



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-2017-40

Miércoles 20 de junio de 2018

COORDINADOR: DRA. LIZETTE VELÁZQUEZ MARMOLEJO
DISCUSOR: DRA. JOCELYN ZORAIDA LUGO JUÁREZ R-V ONCOLOGÍA
PATÓLOGO: DR. MA. DE LOURDES CABRERA MUÑOZ
RADIÓLOGO: DRA. MARÍA TERESA VALADEZ REYES
RESUMEN: DRA. MARIANA HERNÁNDEZ ESQUIVEL R-II PEDIATRÍA

NOMBRE: G.M.H. **SEXO:** MASCULINO **EDAD:** 12 AÑOS.
PROCEDENCIA: HUIXTEPEC, GUERRERO **F. NAC.:** 12.02.05
ULTIMO INGRESO (URGENCIAS): 16.10.17 **EGRESO:** 16.10.17

MOTIVO DE CONSULTA: Diarrea aguda, hematemesis.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 34 años de edad, ama de casa, católica, escolaridad primaria incompleta, negó toxicomanías, sana. Padre de 37 años de edad, campesino, escolaridad primaria incompleta, negó toxicomanías, ingesta de alcohol ocasional, sano. Tres hermanos, sanos. Negó carga genética para diabetes e hipertensión arterial sistémica.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Originarios y residentes de Huixtepec, Guerrero. Habitan en casa propia, no cuenta con servicios básicos de urbanización, depósito de excretas en fosa séptica a 20 metros de la casa, arroyo a 100 metros de distancia. No cuentan con agua potable, manantial a 400 metros. Convivencia con 3 gallinas y 1 perro no desparasitado. **ALIMENTACIÓN:** Deficiente, dieta a base de frijoles, tortillas, arroz, carne y pollo ocasional (cada 15 días). **DESARROLLO PSICOMOTOR:** Normal. **INMUNIZACIONES:** Esquema de vacunación completo para la edad, no mostró cartilla.

ANTECEDENTES PERINATALES: Producto de la G2, embarazo normoevolutivo. Control prenatal en centro de salud, no recordó número de citas ni USG, sin embargo, refirió como normales. Obtenido de término por parto eutócico, lloró y respiró al nacer. No recordó peso, talla ni APGAR. Egresó binomio, sin complicaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Hospitalizaciones, fracturas, alergias, cirugías y exantemáticas negadas.

18.09.17 URGENCIAS: Conocido en el Hospital Infantil de México por astenia, adinamia y palidez generalizada de 1 mes de evolución acompañada de pérdida de peso (2 kg en 15 días), fiebre no cuantificada y lesiones dérmicas tipo máculas dolorosas no pruriginosas. Acudió a centro de salud quienes lo refirieron a esta institución por bicitopenia y sospecha de síndrome infiltrativo. Inició abordaje por síndrome infiltrativo y riesgo de lisis tumoral. Biometría hemática con presencia de 78% de blastos.

19.09.17 HEMATOLOGÍA: Primera valoración por síndrome infiltrativo con frotis sanguíneo y blastos del 15%, trombocitopenia, anemia, hepatoesplenomegalia y adenopatías cervicales. Radiografía de tórax sin presencia de masa mediastinal. Se inició manejo con hiperhidratación, transfusión de concentrados eritrocitario y plaquetario.

20.09.17: Hospitalización Medicina Interna. Se realizó aspirado de médula ósea con blastos de 97.5%, panel de translocaciones negativo e inmunofenotipo pre-B. Valorado por Infectología por fiebre persistente integrándose sepsis adquirida en la comunidad por lo que se inició antibioticoterapia con ceftriaxona y amikacina, cumplió 7 días de tratamiento antibiótico.

22.09.17: Se realizó punción lumbar con LCR negativo para infiltración a sistema nervioso central; valorado por Cardiología previo al inicio de quimioterapia: Cor sano con adecuada función ventricular. Se inició ventana esteroidea con dexametasona.

28.09.17: Egreso hospitalario con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda inmunofenotipo pre-B de alto riesgo por edad.

30.09.17: Inició inducción a la remisión con protocolo institucional. Vincristina, daunorrubicina, L-asparaginasa, dexametasona.

05.10.17: Se transfundió concentrado eritrocitario y plaquetario previo a inicio de quimioterapia intratecal.

11.10.17 Biometría hemática:

HB	HTO	LEUCOCITOS	NEUTRÓFILOS	LINFOCITOS	MONOCITOS
11.6 g/dl	34.1%	0.7 x 10 ³ /mcl	4.3 %	94.5 %	0.6 %
PLAQUETAS					
13.0 x 10 ³ /mcl					

15.10.17: Última dosis de L-asparaginasa IM, previa administración de concentrado plaquetario.

PADECIMIENTO ACTUAL 16.10.17 URGENCIAS 03:20 HORAS:

- **Evacuaciones disminuidas en consistencia, hematemesis, hematoquecia:** De 3 horas de evolución, referido por el padre.
- **Apnea y pérdida del estado de alerta:** Al ingreso.

Pasó a área de Urgencias (sala de choque) por situación de riesgo vital.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O ₂
30 kg	141 cm	0	0	0	35.7°C	> 5 segundos	0 %

Adolescente masculino de edad menor aparente a la cronológica, palidez generalizada, deshidratación de piel y mucosas, sin respuesta a estímulos. Cráneo normocéfalo. Pupilas midriáticas, arreflécticas, mucosa oral con restos hemáticos. Cuello sin pulsos centrales. Tórax sin movimientos respiratorios, silente a la auscultación. Abdomen blando sin peristalsis audible. Genitales de acuerdo a edad y sexo. Extremidades simétricas, hipotróficas, sin pulsos, frías, espasticidad, llenado capilar prolongado.

Se colocó monitor con presencia de ritmo de asistolia por lo que se inició reanimación cardiopulmonar avanzada, intubación orotraqueal, con presencia de sangrado a través de cánula endotraqueal (100 ml de sangre fresca). Se colocó vía de acceso intraóseo.

Laboratorios al ingreso:

Gasometría	pH	pO ₂	pCO ₂	HCO ₃	Lactato	EB	Sat O ₂
03:30 horas	6.77	17.1 mmHg	59.8 mmHg	8.2 mmol/L	19 mmol/L	-23.5	4 %

Electrolitos por Gasometría:

Na	K	Cl	Ca	Glucosa
133 mmol/L	4.8 mmol/L	104 mmol/L	1.17 mg/dl	40 mg/dL

16.10.17: Recibió 18 minutos de RCP (7 ciclos), se aplicó dosis de adrenalina en 3 ocasiones a 0.01 mg/Kg/do. Se administró bolo de solución glucosada. Trazo de monitor con asistolia persistente. **Hora de defunción: 03:41 horas.**

Nota: Este resumen no tiene imágenes.