



**SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-2017-24**  
**Miércoles 22 de agosto de 2018**

**COORDINADOR: DR. PABLO LEZAMA DEL VALLE**  
**DISCUSOR: DR. PABLO GALLO STETA R-VI CIRUGÍA**  
**PATÓLOGO: DR. STANISLAW W. SADOWINSKI PINE**  
**RADIÓLOGO: DRA. BERTHA LILIA ROMERO BAIZABAL**  
**RESUMEN: DRA. STEPHANY SBHEIDY GARCÍA ARANA R-II PEDIATRÍA**

**NOMBRE:** M.S.E.      **SEXO:** MASCULINO      **EDAD:** 9 AÑOS 3 MESES.  
**PROCEDENCIA:** IXHUATLÁN, VERACRUZ      **F. NAC.:** 03.03.08  
**ÚLTIMO INGRESO(URGENCIAS):** 05.06.17      **EGRESO:** 02.07.17

**MOTIVO DE CONSULTA:** Fiebre, astenia, adinamia, aumento de volumen en región interescapular, disnea.

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:** Madre de 34 años de edad, ama de casa, católica, escolaridad primaria incompleta, sana. Habla idioma tepehua, con un dominio del español muy limitado. Padre finado a los 47 años por traumatismo craneoencefálico grave en estado etílico; campesino, escolaridad primaria incompleta, alcoholismo positivo de manera diaria hasta llegar al estado de embriaguez, tabaquismo positivo, aparentemente sano. Dos hermanos aparentemente sanos.

**ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS:** Originarios y residente de Ixhuatlán de Madero, Veracruz, habitan casa hecha de madera; con baño extradomiciliario, agua de pozo y fosa séptica **ALIMENTACIÓN:** Insuficiente en calidad y cantidad. **DESARROLLO PSICOMOTOR:** Normal, adecuado para la edad. **INMUNIZACIONES:** Esquema de vacunación completo para la edad.

**ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS:** Producto de la G3 embarazo normoevolutivo, con adecuado control prenatal, obtenido por vía abdominal por falta de progresión de trabajo de parto a las 40 SDG, lloró y respiró al nacer, Apgar 9/9, peso: 2,725 g, talla: 49 cm, egresó binomio sin problemas. Tamiz metabólico sin alteraciones.

**Febrero 2016:** Conocido HIM por presentar tumor de partes blandas de región interescapulovertebral derecha. Dicha lesión inició 5 meses antes con de traumatismo local, con progresión lenta, con dolor y aumento de temperatura local. Inicialmente la lesión medía 5x5 cm. Fue evaluado en la Consulta Externa y se solicitó estudio de imagen.

**15.03.16:** TAC de tórax con contraste: Reportó imagen que sugirió presencia de linfangioma en región posteromedial del hemitórax derecho a nivel de T4-T9.

**31.05.16 CIRUGÍA AMBULATORIA (CIRUGÍA ONCOLÓGICA):** Ingresó de manera ambulatoria para resección de tumor de partes blandas de región interescapulovertebral derecha. Hallazgos quirúrgicos: Tumor de 8 cm x 8 cm de contenido hemático y cerebroide, adherido a escápula y parrilla costal. Reporte de patología Q 2016-1094; neoplasia de bajo grado constituida por proliferación de células endoteliales que se disponen en mantos y cordones con citoplasma eosinofílico, núcleos con vacuolas citoplasmáticas, el tumor se infiltró en músculo esquelético y tejido adiposo. Diagnóstico: Tumor de escápula derecha: hemangioendotelioma epiteliode.

**09.06.16 CIRUGÍA ONCOLÓGICA (CONSULTA EXTERNA):** Operado de resección de tumor de partes blandas de región escapular, reportado como hemangioendotelioma epiteliode (31.05.16). Asintomático, con herida quirúrgica interescapular derecha con bordes bien afrontados, sin datos de infección o sangrado activo, se envió a Oncología Pediátrica para valoración y manejo.

**07.07.16 CIRUGÍA GENERAL (CONSULTA EXTERNA):** Se observó sitio quirúrgico, con adecuada cicatrización, no acudió a programar cita a Oncología médica por lo que se envió nuevamente y se cito en una semana.

**PADECIMIENTO ACTUAL 05.06.17 URGENCIAS 9:00 horas:**

**Fiebre:** De 48 horas de evolución, sin desencadenante aparente, no cuantificada, de 2 horas de duración, acompañada de diaforesis, no piloerección, no escalofríos, sin exacerbantes, atenuada con medios físicos, no corroborada a su ingreso.

**Dificultad Respiratoria:** De 72 días de evolución, caracterizada por taquipnea, habla entrecortada, sin cianosis, sin exacerbantes o atenuantes, corroborada a su ingreso.

**Tos:** De 72 horas de evolución en accesos largos, productiva, con expectoración amarillenta, con disnea, sin cianosis, emetizante en una ocasión, sin exacerbantes o atenuantes, no corroborada a su ingreso.

**Aumento de volumen:** En región interescapulovertebral derecha de 8 meses de evolución de inicio insidioso, paulatino, no doloroso.

**NOTA:** En este internamiento estuvo presente un tío que apoyó como intérprete.

#### Exploración Física:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O <sub>2</sub>
19.2 kg	116 cm	123/min	34/min	115/78 mmHg	36.0°C	2 segundos	88 %

Paciente masculino de edad aparente menor a la cronológica, consciente, con adecuado estado de hidratación, palidez generalizada. Pupilas isocóricas y reactivas a la luz; otoscopia bilateral normal, membranas timpánicas íntegras, cavidad oral normohidratada, con faringe hiperémica, amígdalas hipertróficas grado II, sin exudados ni descarga posterior. Cuello simétrico sin adenopatías. Tórax asimétrico con movimientos de amplexión y amplexación disminuidos en el hemitórax derecho, en región interescapular aumento de volumen de aproximadamente 10 x 15 cm, de consistencia blanda, no dolorosa la palpación superficial ni profunda, de bordes mal definidos, adherida a planos profundos, sin cambios en la coloración y/o temperatura, presencia de cicatriz quirúrgica; a la auscultación de campos pulmonares murmullo vesicular abolido en hemitórax derecho, matidez a la percusión. Hemitórax izquierdo con adecuada entrada y salida de aire, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, abdomen blando, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, peristalsis normal, sin datos agregados. Genitales masculinos acordes a la edad. Extremidades torácicas y pélvicas hipotróficas, simétricas, sin otras alteraciones.

#### Laboratorio:

Hemoglobina	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Monocitos	Eosinófilos	Basófilos	Plaquetas
9.8 g/dL	9 500/ mm <sup>3</sup>	67.4 %	26.5 %	5.0 %	0.8 %	0.3 %	312 /mm <sup>3</sup>

Na	K	Cl	Ca	P	Mg
135 mmol/L	4.0 mmol/L	98 mmol/L	9.6 mg/dL	5.9 mg/dL	2.3 mg/dL

Glucosa	Creatinina	Ácido Úrico	BUN	Osm	TP	TTP	INR
92 mg/dL	0.55 mg/dL	3.9 mg/dL	13.4 mg/dL	280	12.9"	28.7"	1.11

**CIRUGÍA ONCOLÓGICA:** Se solicitó tomografía de tórax para valorar extensión de la lesión, se evaluaron las condiciones del paciente y su evolución para normar conducta quirúrgica. **TAC de tórax y abdomen simple y contrastada:** Lesión en región infraescapular derecha, presentó mayor componente sólido, con realce heterogéneo, midió 7.3 x 3.3 cm, dicha lesión provocó remodelación de 4º arco costal e infiltración en hemitórax derecho, con ocupación total del mismo, midió 16.3 x 14.4 x 11.9 cm, con presencia de múltiples septos, desplazamiento del mediastino y la tráquea hacia la izquierda, compresión y colapso de parénquima pulmonar, escaso derrame pleural.

**06.06.17 CIRUGÍA ONCOLÓGICA:** A la exploración física hubo recidiva local del tumor en región interescapulovertebral y abombamiento del tórax derecho con ausencia de ruidos respiratorios; TAC mostró recaída local con migración tumoral masiva por espacios intercostales con ocupación de todo el hemitórax derecho y desplazamiento mediastinal. Este tumor es una variedad de sarcoma de partes blandas que hubiese requerido de quimioterapia y radioterapia posquirúrgica; la madre tuvo un entendimiento muy limitado del español. **CARDIOLOGÍA:** Radiografía de tórax con opacidad total del hemitórax derecho, no valorable la silueta cardiaca, situs solitus, levocardia, TVS y RVP normales, concordancia AV y VA,

compresión de aurícula derecha por masa extrínseca, 30% de variabilidad del E/E tricuspídeo, IT 28 mmHg, TAPSE 28%, FAVD 33%, FEVI 60%, FEVI modo M 66%. FA 36%, arco aórtico a la izquierda, ramas pulmonares confluentes, con insuficiencia pulmonar leve 19 mmHg, PMAP 29 mmHg; paciente con compresión de atrio derecho por factor extrínseco que ocasionó leve repercusión sin obstruir el flujo, función conservada sin defectos estructurales.

**07.06.17 ONCOLOGÍA:** No recibió tratamiento adyuvante después de la recepción inicial. Ante las características y el tamaño del tumor se decidió en conjunto con Cirugía Oncológica inicio de quimioterapia para reducción de carga tumoral, mejoría del síndrome de mediastino superior y control de la urgencia oncológica. Por el estado clínico del paciente, para evitar la sobrecarga hídrica ante el compromiso cardiaco, mediastinal y pulmonar se decidió el inicio de 1º ciclo con vincristina (1.5 mg/m2sc/do) 3 dosis, doxorubicina (20 mg/m2sc/do) 3 dosis, ciclofosfamida (500 mg/m2sc/do) 2 dosis; con CFM fraccionada que no requirió hiperhidratación.

**08.06.17 CIRUGÍA ONCOLÓGICA:** Edema facial y de extremidades superiores, balance positivo, densidades urinarias límitrofes 1.030 - 1.020 y dado antecedente de compresión atrial leve, previó a inicio de QT no se descartó síndrome de vena cava superior.

**16.06.17 INFECTOLOGÍA:** Se integró fiebre y neutropenia y se decidió cobertura para bacilos Gram negativos, fermentadores y no fermentadores, así como cocos sensibles, con cefalosporina de 4ta generación, con sinergia de aminoglucosido, con adecuada evolución clínica, buena respuesta a antimicrobiano; cumple esquema antibiótico por 7 días con cefepime 150 mg/kg/do; fin de tratamiento el día 23.06.17.

**Laboratorio:**

Hb	Hto	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Monocitos	Eosinófilos	Plaquetas
10.1 g/dL	28.8%	300/ mm <sup>3</sup>	19.9%	65.2 %	11.2 %	3.7 %	54,000

**Laboratorio 23.06.17:**

Hb	Hto	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Monocitos	Eosinófilos	Plaquetas
11.6 g/dL	33%	1,900/ mm <sup>3</sup>	14% (266)	22 %	29 %	0 %	159,000

**22.06.17 ONCOLOGÍA:** Recibió primer ciclo con vincristina (1.5 mg/m2sc/do) 3 dosis, doxorubicina (20 mg/m2sc/do) 3 dosis, ciclofosfamida (500 mg/m2sc/do) 2 dosis; sin complicaciones. Si bien el tumor no fue quimiosensible, se planeó siguiente ciclo de quimioterapia, con el fin de limitar la progresión de la enfermedad, no se esperó disminución del tamaño. Por el estado clínico del paciente se decidió 2do ciclo con VIDRIAC con CFM fraccionada.

**29.06.17 UTIP:** Presentó franca insuficiencia respiratoria con aleteo nasal, presencia de tiraje intercostal, disociación toracoabdominal, polipnea con dispositivo de alto flujo de oxígeno con hipoventilación en campo pulmonar derecho, índice de Kirby de 215, al momento afebril sin datos que sugirieron proceso infeccioso activo. Completó tratamiento antibiótico con cefepime 150 mg/Kg/día por 7 días (23.06.17). Paciente en graves condiciones generales con datos de insuficiencia respiratoria condicionada por compresión e infiltración de tumoración a nivel pulmonar y desviación de la vía respiratoria, la cual sugirió crecimiento progresivo de tumoración maligna, considerándose prioridad III de ingreso a UTIP, se realizó intubación orotraqueal al segundo intento. VMI, modo AC, PIM 20, PEEP5, FiO<sub>2</sub> 60%, Vol.11-12 ml/Kg.

**Laboratorio:**

Hb	Hto	Leu	Neu	En banda	Linf	Mon	Eos	Plaquetas
11.1 g/dL	32.4 %	7,300 /mm <sup>3</sup>	74%	12%	4 %	10 %	0 %	548,000

pH	pO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	Lactato	EB	SatO <sub>2</sub>
7.30	79 mmHg	56 mmHg	27.5 mmol/L	1 mmol/L	-1	92 %

pH	pO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	Lactato	EB	SatO <sub>2</sub>
7.41	129 mmHg	49.3 mmHg	31.1 mmol/L	0.7 mmol/L	6.6	98.7 %

**30.06.17 CIRUGÍA ONCOLÓGICA:** Paciente con deterioro ventilatorio por tumoración en hemitórax derecho que no respondió a quimioterapia, con progresión de la enfermedad que no fue resecable quirúrgicamente, se platicó con familiar en compañía de intérprete del mal pronóstico, probablemente fatal a corto plazo.

**Laboratorio:**

Hb	Hto	Leu	Ban	Neu	Linf	Mon	Plaquetas
10.2 g/dL	30.4 %	9,400/ mm <sup>3</sup>	16%	78 %	2 %	4 %	760 /mm <sup>3</sup>

TP	TTP	INR	Fibrinógeno
14.6"	31.4"	1.24	456 mg/dl

Na	K	Cl	Ca	P	Mg	DHL
135 mmol/L	4.3 mmol/L	95 mmol/L	9.1 mg/dL	5.3 mg/dL	1.8 mg/dL	617 U/L
BT	BD	BI	Albúmina	ALT	AST	GGT
0.61 mg/dL	0.21 mg/dL	0.41 mmol/L	3.4 g/dL	55 U/L	56 U/L	119 U/L

Creatinina	Ácido Úrico	Glucosa	BUN	Osm
1.38 mg/dL	3.1 mg/dL	185 mg/dL	65 mg/dL	331

**Laboratorio 01.07.17:**

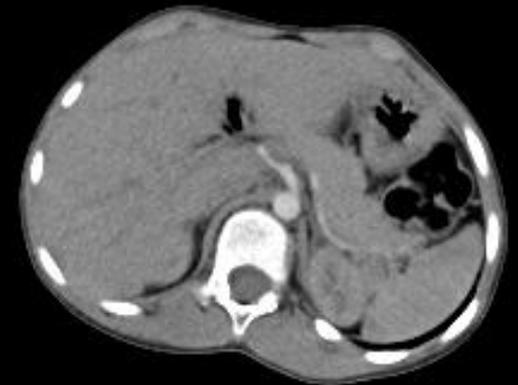
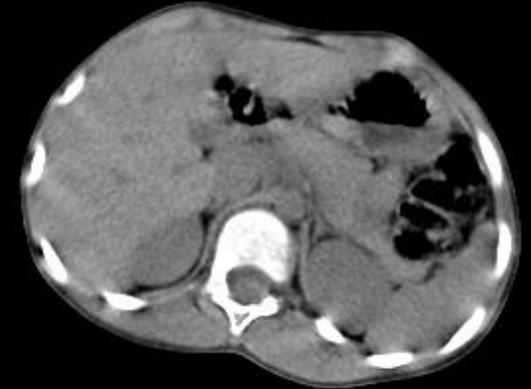
pH	pO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	Lactato	EB	SatO <sub>2</sub>
7.48	107 mm Hg	39.1 mmHg	28.9 mmol/L	0.6 mmol/L	5.4	98.1 %

**02.07.17 NOTA DE GRAVEDAD DE CIRUGÍA GENERAL:** Deterioro ventilatorio a pesar de parámetros de ventilador elevados y recuperación con bolsa mascarilla, con saturación máxima de 70 %, se administró midazolam 100 mcg IV, se continuó con cuidados básicos y medidas de confort. **TERAPIA INTERMEDIA:** Presentó desaturaciones intermitentes en oximetría de pulso a pesar del aumento en las variables ventilatorias presentando deterioro hemodinámico y paro cardiorrespiratorio. **Hora de defunción: 8:37 horas.**



## Tomografía computada

15.03.16





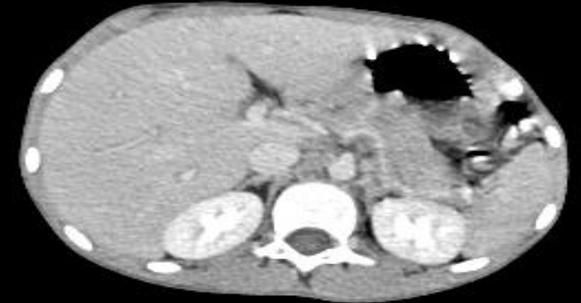
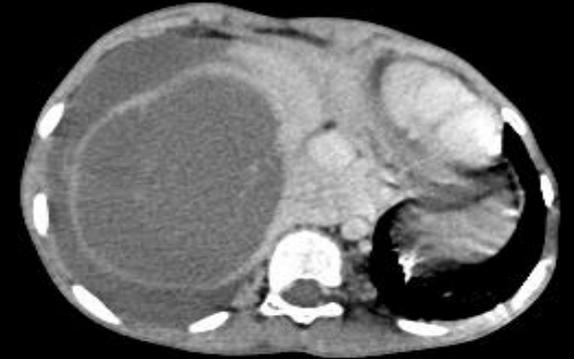
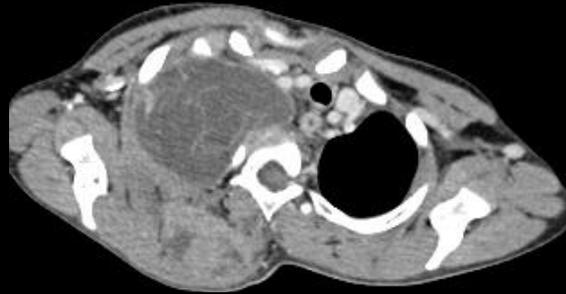
## Tomografía computada





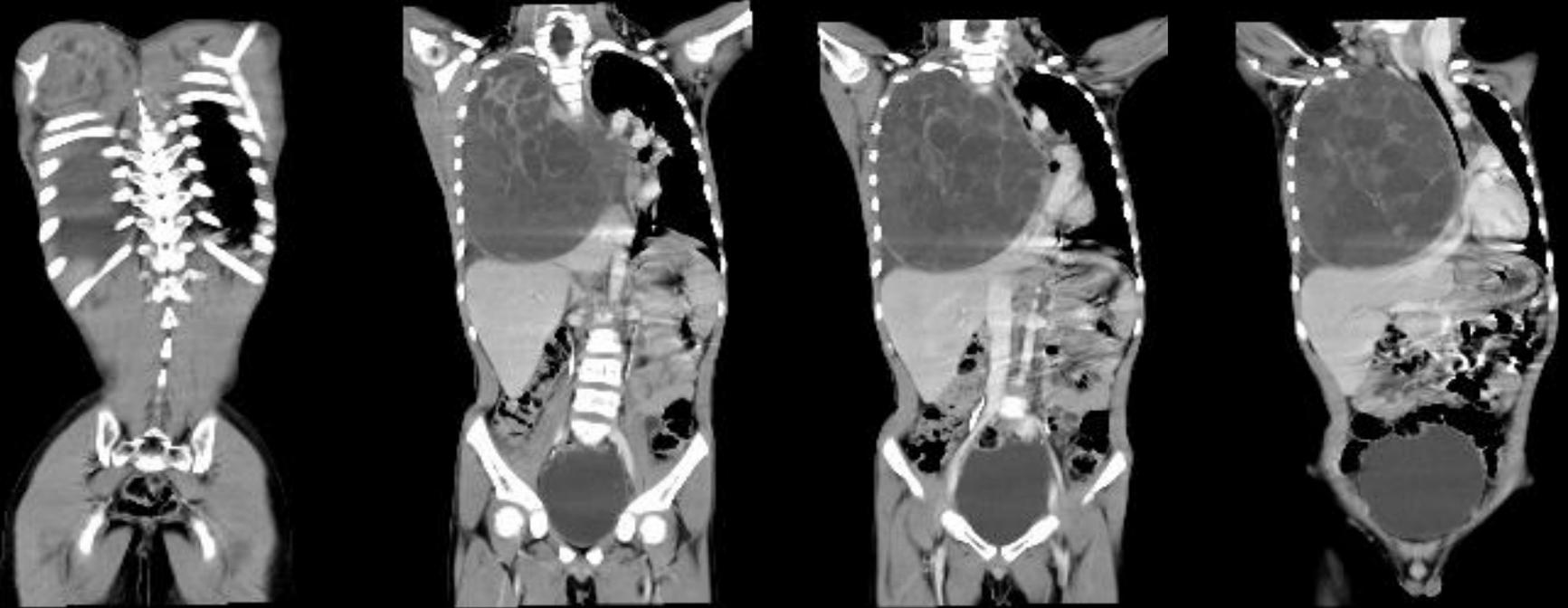
## Tomografía computada

05.06.17

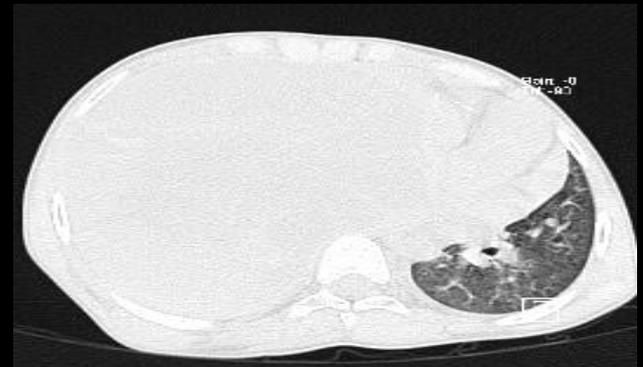




## Tomografía computada



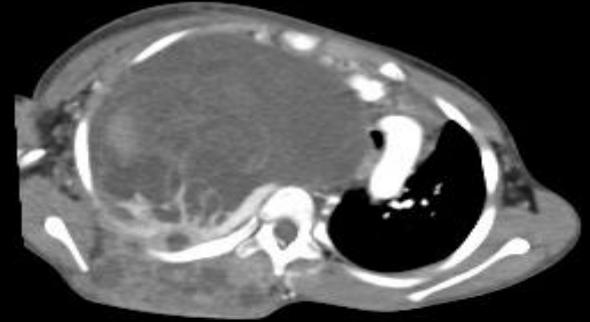
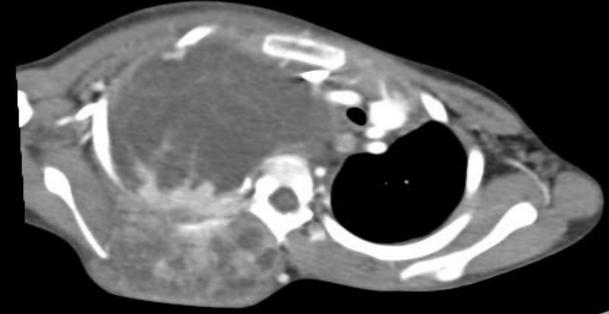
05.06.17





## Tomografía computada

16/06/2017



26.06.17

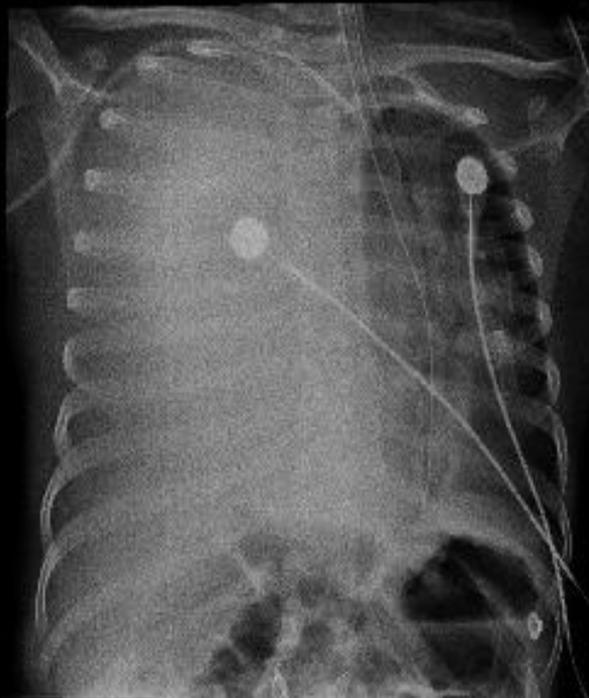




## Radiología



29.06.17



30.06.17



01.07.17