



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-2015-2
Miércoles 15 de Junio de 2016

COORDINADOR: DR. LUIS ENRIQUE JUÁREZ VILLEGAS
DISCUSOR: DR. ADRIAN CHÁVEZ LÓPEZ JEFE DEL DEPTO. DE TERAPIA INTENSIVA
PATÓLOGO: DRA. MA. DEL ROSARIO ROMERO ÁLVAREZ
RADIÓLOGO: DRA. JUDITH ALMANZA ARANDA
RESUMEN: DRA. MA. DEL SOL ALEJO HERNÁNDEZ

NOMBRE: L.L.L.E. **SEXO:** MASCULINO **EDAD:** 12 AÑOS 9 MESES
PROCEDENCIA: HUIXQUILUCAN, EDO. DE MÉXICO **F. NAC.:** 20.03.2002
1^{ER} INGRESO (URGENCIAS): 03 ENERO 2015 **EGRESO:** 11 ENERO 2015

MOTIVO DE CONSULTA: Vómito, Dolor abdominal, Evacuaciones disminuidas en consistencia y Fiebre.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Padre finado a los 40 años, secundario a accidente por arma de fuego. Madre viva de 42 años de edad, católica, primaria completa, viuda, empleada doméstica, aparentemente sana, niega toxicomanías. Hermano de 10 años de edad aparentemente sano. Niega consanguinidad.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Originarios y residentes de Huixquilucan, Estado de México, nivel socioeconómico bajo. Habitan en casa propia, cuenta con todos los servicios de urbanización, hacinamiento negado, conviven con un perro, refiere exposición a insecticidas desde hace un año una vez por semana. **ALIMENTACIÓN:** Seno materno por 8 meses, alternando con fórmula láctea, ablactación a los 3 meses, se integra a la dieta familiar a los 12 meses, realiza 3 comidas al día con una dieta aparentemente balanceada. **DESARROLLO PSICOMOTOR:** Sonrisa social a los 3 meses de edad, sostén cefálico no recuerda, deambulación al año de vida, control de esfínteres a los 2 años, cursa 6to año de primaria con mal aprovechamiento escolar. **INMUNIZACIONES:** Completas para la edad.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de la gesta 1, control prenatal regular, embarazo normoevolutivo, se obtiene por parto eutócico, de término, en medio hospitalario, respiró y lloró al nacer, desconoce peso, talla y APGAR. Egreso del binomio sin complicaciones. Conocido en esta institución el 27.02.14 por pancitopenia. 28.02.14 Aspirado de Médula ósea normocelular, heterogénea, megacariocitos pequeños, no productores de plaquetas, serie eritroide hiperplásica con buena maduración, serie mieloide con adecuada maduración y diferenciación, no células ajenas a médula ósea, no se observan blastos. BMO con maduración megaloblástica de la serie eritroide, sospecha de anemia de Fanconi: Se inicia manejo con prednisona y Danazol. De Julio a Septiembre 2014 múltiples hospitalizaciones por epistaxis. Del 05 al 13 de Octubre de 2014 hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad y epistaxis, se solicita TAC de tórax por radiopacidad a nivel mediastinal. El 17.10.14 TAC con tumor en mediastino posterior, sospecha de pseudotumor pulmonar inflamatorio vs tumor neurogénico. Del 29.10 al 04.11.14 hospitalizado por masa mediastinal en estudio, sospecha de neuroblastoma. El 18.12.14 Ingreso a Oncología por BH con blastos 6%. AMO blastos 41% de morfología LMA M2, LCR positivo. El 22.12.14 primer ciclo de quimioterapia para leucemia mieloide con ATEDOX (citarabina, etopósido, 6-mercaptopurina, doxorubicina)

PADECIMIENTO ACTUAL:

03.01.15: VOMITO: De 24 horas de evolución, de inicio súbito, progresivo, precedido de náuseas y arqueo, de contenido gastrointestinal, en más de 10 ocasiones.

FIEBRE: De 24 horas de evolución, de inicio súbito, progresivo, en 3 ocasiones, el pico máximo de 39°C, asociado a diaforesis y piloerección, se corrobora a su ingreso.

DOLOR ABDOMINAL: De 24 horas de evolución de inicio insidioso, referido en mesogastrio, tipo cólico, intermitente, intensidad 5/10.

EVACUACIONES DISMINUIDAS EN CONSISTENCIA: De 24 horas de evolución, líquidas, verdosas, fétidas, desconoce si presentó moco o sangre, en 10 ocasiones aproximadamente.

ULCERAS ORALES: De 1 semana de evolución, referidas como placas blanquecinas en paladar anterior, que sangran al tacto.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temp	Llen cap
36 kg	140 cm	150/min	18/min	90/64 mmHg	39°C	4 seg

Masculino de edad aparente a la cronológica, con palidez de tegumentos, alerta, orientado, cráneo normocéfalo, sin exostosis ni endostosis; pupilas isocóricas y normorreflécticas, narinas permeables, mucosa oral hidratada, con presencia de placas blanquecinas en paladar superior con restos de sangrado, faringe hiperémica con descarga retronasal hialina, conductos auditivos permeables, hiperémicos, membranas timpánicas íntegras; cuello cilíndrico sin adenopatías; tórax con movimientos de amplexión y amplexación conservados, se ausculta murmullo vesicular sin agregados, claro pulmonar; precordio normodinámico, ausencia de soplos; abdomen blando, depresible, globoso a expensas de pániculo adiposo, doloroso a la palpación profunda en mesogastrio, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente y normal; genitales externos masculinos, área perianal sin lesiones; miembros pélvicos y torácicos eutróficos, llenado capilar en extremidades inferiores de 4", pulsos disminuidos en intensidad, extremidades superiores con llenado capilar en 2", pulsos periféricos disminuidos en intensidad, neurológicamente íntegro con Glasgow en 15.

LABORATORIO Y GABINETE:

PH	PO2	PCO2	HCO3	LACT	EB
7.57	23.2	18.7	17.2	3	-4.7

Hb	Hto	V.C.M.	C.M.H.C.	Leu	Neu	Linf	Mon	Plaq
8.6 g/dl	24.4%	94 fL	33 g/dL	200 /ul	1.8%	92%	3.6%	5,000

Ac. Úrico	BUN	Creatinina	Na	K	Cl	Ca	P
4 mg/dl	16mg/dl	1.1 mg/dl	129 mEq/L	3.7 mEq/L	95 mEq/L	7.8 mEq/L	2.3 mg/dl

BT	BD	BI	PROT	ALBUMINA	ALT	AST
2.73 mg/dl	1.79 mg/dl	0.94 mg/dl	6.7 d/dL	3.3 g/dL	72	15

TP	TTP
18.7"	48.9"

A su ingreso se integra diagnóstico de choque compensado por lo que se decide administrar 3 cargas con cristaloides, con mejoría parcial, se inician aminas a base de dobutamina 5 mcg/kg/min y adrenalina 0.1 mcg/kg/min, se transfunden concentrados plaquetarios. Valorado por el servicio de Oncología e Infectología, el cual integra diagnóstico de fiebre y neutropenia con foco infeccioso a nivel abdominal, compatible con colitis neutropénica, así como datos de choque séptico, se deja manejo con esquema antibiótico con meropenem, vancomicina y anfotericina B convencional. Se indica ayuno, soluciones a 1500mlm2día, y reposición de Na. **UTIP:** Prioridad II de ingreso, con estabilidad en relación al ingreso. Se solicita TAC de abdomen; se solicita valoración por Cardiología quien determina que no cursa con cardiopatía, FEVI 62%, PSVD 33mmHg.

04.01.15 URGENCIAS: Cursa con hipokalemia por lo que se incrementan aportes intravenosos a 80 mEqm2scdía.

05.01.15. URGENCIAS: Presenta datos de bajo gasto, se administra carga a 10 mlkgdosis con SF 0.9%, se incrementan aportes de potasio por persistencia de hipokalemia. **CIRUGÍA GENERAL:** En la TAC de abdomen se observa pared de colon engrosado 0.7 mm, con datos de colitis neutropénica, sin requerir tratamiento quirúrgico, continuar con ayuno.

BUN	Creatinina	Na	K	Cl	Ca	P
10 mg/dl	0.7 mg/dl	136 mEq/L	2.4 mEq/L	103 mEq/L	7.1 mEq/L	3.1 mg/dl

Hb	Hto	V.C.M.	C.M.H.C.	Leu	Neu	Linf	Mon	Plaq
8.8 g/dl	25.7%	90 fL	34 g/dL	200 /ul	14.1%	79%	2.2%	33,000

06.01.15 UTIP: Ingresa a servicio, con dificultad respiratoria caracterizado por tiraje intercostal y aleteo nasal, hipoventilación bilateral, desaturación sin O2 a 75%, se observa radiografía de tórax con infiltrado parahiliar bilateral, con lo cual se integra diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, con apoyo de mascarilla reservorio a 10 l/min; con datos de choque caliente, con apoyo de norepinefrina hasta 0.15 mcg/kg/min, se administra carga de Hartmann y otra de albúmina 5%, con lo que mejoran cifras tensionales, persistencia de hipokalemia con alteración electrocardiográfica por lo que se indica reposición aguda de potasio.

07.01.15 UTIP: Con apoyo de mascarilla facial por 5 lpm como apoyo hemodinámico, sin datos de dificultad respiratoria, continúa con apoyo aminérgico a 0.1 mcg/kg/min, logrando disminuir parámetros, se inicia nutrición parenteral, ha mostrado gastos fecales elevados y con persistencia del dolor a la palpación profunda en cuadrantes superior e inferior derechos, continúa con hipokalemia.

08.01.15 INFECTOLOGÍA: .Se reporta antígeno para aspergillus galactomanano y mananos positivos, además de un día previo con persistencia de fiebre, se decide iniciar tratamiento con voriconazol 7mg/kgdo c/ 12 hrs por evolución tórpida.

09.01.15 INFECTOLOGÍA: TAC de senos paranasales con ocupación bilateral, parénquima pulmonar con infiltrado y zona de consolidación en hemitórax izquierdo.

10.01.15: Paciente con apoyo de oxígeno con mascarilla facial a 8 lpm, como apoyo hemodinámico, con precordio hiperdinámico, taquicardia, pulsos aumentados de intensidad, llenado capilar en 2 segundos, 4 horas con hipotensión, requiriendo carga con solución Hartmann, dolor abdominal importante, evacuaciones líquidas y verdosas y un vómito de contenido gástrico, se mantiene con fiebre de difícil control.

PH	PO2	PCO2	HCO3	LACT	EB
7.39	55.1	24.8	14.9	2.3	-9

11.01.15 UTIP: Paciente con deterioro ventilatorio que amerita BIPAP con incremento de parámetros ventilatorios, al no evidenciar mejoría clínica se procede intubación con los siguientes parámetros PIP 6, PEEP 8, FiO2 100%. Se reporta gasometría con acidosis metabólica hiperclorémica, con tendencia a la hiperdinamia, pulsos saltones, llenado capilar en 1 segundo, se inicia manejo con norepinefrina y adrenalina. Abdomen globoso a expensas de hepatomegalia. Cursa con hipokalemia. **INFECTOLOGÍA:** Paciente con datos de mala perfusión, taquicardia, TA diferencial amplia, llenado capilar prolongado y pulsos débiles. Bajo IOT con FiO2 al 100%, PEEP 7, FR 24. Hemocultivos periféricos y centrales con cocos gram positivos. Se sospecha de cocos vancomicina resistentes. Se inicia linezolid y se suspende vancomicina. **CARDIOLOGÍA:** Paciente con disfunción sistólica muy probable secundaria a choque séptico. FEVI 45%. **CIRUGÍA GENERAL:** Realiza USG abdominal donde se detecta 1500 ml de líquido en cavidad abdominal, se indica colocación de drenaje para disminuir condiciones restrictivas. Se obtienen 350 ml de líquido seroso y se deja a derivación.

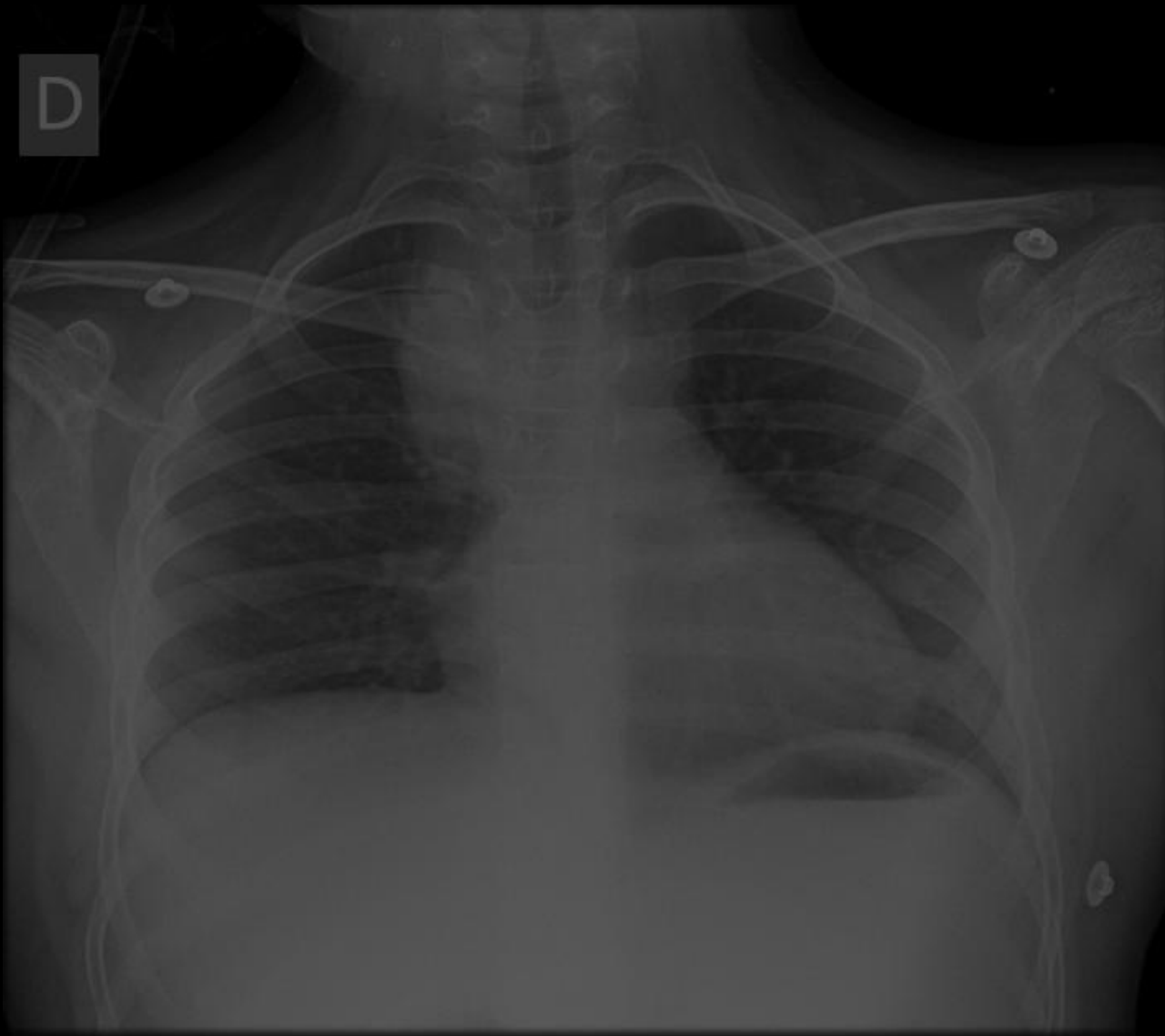
Hb	Hto	V.C.M.	C.M.H.C.	Leu	Neu	Linf	Mon	Pla
8.9 g/dl	24.6%	88 fL	32 g/dL	200 /ul	26.4%	57%	7.2%	14,000

Na	K	Cl	Ca	P
140 mEq/L	2.4 mEq/L	109 mEq/L	8.2 mEq/L	3 mg/dl

21:00 horas: Evolución desfavorable, con choque séptico refractario a catecolaminas, con alteración en cascada de coagulación, presencia de CID, se inicia apoyo con dobutamina, sin poder disminuir vasopresores, acidosis láctica progresiva, lactato de 10, presencia de sangrado activo por cánula orotraqueal, con patrón restrictivo abdominal, disminución de los niveles de hemoglobina y presencia de sangrado pulmonar y epistaxis, se transfunde concentrado eritrocitario, crioprecipitados, PFC y plaquetas. Presenta lesión renal aguda asociada a acidosis metabólica, con todo lo anterior nos encontramos ante falla orgánica múltiple, con afección hemodinámica, ventilatoria, renal y hematológica. Presenta evento de paro cardiorrespiratorio ameritando maniobras avanzadas de reanimación durante 20 minutos sin respuesta.

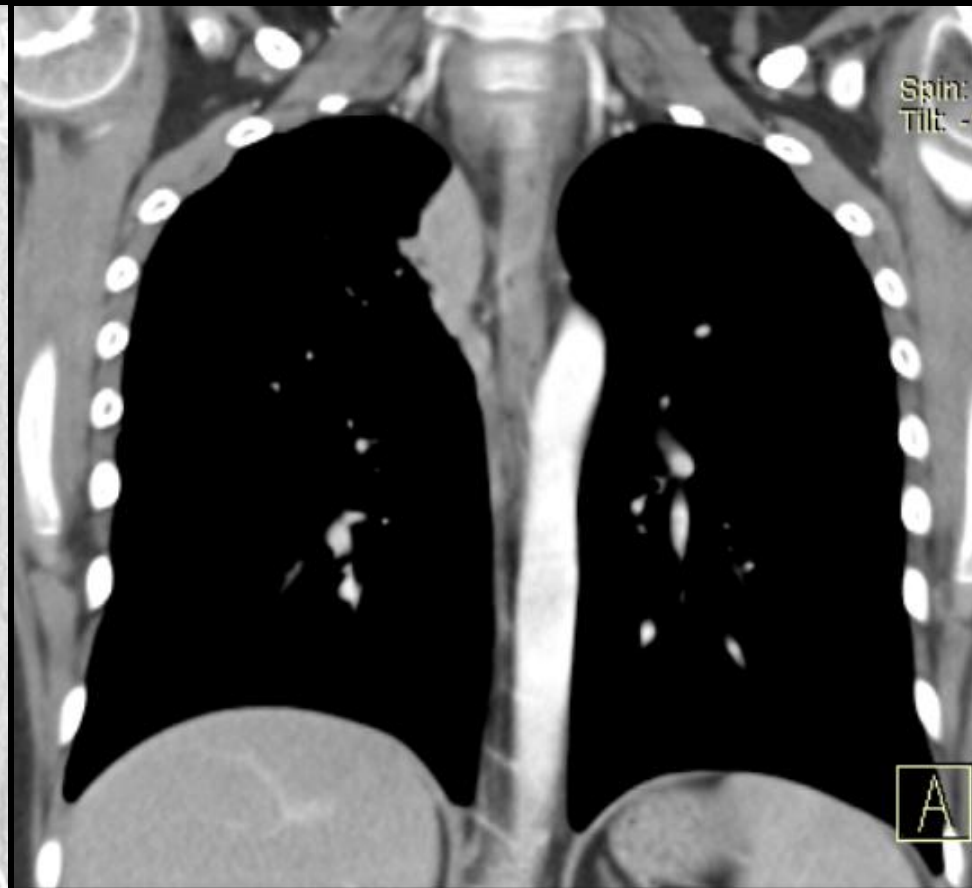
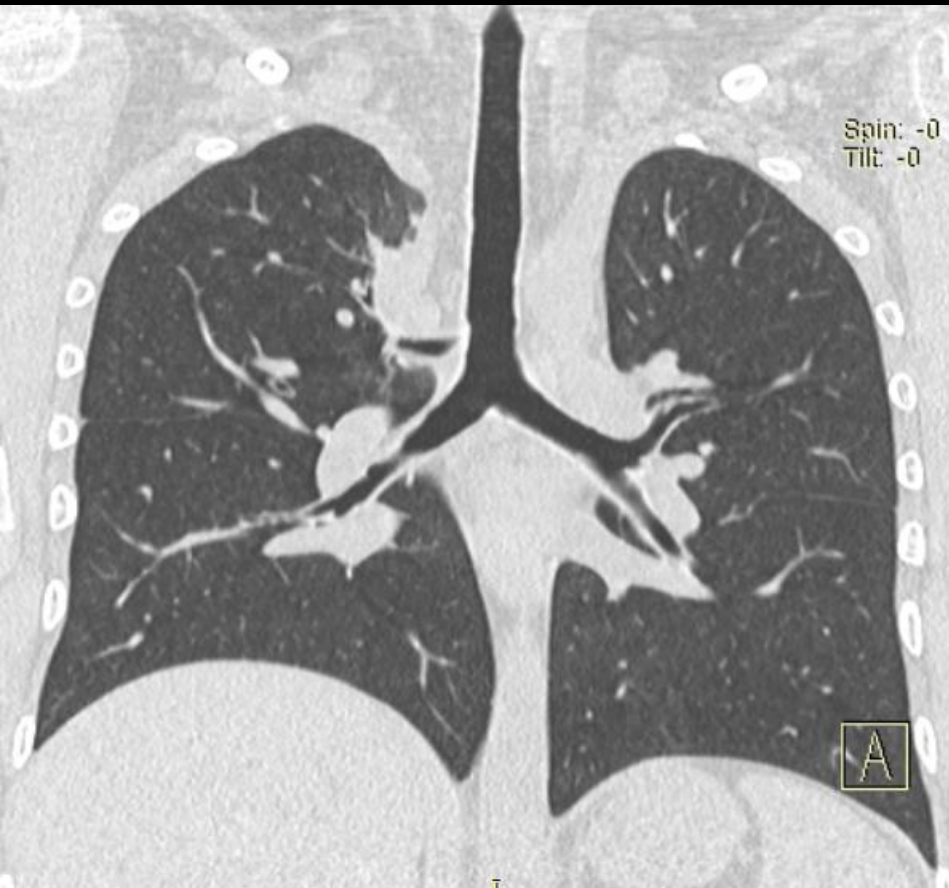


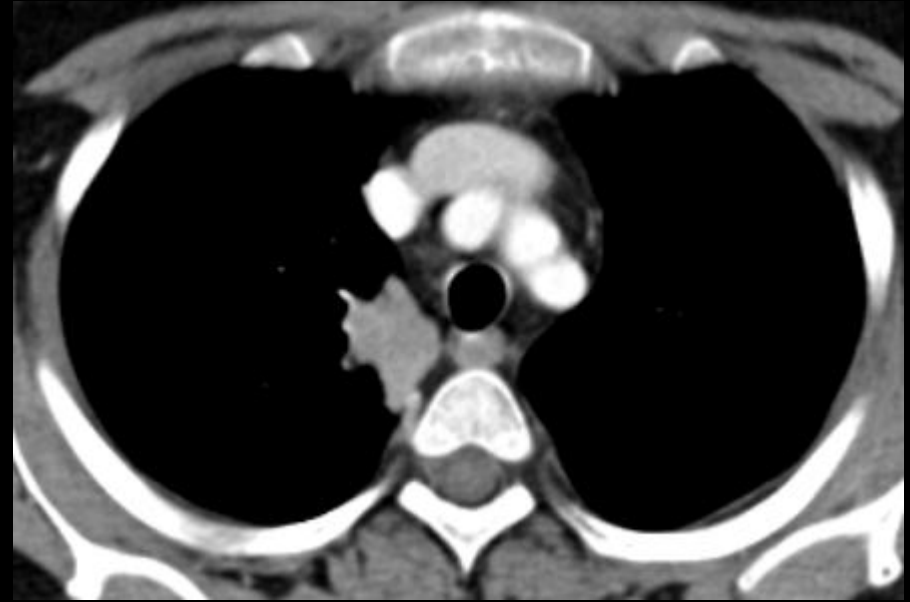
17-10-2014





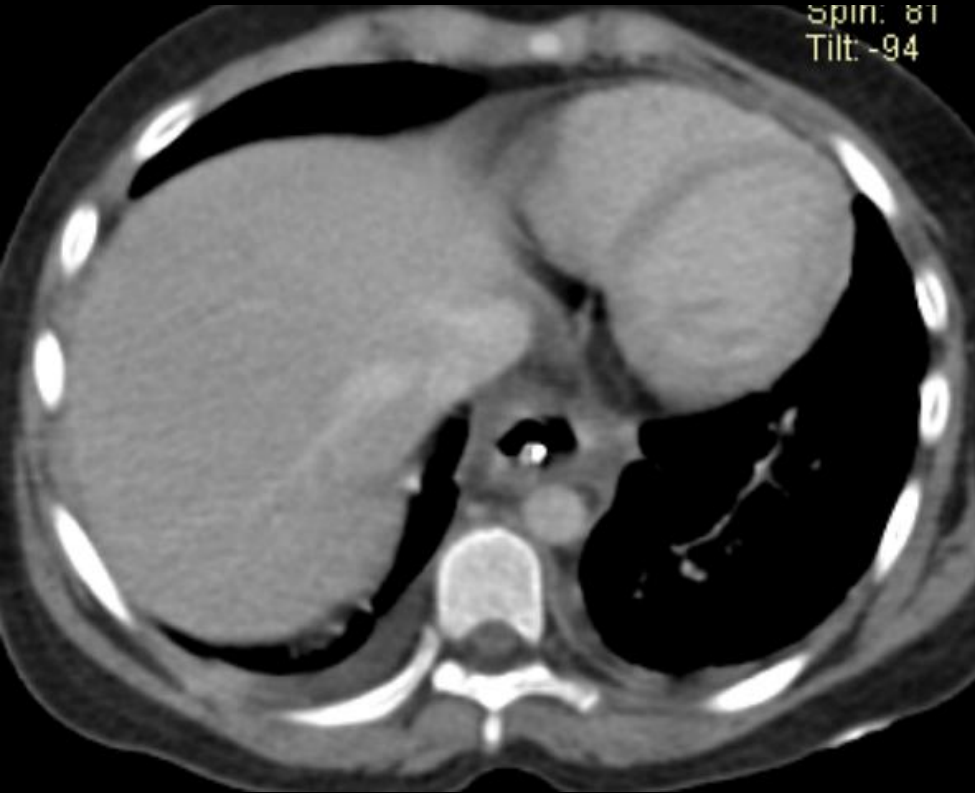
17-10-2014







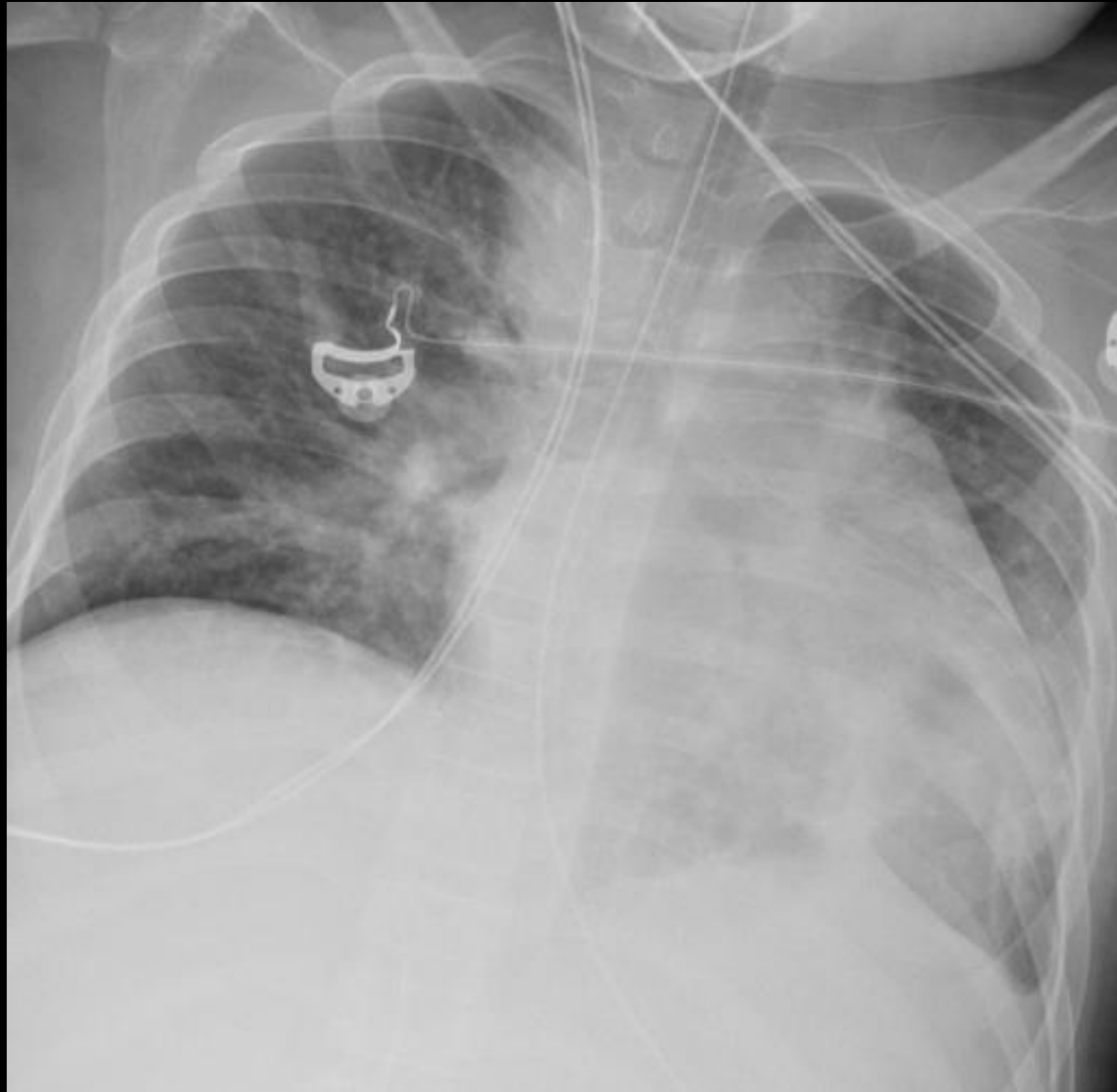
03-01-2015





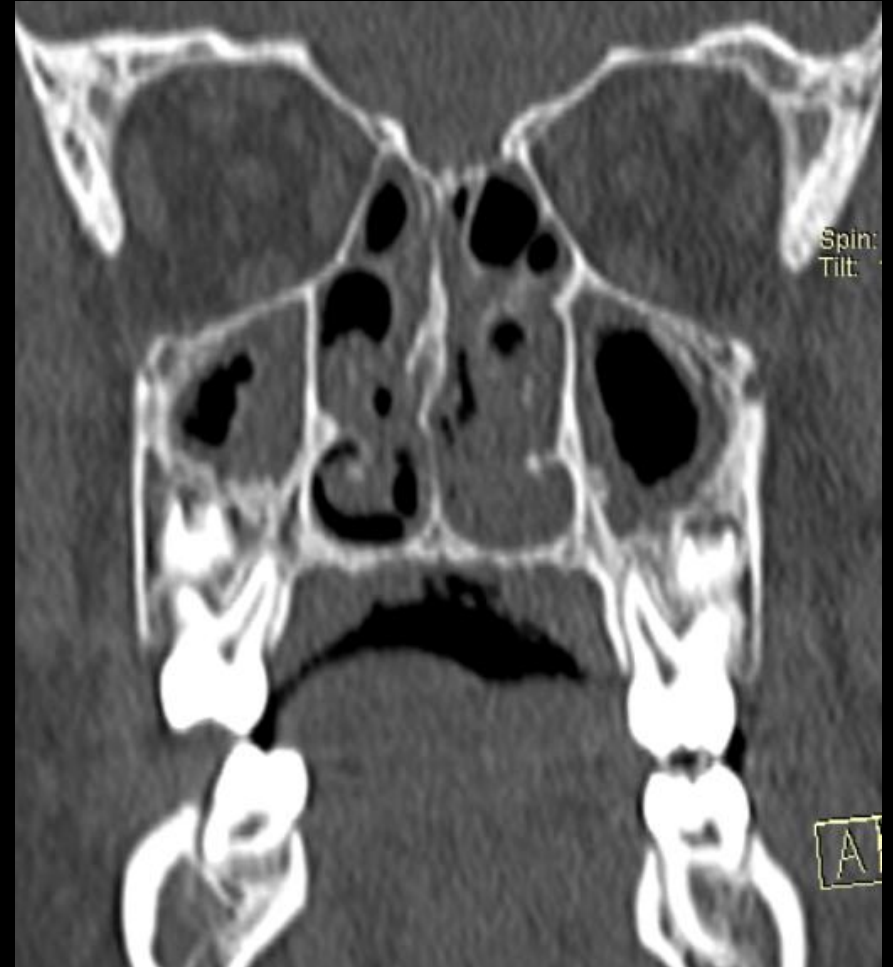


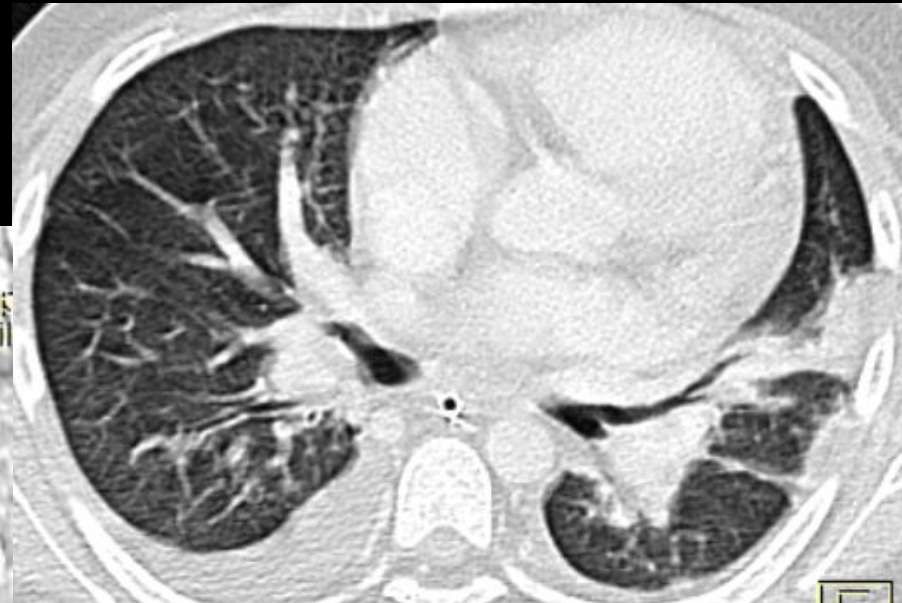
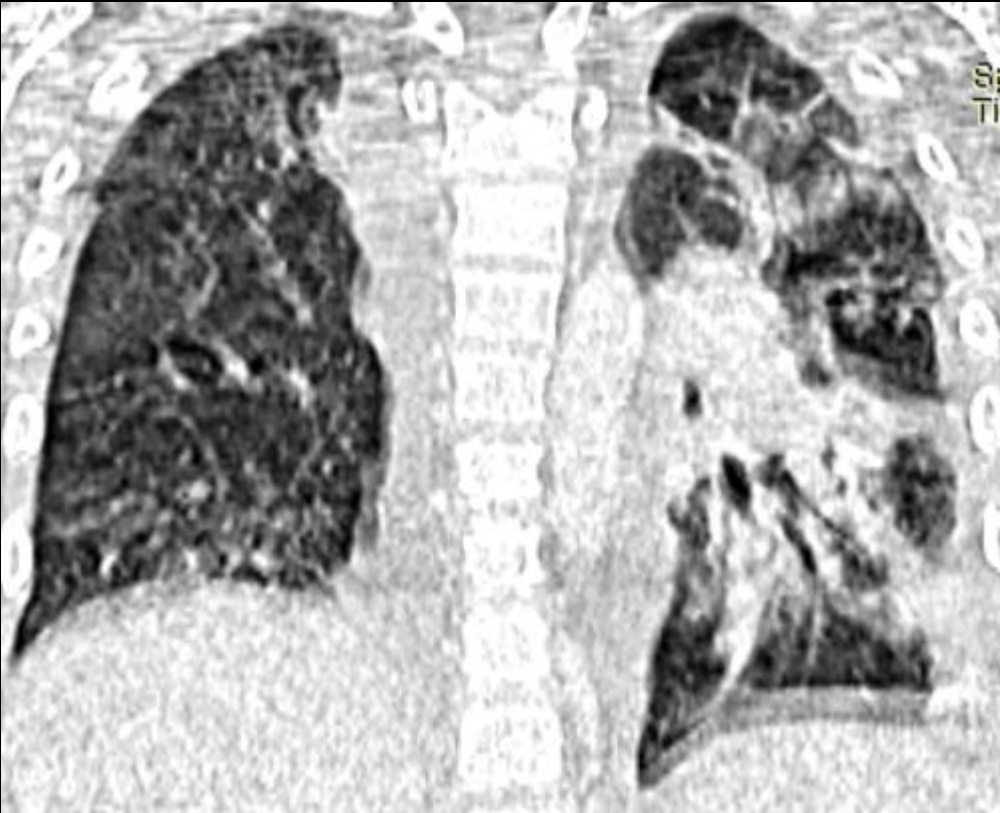
06-01-2014

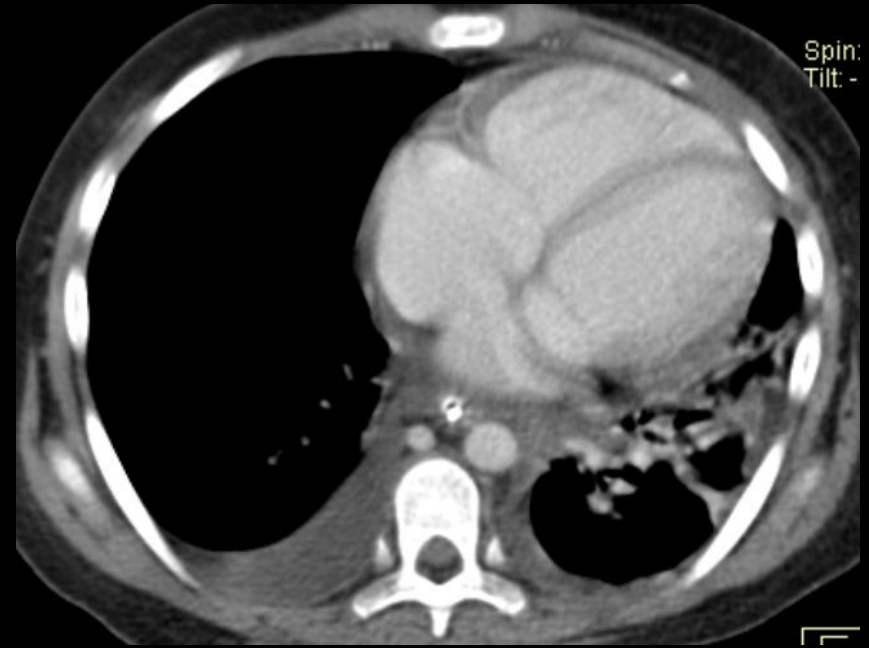




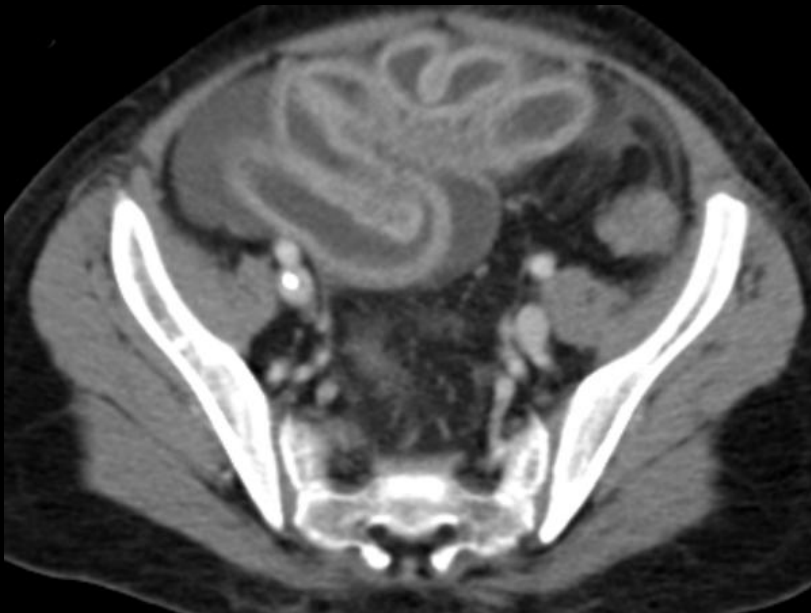
08-01-2015







Spin: -
Tilt: -



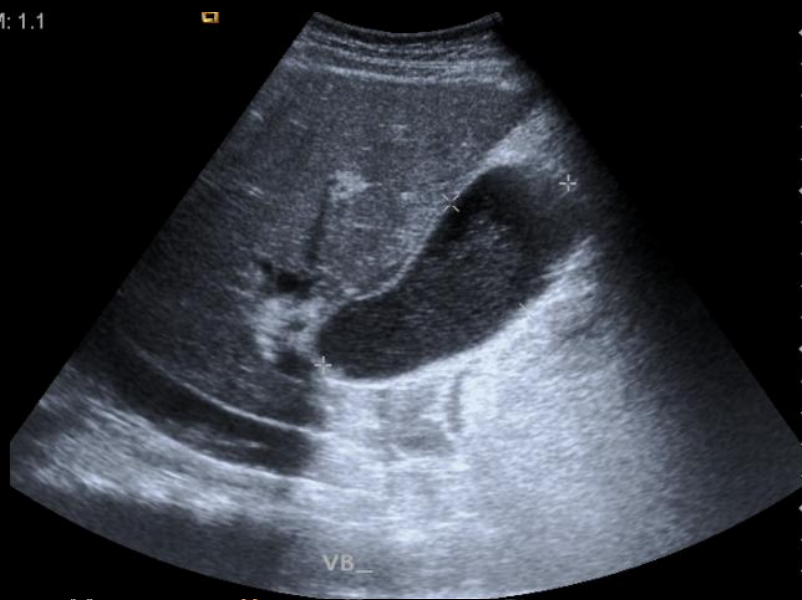
Tórax^Cuello.



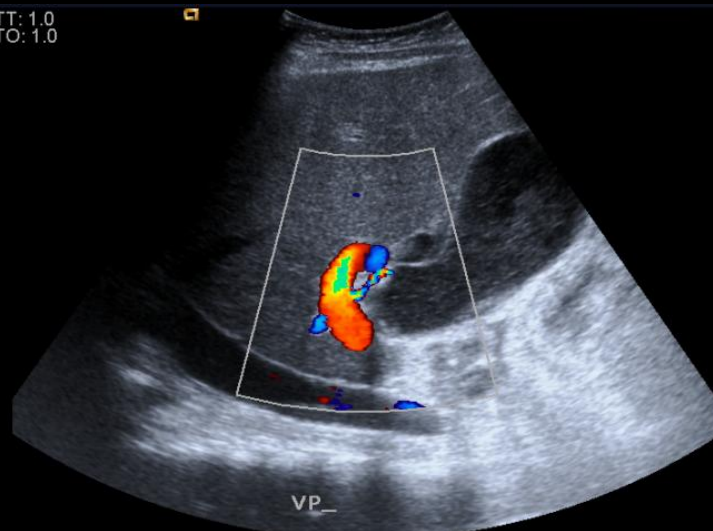


11-01-2015

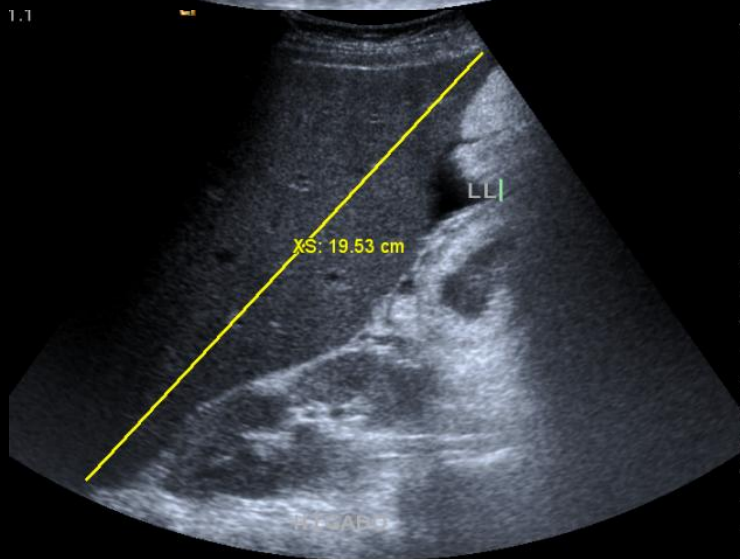
IM: 1.1



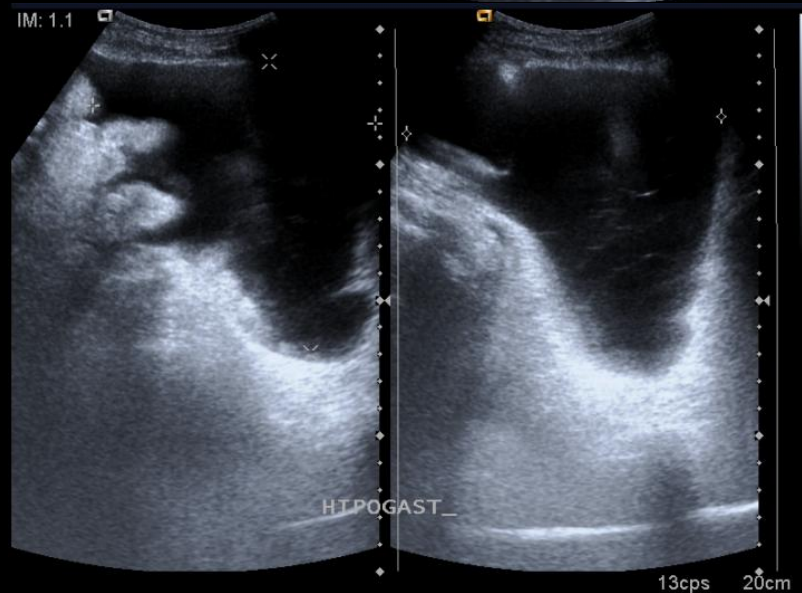
ITT: 1.0
ITO: 1.0



1.1



IM: 1.1



SIEMENS
CH6-2 / Abdomen
2D
THI / 2.50 MHz
6 dB / CD 60
V=692.9 cm3
+D1=104.7 mm
×D2=108.5 mm
◇D3=116.5 mm

