



**INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA**  
**SESIÓN ANATOMOCLÍNICA**  
**JUEVES 10 DE ABRIL DE 2008**

**PRESIDE: DR GUILLERMO SÓLOMON SANTÍBAÑEZ**  
**COORDINA: DR. FRANCISCO ANTONIO MEDINA VEGA**  
**PATÓLOGA: DRA. CECILIA RIDAURA SANZ**  
**T.M.S: T.S ANA CERVANTES ÁNGELES**  
**RESUMIÓ: DR. LUIS GUILLERMO MEAVE CUEVA**

**GÉNERO:** FEMENINO  
**ORIGINARIO:** SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEÓN  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 12/09/1992  
**EDAD:** 15 AÑOS  
**FECHA DE INGRESO AL INP:** 09/08/2005  
**FECHA DE REINGRESO:** 30/01/2008  
**FECHA DE DEFUNCIÓN:** 30/01/2008

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:** Abuelos maternos con Diabetes mellitas tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, abuela paterna con HAS. Padre de 39 años, desempleado por enfermedad, debido a Ca. gástrico desde mayo del 2005; postoperado de gastrectomía en mayo 2005, con esquema de quimioterapia y radioterapia. Madre de 35 años, lava autos, sin toxicomanías y hermano de 6 años, ambos aparentemente sanos.

**ANTECEDENTES PERINATALES:** Producto de GI de madre de 21 años con ingesta de multivitamínicos desde el segundo mes, no se realizó US prenatal. El embarazo fue aparentemente normoevolutivo. Se indicó cesárea por falta de progresión del trabajo de parto, llanto y respiración espontáneos, no se señala APGAR y SA, Peso: 3300 g, Talla: 52 cm. Se egresaron a las 24 hrs.

**ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS:** Alimentada con seno materno durante 1 año, ablactación a los 4 meses con papilla de frutas y verduras, integrada a la dieta familiar al año de edad. DPM normal, esquema de vacunación aparentemente completo. Casa en medio urbano con todos los servicios intradomiciliarios, hacinamiento negativo.

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:** Quirúrgicos, traumáticos y alérgicos negados. Sarampión a los 2 años sin complicaciones.

**PADECIMIENTO ACTUAL.** Hospitalizada por una semana en Monterrey a los 6 años de edad por STDA (hematemesis) anemizante con transfusión de un Paquete Globular sin incidentes. Se egresó con esteroide debido a probable alteración plaquetaria (PTI). En los últimos 3 años presentó cada año hematemesis y melena no anemizantes, sin requerir hospitalización y/o transfusión.

**HEMATOLOGÍA (18/07/05).** De acuerdo a cifras de plaquetas, no se explica el sangrado de tubo digestivo, por lo que se considera que su causa es de origen local.

**GASTRONUTRICIÓN (08/08/05):** Dos días de evolución con melena y hematemesis en 4 o 5 ocasiones, y cefalea frontal, motivo por lo que se inició abordaje diagnóstico.

**INGRESO A GASTRONUTRICIÓN (16/08/05):** Peso 49.7 kg (90), talla 153 cm (90), PC 47 cm (50), FC 82x', FR 16x' TA 100/60 mm/Hg.

Despierta, conciente, tranquila, pálida + a ++, cavidad oral bien hidratada, faringe normal, cuello sin alteraciones. Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen sin red venosa colateral, blando, depresible, peristalsis normal, hígado 6 cm por percusión total, no se palpaba bazo. Extremidades sin alteraciones. Se realizó

panendoscopia diagnóstica con reporte de várices esofágicas GI y gastroduodenitis congestiva, se inició tratamiento con ranitidina 8 mgkgD y propranolol 1 mgkgD.

**EVOLUCIÓN (22/08/05):** USG que reportó hígado multinodular con extensa fibrosis periportal, aspecto tortuoso en la vena porta, calibre disminuido, velocidad 15-18 cm/seg, monótono, hepatopetal. Numerosos vasos colaterales con discreta esplenomegalia y colaterales espleno-renales. Centellograma con aumento de tamaño de bazo. Hígado con lóbulo derecho disminuido, izquierdo aumentado de tamaño. Captación disminuida e irregular. Se programó espleno-portografía

**EVOLUCIÓN (25/08/05):** Esplenografía reportó hipertensión portal con trombosis de la vena esplénica y vena porta ligeramente tortuosa, se observaron colaterales con vena esplénica hacia la renal. El 26 se egresó con plan quirúrgico para septiembre y se dio propranolol, ranitidina, y vitamina K.

**REINGRESO A CIRUGÍA (19/09/05):** Se llevó a cabo LAPE con toma de biopsia hepática de ambos lóbulos, toma de presión portal (33 cm H<sub>2</sub>O) y mesoportografía el 21/09/05. Permeable mesentérica superior y porción distal de vena esplénica. Adecuada evolución postquirúrgica presentando ictericia. El 26/09/05 trastorno de ansiedad generalizado con tratamiento ambulatorio a base de imipramina, esquema de reducción de rivotril. Egresó el 27/09/05.

**PATOLOGÍA (21/09/05):** Biopsia de hígado con esclerosis hepatoportal.

**PREHOSPITALIZACIÓN (19/10/05):** Acudió por presentar evacuación con hematoquezia sin corroborarse. EF sin hallazgos y laboratorios sin cambios con los previos, por lo que se decidió vigilancia por la CE.

**GASTROENTEROLOGÍA (ENDOSCOPIA AMBULATORIA 29/11/05):** Se realizó escleroterapia de dos paquetes varicosos (várices G II-III) egresándose con propranolol 2 mgkgD, omeprazol y ranitidina.

**GASTROENTEROLOGÍA (ENDOSCOPIA AMBULATORIA 20/12/05):** Se realizó escleroterapia de dos paquetes varicosos (G II) egresándose con sucralfato.

**GASTROENTEROLOGÍA (ENDOSCOPIA AMBULATORIA 15/02/06):** Se observan várices esofágicas GI con antritis y reflujo biliar, se egresó con mismo manejo, ranitidina, propranolol y se sustituyó sucralfato por UDKA.

**GASTROENTEROLOGÍA (ENDOSCOPIA AMBULATORIA 14/03/06):** Se observan 3 paquetes varicosos en el tercio inferior del esófago en su pared posterior, dos de ellos de menos de 3mm y que no se proyectan hacia la luz, uno de ellos de 3mm de diámetro que prolapsa hacia la luz y desaparece con la insuflación. Unión esofagogástrica competente, estómago congestivo, el píloro abre y cierra sin compromiso, se egresó con el mismo tratamiento y se citó en 6 meses.

**GASTROENTEROLOGÍA CE (08/08/06):** Asintomática, hígado de 7 cm por percusión total, bazo a 5 cm DBCI, sin ascitis ni red venosa colateral, continúa tratamiento con propranolol 1 mgkgD, ranitidina y ursotal.

**GASTROENTEROLOGÍA CE (12/12/06):** Presencia de cefalea y epistaxis sin causa aparente una semana antes. Abdomen con bazo 3 cm DBCI. Continúa tratamiento por CE.

**GASTROENTEROLOGÍA CE (13/03/07):** Refiere disnea de grandes esfuerzos. EF con reforzamiento del segundo ruido y desdoblamiento. Se aprecian algunas extrasístoles. Abdomen con bazo a 5 cm DBCI. Alopecia de 3 meses de evolución. Se IC a cardiología y dermatología.

**GASTROENTEROLOGÍA (ENDOSCOPIA AMBULATORIA 21/03/07):** Observando solo várices esofágicas G I en el tercio inferior del esófago y mucosa gástrica congestiva.

**AUDIOLOGÍA (23/04/07):** Se refiere hipoacusia derecha de un año de evolución lentamente progresiva. Se detecta en audiometría hipoacusia severa bilateral del tipo sensorial derecho. Audición normal izquierda, diagnostico en estudio, pendiente TAC.

**DERMATOLOGÍA (16/05/07):** Alopecia areata en remisión.

**GASTROENTEROLOGÍA CE (11/09/07):** Asintomática solo se refiere eventos de RGE en número de 2 por día, abdomen sin visceromegalias, sin ascitis y sin red venosa colateral. Se agrega inhibidor de la bomba de protones.

**GASTROENTEROLOGÍA CE (13/11/07):** Continúa con propranolol, ranitidina y omeprazol. Asintomática, EF sin alteraciones, continúa control por la consulta externa.

**PREHOSPITALIZACIÓN (28/01/08):** Acude con cefalea universal de predominio bifrontal sin predominio de horario, que cede con el sueño, sin acúfenos o fosfenos. EF sin hallazgos por lo que se diagnosticó cefalea migrañosa y se egreso previa dosis de ketorolaco IM.

**PREHOSPITALIZACIÓN (30/01/08) NOTA DE INGRESO Y DEFUNCIÓN:** Acude por cefalea de 48 hrs. De evolución, disnea de pequeños esfuerzos y un vómito de contenido gastroalimentario, a su ingreso con FC 104 x', FR 28x', TA 96/60 mm/Hg, palidez de piel y tegumentos, polipnea, sin DDR, campos pulmonares bien ventilados. Área cardíaca rítmica con soplo sistólico en C2-2 grado III/VI, sin irradiación, abdomen blando, depresible, no doloroso, sin visceromegalias, extremidades normales. Glasgow de 15, pupilas isocóricas y normorefléxicas, sin afección de pares craneales, fuerza normal ROTs ++. Gasometría venosa con pH 7.36, PCO2 45, PO2 26, HCO3 15, Na 141, K 5.1, Ca 4.9, Lactato 46. Presenta posteriormente deterioro neurológico sin respuesta a estímulos, dilatación pupilar y pulsos distales débiles. Se realizó intubación OT previa administración de lidocaina por sospecha de hemorragia en SNC, presenta FC de 270 x', taquicardia ventricular sin pulsos por lo que se administró amiodarona 50 mg (2 dosis) sin respuesta y desfibrilación en 3 ocasiones saliendo a Torsade de pointes administrándose sulfato de magnesio 1gr. Posterior bradicardia de 50 x' con bajo gasto cardíaco por lo que se administran 2 dosis de adrenalina y una de bicarbonato (pH 7.05, PO2 150, PCO2 30, HCO3 10, EB -20). Se inició infusión de adrenalina con pulsos débiles por lo que se instaló marcapaso percutáneo con adecuada captura sin generar actividad mecánica útil. Presento segundo PCR con reanimación por 15 minutos sin respuesta.

**NOTA DE CARDIOLOGÍA (30/01/08):** Paciente quien acudió por cefalea 2 días de evolución, posteriormente, presentó trastorno del ritmo (TV) sin pulso, que ameritó administración de lidocaina, amiodarona y 3 descargas eléctricas, tras lo cual salió a ritmo idioventricular de 48 lpm, sin capacidad de generación de pulso, se colocó marcapaso externo con adecuada captura sin generar actividad mecánica útil. Se considera que el problema hepático no debe ocasionar alteraciones bioquímicas, sin embargo la presencia de alteraciones del ritmo grave, rara vez son primarias, sino como consecuencia de hipoxia, hipovolemia, acidosis, alteraciones electrolíticas. Previo al evento con Hb 20 gr, HCO3 19, Ca 4.9, K 5.35, Ms 2.2 (posterior a 1 carga de sulfato de Mg), la falta de respuesta a las descargas eléctricas muy probablemente fue secundaria al daño miocárdico propio de la hipoperfusión además del daño producido por la cardioversión misma.

**NOTA de GASTRONUTRICIÓN (30/01/08):** Conocida por esclerosis hepato portal, varices esofágicas GI, manejo CE, última consulta nov 2007, antecedente de LAPE 22/09/05: biopsia hepática y mesoportografía, escleroterapia 29/11/05. manejo ambulatorio con propranolol 1.5mg/kg/día, ranitidina, omeprazol. En sus laboratorios trombocitopenia 06/11/07 plaquetas de 60, 000, quien de manera súbita presentó diaforesis, palidez y síncope, encuentra (TV) realizan maniobras sin revertir PCR. Tiene laboratorios con trombocitopenia severa 12, 000. por nuestra parte y en su patología de base no tiene relación como causa de fallecimiento. Posible sangrado a nivel SNC, pero no se explica alteración del ritmo cardíaco. Para su esclarecimiento se sugiere autopsia.

## RESUMEN DE LABORATORIOS

### BIOMETRÍAS HEMÁTICAS

Fecha	Hb	HCTO	Leu	Neut	Linf	Mon	Vol.	Plaq	TP	TTP
15/07/05	9.70	27.70	8,400	56.30	33.60	5.80	VCM 88.1 CMHb 30.8	107,000		
17/08/05	11.50	34.00	3,500	55.00	30.00	8.40	VCM 82 CMHb 27.3	106,000	30.4/73	38.00
19/10/05	11.60	33.00	6,500	66.00	25.00	2.00	VCM 76.4 CMHb 26.9	106,000	75.00%	34.70
04/11/05	8.70	25.50	4,200	58.00	30.00	6.00	VCM 75.6 CMHb 25.8	156,000	75.00%	34.60
09/03/06	12.20	38.00	5,500	75.00	20.00		VCM 69.6 CMHb 22.4	114,000	79.00%	36.20
15/11/06	17.10	49.50	7,800	66.40	24.20	5.70	VCM 91.6 CMHb 31.6	86,000	82.10%	47.00
30/08/07	17.30	50.70	7,000	71.40	19.50	5.70	VCM 91.8 CMHb 31.4	60,000	85.50%	42.50
06/11/07	17.40	51.00	7,400	71.60	19.20	5.70	VCM 93.3 CMHb 31.9	60,000	93.60%	38.80
30/01/08	20.20	60.50	14,700	81.00	16.00	4.00	VCM 91.8 CMHb 30.6	12,000	31.50%	113.00

### QUÍMICA SANGUÍNEA Y ELECTROLITOS

Fecha	Glucosa	Urea	BUN	Cr	Na	K	Cl	Ca
17/08/05	67	12.8	6	0.5	138	3.6	76	9.3
20/09/05	97	12.8	6	0.5	134	3.9	104	8.1
24/09/05	100	19.3	9	0.6	136	3.7	101	
09/03/06	87	10.7	5	0.6	138	4	110	
30/01/08	89	33.8	15.8	1.2	138	5.3	112	

### PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPÁTICO

Fecha	BT	BD	BI	Albúmina	AST	ALT	GGT	FA	DHL
17/08/05	0.7	0.2	0.5	3.6	31	22	16	119	161
20/09/05	0.5	0.1	0.4	3.3	34	25		140	156
24/09/05	4.6	2.9	1.7						
09/03/06				3.5	29	18	9	146	185
01/08/06	1.2	0.2	1	4.3	40	26	12		216
12/12/06	1.8	0.3	1.5	3.7	44	33	18	137	367
02/03/07	1.9	0.3	1.6	3.3	46	36	20		
30/08/07	2.1	0.4	1.7	4	39	29	14		
06/11/07	1.4	0.3	1.1	3.8	42	37	31	185	