



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SESIÓN ANATOMOCLÍNICA

JULIO 30 DEL 2009

PRESIDE: DR. GUILLERMO SÓLOMON SANTÍBÁÑEZ
COORDINA: DR. MARCO ANTONIO YAMAZAKI NAKASHIMADA
PATÓLOGO: DRA. BEATRIZ DE LEÓN BOJORGE
T. SOCIAL: L.T.S. MA. TERESA ROLDÁN PALACIOS
RESUMIÓ: DR. IVÁN PEDRERO OLIVARES

NOMBRE: LAJE
GÉNERO: MASCULINO
LUGAR DE NACIMIENTO: TULTITLÁN EDO. DE MÉXICO
FECHA DE NACIMIENTO: 28-10-2004
FECHA DE INGRESO: 09-04-2008
EDAD AL INGRESO: 3 AÑOS 6 MESES
FECHA DE DEFUNCIÓN: 23-06-2009

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Madre de 21 años, 2º. Semestre de enfermería, se refiere sana. Padre de 26 años, asmático, actualmente fuera del núcleo familiar. Línea materna con DM tipo 2, obesidad, insuficiencia venosa y trombosis venosa profunda; tía materna con infarto masivo, tío materno finado a los 3 meses (sano al nacer, G2, peso y talla normal, hemorragia de tubo digestivo, sepsis de foco pulmonar y abdominal por enterocolitis y neumonía lobulillar con abscesos, involución de timo, trombosis venosa, plaquetopenia y desnutrición)

ANTECEDENTES PERINATALES

Producto de G1, P1, Madre de 18 años, madre soltera, desconoce que estuviera embarazada hasta el sexto mes (FUM no confiable), sin control prenatal hasta entonces, niega fármacos teratogénicos, alcohol, tabaco u otra sustancia durante sus primeros meses. Al 6to mes presenta dolor abdominal y lipotimia. Es diagnosticada por USG abdominal en clínica privada, con embarazo de 27 SDG el cual se encontraba en trabajo de parto. Nace vía vaginal, llora y respira al nacer, Apgar 8/8, peso: 1.400 kg, talla 54 cm, Capurro 36 SDG. Con tratamiento por 2 meses en "Hospital del DDF Tacuba" solo con oxígeno y vigilancia. Niega uso de surfactante, sepsis o insuficiencia respiratoria.

Presenta inmadurez de mecanismo de deglución por lo que no recibe lactancia materna. Peso a su egreso 2.200 kg, lactante sano sin vacunación.

ALIMENTACION, DESARROLLO PSICOMOTOR E INMUNIZACIONES

Fórmula de inicio por 6 meses, continuando con fórmula de seguimiento, por 6 meses más; cambiando a leche entera al año de edad. Ablactación a los 6 meses con frutas naturales cocidas y papillas, continúa con verduras al 7mo. mes, carne a los 12 meses, integrándose a los 18 meses a la dieta familiar. Mariscos a los 3 años fresas negadas, chocolate a los 24 meses cacahuete negado.

Sonrisa social a los 5 meses, sostén cefálico a los 12 meses, sedestación a los 14 meses, bipedestación con ayuda a los 18 meses, deambulación 24 meses, monosílabos a los 36 meses, sin más desarrollo de lenguaje.

Sin vacunación alguna.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Desde los 4 meses de edad, ha presentado múltiples internamientos (54 hospitalizaciones en ISSSTE y medio privado), por la presencia de sangrado de tubo digestivo y choque hipovolémico secundario a epistaxis: Eccema desde los 6 meses de edad, neumonía complicada en 2007 y colocación de 5 catéteres centrales 2 yugulares (derecho e izquierdo) y un femoral derecho. Atendido por inmunólogo particular desde hace 2 años, ha recibido factor de transferencia y GGIV en 8 ocasiones, con el diagnóstico de Síndrome de Wiskott Aldrich.

PADECIMIENTO ACTUAL (CONSULTA EXTERNA PEDIATRÍA (09-04-08))

Referido por médico particular, con antecedentes ya comentados. Actualmente asintomático, refiere necesidad de valoración en institución de 3er nivel para su manejo. Ingresando para protocolo de estudio, profilaxis antibiótica. Desde los 6 meses de edad presenta dermatosis eritemato escamosa con presencia de costras melicéricas sin fiebre u otra sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA

P: 11.700 kg, T: 92 cm, FC: 70 x', FR: 24 x', TA: 99/54 mm/Hg, T: 37°C

Edad menor a la cronológica, luce despierto, activo, reactivo, interactúa con el medio, obedece instrucciones. Dermatitis generalizada con áreas de mayor liquenificación, alterna costras hemáticas con áreas de hemorragia capilar por rascado localizadas en zona auricular posterior bilateral. Piel cabelluda con implantación normal, cráneo con protuberancias por zonas de hematomas antiguos, con pabellones auriculares mostrando hipertrofia y deformación. Faringe hiperémica con múltiples caries, abscesos dentales, úvula bífida. Cuello con ganglios palpables de 0.5 mm, axilas induradas por probable proceso inflamatorio. Tórax normolíneo con movimientos respiratorios rítmicos, simétricos sin restricción, ruidos respiratorios normales, precordio normodinámico, sin ruidos patológicos agregados. Abdomen blando, depresible, no doloroso sin megalias a la palpación, peristalsis normal. Genitales de aspecto normal para edad con zonas de dermatitis perianal, hipotrofia muscular arcos de movimiento normal, llenado capilar y pulsos normales.

VALORACION POR INMUNOLOGÍA (10-04-08)

Paciente que se ingresa para tratamiento con GGIV y profilaxis con antibiótico, además de protocolo para Trasplante de Médula Ósea (TAMO). Se solicita BH, PFR, Isoaglutininas tiempos de coagulación, Coombs directo, PFH, valoración por oftalmología, dermatología, hepatología y estomatología. Inicia tratamiento con clindamicina 40 mgkgdía, TMP y SMZ 5 mgkgdía

ESTOMATOLOGÍA (10-04-08)

Paciente con aumento de volumen marginal en encías superiores e inferiores, con dentición completa y múltiples caries, abundante placa dentobacteriana, con antecedentes de procesos fistulosos y necrosis, cita a consulta externa para tratamiento.

DERMATOLOGÍA (10-04-08)

Dermatitis diseminada a cabeza tronco y extremidades respeta palmas y plantas. Constituida por pápulas eritematosas que confluyen y conforman placas, algunas escoriadas en especial en regiones periauriculares y en pabellones auriculares, con liquenificación y edema; extremidades y tronco con estigmas de rascado, escoriaciones, liquenificación y costras hemáticas; presenta, además, petequias en espalda. Se agrega antihistamínico y antibiótico más esteroide tópicos por una semana.

CARDIOLOGÍA (11-04-08)

Paciente sin alteraciones a la exploración cardiológica, sin radiografía, con EKG con ritmo sinusal, FC 110 x', AQRS 190, datos de hipertrofia ventricular derecha. Se programa Ecocardiograma, sin contraindicaciones para TAMO.

NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA DE TÓRAX (11-04-08)

Paciente en protocolo de TAMO, no se sabe con claridad el tiempo de tratamiento con Oxígeno, presenta sintomatología compatible con EPOC del lactante con saturaciones entre 84 y 88%, se solicita TAC de tórax contrastada, gamagrama pulmonar perfusorio.

HEMATOLOGÍA (11-04-08)

Valorado para TAMO, paciente con antecedentes de múltiples transfusiones de CP y PG, por lo que el riesgo de sensibilización es muy alto, se espera completar estudios y valoración por comité de trasplantes para identificar donante adecuado.

ESTOMATOLOGÍA (13-04-08)

Se realiza rehabilitación bucal con anestesia, sin complicaciones aparentes, continuando con vigilancia de plaquetopenia, presenta datos de gingivorragia. Pendientes de protocolo de TAMO. Trasfundir plaquetas y PG.

GENÉTICA (14-04-08)

Paciente dolicocefalo, fascies tosca, frente prominente, fisuras palpebrales rectas, labios gruesos, cavidad oral no valorable, pabellones auriculares prominentes, cuello cilíndrico, tórax normolíneo, precordio no valorable por irritabilidad y llanto, abdomen y genitales normales, extremidades con equimosis, sin aberrantes palmares y plantares, dorso íntegro. Por estado económico del paciente no es posible realizar estudios moleculares, se solicita TAC cerebral para descartar lesiones o malformaciones a nivel de SNC, ya que presenta retraso psicomotor.

INFECTOLOGÍA (15-04-08)

Presenta pico febril de 38 a 39 °C con datos de respuesta inflamatoria sistémica y evacuaciones diarreas disminuidas de consistencia por lo que se deja cobertura para Gram positivos y enterobacterias. Clindamicina, Ceftriaxona

ENDODRINOLOGÍA (15-04-08)

Paciente con protocolo para TAMO, con presencia de buen estado general, con pruebas de función tiroidea sin alteraciones; pendientes pruebas de función pancreática.

NEUROLOGÍA (17-04-08)

Paciente con EEG con ondas lentas generalizadas, con TAC evidenciando quiste aracnoideo temporal izquierdo que presenta efecto de masa a nivel del diplos. Existen deficiencias sobre todo en área del lenguaje por lo que necesita programa de estimulación múltiple y valoración por foniatría.

INMUNOLOGÍA (20-04-08)

Paciente que se ha aplicado Neumococo heptavalente, DPT acelular. Salida de pus por conducto auditivo externo bilateral, con tratamiento antibiótico a base de ceftriaxona y clindamicina; ha presentado sangrado por encías y petequias en paladar. Tiene plaquetopenia la cual se ha corregido conforme a necesidad (menor de 50 ,0000 y con datos de sangrado), continuando en protocolo de TAMO.

NEUMOLOGÍA (23-04-08)

Paciente actualmente en control de procesos infecciosos y sangrado, cuenta con gamagrama pulmonar reportando pulmón derecho ligeramente disminuido en tamaño con hipoperfusión periférica de predominio en segmento apical y segmento anterior, pulmón izquierdo con hipoperfusión generalizada. TAC con ventana pulmonar observándose patrón de mosaico leve, no acentuado principalmente entre lóbulo medio e inferior. Por nuestra parte no hay contraindicación para TAMO. Ecocardiograma con PAP de 20 mmHg FEVI 73%

INMUNOLOGÍA (25-04-08)

Paciente con sangrado, plaquetopenia, GEPI, otitis media supurada crónica, con complementación de protocolo para TAMO, se da de alta para continuar estudio como externo, por el momento no hay datos de alteraciones. Cita a aplicación de gama globulina.

INTERNAMIENTO 30-04-08 al 19-05-08

INMUNOLOGÍA: Aplicación de GGIV, a su ingreso con 3000 plaquetas, con sangrado en boca y epistaxis, se transfunden concentrados plaquetarios, hidrocortisona como inmunomodulador.

NEFROLOGÍA: reporte de función renal normal por centelleografía renal con 99m Tc-MAG 3

HEMATOLOGÍA: cita a valoración por consulta externa para TAMO así como aspirado de medula ósea.

INTERNAMIENTO 26-05-08 al 27-05-08

INMUNOLOGÍA: Aplicación de GGIV sin complicaciones

INTERNAMIENTO 05-07-08 al 09-07-08

PREHOPITALIZACIÓN: Dolor en rodilla izquierda, aumento de volumen y sensibilidad, presenta leucocitosis de 20300, N68%, plaquetopenia de 21 000 con VSG de 24. Se realiza artrotomía por ortopedia con líquido serohemático, sin alteraciones, se deja dicloxacilina por procedimiento. Pbe. artritis séptica

INMUNOLOGÍA: aplicación de GGIV y vigilancia de extremidad por probable proceso infeccioso, ingresa a infectología. Se realiza Gamagrama con ciprofloxacino el cual es negativo. Cultivo negativo.

INTERNAMIENTO 04-08-08 al 05-08-08

INMUNOLOGÍA: aplicación de GGIV.

INTERNAMIENTO 26-09-08 – 27-09-08

INMUNOLOGÍA: Aplicación de GGIV, transfusión de plaquetas.

INTERNAMIENTO 01-10-08 al 05-10-08

PREHOPITALIZACIÓN: Sangrado de tubo digestivo bajo, plaquetas 7000, ingresa a piso a cargo de inmunología.

INMUNOLOGÍA: Se recuperan plaquetas hasta 54 000, sangrado de tubo digestivo remite.

INTERNAMIENTO 24-10-08 al 27-10-08

INMUNOLOGÍA: aplicación de GGIV, celulitis de tobillo derecho tratamiento con dicloxacilina.

DERMATOLOGÍA: continúa vigilancia por foliculitis y tratamiento con antiséptico y secantes tópicos.

INTERNAMIENTO 14-11-08 al 22-11-08

INMUNOLOGÍA: aplicación de GGIV, lesión en paladar blando sangrante, inicia clindamicina y amikacina, transfusión de CP.

INTERNAMIENTO 15-12-08 al 22-12-08

PREHOSPITALIZACIÓN: sangrado de tubo digestivo bajo, ingresa a cargo de inmunología

GASTRONUTRICIÓN: P 14,560 g, T 95 cm, PT=-8.4, TE -1.9, PE= -13.7 (estado nutricional eutrófico) plan de nutrición en base a recuento calórico

INTERNAMIENTO 11-01-09 al 23-01-09

PREHOSPITALIZACIÓN: Sangrado e tubo digestivo bajo, GEPI y flebitis en Miembro pélvico Derecho. Tratamiento con ceftriaxona.

INTERNAMIENTO 05-02-09 al 13-02-09

INMUNOLOGÍA: Sangrado de tubo digestivo plaquetas 11,000.

ENDOCRINOLOGÍA CE (25-02-09)

P 13,900 g, T 96.9 cm, IMC 15, Eje Hipotálamo hipófisis normal, PFT normales, edad ósea retrasada, vigilaremos velocidad de crecimiento

INTERNAMIENTO 03-03-09 al 04-03-09

PREHOSPITALIZACIÓN: Sangrado de tubo digestivo bajo, plaquetas 20,000

INTERNAMIENTO 07-03-09 al 11-03-09

PREHOSPITALIZACIÓN: Otorrea crónica y Sangrado de tubo digestivo bajo, plaquetas 20,000 ingresa a cargo de inmunología

INMUNOLOGÍA: transfusión y aplicación de GGIV.

NEFROLOGÍA: descarta alteraciones excretoras y urológicas, por lo no hay contraindicación para TAMO.

UNIDAD DE TRASPLANTES CE (26-03-09)

Completó valoraciones pre-transplante, cita para internamiento iniciando evaluación de habilidades psicomotrices en psico oncología. Pendiente búsqueda de cordón.

INTERNAMIENTO 01-04-09 al 03-04-09

INMUNOLOGÍA: aplicación de GGIV, transfusión de concentrado plaquetario por plaquetas de 9,000. No hay datos de sangrado.

INTERNAMIENTO 13-05-09 al 23-06-09

INMUNOLOGÍA: aplicación de GGIV y colocación de catéter puerto para TCP.

ONCOLOGÍA: inicia acondicionamiento para TAMO con bisulfán, Ciclofosfamida e inmunoglobulina.

ONCOCIRUGÍA (18-05-09): se realiza punción en quirófano en 4 ocasiones, en las cuales se puncionó arteria, por lo que se difiere procedimiento debido a plaquetopenia y riesgo de sangrado. (190509) Se realiza colocación adecuada de catéter Hickman.

INGRESO a TAMO (20-05-09)

Continua acondicionamiento, presenta 2 picos febriles de bajo grado (38 ° C y 38.1 ° C), se envía cultivo de catéter de ambos lúmenes. Inicia clindamicina y ciprofloxacino.

(22-05-09) Día -7: tendencia a la hipotensión 86/46 mm/Hg (60), manejo con antibiótico, continua acondicionamiento

(23-05-09) Día -6: Mismo manejo continúa con antibiótico, pendientes de evolución.

(24-05-09) Día -5: Inicia ciclofosfamida, DU de 1.013, se administra carga de SF 0.9% a 10 mlkg

(25-05-09) Día -4: Prurito en todo el cuerpo con huellas de rascado en región occipital, presenta lesiones en dicha región se aplica surgicel y se realiza curación por el servicio de estomas, se agrega cetirizina al manejo.

Inicia Gamaglobulina

(26-05-09) Día -3: DU 1.014 Carga de SF 0.9% 10 mlkg, continua vigilancia Primera dosis de GAL

(27-05-09) Día -2: Continua con prurito y lesiones sangrantes en región occipital, 2da dosis de GAL, Presenta fiebre de bajo grado (38 ° C) por 3 horas, se policultiva.

(28-05-09)Día -1: Pico febril de bajo grado (38° C) por una hora.

(29-05-09)Día 0: TRANSPLANTE DE CÉLULAS DE CORDÓN UNIDAD 1339.

Hipertensión arterial post TCPH se pasa prazocin. Inicia NPT 1500 m 2SC/80/60

(30-05-09) Día +1: cambio de clindamicina a dicloxacilina por falta de medicamento.

(02-06-09)-Día +4: ha presentado hipotermias por la madrugada y fiebre hasta 38.6° C sin foco evidente, solamente riesgo de bacteriemia por otitis media crónica. Inicia meropenem y amikacina.

(04-06-09) Día +6: Febril por 3 horas, presenta zona de eritema en hemitórax izquierdo sitio de cierre de catéter, Administración de GGIV, Biometría con neutrófilos totales de 0, presenta cuadro de mucositis.

(07-06-09) Día +9: presenta picos febriles esporádicos, tendencia a la hipertensión,

(09-06-09) Día +11: picos febriles persistentes acompañados de polipnea hasta 40 y taquicardia, inicia vancomicina.

TERAPIA INTENSIVA (12-06-09)

Actualmente con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, se mantiene esquema antibiótico clindamicina, meropenem y vancomicina, vigilar estado hemodinámico, valorar uso de coloides. Presenta dolor abdominal por lo que se debe dejar en ayuno por riesgo de colitis neutropénica. Reporte de Gram + en catéter central, se cierra con vancomicina, cuenta ya con cobertura antibiótica.

ONCOLOGÍA (11-06-09)

Se retira catéter infectado, Se coloca nuevo catéter subclavio izquierdo, sat VC 98%, Inicia norepinefrina 0.1 mgkgmin. Ha presentado polipnea con retención de CO2 en gasometrías, se toma placa de tórax, presentando zonas compatibles con neumonía

TERAPIA INTENSIVA E INFECTOLOGÍA (13-06-09)

Presencia de placas blanquecinas en mucosa oral y paladar blando, fiebre máxima de 38.5° C, campos pulmonares con estertores crepitantes bibasales. Rx de tórax con infiltrado parahiliar derecho y basal izquierdo, Se inicia anfotericina B, continua cobertura con vancomicina y meropenem. Se decide intubación por datos de dificultad respiratoria y retención de CO2 dejando parámetros de protección pulmonar con Volúmenes bajos y PEEP alto, cursando con índice de kirby 111 con SDRA.

ONCOLOGÍA (15-06-09)

Hemodinámicamente con cifras tensionales adecuadas con apoyo a base de dobutamina 10 mcgkgmin y norepinefrina 0.2mgkgmin, continuando con SDR y acidosis respiratoria.

NOTA DE TRANSFERENCIA A UTIP (17-06-09)

Paciente Post TCPH Día +19, con sepsis asociada a catéter, choque séptico, neumonía nosocomial, neutropenia grado 4, plaquetopenia, SDRA y falla hemodinámica, a pesar del manejo ventilatorio y restricción de líquidos continua con alteraciones en la distribución del mismo y en la ventilación, se ingresa a terapia para su monitoreo y manejo. Cuenta con esquema antibiótico con vancomicina, meropenem y anfotericina B.

NEUROLOGÍA (18-06-09)

Paciente que previo a la intubación en unidad de transplante presentaba deterioro neurológico, el día de hoy presenta anisocoria por lo que se solicita valoración. Se encuentra con ausencia de reflejos de tallo, se realiza TAC la cual presenta imágenes con edema cerebral severo y zonas de hipodensidad en región parietal y frontal derecha, probablemente por encefalopatía hipóxico isquémica o por neuroinfección. EEG con lentificación generalizada.

INFECTOLOGÍA (18-06-09)

Se solicita carga viral de CMV, se incrementa la dosis de vancomicina y se deja manejo terapéutico con aciclovir.

TERAPIA INTENSIVA (20-06-09)

Paciente cursando con hipernatremia severa, con presencia de datos de sobrecarga hídrica, se encuentra con datos clínicos de MC, se corroborará con gamagrama y EEG. Presenta disautonomías muy probablemente de

origen central. Presentando tensiones arteriales bajas por lo que se maneja con vasopresores, así como con insulina por hiperglicemia. Pancitopenia persistente

TERAPIA INTENSIVA NOTA DE DEFUNCIÓN (23-06-09)

Paciente que cursa con TCPH presenta síndrome de dificultad respiratoria secundario a neumonía, sepsis secundaria a catéter central y choque séptico por lo que se maneja con dobutamina y norepinefrina ingresando a terapia intensiva, posteriormente se presenta deterioro neurológico corroborando edema cerebral en TAC, presenta disautonomías con hipotensión, distermia y bradicardia. EEG 9463 presenta ausencia de actividad cerebral, así como gamagrama positivo para muerte cerebral. Presenta paro cardiorespiratorio dando hora de defunción a las 15:55hr.

LABORATORIO (Último Ingreso)

BH:

FECHA	Hb g/dl	Hto	LEUCOS	lin %	monos%	Neutros%	PLAQ	NT (mil)	LT(mil)
22-06-09	12.6	35.6	200	28	1	69	3 000	100	100
20-06-09	8.5	25	125	18.8	44.3	4.2	17 000		
19-06-09	11	31	200	69.5	5.1	25.4	5 000		
18-06-09	9.8	28.2	200	34	32	34	10 000		
17-06-09	8.4	20.1	300	19.7	67.7	12.9	6 000	0	100
18-05-09	10.1	29.1	6000	16	6	64	15 000	3800	1000

TP y TPT:

FECHA	TP %	TTP "	Fib	Dimero D
19-06-09	12.9 al 87%	50.3	336	Menor 700
18-06-09	12.8 al 87.5	50.3	336	Menor 700
18-05-09	12.25 al 91.5%	31.5		

QS y ES:

FECHA	Ca mg/dl	K mEq/l	Na mEq/l	Cl mEq/l	Gluc g/dl	Urea mg/dl	BUN	Cr mg/dl	Sodio Urinario
23-06-09	8.9	3.7	186	156					
22-06-09	7.9	3.7	186	156	103	107	50	0.9	116.5
21-06-09	9.3	4.8	196	163					
20-06-09	6.7	3	165	130					
17-06-09	7.3	3.5	134	100					
16-06-09	7.7	4.38	134	105	274	29.1	13.6	0.65	129
13-06-09	7	3.7	141	115					
11-06-09	8.1	2.1	138	110	157	14.1	6.6	0.37	110
10-06-09	7.2	1.9	139	112					
09-06-09	7.1	3.5	135	109					
18-05-09	7.2	4.4	148	108	107	39	61.9	0.64	

PFH:

Fecha	BT	BD	BI	PT	Alb	Glob	CO2T	P	Mg	AST	ALT	GGT	DHL	FA
18-06-09	0.76	0.3	0.46	3.3	1.4	1.91		2.6	2.4					
15-06-09	1.4	0.8	0.6	3.8	1.7	2.0	67	0.4	0.7	17	38	370	300	462
18-05-09	0.36	0.06	0.3	7.5	3.4	4.12		5	2.1	23	15	12	236	173

CULTIVOS:

FECHA	Hemocultivo periférico	Hemocultivo central	Aspirado Bronquial
02-06-09	Negativo	Negativo	
20-05-09	Negativo	Negativo	
17-06-09			Staph. Aureus 50,000UFC/ml

Laboratorios inmunológicos:**05-08-09 IgG:** 1380 (438-1089)**10-04-08** Aglutinina anti A negativa, aglutinina anti B 1:4 positivo, coombs directo negativo**25-04-08:** Grupo A positivo y virales

HAV IgM	LA HB	HBs Ag	LA HA	EBV IgM	EBV IgG	EBV temp	EBV EA	EBV Nuc	HSV IgM	Par IgM	Par IgG
Neg	Neg	Neg	Neg	Neg	715	Neg	Neg	82.5	Neg	Neg	300.4

ENDOCRINOLÓGICOS:

Fecha	T3T	T4T	TSH	T3I	T4I	LH	FSH	Prolactina	Cortisol
05-02-09	197	12	3.010	5.4	1.5	<0.1	0.6	8.5	5.2
Fecha	IGF1			IGFBP3		Testosterona		ACTH	
05-02-09	169			3.4		<20		19.5	