



**SESIÓN CLINICOPATOLÓGICA A-19-7**  
**Miércoles 18 de marzo de 2020**

**COORDINADOR: DR. IVÁN CASTORENA VILLA**  
**DISCUSOR: DRA. SUSANA LUGO HUERTA R-V MEDICINA CRÍTICA PEDIÁTRICA**  
**PATÓLOGO: DRA. MA. ARGELIA ESCOBAR SÁNCHEZ**  
**RADIÓLOGO: DRA. HILDA HERNÁNDEZ CHAVERO**  
**RESUMEN: DRA. DÁMARIS URIARTE FLORES R-II PEDIATRÍA**

**NOMBRE: Y. R. C. G. SEXO: FEMENINO EDAD: 10 AÑOS, 11 MESES**  
**PROCEDENCIA: TECAMAC, EDO. MEX. F. NAC.: 01.02.08**  
**ÚLTIMO INGRESO: 25.01.19 EGRESO: 30.01.19**

**MOTIVO DE CONSULTA:** Paciente referido de unidad de segundo nivel con diagnóstico de masa mediastinal, síndrome infiltrativo y síndrome de vena cava superior.

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:** Madre finada a los 24 años de edad por choque hipovolémico durante cesárea, casada, escolaridad preparatoria incompleta, ocupación ama de casa, religión católica, negó alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías, sin patología subyacente previo al fallecimiento. Padre de 27 años de edad, ocupación comerciante, escolaridad preparatoria completa, estado civil viudo, alcoholismo ocasional sin llegar a la embriaguez, negó tabaquismo, toxicomanías, se refirió sano. Hermano de 13 años de edad, hermano de 17 años de edad, aparentemente sanos. Abuela materna con diagnóstico de DM2, abuelo materno finado por complicaciones de DM2, abuela paterna con DM2 e hipertensión arterial sistémica, abuelo paterno finado por complicaciones de DM2 y HAS. Tío paterno finado a los 33 años de edad por linfoma de Hodgkin.

**ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS:** Originaria del Estado de México, casa construida de materiales perdurables, cuenta con todos los servicios básicos de urbanización, **ALIMENTACIÓN:** Negó alimentación al seno materno por fallecimiento materno, alimentada con fórmula desde el nacimiento hasta los 18 meses, realizaba 3 comidas y 2 colaciones al día. **DESARROLLO PSICOMOTOR:** Sonrisa social 3 meses, fijación de la mirada 3 meses, sostén cefálico 5 meses, sedestación sin apoyo 7 meses, gateo 7 meses, bipedestación 9 meses, marcha a los 11 meses de edad, control de esfínteres a los 2 años, primeras palabras a las 14 meses, cursó hasta 5º de primaria con adecuado aprovechamiento escolar. Negó viajes recientes. **INMUNIZACIONES:** Esquema de vacunación incompleto, faltó dosis de influenza estacional. Sin cartilla a su ingreso.

**ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS:** Producto de la tercera gesta de madre de 23 años de edad al momento de la gestación, percepción del embarazo a las 6 semanas de gestación, acudió a control prenatal a partir del segundo mes de gestación, recibió 6 consultas prenatales, se realizó 3 USG reportados como normales, consumo de ácido fólico, hierro y vitaminas. No se aplicó vacunas, desconoció realización de prueba para VIH y VDRL. Antecedente de infección de vías urinarias a los 4 y 6 meses, cervicovaginitis a los 6 meses, desconoció manejo médico. Negó amenaza de aborto o parto pretérmino y diabetes gestacional. Antecedente de preeclampsia al momento del nacimiento. Nació producto de término a las 38 SDG por vía abdominal indicada por preeclampsia, lloró y respiró al nacer, no ameritó maniobras avanzadas de reanimación, se desconoció APGAR, peso 2,850g, talla 46 cm, egresó a las 24 horas, sin complicaciones. Refirieron fallecimiento de la madre durante la cesárea por choque hipovolémico secundario a desprendimiento de placenta. Alergias, transfusiones, antecedentes traumáticos, quirúrgicas, hospitalizaciones previas y enfermedades exantemáticas negadas.

**ANTECEDENTES PREVIOS AL INGRESO:** Acudió a facultativo el día **22.12.18** por presencia de adenopatías quien integró diagnóstico de faringoamigdalitis e inició tratamiento médico con ceftriaxona (6 dosis), naproxeno y vitamina C, sin mejoría.

**25.12.18:** Presentó mayor número de adenopatías por lo cual fue llevada nuevamente con el mismo médico quien le indicó realización de USG de cuello.

**02.01.19 LABORATORIOS EXTRA HIM:** Cultivo de exudado faríngeo: positivo para *Streptococcus* alfa hemolítico susceptible para amoxicilina-clavulanato. Cultivo de exudado nasal: positivo para *Staphylococcus aureus* susceptible a amoxicilina clavulanato.

**07.01.19:** Fue revalorada con dicho estudio donde se reportaron imágenes ecográficas de adenopatías cervicales bilaterales con medidas que van de 6 a 21 milímetros en sus ejes mayores de etiología a determinar, sin concluir algún diagnóstico. Se solicitaron exámenes de laboratorio que reportaron biometría Hb 9.8, Hto 29%, leucocitos 2,440, neutrófilos 1,340, linfocitos 810, plaquetas 156 mil, química sanguínea creatinina 0.72, ácido úrico 7.4, fosforo 4.7, calcio 9.2, magnesio 2, sodio 135, potasio 3.9, cloro 99. Se concluyó un proceso infeccioso a nivel pulmonar y de vías respiratorias superiores más síndrome anémico por lo que inició manejo con fumarato ferroso, alopurinol y amoxicilina con ácido clavulánico (7 días), así como naproxeno, no hay mejoría clínica por lo cual fue llevada a revaloración por nuevo médico general el cual indicó manejo con nimesulida, alopurinol cada 24 horas, fumarato ferroso y dexametasona (no aplicada).

**23.01.19:** Presentó incremento de dificultad respiratoria.

### PADECIMIENTO ACTUAL 25.01.19 URGENCIAS 00:50 HORAS:

**ONCOLOGÍA:** Paciente valorado por cuadro clínico de un mes de evolución con linfadenopatías, síntomas B, síndrome anémico, al momento de la evaluación sin datos compatibles para síndrome de lisis tumoral, se sospechó probable linfoma, se sugirió valoración por UTIP, abordaje infectológico cargas virales CMV, VEB, hepatitis, tomografía toracoabdominal, transfusión de concentrado eritrocitario y valoración por Cirugía Pediátrica. **UTIP:** Exploración alerta, reactiva, cooperadora, edema evidente en región facial, palpebral, con quemosis, pupilas isocóricas, cuello con adenomegalias múltiples de 1 a 3 cm, tórax sin datos de dificultad respiratoria, campos pulmonares sin estertores y sin sibilancias, vibraciones vocales disminuidas en hemitórax izquierdo y transmisión de la voz disminuida en hemitórax derecho, ruidos cardiacos normales, abdomen con hepatomegalia 3-2-2. Extremidades torácicas con edema de miembro torácico izquierdo, ambas extremidades inferiores con edema Godete ++. Paciente sin datos de compresión de vía aérea, sin datos de lisis tumoral, sin prioridad de ingreso a UTIP, se proporcionó vigilancia estrecha. **Revaloración por servicio de UTIP: Adenopatías** de 1 mes de evolución (diciembre 2018), al principio con presencia de una adenopatía a nivel occipital izquierdo, no dolorosa, móvil de aproximadamente 1x1.5 cm que posteriormente a los 2 días se presentaron nuevas adenopatías a nivel submandibular bilateral. **Edema:** 1 semana de evolución, localizado en cara, cuello, miembros torácicos y miembros pélvicos de manera alternante, con predominio de lado izquierdo, de inicio súbito, sin atenuantes ni exacerbantes. **Dificultad respiratoria:** De 2 días de evolución (23 enero 2019), referida como incremento del patrón respiratorio, presentó ortopnea por lo cual fue llevada a hospital de segundo nivel de donde fue referida a nuestro instituto. **UTIP 11:00 HORAS:** Ingresó a sala por síndrome de vena cava superior, ingresó taquicárdica, con tensión arterial en percentil 50 para la edad, sin datos de bajo gasto; dificultad respiratoria por taquipnea y desaturación hasta 88% por lo que se le colocó mascarilla reservorio a 10 l/min con FiO<sub>2</sub> 98% presentando mejoría parcial, se tomó radiografía de tórax que evidenció ensanchamiento del mediastino y se programó para tomografía toracoabdominal que corroboró la masa mediastinal 7.5x9.5 cm, continuó con deterioro respiratorio progresivo y se colocó ventilación no invasiva (BIPAP nasal). Se dejó en ayuno con soluciones de hiperhidratación, las cuales se redujeron posteriormente a 1,500 ml/m<sup>2</sup>/día, sin datos de distensión abdominal o vómito. Febril con temperatura de 39°C, se tomaron hemocultivos periféricos, se enviaron muestras para serología de VEB, CMV y hepatitis. Con presencia de anemia microcítica en biometría hemática, se realizó transfusión de concentrado eritrocitario, sin datos de sangrado activo. Neurológicamente activa, reactiva con Glasgow de 15.

### EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temperatura	Llenado Capilar	Sat O <sub>2</sub>
46.8 Kg	150 cm	140/min	19/min	115/55 mmHg	39°C	2 segundos	88%

### Gasometrías:

Ingreso: pH 7.40, pCO<sub>2</sub> 29, pO<sub>2</sub> 98, EB -6.3, HCO<sub>3</sub> 17.6, SatO<sub>2</sub> 98%, lactato 3.4

Postienda facial: pH 7.41, pCO<sub>2</sub> 42.9, pO<sub>2</sub> 93.6, EB -2.8, HCO<sub>3</sub> 27.1, SatO<sub>2</sub> 97%, lactato 2.1

Posventilación no invasiva: pH 7.46, pCO<sub>2</sub> 29.9, pO<sub>2</sub> 76.9, HCO<sub>3</sub> 21.2, EB -2, lactato 2.1.

**Estudios de laboratorio:**

Hemoglobina	Hto	Leucocitos	Neutrófilos	Linfocitos	Monocitos	Plaquetas
6.7 g/dL	20 %	2800	47%	41%	4%	302,000

BUN	Glu	Na	K	Cl	Ca	P	Ácido úrico
17.69 mg/dL	92 mg/dL	135 mmol/L	4.6 mmol/L	99 mmol/L	8.5 mg/dL	3.8 mg/dL	4.4 mg/dL
BT	BD	BI	PT	ALB	Creatinina	ALT	AST
0.58 mg/dL	0.2 mg/dL	0.38 mg/dL	4.2 g/dL	2.6 mg/dL	0.79 mg/dL	15U/L	22 U/L

TP	TTP	INR
12.1"	35.6"	1.04

**ONCOLOGÍA 14:30 HORAS:** Presentó síndrome de mediastino superior, se realizó aspirado y toma de biopsia de médula ósea. **19:00 HORAS:** Previamente había iniciado metilprednisolona 1 mg/Kg/día cada 6 horas, por resultado de aspirado de médula ósea con 31% de blastos se orientó a un linfoma linfoblástico ó tipo Burkitt, se decidió inicio de quimioterapia de urgencia para disminuir la masa y la carga tumoral, se aplicó fase COP que consiste en los siguientes fármacos: ciclofosfamida 300 mg/m<sup>2</sup>/do x1 IV, vincristina 1 mg/m<sup>2</sup>/do x1 IV, prednisona 60 mg/m<sup>2</sup>/día VO x7. **CARDIOLOGÍA 22:50 HORAS:** Ecocardiograma: corazón estructuralmente sano y FEVI 69%, FA 36% adecuada función biventricular, TAPS 25 mm, aceleración a nivel de vena cava superior, no se observaron trombos ni vegetaciones en su interior. Tele de tórax con mediastino ensanchado y el Índice cardiotorácico 0.48.

**27.01.19 INFECTOLOGÍA 00:40 HORAS:** Fiebre de alto grado con duración de 6 horas, sin foco infeccioso evidente, biometría con anemia y leucopenia mas neutropenia profunda, EGO normal. Se integró diagnóstico de fiebre y neutropenia y se recomendó antibióticos de amplio espectro para cubrir gramnegativos, se inició cefepime y amikacina. **CARDIOLOGIA 06:26 HORAS:** Se solicitó nueva interconsulta para evaluar función ventricular, se encontró con ventilación mecánica y hemodinámicamente inestable con apoyo de adrenalina y noradrenalina, FC 115, FR 22, TA 53/25, ECOTT TAPS 19, FAVD 39, FA 46% FEVI Simpson 72% y modo M 78%, presentó derrame pleural bilateral, derrame pericárdico leve sin repercusión hemodinámica. **UTIP 08:30 HORAS:** Durante el transcurso de la madrugada se realizó intubación endotraqueal ya que presentó bradicardia secundaria al uso de dexmedetomidina por lo que se suspendió. Por la bradicardia más la hipotensión que desarrolló se aplicó prueba de administración de volumen con solución Hartmann más albúmina 10 ml/Kg/do por VPP de 16, maniobras de responsividad positivas, sin mejoría por lo que se agregó adrenalina (ya tenía manejo previo con vasopresina y noradrenalina), por gasometría la reserva venosa estaba en 29% y por datos clínicos y radiológicos de derrame pleural se realizó drenaje pleural bilateral por el servicio de Cirugía obteniendo 440 ml de lado derecho y 225 ml de lado izquierdo serohemático. A nivel respiratorio se cambió de modo por volumen a modo por presión, la ventilación mecánica PIP 26, PEEP 6, FR 20, FiO<sub>2</sub> 100%, después de estas maniobras la reserva venosa mejoró a 68%, la gasometría con pH 7.15, pO<sub>2</sub> 81, CO<sub>2</sub> 48.5, HCO<sub>3</sub> 16.3, lactato 6.5, a nivel metabólico renal se encontraba con soluciones de hiperhidratación con manejo dinámico 2,500 ml/m<sup>2</sup>/día por riesgo de lisis tumoral, con infusión continua de diurético, con gasto urinario de 1.9 ml/Kg/hr, balance final 1,858 ml positivo y balance acumulado 3,166 ml positivo, el ácido úrico, fósforo y potasio sin datos de lisis tumoral, motivo por el cual se ajustaron soluciones, se transfundió paquete eritrocitario 10 ml/Kg/do, en lo neurológico se hicieron los ajustes pertinentes en la sedación para evitar hipotensión. En lo infectológico cursó con fiebre y presentó neutropenia por lo que inició esquema antibiótico. Paciente que cursó con síndrome de mediastino superior y que presentó deterioro hemodinámico y respiratorio grave que ameritó intubación, se informó a los familiares de riesgo de mayor deterioro a corto plazo, se vigiló metabólicamente por riesgo de desarrollar síndrome de lisis tumoral.

**28.01.19 UTIP 08:30 HORAS:** Se integró choque mixto (obstructivo y séptico) refractario a soporte aminérgico por presencia de tensiones arteriales con hipotensión TA 77/41, FC 119 a 146, saturación 98%, llenado capilar de 4 segundos, pulsos distales y centrales poco palpables, a pesar de manejo con 3 aminos y esteroide, con manejo dinámico para mejorar la reserva venosa, persistió con lactato 6.7, a nivel respiratorio con ventilación mecánica PIP 24, PEEP 8, Sat O<sub>2</sub> 90%, tele de tórax con resolución de derrame pleural izquierdo, a nivel metabólico renal sin datos de lisis tumoral, se mantuvo con infusión continua de

furosemide para mantener la diuresis de forma adecuada, en lo hematológico persistió con neutropenia. Persistió con datos de choque también de origen séptico. **NEFROLOGÍA:** Hemodinámico con TA en percentiles 5 a 50% para la edad, balance hídrico de las últimas 24 horas neutro de 6.5 ml, con gasto urinario 58 ml/m<sup>2</sup>/hr con infusión continua de furosemide. Gasometría: pH 7.19, pCO<sub>2</sub> 54,1, pO<sub>2</sub> 47, EB -8, HCO<sub>3</sub> 20, lactato 7. Reportes de laboratorios **(28.01.19):** creatinina 0.87, BUN 32, ácido úrico 5.5, calcio 7.1, fósforo 5.6, DHL 474, BT 5.8, BD 5.2, BI 0.42, albumina 2.1, ALT 141, AST 464, sodio 137, potasio 3.8, cloro 101. Los controles previos **(25.01.19):** BUN 17.6, creatinina 0.79, ácido úrico de 4.4, calcio 8.5, fósforo 3.8 DHL 268. BT 0.58, BD 0.2, BI 0.38, PT 4.2, albúmina 2.6, ALT 15, AST 22, sodio 135, potasio 4.6, cloro 99. Balance hídrico positivo (+2,712.4 ml), sobrecarga hídrica 5.4%, volumen urinario de 7 horas 580 ml, gasto urinario 58 ml/m<sup>2</sup>/hr con furosemide. Creatinina 0.87 con tasa de filtración glomerular 71.2 ml/min/1.73m<sup>2</sup>SC, sin retención de azoados. No cumplió criterios para inicio de terapia sustitutiva renal, sin embargo, se mantuvo en vigilancia por el alto riesgo de requerirlo en las próximas horas y el riesgo de inicio de síndrome de lisis tumoral que no presentó hasta ese momento. **INFECTOLOGÍA 14:00 HORAS:** Última biometría Hb 13 g, Hto 38%, leucocitos 400 totales, neutrófilos 1% (cero totales), linfocitos 93% (390 totales), plaquetas 54 mil. Se agregó vancomicina para cobertura de cocos Gram positivos resistentes a meticilina por presencia de consolidación en radiografía, continúa con cefepima. **CARDIOLOGÍA 14:00 HORAS:** En la revaloración ECOTT: TAPSE 24 mm, FAVD 50%, EIE'VD 3, FeVi Simpson 62%, índice cardiaco 5.3 l/min/m<sup>2</sup>, IT leve, se estimó PSVD 62 mmHg, CPS 80 mmHg, presentó datos de hipertensión pulmonar probablemente secundario a proceso obstructivo mediastinal, buena función biventricular, sin derrame pericárdico.

Hb	Hto	Leu	Neu	Bandas	Linf	Plaq
13 g/dL	39%	400	1%	4%	93%	54,000

Na	K	Cl	Ca	P	BUN	Creatinina	AT	DD
137mmol/L	3.8 mmol/L	101 mmol/L	7.1 mg/dL	5.6 mg/dL	32.6 mg/dL	0.87 mg/dL	31	2364
Glu	AU	Osm	BT	BD	BI	PT	Albúmina	
104 mg/dL	5.5 mg/dL	287.66	5.71 mg/dL	5.29 mg/dL	0.42 mg/dL	4.2 mg/dL	2.1 mg/dL	
Glob	ALT	AST	PCT	TP	TPT	INR	Fib	
2.1 g/dL	141 m/L	464 m/L	29.29 ng/mL	31.8"	48.1"	2.69	219 mg/dL	

**29.01.19 UTIP 08:00 HRS:** Paciente inestable en lo hemodinámico con TA 85/43, FC 145, apoyo aminérgico con 3 aminas, en estado de choque séptico refractario a apoyo aminérgico. Se dieron informes a los familiares. **NEFROLOGÍA:** Paciente con balance acumulado de positivo +4,824 ml, balance hídrico ultimas 7 horas positivo 887 ml, volumen urinario 150 ml, correspondiente a 15 ml/m<sup>2</sup>/hr, sobrecarga hídrica del 10%, oligoanuria a pesar de tratamiento con diurético, con necesidad de hiperhidratación por presentar lisis tumoral, inició terapia sustitutiva renal 15:30 pm. **INFECTOLOGÍA 17:00 HORAS:** Se suspendió cefepime y se agregó meropenem por cultivo de aspirado bronquial con aislamiento de *P. aeruginosa*. **ONCOLOGÍA:** Paciente en malas condiciones generales con datos de choque séptico refractario a aminas. AMO con blastos de características FAB L3, pendiente reporte de biopsias enviadas a Patología.

**Laboratorios:**

Hb	Hto	Leu	Neu	Linf	Mon	Bas	Plaq
11.1 g/dL	38.5%	400	4.7%	93%	2%	0.1%	15,000

TP	TTP	INR
48.5"	69.1"	4.96

Glu	Na	K	Cl	P	Osm	Crea	BUN
44 mg/dL	136 mmol/L	4.6 mmol/L	103 mmol/L	7.9 mg/dL	277.27	1.06 mg/dL	48.9

BT	BD	BI	PT	ALB	ALT	AST	Ca
4.64 mg/dL	3.73 mg/dL	0.91 mg/dL	3.8 g/dL	2.4 g/dL	534 µ/L	1 513 µ/L	6.1

pH	pCO <sub>2</sub>	pO <sub>2</sub>	HCO <sub>3</sub>	Lact	EB
7.11	54.4	49.3	16.5	9.2	-12.8

**30.01.19 UTIP:** Presentó falla orgánica múltiple (hepática, hematológica, renal, ventilatoria, neurológica). Persistió hemodinámicamente inestable, criterios de choque refractario a animas y esteroide (vasopresina 0.0012 mcg/Kg/min, adrenalina y noradrenalina 2 mcg/Kg/min), Score aminérgico de 320, con coagulación intravascular diseminada con trombosis distal de extremidades superiores e inferiores, llenado capilar 5 a 7 segundos, se aplicó pentoxifilina sin respuesta. Ventilatorio con asistencia mecánica ventilatoria, taller ventilatorio positivo para patrón restrictivo con parámetros altos PIP 30, PEEP 2, gasométricamente se mantuvo en acidosis mixta a pesar de favorecer la eliminación de CO<sub>2</sub> sin tener una adecuada respuesta, tele de tórax con datos de fuga capilar y congestión venocapilar secundario a compresión de vena cava superior, abdomen solo con hepatomegalia y ausencia de peristalsis. Metabólico-renal con lesión renal que aumento más de 150% del valor basal de BUN y creatinina, en terapia de sustitución renal modo hemodiafiltración venovenosa, que a pesar de esta terapia continuó con acidosis pH 6.8, HCO<sub>3</sub> 12 y potasio 6.5, se aplicaron medidas anti hiperkalemicas y persistió con hiperfosfatemia e hiperuricemia. Transfusión de plaquetas y ajuste de antibióticos, se corrigió hipoglucemia con cargas de solución glucosada al 25%, en lo hematológico con datos francos de coagulación intravascular diseminada (antitrombina 3 con disminución de 33 a 14 y dimero D 2,900). Se informó a familiares quienes aceptaron no dar medidas de reanimación en caso de paro cardiorrespiratorio. **NEFROLOGÍA:** Lesión renal aguda AKIN III, en TRR mediante HDFVVC, inestable, con apoyo aminérgico, en anuria que no respondió a diuréticos. Bajo apoyo mecánico ventilatorio A/C por presión, metabólicamente en lisis tumoral que no exhibió respuesta a tratamiento dialítico, con HCO<sub>3</sub> 12.4, K 6.3, Ca 6.8, P 9.7, AU 7.8, BUN 48, lactato 17, creatinina 1.3. Con nula respuesta a tratamiento mediante hemodiafiltración imposibilitando extracción al exhibir inestabilidad hemodinámica que limitó la eliminación de líquidos y continuó perpetuando sobrecarga hídrica y además con hiperkalemia refractaria a diálisis, se agregó hipotermia, acidosis láctica y coagulopatía por lo que el riesgo de muerte era inminente, se mantuvo con hemodiafiltración. **ONCOLOGÍA 12:30 HORAS:** Paciente con bradicardia, apoyo de 3 animas, en anuria, con apoyo ventilatorio con VMI en modo AC FiO<sub>2</sub> 100%, PIM 34, PEEP 7, FR 20. Con terapia de sustitución renal por hiperazoemia, infectológicamente con hipotermia en tratamiento con meropenem y vancomicina. Al momento del ingreso se inició manejo de síndrome mediastinal superior con esteroide, posteriormente los reportes del aspirado de médula ósea mencionaron presencia de 31% de blastos de características FAB-L3 compatible con probable linfoma. Inició manejo con vincristina, ciclofosfamida y prednisona. Reporte de aspirados de médula ósea: panel de traslocaciones negativo, reporte de estudio de inmunofenotipo: marcadores CD10 86.9%, CD19 81.4%, CD22 60.3%, CD58 90.4%, CD38 89.6%, pendiente reporte de biopsia ganglionar. En condición crítica con datos de falla multiorgánica con mala respuesta a manejo. **TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA:** Presentó paro cardiorrespiratorio. Hora de defunción: 14:45 horas.



RX 24.01.19





TAC 25-01-2019



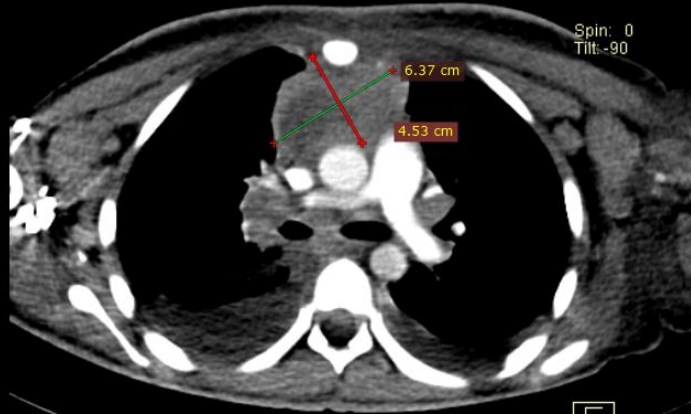
2.68 cm



2.45 cm

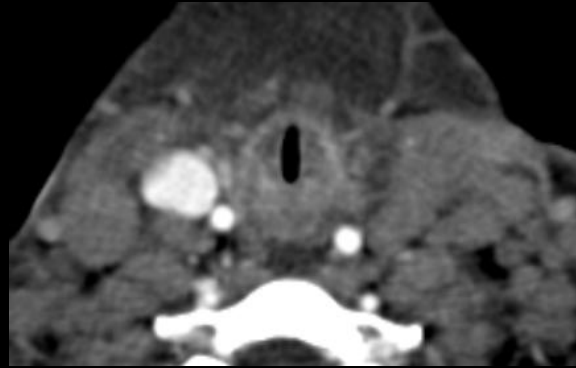
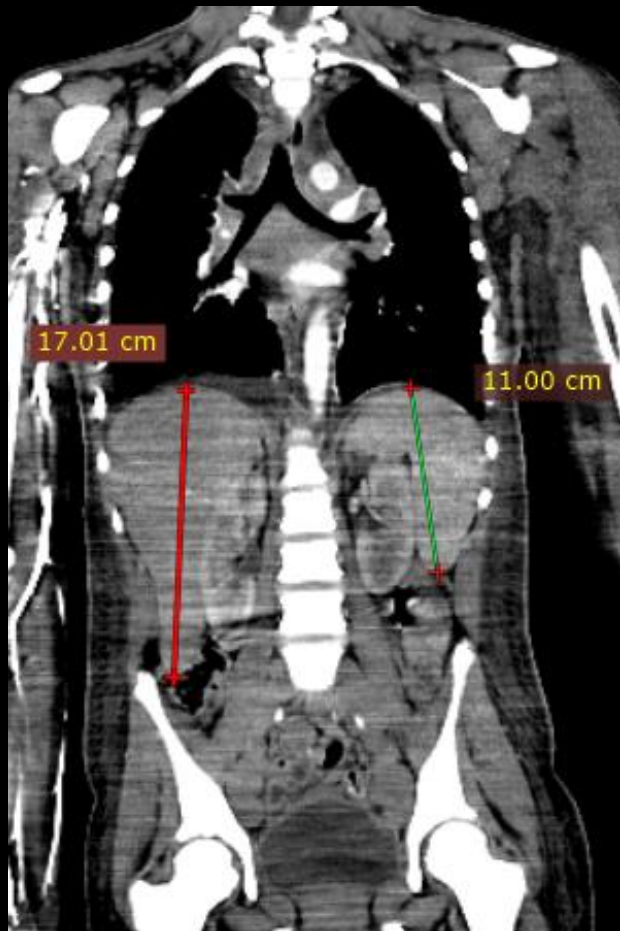


Spin: 0  
Tilt: -90



Spin: 0  
Tilt: -90

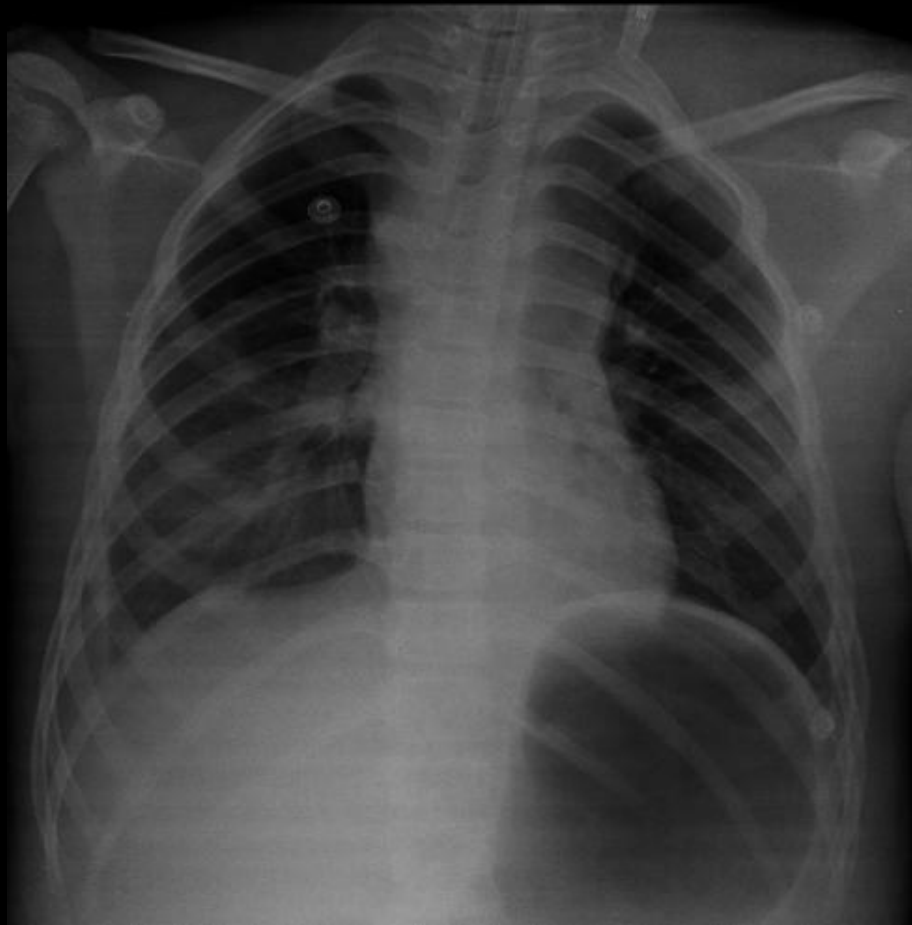




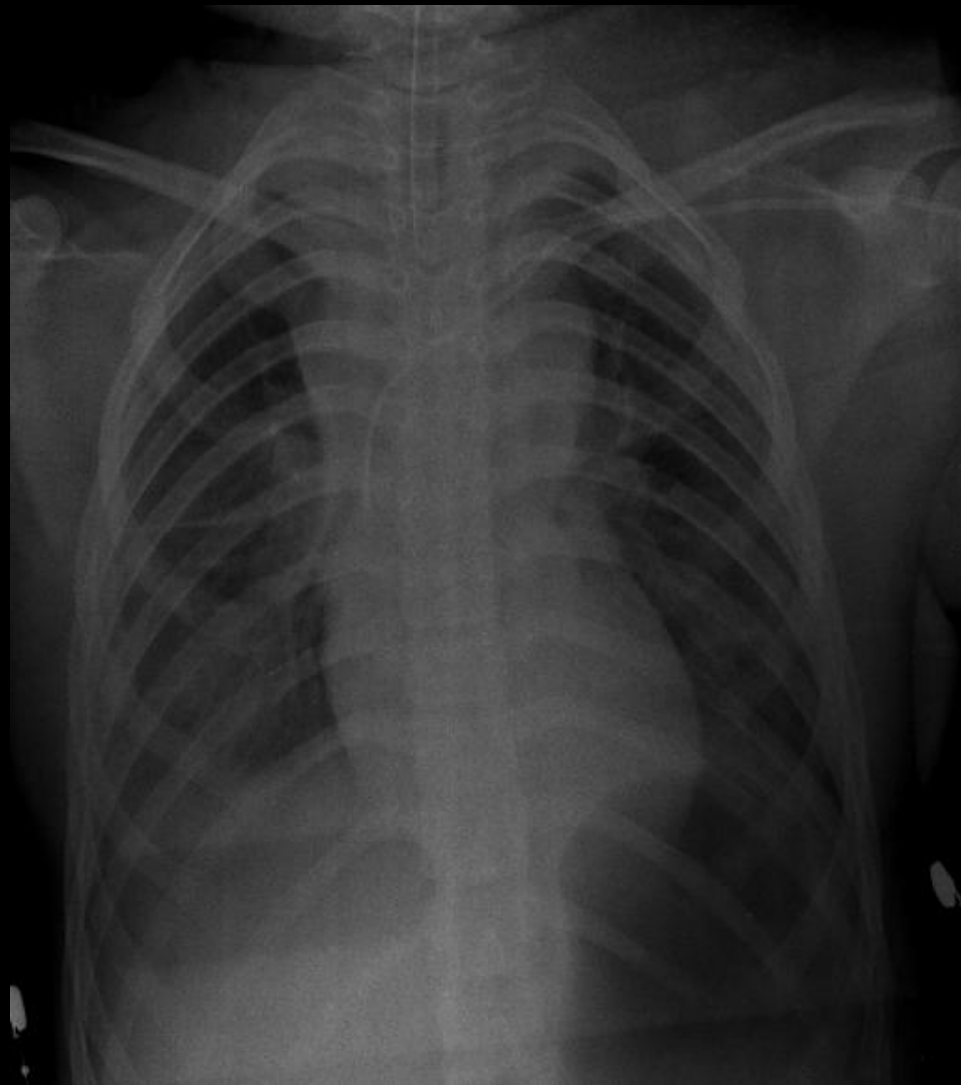




RX 25.01.19



6:12 PM



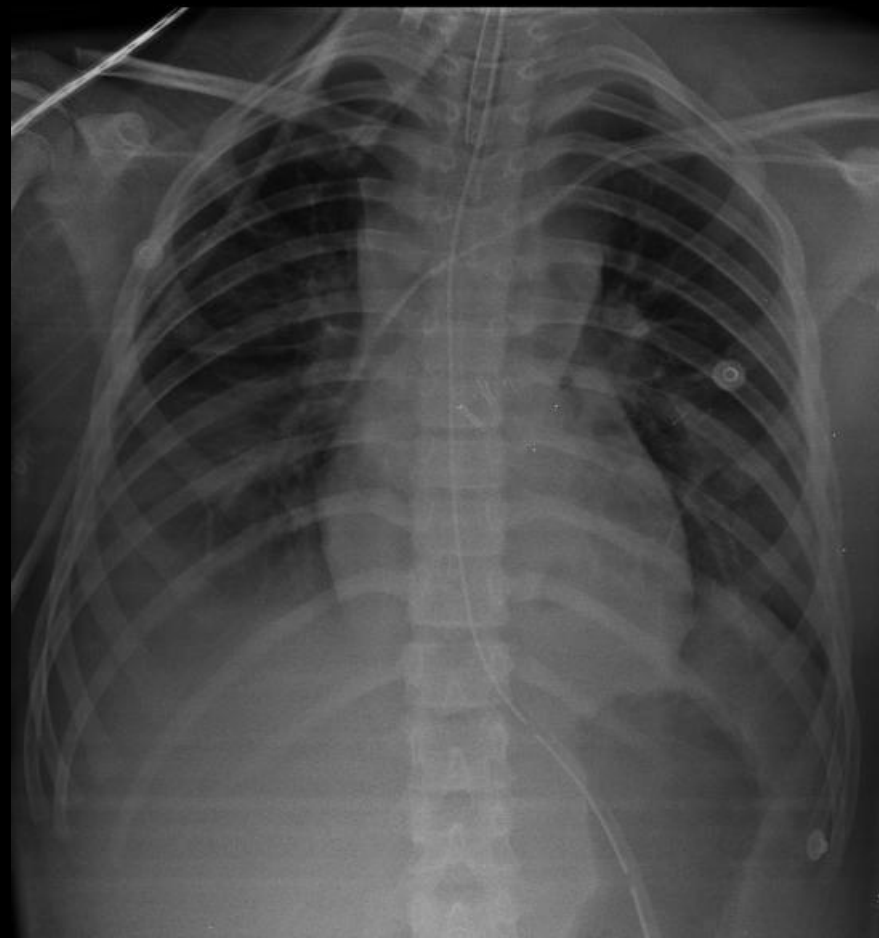
7:24 PM



RX 26.01.19



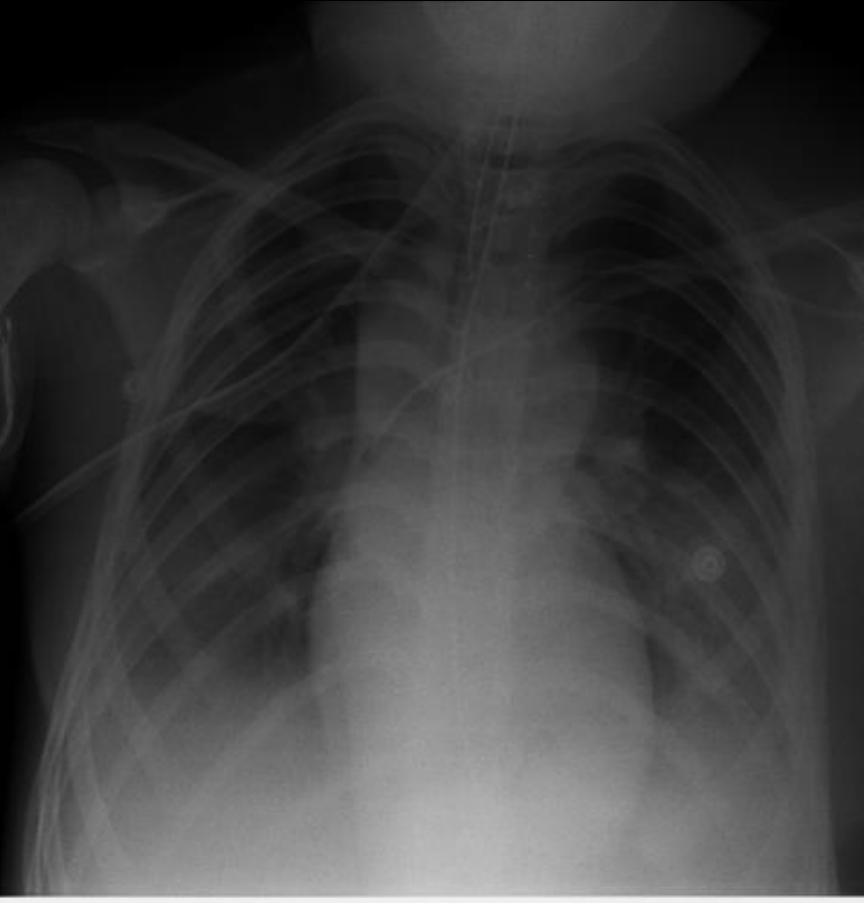
4:32 AM



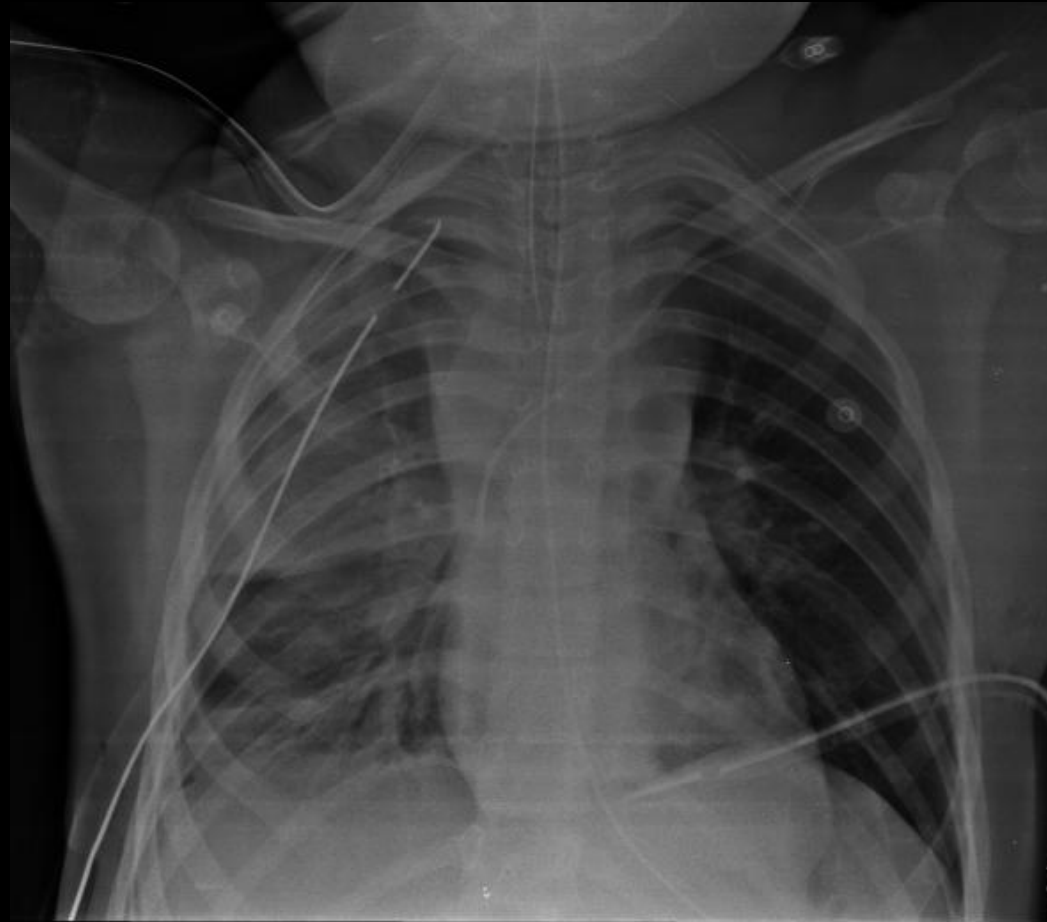
8:30 PM



RX 27.01.19



3:57 AM



6:51 AM



RX 28.01.19



RX 29.01.19

