



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-2015-18

Miércoles 27 de Abril de 2016

COORDINADOR: DRA. AURORA MEDINA SANSON
DISCUSOR: DR. ELÍAS MAURICIO CORONADO AGUILAR RIII PEDIATRÍA
PATÓLOGO: DRA. MARÍA ARGELIA ESCOBAR SÁNCHEZ
RADIÓLOGO: DRA. MARIANA SÁNCHEZ CURIEL LOYO
RESUMEN: DR. LUIS ALBERTO APARICIO VERA

NOMBRE: I.H.E.A. **SEXO:** MASCULINO **EDAD:** 6 AÑOS 2 MESES
PROCEDENCIA: Coyuca DE BENÍTEZ, GUERRERO **F. NAC.:** 01.03.2009
INGRESO: 24 MARZO DEL 2015 **EGRESO:** 29 ABRIL 2015

MOTIVO DE CONSULTA: Fiebre, dolor abdominal y evacuaciones disminuidas de consistencia.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 21 años de edad, soltera, secundaria completa, cristiana, cocinera, se refiere sana, niega toxicomanías. Padre de 31 años de edad, se desconoce ocupación, católico, secundaria completa, se desconoce estado civil, tabaquismo positivo, alcoholismo positivo, niega consumo de otras drogas, fuera del núcleo familiar. Hermano de 3 años con antecedente de crisis de ausencia. Abuela materna con diagnóstico de CaCu. Rama materna y paterna con antecedente de DM tipo 2.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Originarios y residentes de Coyuca de Benítez, Guerrero. Habitan en casa rentada, cuenta con los servicios básicos de urbanización, techo y piso de concreto, cuatro cuartos, cohabita con 9 personas, niega convivencia con animales. Baño cada tercer día. **ALIMENTACIÓN.** Seno materno hasta los 4 meses de edad, posteriormente inicio de leche entera. Ablactación a los 10 meses de edad. Integrado a la dieta familiar a los 12 meses. Consume tres comidas al día, referidas adecuadas en calidad y cantidad. **DESARROLLO PSICOMOTOR.** No recuerda inicio de sonrisa social, sostén cefálico y sedestación, refiere bipedestación a los 9 meses, marcha a los 10 meses, lenguaje bisílabo a los 10 meses, frases cortas a los 2 años, control de esfínteres al año y medio, acude a preescolar. **INMUNIZACIONES.** Referidas completas.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de la Gesta 1, madre de 16 años al momento del evento obstétrico, embarazo normoevolutivo, control prenatal adecuado a base de 9 consultas a partir del primer mes de embarazo, con consumo de ácido fólico y hierro. 1 USG al octavo mes, normal, vacuna contra tétanos, nacimiento a término en medio hospitalario, vía vaginal, sin complicaciones perinatales, lloró y respiró al nacer, no recuerda puntuación en escala de Apgar, peso 3210 gr, talla 51 cm. Egresó el binomio a las 24 horas. Niega patología neonatal. Niega alergias, transfusiones, cirugías previas y hospitalizaciones.

15.11.13: Ingresó a urgencias por un padecimiento de 5 días de evolución: fiebre de hasta 3 picos al día, sin predominio de horario, astenia, adinamia e hiporexia. Cuatro días previos a su ingreso presenta aumento de volumen en región testicular izquierda, doloroso, así como aumento del perímetro abdominal. Exploración Física: Peso 15.5 Kg, Talla 105 cm, FC 110/min, FR 24/min, TA 116/89 mmHg y Temp 36.2° C. Adenopatías cervicales bilaterales menores a 1 cm en triangulo posterior, no supraclaviculares, inguinales bilaterales menores a 0.5 cm; polo esplénico a 8-8 cm, sin hepatomegalia; genitales masculinos Tanner I, testículo izquierdo aumentado de tamaño, con dimensiones de 3x3 cm; adenopatías inguinales bilaterales de 0.5 – 1 cm.

BH: Hb 7.9 g/dl, Hto 23%, Leu 11,700/ul, Ban 1%, Neu 2%, Linf 1%, Mon 1%, Blastos 95% y Pla_q 59,000.
AMO: Leucemia Aguda Linfoblástica, 95% de blastos. LCR Negativo. Inmunofenotipo Pre B. Perfil de translocaciones negativo. USG Testicular sugestivo de infiltración en testículo izquierdo.

16.11.13: Inicia Dexametasona 6 mg/m²/día. BH: Hb 8.1, Leu 46,000, Pla_q 65 mil.
USG renal doppler con trombosis de vena renal izquierda.

19.11.13: TC toracoabdominal con conglomerado ganglionar retroperitoneal que comprime hilio renal.

24.11.13: BH día 8, Leu 86,300, Blastos 92%, mala respuesta a esteroide. Inicia inducción a la remisión con vincristina (1 dosis semanal por 4 semanas), Daunorrubicina (una dosis semanal por dos semanas), L-Asparginasa (3 dosis semanales por 3 semanas) y continúa Dexametasona, además de quimioterapia intratecal semanal. Egresó **30.11.13** con enoxaparina y manejo antihipertensivo.

11.12.13: Ingres a urgencias por vómito en 3 ocasiones, de contenido alimentario, con palidez, taquicardia, llenado capilar de 3 segundos, gasometría con acidosis metabólica hiperlactatémica, ameritando 3 cargas con solución cristalóide y 1 carga con coloide, se inicia dobutamina y adrenalina así como apoyo ventilatorio con IOT. Con choque séptico, se indica meropenem (14) vancomicina (5).

12 - 13.12.13 UTIP: Eco FeVI 60%, FA 30%, PSVD 19 mmHg. Con desnutrición aguda de intensidad leve, se descarta colitis neutropénica y pancreatitis. BH: Hb 8.9 g/dl, Hto 25.5%, Leu 600/ul, Neu 9.7%, Mon 0.3% y Pla 42,000.

19.12.13: Falla a la inducción (AMO con 15% de blastos).

20.12.13: Inducción con 5 fármacos. Vincristina, Daunorrubicina, ciclofosfamida, L-asparaginasa. Se documentó remisión en AMO del día 21 con 0.5% de Blastos.

23.12.13: Inicia radioterapia a testículo (24 Gy en 12 sesiones).

29.12.13: Fiebre y neutropenia. Se reinicia meropenem (10), se agrega amikacina (3) y metronidazol por giardiasis, completando 7 días.

27.01.14 - 04.02.14: Sepsis adquirida en la comunidad en nadir de quimioterapia. A su ingreso amerita dos cargas de solución fisiológica con mejoría clínica. Recibe manejo con cefepima por 7 días y amikacina por 3 días.

07.02.14: Inicia fase de intensificación. Etopósido y Citarabina.

03.03.14: Inicia fase de consolidación con altas dosis de metotrexato.

05.04.14: Inicia mantenimiento.

22.05.14: Resultado de enfermedad mínima residual en fase de consolidación, positiva, corroborándose falla a la inducción y riesgo de recaída por lo que se considera que el paciente es candidato a trasplante.

23.05.14: Colocación de catéter puerto.

31.07 - 11.08.14: Hospitalización por sepsis. Tratamiento con cefepima 10 días, amikacina 3 días.

28.09.14 - 04.10.14: Valoración multidisciplinaria para protocolo de TCPH.

30.09.14 Cardiología: Eco FEVI 65%, FA 35%, arco aórtico izquierdo, sin obstrucciones, ramas pulmonares confluentes.

01.10.14 Gastronomía: Bajo peso, IMC 17.6, con baja ingesta alimentaria por hiporexia.

03.10.14 Endocrinología: Paciente con gran riesgo de diabetes, con presencia de acantosis, antecedentes familiares de obesidad y en tratamiento con esteroides, eje hipotálamo hipofisario con hipotiroidismo subclínico, ACTH y cortisol suprimido secundario al tratamiento con esteroides, se considera inicio de fisopred.

20.10.14 Infectología: VIH Elisa no reactivo. Coproparasitoscópico con reporte de *Hymenolepis nana*, tratamiento previo con metronidazol, se inicia manejo con nitazoxanida.

07.01.15 Infectología: Estado de portador de *Hymenolepis nana*, sin embargo, se mantiene asintomático, por lo que se decide vigilancia.

15.01.15 Dermatología: Diagnóstico de verrugas vulgares.

28.02.15: Ingres a urgencias por vómito y dolor en región lumbar posterior a administración de QT intratecal. Se observa en BH 28% de blastos.

06.03.15: AMO 92% de blastos linfoides. Inmunofenotipo Pre B. LCR positivo.

07.03.15: QT Vincristina, Daunorrubicina, Ciclofosfamida, L-Asparaginasa, Dexametasona y QT intratecal

18.03.15: AMO con 94% de blastos. LCR negativo.

PADECIMIENTO ACTUAL:

23.03.15: Evacuaciones disminuidas de consistencia en tres ocasiones, de inicio súbito, progresivo, fétidas, sin moco ni sangre, sin desencadenante aparente. **FIEBRE:** De 4 horas de evolución, de inicio súbito, pico máximo de 38° C que remite con paracetamol.

DOLOR ABDOMINAL: De 24 horas de evolución, de inicio súbito, progresivo, en región periumbilical, de tipo cólico, de intensidad moderada. **ASTENIA Y ADINAMIA:** De inicio súbito, progresivas.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temp	Llen cap
20.8 kg	114 cm	135/min	26/min	108/63 mmHg	38°C	2 seg

Masculino de edad aparente similar a la cronológica, con adecuado estado de hidratación, palidez de piel y tegumentos, cráneo con alopecia generalizada, normocéfalo, sin endostosis o exostosis, ojos simétricos, con pupilas isocóricas, reactivas a la luz, conductos auditivos externos permeables, narinas permeables, cavidad oral con mucosas bien hidratadas, con lesiones eritematosas en paladar blando, sin edema ni dolor, con faringe hiperémica, sin descarga, cuello cilíndrico, sin adenopatías palpables, tórax con adecuada amplexión y amplexación, campos pulmonares bien ventilados, sin ruidos agregados, no se integra síndrome pleuropulmonar, ruidos cardíacos de adecuado tono e intensidad, con catéter puerto en región supratracica izquierda, sin fenómenos agregados, abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación profunda en mesogastrio y marco cólico, sin

datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, normoactiva, no se palpan visceromegalias, testículos sin datos de infiltración, región perianal sin alteraciones, extremidades simétricas, eutróficas, eutérmicas, neurológicamente íntegro, sin signos meníngeos o focalización.

A su ingreso se administran dos cargas con solución fisiológica a 20 ml.kg, se coloca O2 con mascarilla facial a 10 lpm e inicia cefepima, amikacina y metronidazol. Se valora por cirugía general integrándose colitis neutropénica, que no amerita manejo quirúrgico.

LABORATORIO Y GABINETE:

PH	PO2	PCO2	HCO3	LACT	EB
7.53	75	24	20	0.9	-2.4

RX TÓRAX ABDOMEN: Tórax sin alteraciones con catéter puerto que desemboca en aurícula derecha, abdomen con engrosamiento de asas intestinales, con materia fecal en hueco pélvico, no se observan niveles hidroaéreos.

Hb	Hto	V.C.M.	C.M.H.C.	Leu	Ban	Neu	Linf	Mon	Plaq
8.3 g/dl	24.2%	90.3 fL	34.4 g/dL	400/ul	30%	21.4%	70%	1.7%	11 000

Ac. urico	albúmina	BUN	Creatinina	Na	K	Cl	Ca	P
3.3mg/dl	2.8 g/dL	22mg/dl	0.4mg/dl	131 mEq/L	4 mEq/L	97 mEq/L	8.2 mEq/L	4.9 mEq/L

BT	BD	BI	PROT	ALBUM	ALT	AST	PCT	Amilasas	Lipasa
0.81mg/dl	0.21 mg/dl	0.60 mg/dl	5.7 g/dL	2.8 g/dL	119	80	1.98ng/ml	32 U.I	65 U.L

Presenta hipotensión arterial con TAM de hasta 47 mm Hg, pulsos débiles y llenado capilar de 3 segundos, taquicardia, taquipnea, se administran tres cargas de solución fisiológica a 20 ml.kg.do e inicia dobutamina 5 mcg.kg.min. Se indican meropenem y vancomicina.

25.03.15: Dobutamina a 2 mcg.kg.min, al intentar suspensión de la misma presenta taquicardia de hasta 170 lpm, así como TAM de hasta 50 mmHg, se administra una carga de solución fisiológica. Gasometría con acidosis metabólica. Presenta evacuaciones disminuidas de consistencia, amarillo verdosas, fétidas. Se inicia estudio de diarrea.

26.03.15 Ingres a Oncología: Continúa con dobutamina 2 mcg.kg.min. O2 con mascarilla facial a 5 lpm, inicia dieta líquida. Continúa meropenem y vancomicina. **14:35 horas:** Se suspende vancomicina por identificarse hemocultivo positivo a *E. Coli BLEE* negativo, sensible a cefepima y carbapenemico. Se suspende dobutamina. Se aísla *Hymenolepis nana* en coproparasitoscópico.

27.03.15: Presenta mejoría en gasto fecal y características de evacuaciones.

30.03.15: Recibe QT intratecal. LCR negativo. Se indica dosis única de praziquantel. Meropenem 9 de 10.

03.04.15 Infectología: Paciente que presenta taquicardia de 24 horas de evolución y 12 horas de fiebre de hasta 38 °C, continúa con neutropenia. Se reinicia meropenem y se agrega anfotericina. Se solicita abordaje para hongos.

Hb	Hto	Leu	Neu	Linf	Mon	Plaq
10.6 g/dl	30.6%	1100/ul	3.9%	95%	0.2%	73,000

06.04.15 Infectología: Continúa con picos febriles aislados sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Se completa carbapenémico a 14 días. Continúa anfotericina. **Oncología:** Dosis acumulada de antracíclicos 330 mg.m2.sc.

08.04.15: Continúa neutropenia, anemia y trombocitopenia. Ante actividad de la enfermedad de base se decide inicio de esquema MRC10 (Citarabina en alta dosis fraccionada, Daunorrubicina con dexrazozano y Etopósido). **Cardiología:** Situs solitus, levocardia, levoápe, RVP y RVS normales, concordancia AV y VA, FeVi 68%, FA 38%, PSVD 24 mmHg. Función ventricular conservada.

10.04.14 Infectología: Asintomático, se suspende anfotericina en día 7. Reporte de hemocultivos sin crecimiento en día 5.

12.04.15 Infectología: Presenta pico febril de hasta 40.2 °C, sin foco infeccioso aparente. Con persistencia de neutropenia. Se reinicia meropenem y amikacina.

Hb	Hto	Leuc	Band	Neu	Linf	Mon	Plaq
12.1 g/dl	33.6%	1,500 /ul	0%	19.9%	78%	0.3%	50,000

13.04.15 Alergia e Inmunología: Valoración por presencia de dermatitis de 24 horas de evolución, caracterizada por eritema en cabeza, cara, cuello, tórax anterior y posterior, abdomen y parte proximal de extremidades. Acompañada de prurito. Presenta fiebre al inicio de la dermatitis. Sin angioedema ni lesiones tipo habón o roncha. Se sospecha de síndrome ocasionado por administración de citarabina. Se recomienda premedicación con clorfenamina, ranitidina e hidrocortisona.

18.04.15 Infectología: Persiste febril, taquicárdico, sin recuperación medular el día 6 de meropenem, se reinicia anfotericina.

20.04.15: Intolerancia a la vía oral, con vómitos de contenido gástrico. **INFECTOLOGÍA:** Persiste febril a pesar anfotericina, continúa con neutropenia profunda. Se agrega ciprofloxacino.

Hb	Hto	Leuc	Band	Neu	Linf	Mon	Plaq
10 g/dl	29%	400 /ul	0%	14.2%	47%	6%	102000

PCR	PCT
10	0

23.04.15 Infectología: Ligera mejoría de curva térmica, 72 horas de tratamiento con quinolona, se suspende meropenem el día 11 de tratamiento. Cultivos sin desarrollo de microorganismo patológico.

24.04.15 Infectología: Fiebre persistente, se agregan evacuaciones pastosas abundantes, con moco, con aislamiento en coprocultivos de *E. Faecium* vancomicino resistente, se cubre con linezolid.

27.04.15: Persiste febril. Sin datos de colitis neutropénica en USG.

28.04.15 UTIP: Persistentemente febril, con incremento en el trabajo respiratorio, así como retardo en el llenado capilar y pulsos débiles, amerita 4 cargas a 20 ml.kg.do, con acidosis metabólica hiperlactatémica, uresis conservada a 5 ml.kg.hra. Se inicia ventilación no invasiva para mejorar disponibilidad de oxígeno y disminuir trabajo respiratorio. **INFECTOLOGÍA:** Reporte de hemocultivo positivo a *S. epidermidis*, único. Se agrega metronidazol para ampliar cobertura de foco abdominal.

Hb	Hto	Leu	Ban	Neu	Linf	Mon	Plaq
7.3 g/dl	20.2%	300 /ul	0%	7.9%	90%	25.3%	76 000

PH	PO2	PCO2	HCO3	LACT	EB
7.41	151	15.3	9.6	2.1	-14.5

Ac. úrico	BUN	Creat	Na	K	Cl	Ca	P
3.1 mg/dl	3 mg/dl	0.6 mg/dl	142 mEq/L	2.1 mEq/L	107 mEq/L	5.9 mEq/L	6.2 mEq/L

29.04.15 Infectología: Presenta deterioro clínico, con persistencia de picos febriles de alto grado, continúa con evacuaciones disminuidas de consistencia, con moco, algunas con sangre. Continúa meropenem, se agregan amikacina y voriconazol, se suspenden metronidazol y ciprofloxacina. Se sugiere que la actividad de la enfermedad es la causa de fiebre persistente. **14:25 horas UTIP:** Inicia norpeninefrina 0.1 mcg.kg.min y dobutamina 5 mcg.kg.min por datos de hipoperfusión, sin respuesta a volumen después de 3 cargas de solución fisiológica 20 ml.kg.do. Deterioro hemodinámico. Acidosis metabólica hiperlactatémica. Se decide IOT. PIP 25, PEEP 8. Se colocan CVC y línea arterial. Se incrementa adrenalina hasta 2mcg.kg.min, sin respuesta.

PH	PO2	PCO2	HCO3	LACT	EB
7.01	36	42.8	10.4	7.7	-18.4

Hb	Hto	Leuc	Band	Neu	Linf	Mon	Plaq
9.9 g/dl	29.3%	200 /ul	0%	16.2%	68%	13%	11000

Ac. úrico	BUN	Creat	Na	K	Cl	Ca	P
2.9 mg/dl	3 mg/dl	0.6 mg/dl	144 mEq/L	4.6 mEq/L	112 mEq/L	7.4mEq/L	3.5 mEq/L

TP	TTP	INR	Fib	PCT
30.4 s	72.9 s	2.6	336mg.dl	227 ng/mL

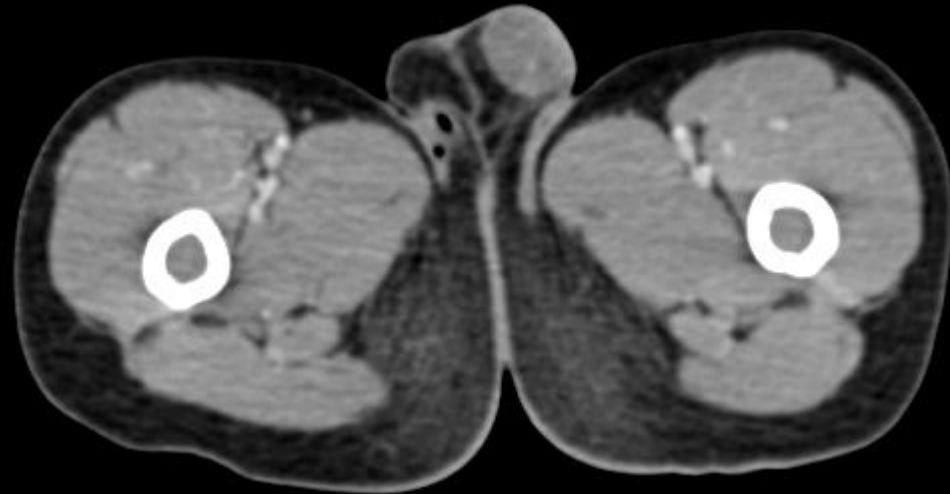
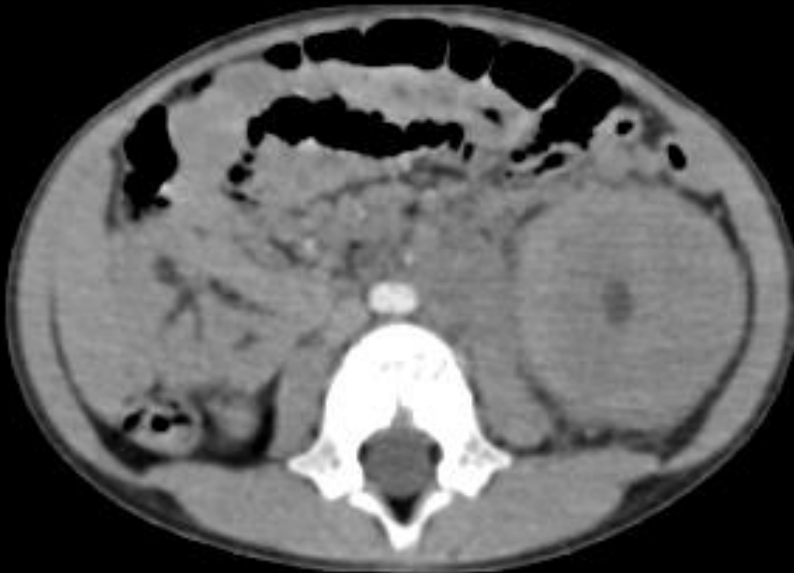
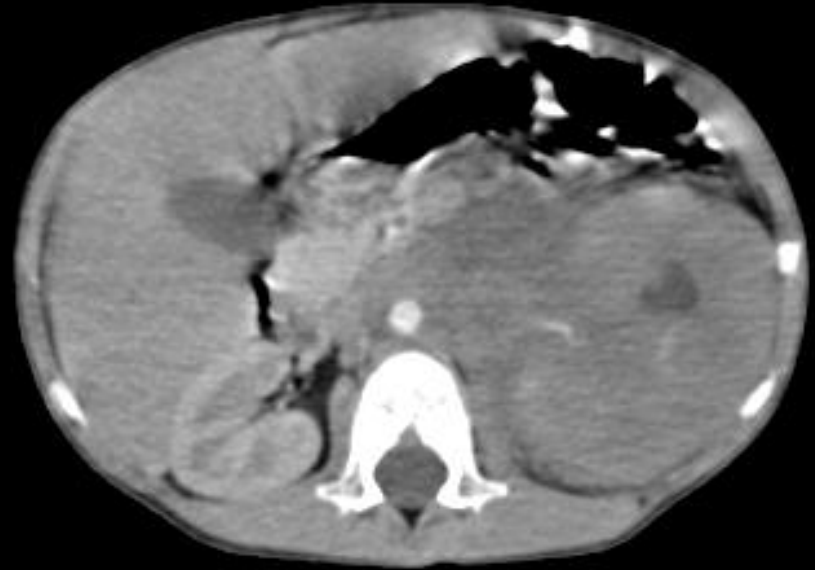
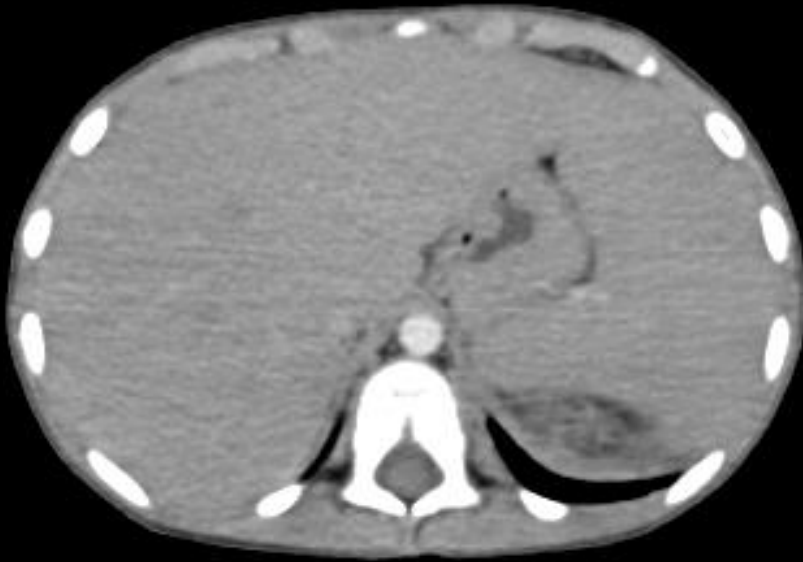
16:20 hrs Cirugía Oncológica: Persisten evacuaciones disminuidas de consistencia, aumento del perímetro abdominal, con datos de choque, se considera LAPE y probable derivación intestinal por colitis neutropénica. Se transfunde concentrado eritrocitario, PFC y plaquetas. Cursa con hipoglucemia de 50 mg.dl ameritando bolo de glucosa.

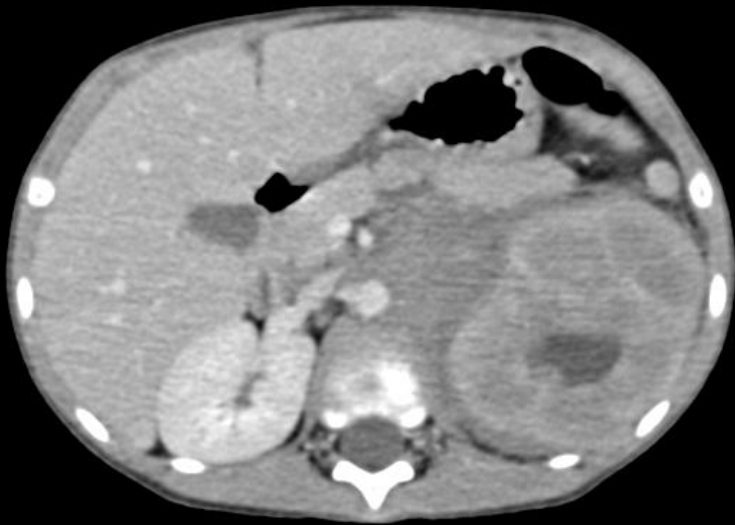
19:00 hrs Cirugía Oncológica: Choque refractario a amins, con elevación progresiva del lactato y sospecha de foco infeccioso abdominal. Ingres a quirófano para LAPE de urgencia y al pasar a mesa de operación (con monitorización) presenta sangrado masivo a través de cánula orotraqueal y paro cardiorespiratorio, se inician maniobras de reanimación y se realiza laparotomía de urgencia y evisceración. Se aprecia líquido peritoneal de aspecto citrino ligeramente turbio, se revisan asas de intestino delgado y colon, sin evidencia de neumatosis, engrosamiento ni perforación. No presenta respuesta a maniobras de reanimación. Se cierra cavidad postmorten.

Se reciben cultivos de heces tomados 26 y 27.04.15 positivos a *Klebsiella pneumoniae*. Hemocultivo periférico y central de catéter puerto del 29.04.15 positivo a *Klebsiella pneumoniae*.



15/11/2013







12/12/2013





23/03/2015



24/03/2015



25/03/2015



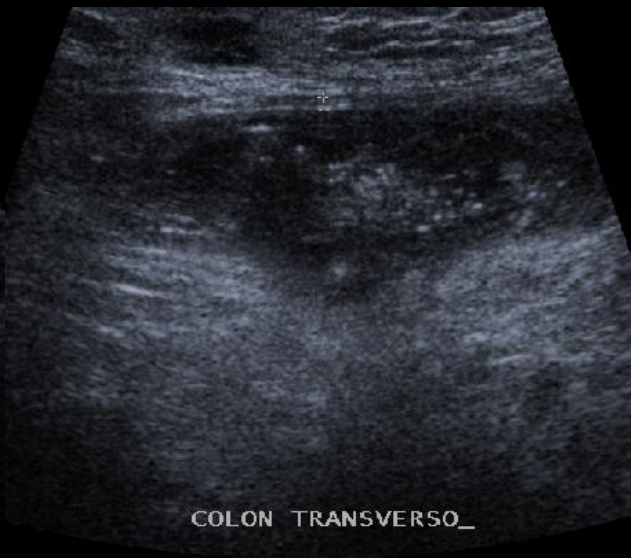


25/03/2015





27/04/2015





29/04/2015

