



# INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

## SESIÓN ANATOMOCLÍNICA

JUEVES 02 DE ABRIL DEL 2009

PRESIDE: DR GUILLERMO SÓLOMON SANTIBÁÑEZ  
COORDINA: DR. ARMANDO MARTÍNEZ ÁVALOS  
PATÓLOGO: DR. RODOLFO R. RODRÍGUEZ JURADO  
T.M.S: TMS. FRANCISCA RUIZ ESTRADA  
RESUMIÓ: DR. JOSÉ MANUEL ÁLVAREZ ARENAS

**NOMBRE:** GMR.  
**GÉNERO:** MASCULINO.  
**LUGAR DE NACIMIENTO:** CUERNAVACA MORELOS.  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 19-10-94  
**EDAD:** 13 AÑOS 3 MESES  
**FECHA DE INGRESO:** 24-01-08  
**FECHA DE DEFUNCION:** 21-03-08.

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Madre de 35 años ama de casa, con papilomatosis cervical desde hace 8 años; padre con dolores torácicos desde hace 15 años sin diagnóstico, tosedor ocasional, fumador de una cajetilla al día; abuelo materno finado por cirrosis alcohólica; ambos abuelos paternos diabéticos; 4 tíos vivos maternos vivos, con diabetes mellitus tipo 2. Niega familiares con enfermedad respiratoria.

### ANTECEDENTES PERINATALES.

Producto de G 1 y P1, con buen control prenatal, 2 USG normales. A término, se desconoce Apgar. Peso 4.3 Kg, talla 51cm, PC 31.5 cm, egresa a las 24 hs como binomio sano.

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Vivía en casa rentada con todos los servicios, sin zoonosis, se negaron visitas a granjas cuevas o fábricas. Esquema de vacunación incompleto por falta de BCG y sarampión de los 6 años. Vivió en Orizaba Veracruz por un año. Tuvo sonrisa social al mes, sostén cefálico al 4to mes, a los 6 bipedestación y a los 18 caminó, no gateo; su lenguaje lo inició con balbuceo a los 4 meses, bisílabos a los 9. A su ingreso al hospital cursaba secundaria con promedio de 8. Alimentación: Seno materno y ablactado hasta los 6 meses, dieta familiar al año.

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Infecciones de vías aéreas superiores de repetición, 7 por año desde los 5 años de edad; a los 8 años tuvo Hepatitis A, requiriendo 5 días de hospitalización, así como transfusión de PG; circuncisión a los 8 años de edad, por fimosis,

### PADECIMIENTO ACTUAL.

Inició en Diciembre del 2007 con tos seca no cianozante, disneizante, ni emetizante, de predominio nocturno, que se exacerbaba con el ejercicio y no se asociaba a cambios de temperatura. Fue incrementando de intensidad, tornándose húmeda y con expectoración ocasional blanquecina. Apareció hiporexia, pérdida de peso de 8 Kg en 15 días; presentó posteriormente vómitos gástricos, inmediatamente después de ingerir líquidos o sólidos. Disnea de medianos a mínimos esfuerzos; postración en cama, adinamia y astenia. En las últimas dos semanas vómitos con estrías de sangre. Asistió con médico, quien refirió cuadro de IVAS e inició tratamiento, que se desconoce. Acudió con otros médicos sin mejoría. En la biometría hemática se encontró anemia, con VSG de 63. El examen general de orina mostró infección urinaria y se le inició antibiótico no especificado. Por persistir con anorexia y vómitos, así como tos, el día 13 de Enero del 2008 acudió a Hospital general de Cuernavaca, en donde se integró diagnóstico de Síndrome anémico y neumonía; se dio tratamiento no especificado y se realizó PCR para TB con resultado negativo, pero un cultivo de lavado bronquio alveolar fue positivo para *P. aeuroginosa* y se inició ceftazidime. Se envió a este instituto para una broncoscopia, con el diagnóstico de bronquitis aguda eritematosa hemorrágica (Hemosiderosis).

#### **24-01-08. VALORACIÓN DE NEUMOLOGÍA.**

FC 90 x min, FR 30 x min, TA 110/70 mm/Hg, Sat 86%, con O2 al 93%.

Palidez generalizada +++, normocéfalo, amígdalas con hipertrofia grado II; tórax con amplexión y amplexación disminuidas sin datos de dificultad respiratoria, estertores finos bilaterales basales, exacerbados con espiración profunda, sin sibilancias; área precordial con acentuación del segundo ruido; hígado a 4 cm por debajo del reborde costal; extremidades sin hipocratismo ni acrocianosis. Resto normal. Se sospecha de neumonitis intersticial, del tipo hemosiderosis o vasculitis, a descartar otra neuropatía alérgica. Se descartará problema infeccioso secundario a gérmenes atípicos, micobacterias y VIH. Ingresa para abordaje diagnóstico.

#### **24-01-08. VALORACIÓN INMUNOLOGÍA.**

Primera posibilidad diagnóstica Granulomatosis de Wegener, se deberá descartar LES o vasculitis de pequeños vasos, y la presencia de hemorragia pulmonar activa por disminución de la Hb; se decide abordaje sistémico iniciando esteroide 1mgkd en base a prednisona.

#### **25-01-08. NOTA DE ENDOSCOPIA.**

Estomago con mucosa hipertrófica con huellas de sangrado activo y friable, da la impresión de hipertrofia linfoidea, que abarca el fundus y el cuerpo y que es de consistencia dura a la toma de biopsias. Se inicio omeprazol y sucralfato.

#### **29-01-08. INMUNOLOGÍA.**

Ante los hallazgos de hipocomplementemia se sospecha de vasculitis, así mismo, se deberá descartar inmunodeficiencia común variable, ya que esta se asocia frecuentemente a autoinmunidad. Considerando que se encuentra con terapia inmunosupresora, hipocomplementemia, hipogamaglobunemia y linfopenia se sugiere dejar cobertura de antibiótico de amplio espectro. El Gammagrama pulmonar muestra múltiples focos redondos con hipoperfusión por lo que se inicia dipiradamol 75mgs cada 12hrs.

#### **29-01-08. INFECTOLOGÍA.**

Antecedente de hospitalización por 10 días, se deberá descartar neumonía nosocomial por infiltrado en Rx de tórax. No se puede descartar la posibilidad de *P. jirovecci*, así como de *Aspergillus*. Se inicia cefepime, TMP/SMX y anfotericina B.

#### **30-01-09. INMUNOLOGÍA.**

Se corroboran valores normales de IgG, por lo que se descarta inmunodeficiencia común variable y se difiere administración de GGIV, se suspende hidrocortisona y dipiridamol.

#### **01-02-08. ONCOLOGÍA.**

Se reporta por patología adenocarcinoma gástrico, se iniciaran estudios de extensión. Por lo pronto se solicitan marcadores tumorales. Ag carcinoembrionario, Ca 19.9, valoración por cirugía oncológica.

#### **01-02-08. INMUNOLOGÍA**

No se considera patología inmunológica.

#### **07-02-08. CIRUGIA ONCOLÓGICA.**

FC 114 x min, FR 44 x min, TA 118/64 mm/Hg

Estatificación TNM T3, N 1, M1. Mal pronóstico. Se solicita inicio de NPT x acceso vascular, se programará laparotomía exploradora con resección vs tratamiento paliativo.

#### **08-02-08. NOTA DE SESIÓN DE TUMORES.**

Diagnóstico de Adenocarcinoma gástrico difuso, se comenta la posibilidad de iniciar dos cursos de quimioterapia neoadyuvante y programar resección quirúrgica, al finalizar la misma. Tiene alta posibilidad de metástasis a pulmón. Se ingresa a UTIP. Se coloca catéter Hickman subclavio.

#### **13-02-08. INFECTOLOGÍA**

Se inicia fluconazol y TMP/SMX profiláctico por quimioterapia mieloablativa.

#### **13-02-08. ONCOLOGÍA**

Se inicio 5 flouracilo y carboplatino.

#### **15-02-08. INFECTOLOGÍA.**

Termino esquema con cefepime, actualmente con profilaxis con TMP/SMX y fluconazol; persiste febril, se solicitan policultivos y se deja meropenem y teicoplanina.

#### **15-02-08. VALORACIÓN UTIP.**

FC 120 x min, FR 36 x min, TA 120/70 mm/Hg, Sat 91%

Insuficiencia respiratoria secundaria a infiltración linfática del tumor Pb. edema agudo pulmonar cardiogénico. Ingreso a UTIP. Pronóstico malo a la vida y para la función pulmonar. Balance positivo en 1000 ml.

#### **15-02-08. UTIP**

Se coloca BPAP por datos de dificultad respiratoria, con gasometría que mostró hipoxemia e hiperlactatemia. Se continúa con líquidos restringidos, diurético por la presencia de cardiomegalia y aumento del infiltrado intersticial.

#### **18-02-08. UTIP**

FC 123 x min, FR 26 x min, T 36.5°C

Presenta Síndrome de lisis tumoral, se inicia manejo con alopurinol.

#### **22-02-08. UTIP**

Egres a piso de oncológica; se resolvieron datos de dificultad respiratoria por lo que se desteta hoy.

#### **06-03-08. ONCOLOGÍA**

Se egresa del servicio con nueva cita en 2 semanas para nuevo ciclo de quimioterapia.

#### **07-03-08. PREHOSPITALIZACIÓN.**

FC 166 x min., FR 32 x min., TA 93/56 mm/Hg, T 38.3°C

Reingresa por cuadro de vómitos de contenido gástrico en más de 4 ocasiones, con hiporexia, dolor abdominal palidez y mal estado general. EF con mucosas secas, palidez generalizada, rudeza respiratoria, abdomen con dolor a la palpación de marco cólico, de predominio en epigastrio; hipotensión y disminución de los pulsos. Pasa a sala de choque donde requiere de cargas de SF 0.9%, se envía a sala de urgencias con choque mixto.

#### **08-03-08. INFECTOLOGÍA**

Paciente con datos de RIS sin neutropenia, distensión abdominal y abdomen agudo, se inicia cobertura empírica con ceftriaxona y clindamicina. Se solicita valoración por cirugía oncológica y USG abdominal.

#### **09-03-08. INFECTOLOGÍA**

Continua con datos de SRIS, se amplía esquema antibiótico con vancomicina para cobertura de **S. aureus** o a **S. epidermidis**, por el antecedente de colocación de catéter.

#### **10-03-08. URGENCIAS**

FC 114 x min, FR 45 x min, T 37.7°C, TA 107/70 mm/Hg

Dx de sepsis con Pb. foco abdominal. Se encuentra polipneico, secundario a metástasis pulmonares. Abdomen con datos de irritación peritoneal, sugestivos de colitis neutropénica. Hay fuga a 3er espacio, se inician coloides.

#### **11-03-08. INFECTOLOGÍA**

Se suspende vancomicina y se inicia clindamicina para cobertura de anaerobios y Gram positivos.

#### **12-03-08. CIRUGÍA ONCOLÓGICA**

Inicia líquidos claros; con desnutrición crónica, por lo que se propone realizar cirugía curativa vs paliativa (gastrectomía con yeyuno-esófago-anastomosis) se sugiere iniciar nutrición mixta.

#### **12-03-08. GASTRONUTRICIÓN.**

No se inicia NPT por riesgo de infección de catéter relacionado a sepsis y falta de acceso vascular.

#### **13-03-09. GASTRONUTRICIÓN**

Inicia nutrición mixta para recuperación nutricional por cirugía próxima.

**14-03-08. INFECTOLOGÍA**

FC 142 x min, FR 42 x min, TA 91/53 mm/Hg, T 38.7°C

Continúa con SRIS, fiebre de 5 horas, hipotensión, derrame pleural derecho. Se amplía cobertura para Gram negativos a base de cefepime 150mgkd.

**15-03-08. CIRUGÍA ONCOLÓGICA.**

Derrame paraneoplásico derecho, aumento la consolidación basal, se realiza toracocentesis y se extraen 385 ml de líquido serohemático, turbio. Se envían muestras para citológico y cultivos.

**17-03-08. CIRUGÍA ONCOLÓGICA.**

Inicia con evacuaciones melénicas de 275 gr, descenso de hemoglobina a 9.1 g/dl, por lo que se trasfunde PG, y se inicia sucralfato y ranitidina.

**19-03-08 ONCOLOGÍA**

Inicia 2do curso de quimioterapia. Continua manejo antibiótico.

**20-03-08. ONCOLOGÍA**

FC 140 x min, FR 49 x min, TA 110/80 mm/Hg, T 36.5°C

Taquipnea persistente, intolerancia al decúbito, datos de dificultad respiratoria. Se aplica O2 sin mejoría, se refiere fuera de tratamiento curativo.

**21-03-08. NOTA DE DEFUNCIÓN.**

Adenocarcinoma gástrico metastático a pulmón, con progresión de la enfermedad a insuficiencia respiratoria secundaria a metástasis pulmonares. 24 hr con datos de dificultad respiratoria, se da apoyo paliativo con nebulizador continuo y analgésico con posterior deterioro respiratorio; presenta bradicardia, crisis convulsivas secundarias a hipoxia y paro cardiorrespiratorio a las 4:30 am.

**EXÁMENES PARACLÍNICOS****BIOMETRIA HEMÁTICA**

Fecha	Hb g/dl	Hto %	Leuc	N %/ NT	L % / LT	PLAQUETAS
24-01-08	9.5	32	7.900	82/6400	12/948	323mil.
11-02-08	6.9	20.8	14.900	91/13600	7/1000	314mil.
22-02-08	14.1	42.8	7100	88/6200	8/600	297mil.
07-03-08	9.4	26.4	3100	77/2400	17/527	205mil
14-03-08	10.8	31.3	4000	80/3200	16/600	127mil
18-03-08	13.1	36.9	8900	79/7000	14/1240	144mil

**INMUNOLÓGICOS**

ESTUDIO	25-01-08	28-01-08	30-01-08	12-03-08	14-03-08	11-03-08
CH50	39 UI/mL					
C3	153 mg/dl					
C4	29.8 mg/dl					
IgG	<156 mg/dl		252 mg/dl			
IgM	65.9 mg/dl		63.2 mg/dl			
IgA	192 mg/dl		199 mg/dl			
IgE	173 UI/mL					
ANCA		Negativo				
DNA <sub>n</sub>		Negativo				
ACL		Negativo				
AB2GLP		Negativo				
MPO		Negativo				
PR3		Negativo				
PCR		5.8 mg/dl	2.26	9.35	7.15	12.9
AAN		+ moteado				

ELECTROLITOS SÉRICOS Y QUÍMICA SANGUÍNEA

Fecha	Na mEq/L	K mEq/L	CL mEq/L	Ca mEq/L	Gluc mg/dl	Urea mg/dl	BUN	Ac. U mg/dl	Creat mg/dl	P mg/dl	ALBUMINA g/dl
24-01-08	132	3.8		8.6	94	6.9	4.6		0.3		
15-02-08	129	4.0	106	9.5	109	69.8	32.2		1.52		
17-02-08	146	3.8	105	8.2	134	129	60.5	8.8	1.91		
18-02-08	147	3.4	105	7.9	143	116	57.5	6.9	1.69	6.4	1.9
29-02-08	131	4.2	99	8.1	100	15.4	2.0	7.2	0.36		
11-03-08	133	2.5	96	7.4							
15-03-08	129	3.9	98	7.4							
18-03-08	133	3.6	102	9.7	121	25.5	11.9		0.22		1.2

15-03-08

CITOQUÍMICO DE LIQUIDO PLEURAL

ERITROCITOS	INCONTABLES
CRENOCITOS	70%
MCP	2480
GLUCOSA	82 mg/dl
ASPECTO	ROJIZO TURBIO
PELICULA	AUSENTE
CELULAS	2100
PMN	48%
MNN	41%

GRUPO Y RH SANGUINEO: B (+)

MARCADORES TUMORALES

EXAMEN	ACE ng/ml	Ag Ca 19-9 U/ml
05-02-08	944	3254
18-03-08	283	77351

24-01-08 Ecocardiograma

PSAP 40 mmHg, FEV<sub>i</sub> 79%, corazón sano

25-01-08 Gammagrama pulmonar perfusorio

Pulmón derecho con múltiples defectos de aspecto redondeado hipo perfundido, distribuidos en todo el lecho vascular pulmonar.

Gammagrama con rastreo de galio 67

Aumento de la concentración de línea media de mediastino y en proyección posterior una zona redondeada de aumento de la concentración de tercio medio.

TAC tórax

Múltiples afecciones linfáticas en ambos lados de tórax, no esta afectado intersticio probables metástasis

30-01-08 USG Abdominal

Prominencia de vasos portales de etiología a determinar, probable hepatitis reactiva, discreta dilatación de sistemas colectores del riñón derecho.

05-02-08 Gammagrama óseo

Aumento en el recambio óseo iónico en región sacroiliaca bilateral y maxilar superior

08-02-08 Serie Esofagogastroduodenal

Masa ocupativa en el fondo y cuerpo gástrico ocupando curvatura mayor, con datos sugestivos de úlcera

11-02-08 USG Abdominal

Pared anterior del estómago engrosada, amplia vascularidad, de bordes lobulados pero bien definidos

18-03-08 USG Abdominal

Líquido libre en cavidad en abundante cantidad, sin evidencia de otra alteración.