



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-17-47
Miércoles 17 de octubre de 2018

COORDINADOR: DR. CARLO EGYSTO CICERO ONETO
DISCUSOR: DRA. MA. CRISTINA CASTAÑEDA MARTÍNEZ R-III PEDIATRÍA
PATÓLOGO: DR. JONATHAN D. CARRASCO CASILLAS
RADIÓLOGO: DRA. MA. TERESA VALADEZ REYES
RESUMEN: DRA. TALIA CAROLINA VÁZQUEZ RODARTE R-II PEDIATRÍA

NOMBRE: N.A.L.E. SEXO: FEMENINO EDAD: 12 AÑOS 4 MESES
PROCEDENCIA: TEZOYUCA, EDO. MEX. F. NAC.: 12.07.05
ÚLTIMO INGRESO (URGENCIAS): 11.09.17 EGRESO: 10.11.17

MOTIVO DE CONSULTA: Rinorrea, tos no cianósante, disneizante o emetizante, palidez posterior a evento de epistaxis, petequias, astenia y adinamia.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 34 años de edad, ama de casa, casada, religión católica, secundaria completa, etilismo ocasional, negó tabaquismo y otras toxicomanías. Padre de 38 años de edad, comerciante, secundaria completa, tabaquismo, alcoholismo y otras toxicomanías negadas, aparentemente sano. Un hermano de 14 años de edad sano. Abuelos paternos con diabetes mellitus tipo 2, abuela materna fallecida por complicaciones asociadas a diabetes.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Originarios y residentes de Tezoyuca, Estado de México. Habitan en casa prestada, de materiales perdurables, con todos los servicios básicos de urbanización. **ALIMENTACIÓN:** Adecuada en calidad y cantidad. **DESARROLLO PSICOMOTOR:** Normal. **INMUNIZACIONES:** Esquema de vacunación completo para la edad. **ALERGIAS:** Ciprofloxacino, anfotericina B, además de requerir premedicación para administración de plaquetas.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de la G2, con control prenatal regular, una consulta por mes, ingesta de ácido fólico y hierro, no recordó número de USG realizados, referidos todos como normales. Amenaza de aborto en primer trimestre tratado con reposo y útero inhibidores. Negó infecciones del tracto urinario o cervicovaginitis. Producto obtenido vía abdominal por falta de progresión de trabajo de parto, lloró y respiró al nacer, se desconoció APGAR, peso 3,600 gr. Egresó en las primeras 24 horas. Tamiz metabólico tomado, sin embargo, se desconoció resultado.

03.07.17: Conocida en el Hospital Infantil de México a los 11 años de edad por cuadro clínico caracterizado por ictericia, astenia, adinamia, pérdida de peso, síndrome infiltrativo y febril. **Rx de tórax:** Sin masa mediastinal. No se integró síndrome de lisis tumoral.

Hemoglobina	Leucocitos	Neutrófilos	Blastos	Plaquetas
7 g/dL	9,600	0 %	77 %	233,000/mm ³

05.07.17 AMO DIAGNÓSTICO: Leucemia aguda linfoblástica L2 vs leucemia mieloblástica aguda M5 (88% de blastos). **LCR:** Negativo. **Inmunofenotipo:** Pre B con presencia de marcador aberrante (C33). **Panel de translocaciones:** Negativo. Inició ventana con esteroide (dexametasona 6 mg/m²SC/día x 7 días). **CARDIOLOGÍA:** FA 48%, FEVI 56%.

09.07.17 Egresó de sala de Oncología a domicilio con seguimiento en la consulta externa.

14.07.17: CE ONCOLOGÍA: Paciente considerado de alto riesgo para recaída (edad > 10 años, índice DNA < 1.16 <0.98>, mala respuesta a la ventana con esteroide <5,767 blastos>). Inició inducción a la remisión (vincristina/L-asparaginasa, daunorrubicina, dexametasona). No se realizó AMO del día 7 por decisión del familiar (lo consideró riesgoso).

23.07.17 URGENCIAS: Paciente en inducción a la remisión que ingresó por choque séptico, requiriendo ventilación mecánica e inicio de apoyo aminérgico. Hb 6.3 g/dL, leucocitos 600, NT 73, plaquetas 17,000/mm³. **INFECTOLOGÍA:** Aislamiento de E. Coli BLEE (-) por lo que se ajustó esquema para disminuir presión antibiótica (ceftriaxona 14/14).

28.07.17: AMO (día 14): Médula ósea hipocelular en M1 límitrofe con 5% de blastos. LCR negativo. **Panel de traslocaciones:** Negativo.

04.08.17: AMO (día 21): Médula ósea hipocelular con 2% de blastos. Enfermedad mínima residual (EMR) positiva (1%). Durante su estancia hospitalaria presentó lesión labial por herpes virus tipo 1 por lo que se agregó al manejo aciclovir IV.

05.08.17: Recibió 1ra intensificación ARA-C/VP-16. Egresó a domicilio con cita a Consulta Externa.

12.08.17: Ingresó por sepsis nosocomial en paciente inmunocomprometido con foco abdominal descartándose colitis neutropénica. **BH:** Hb 8.6, Hto 23.9, leucocitos 2,200, NT 814, plaquetas 116,000. Paciente persistentemente febril y con mala evolución, por lo que se amplió cobertura del esquema antibiótico completado con meropenem (14/14), ciprofloxacino (7/7) y anfotericina (6/10). Presentó hipokalemia severa con repercusión hemodinámica por lo que se complementó tratamiento con caspofungina (4/10)>. **TAC de focos profundos:** Con imagen sugestiva de necrosis tubular vs pielonefritis, por lo que se realizó abordaje nefrológico sin encontrarse alteración.

23.08.17: AMO (día 28): Hipocelular ++ con 5.5% de blastos. Durante su estancia se reportó BH con 3% de blastos en sangre periférica. Se realizó cariotipo de células leucémicas encontrándose positivo para monosomía 7.

28.08.17 ONCOLOGÍA: Debido a falla en la inducción a la remisión se decidió intensificar tratamiento: Ciclofosfamida 1,000 mg/m²/día x 1 día, ARA-C 75 mg/m²/día x 8 días, 6-mercaptopurina 60 mg/m²/día x 14 días. Una vez lograda la remisión se considerará para TCPH.

02.09.17: Egresó a domicilio para continuar seguimiento en Consulta Externa.

PADECIMIENTO ACTUAL 11.09.17 URGENCIAS 10:10 HORAS:

Tos: 2 días de evolución, productiva, de predominio nocturno, emetizante en una ocasión, no cianósante ni disneizante, acompañada de rinorrea purulenta y estornudos.

Petequias: 24 horas de evolución, de predominio en extremidades inferiores.

Epistaxis: 3 horas de evolución, de inicio súbito, escasa, unilateral, que cedió espontáneamente.

Astenia: 3 horas de evolución.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O ₂
37.8 Kg	145 cm	123/min	18/min	101/51 mmHg	36.1°C	3 seg	94 %

Paciente femenino alerta, activa, Glasgow 15, con edad cronológica menor a la aparente, palidez generalizada de piel y tegumentos +++, mucosa oral seca. Cráneo normocéfalo, pupilas isocóricas normorreflécticas. Conductos auditivos externos permeables, membranas timpánicas sin alteraciones, narinas permeables, con escasos restos hemáticos en narina derecha, orofaringe hiperémica +, sin descarga retranasal, hemorragia escasa en carrillos, cuello cilíndrico, sin adenomegalias. Tórax simétrico, con murmullo vesicular, sin estertores o sibilancias, sin datos de dificultad respiratoria, precordio rítmico sin soplos, abdomen blando, depresible, no doloroso, peristalsis presente normoactiva, sin signos de irritación peritoneal o visceromegalias. Genitales fenotípicamente femeninos, región perianal con presencia de hemorroide en radio de las 6, eritema en región perianal, sin datos de hemorragia. Extremidades eutróficas, sin edema, pulsos periféricos amplios, petequias en extremidades superiores e inferiores.

Laboratorio:

Hb	Leucocitos	Neutrófilos Totales	Linfocitos	Monocitos	Plaquetas
5.5 g/dL	500	20	93.3 %	0.4 %	3,000/mm ³

ONCOLOGÍA 12:30 HORAS: Paciente en nadir de quimioterapia con síndrome hemorrágico, anémico así como neutropenia y fiebre por lo que se inició manejo con cefepime y amikacina. **INFECTOLOGÍA 13:26**

HORAS: Ante la necesidad de apoyo aminérgico con norepinefrina por estado de choque se cambió esquema antibiótico a meropenem y vancomicina así como luconazol por impronta positiva en cavidad oral.

URGENCIAS 14:25 HORAS: Debido a estado persistente de choque se decidió intubación orotraqueal.

UTIP 19:00 HORAS: Ingresó suspendiéndose aminas a las 2 horas (mejoró posterior a transfusión de hemocomponentes) y extubándose de manera exitosa.

14.09.18 INFECTOLOGÍA 12:48 HORAS: Cuadro clínico y exploración física que no justificaron el uso de glucopéptido, por lo que se decidió suspender. Se realizó abordaje para lesión necrótica en narina así como región perianal.

21.09.17 INFECTOLOGÍA: Paciente con neutropenia profunda quien continuó con fiebre a pesar de tratamiento antibiótico, meropenem (10), por lo que se agregó anfotericina B de forma empírica.

22.09.17 ONCOLOGÍA: AMO hipocelular +++, EMR 0.4% y datos clínicos de persistencia de la enfermedad. Se recabó reporte de HLA encontrándose hermano 50% compatible, por lo que fue necesario buscar donador NO relacionado a nivel nacional o internacional.

24.09.17 ONCOLOGÍA: Paciente con dolor abdominal intermitente, por lo que se realizaron Rx de abdomen, amilasa y lipasa dentro de rangos normales, sin embargo, continuo persistentemente febril a pesar de la cobertura antimicrobiana.

26.09.17 INFECTOLOGÍA: Paciente con fiebre en picos bajos (probablemente secundario a actividad de la enfermedad) por lo que se concluyó tratamiento antibiótico meropenem (15/15) y anfotericina B (7/7).

29.09.17 ONCOLOGÍA: Paciente con más de un mes sin quimioterapia por lo que ante datos clínicos de persistencia de la enfermedad se decidió Inicio de quimioterapia con esquema MRC-10 (Medical Research Council) modificado: Daunorrubicina 50 mg/m²/día (días 1,3 y 5), ara - C 100 mg/m²/do cada 12 horas (días 1 a 10) y etopósido 100 mg/m²/día por 5 días.

02.10.17 ONCOLOGÍA: Paciente con dolor abdominal de inicio súbito, intensidad 10/10, localizado en hipocondrio derecho, signo de Murphy (+) así como datos de respuesta inflamatoria sistémica.

03.10.17: USG abdominal: Hepatomegalia; lodo biliar con datos de colecistitis alitiásica. **INFECTOLOGÍA:** Paciente próximo a ingresar en nadir de quimioterapia por lo que se indicó cobertura antibiótica con carbapenémico para cubrir bacilos Gram negativos productores de BLEE.

05.10.17 ALERGOLOGÍA: Presentó exantema, probable alergia al látex vs hipersensibilidad al Ara-C, por lo que se solicitó IgE específica y precauciones previas al contacto con látex.

09.10.17 INFECTOLOGÍA: Se reportaron hemocultivos (06.10.17) centrales positivos para *Sphingomonas melonis* por lo que se retiró CVC y se inició tratamiento con caspofungina.

10.10.17 ONCOLOGÍA/INFECTOLOGÍA: Paciente con dolor abdominal, evacuaciones sanguinolentas, fiebre, taquicardia y datos de bajo gasto por lo que se amplió cobertura antibiótica agregándose vancomicina al esquema previo por probable colitis neutropénica. Reporte de galactomananos, formas invasivas en orina e impronta de cavidad oral negativas. **CIRUGÍA ONCOLOGÍA:** Sin datos de irritación peritoneal ni criterios para intervención quirúrgica.

11.10.17: TAC ABDOMINAL: Ileítis y proctitis con grosor mayor a 1 cm. **ALGOLOGÍA:** Inicio infusión de morfina.

14.10.17 ONCOLOGÍA/INFECTOLOGÍA: Paciente con evolución tórpida a pesar del manejo médico, aumento de lesiones a nivel perianal y glútea, sin abscesos ni colecciones. Se decidió inicio de ciprofloxacino por ruta crítica.

22.10.17 CARDIOLOGÍA: Se descartó endocarditis. **ONCOLOGÍA:** Presentó deterioro neurológico súbito con la presencia de crisis convulsiva tónico-clónicas por lo que se decidió intubación endotraqueal para asegurar la vía aérea. EEG: con moderada disfunción generalizada por efecto farmacológico. No se apreciaron elementos epileptiformes. Se documentó hipertensión arterial ingresándose a UTIP para manejo de emergencia hipertensiva requiriendo tratamiento con hidralazina, losartán y prazosin.

03.11.17 INFECTOLOGÍA: Galactomananos y procalcitonina negativos. Se agregó al esquema previo vancomicina y voriconazol. Se sugirió retiro de catéter central debido a disfunción del mismo.

06.11.17 UTIP: A pesar de haber cumplido varios esquemas antibióticos continuo con mala evolución, persistiendo con fiebre y datos de respuesta inflamatoria sistémica así como neutropenia.

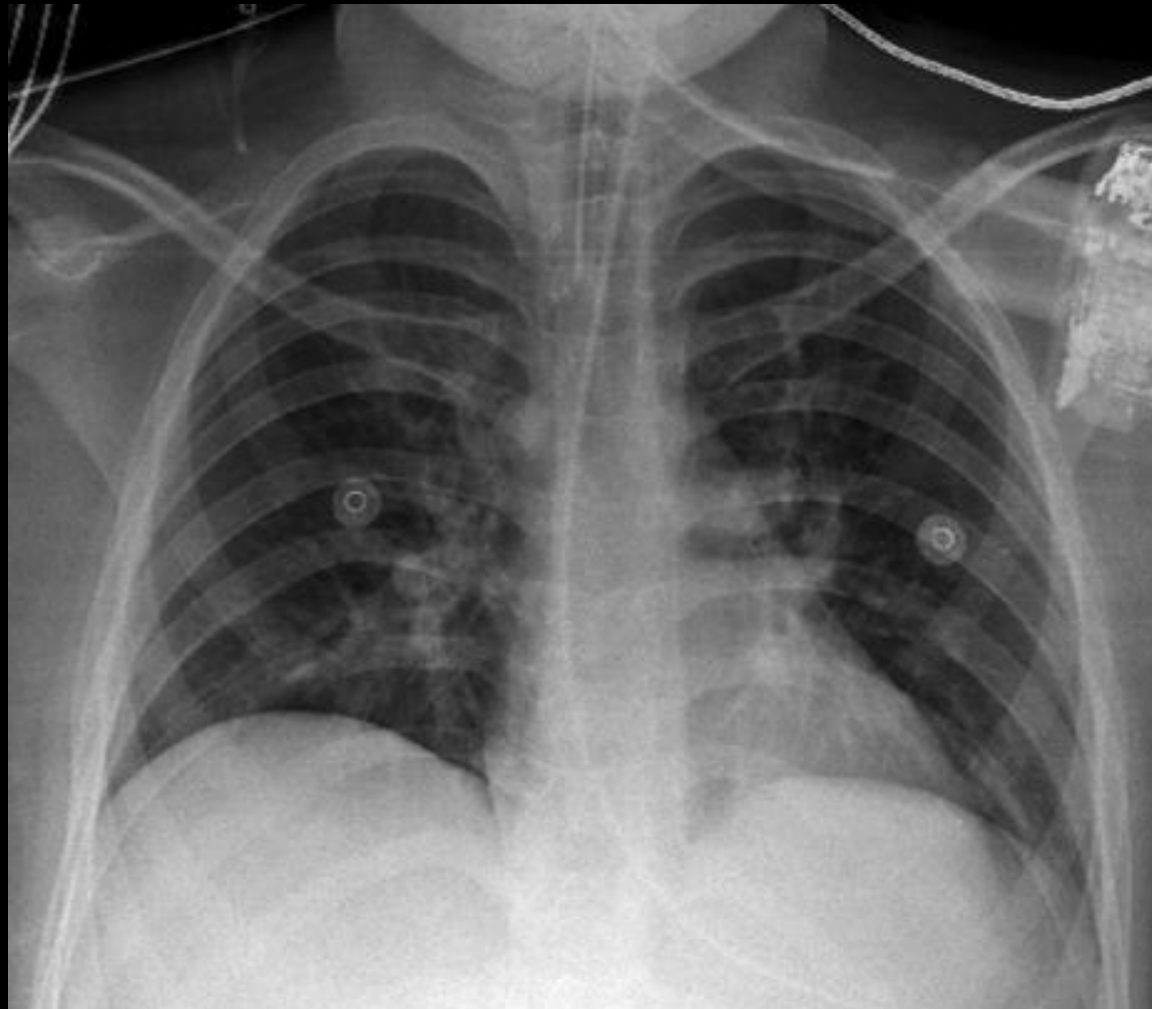
08.11.17 INFECTOLOGÍA: Catéter colonizado con *Pseudomonas aeruginosa* por lo que se indicó continuar meropenem y vancomicina (ajustadas a dosis renal) así como agregar al manejo colistina.

Laboratorios:

Na	K	Cl	Ca	P	Mg
156 mmol/L	2.3 mmol/L	120 mmol/L	9.1 mg/dL	4.5 mg/dL	1.9 mg/dL

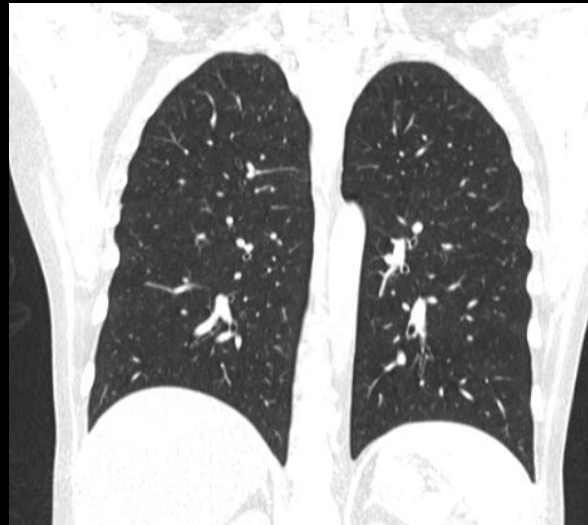
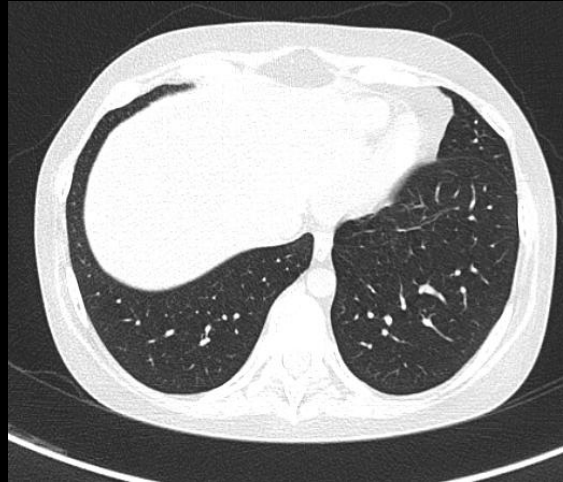
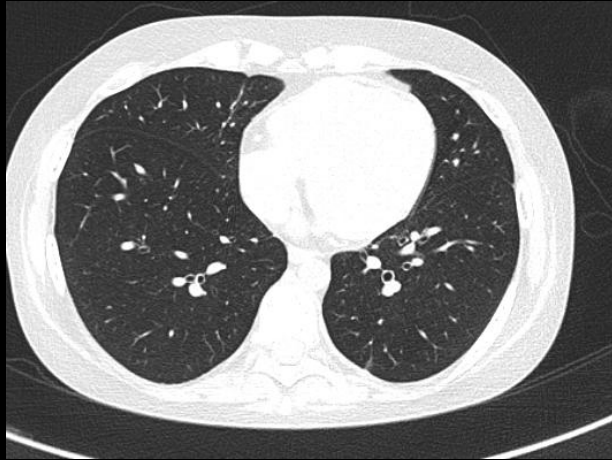
NEFROLOGÍA: Lesión tubular por medicamentos. **CARDIOLOGÍA:** Valoración para función cardíaca: Paciente hemodinámicamente inestable, con requerimiento de aminas a dosis altas. Derrame pericárdico que no generó colapso diastólico de cavidades cardíacas; disfunción sistólica de ventrículo derecho.

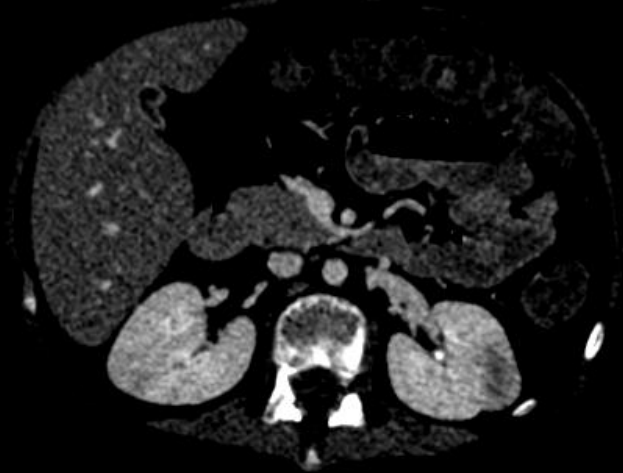
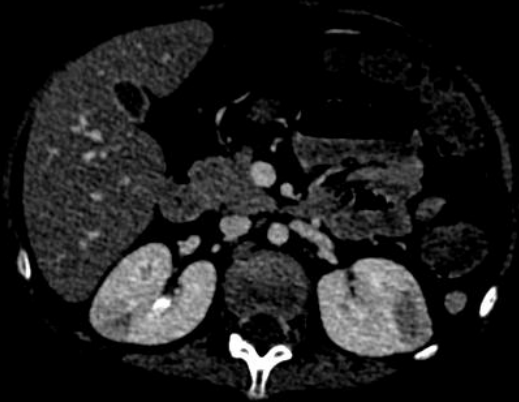
10.11.17 UTIP: Presentó datos de falla orgánica múltiple, con pobre respuesta al apoyo aminérgico, SDRA con datos de hipoxia refractaria con neumotórax izquierdo. Se colocó sonda pleural en dos ocasiones por dificultad a la ventilación y persistencia del mismo, además de saturaciones entre 50 y 60%. Presentó edema agudo de pulmón persistiendo con deterioro ventilatorio y hemodinámico. Se agregó dobutamina y 4 cargas de albúmina al manejo, sin mejoría. Presentó paro cardiorrespiratorio recibiendo dos ciclos de reanimación avanzada, con retorno de la circulación espontánea, sin embargo, a los 20 minutos presentó nuevo evento que no respondió a maniobras avanzadas de reanimación. **Hora de defunción: 14:45 horas.**





15 .08.17





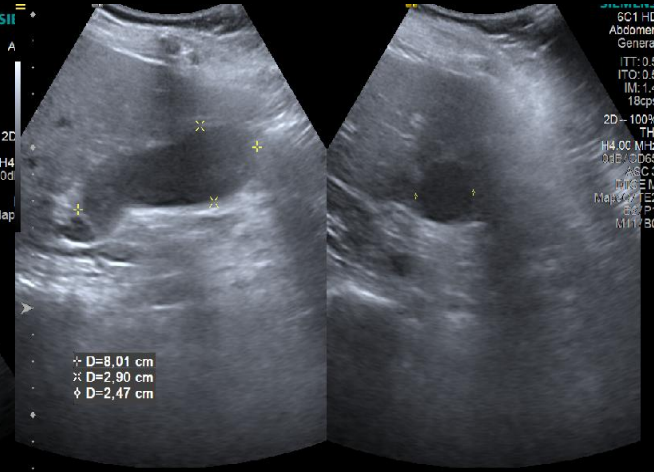
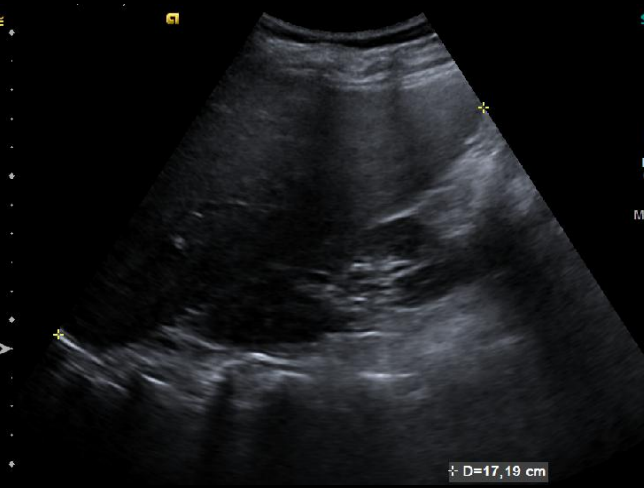
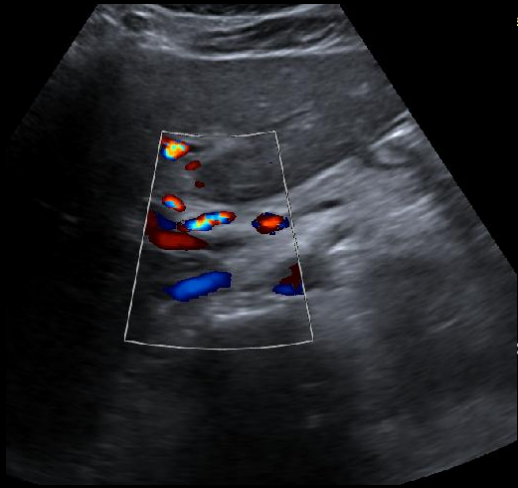


23 .09.17

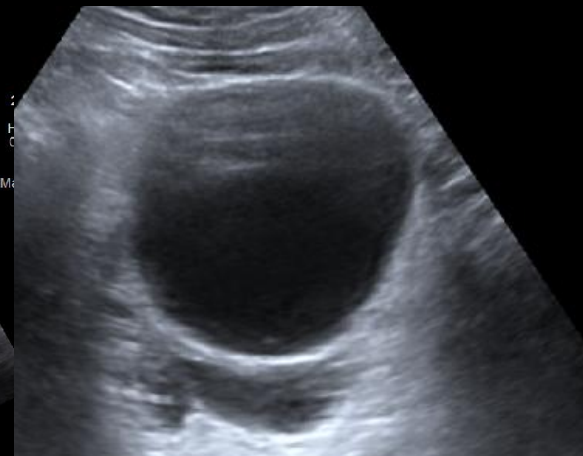
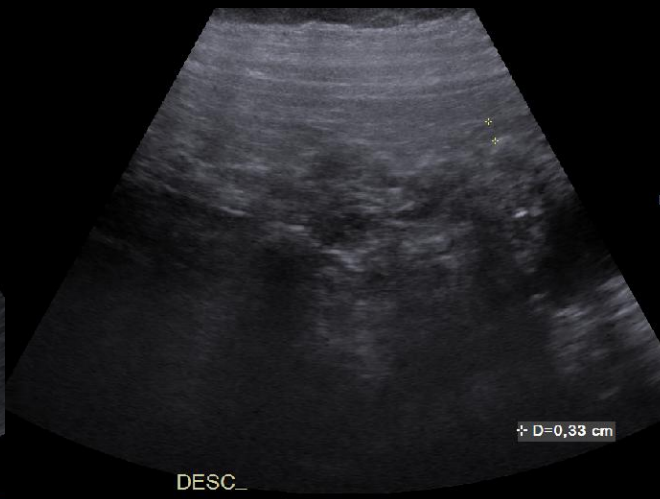
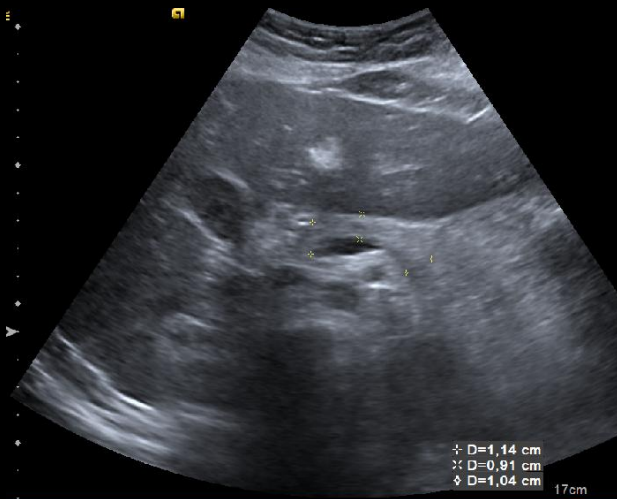


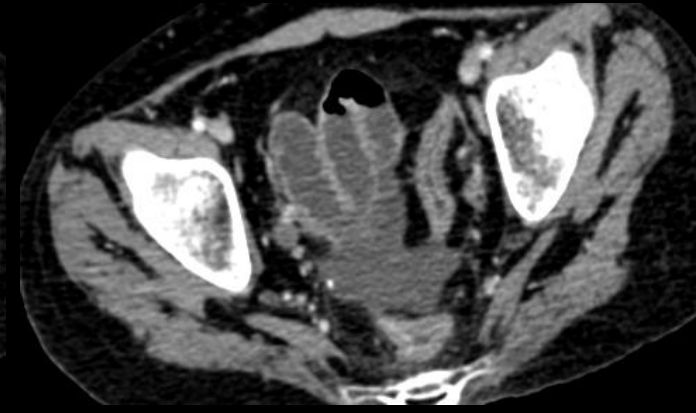
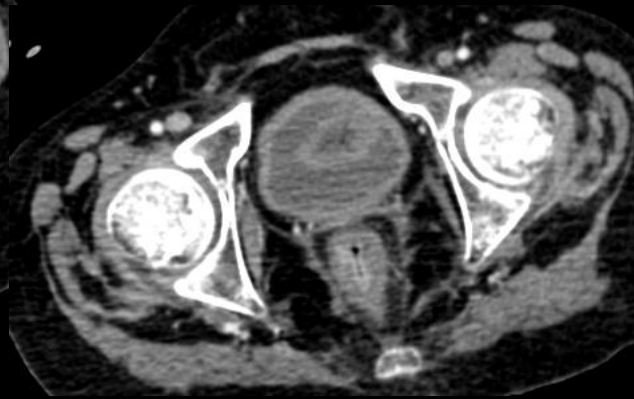


30.09.17



HORPIT



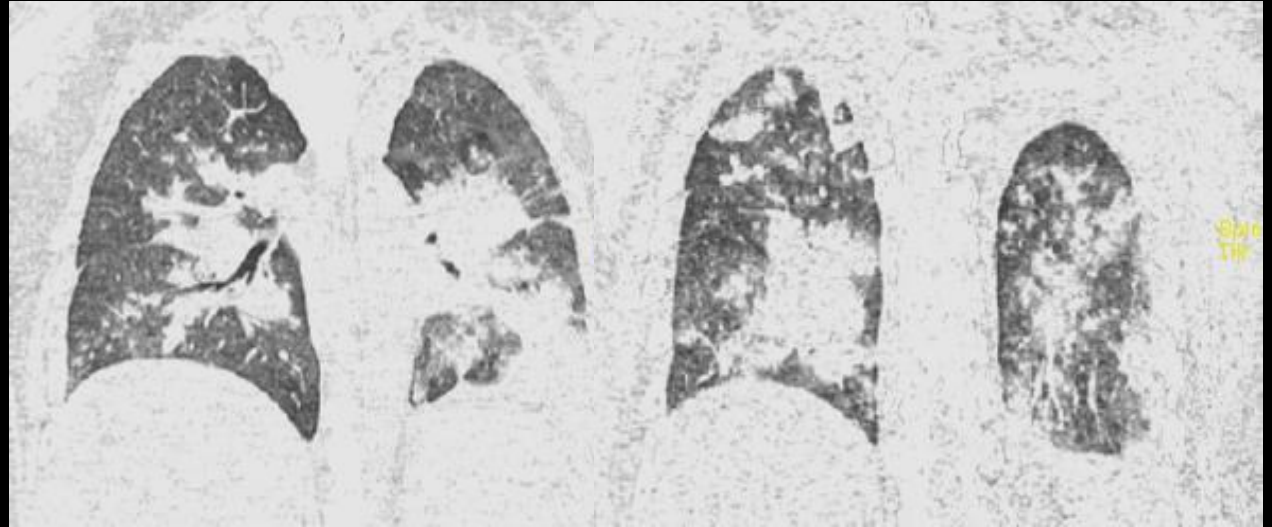
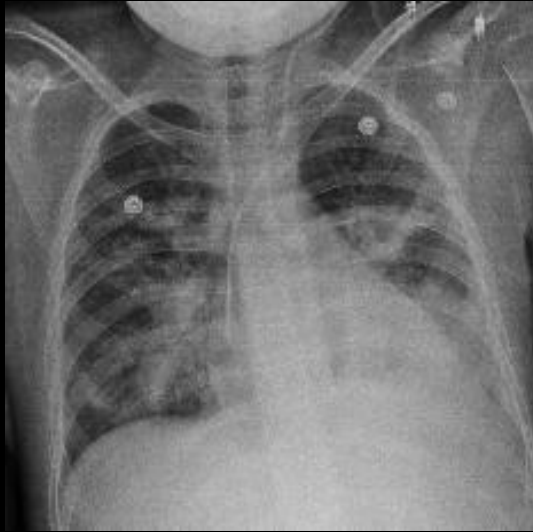


10.10.17





24.10.17





09 .11.17



10.11.17