



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-2015-10

Miércoles 30 de Marzo 2016

COORDINADOR: DR. EDGAR BUSTOS CÓRDOVA

DISCUSOR: DRA. MARTHA PAULINA CHÁVEZ GUZMÁN RIV URGENCIAS PEDIÁTRICAS

PATÓLOGO: DR. CARLOS ALBERTO SERRANO BELLO

RADIÓLOGO: DR. OMAR ISRAEL MATA GARCÍA

RESUMEN: DRA. EDMEDT FEST PARRA

NOMBRE: M. G. D.E.

SEXO: MASCULINO

EDAD: 2 MESES

PROCEDENCIA: ESTADO DE MÉXICO

F. NAC.: 01 FEBRERO 2015

F. INGRESO: 01 ABRIL 2015

F. EGRESO: 02 ABRIL 2015

MOTIVO DE CONSULTA: Tos, fiebre, dificultad respiratoria.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 27 años, toxicomanías negadas, aparentemente sana. Padre de 22 años, consumo de alcohol ocasional, resto de toxicomanías negadas, aparentemente sano. Hermana de 3 años de edad con infección de vías aéreas superiores desde hace 7 días, sin otras enfermedades.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Originarios y residentes de Chimalhuacán, Estado de México, habita en casa prestada, cuenta con agua, luz y drenaje, cohabitan 10 personas en 3 cuartos, convivencia con un perro, baño y cambio de ropa cada tercer día. **ALIMENTACIÓN.** Alimentado con seno materno exclusivo. **INMUNIZACIONES.** Refiere completas, sin mostrar cartilla.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto G 2, con adecuado control prenatal, sin complicaciones durante el embarazo. Nace a las 40SDG vía vaginal, llora y respira al nacer, peso 3030 gr, talla y Apgar no recuerda, egresa en 24 hrs.

PADECIMIENTO ACTUAL: TOS de 5 días de evolución de inicio súbito, progresivo, en accesos cortos, que posteriormente progresa a accesos largos, en un principio no productiva, posteriormente con expectoración verdosa abundante, no cianosante, si emetizante, no disneizante. FIEBRE de 4 días de evolución, 2 picos diarios, cuantificada hasta en 38.8°C no corroborado a su ingreso con previa administración de paracetamol y medios físicos. RONCUS de 1 día de evolución intermitente. DIFICULTAD RESPIRATORIA de 24 horas de evolución de inicio insidioso, progresivo, con disociación toracoabdominal, taquipnea y tiraje intercostal leve, en la última hora disminuye progresivamente hasta interrumpirse el esfuerzo respiratorio en el momento de entrar al hospital.

TRATAMIENTO PREVIO: Médico particular prescribe amoxicilina y paracetamol el día 26 de Marzo. Dos días previos acudió a hospital regional donde es mantenido en observación durante 3 horas, se controla la temperatura y es enviado a domicilio prescribiéndole; eritromicina, ambroxol y paracetamol, no se especifican dosis.

Ingreso 7:30 hrs a HIMFG en paro cardiorespiratorio por lo que se canaliza de inmediato al área de reanimación, se inicia resucitación cardiopulmonar durante 17 minutos; requirió 4 dosis de adrenalina y una carga rápida de solución Fisiológica 25 ml total (interrumpida antes de terminar), todas ellas a través de 2 accesos intraóseos. Signos vitales post-paro inmediato (bajo ventilación mecánica y con infusión de adrenalina).

EXPLORACIÓN FÍSICA (post-reanimación):

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temp	PC
5.4kg	57 cm	94	20	67/47 mmHg	36°C	39 cm

Paciente que se encuentra con edad aparente similar a la cronológica, palidez de mucosas y tegumentos con ligera cianosis peribucal. Cráneo normocéfalo, sin presencia de hundimientos o exostosis, pupilas isocóricas, arreflécticas en 4mm, narinas permeables, CAES sin alteraciones, orofaringe con ligera hiperemia, cuello cilíndrico sin adenomegalias palpables. Tórax normolíneo, ventilación simétrica con estertores crepitantes bilaterales, precordio sin hiperactividad, ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, abdomen con presencia de distensión, borde hepático palpable 4cmx4cmx4cm, sin otra visceromegalia, timpánico a la percusión, peristaltismo abolido. Genitales fenotípicamente masculinos sin alteraciones, Tanner I. Extremidades íntegras,

hipotérmicas, llenado capilar de 6 segundos, pulsos periféricos no palpables. Neurológicamente con Glasgow de 3 sin reacción al medio, pupilas arreflécticas de 4 mm.

Gasometría post-paro inmediato:

pH	pCO2	pO2	HCO3	Lactato	Gluc	Na	K	Cl
6.61	61.1mmHg	16 mmHg	5.8 mmol/L	21 mmol/L	229mg/dl	132 mmol/L	7.3 mmol/L	105 mmol/L
				EB	sO2			
				-29.2 mmol/l	4.3%			

09:00 horas: Bradicardia severa, se inicia reanimación cardiopulmonar durante 4 minutos y dosis única de adrenalina.

11:00 horas: Se administra bolo de bicarbonato.

Amonio	Procalcitonina
206 U/l	1.12 ng/ml

Examen general de Orina

Aspecto	D.U.	Cetonas	Proteínas	Sangre	Nitritos	Eritros	Bacterias	Glucosa
Turbio	1020	5 mg/dl	500 mg/dl	500 mg/dl	neg	abundante	++++	1000 mg/dl

LABORATORIO Y GABINETE (AL INGRESO) 11:06 HORAS:

Hb	Hcto	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Bandas	Eosinófilos	Monocitos	Plaquetas
9 g/dl	29.4 %	63,500 UI	11 %	74%	10%	0%	1%	165,000

TP	TTP	INR	FIBRIN
22.4 seg.	116 seg.	1.92	65mg/dl

Na	K	Cl	Ca	P	Mg	Cr.	Prot	Alb
130 mmol/L	6.6 mmol/L	92 mmol/L	9.9 mg/dL	9.6mg/dl	3.3 mg/dl	1.2 mg/dl	4.9 g/dl	2.1 g/dl

BT	BI	BD	ALT	AST	GLUC	AU	BUN	FA
0.85 mg/dl	0.13 mg/dl	0.72 mg/dl	206 U/l	918 U/l	317 mg/dl	9.2mg/dl	20mg/dl	310 U/L

COLESTEROL	TRIGLICERIDOS
63mg/dl	123mg/dl

Por persistir inestable hemodinámicamente se coloca acceso vascular central y línea intraarterial; se continúa adrenalina a 0.1mcgkgmin incrementándose a 0.2mcgkgmin, se inicia dobutamina a 5mcgkgmin e infusión de milrinona 0.5mcgkgmin. Se inicia cobertura con cefotaxima y dicloxacilina, se coloca sonda orogástrica y sonda vesical.

16:00 horas: Se incrementa adrenalina a 5mcgkgmin e hidrocortisona a 180mcgkghora, por choque refractario a aminos.

01.04.15 12:30 horas CARDIOLOGÍA: RX: Tórax situs sólitus, mesocardia, levoápex, ICT 0.59; **ECG:** Ritmo sinusal, FC 150, PR 120mseg, aP 60°, aQRS 200°, QRS 100mseg, QTc 0.38, bloqueo de rama derecha de Haz de His, trastorno de repolarización con patrón strain. **ECOCARDIOGRAMA:** Situs sólitus, RVP y RVS normales, concordancia AV y VA, septum inter-atrial íntegro, sin adecuado espectro para calcular PSVD. FEVI 37%, FA 16%, tractos de salida sin obstrucción, ramas pulmonares confluentes, aorta trivalva, arco aórtico izquierdo sin obstrucción. Paciente con disfunción ventricular severa.

01.04.15 14:20 horas TERAPIA INTENSIVA: Paciente en condiciones sumamente graves, riesgo de mortalidad del 99%, falla multiorgánica y daño neurológico, manifestado por anisocoria, pupila derecha 3mm y pupila izquierda 5mm ambas hiporreflécticas, estado post paro, acidemia persistente, se solicita obtención de tamiz metabólico ampliado para descartar enfermedad metabólica, se sugiere IC a hematología por sangrado en sitios de punción, prolongación de tiempos de coagulación e hipofibrinogenemia, probablemente asociados a choque séptico, sin embargo, no se puede descartar enfermedad hemorrágica.

01.04.15 16:25 horas INFECTOLOGÍA: Paciente con falla orgánica múltiple. Se deja cobertura para los gérmenes más frecuentes causantes de neumonías de la comunidad graves: Cefotaxima 150mgkgdía IV cada 8 horas, dicloxacilina 100mgkgdía IV cada 6 horas. Se toman dos hemocultivos.

01.04.15 20:00 horas: Palidez generalizada y piel marmórea, abdomen globoso, duro a la palpación, anuria. Bajo ventilación mecánica con PEEP de 8, dosis altas de adrenalina y dobutamina, además de milrinona, midazolam e hidrocortisona.

FC	FR	TA	Temp	pH	pCO2	pO2	HCO3	Lactato
176	50	43/25 mmHg	36°C	7.18	16.4mmHg	49 mmHg	9.6 mmol/L	18 mmol/L

02.04.15 06:20 horas PARO CARDIORRESPIRATORIO irreversible.





Diagnósticos Radiológicos

- Neumotórax izquierdo.
 - Múltiples zonas de consolidación en parénquima pulmonar, compatible con neumonía de focos múltiples.
-