



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-14-45

Miércoles 30 de septiembre de 2015

COORDINADOR: DR. IVÁN CASTORENA VILLA

DISCUSOR: DRA. JENNIFER PAMELA GARCÍA PUREKO, RIII PEDIATRÍA

PATÓLOGO: DRA. ATZIN ANDREA ÁNGELES ROMERO

RADIÓLOGO: DRA. PILAR DIES SUÁREZ

RESUMEN: DRA. ISIS NELVY PÉREZ HERNÁNDEZ

CASO. 798217

NOMBRE: A.G.D.C.N. SEXO: MASCULINO

EDAD: 16 AÑOS 9 MESES

PROCEDENCIA: IXTAPALUCA, EDO. DE MÉXICO

F. NAC.: 23 OCTUBRE 1997

1^{ER} INGRESO (URGENCIAS): 28 JUNIO 2013

EGRESO: 8 SEPTIEMBRE 2014

MOTIVO DE CONSULTA: Síndrome febril, Sx hemorrágico, Sx infiltrativo

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 47 años con Diabetes Mellitus, obesidad, vendedora ambulante en las estaciones del metro, consume alcohol y drogas (PVC y marihuana). Padre de 45 años portador de Diabetes Mellitus, fuera del núcleo familiar, vendedor de periódico. Abuelos maternos finado por complicaciones de Diabetes Mellitus. Hermano de 29 años con obesidad y Diabetes Mellitus.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Originarios y residentes del Estado de México, de nivel socioeconómico muy precario, no cuenta con vivienda, duerme en la calle o eventualmente renta cuartos junto con su madre, no acude a la escuela, realiza actividades como recostarse sobre vidrios rotos para obtener recursos. **ALIMENTACIÓN.** Seno materno hasta los 2 años, ablactación a los 7 meses, integrado a la dieta familiar a los 18 meses. **DESARROLLO PSICOMOTOR.** Fijación de la mirada a los cuatro meses, sostén cefálico a los 8 meses, sedestación 10m, bipedestación 12 meses, deambulación a los 2 años, no gateo. **INMUNIZACIONES.** Se refiere esquema completo, pero no se cuenta con cartilla de vacunación.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de la Gesta 3, control prenatal irregular, inicio desde el cuarto mes de gestación, cursó con amenaza de aborto y Diabetes Gestacional manejada con reposo y dieta. Parto a nivel hospitalario, de término obtenido por vía abdominal por presentación pélvica, pesó 4,500 g., talla 50 cm, se desconoce el Apgar. Hospitalizado al nacimiento durante 2 meses, presentando crisis convulsivas, se desconoce manejo. Padeció Varicela a los 14 años. Se realizó orquidopexia a los 8 años por criptorquidia izquierda. Diabetes Mellitus diagnosticada a los 10 años de edad debutando con cetoacidosis diabética ameritando hospitalización durante 5 días en urgencias del Hospital General de Aragón, egresado con tratamiento con insulina, refiere abandono de tratamiento desde su egreso. Tuvo 2 hospitalizaciones posteriores a los 6 meses y 2 años posterior al diagnóstico por hiperglucemia, se desconoce esquema de insulina actual. Expuesto al consumo de marihuana y thinner a los 11 años de edad.

1ER. INTERNAMIENTO 28 JUNIO- 8 AGOSTO 2013. URGENCIAS. EDAD 15 años 7 meses. PESO 72 Kg. TALLA 163 cm. Ingresa al HIMFG referido de Hospital de la Villa por cursar con 15 días de evolución con fiebre, gingivorragias, petequias en extremidades inferiores y adenopatías cervicales. Un día previo a su ingreso tuvo vómito. E.F: FC 100x', FR 25x', TA 122/67 mmHg, Temp 37° C, SatO2 100%. Cavidad oral con gingivorragias, petequias en paladar y mucosas, amígdalas crípticas sin exudado, cuello cilíndrico con adenomegalias bilaterales de 1 cm de diámetro, no dolorosas, móviles, tenía acantosis nigricans +++, precordio con ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad sin soplos, abdomen con borde hepático a 4 cm debajo de reborde costal área acantosis nigricans y presentaba adenomegalias de 1 cm de diámetro de forma bilateral no dolorosas en región inguinal, extremidades integras con petequias y equimosis en piernas, tiña pedís.

Hb	Hto	Plaquetas	Leucocitos	Blastos	Linfocitos	Neutrófilos
8.0 g/dL	27.1%	9,000/mm ³	220,300/mm ³	42%	89.2%	5.8%

Gluc	Na	K	Cl	Ca	P	Mg	BUN	Cr	Alb	AST	ALT
263 mg/dL	147mmol/L	2.4 mmol/L	110 mmol/L	6.7 mg/dL	4.1mg/dL	1.4mg/dL	36.3mg/dL	0.7mg/dL	3.2g/dL	26U/L	17U/L

pH	pO2	pCO2	HCO3	Lac	EB	SO2
7.46	60	25	17.8	1	-6	92%

pH	DU	Cet	Prot	Glucosa	Leucocitos	Nitritos
5.5	1.030	15mg/dL	10,015 mg/dL	negativo	1/campo	negativos

ENDOCRINOLOGIA: Por los antecedentes (peso al nacer, madre con Diabetes gestacional y datos clínicos de insulinoresistencia) padece de DM 2 con mal control por abandono de tratamiento, actualmente con cetosis. Se inicia insulina tipo Letemir 0.57 kg/día e Insulina rápida 0.1-0.2 UI/Kg, se indica inicio de dieta de 2000 Kcal y disminución progresiva de aporte de glucosa IV. El paciente persiste con hiperglucemia mayor a 300 mg/dL en estudio capilar asociado a inicio de terapia con dexametasona (Ventana de esteroide para tratamiento de la leucemia) por lo que se incrementa dosis de insulina hasta 2.36UI/Kg/día. Durante dicho internamiento con disminución progresiva de insulina por incremento en la sensibilidad a la misma, permaneciendo con esquema pre-desayuno Insulina rápida 16 UI, NPH 22 UI, pre-comida insulina rápida 10 UI, pre-cena insulina rápida 6 UI, insulina NPH 6 UI.

ONCOLOGÍA: Se integró síndrome infiltrativo e hiperleucocitosis y se realizó aspirado de médula ósea con presencia de 92% de blastos tipo L1 según la clasificación de la FAB, de inmunofenotipo pre-B y citogenética positiva para la traslocación (9,22), confirmando el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda de muy alto riesgo para recaída por presencia de cromosoma Filadelfia positivo a lo cual se agregan los otros factores de mal pronóstico (edad e hiperleucocitosis). Se indicó ventana esteroidea con dexametasona 6 mg/m²sc y se inició manejo de hiperleucocitosis con soluciones de hiperhidratación 3000 ml/m²sc mas aporte de NaHCO₃ y alopurinol 100 mg cada 8 hrs. Se proporcionan informes a la Mamá del paciente y se explica el mal pronóstico, por lo cual se solicita apoyo de Psicología y de Trabajo Social para apoyar el manejo del paciente. **CARDIOLOGÍA.** Se solicita valoración por hipertensión arterial. Se realizó ecocardiograma que reportó situs solitus, levocardia, concordancia AV y VA, sin alteración estructural, FEVI 65% y FA 32%, PSVD 14mmHg. **INFECTOLOGÍA.** Durante su estancia presenta hipotensión, hipotermia, bradicardia, ameritando apoyo aminérgico durante 48 hrs con dubutamina, se realizó aislamiento de Acinetobacter baumannii sensible por hemocultivo central a cefalosporinas y se inició Ceftriaxona 75 mg/kg/día por bacteriemia relacionada a CVC completando 14 días de tratamiento.

5 JULIO - 8 AGOSTO 13. VALORACIÓN POR ONCOLOGÍA Y SEGUIMIENTO: Se reporta respuesta favorable a esteroide por BHC al día 8 de tratamiento con 0% de blastos en sangre periférica por lo que se inicia inducción a la remisión con protocolo HIM2003 con base en Dexametasona, Vincristina, Daunorrubicina y L-Asparaginasa. Se realizan 4 aspirados de médula ósea correspondientes a los días 7,14, 21 y 28 de tratamiento con resultado negativo a infiltración neoplásica con porcentaje de blastos menor a 3% y ausencia de infiltración a SNC por LCR negativo a células neoplásicas. Durante su estancia cursó con mejoría de la glucemia capilar, con resolución del proceso infeccioso por lo que se egresa del servicio con manejo por Endocrinología a base de esquema de insulina pre-desayuno Insulina rápida 16 UI, NPH 22 UI, pre-comida insulina rápida 10 UI, pre-cena insulina rápida 6 UI, insulina NPH 6 UI, con monitoreo de la glucosa de forma ambulatoria y dieta para diabético de 1800 Kcal en cuartos además de TMP-SMX 125 mg cada 12 hrs, Nistatina 200,000 UI cada 8 hrs con seguimiento por la consulta externa de Oncología y Endocrinología.

13 AGOSTO – DICIEMBRE 13. SEGUIMIENTO ONCOLOGÍA. Culmina inducción a la remisión con reporte de aspirado de médula ósea con 0.5% blastos, determinándose remisión, por lo que se inicia siguiente fase de intensificación con ARA-C y Etopósido recibiendo 3 dosis sin complicaciones, posterior a lo cual inicia fase de consolidación completando 3 dosis altas de Metotrexate (5 g/m²sc/dosis) sin eventualidades. Inicia fase de mantenimiento agregándose Imatinib al esquema de QT. Continúa con tratamiento establecido por Oncología y Endocrinología y vigilancia por la consulta externa.

6 - 21 ENERO 14. URGENCIAS. EDAD 16 años 2 meses. PESO 64 Kg. TALLA 163 cm. Ingres a por dolor abdominal de 6 hrs de evolución localizado en epigastrio tipo cólico de intensidad moderada acompañado de vómito en 10 ocasiones de contenido gástrico en cantidad moderada. Niega otra sintomatología. FC 60', FR 18', TA 134/60 mmHg, Temp 36°C, LLC 2 seg. EF: Se inició ayuno, se coloca SNG, soluciones de base 3000 ml/m²sc e inhibidor de bomba de protones así como esquema de insulina acción intermedia 14 UI subcutáneas pre-desayuno y 4 UI de insulina de acción rápida según glucometrías pre y postprandiales y manejo del dolor. **07.01.14 CIRUGIA PEDIATRICA.** Se coloca CVC para inicio de NPT y se ingresa a piso para manejo. Tele de tórax con 10% de derrame pleural derecho sin repercusión clínica se administra sólo oxígeno suplementario. **TAC Abdomen:** tiene pancreatitis a expensas de edema de cabeza, cuerpo y cola de páncreas, de forma difusa, con presencia de líquido peripancreático. Durante su estancia evoluciona satisfactoriamente iniciándose dieta de 1800 Kcal, 72 hrs posterior al ingreso y por buena evolución se decide reiniciar la administración de QT durante su estancia. Se egresa por mejoría con dieta para diabético de 2000 kcal y esquema de insulina así como tratamiento de QT de mantenimiento indicado por Oncología.

Hb	Hto	Plaquetas	Leucocitos	Blastos	Linfocitos	Neutrófilos
14.4 g/dL	44.6%	94,000/mm ³	8,900/mm ³	0%	122%	83%

Glucosa	Na	K	Cl	Ca	P	BUN	Cr	Alb	AST	ALT
313 mg/dL	136mmol/L	3.8 mmol/L	97 mmol/L	8.2 mg/dL	3.2mg/dL	18mg/dL	0.7mg/dL	3.5g/dL	20U/L	39U/L

pH	pO2	pCO2	HCO3	Lac	EB	SO2	Amilasa	Lipasa
7.29	22.5	45.5	21.6	3.8	-6	92%	142 U/L	2668 U/L

07 OCTUBRE 13 – 03 MARZO 14. SEGUIMIENTO ONCOLOGÍA. Continua quimioterapia, e internamientos en sala de corta estancia para administración de altas dosis de MTX (2 g/m²sc/dosis) sin presentar complicaciones. En la última QT se refiere en el expediente que se administra con retraso de 2 semanas respecto a QT previa, debido a que el paciente no acudió y no se logró localizar.

13 MARZO – 15 ABRIL 14. URGENCIAS EDAD 16 años 5 meses. PESO 64 Kg. TALLA 163 cm. Ingresar por dolor abdominal de 12 hrs de evolución localizado en hipogastrio tipo cólico de intensidad moderada que se irradia a flanco izquierdo acompañado de náusea y fiebre de 1 hora de evolución un pico de 38°C. Se documenta BH con leucocitos 38,500/mm³, con blastos de 49%, ácido úrico de 7.8 y K 2.2 mmol/L por lo que se inicia manejo con soluciones de hiperhidratación a 4000 ml/m²sc así como corrección aguda de K, se sospecha recaída a médula ósea por presencia de blastos en sangre periférica. Presenta taquipnea y desaturación, se toma Tele de tórax donde se reporta infiltrado alveolar izquierdo, con gasometría con hipoxemia. Se integra Neumonía asociada a cuidados de la salud iniciando esquema antibiótico a base de Cefepima y Amikacina así como ventilación con presión positiva BIPAP. **18.03.14** Presenta epistaxis y abundante descarga retrorrenal sanguinolenta, presentaba plaquetas 4000/mm³, por lo cual se transfunde y posteriormente se decide retiro de BIPAP manifestando taquicardia y desaturación. **ORL.** Se cauteriza mucosa de cornete inferior con nitrato de plata sin éxito, por lo que se realiza taponamiento anterior controlando sangrado. **18.03.15 CARDIOLOGÍA.** Valoración por inestabilidad hemodinámica (hipertensión, taquicardia) se realiza Ecocardiograma que reporta situs solitus PSVD 28 mmHg FEVI 53% TAPSE 25

19.03.14 INFECTOLOGIA. Paciente que persiste febril a pesar de esquema con cefalosporina, con dificultad respiratoria, ameritando reanimación hídrica con 2 cargas a pesar de 3 días de tratamiento, hipoventilación basal bilateral, se toma nueva BHC con Leucocitos 2800, Neutrófilos absolutos 280, Hb 6.9 y plaquetas de 8000/mm³, se integra choque séptico con foco pulmonar y se inicia Meropenem y Amikacina. **INFECTOLOGIA.** Continúa febril con 2 picos al día de alto grado por lo que se decide progresar por ruta crítica por contar con múltiples factores de riesgo para infección fúngica invasora. Inicia Anfotericina B. Se extuba de manera electiva continuando con apoyo con O₂ suplementario a 10 L/min y se reinicia a vía oral 24 hrs después. **ONCOLOGIA.** Se realiza AMO por encontrarse paciente con mejoría clínica, el cual reporta 81% blastos documentándose recaída muy temprana a médula ósea y se decide inicio de inducción a la remisión con 2ª línea de tratamiento a 5 fármacos (Vincristina, Daunorrubicina, Ciclofosfamida y dexametasona) sin L – Asparaginasa.

Realizándose aspirados de médula ósea en los días 7, 14 y 21 posterior al tratamiento para valorar la respuesta, sin embargo ninguno es valorable por lo que se decide toma de Biopsia de médula para determinar la presencia de blastos. Durante su estancia el paciente evoluciona con mejoría clínica, recuperación de la cuenta plaquetaria y parámetros de la biometría, resolución de proceso infeccioso y adecuado control glucémico, egresándose por mejoría clínica con dieta para diabético, esquema de insulina, indicación de monitoreo con glucometría capilar, tratamiento profiláctico antimicrobiano indicado por Oncología así como Imatinib 600mg al día. Se decide ingresar a protocolo de valoraciones clínicas y psicológico-social para ser candidato a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.

28 ABRIL – 23 JUNIO 14. SEGUIMIENTO CE ONCOLOGIA y ENDOCRINOLOGIA. Se documenta remisión clínica de enfermedad en la fase de inducción de la segunda línea de tratamiento corroborando AMO que reporta 2% blastos hipocelular. Continúa siguiente fase y se solicita estudio determinación de antígeno leucocitario humano como parte del protocolo para trasplante. Durante este periodo, múltiples internamientos a quimioterapia ambulatoria para administración de altas dosis de Metotrexate como parte de la fase de consolidación, recibiendo 3 dosis en total egresándose sin complicaciones continuando con tratamiento con Imatinib y tratamiento profiláctico a base de Nistatina y TMP-.SMX. Paciente que cuenta con mal apego a tratamiento con esquema de insulina, no monitorización de glucemia capilar ni dieta por cuestiones socioeconómicas, se hace hincapié en importancia de administración de insulina egresando con esquema insulina NPH pre-desayuno 38 UI + 14 UI insulina acción rápida, pre-comida 14 UI insulina acción rápida, pre-cena 22 UI NPH y 14 UI insulina acción rápida, continuando con dieta para diabético.

10 JULIO 14. PADECIMIENTO ACTUAL: 7 horas de evolución, con:

PIEBRE. 1 solo pico, cuantificado en 38°C, menor a 1 hora duración, sin piloerección ni diaforesis.

Tratamiento previo con insulina NPH pre-desayuno 38 UI + 14 UI insulina acción rápida, pre-comida 14 UI insulina de acción rápida, pre-cena 22 UI NPH y 14 UI insulina acción rápida. Imatinib 600mg cada 24 hrs, Ossopan 65 mg/kg día,

Nistatina 100,00 UI jueves, viernes y sábado. TMP- SMX 150mg/m2sc lunes, martes y miércoles indicado por Oncología.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temp
65 kg	163 cm	100/min	26/min	105/74 mmHg	36.5°C

Paciente masculino de edad cronológica acorde a la aparente, con buena coloración e hidratación de piel y mucosas. Normocéfalo, sin hundimientos ni exostosis. Ojos simétricos, narinas permeables. Cavidad oral con lesiones en labio inferior y ausencia de premolar derecho sin sangrado. Tórax con precordio ruidos cardiacos rítmicos no hay soplos, movimientos de amplexión y amplexación adecuados no se auscultan ruidos agregados patológicos. Abdomen blando depresible no doloroso con peristalsis normal. Genitales con fenotipo masculino, sin alteraciones. Ano sin lesiones. Extremidades con fuerza 5/5 global, se observa ulcera en talón derecho con eritema leve.

LABORATORIO Y GABINETE:

Hb	Hto	Leucocitos	Segmentados	Linfocitos	Plaquetas
9,3 g/dL	27.3%	11,900/mm ³	33%	50%	24,000

Glucosa	Na	K	Cl	DHL	AU	BUN	Creatinina
216 mg/dL	133 mEq/L	2.3 mEq/L	96 mEq	3437 U/L	13.2 mg/dL	16 mg/dL	0.7mg/dL

10 JULIO – 04 SEPTIEMBRE 14. URGENCIAS: Se decide inicio de hiperhidratación 3000/ml/m2sc + NaHCO₃ 50mE/L, corrección de hipokalemia 0.5meq/kg **ENDOCRINOLOGIA:** esquema de insulina pre-desayuno NPH 38 UI /rápida 14 UI, pre-comida 14 UI rápida, pre-cena 22 UI NPH / 14 UI rápida. No presenta nuevos evento de fiebre ni otros datos de respuesta inflamatoria sistémica. **ONCOLOGÍA:** Paciente en protocolo de valoraciones para trasplante de células progenitoras quien cursa con hiperuricemia importante con riesgo de lisis tumoral.

Se realiza AMO que reporta 83% blastos con LCR hemorrágico y blastos por lo que se documenta 2ª recaída a médula ósea con infiltración al SNC decidiéndose su hospitalización para realizar nueva inducción a la remisión con tercera línea de tratamiento con protocolo MRC-10. Durante su estancia se administra también QT intratecal y se transfunden unidades plaquetarias por trombocitopenia 30,000/mm³. Se coloca CVC en yugular izquierda sin complicaciones. 10 días posterior a su ingreso inicia con fiebre de 40°C, TA 102/43mmHg, rinorrea hialina, polipnea ameritando 3 cargas con cristaloides a 20 ml/kg/do, clínicamente con llenado capilar prolongado, extremidades frías, por lo que se integra sepsis grave e inicia esquema con Cefepima y Amikacina. Se documentan blastoconidias (no concluyente) en impronta de cavidad oral, las lesiones son compatibles con lesiones herpéticas y se agrega Aciclovir 1500 mg/m2sc/día cada 8 hrs. Reporte de hemocultivo central Klebsiella pneumoniae multisensible por lo que se decide suspender esquema previo e inicio de Cefepime 75 mg/kg/día cada 12 hrs. Se retira catéter. Posteriormente presenta dolor a nivel de molar inferior derecho, con aumento de volumen y temperatura a nivel de maxilar inferior con evidencia de mala higiene dental, motivo por el cual se agrega Clindamicina 600mg IV cada 6 hrs por absceso periodontal. Valorado por infectología. **ODONTOPEDIATRÍA.** Higiene deficiente, zona retromolar eritematosa, pericoronitis en pieza dentaria 38 con salida de material purulento a la presión, se inician enjuagues con NaHCO₃ y colocación de fomentos húmedos calientes en dicha zona por 12 hrs. Paciente que continúa con esquema antibiótico Cefepima Clindamicina, Realizándose colocación de catéter venoso central, el 24 de Julio 2014 se procede a administrar el primer ciclo de esquema de quimioterapia de tercera línea (MRC-10), presenta signos de sepsis grave, se interconsulta a UTIP y se suspende en el día 8 de 10 el ciclo de QT, se proporcionan informes de gravedad a la Mamá del paciente, quien después de esto, se presenta bajo el efecto de sustancias tóxicas a la visita familiar, motivo por el cual se solicita la intervención de la Clínica de Prevención de Maltrato Infantil, y en la valoración se refiere que el problema es una situación personal de la familiar y se recomienda que Trabajo Social la oriente para acudir a las instancias correspondientes para recibir apoyo y pueda resolver su problema de adicción.

Debido a que durante todo el proceso de atención, el paciente acudió de forma normal y constante a sus consultas e internamientos, en la evaluación integral no se consideró como un caso de maltrato hacia el paciente.

Se realizó evaluación de aspirado de médula ósea los días 03 y 06 de Agosto 2014 con presencia de >5% (5% y 6%) de blastos (médula ósea en M2) y se considera que no hay remisión y en estado refractario, también completa el esquema de antimicrobianos y días después nuevamente inicia con fiebre de alto grado de 4 hrs de duración, sin datos de respuesta inflamatoria. Por antecedente de larga estancia intrahospitalaria y sepsis previa, se decide reiniciar esquema con Meropenem Amikacina el 20 de Agosto, con laboratorios que reportan:

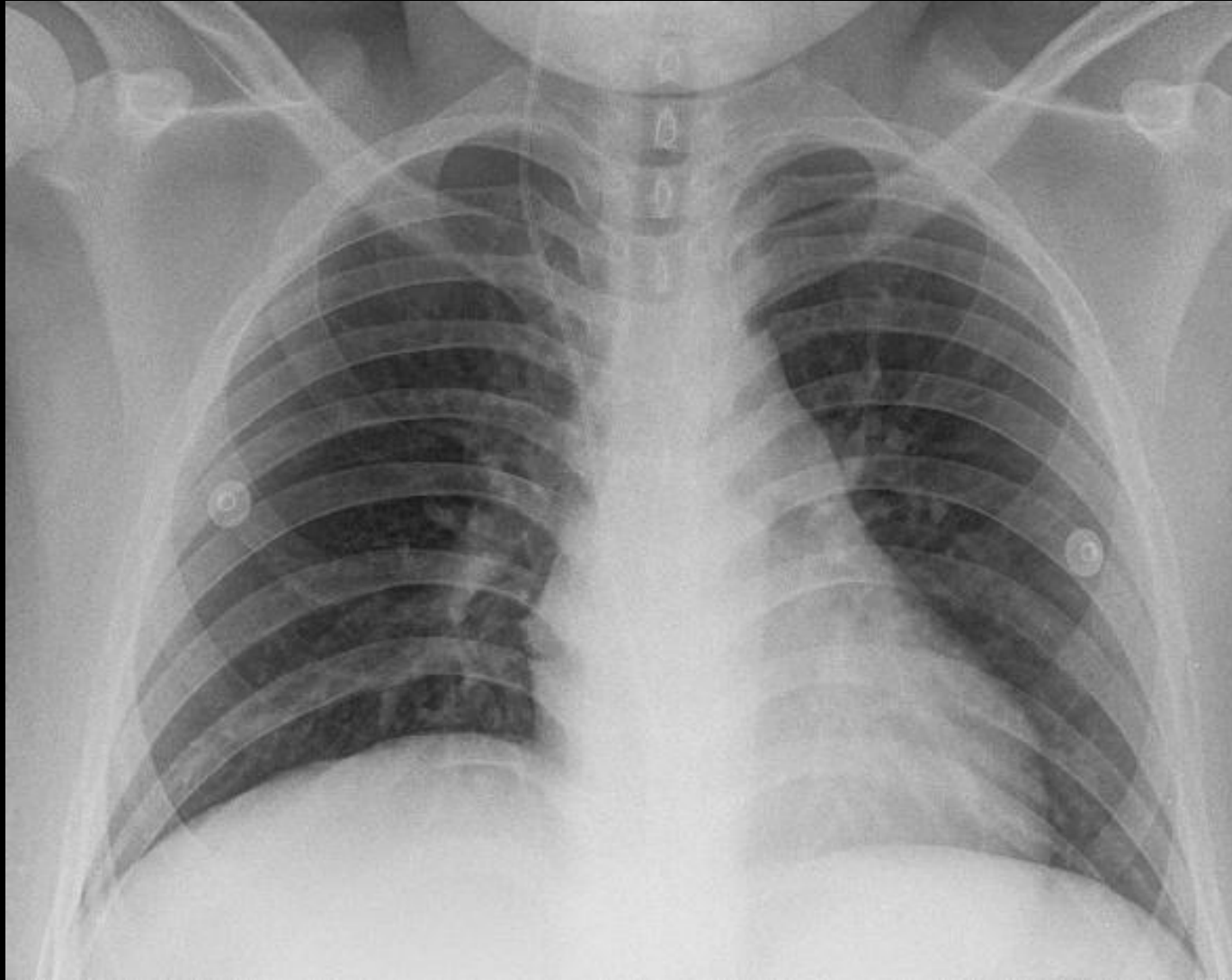
Hb	Hto	Leucocitos	Segmentados	Linfocitos	Plaquetas	Blastos	Neutrófilos	Bandas
11 g/dL	30.5%	18,500/mm ³	70%	4%	115,000	2%	12,950	3%

Se proporcionaron informes de gravedad a la Mamá del paciente ya que no hubo la respuesta adecuada al primer ciclo del Protocolo de 3ª línea (MRC10) y se plantea la posibilidad de iniciar cuidados paliativos, se otorga tiempo para de analizar con apoyo de Psicología, finalmente el familiar decide continuar con 2do ciclo de quimioterapia MRC10, e inicia bajo consentimiento informado, explicando el riesgo de complicaciones y de alta morbilidad.

Paciente que persiste con fiebre de alto grado a pesar de más de 72 hrs de tratamiento, presenta hipotensión, llenado capilar retardado. Se documenta crecimiento de S. grupo viridans en hemocultivo periférico y hemocultivo central por lo que se agrega Vancomicina a 60 mg/kg/día. **TERAPIA INTENSIVA.** Paciente con datos de insuficiencia respiratoria, radiográficamente con datos de congestión pulmonar secundaria al aumento de presión hidrostática (BH +3,900 ml), cursa con mayor dificultad respiratoria y signos de choque, por lo cual se decide secuencia rápida de intubación para optimizar el aporte de oxígeno y se considera Prioridad 4. **ONCOLOGÍA.** Se valora caso de paciente en sesión conjunta en el servicio de Oncología considerando que, a pesar de la quimioterapia administrada en la primer y segunda línea de tratamiento, no se obtuvo una respuesta favorable, por el contrario, cursa con 2 recaídas muy tempranas a médula ósea. Se planteó la posibilidad de trasplante de células pero él paciente no tuvo donadores óptimos (HLA 100% compatibles) para su realización, y además de que clínicamente había presentado infecciones persistentes y también refractariedad en la evaluación de médula ósea del primer ciclo de la tercera línea de quimioterapia, con actividad tumoral por presencia de blastos en médula ósea con porcentaje mayor del 5%, lo cual es contraindicación absoluta para proceder a realizar un trasplante y agregado a esto la presencia aún por biología molecular de la translocación (9,22) positiva, lo cual también empeora aún más el pronóstico. Por lo tanto, se presentó el caso con el comité de Bioética Institucional en donde se emiten las recomendaciones pertinentes. Con base en esto, se decide por parte de Oncología, que por el pobre pronóstico por la leucemia con dos recaídas a médula, la última también a sistema nervioso central y ante la nula posibilidad de ofrecer tratamiento curativo para el paciente se proporcionan informes a la Mamá del paciente y en común acuerdo, inicio fase de cuidados paliativos.

05 - 07 SEPTIEMBRE 14 ONCOLOGIA. Paciente que cursa con signos de falla orgánica múltiple y en malas condiciones clínicas a pesar del manejo médico, cursa con hipotensión 77/38 mmHg, taquicardia 122x', LLC 2 seg, quien se encuentra bajo ventilación mecánica continuando con antimicrobiano y soporte ventilatorio. Bajo sedación y analgesia con Midazolam y con medidas de confort una vez que se decide iniciar etapa de cuidados paliativos.

08.09.14 17:32 ONCOLOGÍA. Persiste hipotenso, llenado capilar prolongado, continua con sedación y analgesia a base de Morfina y Midazolam, se observa trazo EKG con asistolia. Se determina muerte clínica.



30-06-2013



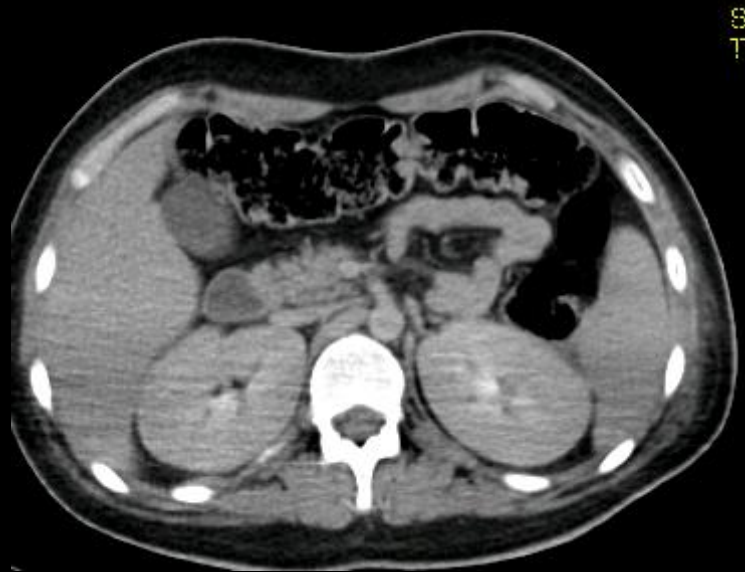
TABLA II. Índice de severidad en TC

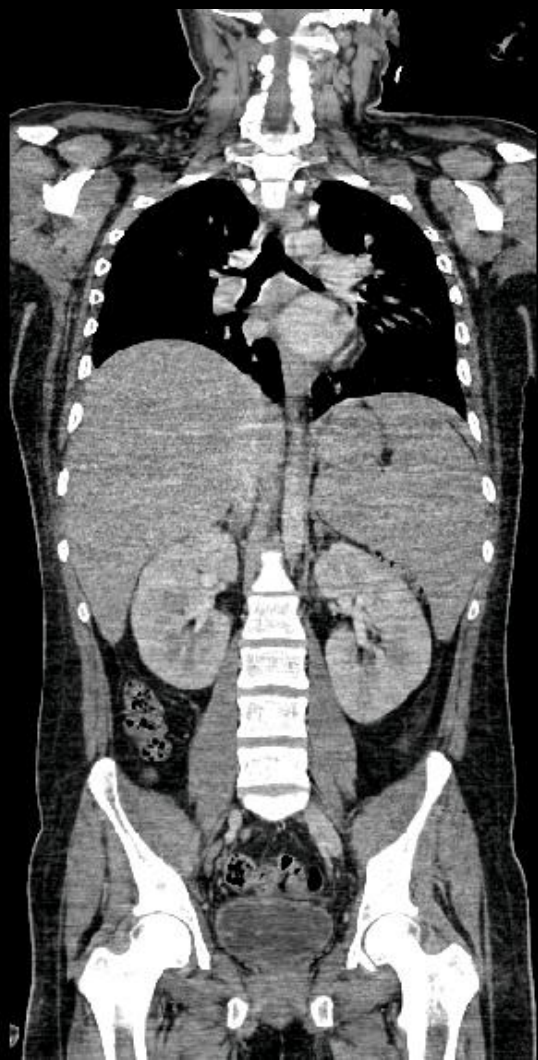
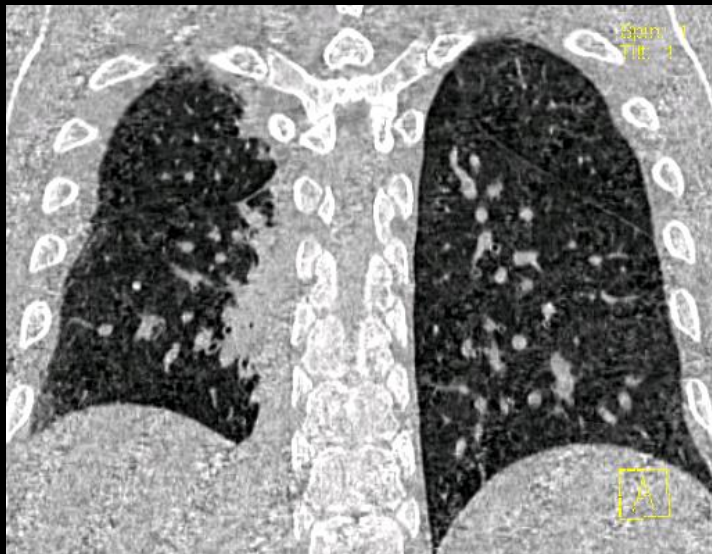
BALTHAZAR	Puntos	% NECROSIS	Puntos
A	0	0	0
B	1	30	2
C	2	30-50	4
D	3	>50	6
E	4		

Suma de los puntos en TC= INDICE DE SEVERIDAD

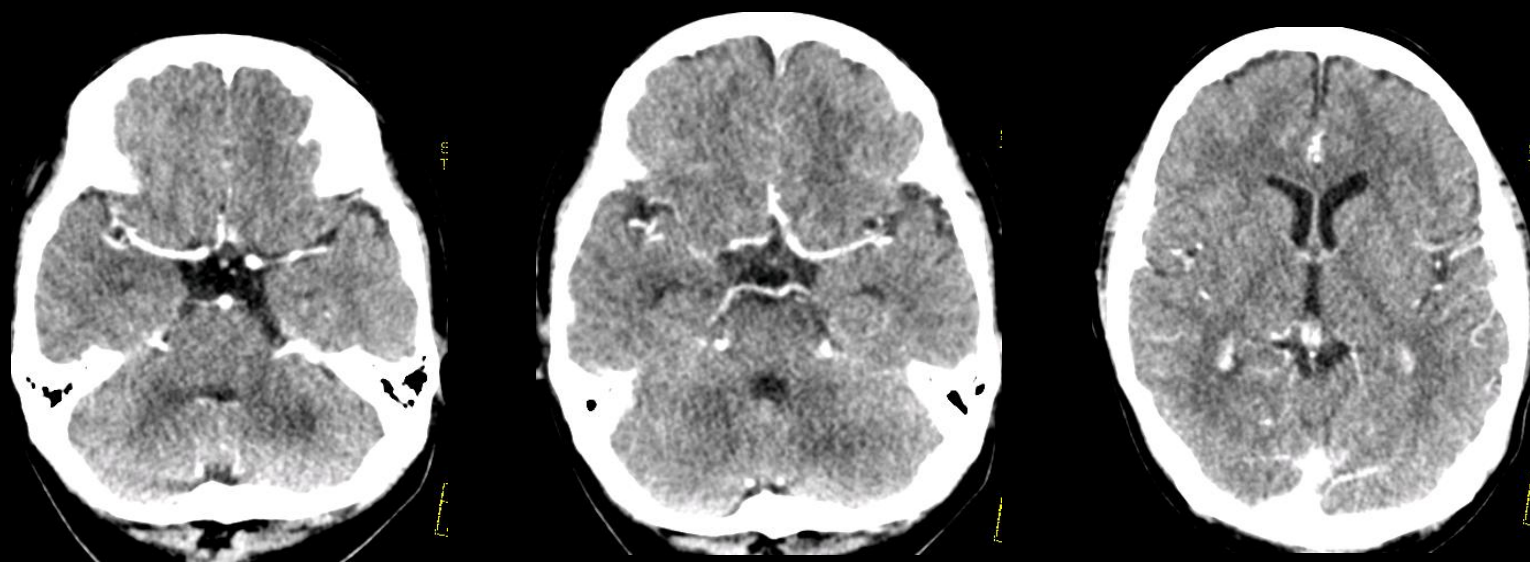
0 - 3	Bajo
4 - 6	Medio
7 - 10	Alto

Grado Tomográfico	Puntos	Necrosis (%)	Puntos Adicionales	Índice de Severidad	Mortalidad (%)
A. Páncreas normal	0	0	0	0	0
B. Agrandamiento pancreático	1	0	0	1	0
C. Inflamación pancreas y/o grasa peripancreática	2	< 30	2	4	0
D. Una colección líquida peripancreática	3	30-50	4	7	> 17
E. ≥ 2 colecciones líquidas o aire retroperitoneal	4	> 50	6	10	





26-03-2014







18-08-2014



4-09-2014