



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-2015-56
Miércoles 29 de marzo de 2017

COORDINADOR: DRA. MARTHA J. AVILÉS ROBLES
DISCUSOR: DR. FREDENET OVIEL MENDOZA CAMARGO RV ONCOLOGÍA
PATÓLOGO: DR. CARLOS ALBERTO SERRANO BELLO
RADIÓLOGO: DRA. BERTHA LILIA ROMERO BAIZABAL
RESUMEN: DRA. MYRIAM ESPINOSA FOULLON RIII PEDIATRÍA

NOMBRE: D.L.L.S.G. SEXO: MASCULINO EDAD: 8 AÑOS
PROCEDENCIA: TULTITLAN, EDO. MÉXICO F. NAC.: 22.09.07
INGRESO: 04.12.15 EGRESO: 29.12.15

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

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 29 años de edad, escolaridad primaria, trunca, ocupación ayudante de limpieza, estado civil soltera, toxicomanías negadas. Antecedente de salpingo-ooforectomía bilateral + histerectomía + hemicolecotomía por causa no especificada, aparentemente enfermedad benigna. Padre fuera de núcleo familiar, se desconocen antecedentes. 1 hermano de 9 años de edad referido sano. 2 medios hermanos por rama materna de 12 y 6 años de edad referidos sanos. Prima materna con diagnóstico de síndrome de Down y epilepsia. Tío materno con hipoacusia bilateral severa. Resto interrogado y negado.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Originarios de Cuautitlán y residente de Tultitlán Estado de México, habita en casa prestada, construida de materiales perdurables, cuenta con agua, gas, luz y drenaje, 5 habitaciones, cohabitan 20 personas, convivencia con borregos, gallinas, gatos, perro y conejo.

ALIMENTACIÓN: Seno materno desde el nacimiento hasta el mes de edad, posteriormente fórmula entera, ablactación 3 meses, incorporación a dieta familiar 7 meses. Realizaba 4 comidas al día con alto consumo de carbohidratos simples. **DESARROLLO PSICOMOTOR:** De acuerdo a edad. Acudía a 3º primaria con buen aprovechamiento escolar e interacción con compañeros. **INMUNIZACIONES:** Falta 4ª dosis pentavalente, 1ª y 2ª SRP.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de la gesta III, control prenatal irregular a partir del 2º trimestre, ingesta de hematóticos a partir del 2º trimestre, 5 consultas, 4 USG obstétricos referidos normales. Cursó con cervicovaginitis de repetición a partir de 2º trimestre, sin tratamiento. Negó otras complicaciones. Se obtuvo vía vaginal a las 42 SDG, respiró y lloró al nacer, Apgar 8/9, Capurro 42 SDG, peso 2,700 gr, talla 47 cm, no requirió maniobras avanzadas de reanimación. Egresó binomio a las 24 horas sin complicaciones. Se negaron alergias, antecedentes quirúrgicos, traumáticos, transfusionales y hospitalizaciones previas.

10.11.15 al 24.11.15: Se conoció por primera vez en el HIMFG por referir palidez, astenia y adinamia de 3 meses de evolución, fiebre diaria nocturna, de 15 días de evolución. Se documentó síndrome infiltrativo por presencia de adenopatías cervicales, axilares e inguinales. Biometría hemática inicial con Hb 3.6, Hto 12.5, leucocitos 88,100, neutrófilos 16%, linfocitos 5%, monocitos 2%, blastos 76%, plaquetas 52,000, AU 5.3, DHL 440, P 5.1. Se realizó aspirado de médula ósea: Blastos 91%, morfología L2 (FAB), Inmunofenotipo: CD19 98.7%, CD2 98.9%, CD7 94.2%, CD13 89.6%, CD15 96.7%, MPOX 0.2% (inmunofenotipo T). Panel de traslocaciones: Negativo. LCR con linfocitos y monocitos. Se iniciaron soluciones de hiperhidratación 3500/50 mEq HCO₃ y alopurinol 300 mg/m²SC/día. **11.11.15:** Inició ventana esteroidea con dexametasona 6 mg/m²/día por 8 días. **Oncología:** Biometría hemática (día 8) con mala respuesta, blastos absolutos de 44,190 por lo que se decidió inicio de inducción a la remisión. Cursó con elevación de cuenta leucocitaria hasta 154,800, manteniéndose hospitalizado para vigilancia, sin presentar datos de leucoestasis ni lisis tumoral. **19.11.15:** Quimioterapia: Vincristina 2 mgm²d, daunorrubicina 25 mg/m²/d, L-asparaginasa 10,000 U/m²/d, dexametasona 6 mg/m²/día. Egresó sin eventualidades. **25.11.15:** Se realizó aspirado de médula ósea (día 7).

02.12.15: Aspirado de médula ósea (día 14). Quimioterapia con vincristina.

03.12.15: Quimioterapia con L-asparaginasa.

PADECIMIENTO ACTUAL 04.12.15, 02:20 horas:

Fiebre: Un pico de 38.2°C presentado 5 días previos al ingreso, remite sin antipirético a los 15 minutos, posteriormente afebril hasta presentar nuevo pico febril 15 minutos previos a su ingreso, cuantificado en 38.6°C, acompañado de diaforesis.

Dolor abdominal: De 8 horas de evolución, posterior a la ingesta de alimentos, de inicio subito, progresivo, tipo cólico, generalizado, intensidad 8/10, sin atenuantes o exacerbantes.

Vomito: De inicio subito, en 6 ocasiones, precedido de náusea y arqueo, cantidad moderada, sin desencadenante, exacerbante o atenuantes.

Evacuaciones disminuidas en consistencia: De inicio subito, en 5 ocasiones, de cantidad moderada, con abundante moco, semilíquidas, sin atenuantes o exacerbantes.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

| Peso | Talla | FC | FR | TA | Temp | Llen cap | Sat |
|---------|--------|---------|--------|------------|--------|----------|------|
| 21.5 kg | 120 cm | 194/min | 30/min | 80/23 mmHg | 38.6°C | 3 seg | 100% |

Masculino de edad aparente similar a la cronológica, cráneo normocéfalo, sin endostosis ni exostosis, pupilas isocóricas, normorreflécticas, 2 mm, conductos auditivos externos permeables, membranas timpánicas íntegras, narinas permeables, cavidad oral ligeramente deshidratada, faringe normocrómica, cuello sin megalias, tórax con adecuados movimientos ventilatorios, campos pulmonares bien ventilados, sin fenómenos agregados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad, abdomen globoso, perímetro abdominal 62 cms, con resistencia voluntaria, doloroso a la palpación media y profunda, peristalsis presente disminuida en intensidad, timpánico a la percusión, sin megalias, genitales fenotípicamente masculinos, Tanner 1, extremidades frías, pulsos débiles. Neurológico alerta, activo, reactivo, sin datos de focalización o movimientos anormales.

GASOMETRÍA:

| Hora | pH | pO2 | pCO2 | HCO3 | Lact | EB | Sat O2 |
|-------|------|-----------|-----------|-------------|------------|-------------|--------|
| 00:45 | 7.35 | 45.8 mmHg | 27.5 mmHg | 14.9 mmol/L | 5.1 mmol/L | -9.4 mmol/L | 73.4 % |

| Hb | Hto | Leu | Ban | Neu | Linf | Mon | Plaq |
|----------|-------|---------|-----|------|------|------|-------|
| 8.2 g/dL | 23.2% | 800 /µl | 0% | 0.4% | 98% | 0.7% | 9,000 |

| Na | K | Cl | Ca | Creat | P | Mg | BUN |
|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|
| 132 mmol/L | 3.4 mmol/L | 99 mmol/L | 7.7 mg/dL | 0.9 mg/dL | 3.7 mg/dL | 1.6 mg/dl | 24 mg/dL |
| BT | BD | BI | ALT | AST | Alb | Osm | FA |
| 1.83 mg/dl | 0.41 mg/dl | 1.42 mg/dl | 83 U/l | 26 U/l | 2.5 g/dL | 276 mOsmol/kg | 3.7 U/l |
| TP | TTP | INR | Fib | | | | |
| 12 seg | 30 seg | 1.03 seg | 115 mg/dL | | | | |

Urgencias: Ayuno, 3 cargas con solución cristaloides a 20 ml/kg/dosis sin mejoría en TA, se inició adrenalina 0.1 mcg/kg/min, meropenem 100mg/kg/día, vancomicina 40mg/kg/día, paracetamol 10mg/kg/dosis única. **Infectología 04:30 horas:** Paciente con neutropenia secundaria a quimioterapia, choque séptico con foco abdominal, posible colitis neutropénica, se inició manejo con meropenem 100 mg/kg/día y vancomicina 40 mg/kg/día, solicitó toma de 2 hemocultivos periféricos, examen general de orina y urocultivo. **Urgencias 05:00 horas:** Persistió con datos de choque, se decidió intubación orotraqueal con premedicación con midazolam 100 mcg/kg/do, vecuronio 50 mcg/kg/do y fentanyl 1 mcg/kg/do. Presentó hipotensión durante la intubación, se incrementó adrenalina hasta 1mcg/kg/do. Persistió con hipotensión por lo que se inició norepinefrina 0.1 mcg/kg/min, albumina al 5% 10ml/kg/dosis. Hidrocortisona 100 mg/m2SC/d. Se colocó SNG drenando material fecaloide y biliar. **Cirugía General 6:00 horas:** Antecedente de quimioterapia reciente, dolor abdominal cólico de 8 horas. Bajo intubación, con

apoyo aminérgico, abdomen con resistencia muscular, peristalsis no se auscultó. Radiografía de abdomen tangencial sin aire libre, con líquido libre. Paciente inestable, requirió estabilización hemodinámica y posteriormente valorar de nuevo. Probablemente requiera manejo quirúrgico. Plan: vigilancia estrecha. **Cirugía Oncológica 7:35 horas:** Presencia de distensión abdominal, con resistencia muscular, signo de la ola positivo, presión intraabdominal de 19 mmH₂O por lo que se realizó colocación de catéter Tenckhoff + CVC femoral. Se drenó 1,000 cc de líquido citrino. Paciente hemodinámicamente inestable, posterior a que se estabilice se valorará si amerita cirugía. **UTIP 10:15 hrs:** Paciente oncológico de reciente diagnóstico con choque séptico refractario a aminas con probable foco abdominal, infusión de aminas a dosis poco habituales (adrenalina 1 mcg/kg/min, norepinefrina 3 mcg/kg/min), catalogado como prioridad II para ingreso a sala, sin espacio físico en dicho momento. **11:00 horas:** Colocación de línea arterial axilar central al 2do intento, se corroboró buena permeabilidad. **Cirugía Oncológica 13:00 horas:** Paciente quien persistió con datos de choque mixto, se decidió ingreso a quirófano. Cirugía realizada: LAPE + hemicolecotomía derecha + colocación de bolsa de Bogotá + ileocolostomía. Hallazgos: Íleon y colon dilatados de forma generalizada, peritonitis leve, ciego con área de isquemia y necrosis. Sangrado 150 cc, tiempo quirúrgico 50 minutos. Ingresó a UTQX. **Cardiología 14:45 horas:** Estudio limitado por mala ventana acústica, TAPSE 7 mm, FEVI 41%, arco aórtico izquierdo sin obstrucción, rama pulmonar no se pudo observar. **Nefrología 22:00 horas:** Valorado para inicio de hemodiafiltración ante una sobrecarga hídrica del 25% secundario a administración importante de volumen como manejo de choque séptico, contó con función renal conservada, incluso con disminución de creatinina de 0.9 a 0.7, sin desequilibrio hidroelectrolítico, con volúmenes urinarios bajos que requirieron el inicio de diurético de asa con furosemide 100 mcg/kg/hr, se recomendó manejo conservador, evitar nefrotóxicos, continuó con infusión de diurético y controles metabólicos cada 6 horas.

05.12.15 UTQX: Paciente con datos de choque frío, disfunción miocárdica, se inició vasopresina. Presentó derrame pleural izquierdo, se colocó sello pleural drenando 350 ml de material claro. Sonda orogástrica drenó material verdoso biliar. Con datos de coagulación intravascular diseminada complicada. **Medicina Transfusional:** Plasmaféresis por trombocitopenia y falla orgánica múltiple. Recambio plasmático, se procesaron 3,014 ml de sangre, con recambio 1:1 con plasma fresco, con volumen de recambio de 1,704 ml, se removió 1,811 ml totales.

06.12.15 Cirugía 20:40 horas: PO Plastia de pared y colocación de sonda pleural derecha. Hallazgos: Asas intestinales con buena coloración, pared abdominal no tensa, 40 cc de líquido seroso en hemitórax derecho.

07.12.15 UTQX: Se disminuyó apoyo aminérgico, norepinefrina y adrenalina en 0.04 mcg/kg/min, dobutamina 7 mcg/kg/min, se suspendió vasopresina, reserva venosa 77%. Se incrementó furosemide a 200 mcg/kg/hr, uresis 2.7 ml/kg/hr, balance hídrico +39. Índice de sobrecarga hídrica del 19%. Parámetros ventilatorios: PIM 15, PEEP 5, FiO₂ 45%, FV 20. Kirby 268, IO 3.3. Abdomen sin peristalsis. Presentó fiebre 2 días previos y en las 24 horas más recientes hipotermia. Requirió transfusión de plaquetas por trombocitopenia, pero sin datos de sangrado, se corrigieron los tiempos de coagulación. **Nefrología:** Mantuvo gasto urinario de 65 ml/m²SC/hr, balance hídrico +129, con infusión de furosemide, sobrecarga hídrica de más del 10%, Cr 0.7, BUN 15, Na 145, K 2. No se contaba con insumos para realizar terapia lenta de reemplazo renal por lo que se sugirió restricción hídrica y continuar con infusión de furosemide. **Infectología:** Persistió con estado de choque, con apoyo aminérgico, neutropenia profunda y con antecedente de 2 cirugías abdominales, por condiciones de paciente y factores de riesgo se decidió inicio de terapia antifúngica empírica con anfotericina B de complejos lipídicos 3 mg/kg/día, se solicitó abordaje con formas invasivas en orina, Ag manano para *cándida* y hemocultivos central y periférico.

| Hb | Hto | Leu | Ban | Neu | Linf | Mon | Plaq |
|-----------|-------|---------------|-----|-----|------|-----|--------|
| 11.2 g/dL | 33.8% | 200 / μ l | 0% | 16% | 70% | 10% | 60,000 |

| Na | K | Cl | Ca | Creat | P | BUN |
|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|----------|
| 146 mmol/L | 3.2 mmol/L | 109 mmol/L | 12.2 mg/dL | 0.6 mg/dL | 2.6 mg/dL | 16 mg/dL |
| BT | BD | BI | ALT | AST | Alb | |
| 3.43 mg/dl | 1.28 mg/dl | 2.15 mg/dl | 240 U/l | 207 U/l | 3.5 g/dL | |

| TP | TTP | INR | Fib |
|----------|----------|----------|-----------|
| 13.3 seg | 28.7 seg | 1.15 seg | 355 mg/dL |

Medicina Transfusional: Recambio plasmático, se procesaron 3,052 ml de sangre, con recambio 1:1 con plasma fresco, con volumen de recambio de 2,088 ml, balance negativo 148 ml.

08.12.15 UTQX: Paciente orintubado, se suspendió adrenalina y norepinefrina, gasto urinario 1.2 ml/kg/hr, índice de sobrecarga hídrica >10%. Función renal en descenso, trombocitopenia, sin sangrado, se administraron plaquetas con horario.

11.12.15 Nefrología: Paciente con balance acumulado de 2,696 ml, sin apoyo aminérgico, pero con sobrecarga hídrica, sin lograr disminuir parámetros ventilatorios, por lo que se realizó sesión de hemodiálisis extendida obteniendo ultrafiltrado de 1,200 ml. **Infectología:** Paciente sin aminas, en fase III de ventilación, modalidad SIMV, con incremento de parámetros ventilatorios, PI 16, PEEP 7, FiO2 70%, incremento de secreciones, con cambios en las características de las mismas, estertores crepitantes, radiografía con infiltrado alveolar de predominio derecho y biometría hemática con neutropenia, se diagnóstica neumonía nosocomial, se agregó trimetoprim/sulfametoxazol 20 mg/kg/día.

| Hb | Hto | Leu | Ban | Neu | Linf | Mon | Plaq |
|-----------|-------|---------------|-----|-----|------|-----|--------|
| 11.6 g/dL | 35.1% | 600 / μ l | 0% | 18% | 52% | 24% | 44,000 |

14.12.15 Infectología: Paciente presentó vesículas en región perioral y labio inferior, eritematosas, con reporte verbal de Tzanck positivo, por lo que se inició manejo con aciclovir 1,500 mg/m²/día. **UTQX:** Paciente sin sedación, reactivo, movilizó 4 extremidades, asistido con ventilación convencional, modo SIMV, requirió incremento de parámetros por atelectasia total izquierda y apical derecha. Los parámetros se disminuyeron después de resolver la atelectasia. Se retiraron drenajes pleurales. Sin aminas, en normodinamia, gasto urinario 2.3 ml/kg/hr, furosemide en infusión y bolos. Abdomen distendido, poco depresible, gasto seroso por drenajes. Afebril. Hipokalemia en corrección.

15.12.15 Infectología: Pico febril de 38.5°C, taquicardia, sangrado por cánula orotraqueal y estomas de colostomía. A la exploración física presentó placa blanquecina en paladar, estertores en hemitórax izquierdo, estoma de colostomía con sangrado activo, extremidades superiores e inferiores con lesiones violáceas induradas de aproximadamente 0.5 cm. Radiografía con infiltrado alveolar difuso en hemotórax izquierdo, atelectasia apical derecha. Se decidió ampliar cobertura antibiótica para gérmenes multidrogoresistentes con colistina 5mg/kg/día, se solicitaron hemocultivos, TAC de senos paranasales, pulmonar, abdominal, ecocardiograma, biopsia de lesiones cutáneas.

| Hb | Hto | Leu | Ban | Neu | Linf | Mon | Plaq |
|-----------|-------|----------------|-----|-----|------|-----|--------|
| 10.3 g/dL | 31.1% | 1000 / μ l | 0% | 70% | 28% | 1% | 39,000 |

Dermatología: Se solicitó valoración por máculas hipercrómicas en extremidades, de 1 día de evolución. A la exploración física dermatosis diseminada a extremidades caracterizada por máculas eritemato-violáceas de límites bien definidos, induradas e infiltradas a la palpación. Probable embolización séptica de etiología a determinar. Se realizó biopsia en sacabocado de 4 mm. **Cardiología:** Situs solitus, levocardia, levoapex, RVS y RVP normales, concordancia AV y VA, FEVI 78%, PSVD 60 mmHg, no se observaron trombos o vegetaciones. **UTQX:** Presentó sangrado a través de cánula orotraqueal y abundantes secreciones. Acidosis respiratoria que requirió incremento de parámetros de ventilación: PI 28, PEEP 10, FiO2 60%, Kirby 148. Radiografía con radiopacidad de hemitórax izquierdo y atelectasia apical derecha. Requirió transitoriamente apoyo con norepinefrina durante el proceso de reclutamiento alveolar. Gasto urinario 3.1 ml/kg/hr, balance hídrico negativo en 180 ml. Abdomen con pobre peristalsis, presión intraabdominal en 8, abundante gasto biliar por sonda nasogástrica, se encontró con nutrición parenteral total. Persistió trombocitopenia de 28,000 por lo que se transfundió concentrado eritrocitario en 2 ocasiones. Pasó a Terapia Intensiva Pediátrica.

16.12.15 Infectología: TAC de tórax con 3 lesiones redondeadas periféricas en hemitórax derecho, reporte de antígeno galactomanano en 2.1 (positivos >0.5). Se integró diagnóstico de probable aspergilosis invasora por lo que se inició voriconazol 6 mg/kg/dosis cada 12 horas (impregnación) y 5 mg/kg/dosis cada 12 horas (mantenimiento) y se suspendió TMP/SMX. **Alergia e Inmunología:** Paciente con inmunodeficiencia secundaria a patología de base, con probable infección por aspergilosis, se solicitó valoración para uso de gammaglobulina. IgG en 650 (633-1280), IgM 187 (52-242), IgE 86.7 (1- 161), IgA 03 (33-202), C3 111 (88-155), C4 10.9 (12-32). Cursando con síndrome de respuesta compensatoria inflamatoria, con mejoría paulatina, en caso de continuar con evolución tórpida se valorará el uso de gammaglobulina como máximo beneficio aunque no sea una indicación absoluta.

17.12.15: Reporte biopsia de piel: Hipodermatitis neutrofilica con vasculitis séptica probable por aspergilosis.

18.12.15 Infectología: Paciente con aspergilosis diseminada a pulmón y piel, no se contó con TAC de senos paranasales. Completó 14 días con meropenem y vancomicina. Se suspendió colistina ante la ausencia de cultivos con microorganismos multidrogo resistentes. Continuó con voriconazol, anfotericina B y aciclovir.

19.12.15 UTIP: Se inició norepinefrina 0.1 mcg/kg/min por cifras tensionales diastólicas limítrofes a pesar de la administración de volumen en carga. Continuó infusión de furosemide, GU 3.9 ml/kg/hr, se agregó aminofilina por balances positivos y mejora del gasto urinario. Ventilatorio modalidad A/C, PI 24, PEEP 8, FiO2 40%, SO2 98%, con retención de CO2, necesidad de aspiraciones frecuentes. Presentó bigeminismo asociado a hipokalemia de 2.5, se realizó corrección aguda y se suspendió aminofilina. Se transfundió concentrado eritrocitario por anemia. Continuó hidrocortisona 100 mg/m2SC/día.

| Hb | Hto | Leu | Ban | Neu | Linf | Mon | Plaq |
|----------|-----|----------|-----|-----|------|-----|--------|
| 6.9 g/dL | 20% | 4700 /µl | 24% | 50% | 4% | 1% | 56,000 |

21.12.15 UTIP: Norepinefrina en disminución de 0.06 mcg/kg/min a 0.02 mcg/kg/min, RV 75%, GU 3 ml/kg/hr, balance acumulado -1,288ml. Ventilatorio modalidad AC PI 22, PEEP 8, Fi=2 40%, Kirby entre 135-225, con patrón restrictivo. Radiografía de tórax con infiltrados pulmonares bilaterales. Secreciones espesas con coágulos. Se transfundió concentrado plaquetario por trombocitopenia de 45,000.

Infectología: Reinició con picos febriles, taquicardia persistente, presentó en piel lesiones necróticas por aspergilosis, sin lesiones compatibles con infección por virus herpes. Contó con larga estancia hospitalaria, multiinvadido, NPT, uso previo de antibióticos de amplio espectro, esteroide por más de 2 semanas. Se decidió inicio de tratamiento con ciprofloxacino 30 mg/kg/día y amikacina 15 mg/kg/día. Se sugirió completar 7 días de aciclovir y suspender.

22.12.15 Infectología: Presentó nuevas lesiones violáceas en piel en región palpebral izquierda y cara anterolateral de muslo derecho, compatible con fungemia activa. Galactomananos positivos en 1.1, en el examen directo de broncoaspirado, se observaron hifas septadas macrosifonadas hialinas. Paciente con aspergilosis diseminada activa, se decidió cambiar a terapia combinada con voriconazol y caspofungina, suspender anfotericina B. Se reportaron 4 hemocultivos centrales y 2 periféricos del día 21.12.15 hasta la fecha sin desarrollo de bacterias.

23.12.15 UTIP: Se agregó dobutamina, se mantuvo norepinefrina. Reserva venosa 75%, balance hídrico positivo en 325 ml, gasto urinario 2.2 ml/kg/hr, balance acumulado + 3,379 ml, con aumento de aminofilina, se discontinuó infusión de furosemide. Ventilatorio en modalidad A/C, PI 18, PEEP 8, FiO2 55%, índice de oxigenación en 7, Kirby 115-225. Picos febriles aislados.

24.12.15 UTIP: Norepinefrina 0.05 mcg/kg/min, dobutamina 2.5 mcg/kg/min, PVC 11, gasto urinario 2.3 ml/kg/hr con aminofilina 2 mg/kg/hr. Índice de sobrecarga hídrica 10%. Ventilatorio A/C, PI 26, PEEP 8, FiO2 60%, SO2 88-92%. Kirby 124. Radiografía de tórax con consolidación total de pulmón izquierdo, abundantes secreciones espesas por cánula y tapones mucosos con restos de sangre. Con estrategia de hipercapnia permisiva por daño pulmonar extenso. Pruebas de función hepática y renal normales. Afebril,

múltiples nódulos en piel, algunos ulcerados. Sin datos de sangrado, se transfundió concentrado eritrocitario por anemia.

| pH | pO2 | pCO2 | HCO3 | Lact | Sat O2 |
|------|---------|---------|-----------|------------|--------|
| 7.31 | 76 mmHg | 55 mmHg | 29 mmol/L | 1.3 mmol/L | 90 % |

24.12.15 Infectología: Paciente con hemocultivos periféricos y centrales negativos, sin evidencia de infección bacteriana en ningún nivel. Continúa presentando nuevas lesiones cutáneas sugerentes de émbolos por *Aspergillus*. Se continuó voriconazol y caspofungina. Se suspendió ciprofloxacino.

25.12.15 UTIP: Se suspendió norepinefrina y disminuyó dobutamina. Mantuvo parámetros ventilatorios con incrementos transitorios asociados a la aspiración de secreciones.

27.12.16 UTIP: Sin apoyo aminérgico, PVC entre 11 y 13, reserva venosa 87%, gasto urinario 2.4 ml/kg/hr, balance acumulado -1,295ml. Ventilación A/C, PI 2, PEEP 8, FiO2 60%, SO2 96%, Kirby 270. Con expansión costal aumentada, tiempo espiratorio prolongado, murmullo vesicular aumentado. Se aspiraron secreciones espesas con restos hemáticos, sensible a la desaturación presentando bradicardias. Afebril, sin datos de sangrado, hipokalemia que requiere aportes. Continúa hidrocortisona 100 mg/m²SC/d.

29.12.15 UTIP 11:30 horas: Sin aminas, requirió volumen para mantener la tensión arterial, gasto urinario 1.5 ml/kg/hr dependiente de aminofilina en infusión y bolos de furosemide cada 8 horas, balance acumulado positivo 5,402ml, reserva venosa arriba del 73%. Ventilación A/C, P abundantes secreciones espesas con restos hemáticos. Kirby 143, índice de oxigenación entre 12 y 13. Radiografía de tórax sin mejoría con múltiples zonas de consolidación. Inició con picos febriles de 38°C. Electrolitos y función hepática normales.

| Hb | Hto | Leu | Ban | Neu | Linf | Mon | Mielocitos | Plaq |
|----------|-----|------------|-----|-----|------|-----|------------|---------|
| 7.8 g/dL | 22% | 43,000 /µl | 2% | 80% | 8% | 4% | 4% | 530,000 |

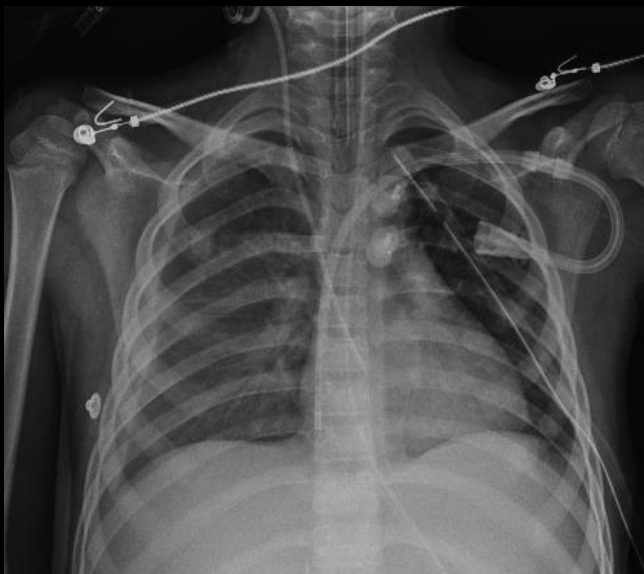
| pH | pO2 | pCO2 | HCO3 | Lact | EB | Sat O2 |
|------|---------|---------|-----------|------------|------------|--------|
| 7.30 | 93 mmHg | 54 mmHg | 26 mmol/L | 1.6 mmol/L | 0.4 mmol/L | 96 % |

29.12.15 13:34 horas: Presentó hemorragia pulmonar masiva con sangrado abundante en cánula orotraqueal con deterioro hemodinámico inmediato presentando asistolia y paro cardiorrespiratorio que no revierte a maniobras de reanimación. **Hora de defunción: 13:34 horas.**

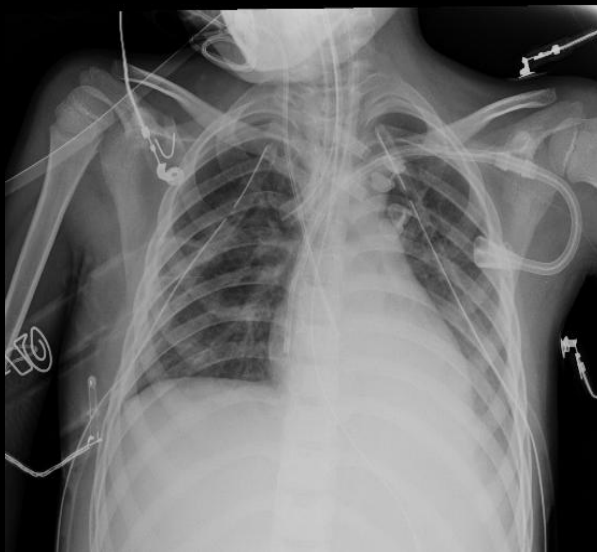
Cultivo de broncoaspirado del 22.12.15: *Aspergillus flavus*.



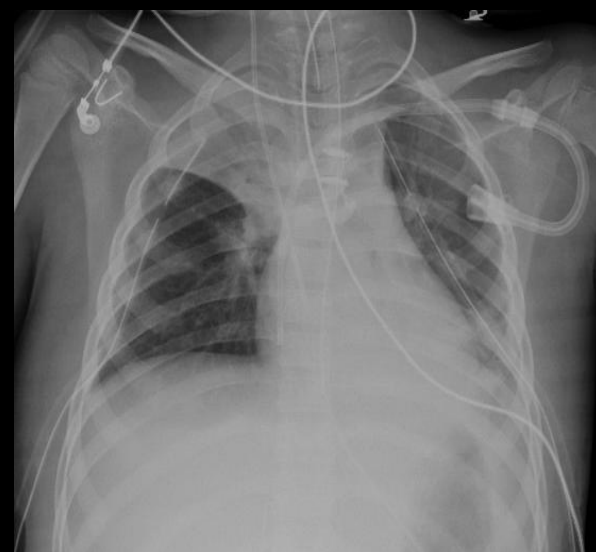
RADIOLOGIA SIMPLE



05-DIC-2015

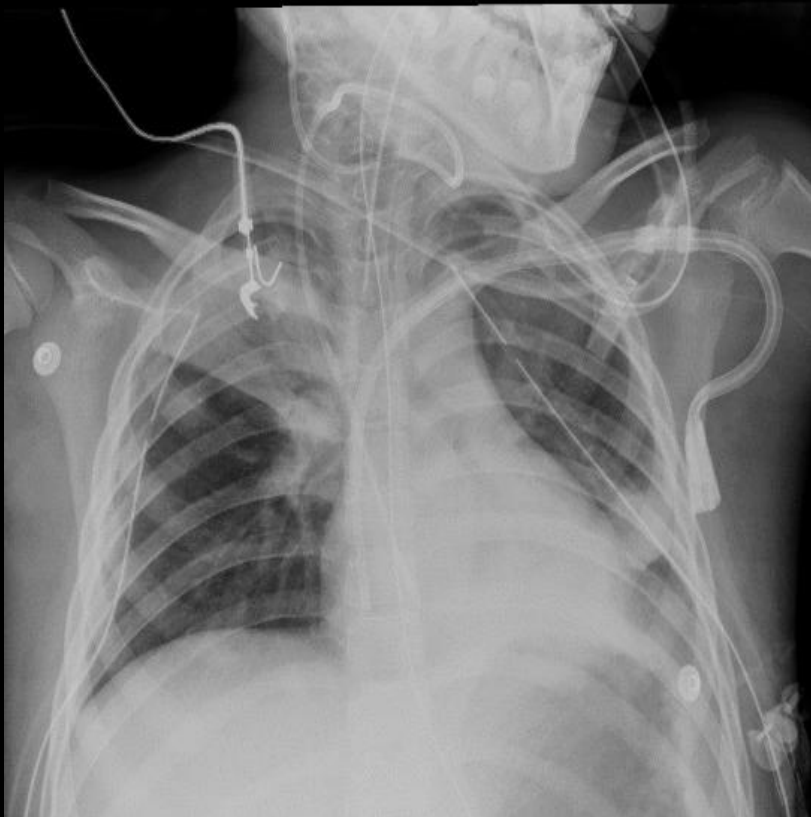


06-DIC-2015

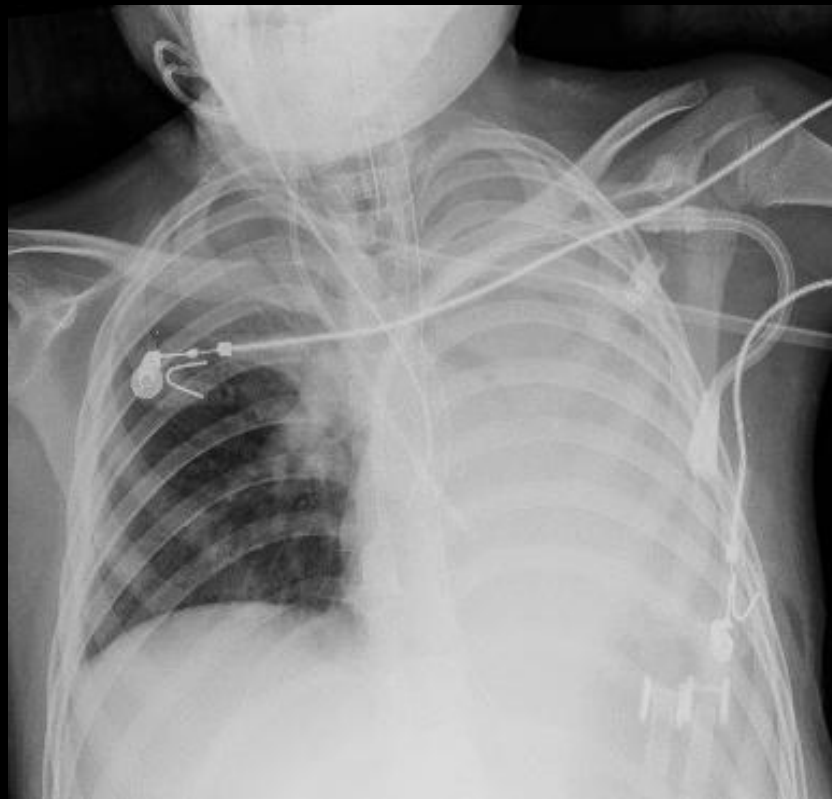


10-DIC-2015

RADIOLOGIA SIMPLE



12-DIC-2015



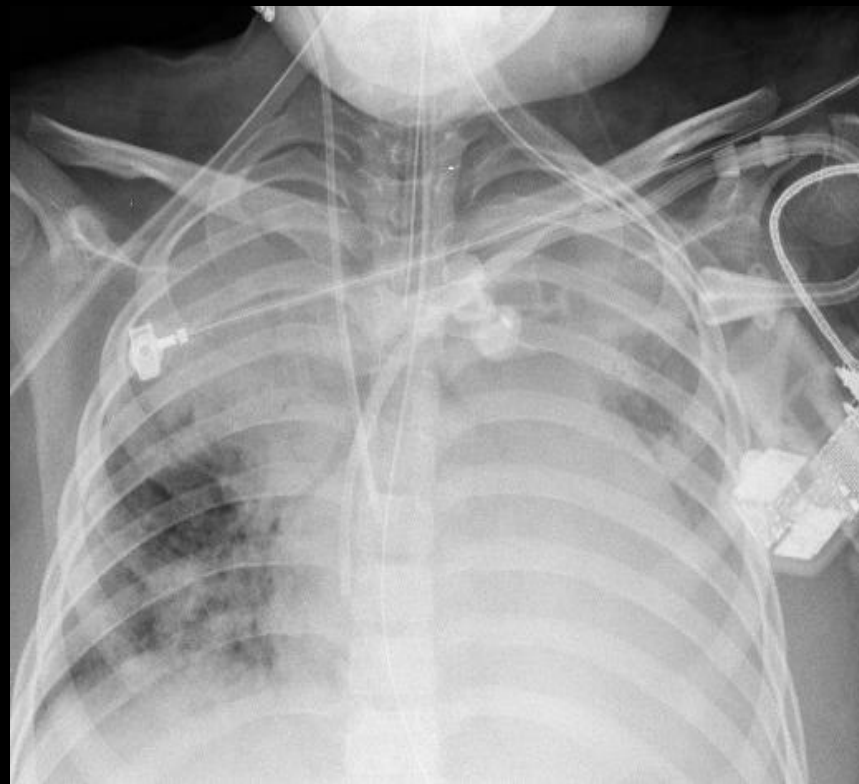
13-DIC-2015



RADIOLOGIA SIMPLE



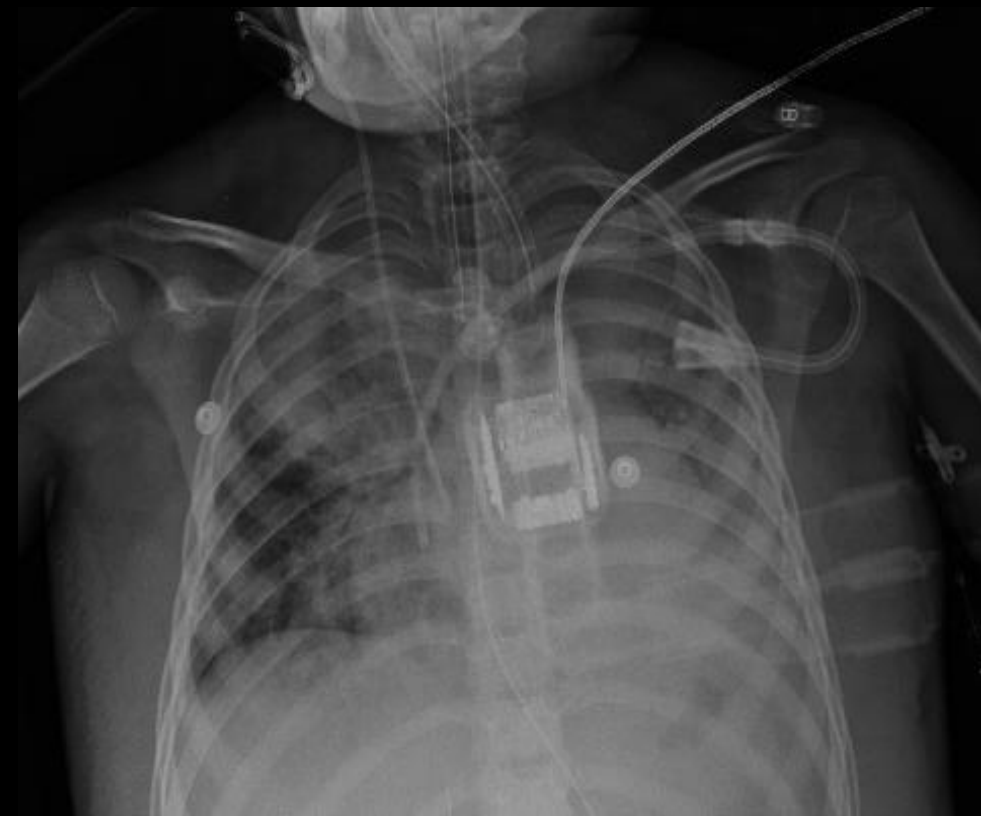
17-DIC-2015



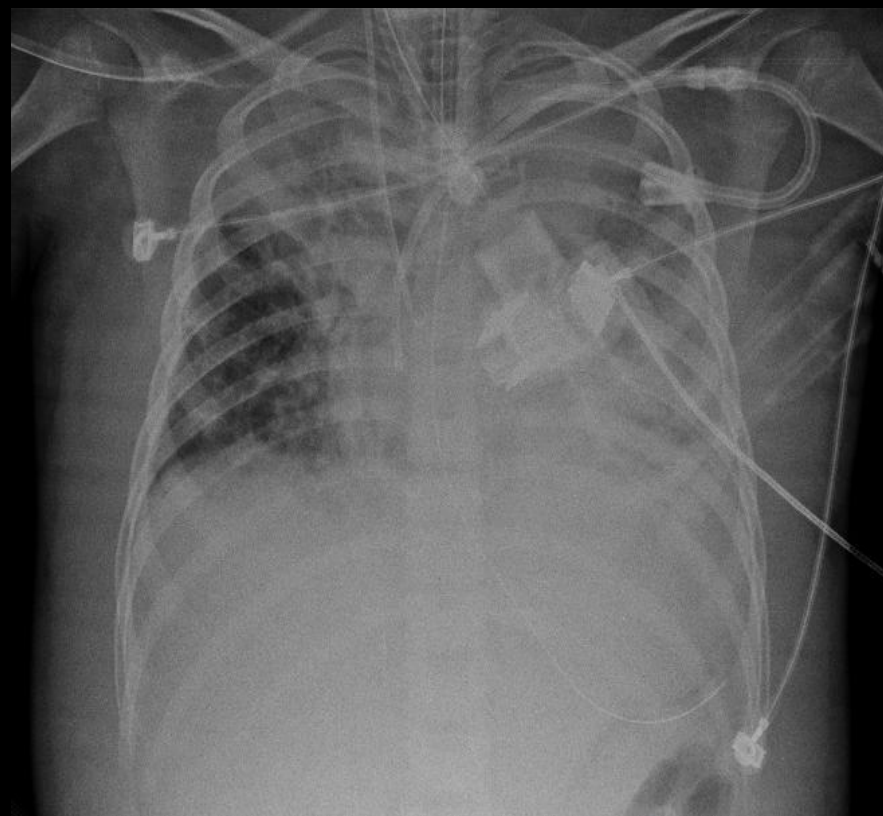
26-DIC-2015



RADIOLOGIA SIMPLE



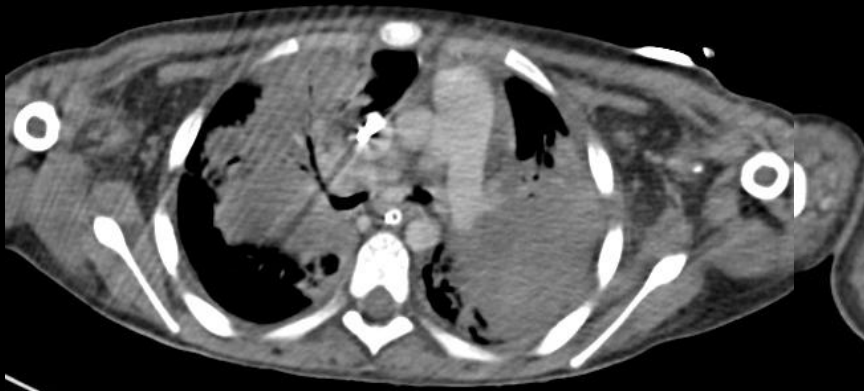
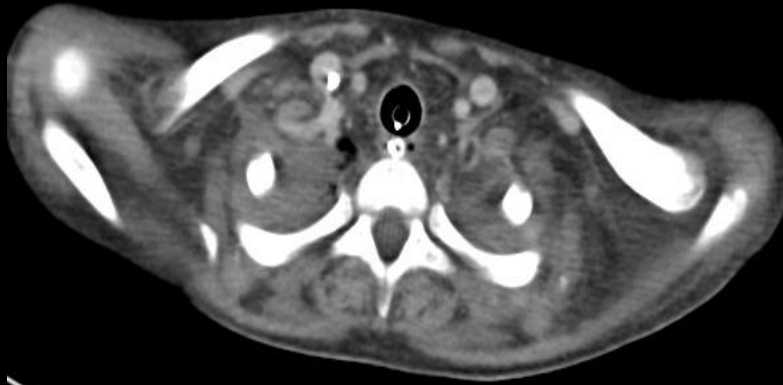
28-DIC-2015



29-DIC-2015



TOMOGRAFIA COMPUTADA



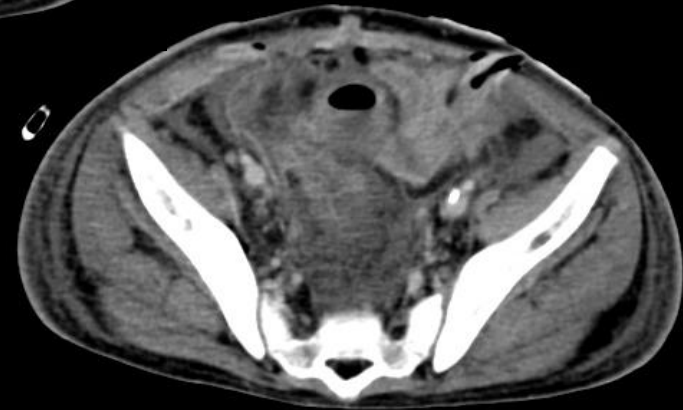


TOMOGRAFIA COMPUTADA





TOMOGRAFIA COMPUTADA





TOMOGRAFIA COMPUTADA





TOMOGRAFIA COMPUTADA

