



**SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-2017-31**  
**Miércoles 15 de agosto de 2018**

**COORDINADOR: DR. ROBERTO DÁVILA PÉREZ**  
**DISCUSOR: DR. CARLOS MAURICIO JARAMILLO ESPARZA**  
**R-V GASTROENTEROLOGÍA**

**PATÓLOGO: DR. CARLOS ALBERTO SERRANO BELLO**  
**RADIÓLOGO: DRA. BERTHA LILIA ROMERO BAIZABAL**  
**RESUMEN: DRA. SANDRA PORCAYO ROSALES R-II PEDIATRÍA**

**NOMBRE: D.L.S.E.Y. SEXO: MASCULINO EDAD: 5 AÑOS 11 MESES.**  
**PROCEDENCIA: CIUDAD DE MÉXICO F. NAC.: 30.08.11**  
**ÚLTIMO INGRESO (URGENCIAS): 11.08.17 EGRESO: 17.08.17**

**MOTIVO DE CONSULTA:** Vómito persistente y falla de medro.

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:** Madre de 25 años de edad, ama de casa, católica, escolaridad secundaria incompleta, negó toxicomanías, aparentemente sana. Padre de 24 años de edad, mesero, escolaridad secundaria incompleta, aparentemente sano, etilismo y tabaquismo positivo. Hermano de 1 año, aparentemente sano.

**ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS:** Originarios y residentes de la Cd. de México, habitan casa rentada, con todos los servicios básicos de urbanización, habitan 3 persona en 1 habitación, sin convivencia con animales. Baño y cambio de ropa diario. **ALIMENTACIÓN:** Lactancia materna 12 veces al día complementada con leche antireflejo por 6 meses complementando con diversos tipos de fórmula. Alimentación actual: Fórmula semielemental (26%) + 3% maltodextrinas + 2% triglicéridos de cadena media en infusión continua por sonda de yeyunostomía. **DESARROLLO PSICOMOTOR:** Sostén cefálico 6 meses, sonrisa social a los 3 meses, seguimiento de la mirada 3 meses, sedestación 7 meses, gateo 7 meses, bipedestación 13 meses, primeras palabras 12 meses. **INMUNIZACIONES:** Esquema de vacunación completo para la edad.

**ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS:** G2 C0 P2 A0, producto de la G1, madre de 18 años de edad, pretérmino de 34 SDG, embarazo deseado, control prenatal regular, normoevolutivo, vía vaginal, parto eutócico, lloró y respiró al nacer, APGAR 8/9, peso: 2,200 g, talla: 45 cm. Permaneció en hospitalización durante 15 días para ganancia ponderal e ictericia multifactorial tratada con fototerapia por 24 horas, egresó a domicilio a los 15 días de vida con 2,110 g.

**12.01.12:** Conocido en el Hospital Infantil de México a los 4 meses de edad en la consulta externa de Gastro-Nutrición por desnutrición grave. Cuadro clínico: Vómitos desde el mes de edad, postprandial inmediato y de contenido gastroalimentario, en ocasiones gastro-biliar con mejoría al iniciar metoclopramida por facultativo. Peso 3 kg; talla: 51 cm; P/E 34.5%, T/E 73% P/T 83.3%. Con mejoría del cuadro de vómito y con evidencia de incremento ponderal de 30 g/día en las últimas semanas. Se inició abordaje y se indicó dieta con fórmula para prematuro a 165 kcal/Kg/día.

**25.01.12:** SEG D: Reflujo gastroesofágico hasta tercio medio del esófago. Disminución de calibre 82% a nivel de ángulo de Treitz que no obstruyó el paso de contraste, con dilatación del duodeno proximal.

**23.04.12 GASTRO-NUTRICIÓN:** Edad 4 meses y medio: Negó vómito desde el inicio de metoclopramida y ranitidina, sin distensión abdominal, evacuaciones diarias (3-4), normales. Peso: 4.51 kg, talla: 58 cm, buen estado general, activo, reactivo, bien hidratado, abdomen blando, depresible, no doloroso. Se dejó fórmula de inicio 100 ml/Kg/día + 6% miel y 3% aceite + seno materno, se cambió a domperidona 0.33 mg/Kg/día e inicio de ablactación.

**15.06.12 GASTRO-NUTRICIÓN:** Alternó episodios asintomáticos con recrudecimiento de los vómitos, se debe descartar obstrucción mecánica duodenal. Peso: 5.2 kg, talla: 61.4 cm. Manejo: domperidona y omeprazol 5 mg/día.

**25.09.12 CLÍNICA DE LISOSOMALES:** Se sospechó de enfermedad de Gaucher, sin criterios clínicos o de laboratorio, se solicitó abordaje.

**04.10.12 GASTRO-NUTRICIÓN:** 1 año, peso: 6.1 kg, Talla: 66 cm, vómito postprandial tardío, 3 por semana de escasa cantidad precedido de náusea, sin irritabilidad ni regurgitaciones, evacuaciones formadas, 1/día, lesiones perianales eritematosas y ampollas de forma intermitente, cianosis peribucal con el llanto. EF: Facies dismórfica, puente prominente, FA amplia, pabellones auriculares de implantación baja, cuello corto, cardiorrespiratorio con soplo I/VI en 2EIC, abdomen semigloboso sin visceromegalias. Mismo manejo

**26.10.12 CIRUGÍA:** Cuadro de vómitos intermitentes 3-4 por día, postprandiales mediatos y evacuaciones 3 por día disminuidas de consistencia. Palidez leve, sin compromiso cardiorrespiratorio, abdomen blando, depresible, no doloroso, peristalsis normal. **Tránsito intestinal:** Gastromegalia con importante dilatación de duodeno hasta la unión duodenoyeyunal donde existió una estrechez abrupta del paso del medio de contraste. Se solicitó valoración por Cirugía de Tórax y Endoscopia para descartar malrotación intestinal.

**27.11.12 GENÉTICA:** No presentó criterios completos para síndrome de Silver-Russell, se inició abordaje para hepatomegalia + peso y talla baja.

**05.12.12:** Ecocardiograma: Foramen oval permeable, estenosis e hipoplasia de rama izquierda de arteria pulmonar que generó un gradiente en su origen de 34 mmHg. La rama derecha fue de mayor tamaño 6 mm y se generó un gradiente en su origen de 17 mmHg, gradiente máximo en aorta ascendente de 18 mmHg, FEVI por modo M 71%, FA 38%.

**07.12.12 ENDOCRINOLOGÍA:** Talla baja en relación con desnutrición y mal aporte.

**11.12.12:** USG Abdominal: Sin alteración demostrable, hígado y bazo de tamaño normal para la edad.

**12.12.12 CIRUGÍA DE TÓRAX Y ENDOSCOPIA:** Enviado por vómito persistente, la madre refirió que el vómito cedió al cambiarle a leche sin lactosa, llevaba 1 mes sin vómito. Panendoscopia: Esófago normal, adecuada distensibilidad, estómago con presencia de material biliar, estómago dilatado, píloro excéntrico dilatado; duodeno en su primera, segunda y tercera porción dilatación, se introdujo endoscopio 5.8 mm hasta 50 cm, ligeramente rectificado. IDX: Probable malrotación intestinal, se sugirió colon por enema.

**09.01.13:** Colon por edema: Pérdida del patrón austral.

**18.01.13 CIRUGÍA GENERAL:** Sesión conjunta: Se decidió exploración quirúrgica para descartar y tratar malrotación intestinal y bandas de Ladd.

**01.02.13 CIRUGÍA GENERAL:** LAPE. Hallazgos: Ángulo de Treitz a la izquierda de la mesentérica, ciego en fosa ilíaca derecha, se revisó duodeno en todo su trayecto sin encontrar alteraciones, se pasó sonda nasoyeyunal sin problemas.

**26.02.13:** D-xilosa 29.4 mg/dL. Elastasa fecal 353.7 mcg/g heces (normal).

**28 al 31.03.13 URGENCIAS:** Vómito y distensión abdominal de 5 días de evolución sin oclusión intestinal.

**01.04.13 NEFROLOGÍA:** Se descartó ATR.

**18.04.13 SEGD:** Vaciamiento gástrico adecuado, no se observó reflujo, estómago y asas de yeyuno e íleon con patrón mucoso característico, sin estenosis, dilatación de duodeno y yeyuno sin defectos de llenado.

**28.05.13 GASTRO-NUTRICIÓN:** 1 año 8 meses, peso: 6.83 kg, talla: 71 cm. Sin vómito, regurgitaciones 3 por semana, acompañada de tos, evacuaciones formadas y normales, aunque las refirió negras de 1 mes de evolución, EF hipotrofico, abdomen sin alteraciones, se corrobora una evacuación verdoza. Alimentado con dieta aminoacídica 110 ml/día, picados finos sin proteína de leche de vaca.

**13.06.13:** Gammagrama de vaciamiento gástrico. Trastornos de motilidad esofágica, vaciamiento gástrico lento (10% en 1 hora, tiempo medio 73 minutos) y probable microaspiración.

**30.06.13 GASTROENTEROLOGÍA:** Persistencia de sintomatología a pesar de fórmula exclusivamente aminoacídica, manejo con inhibidor de bomba de protones y procinético, probable alergia a la proteína de leche de vaca y a hidrolizados. Panendoscopia: Esofagitis G III, reflujo duodenogastroesofágico, gastritis, incompetencia del cardias. Biopsia de esófago: Hiperplasia de la membrana basa con papilomatosis mayor al 50%, infiltrado de eosinófilos y PMN 3 por campo, con esofagitis crónica ulcerada con 30 eosinófilos por campo, gastritis crónica leve-moderada con 6 eosinófilos por campo y duodenitis leve a moderada con eosinofilia con 15 eosinófilos por campo. Dx: ERGE. Gastroenteropatía eosinofílica modificada por tratamiento.

**22.07.13:** EEG normal.

**01.08.13 ALERGIAS:** IgE específicas a todos los alimentos negativas. Inmunoglobulinas normales.

**26.09.13 GASTROENTEROLOGÍA:** Ingresó por persistencia de vómitos y pérdida progresiva de peso, se inició abordaje por probable gastroenteropatía eosinofílica.

**04.09.13 ALERGIAS:** Inició manejo con esteroide (prednisona) a 1mg/Kg/día con mejoría en gastos fecales y disminución en número de vómitos.

**04.10.13:** TAC de abdomen con doble contraste, reportó grosor de pared gástrica en curvatura mayor 7 mm, pared de duodeno máximo 22 mm, yeyuno grosor normal, íleo proximal 5 mm, colon ascendente 8 mm.

**05.12.13 GASTRO-NUTRICIÓN:** Síndrome de Cushing secundario a esteroides.

**11.02.14 GASTRO-NUTRICIÓN:** Inició tratamiento con budesónida.

**08.06.14:** Panendoscopia y colonoscopia: Gastroenteropatía eosinofílica y reflujo duodenogástrico.

**GASTRO-NUTRICIÓN:** No se consideró reactivación de gastroenteropatía eosinofílica. BIOPSIA Q2014-1011: Esófago: Mucosa con ulceración focal del epitelio con papilomatosis de 80%, se observaron 25 células de núcleo deformado. Las células del epitelio mostraron cambios citopáticos asociados a infección por virus del grupo herpes como nucleomegalia, nucléolos grandes y necrosis celular individual.

**29.07.14 GASTROENTEROLOGÍA:** Paciente descompensado, con vómito persistente y pérdida de peso, se decidió ingreso a sala de Gastro-Nutrición.

**21.08.14 ALERGIAS:** Prueba Prick-to-Prick a alimentos negativo, VIH negativo, inmunoglobulinas normales. Se descartó inmunodeficiencia.

**26.08.14 CIRUGÍA GENERAL:** Pseudoobstrucción intestinal, LAPE + gastrostomía Stamm modificada y yeyunostomía Witzel con biopsias totales de estómago, yeyuno y colon. Hallazgos: Múltiples adherencias asa-asa y asa-pared, laxas y fuertes, no oclusivas. Intestino delgado con lesiones blanquecinas, indurada a la palpación en borde antimesentérico en parches. Inició nutrición parenteral, estimulación enteral al sexto día con fórmula de inicio.

**05.09.14 GASTROENTEROLOGÍA:** Revisión de laminillas, biopsia Q-2014 1550 donde se observó lesión en los plexos neuronales mientéricos y nódulos de células ganglionares, no se observaron eosinófilos, se consideró como impresión diagnóstica ganglioneuromatosis intestinal.

**19.09.14 ENDOCRINOLOGÍA:** Deficiencia de hormona de crecimiento, inició tratamiento con hormona recombinante de crecimiento.

**03.11.14:** Panendoscopia y colonoscopia: No reflujo duodenogástrico, cardias parcialmente incompetente con parcial coaptación del endoscopio, unión esofagogástrica a 20 cm de arcada dentaria.

**14.11.14 CIRUGÍA GENERAL:** Recolocación de sonda de yeyunostomía

**17.12.14:** Egresó con fórmula en infusión continua y puenteo de gasto de gastrostomía a yeyunostomía.

**02 al 20.01.15:** Deshidratación severa secundaria a gastroenteritis de etiología viral.

**13 al 16.03.15:** Deshidratación leve + disfunción de sonda de larga permanencia. Se realizó recolocación de sonda de yeyunostomía guiada por fluoroscopia. Pase de medio de contraste distal.

**23 al 25.03.15 CIRUGÍA GENERAL:** Deshidratación leve + disfunción de sonda + sepsis adquirida en la comunidad. Recolocación de sonda de yeyunostomía.

**06 al 31.10.15 GASTROENTEROLOGÍA:** Deshidratación moderada + desequilibrio hidroelectrolítico. Infección por *Shigella sonnei*. Prueba de reto a proteína de leche de vaca superado.

**07.10 al 02.12.16 GASTROENTEROLOGÍA:** Desnutrición crónica agudizada grave, desequilibrio hidroelectrolítico, disfunción de yeyunostomía. Cierre de yeyunostomía mediante LAPE con bridolisis + resección y anastomosis T-T con yeyunostomía tipo Witzel. Diagnóstico de Patología: Leiomiopatía degenerativa (miopatía visceral).

**31.12.16 al 06.01.17 CIRUGÍA GENERAL:** Disfunción de sonda de yeyunostomía. Recolocación de sonda.

**13.01 al 18.02.17:** Disfunción de sonda de yeyunostomía + desequilibrio hidroelectrolítico. Exploración de yeyunostomía distal, abundantes placas blanquecinas endurecidas en el borde antimesentérico del intestino delgado. LAPE + lisis de adherencias, yeyunostomía tipo Witzel, apendicoplastia.

**30.04 al 03.05.17:** Gastroenteritis + desequilibrio hidroelectrolítico, sepsis en paciente inmunocomprometido tratado con ceftriaxona.

**07.05 al 10.08.17:** Desequilibrio hidroelectrolítico secundario a síndrome emético, con deshidratación y tetania, lesión renal aguda intrínseca. Alimentado durante su estancia con NPT y con infusión de fórmula semielemental por yeyunostomía con lo cual se logró compensación de su desnutrición. Se evidenció disfunción de sonda de yeyunostomía con reflujo del contenido hacia el espacio gástrico corroborado por Yeyunograma. Cursó con infección por *Candida glabrata* en hemocultivo periférico tratada con fluconazol por 21 días y sepsis sin foco tratada con antibiótico de amplio espectro.

#### **PADECIMIENTO ACTUAL 11.08.17 URGENCIAS:**

Acudió por vómitos de contenido biliar en 11 ocasiones, precedido de náuseas, de inicio súbito, negaron consumo de alimentos sólidos por boca, solo administración de agua y suero de rehidratación oral.

Dolor abdominal de 4 horas de evolución en flanco derecho. Refirieron realización adecuada de puenteo y no suspensión de la administración de fórmula a través de la yeyunostomía, negaron movilización empírica de las sondas. Ingresó por datos de deshidratación moderada y para tratamiento con plan B de hidratación.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O <sub>2</sub>
10.9 kg	82 cm	92/min	34/min	110/34 mmHg	36.0°C	2 segundos	98 %

Paciente consciente, activo, reactivo, mucosas orales secas, con adecuada coloración de piel y tegumentos. Normocéfalo, pupilas isocóricas normorreflécticas, narinas, faringe y amígdalas sin alteraciones. Cuello cilíndrico, sin alteraciones. Tórax simétrico, con adecuada amplexión y amplexación, campos pulmonares bien ventilados. Ruidos cardiacos rítmicos, adecuado tono e intensidad, no se auscultaron soplos. Abdomen con peristalsis presente, se observó sonda de gastrostomía y sonda de yeyunostomía permeables, drenaje de gastrostomía con aspecto lechoso, sin alteraciones en piel periestomal, blando, depresible, no doloroso, sin datos de irritación peritoneal, genitales masculinos Tanner 1, extremidades íntegras, simétricas, hipotróficas.

**Laboratorio:**

Hemoglobina	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Monocitos	Eosinófilos	Basófilos	Plaquetas
13.5 g/dL	16.7/ mm <sup>3</sup>	81.2 %	13.5 %	4.8%	0 %	0.08%	695,000/mm <sup>3</sup>

Na	K	Cl	Ca	P	Mg
123 mmol/L	7.9 mmol/L	82 mmol/L	10.2 mg/dL	13.9 mg/dL	3 mg/dL

Glucosa	Creatinina	Ácido Úrico	BUN	Osm
121 mg/dL	1.9 mg/dL	16.3 mg/dL	90 mg/dL	267.1

Gasometría	pH	pO <sub>2</sub>	pCO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	Lactato	EB	Sat O <sub>2</sub>
Precarga	7.26	33.7 mmHg	32.4 mmHg	14.2 mmol/L	3 mmol/L	-11.5	86.8 %
Postcarga	7.30	44.5 mmHg	34 mmHg	16.3 mmol/L	2.6 mmol/L	-8.8	60.8%

Inició manejo con ayuno, soluciones intravenosas, carga a 20 ml/Kg/do con solución Hartmann, gluconato de calcio 100 mg/Kg/do, nebulizaciones con salbutamol, puenteo del 50% del gasto por gastrostomía hacia sonda de yeyunostomía, reposiciones intravenosas del 25% del gasto de gastrostomía con solución Hartmann, loperamida 1.5 mg cada 8 horas. Solución polarizante. **GASTROENTEROLOGÍA Y NUTRICIÓN 11:00 HORAS:** Continuo manejo ambulatorio, familia consciente del pronóstico de su padecimiento, se consideró alta para que pudiera manejarse en casa por su familia, con seguimiento estrecho en consulta y altas posibilidades de reingresar. Manejo con dieta semielemental al 26% (120 ml/Kg/día) + 3% de maltodextrinas + 1% de triglicéridos de cadena media a infusión continua por yeyunostomía en 22 horas. Loperamida a 1.5 mg cada 6 horas, vitamina D 400 UI cada 8 horas, ácido ursodeoxicólico 200 mg cada 24 horas, vitaminas ACD 1 ml cada 24 horas, sulfato ferroso 6 mg/Kg/día cada 24 horas.

**14.08.17 GASTROENTEROLOGÍA 09:00 HORAS:** Paciente con corrección del estado de hidratación y equilibrio electrolítico, con aporte parenteral de potasio. Se cambio aporte de potasio oral al 100% (8.7 mEq/Kg/día) y egresó.

**15.08.17 URGENCIAS:** Paciente sin datos clínicos ni de laboratorio de desequilibrio hidroelectrolítico. Egreso a domicilio con datos de alarma y recomendaciones.

**17.08.17 URGENCIAS 16:44 HORAS:** Ingresó al área de choque sin respuesta ni pulso central, se iniciaron maniobras de reanimación administrando 5 ciclos y 3 dosis de adrenalina sin retorno a la circulación espontánea, trazo de electrocardiograma isoelectrico. **Hora de defunción: 16:59 horas.**

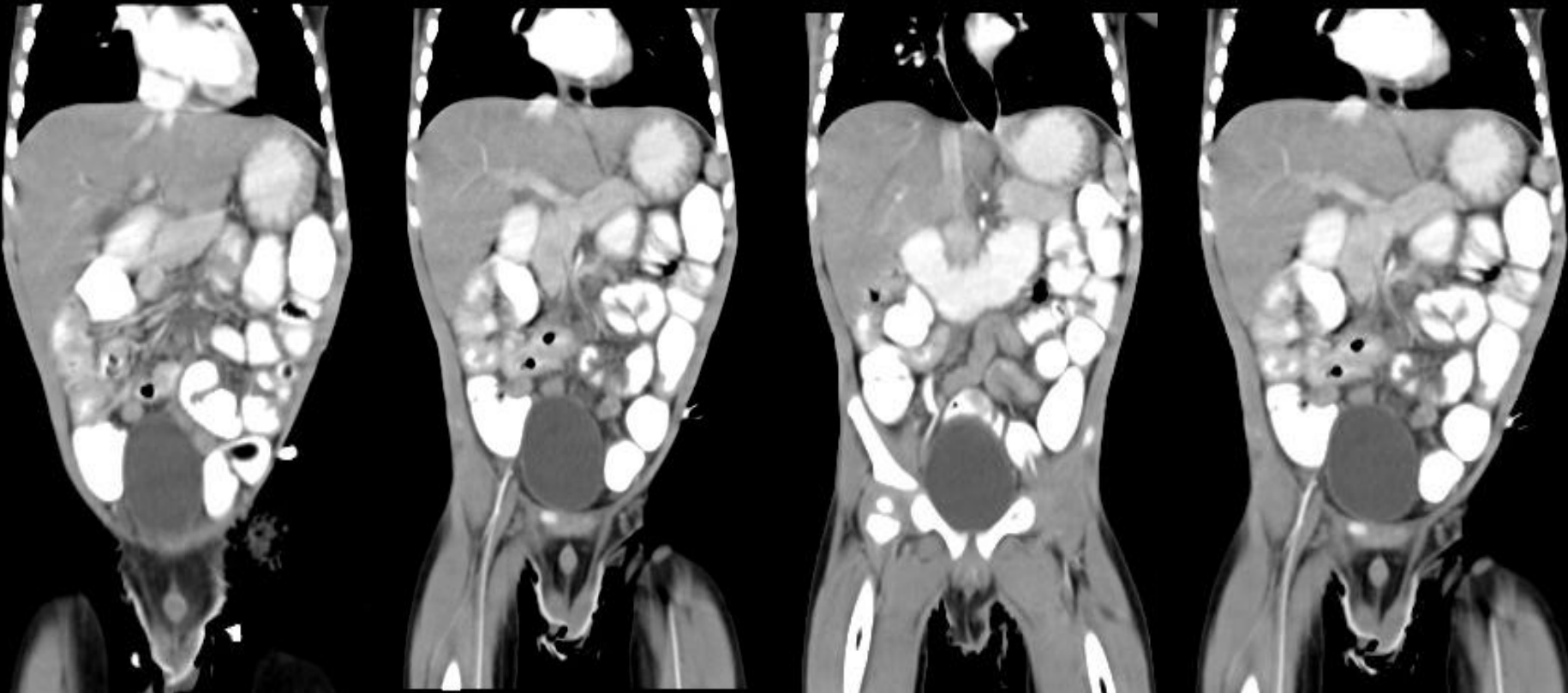


## Radiología

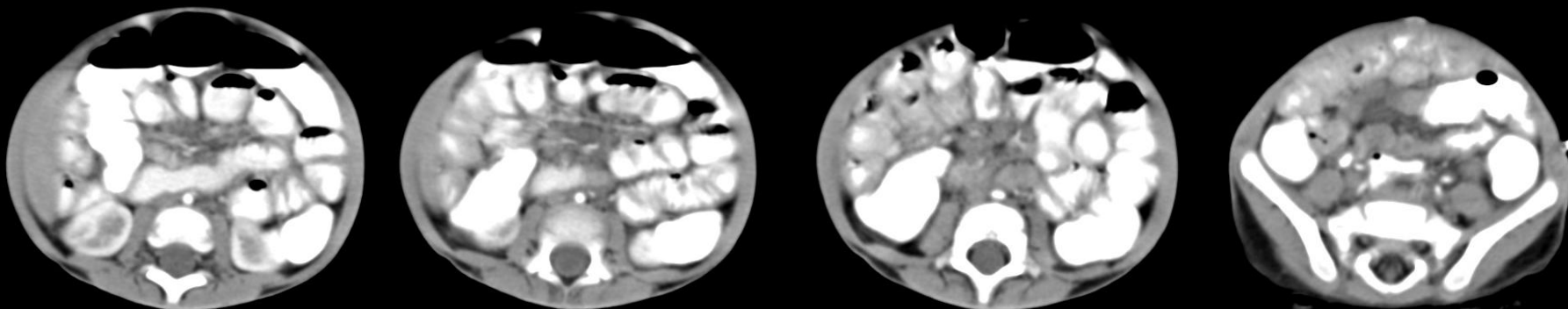


28/03/2013





03/10/2013





## Radiología



28/06/2014



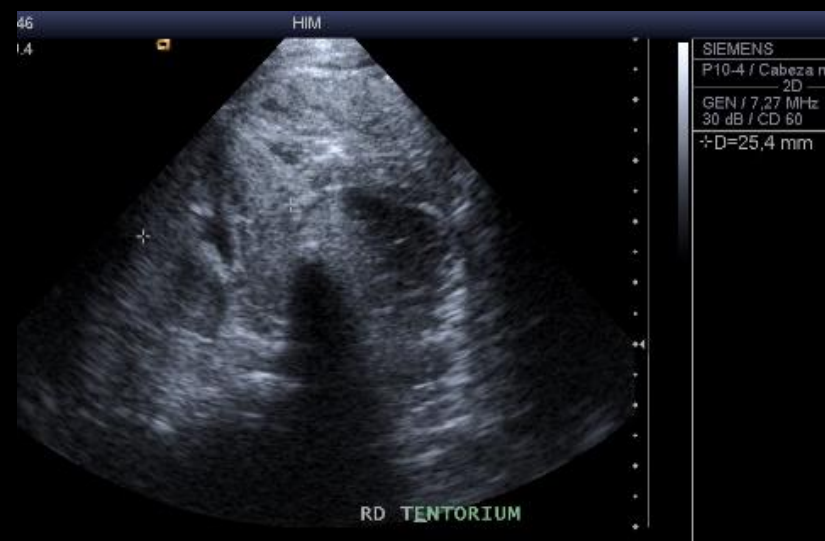
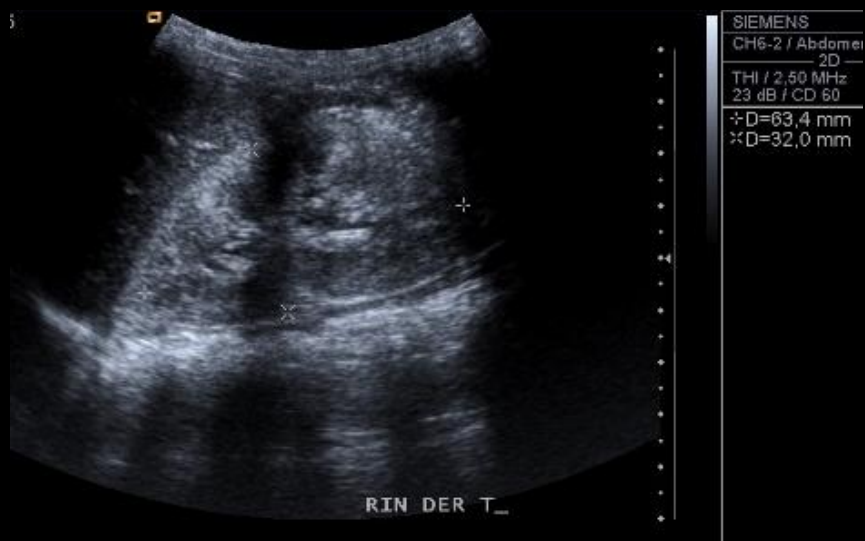
29/06/2014



10/08/2014



# Ultrasonido







## Radiología



11/08/2014



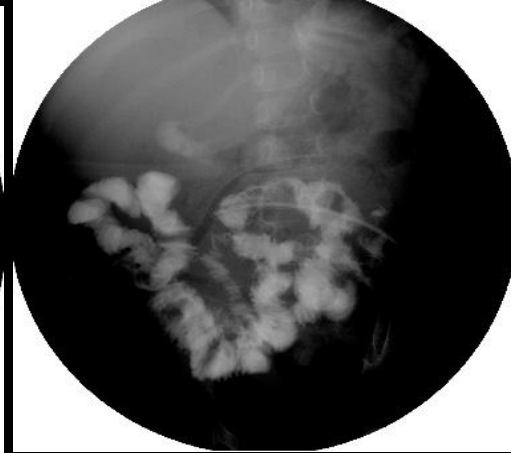
13/08/2014



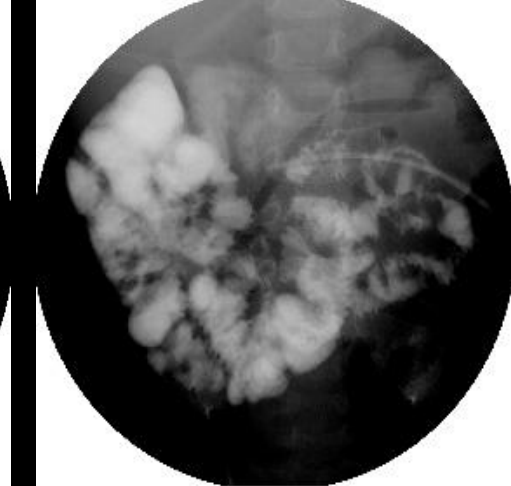
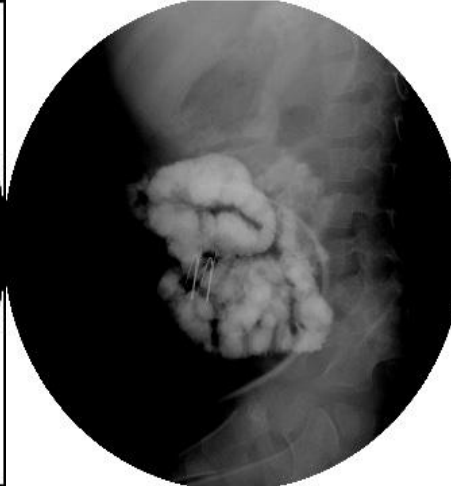
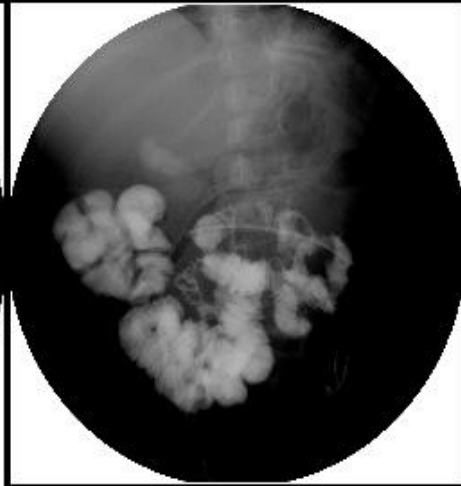
02/08/2014



## Fluoroscopia



12/11/2016





## Fluoroscopia



12/03/2017



01/02/2017





## Radiología



29/04/2017



02/08/2017