



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA
SESIÓN ANATOMOCLÍNICA
JUEVES 17 DE ABRIL DE 2008

PRESIDE: DR GUILLERMO SÓLOMON SANTÍBAÑEZ
COORDINA: DR. MARCO ANTONIO YAMAZAKI NAKASHIMADA
PATÓLOGO: DR. RODOLFO RODRÍGUEZ JURADO
T.M.S: TMS LOURDES RAMÍREZ GARCÍA
RESUMIÓ: DR. MAURICIO CERVANTES BLANCO

NOMBRE: M.E.M.R
GENERO: FEMENINO
FECHA DE NACIMIENTO: 19/08/92
L. ORIGEN: DELEGACION CUAUHTEMOC, DF
FECHA DE ATENCIÓN INICIAL INP: 28/06/99 (Consulta Externa Pediatría)
FECHA INGRESO: 09/07/07
FECHA DEFUNCIÓN: 25/07/07

ANTECEDENTES:

Heredofamiliares: Consanguinidad: La madre es prima hermana de la madre del padre del paciente. El padre presentó a los 7 años un evento de "locura" (sic) caracterizado por empezar a correr por 5 min sin rumbo fijo. Presentó 2 eventos posteriores similares, no se menciona edad y siempre se relacionaron a períodos prolongados de vigilia. Tres hermanos: uno de ellos, de 3 años al momento de primera consulta con diagnóstico de Ataxia-telangiectasia.

Personales no patológicos: Madre de 23 años, G1, P0, A0; lloró y respiró al nacer, desconoce Apgar; resto sin importancia. Peso al nacer: 2850g, talla desconocida. Desarrollo psicomotor: sostén cefálico 3 meses, sonrisa social 2 meses, sostén de tronco 4 meses, sedestación 6 meses; marcha 12 meses. Lenguaje: monosílabos 12 meses, lenguaje entendible a los 30 meses. Acude a escuela con educación especial.

Personales patológicos: Exantemáticos, quirúrgicos, traumáticos, transfusionales y alérgicos negados.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Inició a los 15 meses de edad al notarse caídas frecuentes al caminar, así como desviación de la cabeza hacia el lado derecho; refieren también incoordinación al tomar un vaso con agua, ya que derramaba parte del contenido. Notaron eritema conjuntival a los 40 meses, muy leve sin alguna otra sintomatología ocular. Acudió con médico particular quien envió a Rehabilitación habiendo mejoría de la incoordinación antes mencionada con ésta. Acudió al INP en donde se encontró inicialmente Peso: 17.6 kg (<P3), Talla: 104 cm (<P3), PC: 48 cm (-2 DE), FC 100x', FR 28x', t: 36.8° C. Conjuntivas con "maraña" hipervascular; hígado palpable 1 cm por debajo del reborde costal, 6 cm por percusión total; tono muscular disminuido en miembros inferiores. Conciente, orientada en lugar y persona, pares craneales normales, fondo de ojo normal; fuerza y tono muscular normal, base de sustentación amplia, ataxia para la marcha, no Romberg; reflejos osteotendinosos presentes y de buena intensidad, no Babinsky.

Evolución: Laboratorios inmunológicos iniciales normales (2000), Se dio factor de transferencia desde el año 2000, 1 U c/ 15 días, presentando mejoría durante los primeros años de tratamiento (reduciéndose número de eventos de IVAS al año). Por neurología se dio Vitamina E. En control por Oncología por riesgo de desarrollar neoplasias asociadas a la enfermedad de base, (Alfa Feto Proteína del 2000 con 313.8 y en 2002 en 128 ng/mL respectivamente). Ultrasonido abdominal en 2003 y 2004 normales. En 2007 presentó dermatosis diseminada a tronco y extremidades superiores e inferiores, región axilar bilateral y región inguinal caracterizada por máculas hiperpigmentadas algunas confluentes, una papulopustulosa en tronco y en axilas placas liquenificadas; se diagnóstico dermatitis pustulosa subcorneal con foliculitis aguda, eosinofilia leve, compatible con Síndrome de Ofuji; las lesiones se inactivaron. Durante 2006 y 2007 incrementó la frecuencia de las infecciones de vías aéreas superiores, presentando prácticamente en cada consulta datos de las mismas que en la mayoría ameritaron antibiótico. En mayo del 2007 presenta episodio de sinusitis manejado con Cefuroxime. A lo largo de los años

presentó deterioro neurológico progresivo, con incremento gradual de la ataxia, nistagmus, deterioro de funciones cerebelosas.

PREHOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS. (09/07/07)

Femenino de 14 años que acudió por presentar 48 hrs de evolución de tos productiva con secreción amarillenta, no disneizante, no cianozante ni emetizante; astenia, adinamia, febrícula, y epistaxis que cedía con compresión; facultativo prescribió penicilina, ambroxol, metamazol con mejoría de la sintomatología; sin embargo a las 14 hrs presenta epistaxis nuevamente, en esta ocasión intensa que no cedió a maniobras, por lo cual decide traerla a INP.

EF: FC 124x' FR 24x' TA 87/47 T 36.5° C SaO2 s/O2 83%, con O2 94% Peso: 29 kg. Talla: ---

Se le encontró con palidez de tegumentos, epistaxis anterior profusa, amígdalas hipertróficas, taquicárdica, campos pulmonares con estertores crepitantes en base izquierda; abdomen con manchas hipertróficas; extremidades hipotróficas con pulsos periféricos filiformes, llenado capilar 3 ". Diagnóstico: Bronconeumonía y Choque hipovolémico. Rx tórax: infiltrado y condensación basal izquierda; BH: Hb 10.3, Hto 32.5, leucocitos 9100, N 29%, L 64%, M 7%, plaquetas 255mil. Se inició carga de SF 0.9%, paquete globular a 20 ml/kg.

Infectología sugirió dicloxacilina/ceftriaxona por inmunodeficiencia primaria con compromiso de inmunidad celular y humoral, requiriendo cubrir S. aureus y neumococo. **Inmunología** solicitó citometría de flujo, IgG, IgA, IgM y subclases de IgG (1,2,3,4); sugiere descartar ERGE e indicó administración de FT 1U c/24 hrs x 5 días y posteriormente valorar uso de Gammaglobulina. Se transfiere a Infectología.

INFECTOLOGÍA. (11- 16/07/07)

FC 132x', FR 35x', TA 103/63 mm/Hg, t: 37.3° C, Peso 29.2 (<P3) Talla: --

Diagnósticos: Ataxia telangiectasia, Retraso psicomotor, Foliculitis, Neumonía lobar; con mejoría clínica respecto a su ingreso. A la EF estertores crepitantes basales bilaterales.

Por riesgo de trastornos linfoproliferativos se interconsultó a **Oncología** quien encontró múltiples ganglios en cuello, desde 0.5 a 0.8 cm renitentes, indoloros, móviles en cadena cervical anterior, ángulo maxilar inferior izquierdo, retroauricular, cervicales posteriores. Valorado por **Gastronutrición** quien consideró indispensable iniciar tratamiento antirreflujo (cisaprida y ranitidina) mientras se confirmaba diagnóstico de ERGE y/o AMD que estuviesen ocasionando microaspiraciones. Se solicitó Gamagrama de vaciamiento gástrico y SEG.D.

Con poca interacción con el medio, no hablaba ni obedecía órdenes.

INFECTOLOGÍA. (18/07/07)

FC 120x', FR 28x', TA 120/70 mm/Hg, t: 36°C, Peso: 29.2 Kg

Presentó vómito postprandial en dos ocasiones, pico febril en una ocasión, malas condiciones del estado general, coluria e ictericia generalizada; abdomen con hepatomegalia 3-3-3 cm por debajo del reborde costal, hígado duro y doloroso. Se cambió antibiótico por Cefepime 150 mg/kg/día (ciprofloxacino en caso de no haber el primero). **Inmunología** sugirió inicio de factor de transferencia por mala evolución.

LAB: ES: Na 128, K 4.55, Cl 101, CrS 0.5, Ca 8.7. TP 15s, 78%; TPT 54s, Fib 225, Dímero D menos de 700. BT 7.2, BD 5.5 BI 11.7, DHL 1562, AST 234, ALT 118, GGT 644, Col 217, TGC 651, PT 4.2, FA 118. EGO proteínas +75, leucocitos 100.

Se sospechó hepatitis de tipo viral. Antecedente hace 2 años de hermana con hepatitis B, ya remitida. Se palpaban adenomegalias retroauriculares de 0.5 cm dolorosas, submaxilares; dos ganglios de 1.5 cm dolorosos de consistencia ahulada.

INFECTOLOGÍA. (19/07/07)

FC:151x', FR: 20x', TA: 130/70 mm/Hg, t: 37.8 °C

Datos de choque séptico que requirió intubación orotraqueal y apoyo con aminas (dobutamina) y pentaalmidón; acidosis metabólica descompensada, lactato 83; se colocó catéter venoso central subclavio derecho; sonda nasogástrica con posos de café. Se tomaron muestras para virales (HbsAg), Ag core VHB, serología para parvovirus IgM e IgG, virales CMV, VEB. 2 o 3 Adenomegalias cervicales de cada lado, anterior media y posterior de 5x3 cm aprox. lado izq. y der 2.5 x 3, con deformidad de la cara; hígado de 11 cm por percusión total. Rx lateral cuello comprobó vía aérea conservada. Se indicó Gammaglobulina 1 mg/kgdo, sucralfato 40 mg/kgd y soluciones 2000 / 50 (1/2 HCO3)/ 40 + Albúmina 5%. Transfusión de PFC, C plaqueta rió. Se tomó AMO y ferritina y dímero D.

BH: Hb 13, Hto 41, leucocitos 12700, S 66%, L 27%, M 4%, NT 8400, LT 3400, plaq 105mil, bandas 3%. PCR 13.1

INMUNOLOGÍA. Por los datos de afección hepática y diagnóstico de base consideramos necesario descartar hepatitis fulminante VS Sx. hemofagocítico; se envía toma de ferritina, pruebas de coagulación, fibrinógeno, DD, colesterol, Triglicéridos.

HEMATOLOGÍA. (20/07/07)

Las condiciones clínicas del paciente se deterioraron progresivamente, con epistaxis abundante, sangrado de tubo digestivo incoercible; aumento de volumen progresivo en región cervical a nivel de ganglios inicialmente de 5 cm; el día de hoy se palpó la zona con aumento de volumen generalizado, duro, de 5-7 cm, conglomerado que confiere al cuello aspecto de "toro". EF: nariñas con epistaxis abundante, halitosis intensa, precordio hiperdinámico, hepatomegalia 4-4-4 cm. **FSP:** SR aspecto normal, serie blanca con cambios prominente de infección, granulocitos con granulaciones tóxicas abundantes, vacuolización y con cuerpo de Döhle, linfocitos atípicos y monocitos vacuolados; serie plaquetaria disminuída por apreciación. **AMO** que reporta: SR normal, SB siguiente diferencial: preielocitos: 4, mielocitos:4, juveniles 3, bandas 14, S 22, Eosinófilos 11, L 13, blastos 19%, células de retículo con hemofagocitosis de linfocitos, normoblastos 4; las células inmaduras son grandes con citoplasma azul, núcleo con vacuolización intensa y es por ello que consideramos que la paciente se encuentra cursando con proceso linfoproliferativo, probable linfoma de Burkitt, por antecedente de A-T y evolución rápida de los crecimientos ganglionares. Esta entidad más la sepsis favorece desarrollo de síndrome hemofagocítico. Es pertinente iniciar manejo con gammaglobulina y esteroide a fin de modificar la evolución de la hipercitocinemia; reiteramos la necesidad urgente de realizar biopsia en cuanto sea posible. Sugerimos Dexametasona 6 mgmg2, Gammaglobulina 1 gr./kg. Diferimos VP-16 por las condiciones de la paciente.

(20/07/07)

ORL: Realizó taponamiento anterior fosa nasal derecha, cediendo la epistaxis.

ONCOLOGÍA: Sugirió toma biopsia de ganglio en cuanto las condiciones de la paciente lo permitan. Se comenta con Cirugía Oncológica.

INMUNOLOGÍA: Por inestabilidad hemodinámica no está en condiciones de recibir infusión de gammaglobulina.

INFECTOLOGÍA. Transferencia a UTIP. (20/07/07)

FC 166x', FR 20 x', TA 97/35 mm/Hg, t: 37.8°C, PVC 16.5 – 19, SO2 91%

Dx: BNM comunitaria probablemente bacteriana, Sx. Hemofagocítico, Probable Linfoma de Burkitt secundario a VEB, Sepsis grave, Choque séptico, Ataxia-Telangiectasia.

Se encontró: orointubada, taquicárdica, oligúrica, con aminas; estertores bilaterales, abdomen distendido, signo de la ola positivo, hígado por PT 11 cm, peristalsis ausente, extremidades inferiores con pulsos débiles, llenado capilar 3 ". Rx tórax se observaba consolidación basal izquierda, derrame pleural bilateral escaso. PVC intravasculosa en 13, Dobutamina a 15 mcgkgmin. Se agregó por hipoperfusión tisular, PVC elevada y oliguria dopamina a 10 mcgkgmin; gasometría pH 7.14, PCO2 35, PO2 92, HCO3 18, DB -17, lact 83, con vasodilatación periférica. Se transfundió PG 20 ml/kg/do. Se modificó antibiótico de ciprofloxacino a meropenem. Los cultivos central y periférico del 19/07/07 negativos, con reporte de pseudo hifas en secreción bronquial (19/07/07). Sin reporte de CMV, EBV, HCV, HBV, Parvovirus, PS 65. Sangrado activo en nariñas y STD alto, bajo; se realizó lavado gástrico y se administró sucralfato. Se encontró en CID, fibrinógeno normal y Dímero D elevado. AMO con reporte de células hemofagocitantes y blastos (probable Linfoma de Burkitt). Se decidió su ingreso a UTI. Con transfusión PG, plaquetas, crioprecipitados, PFC y Gammaglobulina, Vit K.

INGRESO UTIP. (20/07/07)

FC: 161x', FR: 24x', TA: 110/51 mm/Hg, t: 38°C, Peso: 29.2 KG

Diagnósticos de choque séptico, origen pulmonar, derrame pleural bilateral, probable linfoma de Burkitt, Síndrome hemofagocítico, hepatitis en estudio, ataxia telangiectasia. Se recibió con taquicardia, TA conservadas, PVC 19, con líquidos a 1500, pentamidón a 10 mlkgdo. Se administró carga de HCO3 para tratar acidosis, se cambió dopamina por epinefrina; persistente febril (39.1) con últimos laboratorios de hoy: Cr 1.6, Na 130, K 5.4, Ca 8.6, TP 14.53, TPT 55.3, DD >700, fibrinógeno 195 (CID). A la EF: abdomen distendido, duro a la palpación, peristalsis muy disminuída, no borde hepático, pulsos distales y centrales de adecuada intensidad, llenado capilar 3". Gammaglobulina pendiente hasta mejorar condiciones.

INFECTOLOGÍA.

Bh: Hb 10.1, leuc 13900, NS 86%, plaquetas 57mil. Se iniciará esquema con fluconazol 10 mgkgdía al considerar hallazgo pseudohifas y plaquetopenia, probable infección por Candida.

CIRUGÍA ONCOLÓGICA. (21/07/07)

Se realizó drenaje pleural; citoquímico MCP 1754, Glu 95, con coágulo, células no valorable, Seg 66%, bandas 16%, granulaciones tóxicas 1+, linfocitos 15%. Paracentesis drenando escaso seroso, abdomen con peristalsis

ausente, resistencia muscular. Presión intravesical de 16, aún sin síndrome compartimental. Se solicita US abdominal. Continúa con choque y acidosis metabólica (pH 7.17, HCO₃ 20 y lactato 90). Se realizó toma de biopsia de ganglio cervical (triángulo anterior). Durante el procedimiento presentó perforación de vena yugular externa que se reparó. Citoquímico líquido peritoneal: MCP 1931, Glu 76, sanguinolento, cels 600, PMN 31%, MN 58%.

CIRUGÍA. (21/07/07)

Se instaló catéter de diálisis peritoneal por acidosis metabólica persistente, oligoanuria y presión intravesical con límites altos por 20 mmH₂O. No se refirieron complicaciones.

INFECTOLOGÍA.

Requirió diálisis peritoneal, se disminuyó entonces meropenem 500 mg c/12 hrs (antes 600 mg c/8hrs = 20 mgkgdo).

NEFROLOGÍA.

FC: 124x', FR: 38 x', TA: 103/69 mm/Hg; PVC 11 cm/H₂O, t: 35° C

Se nos interconsultó por elevación de Cr, acidosis, oliguria y haber cursado con datos de hipervolemia (TA 160/82). Se incrementó diurético 2 mgkgdo a 4 mgkgdo. Se comentó que a la paciente se le colocaría catéter para drenar líquido de ascitis pero se colocó catéter para diálisis peritoneal (no dando tiempo para iniciar tratamiento médico completo), pero una vez colocado, decidimos utilizarlo. Se suspendieron aminas hace 3 hrs. Tiene albúmina de 1.8, consideramos cursa con fuga capilar a 3er espacio. Probable IRA prerrenal por el choque hipovolémico inicial. Último bicarbonato de 19.3, pH 7.41, PCO₂ 29.8, lactato 139. Se iniciará diálisis peritoneal para reducir la volemia (Balance positivo de 1173ml) y por encontrar Rx con datos de congestión pulmonar más no por contar con criterios para diálisis aguda. Manejo: diálisis peritoneal con 1200cc de solución 1.5%, suspender furosemide y albúmina, llegar hasta HCO₃ de 25.

UTIP. (22/07/07)

FC: 166x', FR: 35x', TA: 113/36 mm/Hg, t: 37.5°C, SaO₂ > 87%

Con acidosis metabólica, FiO₂ 60%, PI 36, PEEP 8, FR 35; Rx igual que el día de ayer, con congestión pulmonar a pesar de diálisis; con apoyo de aminas (dobutamina y norepinefrina). Se reportó creatinina 2.1. Se sospechó perforación intestinal por acidosis metabólica persistente con hiperlactatemia, presión intravesical de hasta 26; edema miembros pélvicos hasta tercio medio, ++. Se realizó drenaje de líquido de ascitis, el cual fue sanguinolento, continuó transfusión de productos sanguíneos. Ha presentado hipotermia, cubierta con meropenem y fluconazol. Metabólico: cursa con IRA e hipocalcemia.

NEFROLOGÍA

FC: 149x', FR: 35x', TA: 113/45 mm/Hg, t: 36° C

Diagnósticos ya mencionados, cursando con Falla multiorgánica (pulmón, corazón, cerebro y riñón. Con anasarca, drenándose ayer 2 L aproximadamente de líquido de ascitis; se incrementó diálisis de 1.5 a 2.5% (vol 800ml, estancia 1hr) para disminuir pérdida de volumen a tercer espacio.

UTIP. (23/07/07)

FC: 139x', FR: 35 x', TA: 179/ 69 mm/Hg, t: 36.3°C

Con acidosis respiratoria, se incrementan parámetros del ventilador. Con dobutamina y norepinefrina (0.4 mcgkgmin), oligoanuria, balance negativo.

NEFROLOGÍA. (23/07/07)

Ingresos 2657, egresos 117ml, DP -1885ml, PVC actual 8, TA 130/57, oligoanuria; anasarca, quemosis, hipoventilación pulmonar basal, líquido peritoneal completamente hemático, llenado capilar inmediato. Se cambia concentración al 4.25% ya que recibirá gammaglobulina y se incrementará edema.

INFECTOLOGÍA. (23/07/07)

Se inició cobertura contra *S aureus* resistente así como para procesos micóticos: teicoplanina y anfotericina ajustadas a dosis renal.

INMUNOLOGÍA. (23/07/07)

Cuenta con AMO en el que se observan células hemofagocitando, ferritina 5867, Col 267, TGS 651, DD > 700, por lo que se integra Síndrome hemofagocítico. Sus condiciones han mejorado, de acuerdo en administrar gammaglobulina. Se sugiere presentar a la paciente al comité de ética para determinar la relación de intervenciones de acuerdo al pronóstico.

UTIP. (23/07/07)

Se encuentra con tendencia a la taquicardia, TAM 65-83 mmHg, gasto urinario 5 ml/m²SC/hr; BH + 256ml, hiperlactatemia, bicarbonato sérico compensado por aporte externo, apoyo inotrópico dosis alfa, Hb 7, se hemotransfunde. Incrementó el derrame pleural de predominio derecho, balance total acumulado +5800; Dif AV con hiperdinamia. Ventilador con: PIE 7, VC 10 ml/kg, FiO₂ 60%, FC 30, con alcalosis respiratoria, se ha permitido reducir parámetros ventilador. IK 235. Presenta hipotermia persistente. Cr 2.7, Ur 70 mg/dL, hiperuricemia, hipocalcemia. Elevación de AU 8.4, no requiere alopurinol ya que es nefrotóxico, la hiperuricemia no causan riesgo a la paciente. Se disminuirá volumen de la diálisis aunque puede no alcanzarse objetivo de diálisis.

UTIP. (24/07/07)

FC: 134-152x' TAM: 81-95

Se ha logrado reducir vasopresor a dosis beta, diferencial amplia, TAD bajas, TAM conservada a expensas de sistólica, PVC 10, probablemente no sea real sino atribuida a tórax restrictivo; ventilador con VC 9 ml/kg, PEEP 7m FiO₂ 60%, FC 25; gasometría con acidosis respiratoria. Rx de tórax: derrame pleural predominio derecho, mejoría en relación a días previos. Sin datos de respuesta inflamatoria sistémica. Ultima BH con leucocitosis y trombocitopenia. En espera de resultado de virales. Actualmente balance total negativo, continuamos diálisis. Se inicia insulino terapia por hiperglucemias.

UTIP. (25/07/07)

Presentó evento de paro cardiorrespiratorio pues continua con sangrado activo abundante por VO, presenta bradicardia de 50x' y se dieron maniobras de reanimación con una dosis de epinefrina, con lo cual remite paro. Se transfunden plaquetas y PFC.

INFECTOLOGÍA. (25/07/07)

Se presentó con en sesión con Hematología, Inmunología e Infectología considerándose por el diagnóstico de base no recuperable. Por las condiciones clínicas de la paciente y 2 eventos de paro cardiorrespiratorio ya no es rescatable por lo cual no cambiaremos esquema.

NOTA DE DEFUNCIÓN. (25/07/07)

11:25 HRS Tercer paro cardiorrespiratorio que no cede a maniobras de reanimación. Se reporta PP65 66%, Ac CMV y VEB positivos, aún pendiente PP67 y reporte de biopsia de ganglio cervical.

RESUMEN DE LABORATORIOS

Hematología.										
Fecha	Hb	Hto	Leucos	Linfos	NS	Ban	Plaq	TP	TTP	Otros
10/07/07	10.3	32	9100	64%	29%		255mil	13.6/80	42.8	
14/07/07	14.5	44	7900	21	58	7	155mil			
17/07/07	14.4	43	10000	29	53		150mil			
19/07/07	13.7	41.3	12,700	27	66	3	105mil	15.4/78	54	Fib 225, DD <700
20/07/07	10.1	30.6	13,900	13	86		57mil	14.5	55	DD>700 Fib 195
22/07/07	9.1	26.2	13,400	24	65		104mil			
23/07/07								14.9/83	72.3	

Pruebas de función hepática											
Fecha	BT	BD	BI	TGO	TGP	GGT	Col	TGs	DHL	FA	PT/Alb
19/07/07	7.2	5.5	11.7	234	118	644	217	651	1562	118	4.2/1.7
23/07/07	8.5	6.3	2.2	56	293	219	126	418	1231	428	4.0/2.0

Inmunología	17/07/07	19/07/07	23/07/07
PCR	13.1	16.9	17

	19.07.07
Ferritina	5867 (9.0-120)

Fecha	Na	Na u	K	K u	Cl	Ca	Gluc	Bun	Cr	Ac Urico
18/07/07	130		4.4			8.4	56	13	0.7	
19/07/07	129		4.6		101	8.7	56	11	0.5	
20/07/07	129		5.3		103	7.7	62	18	1	
21/07/07	133		4.4		100	7	118	30	1.8	
21/07/07 pm	138	78.6	3.7	51.2	103	98.1	9.4	65	38	2.1
22/07/07	137		3.5		104					
23/07/07	146		3.3		99	10.9	63		2.7	8.4
24/07/07	141		3.7		98	9.4	113	41	2.6	

	04/04/00	01/11/00	30/03/00	11/07/07	16/07/07	19/07/07
AFP (alfa feto proteína)	313.8 ng/mL	128 ng/mL				
IgE PRIST		8.2 UI/mL				
IgG (607-1228)			963	640		
Subclases de IgG						
IgG1					63 (100-455)	
IgG2					67.70 (28-125)	
IgG3					67.70 (28-125)	
IgG4					3.68 (3.7-136)	
IgG TOTAL					1134 (664-1490)	
IgM (45-196)			283	109		
IgA (32-199)			39	20.3		
HAV IgM						Negativo
HBsAg,						Negativo
Ac HBcAg						Negativo
HBcAg						Negativo
EBV IgM /IgG						Negativo
Ac vs cápside VEB						Positivo 219 U/mL
EBV EA						Negativo
EBNA						Negativo
CMV IgM						Negativo
CMV IgG						Positivo 3.1 UI/mL
Ag pp65 CMV						Positivo 66%
Parvovirus B19 IgG						Negativo
CD 16+56				7.8 (152 mm3)		
CD 19+				2.5% (48.6mm3)		

