



**HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA**

SESIÓN INTERHOSPITALARIA HOSPITAL ÁNGELES METROPOLITANO

8 de octubre de 2014

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Paciente: RMVA Ficha: 130023-00/451101-11 Sexo: Masculino. Edad: 3 meses.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelo paterno con cáncer de vejiga y cáncer renal, Abuela paterna con Hipertensión arterial sistémica y Diabetes Mellitus tipo 2. Padres sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa de la abuela, cuenta con todos los servicios de urbanización y saneamiento. Adecuados hábitos higiénicos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Producto de la gesta 3. Control prenatal adecuado: USG en 4 ocasiones, 12 consultas por parte de G-O. Antecedente de amenaza de aborto a la semana 7 que fue tratada con prednisona, piperidolato y progesterona, cervicovaginitis a los 4 meses de gestación tratada con ceftriaxona, Diabetes gestacional a los 6 meses manejada con dieta. Obtenido por cesárea extra-PEMEX a las 38 SDG, Peso 2670 gr, talla 48 cm, APGAR 9/9, Silverman 1-0. Microtia bilateral, micrognatia, embriotoxon posterior, paladar ojival y parálisis facial izquierda. Alteración en fase oral y faríngea de la deglución. Reflujo gastroesofágico. Disgenesia Mandibular. Ecocardiograma normal. Tamiz metabólico ampliado: Normal. Cariotipo: Cromosoma Y con bloque heterocromático más pequeño de lo normal. Potenciales evocados de Tallo Cerebral: Depresión de voltajes de los componentes periféricos y centrales y con respuesta a umbrales a 70 dB. Permaneció hospitalizado aproximadamente 1 mes hasta terminar protocolo de estudio y se decidió egreso a domicilio con alimentación enteral a base de fórmula deslactosada, cafeína, metoclopramida y manejo de secreciones con perilla.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia 1 mes posterior al egreso hospitalario con Neumonía por broncoaspiración y síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por lo que es ingresado en hospital privado, manejado con cefotaxima y ampicilina por 14 días, decidiendo alta a los 18 días con alimentación por sonda, aspirado de secreciones y oxígeno suplementario en su domicilio. Dos días después de su egreso, presenta pico febril de 38.3°C acompañado de datos de dificultad respiratoria y mal manejo de secreciones, por lo que es traído a Urgencias de esta unidad donde se encuentra con SaO₂% 74% y Silverman 3 por lo que se decide su ingreso para manejo antimicrobiano e inhaloterapia. Durante la evolución presenta estridor inspiratorio y desaturación de oxígeno por lo que se decide por parte de pediatría orointubación.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos Vitales: Presión arterial : 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca: 148 lpm, temperatura: 37 °C. Peso. 3.680 kg Talla : 50 cm

Paciente con apoyo de ventilación mecánica en modo asisto controlado, PEEP de 3.1, frecuencia respiratoria de 29 rpm, fio2 60% y Saturación de Oxígeno de 99%. Microcéfalo con micrognatia. Cavidad oral con macroglosia con puntos de suturas laterales para tracción, paladar duro sin alteraciones, tubo oro-traqueal número 3.5. Orofaringe no valorable por presencia de abundantes secreciones y presencia de sonda orogástrica. Nariz con puente nasal deprimido, narinas permeables con mucosa normo crómica, septum funcional. Microtia/atresia bilateral grado III, parálisis facial izquierda. Cuello corto, tráquea central y desplazable, se palpan cartílagos traqueales y aparente espacio entre la horquilla esternal y cricoides de aproximadamente 1cm. Pectus excavatum.