



SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA

Miércoles 12 de agosto 2026

COORDINADOR: DR. RAMÓN VAQUÉ VÁZQUEZ.

RADIÓLOGO: DRA. LEONOR LÓPEZ HERNÁNDEZ

DISCUSOR: DR. CYNTHIA GUADALUPE CHÁVEZ MENDOZA R-III PEDIATRÍA

PATÓLOGO: DR. JUAN RAFAEL MURILLO ELIOSA

RESUMEN: DRA SONIA GENOVEVA GARCIA CARRASCO. R-II PEDIATRÍA

MASCULINO DE 10 AÑOS 7 MESES DE EDAD, ORIGINARIO DE MICHOACÁN.

MOTIVO DE CONSULTA: Masculino de 10 años de edad, fue referido por facultativo por fiebre intermitente de hasta 40°C, de 5 meses de evolución y aumento de volumen en pared costal izquierda, de 3 meses de evolución.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Madre de 43 años de edad, secundaria completa, católica, ama de casa, casada, sin perforaciones, tatuajes ni toxicomanías, aparentemente sana. Padre de 50 años de edad, bachillerato completo, católico, taxista, casado, sin perforaciones, tatuajes ni toxicomanías, sano. Hermana de 14 años, sana. Abuelo materno finado por cáncer de páncreas.

ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS: Habitan en casa rentada, de materiales perdurables, baño intradomiciliario, tres habitaciones, cohabitan cuatro personas, cuentan con luz, agua y drenaje. No conviven con aminales. Cambio de ropa interior y exterior dos o tres veces al día, baño cada tercer día, limpieza oral una vez por día. No acudía a la escuela desde el 07.05.18, previamente se encontraba en quinto año de primaria.

ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS: Producto de la segunda gesta (G2, C2, A0), embarazo normoevolutivo, nueve consultas prenatales, tres ultrasonidos normales. Parto vía abdominal por desproporción cefalopélvica. Desconoce SDG (negó prematuridad), no recordó peso ni talla, lloró y respiró al nacer. Egresó binomio a las 48 horas. Alérgico a piperacilina/tazobactam manifestándose con rash cutáneo, traumáticos, exantemáticos, transfusionales y quirúrgicos negados.

02.05.18 Extra-HIM: TAC de columna dorsolumbar: Reportó proceso neofornativo, obliterando el recesso costofrénico posterolateral izquierdo, con crecimiento a partir de la décima costilla, se mostró un patrón permeativo-erosivo de tipo apolillado, afectando ambos bordes costales con una tumoración sólida y sutilmente heterogénea con 30-31 UH de atenuación, con dimensiones estimadas de 10.3x 7 x 5.3 cm, las cuales seguían el trayecto costal inferolateral posterior izquierdo. Con claros insidiosos de reacción perióstica discontinua sin diferenciación de matriz osteoide fina.

PADECIMIENTO ACTUAL 14.05.18:

Inició 5 meses previos con fiebre de inicio insidioso, de tipo intermitente hasta 40°C. sin predominio de horario, manejado con antipirético. Agregándose 3 meses después aumento de volumen en pared costal izquierda doloroso a la palpación, atribuido en un inicio a traumatismo en tórax posterior a caída en bicicleta. Motivo por el cual acudió a facultativo, se indicó manejo analgésico y desinflamatorio durante un mes, con respuesta parcial. Se solicitó tomografía donde se identificaron características compatibles con tumoración costal, fue referido a esta institución para realizar abordaje.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O ₂
37 kg	122 cm	110/min	28/min	105/65 mmHg	36 °C	2 segundos	96 %

Masculino de edad aparente a la cronológica, bien hidratado, sin facies característica, tórax asimétrico con aumento de tamaño en tórax izquierdo, no se logró delimitar, de aproximadamente 10x15x20 cm, de consistencia dura, lisa, adherida a planos profundos. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos ni agregados, campos pulmonares bien ventilados. Abdomen blando, peristalsis presente, normoaudible, no doloroso a la palpación, sin hiperestesias, sin visceromegalias palpables. Genitales masculinos, con ambos testículos en

bolsa escrotal.

Laboratorios de ingreso:

Hb	Hto	Leu	Neu	Linf	Mon	Eos/Bas	Plaq
18.4 g/dL	53.8%	2700 / μ L	45%	46%	8%	1 / 0%	265,000 cels/mm ³
BUN	Glu	Cr	Na	K	Cl	Ca	Mg
7.54 mg/dL	93 mg/dL	0.71 mg/dL	136 mmol/L	4.1 mmol/L	102 mmol/L	9.8 mg/dL	2.3 mg/dL
Fósforo	BT	BD	BI	P. totales	Alb	Globulina	ALT
3.8 mg/dL	0.02 mg/dL	0.06 mg/dL	0.14 mg/dL	9.1 g/dL	4.2 mg/dL	4.9 g/dL	20 U/L
AST	FA	GGT	DHL	TP	TTPa	INR	Fibrinógeno
26 U/L	148 U/L	35 U/L	356 U/L	12.6 seg.	30.3 seg.	1.09	452 mg/dL

16.05.18 CIRUGÍA GENERAL: Se realizó biopsia excisional, se obtuvo tumor adherido a décima costilla izquierda en su borde posterolateral de 7x7 cm, con bordes necróticos, de consistencia blanda. Biopsia: Sarcoma de Ewing/ tumor neuroectodérmico primitivo periférico, CD99 positivo +++ con patrón de membrana y FLI1 positivo +++ con patrón nuclear.

24.05.26: TAC toracoabdominal: se observó en décimo arco costal izquierdo tumor de morfología ovoide, bien definido de 89x62 mm de aspecto sólido y heterogéneo.

28.05.26 ONCOLOGÍA: AMO: se reportó negativa para infiltración neoplásica. Biopsia de médula ósea: reportó médula ósea con celularidad del 60%, con presencia y maduración de las tres series hematopoyéticas, negativas para infiltración neoplásica.

30.05.18 C.E. ONCOLOGÍA: Acudió a cita de seguimiento, refirió dolor intenso de tipo opresivo, localizado en región toraco lumbar con irradiación en hemicinturón a región costal izquierda y epigastrio. Fiebre de bajo grado no cuantificada. Por diagnóstico, se decidió ingreso por sospecha de actividad de la enfermedad para continuar protocolo de estudio y valorar inicio de quimioterapia. **CARDIOLOGÍA:** Se realizó valoración previa al inicio de quimioterapia, refirieron corazón estructuralmente sano con FEVI 66%.

01.06.18: Se inició primer ciclo de VADRIAC (VCR/Doxo/CFM), permaneciendo hasta el 05.06.18 para vigilancia, manejo de soluciones de hiperhidratación y aplicación de filgrastim.

09.06.18: Ingresó a hospitalización por fiebre y neutropenia, en paciente inmunocomprometido de bajo riesgo, sin foco. Inició manejo antibiótico con cefepime y amikacina. Cursó con fiebre de alto grado de difícil control, progresando antibiótico a meropenem durante 10 días.

20.06.18: Gammagrafía ósea trifásica con incremento de recambio óseo en región posterior de décimo arco costal izquierdo, en relación con primario ya conocido, no se observaron otros sitios anormales con incremento de la captación en relación a los depósitos secundarios.

22.06.18: Segundo ciclo de quimioterapia con VADRIAC (VCR/Doxo/CFM).

30.06 al 23.07.18: Ingresó a hospitalización por proctitis, sepsis en paciente oncológico, fiebre y neutropenia. Se mantuvo en manejo con meropenem y vancomicina durante 14 días. **19.07.18:** Recibió tercer ciclo de quimioterapia con VADRIAC (VCR/Doxo/CFM).

29.07 al 21.08.18: Ingresó a hospitalización por cuadro de proctitis y celulitis de región perianal, confirmado por USG perianal, requirió manejo con cefepime, vancomicina y metronidazol, sin embargo, por persistencia de dolor, prurito y fiebre, se sospechó de absceso perianal, se progresó a meropenem por 14 días y vancomicina por 10 días.

03.08.18: TAC con lesión ósea en décimo arco costal izquierdo en relación con sarcoma de Ewing, no mostró cambios significativos con respecto al estudio previo, no se identificó actividad tumoral metastásica. Adenopatías cervicales e inguinales bilaterales.

13.08.18: TAC de tórax simple y contrastada con presencia en parénquima pulmonar de granuloma calcificado en región basal anterior izquierda. A nivel de decimo cuerpo costal se observó lesión expansiva, blástica, con solución de continuidad de la cortical y reacción perióstica en rayos de sol. Resto sin alteraciones.

29.08 al 07.09.18 CIRUGÍA ONCOLÓGICA: Ingresó programado para resección en bloque de 9ª y 10ª costilla izquierda. **30.08.18:** Estudio histopatológico: Sarcoma de Ewing/ Tumor neuroectodérmico primitivo periférico de la 9ª costilla, con necrosis del 100% y reacción fibrohistiocitaria, secundaria a quimioterapia e infiltración a tejidos blandos pericostales. Borde de sección quirúrgica anterior, posterior y laterales sin evidencia de neoplasia.

28.10 al 02.11.18: Ingresó a hospitalización por sepsis sin foco en paciente oncológico, en manejo con

cefepime por 7 días y amikacina por 3 días.

11.10.18: Inició radioterapia completando 25 ciclos, con acumulado de 45 Gy.

14.11.18: Inició esquema de quimioterapia postquirúrgica con VAdriAC (vincristina, doxorubicina, cardiosan y ciclofosfamida).

22.11 al 04.12.18: Ingresó a hospitalización por fiebre y neutropenia con foco en tejidos blandos, en manejo con cefepime y vancomicina. Dermatitis secundaria a radioterapia Grado 3. Se progresó a meropenem por 7 días y vancomicina por 11 días, sin aislamiento microbiológico.

13 al 16.12.18: Ingresó a hospitalización para aplicación de segundo esquema de quimioterapia postquirúrgica con VAdriAC. En la cual se modificó por dosis acumulada de doxorubicina en 375 mg/m²/SC.

25 al 31.12.18: Ingresó a hospitalización por fiebre y neutropenia profunda, absceso periodonotal y proctitis. En manejo con cefepime durante 6 días, amikacina 3 días y vancomicina por 2 días.

09 al 19.01.19: Ingresó a hospitalización por infección por sepsis en paciente oncológico e infección de herpes zóster en región perineal y glútea, manejado con aciclovir por 12 días, cefepime 7 días y amikacina por 3 días.

28.01 al 14.02.19: Ingresó a hospitalización para aplicación de tercer ciclo de quimioterapia postquirúrgica con IFM/VP-16. Presentó datos de sepsis por *Klebsiella oxytoca*, celulitis en brazo izquierdo y enfermedad tipo influenza, tratado con cefepime y vancomicina por 7 días, ceftriaxona y oseltamivir por 14 días y amikacina durante 3 días.

18 y 19.02.19: Ingresó a hospitalización para aplicación de cuarto ciclo de quimioterapia postquirúrgica con IFM/VP-16.

06 al 12.03.19: Ingresó a hospitalización para quinto ciclo modificado de quimioterapia postquirúrgica, con reducción al 75% de ifosfamida y VP16.

22.04.19: TAC de tórax contrastada donde se reportó derrame pleural izquierdo, con probable relación a derrame paraneoplásico.

08.05.19 C.E. ONCOLOGÍA: Se inició vigilancia con sospecha de recidiva de lesión tumoral.

29.08.19: TAC de tórax y abdomen contrastada reportó lesión en parilla costal posterior y tejidos blandos izquierdos, la cual realizaba al contraste, con medidas de 7.3x1.3x4.3 cm.

09.09.19: PET-CT en donde se observó lesión en pared torácica posterior izquierda a nivel de 9° y 10° arco costal posterior, sugestivo de actividad neoplásica, por lo cual se ingresa para toma de biopsia.

04.10.19 ONCOLOGÍA: AMO: se reporta negativa para infiltración neoplásica. Biopsia de médula ósea bilateral: reportó médula ósea con celularidad del 70% con hemosiderosis grado II/IV OMS, negativas para infiltración neoplásica.

14.10.19: TAC de tórax y abdomen donde se evidenció lesión a nivel de parrilla costal izquierda en relación con tumoración ya conocida a este nivel, con ligero aumento de sus diámetros en comparación con tomografía previa.

30.10 al 06.11.19: Ingresó de manera programada por sospecha de recaída del tumor de Askin. **31.10.19**

CIRUGÍA GENERAL: Se realizó toma de biopsia excisional, con colocación de sonda pleural, manejado con cefepime por 6 días. Biopsia: reportó tejido muscular y fibroconectivo con necrosis, fibrosis e inflamación. Tejido fibroadiposo con inflamación crónica, fibroso y tejido óseo inerte. **02.11.19:** Presentó datos de respuesta inflamatoria sistémica, se integró sepsis asociada a cuidados de la salud, manejada con cefepime por 6 días y amikacina por 3 días.

27.03.23: TAC de tórax: cambios postquirúrgicos, sin alteraciones que sugieran actividad neoplásica.

24.03.23 CARDIOLOGÍA: Riesgo de miocardiopatía dilatada debido a que recibió altas dosis de antraciclinas, asimismo recibió QT neoadyuvante por 8 ciclos + cirugía + radioterapia 45 Gy en 25 fracciones. Masculino con antecedente de Sarcoma de Ewing de tipo Askin en parrilla costal Izquierda (9ª y 10ª costillas), con adecuada evolución clínica, fue tratado con quimioterapia con esquema VADRIAC (3 ciclos prequirúrgicos) y 4 ciclos postquirúrgicos (VAC-Ifosfa-VP 16), con un total de 7 ciclos requiriendo radioterapia a sitio primario con 45 Gy. Con dosis acumulada de antraciclinas en 215 mg/m². Se realizó cirugía de resección el 31 de octubre del 2019 con reporte de tejido muscular y fibroconectivo con necrosis. Manteniéndose en vigilancia desde mayo del 2019. Continuo asintomático, sin datos de actividad neoplásica. **Por parte de los servicios de Oncología, Radioterapia Oncológica y Cirugía Oncológica, se dio el alta por mayoría de edad con referencia a otra unidad médica para continuar vigilancia.**