



# INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

## SESIÓN ANATOMOCLÍNICA

JUEVES 20 DE NOVIEMBRE DEL 2008

PRESIDE: DR. GUILLERMO SÓLOMON SANTÍBAÑEZ

COORDINA: DR. ALFONSO MARHX BRACHO

PATÓLOGO: DR. DANIEL CARRASCO DAZA

T.M.S: L.T.S MÓNICA CRUZ HERNÁNDEZ

RESUMIÓ: DRA. ELDA YARA LAGOS CORDOVA

**NOMBRE:** MALJ

**GÉNERO:** MASCULINO

**PROCEDENCIA:** ARCELIA, GUERRERO

**FECHA DE NACIMIENTO:** 25/06/97

**FECHA DE INGRESO:** 23/10/06

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Madre de 27 años de edad, con bachillerato, comerciante, toxicomanías negadas, aparentemente sana. Se desconocen datos del padre (madre soltera). Carga genética para DM tipo 2. Dos hermanos 7 y 5 años aparentemente sanos.

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Alérgicos, transfusionales y hospitalizaciones previas negados

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habitaba casa con los servicios básicos de urbanización, hacinamiento y zoonosis positiva.

### ANTECEDENTES PERINATALES

Producto de madre de 17 años de GI, sin control prenatal; niega aplicación de vacunas, ingesta de medicamentos o complicaciones. Obtenido por parto eutócico a las 40 Semanas sin complicaciones. P 2,900 g, se ignora Apgar. Onfalorrexia a los 15 días.

### CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Lactancia materna exclusiva 2 semanas, posteriormente fórmula de inicio. Ablactación a los 4 meses., integrado a dieta familiar al año de vida. Alimentación actual adecuada en calidad y cantidad. Sonrisa social al mes, sostén cefálico a los 6 meses, sedestación a los 8 meses, bipedestación a los 14 meses, deambulación al 1 año 8 meses y control de esfínteres a los 2 años.

Con cartilla nacional de vacunación completa.

Peso al ingreso: 28.4kg (P50) talla 129 cm. (P50) PC 52 cm. (P50)

### PADECIMIENTO ACTUAL

Inició el día 19/05/06, con presencia de crisis convulsivas en hemicuerpo izquierdo, duración de 5 a 10 minutos, cada 30 a 40 minutos. Es llevado con médico particular quien lo refiere a hospital general de Toluca. Hospitalizado por 18 días, iniciando abordaje diagnóstico y CBZ 20mg/kg/día. Presentó disminución de la crisis hasta 3 al día con menor duración. Fue referido al INP para manejo por Pbe. tumor cerebral. Fue valorado por el servicio de neurología el 26 de octubre solicitando EEG y enviando a neurocirugía con apertura urgente de expediente.

**NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA (26/10/06)**

Electroencefalograma en vigilia y sueño, muestra lentificación frontal y central derecha. Únicamente en sueño frecuente actividad epileptiforme de complejo punta-onda atípico de 1 a 2 Hz en región frontal y central derecha con generalización secundaria.

**NEUROCIRUGÍA (30/10/06)**

Candidato a cirugía de epilepsia. Se solicitó tiempo quirúrgico y malla de registro.

**NEUROLOGÍA (30/10/06)**

Se inició TPM 3mg/kg/día. Se solicitaron prequirúrgicos.

**NEUROCIRUGÍA (11/11/06)**

Se solicitó malla de 24 electrodos para el registro y se da cita en enero 2007.

**NEUROLOGÍA (12/11/06)**

Se suspendió Acido Valproico por alteraciones en la coagulación, se dejó Fenobarbital y DFH.

**NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA (28/11/06)**

Potenciales Evocados Somato sensoriales en miembros superior e inferior mostraron alteración de la vía somato sensorial en la respuesta cortical (parietal derecha) a la estimulación del nervio tibial izquierdo

**NEUROLOGÍA (12/08/08)**

Dejó de asistir 1 año 10 meses, mal compensado, tratado con Carbamacepina y se agregó Levetiracetam 2 g/día.

**NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA (22/09/08)**

Severa alteración cortico-subcortical generalizada, paroxística por la presencia de un evento irritativo en las regiones frontocentrales con generalización secundaria.

**RESONANCIA MAGNÉTICA (23/09/08)**

Lesión neofomatosa intra axial, como primera posibilidad debe considerarse astrocitoma pilocítico que compromete a los lóbulos frontal, parietal y temporal derechos con moderado efecto de masa e incipiente edema perilesional

**INGRESO A NEUROLOGÍA (29/09/08)**

Refiere la madre que desde hace 6 meses presentó somnolencia, cefalea de localización occipital y universal, pulsátil, acompañada de náusea y mareo, tratada con cinnarizina pero sin mejoría. A la EF alerta, con funciones mentales superiores conservadas, desorientado en tiempo, desviación de la comisura labial hacia la derecha y dificultad para cierre palpebral izquierdo, hemiparesia corporal izquierda, tono y tropismo disminuidos en miembros izquierdo, miembros torácicos y pélvicos derecho con fuerza 4/5, izquierdo 1/5, marcha hemiparética, sin dismetrías, no disdiadocinesias.

**NEUROLOGÍA (02/10/08)**

Se inició acetazolamida 300mgm2scd ante datos de cráneo hipertensivo.

**NEUROCIRUGÍA (03/10/08)**

Se realizó craneotomía frontotemporal derecha y resección total de la lesión. Con tumor quístico con nódulo mural 3x2 cm. y líquido xantocrómico de 30 cc aproximadamente. Pasa a UTIP donde permaneció 5 días, con adecuada evolución clínica.

**NEUROCIRUGÍA (09/10/08)**

Se egresa con evolución satisfactoria, sin presencia de crisis convulsivas, y con TAC de control con ausencia de edema, resección total y sin complicaciones. Se prescribe DFH y prednisona 5mg vo c/24 hrs. por 7 días. Se envía a oncología.

**ONCOLOGÍA (23/10/08)**

Paciente PO resección tumoral frontoparietal derecha, aun con fuerza 4/5 y temblor fino sin mayor deterioro, en manejo anticomicial, se deja en vigilancia y cita en 3 meses.

**LABORATORIOS**

FECHA	Hb	Hto	LEUCOS	N%	L%	Plaq	TP/TTP
22/09/08	14	42	5700	54	34	243MIL	
01/10/08			5800	57	28		86%/37
03/10/08	12.7	38	8800	94	5	196MIL	71.4%/41.7

FECHA	Ca	K	Na	Cl	GLU	CREAT	BT
01/10/08	9.9	4.3	138	105	80	0.45	0.45
	BD	BI	PT	ALB	AST	ALT	FA
	0.10	0.35	7.1	4.3	23	15	308

FECHA	Ca	K	Na	Cl	GLU	CREAT	DFH
03/10/08	9.4	4	137	113	114	0.45	8.93
03/10/08	9.2	3.3	138	110	151	0.45	
06/10/08	9.4	3.8	136	101		0.47	