segunda conexión en «Y» a las líneas de retorno de la RPT y TRRC, así como una conexión en serie-paralelo, durante las sesiones no se presentó ninguna complicación o alteraciones en los flujos, se realizó una evaluación clínica y de paraclínicos. Este tipo de conexión resulta segura y reduce los tiempos de parada de la máquina manteniendo la eficacia y ahorro de accesos vasculares. Destaca su utilidad en patologías inmunomediadas con afección renal.

CRISIS TIROTÓXICA PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dafne Aira Elizabeth Padilla Reyes; Ana melina torales gamboa;
Mirely Guadalupe Casasus Bustillos

Hospital General Dr. Agustín O'Horan. Secretaría de Salud Estado de Yucatán.

Alergias negadas, consumo de bebidas alcohólicas negadas, toxicomanías: marihuana de forma ocasional, familiar desconoce fecha de inicio de consumo, con última ingesta hace un mes aproximadamente, tabaquismo negado. Consumo de herbolaria y suplementos proteicos hace 1 año. Padeamiento actual: refiere que lo inicia 15 días antes de su ingreso con presencia de evacuaciones diarreicas, sin moco ni sangre, sin acudir a valoración médica, con remisión del cuadro, sin tratamiento, el día de ayer 13/03/24 aproximadamente a las 21 horas, mientras se encontraba en su domicilio, sufre caída en el baño de su misma base de sustentación, con contusión directa en cráneo,

región orbitaria izquierda, con alteración del estado neurológico que condiciona una segunda caída de su misma altura, con pérdida del estado de alerta se desconoce duración, siendo auxiliado por familiar quien lo trasladó a este hospital para su valoración. Al ingreso en el área de urgencias se recibe con los siguientes signos vitales: ta: 120/60 mmHg, fc: 120 lpm, fr: 25, temp: 36, posteriormente presenta deterioro neurológico, respiratorio y hemodinámico: con disminución de 4 puntos de ECG en 2 horas, SAT de o₂: 50%, TA inaudible, por lo que deciden protección de vía aérea y colocación de catéter venoso central. Se inicia vasopresor: noradrenalina, vasopresina, con tam: 56.6 no perfusora, en anuria.

DENGUE, MÁS ALLÁ DE LA REANIMACIÓN CON LIQUIDOS. CASO CLINICO

Melchor-Flores Ana Rosa, Obed Peña Parra,
Brizuela-Santana Julio Cesar, Mora-Solorzano Lizbeth,
Ortiz-Macias Iris Xochitl

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

El Dengue es una enfermedad viral endémica en México transmitida por vector; en la fase crítica ocurre fuga plasmática lo que conduce a la hipoperfusión y falla multiorgánica. En la afección cardíaca podemos encontrar miocarditis aguda, pericarditis y trastornos del ritmo, siendo en la mayoría de los casos transitoria y en otros mortal.

Caso clínico: Masculino de 23 años quien cursaba con evolución de 4 días de fiebre, malestar general, mialgias y artralgias con prueba NS1 e IgG para dengue positivos. Antecedente de cuadro previo de dengue sin recordar temporalidad. Ingresó al servicio de urgencias/infectología donde se identifica estado de choque con una PAM de 63mmHg, latidos de 142/minuto por lo que inician cristaloides intravenosos y Norepinefrina a 0.2µg/kg/min para posterior ingreso a Terapia Intensiva Adultos. Al ingreso a UCI se detecta cianosis distal generalizada, piel marmórea, fría y húmeda, Motling score 5 puntos, lactato inicial de 5,6 que progresa rápidamente a 17.1, con acidosis severa mixta pH 6.8, HCO₃ 6.5. Se realiza rastreo pulmonar encontrando 18 puntos a expensas de perfil B, ecocardiografía con datos de insuficiencia cardíaca aguda con un VS de 5.3 mL y un GC 0.7 L/minuto, hipocinesia generalizada, derrame pericárdico leve y pericardio hiperrefringente. El electrocardiograma con datos de bloqueo de rama izquierdo, BNP 4554, CK-Mb 4267 y Troponin I 3.59. Paciente que es llevado a soporte inotrópico y vasopresor para posterior terapia puente ECMO arterio-venoso con desenlace fatal en la primera hora de la terapia. Se realiza necropsia en espera de resultados.

DESENLADE CATASTRÓFICO SECUNDARIO

A CID. PRESENTACION DE CASO

José Luis Calvo Hernández; Cisley Yasimil Soto Acosta;
José Luis Julio Pérez Mejía

Hospital General Pachuca.

Introducción: La coagulación intravascular diseminada (CID) es una patología que se produce como resultado de la activación y estímulo excesivo de la coagulación y que ocasiona microangiopatía trombótica por depósito de fibrina en la microcirculación y fibrinólisis secundaria. **Material y métodos:** Estudio de diseño observacional, retrospectivo, analítico, transversal. Hombre de 38 años, fumador; con trauma cerrado de abdomen (07.07.24), perforación prepilórica, choque séptico. **Resultados:** Manejo del estado de choque, presentación hematuria, hemorragia de tubo digestivo, sangrado por sitios de punción, se sospechó de CID, DD> 5000, solicitamos nivel de fibrinógeno no obstante al día 10 presentó dilatación pupilar súbita; TAC que evidenció hemorragia intraparenquimatosa en tallo; defunción el 14.07.2024. **Discusión:** En sepsis disminuye Proteína C, con aumento de trombos, genera trombocitopenia, aumento del DD, el 20% cursan con CID. **Conclusiones:** Alto índice de sospecha para CID en la UTI para abordar y tratar la causa primaria que llevo a este estado patológico, para impactar en el pronóstico.

DESENLANCE FATAL POR SDRA POR PULMON DE CRACK. CASO CLÍNICO

Marco Antonio Castillo Cabrera; Jose Luis Calvo Hernandez; Cisley Yacimil Soto Acosta; José Luis Julio Pérez Mejía

Hospital General Pachuca, Hidalgo.

Introducción: El síndrome de pulmón de crack es una complicación aguda caracterizando por hemorragia alveolar difusa, pueden progresar a insuficiencia respiratoria, SIRA y muerte. **Material y métodos:** Estudio de diseño observacional, retrospectivo, analítico, transversal. Hombre de 30 años, consumidor de sustancia ilícitas, desarrolló SIRA severo, iniciamos tratamiento médico y ventilatorio en prono, metas de protección pulmonar, antibioticoterapia, traqueostomía. **Resultados:** Pese a tratamiento desarrolló hemorragia alveolar difusa, neumonía atípica, acidosis respiratoria severa refractaria a manejo ventilatorio y prono; tras 24 días falleció en UCIA. **Discusión:** Debemos evitar al máximo la desnutrición, interrupción del prono, neumonías nosocomiales que incrementen la morbimortalidad en pacientes con SIRA de cualquier causa para favorecer la mejoría con el tratamiento ventilatorio en prono. **Conclusiones:** El antecedente de uso de sustancia ilícitas inhaladas nos debe hacer sospechar en el diagnóstico, para manejo ventilatorio oportuno e impactar en el pronóstico.

DESTETE PROLONGADO EN CRISIS MIASTÉNICA OSSERMAN Y GENKIS GRADO V-B ASOCIADO A TIMOMA PLEURAL POR INSUFICIENCIA RESPIRATORIA DE ORIGEN NEUROMUSCULAR. CASO CLÍNICO

David Alejandro De Cima Jonsson

Hospital Regional ISSSTE Dr. Manuel Cardenas De La Vega.

Introducción: La miastenia gravis una patología mediada por células B, produciendo anticuerpos contra la placa final post-sináptica de la unión neuromuscular, siendo la debilidad muscular y fatiga los puntos cardinales. **Objetivo:** Considerar tratamiento quirúrgico como prioritario en pacientes con MG grado V-B asociada a timoma. **Reporte de caso:** Paciente femenino de 28 años, con diagnóstico de MG con anticuerpos anti-receptor de acetilcolina positivos y con lesión a nivel del lóbulo basal derecho en cara anterior. Durante su estancia en UCI, se da manejo con inmunoglobulina, prednisona, azatioprina y piridostigmina con mejoría. Con pruebas de destete ventilatorio exitosas, y mejoría de fuerza muscular, por MRC, se realiza extubación, con fallo en 3 ocasiones, requiriendo traqueostomía percutánea. Se realiza diagnóstico histopatológico de Timoma Pleural. **Discusión:** El Timoma pleural, puede influir en la afección de los músculos respiratorios, volviendo primordial, la resección quirúrgica para la mejoría, explicando el porqué podría tener mayor respuesta en la musculatura axial y de extremidades y respiratoria pobre. **Conclusión:** Este caso da hincapié a priorizar al manejo quirúrgico en la MG asociada a Timoma, tomando en cuenta la localización del tumor y la predominancia de la debilidad muscular, para disminuir el fallo a la extubación.

DIAGNÓSTICO DE FEOCROMOCITOMA EN PACIENTE EMBARAZADA TRATADA COMO PREECLAMPSIA, REPORTE DE UN CASO

Irving Ulises Arellano Reynoso;

Ingrid Jackeline Mandujano Samayoa;

Raymundo Faustino Rodríguez Badillo

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez.

Femenino de 25 años, con embarazo de 36.8 sdg. Inicia 29/08/23 con cifras tensionales elevadas, tratada con alfametildopa. 09/09/23 presenta cefalea, tinnitus, edema y disnea, acude urgencias con TA 180/120 mmHg, frecuencia cardíaca de 123, Glasgow 15, se activó código mater, esquema zupsan e hidralazina. Tras interrupción del embarazo, se encuentra orointubada con hipertensión refractaria 220/120 mmHg, se interconsulta a terapia intensiva; a su ingreso con taquicardia supraventricular 180 lpm tratada con adenosina, esmolol

e hidralazina, por sospecha de tromboembolia pulmonar, se realiza angiotomografía pulmonar que descarta impresión diagnóstica; sin embargo, se evidencia una masa en glándula suprarrenal sospechando de feocromocitoma, se inicia prazosin, amlodipino, se decide extubación electiva, en ecocardiograma evidencia de hipertrofia excéntrica, FEVI 43% GC 4.97 Vol Lat 30.6. TAPSE 25. Angiotomografía abdominal evidencia tumoración suprarrenal derecha de 8.4 x 4.54 cm, se solicita determinación de metanefrinas en 24 horas. Se realiza angiografía de vena cava inferior por protocolo quirúrgico, en el que observa desplazamiento y disminución luminal de 50%; se difiere procedimiento por complejidad quirúrgica y difícil control de cifras tensionales, así mismo se solicita gammagrafía suprarrenal con Lugol, estudio que la paciente rechaza por lo que se difiere intervención quirúrgica.

DIÁLISIS DE ALBÚMINA DE PASO ÚNICO (SPAD). CASO CLÍNICO

David Román Hernandez; Guillermo Cárdenas Membriila

Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez.

Introducción: La falla hepática es de elevada mortalidad, la pérdida de las funciones del hígado conlleva a una disminución de la detoxificación a sustancias. Se han descrito nuevas modalidades de terapia extracorpórea, la diálisis de albumina de paso única es una modalidad de terapia de soporte hepático, en la cual se utiliza la hemodiafiltración, infundiendo albumina humana en el líquido dializante para facilitar el transporte de toxinas unidas a proteínas. **Material y métodos:** Se describe caso clínico en paciente masculino de 25 años con falla hepática, el cual progresa con falla multiorgánica, así como lesión renal aguda, se inició Terapia de Reemplazo Renal Continuo modalidad Hemodiafiltración Venovenosa Continua, por la falla hepática se agregó Diálisis de Albúmina de Paso Único (SPAD), se realizaron tres sesiones con duración de seis horas. **Resultados:** Se logro mejoría clínica y bioquímica con disminución de bilirrubinas, amonio, CPK y mioglobina, así como recuperación de la función renal, retiro de vasopresores y destete de ventilación mecánica. **Discusión:** Se observo que la terapia SPAD resulto altamente significativa en el tratamiento de recuperación del paciente. **Conclusión:** La terapia SPAD es poca conocida, como terapia extracorpórea hepática, teniendo como objetivo terapia a recuperación o como puente al trasplante hepático.

DISECCIÓN AORTICA CON MANIFESTACIÓN ATÍPICA. CASO CLÍNICO

Herrera Vazquez Heriberto; Silva Barrios Alma Rosa;

Ruiz Moguel Miguel Angel; López Palomo Delia de los Ángeles;

Álvarez Villanueva Miriam del Sagrario

UMAE «Ignacio García Téllez» IMSS Mérida, Yucatán.

La disección aórtica es un síndrome aórtico, poco frecuente con una gran mortalidad. Su presentación típica se caracteriza por dolor de inicio súbito, a nivel de la región retroesternal, que se puede irradiar a la espalda y el abdomen. Sin embargo, existen manifestaciones que por su ambigüedad retrasan el diagnóstico. Masculino de 71 años, quien cuenta con antecedente de consumo de cristal. Inicia con dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, así como emesis de contenido gastro alimentario, es abordado por el servicio de urgencias donde se realiza TAC simple y contrastada evidenciándose disección aórtica DeBakey I y desgarró de la pared de la aorta; es enviado a nuestra unidad para manejo quirúrgico donde se realiza procedimiento Bentall-Bono. Durante evento quirúrgico reportan sangrado de 200 mL, uso de hemoderivados, así como apoyo vasopresor. Ingresa a la terapia intensiva donde se brinda soporte hemodinámico farmacológico, control del dolor, frecuencia cardíaca, así como vigilancia de las posibles complicaciones, se logra progresión ventilatoria y hemodinámica egresándose a piso. Se enfatiza la importancia debido a la presentación atípica lo cual en ocasiones retrasa el diagnóstico y tratamiento.

DISFUNCIÓN AUTÓNOMA Y LESIÓN MEDULAR. CASO CLÍNICO

Diana Laura López Pérez

Hospital San Angel Inn Universidad.

La lesión medular no traumática se presenta con alteraciones, generalmente dependientes del nivel donde se localiza la lesión. Es común identificar disfunción autonómica en pacientes con lesión medular traumática inminente; sin embargo, en el caso de la lesión no traumática, puede llevar a una amplia gama de diagnósticos diferenciales. Presentamos el caso de un paciente masculino de 73 años que ingresó al hospital con disnea de medianos esfuerzos y dolor retroesternal de intensidad moderada, de duración menor a 5 minutos. Durante la evaluación inicial, se identificaron signos de crisis hipertensiva. Posteriormente, el paciente desarrolló bradicardia sinusal con compromiso hemodinámico, lo que llevó a la consideración de la colocación de un marcapasos. Durante su estancia muestra signos de síndrome medular. Se solicitó una resonancia magnética, que reveló una lesión medular por compresión secundaria a un hematoma en el canal medular, acompañado de hemorragia subaracnoidea a nivel cervical, entre C7 y T1. La intervención consistió en una descompresión medular quirúrgica y drenaje del hematoma, seguida de un proceso de rehabilitación, con mínima recuperación de la sintomatología neurológica. La identificación oportuna y la consideración de las manifestaciones neurológicas y autonómicas, tanto comunes como raras, en el síndrome medular pueden prevenir resultados adversos.

DONACIÓN CADAVERICA EN CENTRO DE CUIDADOS CRÍTICOS. CASO CLINICO

Sergio Enrique Flores Lugo, Paola Alejandra Moreno Castillo;

Luis Alberto Barrientos Quintanilla;

Marco Antonio Hernández Guedea

Hospital Universitario «Dr. Jose Eleuterio González».

Introducción: En México hoy existen 19571 receptores en espera de trasplante. Durante 2024 se han realizado 4671 trasplantes. **Objetivo:** Concientizar sobre el abordaje necesario en pacientes con sospecha de muerte encefálica. **Material y métodos:** Retrospectivo, descriptivo, reporte de caso. Masculino de 47 años, politraumatizado secundario a accidente automovilístico con cinemática de alto impacto. Su valoración intrahospitalaria presentó datos de choque, hipotensión y taquicardia. Requirió aseguramiento de vía aérea avanzada por deterioro neurológico con escala de coma de Glasgow de 3 puntos. Tac de cráneo presenta hemorragia subaracnoidea, fractura occipital. Presenta ausencia de reflejos de tallo encefálico tras tres días sin sedantes. Sospecha de muerte encefálica, realizan pruebas confirmatorias resultando compatibles con dicho diagnóstico. Se presenta caso para procuración de órganos. Resultando candidato para donación multiorgánica de corazón, pulmón derecho, hígado y ambos riñones. **Resultados:** La muerte encefálica comprende tres fenómenos: ausencia de flujo cerebral, de consumo de oxígeno y de actividad bioeléctrica. **Discusión:** La hemorragia subaracnoidea traumática es una patología asociada a trauma craneoencefálico, da lugar a discapacidades graves y permanentes y resulta potencialmente mortal. **Conclusiones:** El diagnóstico precoz y la implementación inmediata de protocolos de muerte encefálica en áreas de urgencias permiten mantener viabilidad orgánica en candidatos a procuración de órganos.

ECLAMPSIA Y ESTATUS EPILÉPTICO EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Carlos Joaquín Pech Lugo; Roberto Morales Barrera;

Janette Alondra Callejas Velarde

Hospital Regional Primero de Octubre ISSSTE, CDMX.

Introducción: El estado epiléptico durante el embarazo es una emergencia médica potencialmente mortal tanto para la madre como para el feto. **Objetivo:** Describir el desenlace de paciente con estatus epiléptico, con alto riesgo por edad materna. **Material y método:** Femenino de 16 años, sin antecedentes crónico degenerativos, cursando

con embarazo de 32 SDG, inicia con alteraciones en el comportamiento, bradilalia, bradipsiquia y movimientos tónico clónicos generalizados, ingresa a urgencias obstétricas como paciente código mater, identifican embarazo sin control prenatal, con nuevo evento convulsivo y registro de TA 140/90 mmHg, inician tratamiento de primera línea e interrupción del embarazo vía abdominal. **Resultados:** Se recibe en UCI en post quirúrgico inmediato con registro de TA 200/180 mmHg, se da manejo de antihipertensivo IV, manteniendo sedación endovenosa, VMI, monitorización con EEG, manejo con sulfato de magnesio y levetiracetam, sin volver a presentar crisis convulsivas, logrando extubación, sin secuelas neurológicas. TAC de cráneo que sugieren macroadenoma hipofisario. **Discusión:** Un manejo adecuado de las cifras tensionales y del estatus epiléptico fue la clave del éxito en el pronóstico de esta paciente. **Conclusiones:** Existe poca información de la asociación de eclampsia y estatus epiléptico durante el embarazo, requiere un adecuado manejo para disminuir riesgo de muerte materna.

ECMO VV COMO SOPORTE EN CIRUGÍA DE VÍA AÉREA. CASO CLINICO

Alexia Palma López; Itzel Elena Portillo Yáñez;

José Carlos Gasca Aldama; Josué Daniel Cadeza Aguilar;

Ismael Maldonado Beltrán

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael

Cosío Villegas. Ciudad de México, México.

Mujer de 33 años con estenosis subglótica compleja Cotton II y bronquio principal izquierdo Cotton III, diagnóstico probable de policondritis recidivante. Tras complicaciones de una broncoscopia con ruptura del bronquio izquierdo y posterior fistula bronquiotraqueoesofágica, se decidió realizar reparación quirúrgica con soporte de ECMO venovenoso (VV). Intervención: Se colocó ECMO VV femoro-yugular, permitiendo el cierre primario del bronquio principal izquierdo con colgajo de pleura mediastinal. Tras el procedimiento, la paciente fue retirada de ECMO 7 días después, con recuperación progresiva en la Unidad de Terapia Postquirúrgica. Presentó complicaciones adicionales como neumonía intrahospitalaria, tratada con ventilación invasiva temporal. **Discusión:** El uso de ECMO en patologías de vía aérea es infrecuente, solo 45 casos reportados en cirugías entre 1976 y 2017. Algoritmos recientes sugieren su uso en casos de obstrucción subglótica severa. La tasa de éxito >90% en patologías críticas de vía aérea resalta la necesidad estandarizar su uso, especialmente en pacientes de alto riesgo. **Conclusión:** El uso de ECMO VV permitió un manejo seguro de una patología de vía aérea crítica, evitando complicaciones y permitiendo una oxigenación adecuada durante la cirugía. Resalta la utilidad del ECMO en situaciones de alto riesgo en las que la ventilación mecánica puede ser contraproducente.

ECMO-RCP UN REPORTE DE CASO

Erika Magali Flores Mora; Carlos Eduardo Chavez Perez;

Víctor Manuel Sanchez Nava; Maria del Rosario Muñoz Ramirez

UMAE. Hospital de Especialidades No. 25. Monterrey, NL.

Introducción: El arresto circulatorio es una causa común de muerte y la reanimación cardiopulmonar es el único método efectivo para mejorar pronóstico. El ECMO se ha sugerido como tratamiento de rescate en RCP refractario, con supervivencia del 20-45%, ya que permite mantener la perfusión mientras se trata la causa subyacente del paro. **Descripción del caso:** El caso presentado describe a un hombre de 61 años con sospecha de tromboembolismo pulmonar masivo con parada cardiorrespiratoria. Tras 21 minutos de RCP avanzada, se conecta a ECMO-VA. Luego de una trombólisis exitosa, el paciente evoluciona favorablemente, aunque con secuelas neurológicas. **Discusión:** La resucitación con ECMO es un manejo en parada circulatoria refractaria que permite mantener la perfusión mientras se establece la etiología y tratamiento, logrando detener la evolución de lesiones isquémicas. La determinante más importante de supervivencia es un periodo corto de «no flujo» e inicio inmediato de compresiones de alta

calidad. El pronóstico depende de la experiencia del equipo y selección del paciente. **Conclusión:** ECMO-RCP es una técnica a corto plazo que no resuelve la causa del paro, pero permite ganar tiempo para un tratamiento adecuado. La evidencia actual no recomienda su uso rutinario, sin embargo, se propone como una alternativa en casos con buen pronóstico neurológico.

EFICACIA DE VMNI EN PACIENTE CON SDRA SEVERO. CASO CLÍNICO

Rubí Solís Hernández; Nadia Melisa Queb Pech;
Alejandro Castro Serrano; Janet Silvia Aguirre Sánchez;
Braulia Aurelia Martínez Díaz
Centro Médico ABC.

Introducción: Existen datos limitados sobre la eficacia de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI) en pacientes con Síndrome de insuficiencia respiratoria aguda progresiva (SIRPA) de alto riesgo, específicamente en pacientes con neoplasias hematológicas. **Presentación del caso:** Femenino de 82 años con Leucemia Mieloide Aguda, cuadro respiratorio de deterioro progresivo clínico y hallazgos tomográficos de vidrio deslustrado, aumento de la permeabilidad broncovascular. Se documentó infección por SARS COV2 evolucionó a insuficiencia respiratoria grave, criterios de manejo avanzado de vía aérea, ante coexistencia de neoplasia hematológica activa se inició VMNI y esteroide, cursó con mejoría de la oxigenación y del patrón ventilatorio, con control de foco infeccioso, retiro del soporte ventilatorio y posterior egreso a domicilio. **Conclusiones:** En pacientes inmunodeprimidos con SIRPA severo, el inicio temprano de la VMNI se asocia con reducción en la tasa de intubación endotraqueal y mayor supervivencia. La ventana de oportunidad del uso eficaz de la VMNI y la necesidad de VMI es limitada, lo cual ha quedado demostrado en la mortalidad de los pacientes en los que se retrasa la VMI. Lo anterior refuerza la necesidad de vigilancia estrecha en la unidad de cuidados intensivos y uso de escalas predictivas de falla en la VMNI.

EICH POSTERIOR A TRASPLANTE DE HÍGADO. CASO CLÍNICO

Nydia Lorenzana Mendoza;
Víctor Manuel de la Puente Díaz de León; Pedro Arguelles Sangri;
Marcela Deffis Court; Graciela Elia Castro Narro
Hospital Médica Sur.

Introducción: La EICH posterior al trasplante de hígado es una condición rara con una incidencia estimada del 2%. A la fecha existen aproximadamente 160 casos reportados en la literatura. **Desarrollo del caso:** Paciente masculino de 58 años con antecedente de EHNA desde 2010. Como complicación presentó cirrosis hepática en enero de 2023. El 27/02/23 se inició protocolo de trasplante hepático. Requirió múltiples hospitalizaciones por descompensación de cirrosis con requerimiento de MAVA, apoyo vasopresor; CRRT; colocación y retiro de TIPS; requerimiento de paracentesis evacuadora y PBE. Se realizó trasplante hepático ortotópico con preservación de vena cava (piggyback) el 28/06/23, con posterior profilaxis e inmunosupresión. El 27/07/23 presentó neutropenia. El 21/08/23 inició cuadro clínico caracterizado por alza térmica asociado a dermatosis generalizada. El 22/08/24 fue ingresado a UTIM con requerimiento de vasopresor y oxígeno suplementario con PNC presentando empeoramiento de cuadro el día 28/08/23 con requerimiento de MAVA, pronación; toracocentesis; ajuste a tratamiento inmunosupresor, transfusiones constantes. Presentó mayor inestabilidad hemodinámica con CID, falla multiorgánica y defunción. Reporte de biopsia de piel y AMO compatible con EICH así como quimerismo del 28% del injerto en marcadores. **Conclusiones:** EICH después del trasplante de hígado es una complicación poco frecuente, de mal pronóstico y asociada con una mortalidad a los 6 meses de hasta el 75%. El diagnóstico puede ser un desafío. La presencia de macroquimerismo de linfocitos T del donante es crucial para asegurar el diagnóstico.

EMBARAZO Y DEBILIDAD MUSCULAR: REPORTE DE CASO

Brizuela Santana Julio Cesar; Cruz Muñoz Beatriz,
Lares Muñoz Mariana Isabel, Mendoza Martinez Jonathan Eleazar;
Rodríguez Cruz Leopoldo Jorge
Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde».

Introducción: La debilidad neuromuscular aguda no traumática (generalmente ocurre durante horas a días) es una disminución o pérdida de la fuerza muscular que limita la capacidad de un paciente para realizar una tarea con fuerza normal o deseada. El diferencial etiológico es amplio, causas vasculares, inflamatorias, infecciosas, trastornos electrolíticos o endocrinológicos son solo algunas de ellas. **Caso clínico:** Femenina de 29 años con embarazo de 27 semanas de gestación que se presenta al servicio de urgencias con debilidad generalizada, que a la exploración física se muestra bilateral, simétrica, tanto proximal como distal, con tono muscular disminuido, arreflectica, sin fasciculaciones o reflejos patológicos; con pérdidas gestacionales recurrentes sin otro antecedente de relevancia; se procede a la toma de paraclínicos que revelan una hipokalemia severa (1.8 mg/dL) asociado a hipocalcemia severa (4.7 mg/dL) con un Ca++ de 0.5; gasométricamente una acidosis de anion gap estrecho por lo que se sospecha de acidosis tubular renal con pH urinario 5.8, anion gap urinario positivo, con excreción fraccional de calcio y potasio incrementada, por lo que se clasifica como una Acidosis tubular renal distal (Tipo 1) sin nefrocalcinosis por ultrasonido. **Conclusión:** La incidencia de esta patología es <1:100,000, durante el embarazo su presentación es extremadamente rara, mostrándose en la literatura solo reportes de casos aislados. La recuperación de la madre y el feto surgió sin eventualidades y el tratamiento de la acidosis tubular renal se continuo subsecuentemente.

EMBARAZO Y PANCREATITIS BILIAR REPORTE DE CASO

García López Rolando; Bermudez Lago Celenys;
Cortes Munguía José Alfredo
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional 196, Ecatepec, Estado de México.

Se realizó una CPRE, extrayendo los litos con antecedentes obstétricos de menarca a los 14 años, ritmo menstrual 3x90, pubarca a los 15 años, telarca a los 12 años, inicio de actividad sexual a los 18 años, y tres parejas sexuales. Primigesta, sin antecedentes de partos ni cesáreas o abortos. El 3 de mayo de 2024, presentó dolor en hipocondrio derecho sin irradiaciones, no transictivo, en hemicinturón, acompañado de epigastralgia y dolor cólico intenso (EVA 10/10). El 4 de mayo a las 18:00 horas, la sintomatología se exacerbó con vómitos de contenido gástrico, biliar, astenia, adinamia y mareos, sin alteraciones visuales. Refirió intolerancia a la vía oral durante 48 horas previas, lo que exacerbaba su cuadro clínico. Percibía movimientos fetales regulares. A su ingreso a la UCI, sus signos vitales eran: TA: 99/58 mmHg, FC: 115 lpm, FR: 20 rpm, T: 38 °C, SpO2: 97% (FiO2 21%). Peso: 59 kg, talla: 1.56 m. El ultrasonido hepatobiliar mostró dilatación de la vía biliar extrahepática (colédoco de 10 mm) y múltiples litos, con bilirrubina total de 3.5 mg/dL (directa elevada). Se realizó una CPRE, extrayendo los litos exitosamente.

ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF EN UCI DE SEGUNDO NIVEL. CASO CLÍNICO

Denisse Sarahi García Ochoa;
Mauricio Hinojosa Hernández; Max Said Lara Pérez;
Sergio Moreno García; Jose Luis Julio Pérez Mejía
Hospital General de Pachuca

Masculino de 22 años, enfermero, esquema de vacunación incompleto. Inicia padecimiento con síntomas respiratorios, fiebre y erupción cutánea, recibió tratamiento sintomático en medio privado por sospecha de varicela. 3 semanas después evoluciona con cefalea intensa, paresia facial, vértigo, ataxia, oftalmoplejía, ptosis palpebral y dificultad respiratoria por lo que recibió manejo avanzado de la vía aérea, la punción lumbar revela reacción de Pandy (+) y pleocitosis mononuclear, una semana después se traslada a HGP, se ingresa a UCIA. Lo

encontramos somnoliento, apertura ocular espontánea, mirada primaria divergente, movimientos oculares mínimos, asimetría facial, REMS ausentes y sin respuesta motora, IRM con lesión circundante a 4o ventrículo, vermis cerebeloso y región pontobulbar, por sospecha de encefalitis viral se inicia aciclovir sin respuesta, el panel viral resultó negativo para varicela zoster, herpes simple, Epstein Barr, Citomegalovirus y cultivo negativo para bacterias. Al contar con criterios de encefalitis autoinmune se cambia terapéutica a bolos de metilprednisolona también sin respuesta. Se replanteó una nueva sospecha diagnóstica indicándose inmunoglobulina G 2 gr/kg con posterior mejoría al estado de consciencia, a la fuerza muscular y con adecuados reflejos de protección de la vía aérea, se recaban anticuerpos anti-GQ1b con resultado positivo, se concluyó encefalitis de Bickerstaff.

ENDOCARDITIS POST COLOCACIÓN DE CATÉTER MAHURKAR. CASO CLÍNICO

Alma Rosa Silva Barrios; Mayra Nallely Sandoval Valdez;

Valeria Valenzuela Alatorre; Aldahir Moreno Jasso;

Delia de los Ángeles López Palomo

UMAE «Ignacio García Téllez» IMSS Mérida, Yucatán.

La endocarditis infecciosa es una infección del endotelio del corazón. Causada por la presencia de bacterias u hongos en sangre, quienes llegan a la válvula cardíaca; causando así síntomas sépticos y crecimiento vegetativo, constituido por plaquetas, microorganismos y fibrinas. La epidemiología ha cambiado a lo largo de los años, como resultado de un mayor uso de vías intravenosas y dispositivos intracardíacos, representando del 25-30% de los casos. El *Staphylococcus aureus* es ahora la causa más frecuente. Masculino de 36 años de edad, con antecedente de colocación de catéter mahurkar 1 mes previo al inicio de la sintomatología. Durante sesión de hemodiálisis, presenta fiebre, malestar general, astenia y adinamia; encontrando imagen de consolidación basal derecha, en tratamiento con antipiréticos y antibiótico con mejoría parcial, ante persistencia de sintomatología y al no descartarse infección de angioacceso se realiza hemocultivo con aislamiento de *S. aureus*, estudio ecocardiográfico con evidencia de vegetación en válvula tricúspide condicionando insuficiencia tricúspide, estudio de imagen con derrame pleural bilateral tabicado. Se sesiona por el servicio de cirugía cardiotorácica quienes realizan en primer tiempo decorticación y colocación de drenajes, posterior segunda intervención para retiro de vegetación. Actualmente en unidad de cuidados intensivos en manejo con vasopresor y soporte ventilatorio.

ENFERMEDAD POR CREUTZFELD-JAKOB: REPORTE DE CASO

Jonathan David Morales Ramírez;

Abraham Velázquez Crespo; Jorge Cruz Lopez;

Daniel Alonso Martínez; Karen Itzel Gonzalez Martínez

Centro Médico Naval, SEMAR, Ciudad de México.

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es un raro trastorno neurodegenerativo que se presenta con deterioro de la memoria, cambios de comportamiento, falta de coordinación o alteraciones visuales. Forma parte de un grupo de enfermedades conocidas como encefalopatías espongiiformes transmisibles o enfermedades priónicas, que son causadas por la acumulación de la proteína priónica en el sistema nervioso central. **Caso clínico:** Femenino de 46 años presenta clínica caracterizada por cambios de comportamiento, caracterizados por aislamiento social, insomnio, así como agresión a familiares, de tres meses de evolución, fue valorada por Psiquiatría además de iniciar tratamiento médico. Durante hospitalización continua con deterioro neurológico, presenta crisis convulsivas tónico clónicas, sin remisión a tratamiento médico incluyendo 6 fármacos anticonvulsivos, fue necesario intubación orotraqueal e ingreso a Terapia Intensiva. Se hizo monitoreo multimodal, punción lumbar, tomografía de cráneo, resonancia magnética, electroencefalograma, sin datos concluyentes de etiología de estatus epiléptico por lo que se solicitaron estudios de extensión confirmando Enfermedad por Creutzfeldt-Jakob por la presencia de Proteína T-TAU, proteína 14-3-3 y Gen PRNP. **Discusión:** La enfermedad de Creutz-

feldt-Jakob es una afección neuroselectiva y neurodegenerativa, de curso fatal, poco frecuente; establecer el diagnóstico clínico representa un desafío. El diagnóstico es difícil, ya que presenta sintomatología fácilmente atribuible a otras enfermedades. En México se han reportado pocos casos, 80% de los pacientes fallece durante el primer año.

ESFEROCITOSIS HEREDITARIA Y EMBARAZO. CASO CLÍNICO

Lucero Durán Santana; Alejandra Torres Aguilar; Roberto López Elías; Guadalupe Vera Aguirre; Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

La esferocitosis hereditaria es un desorden hemolítico con una marcada heterogeneidad clínica, caracterizada por alteraciones de las proteínas de la membrana eritrocitaria, que se caracteriza por anemia, ictericia, con o sin esplenomegalia. Durante el embarazo este tipo de patología pueden generar crisis que pueden impactar en la mortalidad sino se obtiene con un control obstétrico estrecho. Se presenta caso de femenino de 22 años con antecedente de esferocitosis hereditaria sin tratamiento, presenta embarazo de 14 sdg, acude dolor en hipocóndrio izquierdo, visceral, intensidad progresiva acompañado de ictericia e hiporexia. Se encuentra a paciente somnolencia, ictericia ++++, con esplenomegalia, dolorosa a la palpación en cuadrante superior izquierdo, presenta trombocitopenia y anemia severa con datos clínicos de bajo gasto, se realizan transfusión de hemoderivados con empeoramiento del cuadro clínico hasta presentar epistaxis y hematuria macroscópica, persistiendo con las alteraciones hematológicas y elevación de bilirrubinas, afectando el estado hemodinámico por lo que se somete a esplenectomía de urgencia, ingresando a la unidad de cuidados intensivos hemodinámicamente inestable con ventilación mecánica, se realiza reanimación guiada por pruebas viscoelásticas, con adecuada progresión ventilatoria y hemodinámica hasta su posterior egreso para seguimiento con cuidados prenatales.

ESTATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO.

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Olga Daniela Velázquez Gutiérrez

Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos.

Introducción: El estatus epiléptico super refractario es una emergencia neurológica grave que persiste a pesar del tratamiento con múltiples fármacos antiepilépticos. Puede ser secundario a una encefalitis autoinmune, una condición inflamatoria del cerebro en la que el sistema inmunológico ataca el tejido cerebral, provocando convulsiones intratables. Requiere un manejo intensivo y multidisciplinario para evitar daños neurológicos permanentes. **Objetivo:** Describir mediante un caso clínico el abordaje de estatus epiléptico super refractario a tratamiento. **Presentación de caso:** Femenino de 30 años, sin antecedentes, inicia con cefalea frontal opresiva y crisis convulsivas de novo. Se inician FAE, con persistencia de estatus epiléptico por lo que se procede a la AMV, se realiza punción lumbar sin datos patológicos. Se realiza toma de anticuerpos ANTI NMDA, con resultado positivo, por lo que se procede a la administración de pulsos de corticosteroides. **Discusión del caso:** El diagnóstico de encefalitis autoinmune requiere la detección de autoanticuerpos específicos y la exclusión de otras causas. El tratamiento incluye inmunoterapia temprana, como corticosteroides, inmunoglobulina intravenosa o plasmaféresis. **Conclusiones:** El manejo temprano y agresivo es crucial para mejorar los resultados. La detección rápida de autoanticuerpos y la implementación de inmunoterapia pueden reducir significativamente el daño neurológico permanente.

EVC HEMORRÁGICO ASOCIADO A PREECLAMSIAS SEVERAS. CASO CLÍNICO

Patricia Marisol Campos Carlos; Carlos Jiménez Correa;

Ma. Natalia Gómez González; Pedro Luis González Carillo

UMAE Hospital de Especialidades No. 1. CMN Bajo. IMSS.

Introducción: El EVC relacionado con el embarazo puede ocurrir durante el embarazo o las primeras seis semanas postparto. **Objeto-**

tivo: Describir las complicaciones que presentan las pacientes con preeclampsia con datos de severidad. **Caso clínico:** Femenina de 25 años, antecedentes de diabetes gestacional; menarca a los 13 años, ciclos irregulares, G1, 35.3SDG, 10 consultas prenatales, 6 ultrasonidos. El 17/08/2024 inicia con actividad uterina, dolor abdominal y cefalea intensa. Ingresó con TA 219/116mmHg, y manejo antipertensivo. Ingresó a quirófano para interrupción del embarazo e ingresa a UCIO presenta deterioro neurológico; TAC cráneo con hemorragia intraparenquimatosa con irrupción ventricular bilateral. Requiriendo manejo neuroquirúrgico, en el postquirúrgico pasa a UCI presento mejoría decidiendo su egreso al noveno día. **Discusión:** Los trastornos hipertensivos del embarazo son las principales causas de morbilidad materna a nivel mundial; los factores secundarios del EVC son el aumento de la presión de perfusión cerebral y falla de la autoregulación; el tratamiento debe ser con antihipertensivos y sulfato de Mg de manera preventiva. **Conclusiones:** Los estados hipertensivos durante el embarazo se encuentran entre las primeras causas de mortalidad materna, por lo que es de suma importancia identificar factores de riesgo durante sus consultas prenatales, para iniciar tratamiento preventivo y antihipertensivo.

EVC ISQUÉMICO EN ANGINA DE LUDWIG POR SISTEMA VAC. CASO CLÍNICO

Raquel Méndez Reyes; Jovanhy Castillo Amador;
Jonathan Eduardo Pío López; Eduardo Monzón de León
Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE.

Introducción: La enfermedad cerebrovascular isquémica comprende el conjunto de afecciones clínicas que ocasionan un déficit neurológico, en este caso en particular, ocasionada por una disminución difusa del flujo sanguíneo por un sistema de presión por vacío a nivel de los vasos del cuello. **Objetivo:** Presentar el caso de un paciente que desarrolla EVC de tipo isquémico, asociado a uso de Sistema de cierre asistido por vacío (VAC) colocado a nivel del cuello, como parte del tratamiento quirúrgico en Angina de Ludwig. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 53 años de edad que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos el 28/07/2024 con diagnóstico de Angina de Ludwig, dentro del tratamiento quirúrgico posterior a lavado y desbridamiento a nivel del cuello, se decide colocar sistema VAC el día 31/07/2024; 48 horas después presenta alteraciones neurológicas caracterizadas por hemiparesia faciocorporal izquierda; se realiza una TAC simple de cráneo en donde se evidencian datos de EVC isquémico a nivel hemisférico derecho. **Resultados:** Se inicia soporte para EVC isquémico y se disminuye presión de sistema VAC de 120 a 75 mmHg. **Discusión y Conclusión:** EVC isquémico de etiología poco común, asociado a disminución de flujo sanguíneo por un sistema de presión de vacío.

EVC ISQUÉMICO POR EMBOLISMO GRASO EN POLITRAUMA. CASO CLÍNICO

Alejandra Russell Marrufo; Jorge Luis Rubio Ávila;
Miguel Ángel Sosa Medellín

UMAE. Hospital de Traumatología y Ortopedia.
No. 21 IMSS Monterrey, Nuevo León.

Introducción: El síndrome de embolia grasa cerebral aislada es una complicación infrecuente que se produce en los primeros 3 días de la lesión. Las características neurológicas del síndrome de embolia grasa cerebral se observan en 80-85% de los pacientes. Suele ser tener buen pronóstico con recuperación completa en meses o años. **Presentación del caso:** Masculino de 27 años que ingresa a UCI por presentar TCE severo, fracturas costales, escápulas, fémur y húmero. TAC de cráneo inicial sin lesiones focales, sin edema cerebral, se clasificó como Marshall I. Se mantuvo bajo sedoanalgesia y cuidados del paciente neurocrítico, se realizó fijación externa de fracturas. Ventana neurológica sin adecuada respuesta, FOUR score de 7 puntos. TAC de cráneo de control con imágenes hipodensas en diferentes terri-

torios vasculares compatibles con isquemia, predominantemente en ACM izquierda (M1-M4), sugestivo de embolismo. Se descarta embolismo de origen cardiovascular. Ante la sospecha de embolismo graso se realiza lavado broncoalveolar y a la histopatología se observan macrófagos con grasa en su interior, integrando el diagnóstico. **Discusión:** El embolismo graso en pacientes politraumatizados tiene una incidencia variable en la UCI, sin embargo, el síndrome de embolia grasa con manifestaciones en SNC es poco común y de diagnóstico de exclusión.

FALLA CARDIACA EN PENTADA DE CANTRELL EN UCIC. CASO CLÍNICO

Sandoval Valdez Mayra Nallely; Lopez Palomo Delia de los Ángeles;
Álvarez Villanueva Miriam Sagrario; Valenzuela Alatorre Valeria;
Herrera Vázquez Heriberto
UMAE CMN «Ignacio García Téllez».

La pentalogía de Cantrell-Haller-Ravitch es un síndrome raro, ya que se establece una incidencia de 1:200.000 casos, predominantemente en el género masculino y está caracterizada por cinco defectos básicos de corazón, esternón, pared abdominal supraumbilical, diafragma y pericardio. Se presenta caso clínico de paciente femenino de 29 años de edad, la cual presenta disnea progresiva de grandes a pequeños esfuerzos iniciando protocolo de estudio, por lo que se realiza ECOT con evidencia de malformación cardíaca compleja, con enfermedad de Ebstein, comunicación interauricular severa tipo ostium secundum con hipertensión pulmonar severa. Programada para tratamiento quirúrgico en el cual se realiza corrección total o transposición de grandes vasos con cierre de comunicación interauricular, cierre de comunicación interventricular, sustitución de válvula tricúspide y sustitución de válvula pulmonar, posteriormente ingresa a unidad de cuidados intensivos con complicaciones posteriores: choque cardiogénico y datos de falla cardíaca biventricular de predominio derecho con importante deterioro hemodinámico dependiente de doble vasopresor e inotrópico, con evolución clínica tórpida, sin adecuada respuesta a dicho tratamiento, continuando con datos de hipoperfusión y falla hemodinámica importante, añadiéndose falla respiratoria, renal, hepática y hematológica, presentando defunción en las siguientes horas.

FALLA HEPÁTICA AGUDA ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO. CASO CLÍNICO

Abraham Velazquez Crespo;
Jonathan Morales Ramírez; Daniel Alonso Martínez;
Jorge Cruz López; Karen Itzel Gonzalez Martínez
Centro Médico Naval. Secretaría de Marina.

Introducción: La insuficiencia hepática aguda es una condición clínica mortal que ocurre en pacientes sin enfermedad hepática preexistente cuyo diagnóstico etiológico implica el abordaje multidisciplinario, terapias de soporte hepático y trasplante hepático. La incidencia anual de 2,000 a 3,000 casos por año, sin embargo, en México existe una escasa descripción en cuanto a la epidemiología. **Objetivo:** Presentar un caso clínico con diagnóstico de falla hepática aguda, secundaria a golpe de calor como diagnóstico de exclusión, cuyo diagnóstico oportuno y tratamiento con trasplante hepático derivó en un buen pronóstico funcional y de vida. **Material y métodos:** Caso de un paciente que ingreso por deterioro neurológico, 48 horas después presenta signos clínicos y bioquímicos integrándose falla hepática aguda, recibió tratamiento en terapia intensiva y activándose protocolo de trasplante hepático, posterior monitorización y tratamiento multidisciplinario dentro de la unidad de cuidados intensivos que culminó en una adecuada evolución y mínima disfunción en su recuperación. **Resultados y discusión:** El trasplante hepático es considerado como una urgencia nacional en aquellos que cumplen con los criterios, y actualmente la supervivencia a uno y cinco años postrasplante es de 90 y 80%, respectivamente. El abordaje debe de ser multidisciplinario y enfocado a encontrar y controlar la etiología.

FALLA HEPÁTICA AGUDA. CASO CLÍNICO

Gabriela Pineda García; Ángel Augusto Pérez Calatayud;
Mónica Fabiola Botello López; Cesar Enrique Vázquez Cortes;
Maritza Tinoco Sánchez

Hospital General de México.

Se trata de paciente de 42 años, originaria de Mexicali, AGO: G:5, A:3 (2 por anencefalia) C:2. Al iniciar su padecimiento cursaba la semana 19 de embarazo, presento, náuseas, vómitos e ictericia, fue admitida en el hospital ISSSTECALI el 22 de julio de 2024, donde se documentó transaminasemia, hiperbilirrubinemia, pancitopenia, lesión renal aguda, el día 01 de agosto presenta aborto incompleto por lo que es sometida a legrado instrumentado, se agrega encefalopatía hepática West Haven III. Debido a un cuadro compatible con falla hepática aguda es trasladada a Hospital General de México el día 05 de agosto durante su abordaje se reportó: VIH NR, pruebas serológicas e inmunológicas negativas, TAC hepatomegalia y edema periportal, colitis neutropénica. Tinción de médula ósea con tinción Wright Giemsa reporto megacariocitos aumentados, en el extendido diversos histiocitos fagocitando eritroblastos, la imagen global correspondiente a síndrome hematófagocítico, no se logró dilucidar etiología. Se otorgo terapia extracorpórea en modalidad CVVHDF así como asistencia extracorpórea hepática con MARS. Se comenta como prioridad a nivel nacional, realizando trasplante hepático el día 09 de agosto. Se inicia ventana neurológica, sin embargo, no se logró el retiro de la VM, evolucionando tórpida desarrollando falla orgánica múltiple, la paciente falleció el 17 de agosto.

FALLA MULTIORGÁNICA POR NEISSERIA MENINGITIDIS, UN CASO DE ÉXITO

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

Hospital Ángeles Lomas.

El choque séptico por *Neisseria meningitidis* es una emergencia médica caracterizada por la rápida progresión de una infección que puede resultar en una disfunción orgánica múltiple, se trata de un hombre de 50 años, deportista, sano, con viaje reciente a EUA, inició de forma progresiva y rápida con alteración en el estado de alerta, mialgias, lesiones purpúricas, fiebre, dolor en extremidades, llega a urgencias con TA: 60/40mmHg, SaO₂ 70%, sin respuesta a volumen, acidosis metabólica, hiperlactatemia, leucopenia, trombocitopenia, lesión renal aguda AKI III, con procalcitonina de 72, iniciando tratamiento empírico con Meropenem, ingresa a terapia intensiva, con falla cardíaca FEVI 27%, doble vasopresor, inotrópico, manejo avanzado de la vía aérea, terapia de reemplazo renal, sedación y analgesia, dermatosis progresiva, elevación de transaminasas, hipoperfusión generalizada, con mal pronóstico y altas probabilidades de muerte en las primeras horas, evolución de casi un mes, con retiro de inotrópico, vasopresor, ventana neurológica sin alteración, retiro de ventilación mecánica, disminución de marcadores de inflamación y transaminasas, recupera función renal, presentó síndrome hemofagocítico, delirium, necrosis en todos los dedos de las extremidades hasta falanges, sobreinfección por *Candida glabrata*, en plan quirúrgico de amputación y egreso de con fallas orgánicas resueltas.

FENÓMENO DE SAM DE LA VÁLVULA MITRAL POST-TAVI. CASO CLÍNICO

Ricardo Botello Maraver; Nora Bernal Ríos;
Ahtziri Yunuen Rodríguez Santos; Braulia Aurelia Martínez Díaz;
Janet Silvia Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

El fenómeno de SAM es una patología con baja incidencia (1.6%), alta mortalidad sin tratamiento específico y que requiere alta sospecha clínica. Femenino de 87 años, antecedentes de estenosis aórtica grave y dislipidemia. Presentó disnea de medianos esfuerzos asociado a soplo cardíaco estudiado con ECOTT y RMN evidenciando insuficiencia y

estenosis aórtica severas. Se ingresó para realizar TAVI de 26 mm, ECOTT con prótesis percutánea normofuncional y sin fugas paravalvulares. Ingresó a la UCI, posterior a 24 horas, presentó broncoespasmo, estertores basales y radiografía con importante congestión venocapilar pulmonar, agregándose soplo holodiastólico mitral. ECOTT con insuficiencia mitral grave secundaria a fenómeno SAM. La paciente requirió de VMNI y vasopresor, así como betabloqueador. Adecuada evolución clínica y posterior egreso hospitalario. Este fenómeno post-TAVI está poco descrito. Su fisiopatología se atribuye al aumento de la poscarga del VI que compensa la presión intraventricular elevada. Dicho aumento impide el movimiento del tabique, manteniendo el TSVI libre. Posterior a la TAVI, la presión intraventricular disminuye. Al mejorar la presión del TSVI el flujo aumenta, la presión del VI disminuye lo que tira de la válvula mitral anterior hacia el TSVI creando una obstrucción dinámica. El tratamiento prioriza optimizar el llenado diastólico y la contractilidad.

FOM: COINFECCIÓN POR RICKETTSIA Y DENGUE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Ana Melina Torres Gamboa; Mirely Guadalupe Casasús Bustillo;
Yareni María Morales Gual; Dafne Zaira Elizabeth Padilla Reyes

Hospital Dr. Agustín O'Horan, SSY.

Mujer de 20 años, zoonosis +, sana, acude a hospital rural por malestar de 6 días de evolución, rash, fiebre, dolor abdominal, vómito, con prueba NS1 positiva; manejo sintomático sin mejoría motivo de referencia a nuestra unidad, se recibe en urgencias somnolienta, hipotensa, taquicárdica, en piel "islas blancas en un mar rojo", estertores finos bilaterales, leucocitosis, plaquetopenia, transaminasemia, prolongación de tiempos de coagulación, falla renal, Rx con borramiento de ángulos costodiafragmáticos bilaterales; integrando diagnóstico de choque por dengue, aceptada en UCI como prioridad I. Durante su estancia evolución tórpida falla hemodinámica perfil distributivo, falla respiratoria, hematológica, hepática, renal, lesiones en piel no evanescentes a la digitopresión vasculíticas; requiriendo VMI, toracocentesis, manejo de CID, y pronación por SDRG grave, solicitando PCR para enfermedades transmitidas por vector por hallazgos en frotis de sangre periférica tinción Giemsa de "inclusiones azurófilas", se inicia manejo con Doxiciclina parenteral, presentando mejoría en las primeras 48 horas, con criterios para supinación, mejoría en los índices hemodinámicos, bioquímicos y gasométricos posterior extubación. Se obtiene resultado epidemiológico positivo para rickettsia. La importancia de este caso muestra la asociación de 2 enfermedades transmitidas por vectores que al ser diagnosticadas y tratadas de manera simultánea se obtuvieron resultados clínicos favorables, con impacto en la morbi-mortalidad en esta paciente.

GLOMERULOPATÍA SECUNDARIA ENDOCARDITIS TRICUSPÍDEA. CASO CLÍNICO

Francisco Javier Ramírez Almaraz;
Marcos Antonio Gutiérrez Amezcua; Karen Harumi López Rodríguez;
Jesús Enrique Castrejón Sánchez; José Carlos Gasca Aldama

Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Paciente de 18 años, hospitalizado por toxicodermia, que presenta taquicardia, falla respiratoria y crisis hipertensiva, en cuidados intensivos se documenta proteinuria en rango no nefrótico, hematuria y eritrocitos dismórficos. Se consideró síndrome de hematuria glomerular (síndrome nefrítico) con hipocomplementemia y positividad de C-ANCA. Durante su estancia se inició soporte renal con terapia de reemplazo renal continua, persistiendo con deterioro respiratorio, al realizar ecoscopia se documenta lesión en válvula tricúspide, abordándose como trombo en tránsito, sin embargo, las características de movimiento anárquico llevaron a la sospecha de endocarditis infecciosa (EI), se documentó además la existencia de émbolos sépticos a nivel pulmonar que condicionaron el deterioro respiratorio y neumotórax espontáneo. Las complicaciones renales secundarias a EI no son tan infrecuentes, el 79% suele presentarse como lesión renal aguda y el 97% con hematuria, los niveles de complemento y la positividad

de anticuerpos pueden ser confusores dentro de su abordaje, pero está descrita la hipocomplementemia hasta en el 56% de pacientes y la positividad para anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) puede estar presente en el 28%. El caso resalta la importancia de distinguir entre las causas de glomerulonefritis siendo la EI siempre un diagnóstico a considerar.

GRANULOMATOSIS DE WEGENER REPORTE DE CASO

Carlos Galves Banda; Celenys Bermúdez Lago

Hospital General de Zona #58, IMSS. León, Guanajuato.

Inicia con tos esporádica, productiva; rinorrea. Acude con médico, prescribe tratamiento sintomático sin mejoría. Se agregan lesiones dérmicas petequiales en extremidades inferiores, diaforesis, disnea, agitación. Incremento en motilidad fetal, acude a valoración a servicio de obstetricia con signos vitales taquicárdica y desaturación, se mantiene en vigilancia y se inicia esquema de maduración pulmonar, durante estancia presenta tos hemoptoica, se solicita tomografía de tórax reportan vidrio deslustrado, y múltiples nódulos en tórax; y consolidación basal derecha, prueba COVID negativa. Se inicia tratamiento con piperacilina/tazobactam y azitromicina. Por sospecha de TEP se realiza angio-TC banda atelectasica en S1 derecho engrosamientos nodulares pleurales mediastinales, nódulo sólido circunferencial de pared lisa en (S2). Segmento anterior del lóbulo superior derecho en su centro cavitado, tronco de la arteria pulmonar de 27 mm en lóbulo medio derecho e inferior hay consolidación. En S10 derecho presenta imagen regular y heterogénea con nivel hidroaéreo en su interior y derrame pleural. Presenta ruptura prematura de membranas y actividad uterina y se atiende trabajo de parto. En servicio de broncoscopia se mantiene con manejo avanzado de vía aérea e ingresa a UCIA, hipotensa, taquicárdica, bajo sedoanalgesia, RASS-5. Bajo VMI. Con apoyo aminérgico, sangrado por cánula orotraqueal. Se realiza plasmaféresis.

HEMOLISIS EN PACIENTE CON G6PD Y DENGUE GRAVE. CASO CLÍNICO

Alberto Ortiz Hernández; Alberto Arroyo Martínez;
Michell Estrella Montalvo Aguilar; Irma González Prado;
Christian Eduardo Badillo Morales

Hospital de Alta Especialidad de Veracruz.

La deficiencia de Glucosa 6 Fosfato Deshidrogenasa (G6PD) es una enfermedad hereditaria ligada al cromosoma X, la sospecha clínica está fundamentada en los hallazgos de crisis hemolíticas agudas exacerbadas por ingesta de habas, infecciones virales o bacterianas, consumo de medicamentos antimaláricos o antibióticos, que remite espontáneamente después de 4 a 5 días. Presentamos el caso de paciente masculino de 23 años de edad con diagnóstico de déficit de Glucosa 6 fosfato Deshidrogenasa, quien inicio sintomatología caracterizada por fiebre, mialgias y artralgias de manera generalizada, cefalea de predominio frontal y dolor retro ocular se realiza serología para dengue que reporto NS1 positivo, IgM positivo, IgG negativo, al cuarto día de síntomas evoluciona con hematuria y gingivorragia, bioquímicamente con elevación importante de enzimas hepáticas y síndrome anémico, también hiperkalemia e hiperfosfatemia lo que condiciona falla hepática aguda y lesión renal aguda además de acidosis metabólica severa. **Conclusión:** Durante su estancia en UCI requirió tratamiento multidisciplinario, se otorgó soporte mecánico ventilatorio además de soporte hepático con una sesión de SPAD, también requirió terapia de sustitución renal en modalidad hemodiafiltración veno-venosa continua. Se egreso al servicio de medicina interna después de 7 días de estancia en UCI con autolimitación de hemólisis y resolución de FO.

HEPATITIS AUTOINMUNE EN EMBARAZO, REPORTE DE CASO.

Carpintero Preciado Trinidad Jarelli;
Gómez Meza Saharai; Velasco Moreno Jose Juan;
Arizmendi Tapia Daniel; Álvarez Inclán Ricardo Esteban

Hospital de Especialidades No. 2 «Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta».

Paciente femenino de 33 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica, hepatopatía, etilismo remitido, Gesta 2, cesárea previa a los 6 meses por preeclampsia con datos de severidad y hepatopatía no especificada que remiten al resolverse embarazo; cursó con etilismo previo actualmente remitido; ingresa con embarazo de 17 semanas de gestación e inicia padecimiento actual 15 días previos a su ingreso con dolor en hipocondrio derecho, ictericia y cefalea; acude para atención médica en urgencias, donde se aborda como hepatopatía en estudio por cursar con falla hepática aguda, coagulopatía, y encefalopatía (West Heaven II); ultrasonido hepático reporta engrosamiento de pared de vesícula biliar, laboratorios con transaminasemia e hiperbilirrubinemia; se ingresa a terapia intensiva donde cursa con evolución tórpida evolucionando a choque séptico refractario, con falla multiorgánica (respiratoria, hepática, renal, hemática), ausencia de foco cardíaco fetal, realizándose legrado uterino instrumentado y descenso parcial de bilirrubinas, tolerando progresión de ventilación mecánica, se extuba, posteriormente se agrega insuficiencia respiratoria aguda, encefalopatía hepática (West Heaven IV), mayor deterioro hemodinámico e acidosis metabólica severa y tensión arterial indetectable, evolucionando a asistolia y posteriormente muerte 9 días posterior a su hospitalización, se recaban laboratorios con anticuerpos antinucleares positivos 1:320, integrándose hepatitis autoinmune en el embarazo.

HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO REPORTE DE 2 CASOS

Hugo Benjamín Gurrola García;
José Salvador Guzmán Casas; Edgardo Gutiérrez Ceballos;
Irán Arce Chávez; Judith Castro Gutiérrez

IMSS, UMAE 71. Torreón, Coahuila.

El hígado graso agudo del embarazo (HGAE) es una complicación grave del tercer trimestre, siendo raro en el puerperio. Su incidencia es de 1 en 7,000 a 15,000 embarazos, con una mortalidad del 2-10% y del 15-45% para el binomio materno-fetal. Se caracteriza por insuficiencia hepática aguda, coagulopatía y falla multiorgánica. Presentar abordaje diagnóstico de dos casos de hígado graso en el puerperio. Mujer de 29 años, primigesta, cesárea de urgencia por desprendimiento de placenta. Durante puerperio presentó leucocitosis, trombocitopenia, transaminasemia, hiperbilirrubinemia, lesión renal aguda, hiperuricemia, hiperamonemia, ultrasonido abdominal: esteatosis hepática y ascitis, 9 criterios de Swansea. Tratamiento de soporte. Mujer de 25 años, secundigesta, parto eutócico. Durante puerperio presentó hipoglucemia, trombocitopenia, transaminasemia, hiperbilirrubinemia, lesión renal aguda, coagulopatía, hiperamonemia, ascitis, 8 criterios de Swansea. Tratamiento de soporte. Existen pocos casos reportados de HGAE en el puerperio, la clínica es inespecífica, se debe tener una alta sospecha por la asociación con otros padecimientos propios del término del embarazo (preeclampsia y síndrome de HELLP), más de 6 criterios de Swansea es diagnóstico, sin llegar a requerir biopsia hepática, como en los casos presentados, el tratamiento es de soporte a fin de evitar la progresión a insuficiencia hepática y el cuadro tiende autolimitarse.

HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO. REPORTE DE CASO

José Manuel Reyes Rocha; Mayra del Carmen Ortega Jimenez

Hospital Regional ISSSTE Morelia.

El hiperaldosteronismo primario es una causa de hipertensión secundaria cuya prevalencia ronda entre el 6-12%, su detección y el tratamiento oportuno permite evitar el daño cardiovascular asociado a hipertrofia ventricular con posterior disfunción diastólica, eventos de fibrilación auricular entre otras arritmias, así como el desarrollo de hiperfiltración glomerular, microalbuminaria y progresión a enfermedad renal crónica en pacientes jóvenes. **Caso clínico:** Masculino de 28 años con antecedente de hipertensión, debilidad muscular y parálisis de extremidades por cuatro años. Con diagnóstico de hiperaldosteronismo primario en 2022, sin evidencia de lesiones o tumoraciones en glándulas suprarrenales, resto de crónicos y antecedentes negados.

Durante interrogatorio se detectaron varios familiares con cuadro similar más leve sin protocolo de estudio. Inició su cuadro al estar laborando presentó parálisis en sus cuatro extremidades, llevado a unidad hospitalaria, donde presenta tres eventos de parada cardiorrespiratoria, trasladado a nuestra unidad e ingresado a Terapia Intensiva donde presentó múltiples crisis convulsivas, se mantuvo sedado, se le realizó electroencefalograma que reportó actividad paroxística epileptiforme de tipo focal en región centro parieto-occipital izquierda, con evolución a deterioro rostrocaudal y muerte. **Conclusión:** El conocer la enfermedad y su protocolo diagnóstico favorecerá el oportuno diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, mejorando su calidad de vida y sobrevida.

HIPERCAPNIA PERMISIVA EN ASMA CASI FATAL. CASO CLINICO

Valenzuela Alatorre Valeria; Adolfo de Jesús Toscano Castillo; Sandoval Valdez Mayra Nallely; Silva Barrios Alma Rosa; Moreno Jasso Aldhair

UMAE CMN «Ignacio García Téllez».

Se denomina asma casi fatal a las exacerbaciones asmáticas que conducen al paro cardiorrespiratorio, intubación orotraqueal, ventilación mecánica, ingresan a Unidad de Cuidados Intensivos u objetivan hipercapnia o acidosis con una mortalidad hospitalaria del 2.5%. Se presenta caso clínico de paciente femenino de 32 años de edad con antecedente de Escoliosis congénita, Asma desde la infancia y fibrosis pulmonar secundaria a Neumonía por SARS-COV2 en el 2022 que amerita estancia en UCI y traqueostomía. Inicia padecimiento actual 3 días previos a su ingreso con disminución en la saturación de oxígeno que aumenta requerimientos de flujo máximo con concentrador con evolución tórpida alcanzando una saturación de 30%, derivada al servicio de admisión por deterioro del estado neurológico con Glasgow <8 puntos, gasométricamente con acidosis respiratoria, pCO₂ 98mmHg cumpliendo criterios para manejo avanzado de la vía aérea, ingreso UCI con diagnóstico de asma casi fatal por Neumonía adquirida en la comunidad que progresa a SDRA ameritando medidas de protección alveolar de acuerdo a ARDSNET permaneciendo con pCO₂ 50-70mmHg, inicia ventana neurológica con fallo al retiro de la ventilación mecánica, se realiza traqueostomía al día 14 y se inicia protocolo TIPS 2.0 de Barlow logrando extubación exitosa a los 30 días, se egresa de UCI a las 72hrs con evolución favorable.

INDICE RESISTIVO RENAL EN PREECLAMPSIA. PRESENTACION DE CASO CLINICO

Leopoldo Jorge Rodríguez Cruz; Julio Brizuela Santana; Luis Giovanni Melgoza Osorio; José Luis Pérez Rodríguez

Hospital Civil Antiguo «Fray Antonio Alcalde».

Introducción: La preeclampsia es un trastorno hipertensivo asociado a la gestación que afecta del 2% al 8% de los embarazos. El riñón es uno de los principales órganos de choque en los pacientes graves internados en la UCI. La incidencia aproximada de lesión renal aguda (LRA) en la UCI puede llegar a ser de hasta 36%. **Objetivo:** Presentar el caso clínico y revisión de literatura sobre paciente en la UCI con diagnóstico de preeclampsia y su riesgo de lesión renal aguda por medio del índice resistivo renal. **Materiales y métodos:** Se presenta caso clínico de paciente femenino de 24 años de edad, quien inicia en forma súbita su padecimiento, con diagnóstico previo de embarazo de término, DM gestacional, preeclampsia. **Discusión:** En cuanto al diagnóstico de LRA en contexto de preeclampsia en la UCI continúa siendo un reto debido a que se traduce en el aumento hasta en 30% de la mortalidad, por lo que la detección temprana de lesión renal cumple con relevancia clínica, económica y epidemiológica. **Conclusiones:** Protocolizar de manera temprana a los pacientes con preeclampsia, capacitando al personal médico en la realización de US renal en cualquier área de hospitalización, impactaría sobre la prevención de LRA en este en estos casos de patología.

INSUFICIENCIA CARDIACA Y MIOCARDIOPATIA PERIPARTO. PRESENTACION DE UN CASO

Mirely Guadalupe Casasús Bustillo; Ana Melina Torales Gamboa; Dulce Imelda Rodríguez Morejón; José Alfredo Verdejo Narváez

Hospital General Dr. Agustín O' Horan, SSI/Hospital General Regional Lic. Ignacio García Téllez IMSS.

Introducción: El embarazo se caracteriza por cambios hemodinámicos y hormonales asociados con la regulación del flujo sanguíneo. Cada vez hay más pruebas que relacionan la preeclampsia con el desarrollo de insuficiencia cardíaca y miocardiopatía. A pesar de ello, la miocardiopatía periparto es poco común y supone un riesgo para la vida de las pacientes. **Objetivo:** Se describe un caso en la UCI-O de insuficiencia cardíaca secundaria a miocardiopatía periparto durante la fase aguda de la enfermedad. **Presentación de casos:** Paciente de 40 a, con embarazo de 36 SDG, inicia de manera súbita con disnea de mínimo esfuerzos, tos no productiva, cefalea intensa e hipertensión. Ingres a urgencias presenta deterioro respiratorio y se aseguró la vía aérea. El embarazo finalizo por cesárea, con traslado inmediato a la UCI-O. EL ECOTT reporto VI ligeramente dilatado, hipocinesia severa, FEVI 40%, normal, insuficiencia mitral severa, hipertensión pulmonar 48 mmHg, BNP 9438 pg/mL TNI 64.9 8 CK 80 CKMB 21, se integró el diagnostico de Insuficiencia cardíaca aguda secundario a miocardiopatía periparto en una paciente con preeclampsia severa durante la fase aguda de la enfermedad. **Discusión:** El embarazo es reconocido como un momento de adaptación hemodinámica, y durante este periodo se pueden enmascarar enfermedades cardiovasculares, existen consideraciones de tratamiento, se requiere de un equipo multidisciplinario para optimizar los resultados maternos y fetales. **Conclusión:** En el presenta caso clínico se realizó una adecuada evaluación clínica, abordaje y tratamiento quedando de manifiesto en su recuperación.

INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA POR VHA Y VHS 1 Y 2. REPORTE DE CASO CLINICO

Karla Espinosa Pérez Negrón; Ramiro Escudero Farías; Bonfilio Benito Mendoza; Pedro Barriga Ferreyra; Carlos Iván Romero Vargas

Hospital Regional Morelia, ISSSTE.

Introducción: La insuficiencia hepática aguda es una afección que se produce en pacientes sin enfermedad hepática preexistente, se caracteriza por pruebas de función hepática anormales, coagulopatía y encefalopatía. Tiene múltiples etiologías y genera falla multiorgánica. La identificación temprana y el tratamiento de soporte mejoran el pronóstico de vida. **Objetivo:** Abordaje y tratamiento de la insuficiencia hepática aguda. **Material y métodos:** Reporte de un caso. **Presentación de caso:** Hombre, 27 años, previamente sano. Ingres a con ictericia, billirrubina total 13 mg/dL, predominio directa, AST 7000, ALT 5000, encefalopatía grado 3, amonio 570 ng/dL, coagulopatía, lesión renal aguda, acidosis metabólica refractaria y anuria, amerito hemodiálisis y ventilación mecánica invasiva. Se corrigió coagulopatía, medidas antiamonio con lactulosa y rifaximina. IgM virus Hepatitis A, e IgM Herpes virus 1 y 2 reactivos. Tratamiento con valganciclovir, salida de la ventilación invasiva. Referencia a tercer nivel, recibió terapia MARS y SPAD. Continuó en hemodiálisis y egresó. **Discusión y conclusiones:** Los casos de falla hepática aguda asociada a infección por VHA y HVS corresponden al 1 y 2% respectivamente, la sobrevida de esta sin trasplante hepático es del 70%, siempre y cuando se proporcione soporte multiorgánico de manera oportuna, lo cual impactó en el pronóstico de vida de este paciente.

INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA SECUNDARIA A SCA CEST. CASO CLÍNICO

Aldhair Moreno Jasso; Miguel Ángel Ruiz Moguel; Ingrid Suasnávar Cancino; Delia de los Ángeles López Palomo; Miriam Sagrario Álvarez Villanueva

Insuficiencia mitral se caracteriza por presentar lesión en los músculos papilares de la válvula condicionando mal funcionamiento de la misma y por ende condicionando presentando de insuficiencia que compromete el adecuado funcionamiento del corazón. Se trata de un hombre de 52 años quien cuenta con antecedentes cardiovascular de Diabetes Mellitus Tipo 2, hipertensión arterial sistémica, así como de dislipidemia presenta cuando anginoso típico 72 hrs previo a su ingreso valorado en su unidad de medicina familiar siendo tratado con AINES y egresado a domicilio, persistiendo con sintomatología pero agregándose disnea de medianos a pequeños esfuerzos acude nuevamente a valoración realizando se electrocardiograma evidenciando elevación del segmento ST en cara inferior, por lo que se activa código infarto y enviado de su hospital general de zona a nuestra unidad, en el cual se durante su evaluación se realiza ecocardiograma evidenciando acinesia en pared inferolateral e insuficiencia mitral severa por lo que se decide tratamiento quirúrgico, realizándose sustitución valvular y revascularización cardiaca, ingresando en posquirúrgico inmediato a terapia intensiva, se brinda hemodinámico farmacológico, integrándose síndrome de bajo gasto postcardiotomía, requiriendo soporte inotrópico, con posterior evolución a la mejoría, logrando la progresión ventilatoria y hemodinámica, egresando sin complicaciones a servicio tratante sin apoyo de vasopresor.

INTOXICACIÓN POR NITROPRUSIATO. CASO CLINICO

Victoria Martínez Estrada; Janet Silvia Aguirre Sánchez;
Braulia Aurelia Martínez Díaz

Centro Médico ABC. Ciudad de México.

Introducción: Es una complicación poco común, es difícil de diagnosticar en pacientes críticamente enfermos. Posee un metabolismo rápido y posterior liberación de los grupos ciano, esta reacción es facilitada por grupos sulfidrido del endotelio vascular y los eritrocitos. Los factores de riesgo son infusiones prolongadas y dosis altas, la dosis no exceda 2 µg/kg/min. Las manifestaciones clínicas son muy variadas. **Caso clínico:** Masculino de 80 años, antecedente de HTA, hipotirodismo, depresión y drenaje de hematoma subdural izquierdo. Presenta caída, sin pérdida del estado de alerta, se recibe en urgencias con crisis hipertensiva manejo con amlodipino, telmisartán y nifedipino, pasa UCIC inician infusión con nitroprusiato durante 5 días, TAC de cráneo con aumento del hematoma subdural, pasa a craneotomía, laboratorios con LRA KDIGO II, acidosis metabólica de anión GAP elevado, hiperlactatemia tipo B. **Discusión:** El nitroprusiato de sodio es uno de los medicamentos antihipertensivos más utilizados en las áreas críticas. La intoxicación por tiocianatos secundaria a infusiones de nitroprusiato de sodio es relativamente baja aproximadamente el 2.5%. En todo paciente que presente alteración del nivel de conciencia, inestabilidad cardiovascular, acidosis metabólica de origen desconocido mientras esté recibiendo este vasodilatador, se debe sospechar intoxicación por cianuro para iniciar de inmediato el apropiado.

ISOFLORANO Y ESTADO EPILEPTICO SUPERREFRACTARIO. CASO CLINICO

Isabella Joseline Albuerno Estrada; Arturo Fuentes Gómez;
Janet Aguirre Sánchez; Braulia Martínez Díaz

Centro Médico ABC.

Introducción: La sedación inhalatoria con isoflurano en el tratamiento del estado epiléptico refractario y superrefractario parece ser una alternativa terapéutica útil y segura para esta patología con control efectivo de las crisis epilépticas en pacientes afectados por EESR. **Caso clínico:** Mujer de 45 años sin antecedentes de importancia, el día 8 de junio presentó crisis epilépticas secundarias a encefalitis autoinmune, se inició tratamiento con anticósmicos e inmunoglobulina IV, sin notar mejoría por lo que ingresa a terapia intensiva para manejo avanzado de la vía aérea, se inicia sedoanalgesia se solicitó electroencefalograma con presencia de estatus

epiléptico no convulsivo superrefractario motivo por el cual se decide utilizar isoflurano con CAM 1.15% manteniendo brote de supresión con mejoría en electroencefalograma continuo durante 24 horas, se suspende inhalado y posteriormente se realiza extubación con anticósmicos para continuar con vigilancia. **Discusión:** Klein y colaboradores, indican que el isoflurano puede contribuir a una disminución rápida en la frecuencia de las crisis permitiendo la transición a otros tratamientos a largo plazo. **Conclusiones:** El uso de isoflurano contribuye a la disminución de crisis epilépticas con pocos efectos secundarios asociados.

LESIÓN CEREBRAL TRAUMÁTICA DURANTE EL EMBARAZO. CASO CLINICO

Armando Gonzalez Segovia

Hospital de Especialidades No. 1, Centro Médico Nacional del Bajío.

Presentación: Femenino de 24 años con embarazo de 26 SDG ingresada a urgencias posterior a accidente de motocicleta eyectada 4 metros. Ingres a urgencias con Glasgow de 8 puntos, se realizó manejo avanzado de la vía aérea, tomografía simple de cráneo con zonas de contusión hemorrágica, edema cerebral que condicionan herniación y un USG con embarazo de 27 SDG. Ingreso a nuestra unidad inició esquema de maduración pulmonar, con PIC estimada por diámetro de vaina de nervio óptico de 25 mm-Hg, se inició solución salina hipertónica al 3%, sometida a craneotomía descompresiva. En el evento quirúrgico se administró solución salina hipertónica al 3%. Neurocirugía reporta una craneotomía observando contusiones y edema, egresando dependiente de doble vasopresor. En UCI con PIC y doble vasopresor manteniéndose en vigilancia. Posterior a la craneotomía descompresiva presenta óbito. Se realiza extracción de producto masculino de 1065 gramos de peso, talla de 38 centímetros, líquido amniótico sin datos de contusiones o hemorragias. Reingreso a UCI y en 24 horas se consiguió el retiro de vasopresores, al final obtuvo una recuperación parcial y fue egresada para inicio de rehabilitación. **Conclusión:** La estabilización materna no se consiguió con la disminución de la presión intracraneal sino hasta la culminación del embarazo por procedimiento quirúrgico, como toda la literatura lo menciona la decisión del momento de terminación del embarazo estará a decisión del equipo.

LESIÓN RENAL AGUDA Y RABDOMIOLISIS POR TÉTANOS. CASO CLINICO

Leticia Osiris Castro Reyes; Aarón Tito Santiago López;
Margarita Chávez Cruz

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

El tétanos es un problema de salud pública, siendo una enfermedad prevenible. Su afección es rápidamente progresiva caracterizada por dolor, espasmos y rigidez muscular, debido a una potente neurotoxina producida por *Clostridium tetani*. Presentamos el caso de masculino de 50 años, previamente sano, sin esquema de vacunación, padecimiento actual 2 semanas previas al ingreso, sufre herida en antebrazo derecho, le realizan lavado y sutura, con mala evolución, en varias ocasiones requirió curación de herida por infección. presenta espasmos musculares inicialmente localizados en extremidad afectada y posteriormente generalizados, requiriendo analgesia, sedación y ventilación mecánica. Ingres a UCI donde administramos dosis de inmunoglobulina humana antitetánica 2500 UI, metronidazol, lavados quirúrgicos y toma de cultivos. El paciente evoluciona a oliguria y lesión renal aguda, CK total 55677, urea 98, BUN 46, crea 2.97, TFG 23. requiriendo tratamiento de reemplazo renal continuo. **Conclusiones:** La lesión renal por rabdomiólisis secundaria a tétanos hay poca evidencia en la literatura, rabdomiólisis produce vasoconstricción, obstrucción tubular por mioglobina resultando oxidación directa de las células del túbulo renal, su tratamiento inmediato lavado de herida, inmunoglobulina, antibióticos intravenosos, hidratación. Una vez establecida la lesión renal el tratamiento de reemplazo renal lento continuo es la elección para la eliminación de mioglobina.

LESIÓN VASCULAR DE NASOANGIOFIBROMA. MONITOREO UCI. CASO CLÍNICO

Leslie Eugenia Cuevas Cruz; Jorge Gutiérrez Zárraga;
José Guillermo Espinosa Ramírez; Estefanía Flores Méndez;
Paola Cristina Guillermo Velecela

Hospital General de México.

El nasofibroma juvenil es un tumor benigno raro, altamente vascularizado e invasivo que afecta principalmente a adolescentes masculinos. Este documento presenta el caso de un paciente masculino de 16 años con diagnóstico de nasofibroma que al abordarse vía quirúrgica presenta lesión incidental en la arteria carótida externa, causando choque hipovolémico que a pesar de transfusión masiva de hemoderivados y cristaloideos persiste con falla hemodinámica y neurológica; documentándose por tomografía axial computada de cráneo edema cerebral difuso. Tras su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos se reporta persistencia de hemorragia por lo que se realiza hemostasia local con taponamiento neumático. Por riesgo de coagulopatía dilucional se decide emplear el monitoreo no invasivo optimizando la ministración líquidos y hemoderivados mediante la aplicación de pruebas de respuesta a volumen y test viscoelásticos logrando la resolución del choque en las primeras 24 horas. Se monitorizaron flujos cerebrales optimizando medidas anti-edema visualizando por tomografía de cráneo simple la resolución del edema a las 48 horas. Se discute la importancia de conocer y aplicar la fisiología de la reanimación guiada por monitoreo no invasivo para optimizar la perfusión cerebral en un estado de choque hipovolémico hemorrágico.

LEUCOENCEFALOPATÍA ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA. CASO CLÍNICO

Vania Daniela Nina Saucedo, Adriana Angelica Paredes Cano,
Elizabeth Alicia Unda López, José Guillermo Espinosa Ramírez

Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

La leucoencefalopatía inducida por cocaína es una complicación neurológica poco común. Se relaciona con las sustancias utilizadas para adulterar la cocaína. Los pacientes presentan síntomas neurológicos graves que se resuelven al finalizar la exposición. La RM muestra afectación difusa y selectiva de la sustancia blanca respetando tronco encefálico y cerebelo. Se describe el caso de un paciente de 34 años con antecedentes de consumo de cocaína y marihuana desde hace 10 años, último consumo un día previo al ingreso. Comienza padecimiento actual el día 13/08/2024, por presentar palpitaciones, agitación psicomotriz y cefalea acude a urgencias donde se evidencia hipertensión arterial TA 170/100 mmHg, posteriormente presenta movimientos tónico clónicos generalizados sin recuperación del estado de alerta, se procede al manejo avanzado de la vía aérea, ingresando con diagnóstico de intoxicación aguda por cocaína, es trasladado a la UCI, durante su estancia, paciente evoluciona favorablemente, al sexto día presenta ceguera cortical, secundario al consumo de cocaína, es egresado de UCI, para continuar tratamiento en pabellón de Medicina Interna. Diez días después del alta, paciente presenta deterioro súbito del estado de conciencia, con requerimiento de apoyo ventilatorio, con necesidad de reingreso a UCI, se realiza RM donde se evidencia lesiones hiperintensas en región frontal bilateral compatibles con leucoencefalopatía secundaria a uso crónico de cocaína.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO MANEJO INTEGRAL UCI. CASO CLÍNICO

Zarahit Nelly Galicia Orihuela; Carlos Jiménez Correa;
Natalia Gómez González; José Ángel Moreno Vázquez

UMAE T1, IMSS, León, Guanajuato.

Introducción: Lupus eritematoso sistémico es la enfermedad autoinmune más común que requiere ingreso en unidades de cuidados intensivos. Las causas más frecuentes de ingreso son crisis de la enfermedad, infecciones y falla orgánica. **Objetivo:** Reconocimiento rápido

del diagnóstico, factores desencadenantes, terapia de soporte vital y complicaciones. **Material y método:** Mujer de 59 años antecedente de tabaquismo intenso y depresión mayor, 3 semanas previas pérdida de peso, úlceras orales, disfagia, placas eritematosas y descamativas con diseminación centrípeta en tórax, sospecha de psoriasis vulgar. Inicio de metotrexato con empeoramiento de sintomatología. Criterios de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, falla renal y medular, sospecha de intoxicación por metotrexato. Ingresó a UCI, se trata estado de choque, manejo inmunosupresor, terapia de reemplazo renal y complicaciones como neumonía y hemorragia alveolar difusa. Toma de biopsia de piel reveló lupus eritematoso cutáneo subagudo. **Resultados:** Reconocimiento certero de patología, factores desencadenantes, terapia de soporte vital y complicaciones. **Discusión:** Este caso resalta factores de riesgo asociados con la mortalidad de la enfermedad autoinmune más prevalente reportada. Manejo integral con terapia de soporte vital orgánico. **Conclusiones:** Documentar un caso de lupus eritematoso sistémico en unidad de cuidados intensivos es crucial para agrupar factores desencadenantes, manejo y complicaciones, dado el escaso conocimiento sobre manejo integral de enfermedad autoinmunes en UCI.

MANEJO CRÍTICO EN PANHIPOFISITISMO. CASO CLÍNICO

Ricardo Daniel Estrada Moreno;
Sandra Paola Ávila Villalobos; Francisco Javier Ramírez Almaraz;
Javier Vázquez Falconi Justiniani; Diego Oliverio Bautista Quintero

Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

Paciente masculino de 60 años, antecedente de acromegalia años previo a su ingreso secundario a microadenoma, el cual se reseca sin ninguna complicación, sin seguimiento posterior. Su motivo de ingreso es traumatismo craneoencefálico que le condiciona hematoma subdural derecho y hemorragia interhemisférica, presenta deterioro neurológico y amerita manejo avanzado de la vía aérea, de manera posterior desarrolla bradicardia asociada a inestabilidad hemodinámica, sin respuesta a atropina, por lo que se decide colocar marcapasos transvenoso, se sospecha coma mixedematoso por escala de Burch Wartofsky de 60 puntos, se administra dosis enteral de levotiroxina de 500mcg e hidrocortisona 200mg, presenta perfil tiroideo compatible con hipotiroidismo central, con déficit de resto de hormonas hipofisarias. Asociado a la reposición de hormonas tiroideas desarrolla poliuria, en su abordaje diuresis acuosa, sugestiva de diabetes insípida por lo que se administra dosis intranasal de desmopresina, con buena respuesta. Continúa con respuesta adecuada al tratamiento médico, se logra retiro de marcapasos por presentar ritmo sinusal sin bradicardia, de manera posterior su estado neurológico limita su extubación. Se trata de un caso de panhipofisitismo que se exacerba posterior a evento desencadenante, que presenta mejoría con la reposición exógena hormonal.

MANEJO DE LA ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS NMDAR. PRESENTACION DE DOS CASOS

Juvenal Franco Noguez; Arturo Javier Fuentes Gómez;
Braulio Martínez Díaz; Janet Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

Introducción: La encefalitis autoinmune por anticuerpos Anti-N Metil D Receptor De Aspartato NMDAR tiene una mortalidad del 8% y una alta morbilidad, asociándose con síntomas neuropsiquiátricos, crisis convulsivas y secuelas neurocognitivas. Afecta predominantemente a mujeres jóvenes y tiene una alta tasa de recurrencia del 15%. **Casos clínicos:** 1) Femenino de 18 años sin antecedentes patológicos, inició con cambios conductuales y crisis convulsivas que progresaron a estatus epiléptico. Se inició tratamiento con metilprednisolona e inmunoglobulina sin buena respuesta, escalando tratamiento a rituximab tras presentar recaída y aumento de títulos de anticuerpos. 2) Femenino de 58 años con antecedente de hipotiroidismo e hipertensión arterial que inició con alteraciones de memoria, manifestaciones psiquiátricas y crisis convulsivas refrac-

tarias. Se manejó con esteroide, plasmaféresis y tras recurrencia de convulsiones, se inició rituximab con buena respuesta. **Conclusión:** Se trata de una serie de 2 casos de esta patología que necesita de un complejo abordaje de estudios diagnósticos, monitoreo EEG continuo y manejo de fármacos anticonvulsivos. Uno de los casos se asoció a teratoma, pero la mayoría de los casos no tienen un detonante evidente. Su sospecha temprana es importante para iniciar el tratamiento y mejorar el pronóstico.

MANEJO EXTRACORPÓREO DEL CHOQUE CARDIOGÉNICO. CASO CLÍNICO

Sandra Paola Ávila Villalobos;
Jessica Garduño López; Marcos Antonio Gutiérrez Amezcua;
José Carlos Gasca Aldama; Enrique Castrejón

Hospital Juárez de México.

Paciente masculino de 34 años de edad, con diagnóstico previo de hipertiroidismo, ingresa por presentar palpitaciones, disnea y ansiedad, se evidencia fibrilación auricular que amerito tratamiento médico con antiarrítmicos y cardioversión eléctrica sincronizada. Presenta deterioro neurológico y datos de choque, se inicia norepinefrina y se da manejo avanzado de la vía aérea. Al persistir con datos de hipoperfusión, se agrega segundo vasopresor con vasopresina, sin embargo, persiste con datos de hipoperfusión y anuria. Se evidencia hipocontractilidad cardíaca global y se inicia inotrópico con dobutamina y levosimendán. Perfil tiroideo con TSH 0.003, T3 0.60ng/mL, T4 8.73mcg/dL, acidosis metabólica, hiperkalemia y ultrasonográficamente con datos de sobrecarga hídrica. Presenta choque cardiogénico SCAI D, tormenta tiroidea con Burch Wartofsky de 80 puntos y lesión renal aguda KDIGO III. Se inicio tratamiento antitiroideo con metimazol, ameritando también terapia de reemplazo renal continua en modalidad HDFVVC con ultrafiltrado de 500mL, con mejoría del volumen sistólico, sin embargo, persiste con datos de hipoperfusión por lo que se decide manejo extracorpóreo con ECMO VA. Posterior a 48 horas de la terapia sin mayor requerimiento de vasopresores e inotrópicos, sin soporte de TRRC, alerta. Se realiza extubación y posterior retiro del ECMO. Se egresa por mejoría.

MEDIASTITIS: SERIE DE CASOS

Brizuela Santana Julio Cesar; Rodríguez Cruz Leopoldo Jorge;
Bravo Lozano Diana Guadalupe; Melchor Flores Ana Rosa;
Ortiz Macías Iris Xochitl

Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde».

Introducción: La mediastinitis necrotizante descendente (DNM) suele desarrollarse en asociación con infecciones orofaríngeas graves o un trauma cervical complicado por una infección que se ha extendido a lo largo de los planos fasciales. **Objetivo:** Presentar las características de la extensión, intervención quirúrgica, agente etiológico, complicaciones y desenlace de 5 casos clínicos. **Material y métodos:** Se realiza una búsqueda intencionada en la base de datos del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde de pacientes hospitalizados en Terapia Intensiva encontrando 5 pacientes con las características necesarias para ser incluidos. **Resultados:** Se encuentra un promedio de edad de 40 años, con absceso odontogénico y retrofaríngeo como las principales causas, a su vez, la extensión más común fue tipo I en donde se ve afectado el espacio mediastinal superior. El agente microbiológico más comúnmente aislado fue *Streptococo a-haemolyticus*. El promedio de estancia en terapia intensiva fue de 5 días y desafortunadamente dos pacientes fallecieron durante su hospitalización. **Discusión:** Los resultados de esta serie de casos nos habla de que el manejo quirúrgico óptimo en temporalidad, la toma de cultivos asociado a antimicrobianos de amplio espectro, así como la toma de estudios de imagen para la clasificación y elaboración de un plan quirúrgico son esenciales para impactar en el pronóstico de estos pacientes. **Conclusiones:** El drenaje quirúrgico inmediato, antibióticos de amplio espectro y aseo continuo es vital para que el desenlace sea exitoso en estos pacientes.

MENINGITIS SECUNDARIA A ENDOCARDITIS INFECCIOSA. CASO CLÍNICO

Freud Piaget Hernandez Bielma; Jessica Garduño López;
Marcos Antonio Gutiérrez Amezcua; José Carlos Gasca Aldama;
Javier Vázquez Falconi Justiniani

Hospital Juárez de México.

Masculino de 43 años, que inicio con cefalea holocraneana de predominio occipital, progresando a deterioro neurológico requiriendo manejo avanzado de la vía aérea, por tomografía edema cerebral, por Doppler color transcraneal incremento de velocidades en arteria cerebral media, se realizó PL y análisis de líquido cefalorraquídeo sugerente de etiología bacteriana: Presión de apertura 24 cmH₂O, turbio, amarillo, glucosa 2, Prot 235, Cels 320, MN 22%, PMN 78%. Se realiza abordaje por deterioro neurológico secundario a neuroinfección por estreptococo pneumoniae, al ingreso a UCI se realizó ecoscopia que mostraba un jet de insuficiencia aortica en eje largo paraestrenal, bajo sedación y VMI se realizó Ecografía Transesofágica, encontrando en la ventana medio esofágica a 110-130°, masa de forma irregular con movimiento anárquico anclada el velo coronario izquierdo de la válvula aortica y otra masa móvil sobre el velo anterior de la válvula mitral. Cumpliendo con criterios de Endocarditis Infecciosa. Destaca además la detección de VIH etapa C3, se iniciaron cobertura antibiótica empírica, vigilancia hemodinámica y eco transesofágico cada 4 días. Finalmente se descartó que el incremento de velocidades en la ACM fuera secundaria a estenosis, siendo extubado y egresado por mejoría.

MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO (MCP) REPORT DE CASO

Abisai De los Santos Solís; Areli Muñoz Cruz;
José David Salmerón González

Hospital General «Dr. Miguel Silva»

Introducción: La MCP es una patología poco frecuente con alta letalidad. Se presenta durante el últimos meses de gestación o los primeros cinco meses de puerperio. Se caracteriza por una disfunción sistólica del ventrículo izquierdo con FEVI < 45% y síntomas de falla cardiaca congestiva en personas sin un diagnóstico previo de cardiopatía o ausencia de otra causa identificable de insuficiencia cardíaca. **Objetivo:** Describir un caso de MCP con buena evolución. **Material y métodos:** Reporte de caso de una paciente de 24 años, multigesta, con antecedente de enfermedad hipertensiva pregestacional. A las 32 SDG presenta preeclampsia severa. Se evidenció falla cardíaca con dilatación de cavidad cardíaca izquierda con FEVI del 43% y reducción de FEVD. Se inició manejo multidisciplinario con los servicios de UCIA, Cardiología y Ginecología. El tratamiento empleado se basó en diuréticos, IECA, trombotrópica, cabergolina y antibióticoterapia. **Resultados:** La paciente presentó buena evolución de los parámetros hemodinámicos y gasométricos, egresó a los 16 días de puerperio. **Discusión:** La MCP es un diagnóstico por considerar en pacientes con falla cardíaca periparto y debe distinguirse en pacientes con preeclampsia severa. **Conclusiones:** El caso descrito pudo tratarse eficazmente gracias al trabajo multidisciplinario y reconocimiento temprano de la MCP por hallazgos ecocardiográficos.

MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO: REPORT DE CASO

Marco Antonio Sedano Gómez; David García Hernández

Hospital Regional ISSSTE de Morelia, Morelia, Michoacán.

La miocardiopatía periparto es una patología infrecuente, sin embargo, sus complicaciones pueden tener un gran impacto en la morbilidad durante el periparto. Se caracteriza por falla de ventrículo izquierdo con una FEVI < 45% durante el final de la gestación e incluso en los primeros meses del puerperio. Se describe el caso de una paciente de 28 años quien ingresa a la unidad cuidados críticos posterior a una hemorragia obstétrica (2500mL), se maneja con oxígeno suplementario por puntas nasales, sin sedación, hipotensión manejada con vasopresor tipo norepinefrina 0.05 mcg/kg/min, dolor abdominal a la palpación

superficial. Después de 4 horas, a pesar de la reanimación con cristaloideos y 3 concentrados eritrocitarios se requiere aumentar dosis de vasopresor hasta 0.2 mcg/kg/min, persistiendo con hipotensión y taquicardia, se intensifica el dolor abdominal, se realizó tomografía y se encuentra líquido libre por lo que es reintervenida de emergencia, se realizó histerectomía total abdominal. Reingresa bajo ventilación mecánica invasiva, sedación con Propofol y analgesia con buprenorfina. Aunque se retira de la ventilación mecánica continua con evolución tórpida por lo que se realiza ECOTT encontrando insuficiencia mitral III/IV, función ventricular sistólica disminuida (FEVI 34%), sin dilatación ventricular, TAPSE 26 mm, se inicia manejo para miocardiopatía periparto.

MIOCARDIOPATIA PERIPARTUM Y PRECLAMPSIA SEVERA. PRESENTACIÓN DE CASOS

Mirely Guadalupe Casasús Bustillo; Ana Melina Torales Gamboa; Dulce Imelda Rodríguez Morejón; Jose Alfredo Verdejo Narváez

Hospital General Dr. Agustín O'Horan/Hospital General Regional Lic. Ignacio García Téllez IMSS.

Introducción: El embarazo se caracteriza por cambios hemodinámicos y hormonales asociados con la regulación del flujo sanguíneo. Cada vez hay más pruebas que relacionan la preeclampsia con el desarrollo de insuficiencia cardíaca y miocardiopatía. A pesar de ello, la miocardiopatía peripartum es poco común y supone un riesgo para la vida de las pacientes. **Objetivo:** Se describe un caso en la UCI-O de insuficiencia cardíaca secundario a miocardiopatía peripartum durante la fase aguda de la enfermedad. **Presentación de casos:** Paciente de 40 a, con embarazo de 36 SDG, inicia de manera súbita con disnea de mínimo esfuerzos, tos no productiva, cefalea intensa e hipertensión (190-112 mmHg). Ingresa a urgencias presenta deterioro respiratorio y se aseguró la vía aérea. El embarazo finalizó por cesárea, con traslado inmediato a la UCI-O. EL ECOTT reportó VI ligeramente dilatado, hipocinesia severa, FEVI 40%, normal, insuficiencia mitral severa, hipertensión pulmonar 48 mmHg, BNP 9438 pg/mL TNI 64.9 8 CK 80 CKMB 21, con lo anterior se integró el diagnóstico de Insuficiencia cardíaca aguda secundario a miocardiopatía peripartum en una paciente con preeclampsia severa durante la fase aguda de la enfermedad. **Discusión:** El embarazo es reconocido como un momento de adaptación hemodinámica, y durante este periodo se pueden enmascarar enfermedades cardiovasculares, existen consideraciones de tratamiento, se requiere de un equipo multidisciplinario para optimizar los resultados maternos y fetales. **Conclusión:** En el caso clínico se realizó una adecuada evaluación, abordaje y tratamiento quedando de manifiesto en su recuperación.

MIOCARDITIS POR DENGUE. REPORTE DE CASO CLÍNICO

Victoria Martínez Estrada; Ahtziri Rodríguez; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz

Centro Médico ABC. Ciudad de México.

Introducción: El rango de la prevalencia mundial de miocarditis es 10.2 a 105.2 por cada 100,000 personas. La etiología es variable, pero la más prevalente es la causa infecciosa por virus cardiotrópicos. La clínica es variada, presentación fulminante con insuficiencia cardíaca, choque cardiogénico, o muerte súbita. **Caso clínico:** Mujer de 77 años, antecedente de cambio valvular mitral con válvula biológica por cardiopatía reumática crónica, FAP e HAS. Viaje reciente a zona tropical. Presentó cefalea, malestar general e hipoxemia. Laboratorios con Troponina >100, Mioglobina 475, pro-BNP 5398, panel de neumonía negativo, TAC de tórax con derrame pleural bilateral, cardiomegalia, ECG con FEVI de 70%, esclerosis valvular aortica, patrón congestivo pulmonar. Anticuerpos IgG e IgM para dengue positivos. Se realizó IRM cardíaca que reporta dilatación de la aurícula izquierda y realce tardío de patrón no isquémico, datos por miocarditis. **Discusión:** Se han reportado pocos casos de miocarditis por Dengue virus. La patogénesis no está bien definida, se presume que el virus invade directamente el miocardio o produce complejos autoinmunes. Esta paciente a pesar de contar con antecedentes de ICC, presentó elevación aguda de enzimas cardíacas,

sin causa isquémica, sugestivo de infección y pruebas de detección de anticuerpos antivirales apoyan los hallazgos clínicos.

MIOCLONOS PERSISTENTE EN SÍNDROME POST PARO. CASO CLÍNICO

Valeria Stephanie Dorador Guevara; Carlos Jimenez Correa; Alejandra Hernandez Blancas

CMN del Bajío, Hospital de especialidades T1.

Mujer de 69 años quien ingresa a UCI posterior a parada cardíaca, requirió 1 ciclo de reanimación con RCE. Durante su estancia en unidad de cuidados intensivos se otorga cuidados post paro. Se inicia ventana neurológica, con emersión a las 60 horas, con presencia de mioclonos en hemicara derecha y extremidades izquierdas, exacerbado a la estimulación táctil y álgica, sin lograr control hasta el sueño profundo. El abordaje de estudio incluyó paraclínicos, se descartó causa metabólica o electrolítica del estado mioclónico. La resonancia magnética mostró isquemia cortical generalizada, característico del síndrome de Lance Adams, con pobre pronóstico neurológico. Se consideró manejo con valproato de magnesio y benzodiazepinas. La entidad se debe a un desequilibrio entre los neurotransmisores GABA y Glutamato, deficiencia de serotonina y desbalance en la dopamina. Las lesiones hipóxico-isquémicas se presentan con imágenes de acuerdo a la madurez del encéfalo, severidad del cuadro y tiempo de retorno a la circulación espontánea. La paciente cursó con la clínica, abordaje y directrices terapéuticas fue la descrita en la literatura. Es necesario que se identifique de forma objetiva y temprana para ofrecer las intervenciones posibles en una entidad clínica que per sé modificará de forma importante el entorno biopsicosocial del enfermo.

MIOSITIS NECROTIZANTE: COMPLICACIÓN RARA DE ESTATINAS. CASO CLÍNICO

Jonathan David Morales Ramírez; Abraham Velásquez Crespo; Jorge Cruz Lopez; Daniel Alonso Martínez; Karen Itzel Gonzalez Martínez

Centro Médico Naval, SEMAR, Ciudad de México.

La miopatía necrotizante inmunomediada es una condición cada vez más común y grave en la que los anticuerpos atacan las fibras musculares, causando debilidad muscular, fatiga y mialgias. Se ha reportado prevalencia de 1-2 casos por millón, se considera una complicación muy rara del uso de estatinas. **Caso clínico:** Femenino de 51 años de edad, acude por presentar dolor en región lumbar de un mes de evolución, sin mejoría con el uso de analgésicos orales e intravenosos, presentando exacerbación de sintomatología agregándose mialgias hasta la incapacidad. Se realiza medición de niveles de creatina-fosfoquinasa encontrándose en valores anormales. Desarrollando durante hospitalización con lesión renal aguda y hepática. Asociado a uso de estatinas dos semanas previas a inicio de sintomatología. Durante internamiento se realiza biopsia de musculo, el cual reportó miopatía necrotizante inflamatoria compatible con daño muscular por fármacos. **Discusión:** Las miopatías representan un grupo heterogéneo de patologías musculares. La miositis es la inflamación del tejido muscular con evolución habitualmente crónica, aunque también pueden ser de inicio agudo. La miositis necrotizante autoinmune es causada por estatinas; clínicamente se presenta con debilidad muscular, niveles elevados de creatina-fosfoquinasa, sin mejoría clínica a pesar del retiro del fármaco. En la literatura existen pocos casos descritos de dermatomiositis inducida por estatinas, es por ello que un diagnóstico rápido y preciso es crucial.

MUERTE ENCEFÁLICA; SECUNDARIA HEMORRAGIA CEREBRAL. CASO CLINICO

Marco Antonio Castillo Cabrera; Lidia Gutiérrez Hernández; José Luis Julio Pérez Mejía

Hospital General Pachuca, Hidalgo.

Introducción: Muerte encefálica, femenina PO cesárea, estatus epiléptico, hemorragia frontoparietal derecha con irrupción ventricular de etio-

logía a determinar. Paciente K.M.G.G. de la segunda década de la vida, con diagnóstico de muerte encefálica. **Objetivo general:** Estudio de caso en paciente femenino, muerte encefálica secundario a hemorragia cerebral frontoparietal derecha. Hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Pachuca. **Material y métodos:** Estudio de diseño observacional, retrospectivo, analítico, transversal. Mujer de 28 años, puerperio quirúrgico patológico mediato: PO de cesárea (12.06.2024) ingresó con estatus epiléptico, se mantuvo bajo efectos de sedación manteniendo efectos de sedación RASS -5. Apoyo mecánico ventilatorio, estancia 12 días. **Resultados:** Ingresó con apoyo mecánico ventilatorio, equilibrio ácido base, PO de craneotomía frontal derecha drenaje de hematoma + ventriculostomía por hematoma intraparenquimatoso frontoparietal derecho con irrupción ventricular (13.06.2024), estatus traqueostomía, muerte encefálica. **Discusión:** La hemorragia intracraneal (HIC) durante la gestación, se presenta alrededor de 4,3 a 8 casos/100,000 embarazos. Las principales causas son: anomalías vasculares, preeclampsia, eclampsia, coagulopatía e idiopática. **Conclusión:** Se requiere un alto índice de sospecha, manejo en Unidad de Cuidados Intensivos; para el abordaje de una paciente materna con hemorragia cerebral, para impactar en el pronóstico.

NECROSIS ESOFÁGICA AGUDA. CASO CLÍNICO

Estefanía Rocha Botello; Marco Montes De Oca Sandoval;
Janet Silvia Aguirre Sánchez; Brailia Aurelia Martínez Díaz
Centro Médico ABC.

Introducción: La necrosis esofágica aguda (NEA) es causa poco frecuente de hemorragia digestiva y alta mortalidad, la patogenia depende de condiciones que aumentan el riesgo de daño de la mucosa. **Caso clínico:** Femenino de 80 años, con antecedente de DM 2, HAS, cardiopatía Isquémica. Ingresó por dolor abdominal acompañado de vómito, melena e inestabilidad hemodinámica. La Endoscopia digestiva alta reportó lesión necrótica de 15 cm en tercio distal de esófago. El reporte histopatológico reportó esofagitis aguda ulcerada con necrosis extensa, esporas e hifas hialinas. **Conclusión:** La NEA es un síndrome clínico infrecuente producido por isquemia esofágica secundaria a vasculopatía avanzada, reflujo gastroesofágico y protección defiende de la mucosa, se debe sospechar en edad avanzada, sexo masculino y enfermedad crónicas, con cuadro de hemorragia digestiva alta. El tratamiento se basa en mejorar la perfusión y limitar el daño restringiendo ingesta oral para evitar complicaciones.

NEUMONÍA ATÍPICA SEVERA SECUNDARIA A RUEBOLA. CASO CLÍNICO

Ilse Vianey León Juárez

Hospital General Regional Número 196 Fidel Velázquez Sánchez, IMSS.

Introducción: La rubéola es una infección viral aguda, clínicamente presenta fiebre, erupción maculopapular eritematosa generalizada y linfadenopatías, generalmente se autolimita, las complicaciones sistémicas rara. **Presentación clínica:** Masculino de 24 años, residente del Edo Méx. Inmunizado contra COVID-19 e influenza. Inicia el 15/09/24, con fiebre 39 °C, cefalea, rinorrea y odinofagia + exantema maculopapular, linfadenopatías, empeoró los 10 días, desarrollando insuficiencia respiratoria aguda. Diagnóstico: clínico (fiebre, exantema maculopapular, síntomas respiratorios e insuficiencia respiratoria), se sospechó neumonía atípica viral. Se realizaron pruebas serológicas con Ac IgM anti-rubeola en 0.3 UI/mL (corte positivo >1.2 UI/mL) y Ac IgG anti-rubeola en 78.1 UI/mL (corte positivo >15 UI/mL). La radiografía mostró infiltrados difusos bilaterales. El diagnóstico fue síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) severo secundario a neumonía atípica por infección por rubéola. Tratamiento: La estrategia principal; ventilación mecánica, pronación, esteroide, sedoanalgesia y bloqueo neuromuscular. La evolución clínica fue favorable, con resolución de la fase aguda de la enfermedad, se progresó con tienda traqueal y fue dado de alta a piso de medicina interna tras mejoría. **Conclusiones:** Este caso observado, destaca la importancia de considerar esta condición en el diagnóstico diferencial de neumonías atípicas.

La identificación temprana y el manejo adecuado son cruciales para prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados clínicos.

NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN TCE. CASO CLÍNICO

Alberto Rodríguez Flores; César Eduardo López Méndez;
Miguel Ángel Sosa Medellín

Unidad Médica de Alta Especialidad Número 21 IMSS Monterrey, N. León.

Objetivo: Describir un caso de neumonía por aspiración asociada a un cuerpo extraño en un paciente intubado con politrauma. Contexto: La aspiración de cuerpos extraños en adultos es poco frecuente y suele ser accidental. Es más común en niños, en adultos ocurre un 25%. Las complicaciones, como atelectasias y neumonías, representan un desafío para el manejo en UCI. La broncoscopia es el Gold Standard para el diagnóstico y tratamiento de aspiraciones de cuerpos extraños en vías respiratorias bajas. **Presentación del caso:** Masculino de 27 años ingresado en la UCI tras accidente en motocicleta. Fue referido de hospital general para drenaje de hematoma epidural por neurocirugía y manejo de neumotórax con sonda endopleural. Al ingreso, el paciente requería FiO₂ al 100% y mostraba disminución de ruidos respiratorios en hemitórax derecho. Después de cinco días de ventilación mecánica, presentó aumento en las secreciones y episodios de desaturación. La radiografía de tórax reveló atelectasia, se realizó broncoscopia. Se identificó cuerpo extraño (goma de mascar) en el árbol bronquial derecho, con tres fragmentos que obstruían completamente la luz bronquial. Tras la extracción de cuerpo extraño, el paciente mostró mejoría en radiografía de tórax, se retiró sedación y se extubó 48 horas después.

NEUMONIA RAPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA VAPEO. CASO CLÍNICO

Mildret A. González Aguilar; Diana Sánchez Herrera;
Teresa de Jesús Aguirre Pérez; Perla Marlene Guzmán Ramírez;
Juan Gerardo Esponda Prado

Hospital Ángeles Pedregal.

Femenino de 21 años, sin antecedentes de enfermedades crónicas. Dengue en enero del 2024 sin aparentes complicaciones y antecedente de vapeo intenso 48 horas previas a su ingreso. Inicia con ataque al estado general, tos, disnea progresiva, dolor abdominal con presencia de hepatoesplenomegalia a la palpación y fiebre. Por método de imagen se observa consolidación bilateral de predominio en lóbulo superior derecho, engrosamiento septal, lóbulo inferior con nódulos con halo de vidrio despolido, además de patrón en crazy paving bilateral. Leucocitosis con neutrofilia 17,000, proteína c reactiva 188, panel respiratorio PCR negativo. Broncoscopia diagnóstica con secreciones purulentas y mucosa eritematosa friable, lavado broncoalveolar, resultado de estudio citológico con alteraciones inflamatorias agudas inespecíficas. Deterioro respiratorio progresivo, requiriendo ventilación mecánica invasiva con maniobras de reclutamiento alveolar. Se inicia tratamiento antibiótico a base de meropenem 1 gramo cada 8 horas y linezolid 600mg cada 12 horas. Se determina diagnóstico de neumonía rápidamente progresiva secundaria a Staphylococcus Aureus y Streptococcus Pneumoniae, y SIRA leve intrapulmonar.

NEUROMIELITIS ÓPTICA REFRACTARIA: REPORTE DE CASO

Maria Dioselina Ruiz Barrera; Miriam Elena Morales Flores;
Jesus Valencia Salomón; Guadalupe Vera Aguirre;
Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

La neuromielitis óptica (NMO) es una enfermedad autoinmune que afecta principalmente los nervios ópticos y la médula espinal, caracterizándose por episodios inflamatorios graves de neuritis óptica y mielitis transversa. Los síntomas incluyen pérdida súbita y dolorosa de la visión, debilidad o parálisis de extremidades, alteraciones sensoriales y disfunción autonómica. Femenina de 40 años inicia su sín-

tomatología de forma súbita con disminución de la agudeza visual, en ojo izquierdo con escotoma central, parestesias en miembro torácico derecho, y pie derecho, intolerancia a la vía oral, con náusea, vómito, disociación toracoabdominal y disfagia, por lo que se realiza protocolo diagnóstico, el cual se confirmó mediante la detección de anticuerpos anti-Aquaporina 4 (AQP4) y resonancia magnética que muestran inflamación extensa, sugestiva de neuromielitis, pese al tratamiento, continuó con evolución estacionaria. Requiere ventilación mecánica de manera prolongada, traqueostomía y soporte nutricional mediante gastrostomía. A pesar del tratamiento, presenta complicaciones asociadas a la ventilación mecánica. La NMO es una enfermedad autoinmune que causa daño grave en nervios ópticos y médula espinal. En pacientes jóvenes presenta un curso severo, del cual son raros los casos con alta refractariedad que conlleva a complicaciones que pueden resultar en discapacidades neurológicas graves.

NEUROMONITOREO EN HSA. CASO CLÍNICO

Arévalo López Ulises; Jiménez Correa Carlos;
González Carrillo Pedro Luis; Gómez González Ma Natalia
UMAE T1, IMSS, León, Guanajuato.

Introducción: En la hemorragia subaracnoidea aneurismática las complicaciones como infarto hemisférico maligno y muerte encefálica constituyen complicaciones devastadoras. **Objetivo:** Reseñar la importancia del neuromonitoreo en la hemorragia subaracnoidea aneurismática. **Caso clínico:** Femenino 57 años, hipertensa y migraña en tratamiento. Inició con cefalea súbita occipital en reposo, disminución de la agudeza visual y pérdida de consciencia por 2 minutos. Llevada a hospital, la tomografía reportó hemorragia subaracnoidea Fisher III, Hunt y Hess 2, la angiotomografía mostró lesión aneurismática en segmento M1 y M2 de ACM derecha. Se inició nimodipino, clipaje de aneurisma a las 24 h y manejo en UCI, ingresó con ECG 15 puntos, PIC por VNO 18 mmHg. Presentó deterioro neurológico súbito a las 24 h con ECG de 7 puntos; ameritó ventilación mecánica, con PIC de 22 mmHg por VNO, TAC de cráneo con infarto y herniación uncal derecha, desviación de línea media de 1.1 cm; ameritó terapia hiperosmolar sin respuesta favorable, ingresó a craneotomía descompresiva derecha. Posquirúrgico con PIC de 26 mmHg, midriasis bilateral más terapia hiperosmolar. Su evolución de DTC con picos sistólicos y clínicamente ausencia de reflejos de tallo. **Conclusión:** La monitorización continua con Doppler Transcraneal en UCI identifica complicaciones tempranas que ameriten intervención quirúrgica.

OXIDO NITRICO EN EPID. CASO CLÍNICO

Lourdes Bautista Martínez; Alaciel Galvan Merlos;
Alfredo Arellano Ramirez
Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son un grupo heterogéneo de trastornos respiratorios que habitualmente se clasifican conjuntamente ya que tienen manifestaciones clínicas, radiológicas, fisiológicas o patológicas similares. Se presenta el caso de masculino de 65 años con dificultad respiratoria severa ameritando manejo avanzado de la vía aérea, con difícil manejo de los parámetros ventilatorios condicionando acidosis respiratoria severa sin lograr establecer metas de protección alveolar. Como parte de la estrategia ventilatoria, aunado al uso de esteroides se emplea el uso de óxido nítrico condicionando una mejora en los niveles de CO_2 y pH, con mejoría de la inestabilidad hemodinámica.

PANCREATITIS POR QUISTES PERICOLÉDOCO EN EMBARAZO. CASO CLÍNICO

Gabriela Hernández Agüero; Lidia Gutiérrez Hernández;
José Luis Julio Pérez Mejía; Jessica Juve Gallardo Ramírez
Hospital General Pachuca.

Introducción: La pancreatitis aguda durante el embarazo es infrecuente. Los quistes de colédoco son malformaciones del sistema

biliar (dilataciones quísticas), en la vía biliar intra y extra hepática; Todani distingue 5 tipos según: localización, morfología y extensión de las lesiones, incidencia 4.2% en adolescentes, predominio en el sexo femenino. **Objetivo general:** Estudio de caso en paciente femenino, embarazada de 26 SDG, pancreatitis secundaria a quistes pericolédoco y pólipos congénitos en la vesícula biliar. **Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal. Mujer, 17 años de edad, embarazada 26 SDG, antecedente de 3 años de dolor abdominal recurrente en hipocondrio derecho posterior a ingesta de colecistoquinéticos, ingresó a terapia intensiva Hospital General Pachuca, con cuadro de pancreatitis aguda. **Resultados:** USG hígado y vías biliares: imágenes redondeadas, delimitadas, anecoicas, pericolédoco, vesícula septada, 2 pólipos más lodo biliar. Lipasa y amilasa elevada, elevación de bilirrubinas con patrón directo. **Discusión:** La pancreatitis en el embarazo es una complicación rara (1 en 10.000 embarazos), Los quistes de colédoco en embarazadas son raros, la incidencia varía, pero se reporta un caso entre 100,000 a 150,000 en población occidental. **Conclusiones:** Evolución de la paciente satisfactoria, egreso por mejoría.

PAQUIMENINGITIS HIPERTROFICA POR INFECCIÓN FÚNGICA. CASO CLÍNICO

Hugo Ricardo Belli Mendoza; Moreno Romero Gabriel;
Natalia Gomez Gonzalez; Carlos Jimenez Correa
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel
Velasco Suarez, Ciudad de México.

Introducción: La paquimeningitis hipertrofica es un engrosamiento dural con causas infecciosas, neoplásicas, autoinmunes o idiopáticas, asociada a síndromes neurológicos, la frecuencia de casos ha aumentado sin causa clara. **Objetivo:** Relatar un caso clínico de neuropatía craneal múltiple por paquimeningitis fúngica. **Caso clínico:** Femenina de 65 años con Diabetes tipo 2, hipertensión y antecedente de cáncer de colon. Inicia en 2021 con cefalea, pérdida visual bilateral, paresia facial izquierda y hipoacusia derecha. Se realizan estudios (RM, PET-CT, biopsia) que revelan paquimeningitis y signos de infección. Biopsia de duramadre muestra inflamación crónica granulomatosa con hifas compatibles con *Aspergillus* y vasculitis. Se confirma infección fúngica, iniciándose tratamiento con voriconazol y glucocorticoides. La paciente evoluciona favorablemente tras el tratamiento. Además, presenta proctitis y mielitis secundaria por discopatía cervical, sin recurrencia de cáncer de colon. **Discusión:** El diagnóstico debe considerar tuberculosis meníngea y neoplasias en pacientes con diabetes y antecedentes de quimioterapia. La paquimeningitis hipertrofica presenta cefalea y parálisis de pares craneales, siendo necesaria la resonancia magnética. El diagnóstico es por exclusión, y la biopsia es clave para confirmar la etiología y orientar el tratamiento. **Conclusión:** Destacamos Es vital interpretar la histología en el contexto clínico e imagenológico, utilizando criterios diagnósticos para personalizar el tratamiento.

PLASMAFÉRESIS EN FALLA HEPÁTICA HIPERAGUDA PRE-THO. CASO CLÍNICO

Ana Miryam Pérez Zavala; César Eduardo López Méndez;
María Del Rosario Muñoz Ramírez
Centro Médico Nacional del Noreste UMAE No. 25, Monterrey, Nuevo León.

Masculino de 38 años con historial de uso de cocaína y de multivitaminico 3 semanas previas al deterioro clínico. En su jornada laboral durante la canícula se expuso a temperaturas mayores de 40°C; presentó malestar general y cuadro enteral inespecífico, en días siguientes se agregó fiebre, estado confusional agudo e ictericia. Acudió a valoración y en sus paraclínicos presentó falla hepática hiperaguda por temporalidad, por lo que ingresó a UCI. Presentó deterioro neurológico por disminución del Glasgow menor de 8 puntos, se documenta edema cerebral por TAC; es intubado y sedado durante 6 días; mostró una evolución tórpida; siendo considerado para trasplante hepático como prioridad 1; sin embargo, sin injerto disponible

y condiciones clínicas críticas; se decidió realizar plasmaféresis. Se realizaron 3 sesiones con recuperación progresiva; con estabilidad hemodinámica y mejoría de pruebas de función hepática con lo que se realizó trasplante hepático. Continúo resto de vigilancia en UCI; presentó neumonía asociada a ventilación que condicionó falla, se reintubó y completó antibioterapia dirigida; finalmente se desvinculó del ventilador y fue egresado a piso de Gastroenterología para continuar manejo. Paciente fue egresado a casa 10 días después por mejoría clínica y con injerto hepático funcional.

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR INTRARRAQUÍDEO. CASO CLÍNICO

Gloria Fátima Ymatzu Romero; Walter Adolfo Querevalú Murillo; Agustín Eduardo Jaramillo Solís; Alejandro Pizaña Dávila

Hospital Ángeles Mocol.

Introducción: Plasmocitoma es una neoplasia maligna temprana de células plasmáticas de tejido óseo o blando, crece como masas solitarias o múltiples, sin enfermedad sistémica. **Objetivo:** Exponer un caso de plasmocitoma extramedular (PEM) intrarraquídeo extradural. **Caso clínico:** Masculino de 44 años, sin comorbilidades. Inició 2 semanas previas con parestesias, disestesias, disminución de fuerza en miembros inferiores, escalofríos y diaforesis nocturna. En hospitalización, signos vitales normales, sin sensibilidad desde T4, tumoraciones en tórax anterior, hiperreflexia patelar, Babinsky positivo bilateral, CPK ligeramente elevada e hipocalcemia. Resonancia magnética: lesiones infiltrativas en cráneo y columna que comprometían médula ósea. Se realizó artrodesis transpedicular T3-T5 bilateral, laminectomías, resección tumoral. Inmunohistoquímica: anticuerpos CD138 y MUM1 positivos 3-5% células plasmáticas, Lambda positivo, Kappa negativo. Se diagnosticó PEM, se otorgó inmunoterapia: daratumumab, carfilzomib, dexametasona (DKd); recuperando sensibilidad y disminución de lesiones en tórax. **Discusión:** Este caso es de rara presentación por edad y forma clínica, confirmar el diagnóstico requiere cuenta de células plasmáticas menor al 10%, lo que cumplió, y se descartó mieloma múltiple (MM). Supervivencia a 10 años: 70%, progresión a MM: 10-30%. Tratamiento: radioterapia, cirugía y quimioterapia (DKd). **Conclusión:** Plasmocitoma es una neoplasia maligna rara, requiere alta sospecha clínica, abordaje oportuno y seguimiento de por vida.

PRES SECUNDARIO A ECLAMPSIA. REPORTE DE UN CASO

Andrea Liliana Márquez Manrique; Noé Jacobo Galicia Castañeda

Hospital Regional Tipo B de Alta Especialidad
«Bicentenario de la Independencia», ISSSTE.

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es un trastorno neurológico el cual puede desarrollarse por aumento abrupto y significativo de la presión arterial, encontrándose frecuentemente en pacientes con eclampsia. Dentro del cuadro clínico se puede presentar afectaciones visuales, crisis convulsivas y deterioro neurológico. En estudios de imagen como tomografía y resonancia magnética se pueden observar lesiones en región parietooccipital. El diagnóstico está enfocado a la principalmente en la estabilización de la paciente, control de la tensión arterial, prevención de convulsiones y cesárea oportuna. **Objetivo:** El objetivo principal es la presentación de caso clínico de una entidad poco frecuente en las unidades de cuidados intensivos la cual se puede presentar de manera frecuente en pacientes con eclampsia. **Material y métodos:** Estudio a su ingreso sobre diagnósticos diferenciales, así como estudios de imagen que corroboran síndrome de encefalopatía posterior reversible. **Resultado:** Paciente con recuperación neurológica total, con tratamiento a su ingreso para eclampsia. **Discusión:** De acuerdo con los estudios de imagen y habiendo descartado otras causas se llegó a la conclusión de este diagnóstico sobre la paciente. **Conclusiones:** El diagnóstico precoz mediante resonancia magnética y la diferenciación de otras causas, ayuda a la prevención de complicaciones, teniendo un pronóstico favorable.

PURPURA FULMINANTE RETO DIAGNOSTICO. CASO CLINICO

Guerrero Navarrete Leticia; Hernández Cruz María José; Galván Merlos María Alaciel; Arellano Ramírez Alfredo

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

La purpura fulminante es una patología inusual caracterizada por su evolución súbita, consecuencia de un proceso trombotico en la microcirculación, produciendo necrosis hemorrágica tisular; además asociada frecuentemente a procesos infecciosos más coagulación intravascular diseminada. Es considerada un desorden altamente letal, secundaria a una disfunción multiorgánica que puede presentar dentro de las primeras 24 horas, por lo que es preciso su diagnóstico y manejo inmediato. Se presenta el caso de paciente femenino de 56 años con antecedente de diabetes e infección de tracto urinario recurrente por *Candida albicans* quien ingresa al servicio con el diagnóstico de choque hipovolémico secundario a desbridamiento de lesión en miembro pélvico derecho que inicia como flictena 2x2cm de contenido seroso, con progresión rápida en menos de 4 horas con extensión máxima de 30x15 cm, con un drenaje de 1500 cc y posterior vendaje compresivo, se realiza protocolo diagnóstico encontrando disminución de proteína C y S agregándose en biopsia de piel hemosiderofagos. Se continuo tratamiento con antibioticoterapia, desbridamiento quirúrgico y anticoagulación.

REANIMACION GUIADA POR VPP EN GRAN QUEMADO. CASO CLÍNICO

Tania Vázquez Delgado; Juan Gerardo Esponda Prado; Perla Marlene Guzmán Ramírez; Rosa Emilia Rivera Saldaña; Ana Karen Escalante Rincón

Hospital Ángeles del Pedregal.

Paciente masculino 22 años sin antecedentes crónicos. Presenta quemadura térmica por explosión, 90% de SC. En sus primeras 24 horas no cuenta con terapia especializada para quemados y reanimación hídrica es incierta; se trasladó a Hospital Ángeles Pedregal. Se recibe paciente bajo ventilación mecánica, con uso de doble vasopresor. El paciente presenta quemadura de vía aérea, tórax y abdomen en toda su circunferencia, además de extremidades con quemaduras de segundo y tercer grado. Reporta uresis 0.40 mL/kg/hr, sin mioglobinuria, no fiebre, ni datos de sangrado evidente. Al ingreso terapia intensiva se decide iniciar reanimación hídrica guiada por monitorización mínimamente invasiva (VPP). Con ventilación mecánica, se realiza monitorización con variabilidad de la presión de pulso, lactato, uresis kilo hora, durante su hospitalización con adecuada respuesta a la reanimación sin usar formula de perdidas insensibles para el tratamiento, no presento datos de sobrecarga o lesión renal, logrando destete vasopresores en los días subsecuentes. Como parte del tratamiento, el paciente paso a lavado quirúrgico en múltiples ocasiones, colocación de injertos, además de recibir tratamiento antibiótico de amplio espectro. Fue dado de alta de UTI después de 93 días de estancia y permaneció 50 días en hospitalización.

RECAMBIO PLASMÁTICO EN HEPATITIS FULMINANTE. CASO CLÍNICO

Fernando Gabriel Delgado Mejía; Jessica Garduño López; Marcos Antonio Gutiérrez Amezcua; Enzo Vázquez Jiménez; José Carlos Gasca Aldama

Hospital Juárez de México.

Masculino de 40 años quien ingresó con diagnóstico de falla hepática aguda, secundaria a infección aguda por virus A (VHA). Al ingreso, se documentó un INR de 8, revelando coagulopatía severa. Para el manejo hemostático, se utilizó complejo de concentrado protrombina guiado por pruebas viscoelásticas, permitiendo una corrección más precisa de factores de coagulación. Dado el estado crítico, se inició recambio plasmático terapéutico (RPT) mediante centrifugación, utilizando plasma fresco congelado como sustitución (3 sesiones). Este procedimiento se realizó a través de acceso vascular femoral derecho.

La intervención resultó en notable mejoría clínica, evidenciada por disminución de los niveles de bilirrubina y amonio, así como estabilización hemodinámica significativa. Cabe destacar que el volumen de plasma utilizado en el RPT no fue alto, lo que contribuye al debate en la literatura sobre la efectividad de utilizar volúmenes estándar en lugar de altos volúmenes. Esta práctica no solo reduce costos, sino también minimiza los posibles efectos adversos asociados al procedimiento. La falla hepática aguda sigue siendo un problema de salud pública debido a las dificultades para realizar trasplantes hepáticos de manera oportuna. En este caso del RPT a volumen estándar no solo mejoró la condición del paciente, sino mejoró la sobrevida sin trasplante.

RELACIÓN ARTERIAL CULPABLE POR USG E ICP. CASO CLÍNICO

Emily Sofía Lara Ruiz; Pave Osmar Cruz Martínez;
Eric Santiago Sanchez Martínez; Miroslava Barragán Regalado;
Dariela Itzel Lorenzo Díaz

Hospital General Regional IMSS #6 Cd. Madero/Tamaulipas.

Femenino de 63 años referida por IAM posttrombolizado. Grace 140 puntos. KK I. APP: Crónico degenerativos: DM tipo 2. Resto preguntados y negados. SV.TA:130/70. FC:78. FR:20. T:36. PA: Inicia el 21/08/24 a las 8:30 horas posterior al caminar aproximadamente 6 cuadras con dolor torácico opresivo, retroesternal intensidad 10/10 en escala de EVA, diaforesis. Atención en hospital no IMSS con IAM. Trombolizada a las 11:30. Arribando al hospital a las 18:39 hrs con dolor precordial 4/10 EVA. EF: Sin presencia de alteraciones. EKG: Con r-r regular. Fc: 76 x minuto onda p presente de 0.08 segundos. Qrs 0.12 segundos. Pr: 0.12 segundos. Se aprecia datos de Isquemia subepicárdica en v1-v6. Ecocopia: FATE eje corto con hipocinesia en cara anterior/lateral/inferior. Paraclínicos: CPK 3885 UI/L CpkMB 476 U/L. Troponina I/T >10000 pg/m, resto de paraclínicos sin alteraciones. Se propone ICP. 23/08/24: En área de hemodinámica a las 8:330 hr presenta FV empleando amiodarona, presenta bradicardia llegando a asistolia, se realiza RCP y manejo avanzado de vía aérea en total 1 ciclo y 1mg de adrenalina con retorno a circulación espontánea. Se coloca marcapasos vascular y uso de vasopresor. Se concluye: Enfermedad trivascular: Coronaria izq/CX/DA. Ingres a UCI a las 11:00 hr Prioridad III. SV: TA: 109/55 mmHg, FC: 130 x min., FR: 21 x min temperatura 37.4 °C, SpO2 94%. Bajo efecto residual anestésico con RASS - 3. Bajo ventilación mecánica. 14:30 hr RASS: 1 se procede a decanular. FATE: adecuada contractilidad. Resto de exploración sin hallazgos anormales. Cursando su estancia sin eventualidades. Se egresa el día 26/08/24 a cargo de cardiología.

REMOCIÓN EXTRACORPÓREA DE CO2 (ECCO2R) EN SDRA. CASO CLÍNICO

Estefanía Flores Méndez; Jorge Gutiérrez Zárraga;
José Guillermo Espinosa Ramirez; Leslie Eugenia Cuevas Cruz;
Paola Cristina Guillermo Velecela

Hospital General de México.

La Remoción Extracorpórea de Dióxido de carbono (ECCO2R) es una terapia alternativa ante la disyuntiva de la hipercapnia en pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo donde los manejos convencionales resultan ineficaces, permitiendo el alcance de las metas de protección pulmonar que promueven menor estancia intrahospitalaria y mortalidad. Este documento reporta el caso de un paciente con patología abdominal complicada que posterior a su tratamiento quirúrgico y estancia hospitalaria desarrolla Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo cursando con falla hemodinámica, respiratoria y renal, quien presenta pobre respuesta a posición prono, decidiendo iniciar tratamiento con remoción extracorpórea de dióxido de carbono durante 3 días continuos además de terapia lenta renal continua durante 7 días logrando disminución de niveles de presión parcial de dióxido de carbono un 30% del inicial en la primera hora del tratamiento extracorpóreo, optimizando dosis de vasopresores hasta retiro en menos de 48 horas, progresión ventilatoria manteniendo metas de protección

alveolar hasta desvincular de apoyo mecánico ventilatorio. Se discute el uso de remoción extracorpórea de dióxido de carbono como terapia alternativa en pacientes con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo severo que no responden a líneas de tratamiento convencional.

RUPTURA ESPLÁCNICA EN PACIENTE CON DENGUE. CASO CLÍNICO

Aarón Tito Santiago López; Leticia Osiris Castro Reyes;
Iván Ilescas Martínez; Honorio Galván Espinoza

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Introducción: La infección por dengue varía desde una forma febril leve hasta una enfermedad más grave con fuga de plasma, choque e insuficiencia multiorgánica. La ruptura esplénica, una complicación menos conocida pero potencialmente mortal, y puede ocurrir hasta en un 1.5% de los casos. **Presentación del caso:** Hombre de 32 años de edad quien cuenta con diagnóstico de Dengue grave (NST+, IgM +). Durante su estancia con plaquetas de 20,000, inicia súbitamente con dolor abdominal, por ecografía FAST con líquido libre en cavidad. Se realiza laparotomía exploratoria en la cual se evidencia ruptura esplácnica, sangrado de 3500 mL, evolución tórpida, choque hipovolémico, y desenlace fatídico. **Discusión y conclusiones:** La afección esplácnica durante el dengue se observa con poca frecuencia, y es pobremente reportado, las principales afecciones incluyen esplenomegalia, ruptura esplácnica, infarto esplácnico y hematoma esplénico. La ruptura espontánea es poco frecuente y habitualmente ser mortal. Dentro de las teorías que sugieren el agravamiento del cuadro se cree que sea secundario a anomalías vasculares y trombocitopenia. El dolor abdominal si bien es una manifestación clínica frecuente en los pacientes con dengue, realizar una anamnesis correcta es importante para concluir la causa de esta manifestación.

SAF CATASTRÓFICO ENTIDAD QUE NO SE PUEDE IGNORAR. CASO CLÍNICO

Denisse Sarahi García Ochoa; Cisley Yasimil Soto Acosta;
Mauricio Hinojosa Hernandez

Hospital General de Pachuca.

Introducción: El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos es una trombofilia autoinmune adquirida caracterizado por el desarrollo de fenómenos trombóticos, complicaciones obstétricas, trombocitopenia y aFL. **Objetivo:** Reconocer al SAF catastrófico de manera oportuna. **Material y métodos:** Se presenta el caso de un masculino de 40 años con antecedente de tabaquismo, quien presento múltiples eventos trombóticos siendo diagnosticado con SAF Catastrófico. Inicia el 26/06/2024 con dolor, parestesias y palidez en MPD, se realizó usg doppler de MPD reportando Trombosis venosa profunda, requiriendo safenectomía y trombectomía el 27.06.2024 se egresa 28.06.2024. El 29-06-2024 presenta hipotensión, disnea, taquicardia, acude a urgencias diagnosticándose TEP se inicia enoxaparina y se ingresa en MI para seguimiento, egresando el 02.07.2024 con rivaroxaban. El 18.07.2024 presento dolor, hipertermia y tumefacción en MPI, en urgencias el usg doppler reporta tromboflebitis, se inicia enoxaparina y ASA. El 21.07.2024 con disnea, spo2 80%, dolor torácico opresivo, Glasgow de 9, se decide manejo avanzado de vía aérea, se descarta EVCy TEP por imagen, ingresa a UCI para seguimiento, se extuba el 22.07.2024. **Resultados:** El 23.07.2024 ante comportamiento clínico, se inicia metilprednisolona e IGG, por saaf catastrófico. **Discusión y Conclusiones:** La mortalidad por SAF catastrófico es superior al 50% ya que suele ser infradiagnosticada.

SDRA MODERADO SECUNDARIO A SÍNDROME DE ASIA. CASO CLÍNICO

Álvaro Ruiz Castorena; Ahtziri Rodríguez; Arturo Gomez;
Maria del Carmen Amigo; Braulia Martinez; Janet Aguirre

Centro Médico ABC.

Introducción: El síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) es una enfermedad heterogénea que resulta de la expo-

sición de un sujeto susceptible a sustancias alogénicas. Estas sustancias provocan fenómenos autoinmunes o autoinflamatorios. **Objetivo:** Describir el proceso fisiopatológico del Síndrome de ASIA con manifestación clínica de SDRA moderado. **Material y métodos:** Femenino de 58 años con antecedente de mastoplastia, Síndrome antifosfolípidos y seguimiento por reumatología debido a estudio de probable vasculitis. Presenta cuadro de vías respiratorias 2 semanas previas a su ingreso, con tomografía de tórax reportando opacidades en vidrio despolido en ambos pulmones, predominio en lóbulos superiores y lóbulo medio. Con datos de hipoxemia refractaria a manejo convencional se inicia manejo con sistema de alto flujo. Con estancia de 10 días sin hallazgos en cultivos, se realiza biopsia con reporte histológico de para proceso inflamatorio. Se inicia manejo esteroideo con posterior mejoría. **Discusión:** El Síndrome de ASIA se caracteriza por cumplir con los criterios clínicos mayores y menores, teniendo exposición a materiales sintéticos, con alteraciones sistémicas, presencia de hallazgos histológicos relacionados a cambio inflamatorio. El tratamiento consiste en el uso de inmunomoduladores y la extracción del objeto ajeno al cuerpo.

SDRA Y SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE. CASO CLÍNICO

Fernanda Giselle López Alcalá
UMAE T1, IMSS, León, Guanajuato.

Introducción: Los pacientes con VIH ingresados en la UCI son mayormente por insuficiencia respiratoria hipoxémica. **Objetivo:** Se presenta un caso con VIH más SRI enmascarado que se complicó con SDRA después de iniciar antirretroviral. **Caso clínico:** Hombre de 35 años, con prácticas sexuales de riesgo y uso de esteroides, con diagnóstico de Infección por VIH, se le indica Bictegravir con carga viral de 97100 y CD4 110. Posteriormente con saturación de 80% e incremento del esfuerzo respiratorio, acude a Urgencias. Se realiza tomografía torácica que muestra lesiones con alta probabilidad para *P. jirovecii*, inicia trimetoprima/sulfametoxazol, fluconazol y metilprednisolona. Sin embargo, con datos de insuficiencia respiratoria aguda y falla a la ventilación no invasiva, se decide intubación. Ingres a UCI cumpliendo con criterios para SDRA, con sedación profunda, sin lograr metas de protección pulmonar, por lo que se realiza bloqueo neuromuscular y titulación de PEEP. Se reporta baciloscopia positiva, se decide inicio de tratamiento para tuberculosis. Sin embargo, paciente presenta paro cardiorrespiratorio y fallece. **Discusión:** La coinfección por estas entidades aunado a SRI puede requerir tratamientos múltiples y complejos, y más al verse complicados con SDRA. **Conclusión:** Este caso represento un reto en el manejo por el empate de múltiples patologías.

SEDACION CON SEVOFLURANO EN ESTADO EPILEPTICO. CASO CLINICO

Anayansi Kiabeth Torres Carrillo; Cándida Jiménez Guevara;
Netzahualcóyotl González Pérez; Lilia López Carrillo;
Clara Vanesa López Flores
Centro Médico ISSEMyM.

Introducción: Como parte de las estrategias de tratamiento del estado epiléptico super refractario han sido propuestos los anestésicos inhalados, de los cuales se cree reducen la actividad convulsiva a través de la inhibición de la excitotoxicidad del NMDA y la activación de los receptores GABA, sus ventajas son una fácil titulación al EEG en la cama del paciente y un inicio de acción ultrarrápido. **Caso clínico:** Masculino de 33 años, sin antecedentes clínicos de importancia, en quien se evidenciaron anti cuerpos anti receptores NMDA en líquido cefalorraquídeo y curso con crisis convulsivas generalizadas cumpliendo criterios de estado epiléptico super refractario el cual fue revertido hasta el uso de sevoflurano con CAM promedio de 1.5% logrando patrón de brote supresión en EEG a las 48 horas de su inicio, permitiendo retiro de sedación intravenosa, ventilación mecánica y finalmente egreso a domicilio en fase de secuelas. **Conclusión:** El sevoflurano, con una monitorización estrecha, representa una alternativa de tratamiento en el estado epiléptico super refractario que

logra su remisión al adicionarse a las primeras líneas de tratamiento, el cual puede utilizarse incluso en unidades de cuidados intensivos de recursos limitados, como aquellas donde no se cuente con Ketamina o barbitúricos.

SEDACIÓN INHALADA CON SEDACONDA EN TCE SEVERO. CASO CLINICO

José Alberto Leal Gámez; Gustavo Adrián Soto Hernández;
Reyna Isabel Azúa Guevara; Álvaro Eduardo Ramírez Gutiérrez;
Jorge Rosendo Sánchez Medina
Hospital Regional De Cd. Madero, Petróleos Mexicanos.

Femenina de 13 años quien ingresó el 17 de mayo de 2024 a hospital de segundo nivel, mantuvo Glasgow 13 y vitales estables. Se realizó TC de cráneo, se observó hemorragia intraparenquimatosa frontal derecha, neurocirugía descartó manejo quirúrgico, disminuyó Glasgow de 10, se solicitó valoración por UCI, Los hallazgos incluyeron MDVNO OD 4.9, OI 6.1, PIC inferida de 28 mmHg, y PPC de 72 mmHg. Se inició analgesia con fentanilo más sedación inhalada con sevoflurano SEDACONDA 3 mL/hr, se ajustó hasta 10 mL/hr para mantener un RASS de -4 a -5 y un BPS score de 3 puntos, más solución hipertónica (NaCl 0.3%) calculada a 0.1 mL/kg como medida antiedema, y noradrenalina 12 mg en infusión para mantener PPC. 48 horas después del inicio de la sedoanalgesia, la paciente se mantenía oointubada con apoyo ventilatorio mecánico en modo CMV, con dosis de sevoflurano por dispositivo SEDACONDA a 8 mL/hr, fentanilo 1000 mcg en infusión a 3 µg/kg, y solución hipertónica (salina 0.3%) a 0.1 mL/kg, con RASS de -5 puntos, BPS score de 3 puntos, MDVNO OD 0.52, OI 0.52, PIC inferida 21 mmHg, y PPC 81 mmHg. Una TAC simple de control mostró escaso sangrado en la base del lóbulo temporal derecho, sangrado parenquimatoso temporal derecho y bifrontal, edema cerebral leve, y fractura lineal de la zona frontal. Fue revalorada por neurocirugía, aún sin indicación de manejo quirúrgico, se decidió la disminución progresiva de la sedación de 1 mL por hora hasta un RASS de -1 a 0, se inició protocolo de destete de ventilación, logrando entubación exitosa.

SEPSIS POR PIOMETRA EN LA UCI. CASO CLÍNICO

Ricardo Botello Maraver; Ahtziri Yunuen Rodríguez Santos;
Braulia Aurelia Martínez Díaz; Janet Silvia Aguirre Sánchez
Centro Médico ABC.

La piometra en una infección causada por la acumulación de pus en la cavidad uterina. En la actualidad se considera una afección rara, con reportes de caso en la literatura y generalmente asociada a problemas oncológicos del cérvix o del cuerpo uterino, seguido por radioterapia o afecciones que limiten el drenaje natural del cérvix. La población más afectada son mujeres postmenopáusicas. Femenino de 96 años sin antecedentes relevantes. Inició padecimiento actual 3 meses previos al ingreso con dolor abdominal 8/10 EVA asociado a sangrado uterino anormal. Ultrasonido pélvico transvaginal reportó cavidad endometrial de aspecto heterogéneo con múltiples áreas densas de 25 mm. TAC contrastada de abdomen con cambios de hiperplasia endometrial compatible con cáncer de endometrio. Se programó para histerectomía con ooforectomía bilateral, con hallazgo de piometra. Ingresó a la unidad de terapia por uso de vasopresor, con procalcitonina 0.66 y leucocitosis 16.18 10³/uL con neutrofilia, sin asilamientos etiológicos. Resultado de histopatología como negativo para malignidad. Debido a que la piometra es una enfermedad rara, se estima que la incidencia es de 0.01-0.5%, sin embargo, puede llegar a tener mortalidad elevada en casos de perforación uterina o choque séptico por lo que el diagnóstico oportuno y tratamiento son primordiales.

SEVOFLUORANO EN ASMA CASI FATAL: REPORTE DE CASO

David Ruiz Romero; Michell Estrella Montalvo Aguilar;
Christan Eduardo Badillo Morales; Irma González Prado;
Joyce Carolina Díaz Hernández
IMSS UMAE HE No 14 CMN Adolfo Ruiz Cortínez.

En situaciones especiales, el asma es una enfermedad que puede llegar a ser potencialmente mortal cuando se presentan episodios graves, una afección denominada Asma casi fatal o asma potencialmente mortal, en la que se incluyen algunos puntos clave para su reconocimiento, incluidas alteraciones mentales o de consciencia, disnea severa que impide el habla, hipercapnia >50 mmHg, paro respiratorio o cardiopulmonar y necesidad de ventilación mecánica invasiva. **Caso clínico:** Presentamos caso clínico de masculino, con antecedente de asma diagnosticado quien presenta cuadro respiratorio infeccioso de vías respiratorias bajas, como factor exacerbante de enfermedad de base, acidosis respiratoria severa e insuficiencia respiratoria compatible con cuadro de asma casi fatal, ameritando ventilación mecánica, presentando mejoría solo tras administración de Sevoflurano inhalado y egresado tras 15 días de estancia en UCI. **Conclusiones:** La relevancia del manejo de primer contacto de un paciente con crisis asmática ha resultado ser siempre la clave para la evolución del paciente, sin embargo, el asma casi fatal y la crisis asmática grave son condiciones que no mejoran a pesar del tratamiento broncodilatador convencional, por lo que el manejo avanzado de la vía aérea como terapia de sostén nos permitirá explorar otras opciones como lo son los anestésicos volátiles inhalados.

SEVOFLURANE EN STATUS EPILEPTICO SUPER REFRACTARIO. CASO CLÍNICO

Eusebio Campos Sarmiento; Angel Junior Contreras Reyna; Jovanhy Castillo Amador

Hospital Regional 1º de Octubre ISSSTE.

Introducción: El status epileptico superrefractario es definido como un status epileptico que persiste o recurre después de 24 horas o más después de dosis altas de sedante, con una prevalencia del 4% y una mortalidad asociada del 39%. **Objetivo:** Demostrar la eficacia de los anestésicos inhalatorios en el manejo del SRES. **Material y métodos:** Femenino 28 años, antecedente de Epilepsia con mal apego a tratamiento y Eclampsia. Inicia con crisis generalizada motora tónica clónica sin recuperación del estado de alerta, recibiendo manejo con Benzodiacepina y Fenitoína, con persistencia de movimientos tonicoclónicos, amerita intubación orotraqueal, se inicia sedación con Propofol 3.3 mg/kg/hr y Midazolam 295 mcg/kg/hr, Levetiracetam, Valproato de magnesio, Lacosamida, con electroencefalograma que muestra descarga epileptiforme rítmica superior a 3 Hz a las 24 horas, se inicia manejo con Sevoflurano 1.5 a 2 CAM, con remisión por electroencefalograma de actividad epileptiforme, con gas anestésico durante 72 horas, posterior disminución gradual de sedantes y retiro de ventilación. **Resultado:** Remisión de status epileptico con gas anestésico. **Discusión:** El Sevoflurano a concentración mayor de 1.5 MAC puede disminuir el umbral epileptico, sin embargo, a menos de 1.5 MAC puede inhibir la actividad epileptica. **Conclusiones:** El sevoflurano es útil para el manejo de SRES.

SEVOFLURANO MICRONEBULIZADO EN ASMA CASI FATAL. CASO CLÍNICO

José Mauricio González León; Jovanhy Castillo Amador

Hospital Regional 1º de Octubre – ISSSTE.

Introducción: El asma casi fatal es una enfermedad que puede llegar a requerir apoyo mecánico ventilatorio, con una mortalidad hasta del 15%. **Objetivo:** Presentar a paciente con antecedente de asma, que no responde a manejo con esteroides, broncodilatadores y adrenalina, que precisa uso de halogenados. **Descripción del caso:** Femenino 52 años, diagnóstico de asma de patrón obstructivo, ingresa con cuadro de síntomas catarrales, disnea y sibilancias; gasometría inicial con pH 6.9, pCO₂ de 90 mmHg, se inicia manejo con salbutamol, sulfato de magnesio y corticoides, sin respuesta al manejo por lo que se asegura la vía aérea, persistiendo con broncoespasmo; se continuo tratamiento con adrenalina perdurando con atrapamiento aéreo a pesar de soporte con ventilación mecánica, capnografía de 85 mmHg, SatO₂ de 45%. Se decide iniciar manejo con sevoflurano microne-

bulizado con respuesta inmediata, presentando mejoría gasométrica SO₂ de 92%, pO₂ 76 mmHg, pCO₂ 45 mmHg. **Discusión:** El sevoflurano es una medida para el asma, sin embargo, en la literatura se documentan pocos casos de su uso micronebulizado sin dispositivo de vaporización a base de calor. **Conclusión:** El sevoflurano micronebulizado es una medida útil en asma casi fatal en condiciones de urgencias y bajos recursos.

SEVOFLURANO Y CRISIS MIASTENICA ESTUDIO DE UN CASO

Angel Jonathan Woge Avalos; Reyna Isabel Azua Guevara; Alvaro Eduardo Ramirez Gutierrez; Jorge Rosendo Sanchez Medina; Carla Angelica Ramirez Zenteno

PEMEX Hospital Regional Ciudad Madero.

Introducción: La miastenia gravis (MG) es una enfermedad neuromuscular autoinmune que se manifiesta con debilidad muscular fluctuante. Las crisis miasténicas son emergencias médicas que pueden requerir ventilación mecánica. El manejo adecuado de la sedación y el destete del ventilador es crucial. Presentamos el caso de un paciente con MG que recibió sedación con sevoflurano utilizando el dispositivo Sedaconda® y fue destetado del ventilador rápidamente. **Objetivo:** Describir la seguridad y eficacia del uso de Sevoflurano con Dispositivo Sedaconda® en una crisis miasténica. **Material y métodos:** Se describe un caso clínico. **Resultados:** Paciente masculino de 68 años con hipertensión de 8 años sin tratamiento, fibrilación auricular CHA₂DS₂-VASC 4, HAS-BLED 4. Miastenia gravis Osserman II B, diagnosticada en 2021, con anticuerpos anti-receptor de acetilcolina positivos y timectomía en mayo de 2022. Tratamiento actual con piridostigmina y deflazacort. Presentó crisis miasténica Osserman III el 23.03.2024 tras infección urinaria. Ingresó con dificultad para la deglución y respiración, requiriendo ventilación mecánica. Se inició sedación con sevoflurano mediante Sedaconda® y fentanilo. Aunque se intentó destetar, falló debido a debilidad muscular, por lo que se realizó traqueostomía temprana, facilitando el retiro del ventilador sin complicaciones. **Discusión y conclusiones:** El uso de sevoflurano con Sedaconda® es seguro y eficaz en MG, facilitando el monitoreo neurológico y contribuyendo a un destete rápido y seguro del ventilador. Sin embargo, pueden ser necesarias intervenciones adicionales como la traqueostomía en crisis severas.

SHUA ASOCIADO A SINDROME HELLP ABORDAJE EN UCI. CASO CLÍNICO

Aparicio Barrera Maria del Mar; José Luis Espinosa Herrera; Wilson Mejía Dubón; Alaciel Galván Merlos; Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

La anemia hemolítica microangiopática (AHMA) es una complicación grave del síndrome HELLP, caracterizada por la destrucción de eritrocitos debido al daño en los pequeños vasos sanguíneos. En el embarazo, patologías autoinmunes y trastornos hipertensivos, como la preeclampsia, pueden actuar como desencadenantes. Las pacientes con síndrome HELLP presentan trastornos de la coagulación, aumentando el riesgo de hemorragias obstétricas severas. El manejo de AHMA requiere intervenciones rápidas y efectivas, basadas en pruebas viscoelásticas, plasmaféresis y glucocorticoides. Presentamos el caso de una paciente de 25 años, con embarazo a término y diagnóstico de preeclampsia severa. Tras cesárea con sangrado significativo, ingresó a la UCIA con diagnóstico de síndrome HELLP Mississippi II. Durante su estancia, desarrolló lesión renal aguda y trombocitopenia grave (plaquetas 19,000), además de hemólisis significativa (LDH 4008 UI/L) y esquistocitos en frotis de sangre periférica, lo que sugirió AHMA. Se inició terapia de reemplazo renal lenta continua, pulsos de metilprednisolona y plasmaféresis, con un total de tres sesiones. La paciente mostró mejoría hemodinámica y renal, con recuperación del recuento plaquetario, permitiendo su egreso en buenas condiciones. La rápida identificación y tratamiento de AHMA en el contexto del síndrome HELLP fue crucial para un desenlace favorable.

SIGNO DE LICHTEBERG EN LESIÓN ELÉCTRICA POR RAYO. CASO CLÍNICO

Jorge Luis Rubio Ávila; Alejandra Russell Marrufo; Mirthala Freyre Escobar; Miguel Ángel Sosa Medellín

UMAE. Hospital de Traumatología y Ortopedia.

No. 21 IMSS Monterrey, Nuevo León.

Introducción: Las figuras de Lichtenberg son lesiones dermatológicas en pacientes con quemaduras por rayos eléctricos, son infrecuentes y tienen alta mortalidad. **Presentación del caso:** Hombre de 41 años presentó impacto de rayo. Refirió pérdida de conciencia y parálisis transitoria. Ingresó con Glasgow de 15 puntos, estable, sin focalización neurológica, sin alteraciones en ritmo cardíaco. Presentó fracturas costales en 4ta y 5ta costillas izquierdas, lesiones por quemadura con entrada de corriente eléctrica por pierna derecha y quemadura de primer grado en 5to dedo de pie derecho, aparente salida de corriente eléctrica en cuello por quemaduras de tercer grado circunferencial. Superficie corporal afectada del 2%. Elevación de CPK en 1125 mg/dL, sin elevación de enzimas cardíacas, electrolitos normales, sin datos de lesión renal ni coagulopatía. TAC de cráneo normal. Se brindó manejo de soporte y analgesia, se realizó lavado y desbridación de quemaduras. Egresó del área de terapia intensiva con éxito y buena evolución clínica. **Discusión:** Las figuras de Lichtenberg son encontradas en pacientes con quemaduras por rayos, logrando desaparecer en días posteriores a la exposición eléctrica. Es poco frecuente encontrar estas lesiones debido a que las víctimas por energía eléctrica provocada por rayos es poco común en áreas de cuidados intensivos.

SIGNO DE MACKLIN EN FUGA AÉREA POR COVID-19. CASO CLÍNICO

Mariana Ponce Gutiérrez; Víctor Antonio Lopez Felix; Alejandro Castro Serrano; Braulia Aurelia Martinez Diaz; Janet Aguirre Sánchez

Centro Médico ABC.

Introducción: La neumonía por COVID-19 se asocia a neumotórax y neumomediastino en el 1-6% de pacientes con falla respiratoria grave. Se ha descrito el signo Macklin como una colección lineal de aire contigua a la vaina broncovascular en la ventana de parénquima pulmonar de una TC de tórax, como predictor radiológico precoz que permite seleccionar a los pacientes vulnerables al desarrollo de esta complicación. **Caso clínico:** Paciente masculino de 83 años que ingresó con diagnóstico de neumonía grave por COVID-19 de 7 días de evolución, presentó desaturación súbita con hipoxemia refractaria. Se aseguró la vía aérea, se realizó angio-TC de tórax con presencia del signo Macklin, así como neumomediastino, áreas confluyentes y parcheadas de infiltrados intersticio-alveolares consolidados. Se documentó neumotórax bilateral, con progresión de enfisema subcutáneo y necesidad de realizar fasciotomía en tórax anterior. **Conclusión:** De acuerdo a lo reportado en una revisión sistemática de 979 pacientes, se evaluó la relación temporal entre el signo Macklin y el desarrollo del neumotórax y neumomediastino. El signo de Macklin precedió al barotrauma en 124/138 casos (89.9%). Con un abordaje adecuado y una detección temprana de estas circunstancias, se puede disminuir la necesidad de ventilación invasiva y los días de estancia en la UCI.

SINCOPE Y NEUROMODULACION EN COVID TARDIO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Samuel Ramos Margarito

Hospital Star Medica Centro CDMX.

Las complicaciones del SARS cov-2 son tanto agudas, como tardías, de estas, los trastornos del ritmo como complicación que merma la función y vida de los pacientes, ya que el virus no solo es capaz de infectar, si no de persistir en el sistema CV, muchas veces no diagnosticadas como tal y por lo tanto sin el manejo adecuado. de las complicaciones agudas esta la cardiomiopatía y en otras se-

ries mencionadas el infarto al miocardio, en las crónicas persiste la cardiomiopatía incluso con elevación de troponina de forma crónica. Se trata de paciente femenina de 46 años, niega tabaquismo, etilismo, diabetes, hipertensión; cuadro de Covid 19 en enero 2021 sin uso de oxígeno, medicación convencional, nuevo cuadro de Covid 19 octubre 2023 con incremento de los síntomas, de una semana de duración, nuevamente sin uso de oxígeno, pero con precordialgia que cedió con los días y se integra a sus actividades. en los últimos días de diciembre presenta de manera frecuente síncope que va en aumento, ingresando por bradicardia de 34 x', sin aminos, manteniendo gastro cardíaco. EKG: bloqueo CRDHH y BIRIHH. Se plantea la posibilidad de realizar cardioneuromodulación, lleva a cabo el día 31 ene 2024, se localiza los nódulos vagales y se procede a ablación de los mismos, posterior a 2 horas de cirugía, sale a sinusal, mejorando la PAM. Estar nuevas técnicas evitan implantar marcapaso definitivo y lo que ello conlleva en gente joven así mismo se reintegra más rápida a sus actividades.

SÍNDROME DE PRES POR TOCILIZUMAB: REPORTE DE CASO

Patricia Valencia Guzmán; Ernesto Fernando Chávez Ramírez;

Silvio A Namendys-Silva

Instituto Nacional de Cancerología México.

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es un trastorno neurológico agudo, caracterizado por daño endotelial, hipoperfusión cerebral y edema vasogénico, asociado a hipertensión arterial, sepsis, o fármacos citotóxicos. Clínicamente se presenta como un cuadro caracterizado por cefalea, crisis epilépticas, trastornos visuales y déficit neurológico, en estudios de imagen, se observa edema cerebral vasogénico, usualmente en el territorio cerebral posterior, bilateral y simétrico. **Descripción del caso:** Hombre de 63 años con antecedente de leucemia mieloide crónica, quien inicia cuarta línea de tratamiento con ponatimib, acudió al hospital con sepsis de origen pulmonar y requerimiento de soporte orgánico. Al ingreso sin datos clínicos o radiográficos de lesión en parénquima cerebral, sin embargo, presentaba datos indirectos de toxicidad producida por la quimioterapia. Después de la resolución de la sepsis se inició ventana neurológica, sin tener respuesta. Tomografía axial computarizada de cráneo evidenció edema vasogénico parieto-temporo-occipital bilateral, en probable relación con síndrome de PRES, persistiendo sin mejoría neurológica por lo que se realizó resonancia magnética nuclear de cerebro, mostrando edema en sustancia blanca de lóbulos occipitales, agregándose áreas de hemorragia occipitales, no respondedor a tratamiento médico y no candidato a tratamiento quirúrgico. El diagnóstico del PRES requiere alta sospecha clínica y estudios de imagen. La importancia de conocer esta complicación consiste poder establecer el pronóstico en los casos en que no se observa mejoría de las secuelas neurológicas.

SÍNDROME DE WATERHOUSE FRIDERICHSENS. CASO CLÍNICO

Martha Guadalupe Hernandez Quesada;

Manuel José Rivera Chávez; Sheila Estefanía Márquez Rodríguez

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

El síndrome de Waterhouse-Friderichsen se caracteriza por shock, púrpura y hemorragias en ambas glándulas suprarrenales que conducen a insuficiencia suprarrenal. El WFS suele ser resultado de enfermedad meningocócica, otros agentes como Streptococcus Pneumonia, Hemophilus influenzae, Escherichia coli, Staphylococcus aureus, han sido asociados. **Descripción del caso clínico:** Femenina 22 años antecedentes de hipotiroidismo 5 años diagnóstico tratamiento con levotiroxina y prednisona, tuberculosis diseminada con afectación a tiroides, suprarrenales, páncreas, pulmón y necrológica con tratamiento en fase intensiva terminado. Inicia padecimiento 48 horas previo al ingreso con astenia, adinamia, fiebre, vómito incoercible y dolor abdominal intenso; 24 horas posterior se agrega dermatosis

macular diseminada tipo purpúrica con signo de Nikolski positivo en región suprapúbica con afectación a extremidades. Ingresó a UCI con inestabilidad hemodinámica y soporte vital multisistémico. Tomografía toracoabdominal con evidencia de hemorragia en glándulas suprarrenales. PCR 360 mg/l, leucocitos 3.83 10v3/uL, neutrófilos 61%, plaquetas 78 000 10v3/ μ L, procalcitonina 535 ng/mL, TSH2.2IU/L, T4Libre>5.0ng/dL, ACTH123.30pg/mL.

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN LA UTI. CASO CLÍNICO

Nydia Arely Lorenzana Mendoza; Jesús Mauricio Olivares Gazca; Juan Pablo Romero González

Hospital Médica Sur. Ciudad de México. México.

Introducción: La linfocitosis hemofagocítica (LHH) es una enfermedad potencialmente fatal que resulta de células T desinhibidas que causan una tormenta de citocinas y de histiocitos. El reconocimiento temprano es fundamental para el inicio de terapia dirigida y evitar la falla multiorgánica. **Desarrollo del caso:** Femenino de 74 años con antecedente de adenocarcinoma de pulmón EC IV en tratamiento con pembrolizumab. Inició con datos de encefalopatía, fiebre, desaturación y diarrea. Ingresó inestable, con datos de acidosis respiratoria y lesión renal crónica agudizada. Tras reanimación inicial y posterior inicio de vasopresor e hidrocortisona, presentó mejoría transitoria de cuadro clínico. Se inició abordaje descartando causas infecciosas y síndrome paraneoplásico mediante marcadores inflamatorios y anticuerpos por punción lumbar. Dentro de los laboratorios se observó bicitopenia a expensas de eritrocitos y plaquetas, hipertrigliceridemia, DHL >800 U/L, hipofibrinogenemia y elevación de ferritina 17,000 ng/mL, integrando un HScore de 234 puntos, por lo que se complementó abordaje y se inició tratamiento con dexametasona 16 mg cada 24 horas con mejoría clínica. La paciente fue egresada con esteroide a dosis reducción y evolución favorable. **Conclusiones:** La detección temprana del LHH es de vital importancia, ya que permite una intervención oportuna que puede ser crucial para mejorar el pronóstico del paciente. A pesar de que el cuadro clínico puede ser inespecífico, la identificación rápida de los síntomas y los biomarcadores asociados facilita el inicio del tratamiento adecuado, mejorando los resultados clínicos.

SÍNDROME POSPERICARDIOTOMÍA POR CIRUGÍA AÓRTICA. CASO CLÍNICO

Marcos Ernesto Sierra Pérez; Heriberto Herrera Vázquez; Alma Rosa Silva Barrios; Mayra Nayelli Sandoval Valdez; Delia de los Ángeles López Palomo

UMA E «Ignacio García Téllez» IMSS, Mérida, Yucatán.

El síndrome Pospericardiotomía ha sido clásicamente descrito como una entidad de incidencia variable con criterios específicos que incluyen dolor torácico pericárdico o pleurítico, roce pericárdico o pleural, derrame pericárdico y derrame pleural con proteína C reactiva elevada. Epidemiológicamente es frecuente en las primeras décadas de la vida. Se ha asociado a incremento de la morbilidad y complicaciones como tamponade cardíaco y pericarditis constrictiva. Mujer de 53 años, antecedente de hipertensión arterial sistémica, propuesta para sustitución valvular por doble lesión aórtica con predominio de estenosis. Ingresó a terapia intensiva para cuidados posquirúrgicos. Se diagnosticó con choque vasopléjico asociado a tiempo de circulación extracorpórea prolongado, manejo inicial con doble vasopresor, remitiéndose 48 horas después de ingreso, sin embargo, durante su evolución se detectó fiebre, dolor torácico, prueba PCR en 12mg/L y derrame pericárdico leve que previamente no se había documentado, con medición inicial de 9mm. Se agregó manejo con ácido acetilsalicílico y mejoró sintomatología, obteniendo medición subsecuente de derrame pericardio en 4mm. Remitió fiebre 36 horas después de inicio de tratamiento pudiendo egresar de terapia intensiva sin complicaciones. Esta patología es de notable interés por su morbilidad asociada y su mejora pronóstica por terapéutica oportuna.

SIRA SECUNDARIO A PARAQUAT: REPORTE DE CASO

Edith Andrea Orduña Torres; Erik Rusniev Tapia Rodríguez; Noe Jacobo Galicia Castañeda

Hospital Regional Tipo B de Alta Especialidad «Bicentenario de la Independencia», ISSSTE.

Introducción: El Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda (SIRA) es una entidad de gran importancia causante de gran número de ingreso a UCI, de vital importancia debido a sus secuelas y mortalidad, como principal causa siendo su origen infeccioso; en este caso se asoció a herbicida. Presentamos paciente femenino de 39 años, desarrollando SIRA tras ingestión de paraquat. **Objetivo:** Este informe es la presentación de caso clínico de SIRA severo, secundario a ingesta de paraquat, debido a la alta letalidad con mínimas dosis ingeridas, lograr la identificación precoz y ajuste del tratamiento médico dirigido. **Materiales y métodos:** Revisión bibliográfica de estudios clínicos enfocados a presencia de SIRA secundario a ingesta de paraquat. **Resultados:** Discusión sobre la historia natural de la patología, partiendo de la obtención y análisis con la bibliografía disponible, para la identificación y ajuste del tratamiento de manera precoz. **Discusión y conclusiones:** A pesar del manejo del SIRA y del agotamiento de las medidas terapéuticas hasta el momento descritas, el SIRA secundario a la intoxicación por paraquat se debe considerar una patología con una tasa de mortalidad de más del 80% a pesar del agotamiento de las medidas implementadas durante su manejo en la UCI.

SOPORTE ORGÁNICO EN VASCULITIS FULMINANTE. CASO CLÍNICO

Victor Antonio López Félix; Marlon Brian Carrasco Baeza; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz

Centro Médico ABC.

Introducción: Vasculitis c-Anca es una enfermedad sistémica que afecta vasos de pequeño y medio calibre. Ocasionalmente, se presenta con afectación multisistémica, que conlleva peor pronóstico. **Caso clínico:** Masculino de 67 años. Ingresó por insuficiencia respiratoria, tomografía de tórax con neumopatía intersticial e infiltrados alveolares. Se inició ventilación mecánica, broncoscopia con datos de hemorragia alveolar. Presentó inestabilidad hemodinámica, coagulación intravascular diseminada y lesión renal aguda con terapia de reemplazo renal. Se complementó abordaje con panel inmunológico con anticuerpos c-Anca positivos, diagnosticando hemorragia alveolar difusa secundario a vasculitis Anca positivo. Además del manejo con esteroide, se corrigió coagulopatía, se intubó y se sustituyó función renal de manera temprana y mantuvo con ventilación pulmonar protectora, con extubación exitosa a las 48 horas. **Discusión:** La hemorragia alveolar difusa por vasculitis c-anca conlleva alta mortalidad, 50% en pacientes con SaO2 menor 90%, 77% en pacientes con ventilación mecánica, y 50% en pacientes con sustitución renal. En nuestro caso, contra todo pronóstico, se logró recuperación de funciones orgánicas. Este caso nos recuerda la importancia del soporte orgánico temprano además de la terapia dirigida a etiología en patologías de alta mortalidad como la hemorragia alveolar difusa secundaria a vasculitis c-Anca.

SRI EN PACIENTE CON VIH. CASO CLÍNICO

Leal González Leobardo Osem; Flores Miranda Diana

Hospital Ángeles Mocol.

Introducción: El síndrome de reconstitución inmune (SRI) en VIH ocurre tras inicio de tratamiento antirretroviral (TAR), por respuesta inflamatoria exagerada ante infecciones oportunistas. Se ha reportado hasta en 13% de los pacientes que inician TAR. **Caso:** Hombre 38 años con Diabetes tipo 2 y Asma no complicada, actividad sexual con hombres, resto sin relevancia. Padecimiento actual 2 semanas con disnea, tos productiva, cefalea, astenia e hiporexia, recibió tratamiento sintomático sin mejoría. Valorado e ingresado a medicina interna por neumonía, neutrófilos 4820/uL, linfocitos 260/

uL, glucemia 432mg/dL, creatinina 0.97mg/dL, SaO₂ del 70% se administró oxígeno de alto flujo, carbapenémico. ELISA-VIH positiva, presentó evolución tórpida. Ingreso a terapia intensiva, se intubó y trató con clotrimoxazol (320mg/1600mg cada 8h) por neumocistosis. Una semana después inició TAR (Bictarvy), extubación; a los 4 días con empeoramiento de la función respiratoria, requirió intubación, esteroide y cobertura para oportunistas, se diagnosticó SRI. 32 días después se retira ventilación mecánica y egresó por mejoría. **Discusión:** Las implicaciones clínicas del SRI pueden variar desde exacerbación leve de infecciones, complicaciones graves (como este caso) hasta concluir en fallecimiento. Es prioritaria la identificación del agente patógeno para iniciar tratamiento dirigido, administrar esteroide y clasificarlo (paradójico o desenmascarado). **Conclusión:** En SRI es fundamental identificar y tratar oportunamente este síndrome para mejorar los resultados terapéuticos y reducir la morbi-mortalidad.

TERAPIA CONVECTIVA EN RABDOMIOLISIS. CASO CLINICO

Víctor Hugo Castro Cruz

UMAE T1, IMSS, León, Guanajuato.

La rabdomiólisis es un síndrome caracterizado por la lesión de las fibras musculares, posterior a factores traumáticos o no traumáticos. Algunos estudios evalúan la efectividad del tratamiento con terapia de remplazo renal continuo (TRRC) mientras que otros subrayan los beneficios de manera precoz. Nuestra paciente un masculino de 25 años, que sufrió accidente en motocicleta, resultando en lesiones por aplastamiento, requirió laparotomía exploradora y fractura de pelvis, 48 horas después, el paciente ingresó a UCI y se inició TRRC presentando disminución de niveles de creatinfosfoquinasa, pero con deterioro de la función renal. En nuestro caso, el uso de terapia convectiva en la rabdomiólisis resultó en una significativa reducción de las concentraciones de CK. Sin embargo, el inicio de esta terapia se retrasó más de 36 horas. En un estudio retrospectivo, evaluaron el inicio temprano de la TRRC en una población similar a la de nuestro paciente, encontrándose una disminución de la mortalidad, sin embargo, se inició en el momento de no retorno. **Conclusión:** La TRRC aunque no ha demostrado mejorar la mortalidad en pacientes con rabdomiólisis, ofrece beneficios en el aclaramiento de mioglobina. Por ello, existen oportunidades para considerar su inicio temprano y prevenir el daño tubular asociado.

TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CONTINUA EN SEPSIS. CASO CLINICO

Jesús Nativitas Morales

Hospital General Regional 196. IMSS.

La sepsis se puede definir como una respuesta desregulada del huésped ante una infección que puede ocasionar falla orgánica múltiple y es potencialmente mortal. Causa daños a diferentes órganos y sistemas, siendo el riñón uno de los órganos con mayor afectación, llevando al desarrollo de lesión renal aguda. La sepsis y el choque séptico es una indicación no renal para iniciar la terapia de reemplazo renal continua en modalidad hemodiafiltración veno-venosa. Masculino de 68 años, ingresa a la UCIA proveniente de quirófano en donde se realiza laparotomía exploradora teniendo como hallazgos: perforación en tercio distal de estómago en curvatura menor de aproximadamente 5mm. Se encuentra con choque séptico, bajo apoyo mecánico ventilatorio, dependiente de doble vasopresor e infusión de esteroide, con lesión renal aguda evidenciada por aumento en los niveles de azoados y anuria del paciente, ameritando uso de terapia de reemplazo renal continua por 72 horas en modalidad hemodiafiltración veno-venosa continua, con disminución de la dosis de vasopresor, mejoría de la función renal, además del estado ácido base. Se interrumpe dicho tratamiento por disfunción de la membrana de intercambio con recuperación de los flujos urinarios, manteniendo el estado ácido base del paciente. Se egresa a los 10 días de UCIA a piso de cirugía general.

TERAPIA DE SOPORTE HEPÁTICO EN UCIA. CASO CLÍNICO

Fernando Villalobos Guerrero; Alejandra Torres Aguilar;

María Alaciel Galván Merlos; Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

La insuficiencia hepática aguda es una afección rara potencialmente reversible que provoca deterioro progresivo en pacientes sin enfermedad hepática preexistente. En la actualidad se utilizan 5 sistemas de soporte hepático: sistema MARS, diálisis de albúmina de un solo paso (SPAD), Prometheus, terapia de filtración selectiva de plasma y Hemodiafiltración. Presentamos el caso de paciente tratado mediante SPAD. Masculino 30 años, antecedente de consumo de alcohol, cigarro electrónico, cocaína y LCD. Inicia padecimiento el 24/08/2024 con náusea, mareos, cefalea, pérdida del estado de alerta, recuperación a 2 minutos. Días después se agrega hiporexia, fiebre, mal estar general, dolor abdominal, y deterioro neurológico. Ingresa a urgencias de nuestro hospital con datos de insuficiencia hepática y encefalopatía Requiriendo ventilación mecánica y traslado a UCIA. Se inician medidas de soporte. Ultrasonido reporta hepatomegalia. Se reportan anticuerpos antinucleares con patrón citoplasmático fibrilar lineal y anti músculo liso positivos (apoyando el diagnóstico de hepatitis autoinmune). Panel viral: anticuerpos anti-hepatitis A IgM. Se toma biopsia. Continúa deterioro por lo que se indica terapia SPAD, utilizando Prismax, dos ciclos de 6 horas porcentaje de reducción 22%. Debido a weaning difícil se realiza traqueostomía y posterior retiro de la ventilación mecánica presentando mejoría y logrando egreso de UCIA.

TOXICIDAD TARDÍA POR METOTREXATO. CASO CLÍNICO

Gloria Sarahí Salazar González;

Cristina Elizabeth Madera Maldonado; Ricardo Muñoz Grande;

Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

El metotrexato cuenta con efecto antiproliferativo, antiinflamatorio e inmunomodulador en condiciones autoinmunes y cáncer, sin embargo, incluso en dosis intermedias (50 a 500 mg/m²), puede llevar a toxicidades, particularmente en pacientes con comorbilidades. La toxicidad por metotrexato está relacionada con la dosis, duración de exposición y otros idiosincrásicos, manifestándose especialmente en dosis intermedias y altas principalmente por hepatotoxicidad, seguida de mielosupresión, toxicidad renal, neurológica, pulmonar y tegumentaria. Presentamos el caso de un masculino de 35 años con diabetes mellitus y pie diabético, quien fue tratado de manera privada con metotrexato en dosis intermedias 50 días previos a su ingreso, desarrollando hepatotoxicidad, mielosupresión y toxicidad renal como efectos secundarios. Ingresó a UCI para soporte multiorgánico con rescate con ácido fólico y agonistas del receptor de trombopoyetina como fármacos claves en la recuperación hematológica, sin embargo, agregándose toxicidad tegumentaria y respiratoria con progresión tórpida a FOM, choque séptico y finalmente muerte, por lo que se rescata la necesidad de monitoreo estrecho en pacientes tratados con metotrexato independiente de la dosis, para intervenir de manera temprana ante signos de toxicidad sistémica.

TRASPLANTE BIPULMONAR DE CRITERIOS EXTENDIDOS. CASO CLÍNICO

Ximena Bernal Toledo; Víctor Manuel Sánchez Nava;

Carlos Chávez Pérez; María del Rosario Muñoz Ramírez;

Leticia Guadalupe Solís Ontiveros

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

Introducción: El trasplante pulmonar es un procedimiento que busca mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes. La adecuada selección de los mismos potencia que estos objetivos se cumplan. Los factores de riesgo que se consideran para contraindicar el trasplante pulmonar son dentro de otros: infecciones extrapulmona-

res activas, soporte vital extracorpóreo. **Objetivos:** Exponer el caso clínico y experiencia en trasplante bipulmonar con criterios extendidos. **Material y métodos** Reporte de caso de paciente en Hospital TECSALUD de Monterrey, Nuevo León. **Resultados:** Masculino de 23 años de edad con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar residual post SARS COVID-19 en 2021 y falla respiratoria hipoxémica refractaria requiriendo soporte vital extracorpóreo en 2021 y en 2023, que desarrolla dentro de su estancia colonización por *Cándida Auris*. Se realiza trasplante bipulmonar en 2024, con buena evolución, logrando retiro de soporte extracorpóreo y ventilatorio, es egresado sin complicaciones a domicilio posterior a 20 meses de estancia hospitalaria. **Discusión:** Por el alto riesgo de fracaso se considera como una contraindicación absoluta el trasplante pulmonar en pacientes con infecciones extrapulmonares activas y de manera relativa el soporte vital extracorpóreo. **Conclusión:** La adecuada selección del paciente y contar con un equipo de experto contribuye a resultados favorables.

TROMBOFILIA MTHFR C677 EN UCI. CASO CLÍNICO

Espinosa Herrera Jose Luis; Aparicio Barrera María del Mar; María Alaciél Galván Merlos; Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca.

ACS de 24 años, con antecedente de cardiopatía asociada a fibrilación auricular en manejo con metoprolol, resto negado. Inicio con pérdida postural siendo encontrado con hemiparesia derecha y afasia, acuden a nuestra unidad. A su ingreso con NIHSS de 14 puntos, presenta afasia motora, desviación de comisura labial, hemiparesia desproporcionada no densa de hemicuerpo derecho. TC de cráneo simple sin isquemia. Se maneja con alteplasa 63mg (0.9mg/kg), presenta taquiarritmia 170lpm, ECG de 12 derivaciones con TSV, inician manejo con adenosina 12mg dos dosis y amiodarona 150mg en bolo y 900mg en infusión hasta frecuencia cardíaca 140lpm. En UCI con Hb 14g/dL, Leu 10.9 10^3 /ul, Pla 218000, Cr 1.14mg/dL, Na 135mmol/L, K 4.6mmol/L, Ca 8.8mg/dL, Mg 1.75mg/dL, CPK-MB 20.3UI/L. Angio-TC reporto HTAP, tronco de la pulmonar 36mm de diámetro, cardiomegalia con dilatación de AI, sin TEP, disminución de calibre de aorta torácica y abdominal con trombosis de vena cava inferior y abdominal hasta ilíacas. Proteína C funcional 19% (73-180%), antigénica 12% (60-150%), Homocisteína 48umol/L y Mutación 677 C T en gen de MTHFR. Inicia infusión de heparina no fraccionada. Presenta deterioro hemodinámico por ECOTT con hipocinesia generalizada, FEVI 14%, disfunción diastólica grado 3 e hipertensión arterial pulmonar. Fallece por choque cardiogénico.

TROMBOFRAGMENTACIÓN EN EL PACIENTE CON TEP. CASO CLÍNICO

Nadia Melisa Queb Pech; Alejandro Castro Serrano; Paul Palacios Moguel; Janet Silvia Aguirre Sánchez; Braulia Aurelia Martínez Díaz

Centro Médico ABC.

Introducción: La trombectomía mecánica y la trombólisis dirigida son alternativas terapéuticas para el tromboembolismo pulmonar (TEP) de riesgo intermedio alto cuyas indicaciones continúan siendo controversiales. Se presenta caso de paciente con tromboembolismo pulmonar de riesgo intermedio- alto sometida a trombectomía mecánica fármaco-asistida con sistema *Penumbra*. Femenino de 76 años, antecedente de hipertensión arterial, hipotiroidismo y enfermedad vascular cerebral, fue sometida 15 días previos a artroplastia trocantérica mayor izquierda. Cursó con alteración de estado neurológico, desorientación, taquicardia, hipoxemia y dolor en miembro pélvico izquierdo, asociado a exudado purulento de herida quirúrgica. A su ingreso se documentó tromboembolismo pulmonar, se realizó estratificación de riesgo cumpliendo con riesgo intermedio-alto (PESI clase III, TAPSE de 15 mm y troponinas 120 pg/mL). Ingresó a trombofragmentación asistida mediante cateterismo además de infusión de alteplasa 12 mg en 12 horas. Cursó con mejoría clínica, bioquímica y radiológica.

Conclusiones: La evidencia con la que contamos es escasa y no existe consenso sobre criterios de elección. La utilidad de la trombofragmentación fármaco-asistida cobra importancia en aquellos casos de TEP de riesgo intermedio alto, en donde el riesgo de sangrado y la probabilidad de progresión son elevadas.

TROMBOSIS PORTAL Y MESENTÉRICA Y PANCREATITIS. CASO CLÍNICO

Norman Josue Rivera Pineda; Mijail Rullovich Frías Abrahamov

Hospital San Ángel Inn Universidad.

Introducción: La incidencia de trombosis en vena porta y vena mesentérica superior es del 6.2 y 2.7%. El periodo de formación es aproximadamente 10 días posterior al inicio de síntomas. Provoca disfunción gástrica, hipertensión portal, alto riesgo de necrosis intestinal y perforación. **Objetivo:** Conocer incidencia, manifestaciones clínicas y tratamiento. **Exposición del caso:** Femenino, 43 años, sin crónico degenerativo, consumo de alcohol de forma ocasional. Con dolor abdominal de 3 semanas de evolución, tipo urente y cólico en región epigástrica, transfictivo, con irradiación hacia ambos hipocóndrios, atenuado con analgésicos, acompañado náusea y vómito. Abdomen con distensión, dolor a la palpación superficial y profunda. TAC contrastada derrame pleural masivo izquierdo, trombosis total del sistema portal con extensión a vena mesentérica superior e inferior, hipertensión portal, formación de shunt portosistémico, páncreas con colección peripancreática que se extiende hasta curvatura mayor del estómago de 60 mL, resto aumentado de tamaño con edema de zonas adyacentes. Se clasifica con Atlanta moderadamente grave, BISAP 2 puntos. **Conclusión:** La trombosis esplácnica por pancreatitis aguda puede llevar a complicaciones como hipertensión portal, sangrado de tubo digestivo por várices gástricas. El tratamiento recomendado es iniciar anticoagulación ya que se ha observado mayor tasa de recanalización. Sin embargo, aún no existen guías de manejo estándar.

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN EMBARAZO Y PUERPERIO. CASOS CLÍNICOS

Lizbeth Arely Hernández Torres; Miguel Angel Nares Torices; Víctor Manuel González Manzano; Diego Ignacio Martínez Carrión; Sebastián Emanuel Nájera Enríquez

CMN La Raza IMSS/ Instituto Nacional de Perinatología / Centro Médico ABC. CDMX.

La trombosis venosa cerebral es poco común, es una emergencia neurológica se puede presentar en el embarazo y/o puerperio. Causada por la oclusión de las venas duramadre y las venas cerebrales. Tiene presentación clínica variable lo que dificulta el diagnóstico de forma temprana, se debe de considerar como causa de deterioro y/o alteración neurológica en el embarazo y/o puerperio, requiriendo de estudio de imagen e iniciar tratamiento con anticoagulación. Caso 1: Mujer 15 años, embarazo 34 semanas quien presenta crisis convulsivas tónico clónica generalizadas y horas después deterioro neurológico sin asociarse a crisis convulsivas con recuperación al íntegro. Embarazo de >20 sdg asociado a hipertensión y proteinuria clasificando como con datos de severidad realizando interrupción del embarazo, realizando posteriormente estudios de imagen (RM) con datos de trombosis venosa + edema vasogénico occipital bilateral en relación a síndrome de PRES. Caso 2: Mujer 36 años puerperio quirúrgico presenta crisis convulsivas tónico clónicas, parestesia en extremidad superior e inferior izquierda, se realizan estudios de laboratorio y tomografía de cráneo simple y contrastada con datos sugestivos de trombosis venosa del seno sagital superior, iniciando tratamiento con heparina de bajo peso molecular, con mejoría y egresando a su domicilio 4 días posteriores. **Conclusiones:** Las mujeres durante el embarazo y/o puerperio pueden presentar convulsiones, por lo que después de las enfermedades hipertensivas del embarazo, la trombosis del seno venoso cerebral debe considerarse como un diagnóstico diferencial.

TROMBOSIS VENOSA MESENTÉRICA EN EL PUERPERIO PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Bonfilio Benito Mendoza

Hospital Regional ISSSTE. Morelia, Michoacán.

Paciente femenino de 34 años. Antecedente de hipotiroidismo de 5 años de diagnóstico con mal control, obesidad grado II, AGO G4, C4 con última cesárea 12 días previos a su ingreso, embarazo pretérmino de 34 SDG por rotura prematura de membranas a las 34 semanas de gestación. Referida de segundo nivel de atención con diagnóstico de pancreatitis aguda, cuadro clínico de 5 días de evolución. Se inició manejo analgésico, reanimación hídrica. 48 horas después persiste dolor abdominal, aumenta la respuesta leucocitaria y se identifica descenso de hemoglobina en 3 gramos, pasa a LAPE encontrando pequeño hematoma en oviducto derecho, hemoperitoneo mínimo y escaso sangrado en epiplón. Posterior a evento quirúrgico presenta Hematoquezia, se protocoliza con colonoscopia que reporta hemorroides grado II. En seguimiento por GYO, el tacto vaginal reporta loquios fétidos, el US endovaginal muestra líquido libre en cavidad endometrial y se decide AMEU. Tras 7 días de su evolución presenta abdomen agudo franco que amerita segunda LAPE encontrando: útero pálido y friable, ovarios normales, en abdomen superior se identifican asas de intestino delgado necrosadas, secundario a trombosis segmentaria de la rama ileal y cambios isquémicos irreversibles de aproximadamente 80cm realizando resección ileal. El diagnóstico final se confirmó por histopatología.

TUBERCULOSIS MENÍNGEA Y DOPPLER TRANSCRANEAL. CASO CLÍNICO

Fernanda Giselle López Alcalá; Kenia González Perales

UMAE T1, IMSS, León, Guanajuato.

Introducción: La afectación vascular del SNC por Tuberculosis es infrecuente y la literatura sobre Doppler transcraneal en diagnóstico o seguimiento de la vasculopatía asociada es escasa. **Objetivo:** Exponemos utilidad del Doppler transcraneal en vasculopatía por Tuberculosis meníngea. **Caso clínico:** Hombre de 23 años, presenta cefalea, confusión y rigidez nuchal. Acude a atención, se da tratamiento ambulatorio. En domicilio presenta deterioro neurológico, se hospitaliza con manejo avanzado de la vía aérea. Se ingresa a UCI y se realiza punción lumbar con Film Array positivo a M. tuberculosis, además de datos tomográficos sugestivos de evento isquémico a nivel del núcleo lenticular y cápsula interna derechos, inicia manejo con esteroides y antifúngicos. Durante estancia con Doppler transcraneal continuo cuando súbitamente presenta aumento de resistencia periférica y elevación en presión intracraneal. Se realiza resonancia con evidencia de infarto agudo a nivel de núcleo lenticular izquierdo y subagudo de hemisferio derecho. Con evolución desfavorable, paciente fallece. **Discusión:** Los pacientes con meningitis tuberculosa desarrollan alteraciones hemodinámicas cerebrales que conducen a isquemia cerebral y el pronóstico es sombrío, como sucede en este caso. **Conclusiones:** El Doppler transcraneal sirve para diagnóstico de vasculopatía y ayuda a monitorizar progresión y la respuesta a tratamiento.

USO DE ROTEM EN LESIÓN DE CAVA POR NEFRECTOMÍA. CASO CLÍNICO

Leticia Guerrero Navarrete; María José Hernández Cruz; María Alaciél Galván Merlos; Alfredo Arellano Ramírez

Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca.

El choque hipovolémico secundario a la pérdida de sangre la cual es generada por un importante y rápida pérdida del volumen circulante el cual ocasiona una inadecuada perfusión y oxigenación tisular generando disfunción orgánica. Existen diferentes maneras de guiar la reanimación con hemoderivados como son las pruebas viscoelásticas que mantienen una terapia dirigida. Por lo que se presenta caso de

paciente femenino de 39 años, quien ingresa a la unidad de cuidados intensivos bajo el contexto de lesión de vena cava inferior secundario a un proceso infeccioso por absceso renal post operada de nefrectomía radical con pérdida de 2500 mL y quien recibió transfusión masiva en quirófano, bajo el contexto de choque hipovolémico por monitoreo Edwards y se realizan pruebas viscoelásticas para optimizar la reanimación con hemoderivados, control de daños por coagulopatía por trauma durante su estancia y requiriendo dosis terapéuticas de tromboprolifaxis por el riesgo de trombosis de la cava se egresa por mejoría.

VASOPLÉJIA REFRACTARIA EN CAMBIO VALVULAR MITRAL. CASO CLÍNICO

Víctor Antonio López Félix; Janet Silvia Aguirre Sánchez;

Braulia Aurelia Martínez Díaz

Centro Médico ABC.

Introducción: El síndrome vasopléjico posterior a cirugía cardíaca se caracteriza por patrón de choque distributivo con hipotensión, resistencias vascular sistémicas <800 dynas e índice cardíaco >2.2 l/min/m². Principales factores de riesgo son edad y tiempo de circulación extracorpórea elevado. **Caso clínico:** Masculino de 55 años. Ingresó con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda. Ecocardiograma transtorácico insuficiencia mitral grave. Se realizó cambio valvular mitral, con tiempo bomba extracorpórea 210 minutos, tiempo de pinzamiento aórtico 148 minutos. Reingresó con altos requerimientos de vasopresores, patrón hemodinámico distributivo (monitoreo gasto cardíaco continuo) GC 7.2 l/min IC 3.4 l/min/m² RVS 500 dynas PVC 7 mmHg PAP 26 mmHg. Se diagnosticó síndrome vasopléjico. Además de cristaloides, norepinefrina y vasopresina, se agregó manejo con esteroide, y posteriormente azul de metileno e infusión de adrenalina, sin presentar mejoría. ECOTE sin trastornos de contractilidad y válvula protésica funcional. Evolución tórpida con falla multiorgánica y defunción. **Discusión:** El síndrome vasopléjico refractario permanece un reto terapéutico, sin muchas alternativas de tratamiento con evidencia sólida, haciendo énfasis en prevención y control de factores de riesgo para limitar su aparición. El tiempo de bomba extracorpórea elevado determinante en desenlace de este caso.

VENTILACION EN PRONO EN PACIENTES POSQUIRÚRGICOS. CASO CLÍNICO

Christian Job Josué Jaramillo Núñez;

Erik Rusniev Tapia Rodríguez

Hospital Regional Tipo B de Alta Especialidad

«Bicentenario de la Independencia», ISSSTE.

Introducción: El síndrome de insuficiencia respiratoria aguda (SIRA) es una de las entidades de mayor importancia y causante de ingreso a la UCI, siendo de vital importancia debido a su incidencia, mortalidad y secuelas asociadas a su atención. Dentro de las estrategias que han marcado un impacto en el pronóstico del paciente es la ventilación en posición prono, describiéndose escenarios clínicos que representan contraindicaciones relativas y absolutas para el posicionamiento del paciente, una de las cuales es la cirugía abdominal abierta. **Objetivo:** El objetivo de este informe es la presentación de un caso clínico de un paciente con cirugía abdominal complicada, el cual presento SIRA severo secundario a infección por virus de SARS COV 2, requiriendo como último recurso de tratamiento la ventilación en posición prono. **Materiales y métodos:** Revisión bibliográfica de estudios clínicos enfocados al uso de la ventilación en posición prono en pacientes posquirúrgicos abdominales. **Resultados:** Mejoría del paciente con SIRA y abdomen posquirúrgico sin presentar eventos adversos mayores asociados durante la posición prono. **Discusión y conclusiones:** La ventilación en posición prono debe considerarse una opción terapéutica para el manejo del SIRA secundario en los pacientes posquirúrgicos al no mostrarse complicaciones abdominales asociadas a su uso.

VM EN PRONO: POST ESTERNOTOMIA, (CASO CLINICO)

Julio Antonio Velázquez Bass; Lidia Gutiérrez Hernández;

José Luis Julio Pérez Mejía; Sergio Moreno García

Hospital General Pachuca.

Paciente femenina de 55 años, post-esternotomía por endocarditis bacteriana, desarrolló neumonía por *Staphylococcus aureus* tras el alta de cirugía. A pesar del tratamiento antibiótico, su condición respiratoria se deterioró significativamente, requiriendo reintubación y ventilación mecánica con altos flujos de oxígeno. Dada la gravedad de la neumonía y la limitada respuesta a la terapia convencional, se decidió implementar ventilación mecánica en posición prona, a pesar de la reciente cirugía. A pesar de la contraindicación relativa, la evaluación exhaustiva del paciente y las condiciones de la herida permitieron

llevar a cabo este procedimiento de forma segura. Tras dos sesiones de pronación, se observó una mejora sustancial en la oxigenación y la mecánica pulmonar. Esto permitió reducir gradualmente los parámetros ventilatorios y, finalmente, extubar al paciente al décimo día de ingreso. Conclusiones preliminares: La ventilación mecánica en posición prona puede ser una estrategia efectiva en pacientes post-esternotomía con neumonía grave por *S. aureus*, siempre y cuando se evalúe cuidadosamente el riesgo-beneficio. La pronación temprana puede mejorar significativamente la oxigenación y facilitar el destete de la ventilación mecánica en estos pacientes complejos. Objetivos del estudio: Describir el manejo clínico de una paciente con neumonía nosocomial por *S. aureus* post-esternotomía, enfatizando el papel de la ventilación mecánica en posición prona en la mejora de la oxigenación y los resultados clínicos.