



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SESIÓN ANATOMOCLÍNICA
JUEVES 7 DE FEBRERO DE 2008

PRESIDE: DR. GUILLERMO SÓLOMON SANTIBÁÑEZ
COORDINA: DR. ÁLVARO PEDROZA MELÉNDEZ
PATÓLOGO: DRA. GABRIELA BRAUN ROTH
TRABAJO SOCIAL: LTS GLORIA MARIA MORALES GONZÁLEZ
RESUMIÓ: DR. JAEN ECHÁVEZ DEL RIEGO

NOMBRE: LMCA
GÉNERO: FEMENINO
EDAD: 2 AÑOS 1 MES (F.N: 26/05/2004)
PROCEDENCIA: MÉXICO, D.F (IZTAPALAPA)
FECHA INGRESO: 18/07/2006
FECHA DEFUNCIÓN: 19/07/2006

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES: Abuelo materno vivo EPOC/Asma. Abuelo paterno vivo con HAS y DM2 en control. Abuelas fallecidas. Tío materno vivo con asma. Madre de 23 años, ama de casa, sana. Padre de 26 años, carrera técnica, chofer de taxi, sano. No tiene hermanos.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: Asma desde noviembre del 2005 (inicio al año y medio de edad), 3 hospitalizaciones previas en hospital pediátrico de Iztacalco por crisis asmáticas (noviembre 2005, marzo y junio 2006) tratadas con β -agonistas y esteroides. Cuadros frecuentes de infección de vías aéreas superiores, niega quirúrgicos, traumáticos, hemo-transfusionales u otros.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS: Habitaba casa rentada, de 2 recámaras, cocina, sala y comedor, 1 baño, techo y paredes de concreto, piso de loseta. Con servicios básicos (agua, luz y drenaje). No convivencia con mascotas u otros animales. Baño y cambio de ropa diarios. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Esquema de vacunación: 1 BCG, 3 SABIN, 3 PENTAVALENTE, 1 INFLUENZA (Oct 2005), no recibió primer refuerzo de DPT.

ANTECEDENTES PERINATALES: GI, PI, embarazo no planeado, deseado, control prenatal irregular (5 consultas), recibió 2 dosis de Td, ingesta de hierro y ácido fólico. Cursó con hemorragia transvaginal autolimitada en 2º trimestre, no requirió hospitalización. No exposición aparente a teratógenos, así como a infectocontagiosos. Embarazo a término, parto atendido en hospital Escandón. Apgar 9/9, peso 3,270 gr, talla 50 cm. Alta con la madre a las 24hr.

ALIMENTACIÓN, CRECIMIENTO Y DESARROLLO: Alimentada al seno materno desde el nacimiento, ocasionalmente recibió fórmula de inicio durante los primeros 6 meses. Ablactada al tercer mes con frutas (plátano), se introdujo huevo a los 12 meses, integrada a la dieta familiar a los 12 meses. Restricciones dietéticas por indicación médica (fresa, chocolate, nueces, cacahuates, almendras, carne de cerdo). Sonrisa social al mes de vida, sostén cefálico 2 meses, sedestación 6 meses, bipedestación 10 meses, marcha sin ayuda 13 meses, bisílabos 10 meses, frases sencilla 2 años.

PADECIMIENTO ACTUAL: Inició el 09/07/06 con rinorrea hialina, tos leve productiva, estornudos. El 10/07/06 aparecieron signos de dificultad respiratoria (aleteo nasal, retracciones costales y xifoidea y polipnea), niega fiebre, motivo por el cual es llevada a INP urgencias, manejada por crisis asmática, recibió oxígeno suplementario, prednisona DU 2 mg/kg/dosis

V.O, después 1 mg/kg/do cada 6 hrs. y micronebulizaciones con salbutamol, egresada a las 24hr por mejoría con Tx a base de salbutamol, esteroide inhalado y oral por 5 días. Sin embargo, el 13/07/06 reaparecieron los accesos de tos productiva, no disneizante, no cianozante ni emetizante, así como estertores gruesos y sibilancias audibles a distancia, por lo que su madre continuó con mismo Tx establecido, observando leve mejoría. El 18/07/06 por la mañana reaparecieron mismos signos de dificultad respiratoria (aleteo nasal, retracciones costales y xifoidea, además de polipnea), por lo que acudieron nuevamente al INP. Durante el trayecto notaron cianosis peribucal y alteración del estado de conciencia (somnia).

PREHOSPITALIZACIÓN 18/07/06 (15:44 hr)

F.C 150x', F.R 48x', T 37° C, TA 100/p, Sat s/O2 75%, Sat c/O2 92% (10 lt/min). Peso 12 kg (P/E: 50%, P/T: 25%), Talla 87 cm (T/E: 75%), P.C 48 cm (3%)

Paciente sin fascies característica, activa, reactiva, irritable a la exploración, buena coloración e hidratación, polipneica, aleteo nasal, retracción supraesternal y tiraje intercostal (SA 4). Campos pulmonares con sibilancias generalizadas, no crepitantes. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no visceromegalias, sin datos de irritación peritoneal, genitales fenotípicamente femeninos, acordes a edad (Tanner I). Extremidades eutróficas, simétricas, tono muscular adecuado, fuerza 5/5, pulsos de buena intensidad, llenado capilar de 2 seg.

PLAN: Oxígeno por mascarilla a 10 lt/min, Prednisona 2mgkgdo (D.U), Prednisona 1mgkgdo c/6hr, micronebulizaciones c/salbutamol 0.15mgkgdo c/20 min por 3 ocasiones, posteriormente c/4hrs.

EVOLUCIÓN Y TRANSFERENCIA A URGENCIAS 18/07/06 (19:00hr)

F.C 180x', F.R 64x', T 38.5° C, TA 128/69, Sat s/O2 74%, Sat c/O2 78%

Evolución tórpida, incrementando la dificultad respiratoria (tiraje intercostal importante, disociación toraco-abdominal, aleteo nasal), agregándose cianosis peribucal y acrocianosis, a pesar del manejo con β -agonistas y esteroide, s/O2 74% y C/O2 78%. Fiebre persistente de 38.5° C, por lo que se tomó Rx de tórax sin alteraciones. Biometría Hemática con Hb 12.8, Hto 37.3%, leucocitos 21,600, Linfocitos 12%, neutrofilos 87%, PlaQ 508,000. Gasometría arterial con pH 7.179, PO2 42.4, PCO2 54.4, HCO3 19.8, EB 8.6, Sat 64.9%, Lactato (no medido)

PLAN: Ayuno, Soluciones 100x100/30/20, PGSC 100,000 UKDI (0), Infusión de Aminofilina (1 mg/kg/hr), metamizol 10mgkgdo, Metilprednisolona 1mgkgdo c/6hr, micronebulizaciones c/lpratropio y salbutamol 0.15mg/kg/do, y administración de heliox.

URGENCIAS 18/07/06 (22:30hr)

F.C 183 x', F.R 69x', Temp 38.7° C, TA 122/49, Sat s/O2 75%, Sat c /O2 78%.

Evidencia de crisis asmática severa, taquicárdica, datos francos de dificultad respiratoria, hipoxemia y respuesta poco satisfactoria al manejo médico. Gasometría arterial con pH 7.34, PO2 47, PCO2 33, HCO3 17.6, CO2T 18.8, Sat 81%

PLAN: Se agregó Sulfato de magnesio (50mg/kg/di).

INTERCONSULTA CLÍNICA DEL DOLOR 19/07/06

Se interconsultó para reforzar manejo del dolor. Se indicó iniciar infusión de tramadol a dosis de 1 mg/kg/do para 24 hr y se continuó metamizol 15 mg/kg/do por la presencia de fiebre.

INFECTOLOGÍA 19/07/06 (14:00hr)

Paciente grave, con cuadro de 10 días de evolución que tendió hacia el empeoramiento, inicialmente como crisis asmática, pudo haber sido desencadenado por proceso viral, sin embargo, ante el cuadro severo actual y la fiebre persistente y la leucocitosis con predominio de segmentados, no se descartó infección bacteriana. La Rx de tórax sin compromiso pulmonar. Se cambió manejo a cefalosporina de 3ª generación para cobertura de neumococo resistente.

PLAN: Hemocultivo, PCR. Se suspendió PGSC y se indicó Ceftriaxone 75 mg/kg/día

DEFUNCIÓN 19/07/06 (19:30hr)

Por la mañana (9:00), presentó deterioro clínico, con mayor disociación tóraco-abdominal, retracción xifoidea y aleteo nasal, aumento de sibilancias espiratorias y gasométricamente con pH 7.09, PO₂ 89., PCO₂ 69.5, HCO₃ 21, CO₂T 23.1, Sat 93.5%. Se decidió apoyo con ventilación mecánica a presión positiva, bajo secuencia rápida, con los siguientes parámetros: vol min total 160 ml (13ml/k), ciclado 26x', P138, PEEP 0, FIO₂ 90%, se agregó infusión de ketamina (0.5mcg/kg/min) sin mejoría de la acidosis. Taquicardia persistente con cifras mínimas 180 x' y máximas de 230 x', TA 96/60 mm/Hg (media 63-98), uresis conservada (2.5 ml/kg/hr), pulsos de buena intensidad y llenado capilar 2". PVC inicial 10 cm H₂O. A las 13:00 gasometría que reportó: pH 7.17, pO₂ 80.8, pCO₂ 55, HCO₃ 19.8, SO₂ 94% Lac 15 y FiO₂ 80%. Se presentaron manifestaciones de colapso a las 14:00hr, con disminución de uresis (1 ml/kg/hr), pulsos de intensidad disminuida, llenado capilar prolongado (4"), caída de la TA (89-56 mmHg), y PVC de 4", persistentemente febril por aproximadamente 18 hrs (min 38°C-max 39.2°C) a pesar de medios físicos y metamizol con horario. Se inició carga con volumen (Hartman 20 ml/kg/do), sin respuesta; se agregó dopamina (10 mcg/kg/min), por descenso progresivo de TA, sin respuesta. La TA media de 50, descendiendo a 30 a pesar de volumen y aminos. Se agregó norepinefrina sin mostrar cambios (1 mcg/kg/min).

Paro cardiopulmonar a las 15:00hr, con gasometría a los 5 minutos mostrando pH 7.22, PO₂ 74.8, PCO₂ 25, HCO₃ 10.2, Sat 92%. Y K 6.8 mEq/l, Na 139 mEq/l, Ca 4.6, Lac 46. Se administró calcio y bicarbonato (1ml/kg/do); hipoglucemia de 32 mg/dl (previa 165), se trató con Sol. glucosada 50% (2 ml/kg/do). Se continuaron maniobras básicas y avanzadas durante 30 minutos, sin respuesta. Por persistir con asistolia, se suspendieron a las 15:45hr.

ADD: Llama la atención diferencia fenotípica del paciente con los padres, pelo claro, algo quebradizo, no francamente plateado. Se solicitó a Patología muestra de cabello para análisis posterior. No se descartó la probabilidad de alguna inmunodeficiencia.

LABORATORIOS:

BIOMETRÍA HEMÁTICA

FECHA	HB	HCTO	LEUCOS	N%	L%	M%	PLAQ
18/07/06	12.8	37.3	21,600	87	12	0	508,000

QUÍMICA SANGUÍNEA Y ELECTROLITOS SÉRICOS

FECHA	GLUC	BUN	CREAT	NA	K	CL	CA
18/07/06	-	-	-	146	5.4	115	-
19/07/06	108	15	0.6	136	4.6	108	9.2

GASOMETRÍAS ARTERIALES

FECHA	PH	PO ₂	PCO ₂	HCO ₃	CO ₂ T	SAT	LACTATOS
18/07/06 (19:00hr)	7.179	42.5	54.4	19.8	21.5	64.9%	-
18/07/06 (22:30hr)	7.34	47	33	17.6	18.8	81%	40
19/07/06 (08:00 hr)	7.09	89.5	69.5	21	23.1	93.5%	8
19/07/06 (13:00 hr)	7.17	80.8	55.4	19.8	21.5	94%	15
19/07/06 (15:00)	7.22	74.8	25	10.2	-	92%	46