



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

SESIÓN ANATOMOCLÍNICA

JUEVES 26 DE MARZO DEL 2009

PRESIDE: DR. GUILLERMO SÓLOMON SANTÍBAÑEZ
COORDINA: DR. CARLOS EDUARDO MARTÍNEZ RUIZ
PATÓLOGO: DR. DANIEL CARRASCO DAZA
T.M.S: TMS. MA. ELENA ESPARZA CASTILLO
RESUMIÓ: DR. ROBERTO CANO ZÁRATE

NOMBRE: MEM
GÉNERO: FEMENINO
LUGAR DE NACIMIENTO: TLALPAN D.F
FECHA DE NACIMIENTO: 22-10-97
EDAD: 10 AÑOS 11 MESES
FECHA DE INGRESO: 10-10-08

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.

Madre de 30 años de edad dedicada al hogar, escolaridad secundaria. Padre de 32 años escolaridad secundaria, ocupación albañil. Hermanos de 13 y 4 años de edad, todos aparentemente sanos. Abuela materna y paterna con diabetes mellitus tipo 2.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Vive en casa rentada con 3 habitaciones, cuenta con todos los servicios básicos. Zoonosis (+) 1 conejo, 1 gallo, 1 gato. Baño diario y cambio de ropa diario. Alimentada al seno materno hasta el año de edad, ablactación a los 3 meses con papillas de frutas y verduras. Dieta familiar a los 8 meses. Sostén cefálico a los 2 meses. Sedestación a los 5 meses. Marcha al año de edad. Bisílabos al año. Actualmente acude al 5to año de primaria con adecuado aprovechamiento escolar. Se refiere esquema de vacunación completo.

ANTECEDENTES PERINATALES.

Producto de la gesta III. Embarazo normoevolutivo. Control prenatal desde el 3er mes con cita de forma mensual. Refiere ingesta de ácido fólico y hierro. Nace por operación cesárea por DCP a las 40 SDG sin complicaciones. Lloro y respira al nacer sin requerir maniobras avanzadas de reanimación. Peso al nacer 2800 g, talla de 47 cm.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Inició el 11-10-08 con artralgias y dolor cervical, se le administró paracetamol con mejoría parcial de la sintomatología. A las 3:00 hs presentó tos emetizante, no disneizante ni cianozante. Siendo el vómito de contenido gastroalimentario, con estrías de sangre. Posteriormente, refiere la paciente, sensación de cuerpo extraño que limitaba el habla, sin disnea. Acudió a Hospital General donde se observó masa que obstruía la faringe por lo que fue enviada al INP.

(12-10-08). INGRESO PREHOSPITALIZACIÓN.

FC 110 x', FR 22 x', TA 100/60 mm/Hg, T 36.4°C, P 32 kg, T 145 cm, PC 50 cm
Paciente en buenas condiciones generales. Presenta tumoración en región orofaríngea de aproximadamente 4x5 cm, de bordes irregulares, no friable, proveniente de la amígdala izquierda que protruye en forma importante la orofaringe posterior y que desplaza la úvula hacia la derecha, no es pediculada. Es ligeramente dolorosa a la manipulación con abatelenguas. El tórax con adecuada entrada y salida de aire, sin agregados patológicos, ruidos cardiacos rítmicos, no soplos. Abdomen blando, depresible, no masas, ni megalias, y sin dolor a la palpación. Extremidades simétricas, exploración neurológica normal.

(12-10-08). VALORACIÓN CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

Masa de 3x5x4 cm de volumen, eritematosa, con paredes ligeramente sangrantes, con pedículo, al cual no se le visualiza origen. Puede tratarse de amígdala prolapsada e incluso una malformación arteriovenosa. Se indica ingreso a cirugía.

(13-10-08). VALORACIÓN OTORRINOLARINGOLOGÍA.

Se observa en orofaringe amígdalas asimétricas a expensas de aumento de volumen en la amígdala izquierda de aproximadamente 4x5 cm, con bordes irregulares y que desplaza estructuras a la derecha, es semiobstruccioniva.

Se realiza nasofibrolaringoscopia flexible, bajo anestesia local, observando hiperplasia adenoide grado I y al descender se visualiza lesión dependiente de amígdala izquierda y que contacta con pared posterior faringea. Resto de estructuras faringolaringeas, dentro de la normalidad.

(14-10-08). VALORACIÓN ONCOLOGÍA.

Se observa mejoría hematológica posterior a 2 días de antibiótico, por lo que habrá que descartar causa infecciosa, sin embargo sugerimos toma de biopsia de la tumoración. Así como toma DHL y Fosfatasa Alcalina. Pendientes de su evolución.

(15-10-08). NOTA POST-QUIRÚRGICA OROTORRINOLARINGOLOGÍA.

Bajo anestesia general, se realiza amigdalectomía con biopsia excisional de tumoración en amígdala izquierda. Sin complicaciones.

(13-10-08). BIOMETRÍA HEMÁTICA

Hb 14 g/dl, Hto 41.8%, Leu 16 600, N 81%, L 11% , Pla q 305 000.