



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SESIÓN ANATOMOCLÍNICA

JUEVES 10 DE JULIO DE 2008

PRESIDE: DR. GUILLERMO SÓLOMON SANTIBÁÑEZ
COORDINA: DR. ANA MARIA NIEMBRO ZÚÑIGA
PATÓLOGO: DRA. GEORGIA ALDERETE VAZQUEZ
RESUMIÓ: DRA. LORENA RODRÍGUEZ MUÑOZ
TRABAJO SOCIAL: LTS CLAUDIA POSADAS MARTÍNEZ

NOMBRE: R.S.Y.
FECHA DE NACIMIENTO: 10/11/98
GÉNERO: FEMENINO.
ORIGEN: QUECHULTENANGO, GUERRERO.
FECHA DE INGRESO: 11/06/07
FECHA DE DEFUNCIÓN: 12/04/08
EDAD: 9 AÑOS 4 MESES

AHF

Madre 36 años de edad, ama de casa, padre de 41 años, campesino con ingesta ocasional de bebidas alcohólicas, 5 Hermanos, 21, 19, 17, 15, y 13 años, todos aparentemente sanos.

ANTECEDENTES PERINATALES

Producto de la G7 de madre de 28 años de edad, P7, A0, C0. Sin control prenatal, parto atendido por partera en su casa, a término??, lloró y respiró al nacer, se desconocen peso y talla.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Lactancia materna hasta los 2 años de edad, no recuerda inicio de ablactación. Se integró a la dieta familiar a los 8 meses de vida.

Desarrollo: sostén cefálico a los 3 meses, fijo la mirada a los 3, sedestación a los 6, gateó a los 7, bipedestación a los 12, marcha independiente a los 14 meses de edad. Monosílabos a los 3 meses, bisílabos y frases a los 12 y lenguaje completo a los 2 años de edad. cursaba 2º grado de primaria con buen desempeño, pero con dificultad para escribir.

INMUNIZACIONES.

BCG al nacer, Sabin preeliminar, 2, 4 y 6 meses y 5 adicionales. Cuádruple 3 dosis (2, 4, 6 m), Triple viral 2 dosis. Refuerzo DPT 2 y 4 años.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Se refiere que desde los 3 años de edad curso con ataxia y disminución de la fuerza de hemicuerpo derecho, recibió múltiples tratamientos no especificados en su lugar de origen pero no presentaba mejoría.

El día 29/04/07 debido a presencia de cefalea universal, punzante, acompañada de vómitos se realizó TAC simple de cráneo encontrando hidrocefalia obstructiva con masa ocupativa en fosa posterior. Se le colocó SDVP y se envió al Instituto Nacional de Pediatría (INP) llegando el 21/05/07, encontrándose paciente con síndrome cerebeloso hemisférico derecho y vermiano, dismetría, incoordinación, nistagmus bilateral no agotable, marcha atáxica, fondo de ojo con atrofia papilar, reservorio que reexpende adecuadamente.

INP 11/06/07.

Ingresó para realización de Craniotomía suboccipital mas retiro de arco posterior de C1 con resección subtotal (40-50%) de neoplasia ocupativa del 4to ventrículo (12/06/07). Reporte de patología: Astrocitoma pilocítico. Recibió radioterapia del 28/06/07 al 06/08/07 con dosis total de 50.4 Gy. Posteriormente recibió 5 cursos de quimioterapia con Carboplatino y VCR, última quimioterapia 10/03/08.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inició un día previo a su ingreso con presencia de rinorrea hialina, tos productiva, no cianozante, no disneizante ni emetizante, posteriormente emetizante en varias ocasiones, asociado a fiebre de 38°C, malestar general e hiporexia, razón por la que acudió a valoración.

INGRESO A URGENCIAS 15/03/08 . FC 120 x´, FR 28 x´, TEMP 36.5°C , TA 110/60 mm/Hg, PESO 34 kg TALLA 138 cm

Alerta, palidez de tegumentos, buen estado de hidratación, cráneo normocéfalo, válvula de SDVP precoronar derecha funcional; isocoria y normorreflexia. Cavidad oral con mucosas íntegras, faringe hiperémica, descarga retrorinal, membranas timpánicas normales, cuello sin adenomegalias, campos pulmonares hipoventilados con estertores crepitantes basales izquierdos y sibilancias aisladas, sin datos de dificultad respiratoria. Ruidos cardiacos rítmicos, abdomen blando, depresible, no visceromegalias, peristalsis presente, región perianal sin alteraciones. Extremidades simétricas, pulsos presentes, llenado capilar 2 seg. Se dio dieta para neutropénico, inicio de neupogen y apoyo de O2 con nebulizador continuo.

INTERCONSULTA A INFECTOLOGÍA 15/03/08 FC 156 x´, FR 30 x´, T 39°C, TA 110/60 mm/Hg

Paciente con datos de alto riesgo para bacteremia, con fiebre elevada, datos de respuesta inflamatoria sistémica, neutropenia profunda y anemia. Se inició dicloxacilina/ceftriaxona.

TRANSFERENCIA A INFECTOLOGÍA 17/03/08 FC 108 x´, FR 28 x´, TEMP 36.7°C, TA 105/ 52 mm/Hg

Paciente estable, afebril, sin dificultad respiratoria por lo que se ingreso a piso.

ONCOLOGÍA 18/03/08

Proceso infeccioso en resolución por lo que se continua con protocolo de quimioterapia con vincristina.

INFECTOLOGÍA 19-21/03/08 PESO: 32.3 kg

Vómito en posos de café en una ocasión y crisis convulsiva tónico clónico generalizada la cual se yuguló con diazepam. Se realizó TAC de cráneo, sin evidencia de sangrado.

INFECTOLOGÍA 23/03/08 FC 100 x´, FR 36 x´, T 36.5°C, P 30.9 kg

Paciente con Glasgow de 14, dificultad respiratoria y abundantes secreciones en vía aérea, gasometría arterial con acidosis respiratoria, posteriormente presentó deterioro neurológico con Glasgow de 12 por lo que se decidió intubación orotraqueal.

INTERCONSULTA A UTIP 24/03/08 P 30 kg, FC 126 x´, FR 20 x´, T 36.5 °C, TA 120/80 mm/Hg

Paciente con deterioro neurológico secundario a hiponatremia, con ventilación mecánica, hemodinámicamente estable, se sugiere corrección de sodio e incremento de líquidos para mejorar osmolaridad, así como monitoreo neurológico.

GUARDIA INFECTOLOGIA 24/03/08

Afebril, hemodinámica y ventilatoriamente estable, Hb 10 g/dl por lo que se decide transfundir PG a 10 ml/kg. Se inició disminución gradual de sedación y relajación.

ONCOLOGÍA 25/03/08

Se revisó expediente radiológico observando aumento de la lesión tumoral en relación a la TAC de junio del 2007, con pbe. disfunción del SDVP e hidrocefalia. Se solicitó RMN para valorar progresión tumoral.

INFECTOLOGÍA 26/03/08 FC 112 x´, FR 28 x´, T 36.4°C TA 110/70 mm/Hg P 30 kg (Aprox.)

Se realizó extubación programada sin complicaciones, neurológicamente alerta. Continuó con corrección de Na. Persistió polipneica sin datos de dificultad respiratoria.

INFECTOLOGÍA 27/03/08 FC 106 x´, FR 30 x´, T 36°C

Con bradilalia, isocoria y normorreflexia, extremidades hiporrefléxicas, espásticas y disminución de la fuerza muscular de predominio derecho. Se inició dieta líquida.

INFECTOLOGÍA 28/03/08

Se realizó EEG reportándose severa disminución de la amplitud de forma generalizada, sin presencia de actividad epileptiforme. Se suspendió doble esquema antibiótico (14/14).

INFECTOLOGÍA 29/03/08 FC 120 x', FR 36 x', T 36.6° C TA 120/80 mm/Hg

Aislamiento de Burkholderia cepacia en secreción bronquial por lo que se inició TMP/SMX.

INFECTOLOGÍA 02/04/08 FC1 00 x', FR 34 x', TA 100/60 m/Hg T 37°C

Paciente afebril en corrección de sodio, actualmente con aporte de 100 mEq/lt. Se realizó gammagrama de vaciamiento gástrico y SEGD.

GUARDIA INFECTOLOGIA 03/04/08 00:00 A.M.

Presentó paro cardiorrespiratorio de 7 min de duración, se realizaron maniobras avanzadas de reanimación, se intuba orotraqueal, se colocó catéter venoso central. Se dio sedación y relajación. Se realizó TAC en la que no se reportaron cambios con relación a los estudios previos. Se iniciaron aminas y clindamicina.

INTERCONSULTA NEUROCIRUGÍA 03/04/08

Se encontró paciente orointubada, sedada y relajada, el sistema de derivación con reservorio que reexpandía adecuadamente, en la TAC realizada con hidrocefalia crónica, ventrículos redondeados sin migración transependimaria, se observaron espacios subaracnoideos amplios, se sugirió manejo hidroelectrolítico.

INTERCONSULTA A UTIP 03/04/08 FC 100 x', TA 90/60 mm/Hg T 36°C

Paciente bajo ventilación mecánica, con pupilas isocóricas, mióticas de 2 mm. Adecuada respuesta a la luz, sin datos de hipertensión intracraneana, se sugirió corrección de sodio de 124-134, monitoreo de pupilas, balances de sodio, en caso de mayor deterioro neurológico, pedir revaloración por neurocirugía para drenaje ventricular.

INTERCONSULTA ENDOCRINOLOGÍA 03/04/08 FC 142 x', TA 100/70 mm/Hg T 36.8° C

Paciente en mal estado general con hiponatremia desde el 25 de marzo y con sodios urinarios por arriba de 100, se integra síndrome perdedor de sal, consideramos continuar manejo establecido ya que no hay patología endocrinológica en este momento que tratar.

EVOLUCIÓN INFECTOLOGÍA 04/04/08

Se reportó sodio de 142 por lo que se decidió disminuir la sedación presentando movimientos tónicos de las extremidades superiores y sin mejoría del estado neurológico por lo que se solicitó interconsulta a neurología y EEG. Se inició clindamicina.

INTERCONSULTA NEUROLOGÍA 04/04/08 15:00 hrs

Paciente con apoyo ventilatorio sin sedación ni relajación, el día de hoy presentó movimientos clónicos de miembro superior izquierdo seguido del derecho y posteriormente cabeza, se realizó ES observándose estado epiléptico parcial con foco central y parietal bilateral. Se yuguló, estado epiléptico con diacepam sin embargo, 10 minutos después presentó crisis parcial compleja por lo que se indica impregnación de DFH a 20 mgkgdo e infusión de midasolam a 300mcgkggr., ante la persistencia de dicha crisis se indica impregnación de AVP a 20mgkgdo y se incrementó gradualmente infusión de midasolam hasta 1800 mcgkgdo para yugular estado epiléptico. Paciente bajo sedación, pupilas mióticas sin respuesta a estímulos luminosos, reflejo corneal ausente, oculocefálicos presentes, ausencia de reflejo tusígeno sin posturas anormales IDX: estado epiléptico parcial complejo.

NEUROLOGIA 04/04/08 19:00 hrs TA 83/59 mm/Hg

Paciente que persistió con estado epiléptico, no responde a benzodiazepinas por lo que se inició impregnación de tiopental a 5 mgkgdo, presentando hipotensión posterior a la misma, se mantuvo dosis de infusión de tiopental en 4 mgkggr ya que continúa crisis convulsivas parciales con movimientos clónicos e miembros superiores.

TRASLADO A URGENCIAS 04/04/08 FC 107 x', FR 14 x', TA 96/65 mm/Hg, T 35.8°C

Paciente que se traslada al servicio de urgencias para monitorización continua ya que se encuentra en estado epiléptico. Se recibe con infusión de pentamidón, norepinefrina, tiopental, midazolam así como clindamicina/TMP/SMX. Se recibe paciente bajo efecto de tiopental, pupilas isocóricas, reflejo fotomotor retardado, buen estado de hidratación, sin compromiso cardiopulmonar, sin presencia de movimientos anormales, tono conservado.

NEUROLOGÍA 05/04/08

Persistió foco parieto-temporal derecho paroxístico, se inició levetiracetam, continua con tiopental y se disminuyó paulatinamente midazolam.

NEUROCIRUGÍA 05/04/08

Paciente que presenta anisocoria. Se punciona reservorio de SDVP obteniendo 30 cc de LCR y se desobstruye catéter a nivel infraclavicular, no se logra reversión de anisocoria.

NEUROLOGÍA 05/04/08

Clínicamente bajo efectos de coma barbitúrico, pupilas anisocóricas a expensas de midriasis de ojo derecho 5 mm, ojo izquierdo 4.5 mm arrefléxicas, hipotonía generalizada y arreflexia, monitor de EEG de 2 canales con ondas agudas y ondas lentas aisladas, actividad de base lentificada. Se maneja con midazolam a 1000 mcg/kg/hr y tiopental a 6 mg/kg/hr.

URGENCIAS 06/04/08 FC 101 x', FR 15x', TA 97/61mm/Hg T 34.8°C

Paciente que continua con apoyo de aminas, se aumento dosis de norepinefrina y se inicio reducción de dobutamina, se encuentra con pulsos periféricos disminuidos, continua con pentalmidón, en lo infeccioso se encuentra persistentemente hipodérmica, hiponatremia remitida.

NEUROLOGIA 06/04/08

Clínicamente sin crisis convulsivas, anisocoria, no responden a estímulos luminosos, FO se observa pulso venoso, sin datos de edema, reflejo corneal ausente, oculocefálicos presentes, no tusígeno, continua con tiopental, se incrementa dosis de levetiracetam y midazolam en dosis de reducción. EEG: Se observa efecto medicamentoso, con ocasionales descargas caracterizadas por ondas agudas en hemisferio derecho (solo se esta monitorizando parieto temporal).

URGENCIAS 07/06/08 FC 130 x', FR 25 x', TA 95/65 mm/Hg T 36.7°C

Se disminuye dosis de tiopental por presencia de TA en límites bajos y por sospecha de muerte cerebral. Se programa gammagrama de perfusión cerebral y EEG. Presenta hipernatremia y poliuria, se inicia abordaje para descartar diabetes insípida. Se envían muestras para búsqueda de hongos en orina y en sangre.

URGENCIAS 08/06/08 FC 120, FR 36, TA 102/57, T 36° C

Se realiza EEG el cual se encuentra isoeléctrico y gammagrama de perfusión cerebral normal, con lo que se descarta muerte cerebral, en lo hemodinámico se encuentra con TA dentro de parámetros normales. Se suspende tiopental y midazolam.

URGENCIAS 09/04/08 3: 00 AM FC 124 x', FR 14x', TA 91/54 mm/Hg, T 36.8°C

Paciente que persiste con acidosis metabólico con brecha aniónica elevada con hiperlactatemia quien de las 00:00 a 3:00 hrs presente cifras tensionales bajas, TAM de 42 mmHg, pulsos distales débiles, llenado capilar prolongado, por lo que se administra una carga de cristaloides a 20 ml/kg, sin embargo continua con hiperlactatemia, considerándose secundaria a dosis elevadas de norepinefrina vs tiopental.

CUIDADOS PALIATIVOS 09/04/08

Paciente que recibió tiopental lo que hace imposible la valoración neurológica, por lo que se requiere esperar para tomar medidas paliativas, las últimas notas de oncología lo considera en tratamiento oncológico. Se da apoyo psicológico y tanatológico.

ONCOLOGÍA 09/04/08

Se evalúa respuesta a quimioterapia y radioterapia encontrándose sin respuesta a dicho tratamiento y por las condiciones de la paciente se decide dejarla fuera de tratamiento oncológico, se explica ampliamente a los padres.

URGENCIAS 09/04/08 FC 110 x', FR 15 x', TA 109/60 mm/Hg

Paciente que se encuentra tolerando estimulación enteral con sonda transpilórica, a la EF con midriasis, sin respuesta a estímulos luminoso, extremidades arrefléxicas, con edema importante de ambos brazos hasta nivel de codos y extremidades inferiores a nivel de tobillos, godete positivo, pulsos distales disminuidos de intensidad. Se sospecha de muerte cerebral por lo que se realiza nuevo gammagrama de perfusión cerebral con lo que se descarta dicho diagnóstico, se toma nueva TAC sin cambios respecto a las previas, sin datos de edema o hipertensión, pendiente nuevo EEG, se sospecha lesión a nivel de tallo. Se reportan enzimas hepáticas elevadas que podrían ser secundaria a hipoxia o a medicamentos.

INTERCONSULTA A CIRUGÍA 10/04/08

Se interconsulta por presencia de derrame pleural derecho, el cual se considera dinámico que no amerita colocación de sello pleural.

NEUROCIRUGÍA 10/04/08

Se obtiene resultado de RMN donde se observa invasión de tumor a tallo cerebral, se encuentra fuera de tratamiento quirúrgico.

URGENCIAS 11/04/08

Paciente que se encuentra febril, con hematuria y sangrado a la aspiración de secreciones faríngeas. Neurológicamente sin respuesta al medio. Se disminuye norepinefrina, continua con dobutamina y soluciones restringidas, EEG con actividad esporádica. Paciente en código verde.

NOTA DE DEFUNCIÓN 12/04/08

A las 12:40 hrs inicia con bradicardia, hipotensión y ausencia de trazo en EEG. Se inician maniobras avanzadas de reanimación durante 10 minutos sin respuestas, con defunción de la paciente a las 19:50.

LABORATORIOS**BIOMETRIA HEMÁTICA**

FECHA	HB	HTO	LEUCOS	NT	LT	PLAQ
150308	7	20.3	400	200	100	166MIL
180308	11.6	32	5000	3500	800	66MIL
210308	13.1	38.1	9400	8900	300	62MIL
240308	10.0	29.2	1100			72MIL
290308	13.9	40.6	8800			123MIL
040408	9.3	29.1	4400	2400	1200	192MIL
070408	12.8	38.8	7200			126MIL
110408	8.6	25.8	1900			16MIL
120408	6.3	18.7	800	700	0	51MIL

QUIMICA SANGUINEA Y ELECTROLITOS SERICOS Y URINARIOS

FECHA	NaS	KS	CLS	CA	GLU	UREA	CR	BUN	NaU	KU	CLU
150308	135	3.0	106								
180308	132	3.4	97	8.4							
240308	127	2.4	91								
250308	125	2.4	97		122				137	50.7	147
260308	130	3.7	98						109	80.5	158
260308	129	2.7	99						175	44	205
280308	133	4.1	99	9.4	99	4.3	0.24	2.0			
290308	130	4.1	95	10							
300308	131	3.8	94	9.2							
310308	121	3.7	87	10.2					145	73	165
010408	125	3.4	89	10.2					118	29	137
020408	131	4.1	99	8.3							
020408	125	3.7	90	10.4					238	35	219

FECHA	NaS	KS	CLS	CA	GLU	UREA	CR	BUN	NaU	KU	CLU
030408	130	3.8	98	9.2					106	24.4	120
040408	137	4.3	114	8.9					268	31.5	299
050408	140	5.2	113	9.1					79.6	11	99.6
060408	147	3.3	114		139	7.2	0.3	6	10	6.2	10
070408	152	4.3	114	6.7					61	11.6	75
080408	151	4.8	117						161	19.9	157
090408	140	4.4	105	7.8					148	64.6	210
100408	137	3.6	67	8.0					143	77.4	257
110408	139	2.4	94						81.6	23.7	93.2
120408	142	4.2	96	9.5					30	9.6	25.6

LABORATORIOS VARIOS

FECHA	PCR	NIV AVP	NIV DFH
150308	<0.33		
040408		84	8.6
050408		42.1	13
050408		73.9	
090408		97.9	16.9
120408		110	24.4

CULTIVOS

150308 Hemocultivo periférico negativo.

230308 Cultivo de aspirado bronquial positivo para ***Burkholderia cepacia***.

020408 Cultivo de punta de catéter negativo.

050408 Cultivo de LCR negativo.

070408 Búsqueda de hongos en orina positivo para pseudohifas y blastoconidias.

070408 Hemocultivo para hongos negativo.