



ACADEMIA MEXICANA DE NEUROLOGÍA
SESIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA
20 de febrero de 2019
20:00 horas

Presenta: Neurología Pediátrica

Unidad Médica de Alta Especialidad
Hospital de Pediatría "Dr. Silvestre Frenk Freund"
Centro México Nacional Siglo XXI

Coordina:

Dr. Jesús Darío Rayo Mares

Presentan:

- Dr. Luis Antonio Arenas Aguayo
- Dra. Alondra Deras Martínez
- Dr. Marco Antonio Rodríguez Florido
- Dr. Alfredo Valero Gómez

Presentación del caso clínico

Nombre: S. A. R.
Edad: 1 año 3 meses.
Fecha de nacimiento: 16/06/2017.
Originarios y residentes de Ciudad de México.
Fecha de ingreso: 27/09/19.
Fecha de defunción: 9/10/19.
Peso 9.7 Kg Talla: 75 cm.

Se trata de paciente masculino de 1 año 3 meses con los siguientes antecedentes de importancia:

Antecedentes heredofamiliares

Madre de 35 años de edad, aparentemente sana. Padre de 29 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2. Hijo único. Bisabuela materna con epilepsia de etiología no precisada. Niegan otras enfermedades neurológicas en la familia.

Antecedentes perinatales

Producto de la primera gesta; G1 C1 A0 P0, con control prenatal desde el segundo mes de gestación, con 15 consultas, IVU en 4to mes y cervicovaginitis en 6to mes, remitidas con tratamiento no especificado, consumo de hematóticos desde primer mes de embarazo, 8 USG obstétricos aparentemente normales, obtenido por cesárea indicada por desproporción cefalo-pélvica a las 40 SDG, llanto y respiración espontánea al nacimiento, con un peso de 3600g, talla 50cm, APAGAR de 9 a los 5 minutos, egresó al binomio sin complicaciones, tamiz neonatal normal.

Desarrollo psicomotor

Sonrisa social 2 meses, sostén cefálico 3 meses, sedestación 6 meses, bipedestación 11 meses, deambulación 12 meses, bisílabos 12 meses.

Antecedentes personales patológicos

Alergias, hospitalizaciones, transfusionales, cirugías, exantemáticas, traumatismos interrogados y negados. Inmunizaciones incompletas, falta refuerzo de influenza, Sabin y triple viral.



Al interrogatorio dirigido la madre refiere infección de vías respiratorias superiores hace 3 meses, tratada con ceftriaxona IM 3 dosis, remitida.

Padecimiento actual

Inicia el 6/09/18 con cuadro de gastroenteritis caracterizado por dolor abdominal difuso con evacuaciones diarreicas sin moco ni sangre e irritabilidad, por lo cual acude a facultativo quien indica racecadotril y lactobacilos, sin remisión, ante persistencia de cuadro enteral e irritabilidad acude con médico pediatra el 8/09/18 quien integra diagnóstico de infección de vías respiratorias superiores iniciando manejo con ceftriaxona 500mg IM c/24 horas por 3 días, así como ibuprofeno y floroglucinol, al finalizar tratamiento se realizan estudios de laboratorio y se le comenta a la madre que persiste con infección por lo que se agrega tratamiento con cefuroxima por 7 días, persiste con irritabilidad, el 11/09/18 se agrega náusea y aumento del tono de extremidades inferiores por lo que el 12/09/18 acuden al Instituto Nacional de Pediatría donde realizan punción lumbar, la cual se comenta sin alteración, fue valorado por neurología de dicha unidad quien comenta diagnóstico de retraso del desarrollo, siendo egresado sin tratamiento, a su egreso inicia con vómito de contenido gastroalimentario en tres ocasiones en 24 horas, por lo que acudió con gastroenterólogo pediatra quien agregó omeprazol al manejo, con mejoría parcial de náusea. El 16/09/18 persiste con irritabilidad por lo que acude con pediatra quien refiere a ISSSTE donde es hospitalizado. El 25/09/18 inicia con eventos paroxísticos caracterizados por aumento del tono generalizado, aproximadamente 3 veces por día, de 3 minutos de duración. Solicita alta voluntaria. El día 27/09/19 acude a valoración en Centro Médico Nacional Siglo XXI Hospital de pediatría, presenta fiebre de 38.3°C. Refiere médico acompañante que durante su traslado presentó 2 eventos de crisis tónicas generalizadas de aproximadamente 3 minutos de duración, durante su estancia en admisión continua presenta 2 crisis tónicas generalizadas de 2 minutos de duración con versión ocular a la derecha. Por lo cual es ingresado a hospitalización para iniciar protocolo diagnóstico.

Exploración neurológica

Paciente con funciones mentales alteradas: indiferente al medio, hipoactivo e hiporreactivo. Nervios craneales: I diferido, II fondo de ojo sin alteración, pupila derecha en 4mm, izquierda 5mm, reflejo fotomotor directo y consensual presentes de manera bilateral, III, IV, VI movimientos oculares no valorables por falta de seguimiento visual, V corneal presente, fuerza de maseteros normal, sensibilidad de V1, V2, V3 no valorables, VII simetría facial al reposo y a la gesticulación, VIII cocolopalpebrales ausentes, IX, X eleva el velo del paladar de manera simétrica, reflejo nauseoso y tusígeno presente, XI tono y fuerza de músculo trapecio y esternocleidomastoideo no valorables, XII lengua central al reposo. Tono incrementado de manera global Ashworth 4, REMS 3/4 en extremidades superiores y 4/4 en inferiores, Babinski y clonus bilateral.

Durante su estancia

28/09/18 Se colocó catéter venoso central subclavio derecho por parte del servicio de cirugía pediátrica.

Rehabilitación 2/10/18: Diagnóstico de síndrome de reposo prolongado + Signos de daño neurológico y sensorial: daño visual y auditivo, cuadriparesia espástica + Regresión del desarrollo + Alteración en la mecánica de la deglución fase II clínicamente. Inicia terapia física.

Gastroenterología 2/10/18: Estado nutricional normal, alto riesgo de presentar ERGE y complicaciones (desnutrición, neumonía por aspiración, solicitan gammagrama esofágico y de vaciamiento gástrico y SEG D con mecánica de la deglución).

Cardiología 3/10/18: Corazón estructuralmente sano.

Gastrocirugía 4/10/18: Paciente candidato a funduplicatura y gastrostomía laparoscópica, programan cirugía para el 10/10/18

Oftalmología 5/10/18 Diagnóstico de atrofia óptica en ambos ojos.

El 6/10/18 inicia con datos de respuesta inflamatoria sistémica, con fiebre persistente, taquicardia, 24 horas después evento de hipotensión por lo que se tomaron hemocultivos y se inició manejo antimicrobiano empírico con cefotaxima y amikacina, valorado por infectología quien agrega manejo con oseltamivir ante datos de neumonía, sin documentarse aislamiento en cultivos.

El día 9/10/19 alrededor de las 10:00 horas presenta evento de apnea, posteriormente paro cardiorrespiratorio de 10 minutos de duración por lo que se iniciaron maniobras avanzadas de reanimación, intubación endotraqueal, colocación de sonda nasogástrica, sonda urinaria, se administró adrenalina IV e intratraqueal y bicarbonato, con mejoría transitoria, persistiendo con saturaciones bajas a pesar de FiO2 100%, se documentó sangrado activo por



sonda nasogástrica así como por cánula endotraqueal, se solicitó valoración por UTIP, sin embargo presenta nuevo evento de paro cardiorrespiratorio sin responder a maniobras avanzadas de reanimación ni administración de medicamentos por lo que se da hora de defunción 12:30 horas.

Estudios de laboratorio y gabinete

- Se realizaron tomografía de encéfalo, EEG, resonancia magnética de encéfalo, PEATC y PEV
- Estudio de vaciamiento gástrico y búsqueda de reflujo mediante Gammagrama 3/10/18: Estudio positivo para datos en relación reflujo gastroesofágico severo, detectable por el método. Vaciamiento gástrico lento
- Serie esófago gastro duodenal y mecánica de la deglución del 4/10/10 Con datos en relación a reflujo, sin alteración en mecánica de la deglución.
- Tamiz metabólico ampliado: 28/09/18, negativo.

6.10.2018

PCR 2.4 ml/ml

Hemoglobina 12.3 gr/dl, hematocrito 36.5%, leucocitos 10120/μl, neutrófilos totales 6810/μl, linfocitos 1820/μl, monocitos 1400/μl, eosinófilos 40/μl, basófilos 20/μl, eritrocitos 4.1 millones/μl, plaquetas 360000/μl

1.10.18

Glucosa 111.1 mg/dl, BUN 2.38 ml/dl, urea 5.1 ml/dl, creatinina 0.3 mg/dl, proteínas totales 5.89 gr/dl, albumina 4.51 gr/dl, globulinas 1.38 gr/dl, relación albúmina globulina 3.27 gr/dl, bilirrubina directa 0.13 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.07 mg/dl, sodio 140 mmol/l, potasio 4.61 mmol/l, cloro 102.1 mmol/l, calcio 10 mg/dl, fosforo 5.51 mg/dl, magnesio 2.32 mg/dl, TGO 50.8 UI/l, TGP 41.8 UI/l, fosfatasa alcalina 109 UI/l, DHL 671 UI/l, CPK 649 UI/l, CPKMB 68.7 UI/l, GGT 28 UI/l, amonio 38.9 μmol/l.

Hemoglobina 11.2 gr/dl, hematocrito 31.9%, leucocitos 8520/μl, neutrófilos totales 1780/μl, linfocitos 5490/μl, monocitos 810/μl, eosinófilos 300/μl, basófilos 60/μl, eritrocitos 3.71 millones/μl, plaquetas 379000 /μl.

Gasometría: pH 7.46, pCO₂ 36 mmHg, pO₂ 58 mmHg, sodio 137, potasio 4.3, calcio 1.2, glucosa 106, lactato 1.5

Los estudios de neuroimagen y electrofisiológicos se comentarán el día de la sesión.