

**SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-2015-33****Miércoles 07 de Septiembre de 2016****COORDINADOR: DR. JOSÉ ALEJANDRO HERNÁNDEZ PLATA****DISCUSOR: DR. CARLOS RAFAEL BAÑUELOS ORTIZ MÉDICO ADSCRITO AL DEPTO. DE URGENCIAS****RADIÓLOGO: PILAR DIES SUÁREZ****PATÓLOGO: DRA. MA. ARGELIA ESCOBAR SÁNCHEZ****RESUMEN: DRA. ALEJANDRA GUTIÉRREZ LUGO****NOMBRE: M.A.I.E.****SEXO: MASCULINO****EDAD: 11 MESES****PROCEDENCIA: CIUDAD DE MÉXICO****F. NAC.: 22 SEPTIEMBRE 2014****1^{ER} INGRESO (URGENCIAS): 22 AGOSTO 2015****F. EGRESO: 23 AGOSTO 2015****MOTIVO DE CONSULTA:** Falla hepática aguda

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 18 años de edad, escolaridad secundaria, alcoholismo y tabaquismo negativo, niega tatuajes y perforaciones, aparentemente sana. Padre de 24 años de edad, jardinero, aparentemente sano, niega consanguinidad o muertes en periodo neonatal. Hijo único. Carga genética materna para HAS.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Originarios y residentes de la CDMX, casa propia, construida de materiales perdurables, cuenta con todos los servicios básicos de urbanización, 2 cuartos, habitan 6 personas. Fauna doméstica negada. Baño cada 3 días. **ALIMENTACIÓN:** No recibió seno materno, alimentado a base de fórmula de inicio hasta los 6 meses de edad, inicia alimentación complementaria a partir de los 6 meses; se incluyen casi todos los grupos alimentarios excepto huevo y carne. **DESARROLLO PSICOMOTOR:** Adecuado para su edad. **INMUNIZACIONES:** Completas para su edad, no cuenta con hepatitis A.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de primer embarazo, control prenatal regular desde primer trimestre, ingesta de hierro y ácido fólico, se obtiene vía vaginal a las 40 SDG, peso 3 kg, talla 50 cm, lloró y respiró al nacer, egresó junto con la madre. Niega enfermedades crónicas degenerativas, alergias, transfusiones y cirugías.

21.08.15: Acudieron a hospital de segundo nivel, en donde se refiere que el paciente llegó en malas condiciones generales. Durante su estancia requirió intubación orotraqueal a las 12 horas de su ingreso secundario a deterioro neurológico (Glasgow de 9), presentó choque descompensado por lo que inició con apoyo aminérgico; adrenalina a 0.3 mg/kg/min y dopamina a 10 mcg/kg/min, contó con antecedente de tratamiento con paracetamol del 13.08.15 al 20.08.15 y tmp/smx en dosis no especificada, se transfunde plasma fresco congelado por coagulopatía, así como vitamina K, se iniciaron medidas antiemión, presentó evento convulsivo (chupeteo y movimientos tónicos), el cual se yugula con midazolam y se inició impregnación con DFH a 15 mg/kg/do. Amonio en sangre 187, TP 100 seg, TTP 187 seg, AST 3181, ALT 2281, albúmina 2 mg%, BT 18.3, BD 9.1.

Se solicitó traslado a HIMFG para manejo intensivo y es aceptado por los servicios de Terapia Intensiva y Gastroenterología. El traslado se realizó con el paciente intubado, hemodinámicamente estable y con apoyo aminérgico; adrenalina a 0.3 mcg/kg/min y dobutamina 10 mcg/kg/min. Durante el traslado en ambulancia presentó paro cardiorrespiratorio por lo que el médico de traslado decidió regresar a su hospital en donde se dio reanimación cardiopulmonar avanzada, tres ciclos de dos minutos, logro salir del paro cardiorrespiratorio, se atribuyó a que las bombas de infusión con las aminas estaban apagadas.

PADECIMIENTO ACTUAL 22.08.15:

ICTERICIA: De 10 días de evolución, inicialmente en escleróticas con progresión céfalo-caudal.

ACOLIA: De 3 días de evolución, de inicio insidioso; refiere 5 evacuaciones disminuidas en consistencia, tornándose pigmentada posteriormente. Niega coluria.

FIEBRE: De 4 días de evolución, de inicio súbito, pico máximo de 38.5°C, sin desencadenantes ni exacerbantes, controlada con paracetamol.

MELENA: De 7 días de evolución.

IRRITABILIDAD: Alternada con somnolencia de 7 días de evolución.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temp	Llen cap
10 kg	72 cm	204/min	28/min	70/20 mmHg	36.4°C	1 seg

Masculino de edad aparente similar a la cronológica, con mal estado de hidratación, palidez de tegumentos y mucosas, bajo sedación, ventilación mecánica, ictericia generalizada, cráneo normocéfalo, sin exostosis ni endostosis, pupilas midriáticas, arreflécticas, conjuntivas ictericas, narinas con presencia de sonda nasogástrica, con sangrado, pabellones auriculares de adecuada implantación, conductos auditivos externos permeables, sin alteraciones, cavidad oral con tubo endotraqueal, cuello cilíndrico, tráquea central móvil, sin adenomegalias, pulso carotídeo de buena intensidad, tórax normolíneo, campos pulmonares sin estertores o sibilancias, adecuada transmisión de vibraciones vocales, murmullo vesicular presente, ruidos cardíacos rítmicos de buena intensidad hiperdinámico, sin soplos o agregados, abdomen blando, depresible, perímetro abdominal de 49 cm, peristalsis disminuida, sin visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal, genitales de acuerdo a edad y sexo, Tanner I, con presencia de sonda urinaria, extremidades frías y marmóreas con pulsos débiles presentes. Se administra bolo de manitol, carga con albúmina al 10%, se optimiza ventilación y se inicia norepinefrina a 0.2 mcg/kg/min. Se decidió regresar al paciente a hospital de referencia por encontrarse en condiciones diferentes a las referidas, debido a que se consideró que no se le podía ofrecer trasplante ni manejo intensivo. El paciente es entregado a los médicos de traslado del hospital de referencia y sale del hospital en ambulancia, 10 minutos después se reingresa al área de choque por la presencia de paro cardiorrespiratorio de 6 minutos de duración, se dieron maniobras avanzadas de reanimación, con 3 ciclos de RCP, dos dosis de adrenalina, 1 dosis de bicarbonato y 1 de gluconato de calcio, sale paciente a taquicardia sinusal, se toma gasometría; continuó con midriasis arrefléctica. Por estado postparo se decide mantener hospitalizado.

LABORATORIO Y GABINETE:

19:55 horas

PH	PO2	PCO2	HCO3	LACT	EB
6.6	44.8	72.6	7	12.2	-26.3

20:29 horas

PH	PO2	PCO2	HCO3	LACT	EB
6.97	195	16.7	3.7	14	-25.8

TP	TTP	FIBRINOGENO
NO COAGULA	NO COAGULA	NO COAGULA

Hb	Hto	V.C.M.	C.M.H.C.	Leu	Ban	Neu	Linf	Mon	Plaq
5.5 g/dl	16.5%	93.3 fL	31.1 g/dL	22,900/ul	0%	32%	57%	6%	138,000

Ac. Úrico	Albúmina	BUN	Creatinina	Na	K	Cl	Ca	P	Mg
6.8mg/dl	2.3 g/dL	17mg/dl	1.1mg/dl	132 mmo/l	4.8 mmo/l	103 mmo/l	10.1 mg/dl	7.6 mg/dl	2,8 mg/dl

BT	BD	BI	PROT	ALT	AST	COL	DHL	GGT	Amonio
15.38 mg/dl	11.11 mg/dl	4.27 mg/dl	4.3 g/dL	2,157 UI/L	2,359 UI/L	24 mg/dl	1556 U/L	45 U/L	587 Umol/L

Pendientes serologías para VHA, VHB, VHC, VHE, EBV, CMV, Parvovirus B19, adenovirus.

UTIP: Lactante con choque hipodinámico, descompensado, acidosis metabólica, hiperlactatemia grave, se consideró desde el momento de su valoración paciente no candidato a recibir manejo en terapia intensiva por mal pronóstico. Debido a las malas condiciones se recomienda manejo mínimo limitando a manejo aminérgico, no es candidato a plasmaféresis o trasplante. Se informa a familiares detalladamente el mal pronóstico y el alto riesgo de fallecer.

23.08.15 01:55 horas ALGOLOGÍA: Se inicia infusión de fentanilo a 480 mcg. **GASTROENTEROLOGÍA:** Bioquímicamente cumple con criterios de falla hepática aguda. Por el antecedente de fiebre es importante considerar una etiología infecciosa. Además tuvo antecedente de administración de paracetamol, aunque la dosis ponderal fue adecuada el tiempo de administración se prolongó a 10 días. Cursa con hiperamonemia, sin embargo, no podemos valorar el grado de encefalopatía debido al déficit neurológico. Por coagulopatía muestra sangrado de tubo digestivo, se debe tratar con transfusión de plasma. **NEUROLOGÍA 21:15 horas:** No es posible valoración, ya que se encontró en paro cardiorrespiratorio. **URGENCIAS:** Paciente grave con deterioro hemodinámico progresivo, sin respuesta a manejo aminérgico, presentó paro cardiorrespiratorio, no se realizaron maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada por decisión de familiares, posterior a corroborar ausencia de frecuencia cardíaca, con trazo isoelectrico, sin esfuerzo respiratorio, temperatura 35.7°C, se declara hora de defunción a las 21:19 horas.