



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SESIÓN ANATOMOCLÍNICA

JUEVES 3 DE JULIO DE 2008

PRESIDE: DR. GUILLERMO SÓLOMON SANTIBÁÑEZ
COORDINA: DR. ALFONSO MARXHS BRACHO
PATÓLOGO: DR. RODOLFO RODRÍGUEZ JURADO
TRABAJO SOCIAL: TMS. BEATRIZ ORTIZ SÁNCHEZ
RESUMIÓ: DR. JOSE MANUEL LÓPEZ ANDRADE

NOMBRE: Z.M.I.
FECHA DE NAC.: 22/03/1995
GENERO: FEMENINO
FECHA INGRESO: 05/04/08
FECHA DE EGRESO: 30/04/08
EDAD AL INGRESO: 13 AÑOS 1 MES

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Madre 36 años de edad, ama de casa. Padre 37 años de edad ayudante de albañilería. Tía abuela paterna con diabetes mellitus tipo 2, en tratamiento, probable hipertensión arterial sistémica.

ANTECEDENTES PERINATALES

Producto G3, inadecuado control prenatal en centro de salud, normoevolutivo, parto eutócico a las 38 SDG, desconoce Apgar, peso y talla. Egresó binomio sano a las 24hrs.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Lactancia materna exclusiva los primeros 2 meses de vida, posteriormente con fórmula de inicio hasta los 6 meses. Ablactación a los 4 meses. Integrado a la dieta familiar al año.
Sostén cefálico a los 4 meses, a los 6 sedestación, bisflabos a los 7, bipedestación a los 11 meses y deambulación al año de vida,
Habitaba en casa rentada de tabique, techo de cartón, con todos los servicios urbanos.

INMUNIZACIONES

Esquema de inmunización completo de acuerdo a cartilla nacional de vacunación.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Se negaron alérgicos, quirúrgicos, exantemáticos, transfusionales o traumáticos.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inició hace aproximadamente un año con cefalea holocraneana ocasional que cedía parcialmente a la administración de analgésico. Desde hace 5 meses la cefalea se presentaba más intensa acompañada de náuseas y vómitos en variadas ocasiones, manejada con analgésico, con el cual cedía. Un mes previo al ingreso presentó disminución de la agudeza visual de ojo izquierdo. Y 15 días previos a su ingreso presentó cefalea holocraneana intensa y vómitos en proyectil de contenido gástrico, con pérdida del estado de alerta por tres minutos, además de lenguaje incoherente e incomprensible; persistencia de vómitos por lo que fue llevada al Hospital en Cd. Nezahualcoyotl, en donde encontraron amaurosis de ojo izquierdo y Glasgow de 14, por lo que lo enviaron a este INP para valoración.

05/04/08 INGRESO URGENCIAS:

FC 78 x', FR 20 x', T 36.5 °C, TA 90/60 mm/Hg. PESO 47.5 kg, TALLA 142 cm
Despierta, activa, afebril, orientada en persona más no en lugar. Adecuada coloración de tegumentos, mucosas hidratadas. Cráneo normocéfalo, Fondo de Ojo izquierdo palidez de papila y ausencia de pulso venoso con bordes definidos. FO derecho, papila naranja ausencia de pulso venoso y bordes definidos. Campos visuales con hemianopsia heteronima bitemporal. Pupilas de 3mm con fotoreactividad a la luz. Conductos auditivos y narinas permeables, cavidad oral sin lesiones, Tórax normolíneo, campos pulmonares limpios y bien ventilados, ruidos cardiacos de buen tono e intensidad, abdomen blando depresible peristalsis presente, extremidades íntegras con fuerza muscular 5/5, sensibilidad conservada. Respuestas plantares flexoras bilaterales. Se tomó TAC simple y contrastada de cráneo encontrando lesión de aspecto neoplásico supraselar de 3x4cm de

diámetro que refuerza intensamente al contraste con gran contenido quístico que deforma el sistema ventricular inclusive colapsa el receso anterior del tercer ventrículo condicionando hidrocefalia supratentorial no comunicante.

05/04/08 NEUROCIRUGÍA

FC 89 x', FR 21 x', T36 °C, TA 90/60 mm/Hg

Paciente alerta orientada en persona y tiempo pero no en lugar, FO OI palidez de papila, ausencia de pulso venoso. FO OD pupila naranja ausencia de pulso venoso. Visión cuenta dedos ojo izquierdo a 30cms. Ojo derecho normal. Campos visuales con hemianopsia heteronima bitemporal. Pupilas de 3mm con foto reactividad a la luz impresiona aferencia pupilar de ojo izquierdo. Reflejos de liberación frontal positivos bilaterales, FM 5/5, Respuesta plantares flexoras bilaterales. Paciente que cursa con hipertensión intracraneana aguda, Hidrocefalia crónica agudizada, Pb craneofaringioma, solicitar perfil hormonal completo, IRM para normar conducta, Potenciales visuales. Plan colocación de sistema de derivación ventrículo peritoneal

05/04/08 QUIRÓFANO

Colocación de sistema derivación ventrículo peritoneal

06/04/08 ENDOCRINOLOGÍA

FC 85 x', FR 24 x', TA 100/60 mm/Hg, T 36.5 °C,

Presenta 24 piezas dentales, tiroides normal, acantosis en cuello, axila, ingles, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen dolor a la palpación, Tanner mamario 4 no secreción mamaria, púbico 3, extremidades normales, fuerza muscular 5/5. Se solicita eje hipotálamo-hipofisario, perfil tiroideo completo, IGF1, IGFBP3, Prolactina, LH, FSH, Estradiol. no se valorará cortisol ya que se encuentra en tratamiento con dexametasona. Manejo dieta para diabético 1800kcal, 50% CHO, 30% Lípidos, 20% Proteínas.

07/04/08 NEUROCIRUGÍA

FC 84 x', FR 20 x', TA 90/60 mm/Hg, T 36.5 °C.

Se realiza IRM, se reportó Lesión intracraneana, intra y extra sillar muy probablemente en relación a craneofaringioma la que produce hidrocefalia no comunicante con migración transependimaria supratentorial, cambios posquirúrgicos caracterizados por colocación de válvula ventrículo peritoneal en la región parieto occipital izquierda.

10/04/08 ENDOCRINOLOGÍA

FC 100 x', FR 21 x', TA 100/60 mm/Hg, T 36.5°C.

Se revisan reportes de laboratorio y se encuentra prolactina elevada se considera adicionar bromocriptina al manejo como agonista del receptor de dopamina. Bromocriptina tab. 2.5mgs, dar 1/4 tableta en la noche.

11/04/08 ENDOCRINOLOGÍA

FC 82 x', FR 20 x', TA 90/60 mm/Hg, T 36.5°C.

Se revisa IRMN se observa tumor supraselar de aspecto heterogéneo (componente quístico) sin visualizarse hipófisis. Dado el tamaño del tumor, los niveles de prolactina se encuentran elevados por compresión, por lo que se suspende bromocriptina. Para dosis de stress previo a cirugía (100mgm2sc).

15/04/08 QUIRÓFANO

Resección parcial más descompresión mediante craneotomía parasagital derecha coronal y supraorbitaria ipsilateral y abordaje transcalloso anterior. Se envía fragmento de tumor. Colocación de catéter central subclavio izquierdo

15/04/08 UTIP

FC 83 x', FR 16 x', TA 107/70 mm/Hg, T 36.5 °C

Permanece 24hrs en UTIP para vigilancia del postoperatorio. Se realiza TAC simple de cráneo, se observa lesión residual hacia la región selar, y seno cavernoso así como el receso anterior del tercer ventrículo, hematoma intratumoral no más grande que el tumor previo. Dilatación ventricular sin datos de hidrocefalia agudo y edema perilesional moderado.

22/04/08 NEUROCIRUGÍA

FC 90 x', FR 22 x', TA 110/60 mm/Hg, T 36.5 °C

Se reporta TAC de cráneo simple y contrastada con lesión supraselar. Sistema de derivación ventricular con cabo hacia asta frontal de ventrículo lateral izquierdo, en forma bilateral. Se reporta PEVC con alteración de la vía visual, en forma bilateral de predominio izquierdo. Se encuentra en espera de resultado de Biopsia.

RESULTADOS DE LABORATORIOS

BIOMETRÍA HEMÁTICA

FECHA	HB	HTO	LEUCOS	NEUTROFILOS	LINFOCITOS	PLAQUETAS	VCM CMH
05/04/08	14.9	45.1	12700	73%	20%	384MIL	92.1 30.4
15/04/08	13.1	39.3	17800	79%	15%	213MIL	84 30.3

ELECTROLITOS SÉRICOS

FECHA	SODIO	POTASIO	CLORO	CALCIO
14/04/08	135	4.2	105	8.9
15/04/08	158	4.3	105	8.6
16/04/08	137	3.8	114	9.2
17/04/08	135	3.9	97	9
19/04/08	136	4.3	105	8.4
20/04/08	138	4.7	105	9.1

ELECTROLITOS URINARIOS

FECHA	SODIO	POTASIO	CLORO
18/04/08	14.7	13.04	-----

QUÍMICA SANGUINEA

FECHA	GLUCOSA	CREATININA	BUN	UREA
14/04/08	192	0.6	12.3	21.9
15/04/08	101	0.56	12.5	26.8
16/04/08	205	0.53	12.9	27.6
18/04/08	92	0,3	7.2	15.4

PRUEBA DE FUNCIÓN HEPÁTICA

FECHA	BT	BD	BI	PT	ALBUMINA	GLOBULINA	AST	ALT	GGT	ALP	DHL	TRIG	COL
16/04/08	0.67	0.17	0.50	6.0	3.5	2.50	22	9	24	83	209	78	49

PERFIL TIROIDEO

FECHA	T3T	T4T	TSH	T3L	T4L
09/04/08	67	11.2	0.716	2.9	1.6
16/04/08	40	3.9	0.536	1.6	0.8

PERFIL HORMONAL

FECHA	FSH	LH	PROLACTINA	ESTRADIOL	ACTH
09/04/08	0.4	0.1	MAS DE 150	27.3	MENOS DE 10
16/04/08	-----	-----	MAS DE 150	-----	-----