



HOSPITAL INFANTIL de MÉXICO

FEDERICO GÓMEZ

Instituto Nacional de Salud

**SESIÓN CLINICOPATOLOGICA A-11-64**

**Miércoles 7 de octubre del 2015**

**COORDINADOR: DR. LUIS FELIPE GORDILLO DOMÍNGUEZ**

**DISCUSOR: ÁLVARO NICOLAY ASTUDILLO MARIÑO, RV NEUROLOGÍA PED.**

**PATÓLOGO: DRA. MA. DE LOURDES CABRERA**

**RADIÓLOGO: DRA. PILAR DIES SUÁREZ**

**RESUMEN: DRA. NEIBA LUJAN GAMBOA**

**CASO. 796142**

**NOMBRE: N.R.S.E**

**SEXO: MASCULINO**

**EDAD: 8 AÑOS 8 MESES**

**PROCEDENCIA: ACAPULCO GUERRERO**

**F. NAC.: 5 ABRIL 2003**

**INGRESO (URGENCIAS): 19 DICIEMBRE 2011**

**EGRESO: 24 DICIEMBRE 2011**

**MOTIVO DE CONSULTA:** Cefalea, astenia, adinamia, paresia y visión borrosa.

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:** Madre de 26 años, dedicada al hogar, escolaridad secundaria, casada, sin toxicomanías, sana. Padre de 32 años, casado, con primaria incompleta, panadero, alcoholismo positivo, tabaquismo y toxicomanías negadas, sano. Dos hermanos de 1 y 10 años de edad, sanos. Consanguinidad negada.

**ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS:** Originarios y residentes del Estado de Guerrero, de nivel socioeconómico bajo, cuentan con casa propia donde habitan 5 personas, cuenta con todos los servicios de urbanización, zoonosis positiva. **ALIMENTACIÓN.** Alimentado con fórmula de inicio, ablactación a los 6 meses de edad a base de frutas y verduras, integrado a la dieta familiar al año de edad. **DESARROLLO PSICOMOTOR.** Fijación de la mirada a los dos meses, sostén cefálico a los tres meses, rodamiento 3 meses, sedestación con ayuda cuatro meses, sedestación sin ayuda siete meses, gateo ocho meses, bipedestación 9 meses, deambulación a los 18 meses, sin control de esfínteres, balbuceo 5 meses, monosílabos 12 meses, bisílabos 18 meses, dentición 7 meses. **INMUNIZACIONES.** Refiere familiar esquema de vacunación completo, no muestra cartilla.

**ANTECEDENTES PERINATALES Y PATOLÓGICOS:** Producto G3 P3 A0, producto de gesta 2, embarazo normoevolutivo, control prenatal regular desde el primer trimestre, se realiza ultrasonidos pre natales mensuales reportados normales con ingesta de multivitamínicos desde el primer trimestre. Se obtiene producto de 38 SDG por parto hospitalario, eutócico, lloró y respiró al nacer, pesó 2,800 gr, talla 48cm sin conocer Apgar. Se egresa a las 24 hrs sin complicaciones.

**19-24 DE DICIEMBRE DEL 2011. URGENCIAS EDAD 8 años 8 meses. Primera Vez HIM**

**PADECIMIENTO ACTUAL:**

**Cefalea.** Un mes de evolución localizada en hemicráneo derecho, referida como dolor pulsátil ipsilateral, de predominio nocturno que le provocaba despertarse durante la noche, sin desencadenantes aparentes, sin exacerbantes ni atenuantes.

**Astenia y Adinamia:** Un mes de evolución referido por la madre como disminución de las actividades cotidianas y de la actividad física normal, desencadenado por la cefalea, sin atenuantes.

**Visión borrosa:** De tres días de evolución, referido como vista nublada del ojo izquierdo, sin predominio de horario, sin desencadenante aparente, sin exacerbantes ni atenuantes, corroborada al ingreso.

**Paresia:** De tres días de evolución referida por la madre como disminución de la fuerza de la mano izquierda, aparentemente desencadenada por la cefalea, sin exacerbantes ni atenuantes, sin predominio de horario, corroborada al ingreso.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Peso	Talla	FC	FR	TA	Temp
24.5 kg	128 cm	73/min	20/min	98/51 mm/Hg	36.5°C

Paciente masculino de edad aparente similar a la cronológica, sin facies característica, adecuado estado de hidratación, cráneo normocéfalo sin endo ni exostosis, pupilas isocóricas normo refleéticas a la luz, fondo de ojo con vascularidad normal, edema de papila bilateral. Narinas permeables, conductos auditivos permeables, membranas timpánicas íntegras, cavidad oral bien hidratada, faringe sin alteraciones, cuello cilíndrico, simétrico sin adenomegalias, tórax normolíneo, campos pulmonares bien ventilados sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, abdomen blando, depresible, sin visceromegalias, peristalsis presente. Genitales fenotípicamente masculinos sin alteraciones. Extremidades íntegras, simétricas, fuerza disminuida +++/++++ en mano izquierda. Reflejos aumentados en miembros pélvicos de predominio en lado derecho. Neurológico con tendencia a la somnolencia, no tiene buena interacción con el medio, Glasgow 13, campo visual sin alteración, movimientos oculares normales,

olfato conservado, reflejo nauseoso presente, audición bilateral normal, úvula central. Movimientos faciales y de la lengua normales. Sensibilidad en cara normal.

#### LABORATORIO Y GABINETE:

Hb	Hto	Leu	Neu	Linf	Plaq	TP	TTP	INR	Na	k	Cl	Ca	P
15 g/dL	44.7%	7900	71%	20%	338,000	13.4''	23.2''	1.07	136 mEq/L	4 mEq/L	98 mEq/L	10.2 mg/dl	4.5 mg/dl

**TOMOGRAFIA COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE (TCC) EXTRA HIM:** Imagen heterogénea que ocupa el lóbulo frontal y parietal derecho, con densidad mixta de quistes, agua, sólida, que desplaza la línea media.

**MANEJO:** ayuno, soluciones 1500/1:1/30, dexametasona 0.65mgkgdía, cabeza a 30 grados, oxígeno por puntas nasales.

**19 DICIEMBRE 2011. ONCOLOGIA.** Paciente con datos clínicos y por imagen de neoplasia cerebral, actualmente sólo con datos sugerentes de hipertensión por cefalea y vómito así como papiledema, por lo que sugerimos valoración por neurocirugía.

**20. DICIEMBRE 2011. NEUROCIRUGIA.** Se solicitó estudio de imagen por resonancia magnética (IRM) con contraste y angio resonancia, electroencefalograma (EEG) y valoración por neuropsicología. Ingres a piso de neurocirugía por tumoración supratentorial intracraneal en estudio e hipertensión endocraneal compensada.

**20. DICIEMBRE 2011. PEDIATRIA SALA NEUROCIRUGIA.** Ayuno, soluciones de base (SDB) 1500 1:1/30, se agrega paracetamol 15 mgkgdía cada 8 hrs y Ketorolaco 0.5mgkgdo por razón necesaria, posición semifowler a 30 grado, Glasgow estricto, glucemia por turno.

**21. DICIEMBRE 2011. NEUROCIRUGIA.** Se reporta crisis convulsiva a las 4:00 am, así como paro cardiorrespiratorio a las 5:00am iniciando maniobras de reanimación, intubación, respondiendo adecuadamente a ellas. Se interconsulta a terapia intensiva encontrando paciente intubado con FC 180, pupilas midriáticas, hipotenso, mal perfundido, hipotérmico, pulsos filiformes, llenado capilar de 3 segundos, pupilas midriáticas 8 mm no foto reactivas, bajo efecto de sedación, adecuada ventilación pulmonar, abdomen sin alteraciones. Luce pálido sin respuesta a estímulos. Se decide inicio de dobutamina y norepinefrina en vías periféricas mientras se realiza colocación de catéter venoso central. Se administra bolo de solución salina hipertónica. A la valoración neurológica la encontramos: sin respuesta al estímulo nociceptivo, ya con efectos de sedación y midriasis bilateral, TCC de urgencia reporta edema cerebral severo, pasa a terapia intensiva de urgencia dándole el siguiente soporte medicamentoso: Ayuno, SDB 1800/1:1/30, ranitidina 1mgkgdo, Dexametasona 0.65mgkgdo, paracetamol 15 mgkgdo, ketorolaco 0.5mgkgdo por razón necesaria, midazolam 3mg IV DU, Vecuronio 3mg IV Du, posición semifowler a 30 grados, Glasgow estricto, glucemia capilar por turno, e inmediatamente ingresa a quirófano para craneotomía descompresiva realizándose: Craneotomía bifrontal, craneotomía biparietal con transposición de ambas para realizar descompresión holocraneal, durotomía puntiforme con drenaje de quiste tumoral, líquido de aspecto xantocrómico hemorrágico y toma de biopsia. Se encontró un encéfalo sumamente tenso con circunvoluciones y cisuras borradas en su convexidad, presión intracraneal (PIC) durante la cirugía 76, PIC al final del procedimiento 74. Pasa a terapia intensiva Quirúrgica.

Peso	FC	FR	TA	Temp	O2	pH	pO2	CO2	HCO3	Lac	Ca
24 kg	109/min	18/min	78/32 mm/Hg	32.3°C	99%	7.40	118 mm/Hg	27 mm/Hg	13 mmol/L	6.5 mmol/L	1.13 mmol/L

**Manejo post operatorio:** Ayuno, SDB 1200/1:1/30/100/50, ranitidina 1mgkgdo IV, Midazolam 100 mcgkgdo IV por razón necesaria, gluconato de calcio 100 mgkgdo IV por razón necesaria, cefalotina 100 mgkgdía IV cada 8 hrs, norepinefrina 0.01µgkgmin IV, dobutamina 3µgkgmin IV. DFH 7mgkgdía IV cada 8 hrs, dexametasona 5 mg cada 8 hrs IV Sonda Orogástrica.

**21. DICIEMBRE 2011. 14 HRS NEUROLOGIA:** Ingres a sala de UTIP en malas condiciones, bajo sedación, pupilas arrefléxicas, hipotermia de 33.4, con presencia de hipertensión e hipotensión alternante, se mantiene en la cirugía con tiopental, se suspende a las 13 hrs. A la exploración física: Respuesta nula a estímulo táctil, hiperextensión de extremidades inferiores de manera bilateral, las superiores sujetas a la cama. Fuerza muscular no valorable. Ausencia de respuesta alguna a los estímulos luminosos de manera bilateral, no presenta foto motor ni consensual de manera bilateral, corneal ausente, fondo de ojo con papiledema de manera bilateral, III, I, VI: no presenta movimientos oculares conjugados, V: no presenta ni fuerza muscular de maseteros ni respuesta a la estimulación táctil facial, VII presenta simetría facial VIII: nula respuesta auditiva a los estímulos IX: no reflejo nauseoso ni tusígeno, X: presenta tendencia a la hipotensión diastólica de 60 mmHg, XI: no eleva hombros ni lateraliza cuello. XII no movimientos anormales de lengua. Motor: fuerza muscular nula, no responde a estimulación dolorosa, sensibilidad abolida,

Reflejos miotáticos abolidos de manera general, Babinski ausente, marcha no valorable, no neurocutáneos. Se realiza prueba de apnea, reportando saturación al 50% a los dos minutos por lo que se suspende no siendo concluyente, nula respuesta a los estímulos oculocefálico y vestibulares de manera bilateral, respuesta corneal, consensual y foto motor de manera bilateral abolida.

pH	pO2	CO2	HCO3	Lac	Gluc
7.39	229 mm/Hg	26.3 mm/Hg	15.6 mmol/L	1.2 mmol/L	306 mg/dL

Na	k	Cl	Ca	Creat
156 mmol/L	3.1 mmol/L	120 mmol/L	9.3 mg/dl	6.5 mmol/L

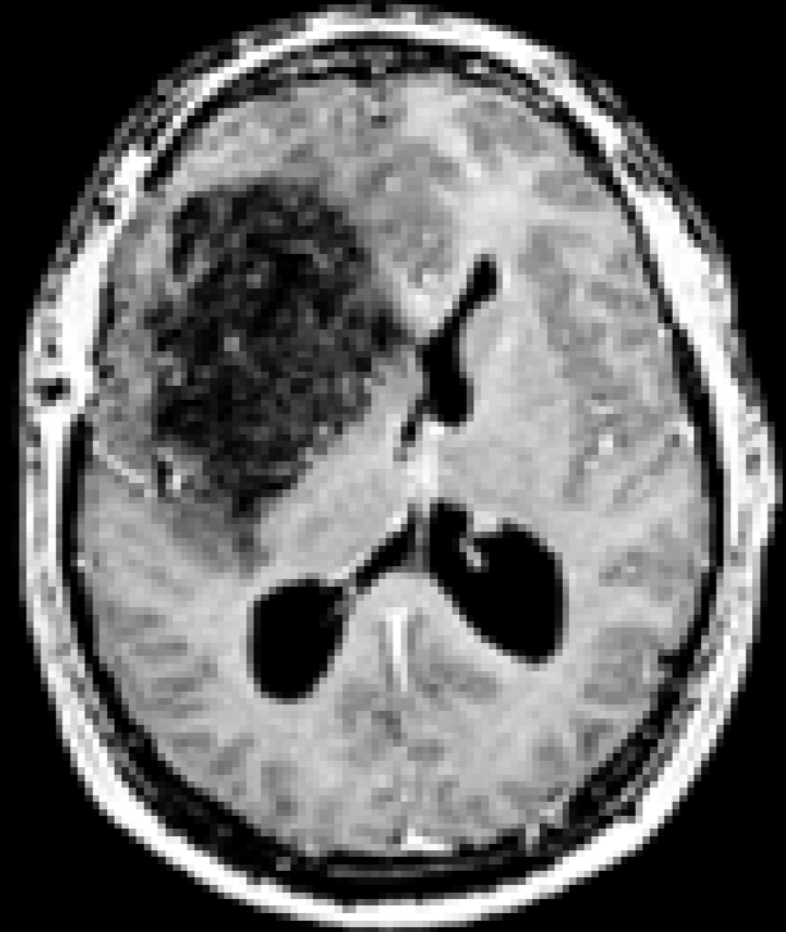
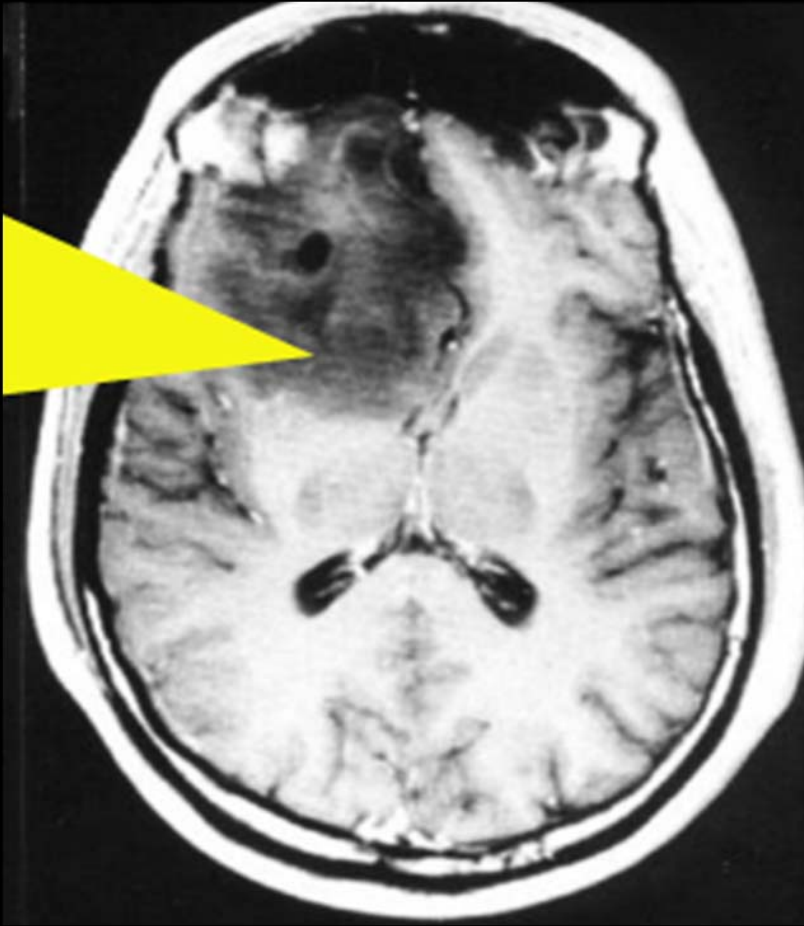
**22. DICIEMBRE.2011. ELECTROENCEFALOGRAMA** Primer trazo compatible con silencio eléctrico.

**22. DICIEMBRE 2011. TERAPIA QUIRURGICA.** Se continúa con encefalografía seriada, se brinda apoyo tanatológico y psicológico a los familiares.

**23. DICIEMBRE.2011.ELECTROENCEFALOGRAMA:** Segundo trazo compatible con silencio eléctrico, TCC de cráneo, se observa proceso ocupativo tumoral frontal derecho de densidad heterogénea por zonas quísticas en su interior y zonas hiperdensas en su periferia que causa efecto de masa sobre la línea media y el ventrículo ipsilateral asociada con hemorragias puntiformes.

**23. DICIEMBRE. 2011. ESTUDIO HISTOPATOLOGICO:** Biopsia de tumor por aspiración más líquido cefalorraquídeo: Biopsia de tumor supratentorial con muestra insuficiente, LCR negativo a células neoplásicas.

**24. DICIEMBRE 2011. (2:15 AM):** Paciente con desaturación, hipotensión paulatina, bradicardia, presenta paro cardiorrespiratorio a la 1:45 hrs sin recibir maniobras de reanimación cardiopulmonar.



NO CAPTA CONTRASTE