



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“MENINGIOMA PETROSO POSTERIOR DERECHO”

Requisito previo para optar por el Título de Médico.

Autora: Román Bautista, Elsa Gabriela.

Tutor: Dr. Vélez Salgado, Jaime Efraín.

Ambato-Ecuador

Mayo, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico: “MENINGIOMA PETROSO POSTERIOR DERECHO” de Román BautistaElsa Gabriela, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2016.

EL TUTOR

.....
Dr. Vélez Salgado, Jaime Efraín.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Análisis de Caso Clínico: “**MENINGIOMA PETROSO POSTERIOR DERECHO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2016

LA AUTORA

.....
Román Bautista, Elsa Gabriela.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de él un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este Análisis de Caso Clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Abril del 2016

LA AUTORA

.....
Román Bautista, Elsa Gabriela.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema “**MENINGIOMA PETROSO POSTERIOR DERECHO**” de Román Bautista, Elsa Gabriela, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayodel 2016

Para constancia firman

.....

PRESIDENTE/A

.....

1er VOCAL

.....

2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente Trabajo, producto de esfuerzo, dedicación y entrega constante está dedicado en primer lugar a mi padre todopoderoso y creador del universo, DIOS, quien me ha dado la vida y la oportunidad de estar en este mundo con un propósito particular; quien me ha sustentado todo este tiempo y me ha dado la fuerza para llegar a cumplir todas mis metas; mi padre amado, quien me regala cada nuevo día y me bendice con la salud, la energía y mi familia.

A Elsita Bautista, un ángel personificado en mi MADRE, la mediadora de todo el amor de Dios, la mujer sublime que me trajo a este mundo, todo es para ella, por ser mi compañera, mi mejor amiga, y mi apoyo total e incondicional en cada paso que doy, la persona que muchas veces me vio cansada, agobiada y con ganas de rendirme pero me acogió en su regazo y me dio consuelo, ánimo y valor para levantarme con más fuerza y no fracasar en este duro y largo camino, quien lloró a mi lado y se desveló conmigo en mis momentos difíciles; quien nunca me abandonó en mis momentos de derrota y la primera persona que festejó junto a mí y se alegró con el corazón sincero en mis momentos de logro.

Elsa Gabriela, Román Bautista.

AGRADECIMIENTO

“Porque Dios mismo da la sabiduría, Y de su boca viene el conocimiento y la inteligencia.” Proverbios 2:6

Cuando pequeños decimos que queremos llegar a ser médicos para salvar la vida de otras personas, cuando llegamos a la Universidad y nos preguntan porque decidimos estudiar medicina, la respuesta casi siempre es la misma. Lo cierto es que:

“la vida de una persona no está en las manos del médico, Dios le permitió al médico conocer y maravillarse con la hermosura y la perfección de su obra humana, cuando aprende la anatomía, la fisiología, etc. y le concede la sabiduría y la facultad de emplear sus conocimientos cuando otro ser humano se enfrenta ante la enfermedad y la muerte”.

Mi profundo agradecimiento a DIOS porque nada de esto hubiese sido posible sin el permiso de Él, por la vida misma, por el sol de cada día, por darme la oportunidad de estar en este mundo para ayudar a los demás, por bendecirme con mi madre y mi familia y por ser la luz y la claridad de mi a veces nublado camino.

A mi madre, Sra. Elsitá Bautista, mi amiga y compañera incondicional por ser mi apoyo y la fuente constante de fortaleza y ánimo en este largo camino, quien me ha formado con su amor, cariño, disciplina y principios para ser una persona con valores.

A mi esposo y colega, Israel Reinoso, por su paciencia, comprensión, apoyo emocional y la ayuda que tantas veces me permitió terminar mis trabajos y tareas a tiempo, porque estuvo a mi lado en los momentos de desvelo y cansancio.

A mi hija Danielita Reinoso, la razón que siempre estuvo presente en mi cabeza al momento de cumplir con mis responsabilidades y por quien me he esforzado y seguiré esforzándome en mi Carrera. Por quien me levanto cada día con el objetivo de ser una mejor persona y un ejemplo para ella.

Agradezco a mis docentes quienes con entereza y bondad me compartieron sus conocimientos y experiencias mismos que durante todos estos años forjaron mi competitividad como profesional.

A mi Tutor Dr. Jaime Vélez por la paciencia y el tiempo dedicados en la realización de este Caso Clínico, y por la confianza depositada en mi persona.

Gracias a todos, esto es por ustedes.

Elsa Gabriela, Román Bautista.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
RESUMEN	xii
SUMMARY.....	xv
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	3
Objetivo General:	3
Objetivos Específicos:.....	3
III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:	4
Identificación y recopilación de la información no disponible:	4
IV. DESARROLLO.....	5
Descripción cronológica detallada del caso:	5
ANAMNESIS.....	5
Datos de filiación:.....	5
Motivo de consulta:	5
Enfermedad actual:	5
Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:.....	6
Antecedentes Patológicos Familiares:.....	7
Historia Social y Económica.....	8
Revisión Actual de Aparatos y Sistemas	8
EXAMEN FÍSICO:.....	8
Apariencia general	9
Examen Regional	9
EXAMEN NEUROLÓGICO:.....	10
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS	10
DIAGNÓSTICO	13
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:	15
POSTQUIRÚRGICO.....	17

EVOLUCIÓN Y ALTA.	17
EXAMEN HISTOPATOLÓGICO:	18
Descripción de los Factores de Riesgo:	20
Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud:	21
• Oportunidad en la solicitud de consulta	22
• Acceso a la atención médica	23
• Características de la atención.....	24
• Oportunidades en la remisión	25
• Trámites administrativos.....	25
Identificación De Puntos Críticos:	25
Caracterización de las oportunidades de mejora	26
V. CONCLUSIONES.....	27
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS (UTA)	29
VII. ANEXOS.....	30
ANEXO 1:.....	30
DEFINICIÓN	30
EPIDEMIOLOGIA.....	30
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	31
FISIOPATOLOGÍA	31
CUADRO CLÍNICO	32
CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA.....	32
MENINGIOMAS DE FOSA ANTERIOR.-	33
MENINGIOMAS DE LA FOSA MEDIA.-	33
MENINGIOMAS DE LA FOSA POSTERIOR:.....	33
LOCALIZACIÓN:	34
PATOLOGÍA	34
CLASIFICACIÓN SEGÚN LA OMS	35
• Grado I: Meningioma Típico	35
• Grado II: Meningioma Atípico.	35
• Grado III: Meningioma Maligno o Anaplásico.	35
ÍNDICE PROLIFERATIVO	36
METÁSTASIS.....	36

DIAGNÓSTICO	36
RM.....	36
TAC.....	37
ANGIOGRAFÍA	37
TRATAMIENTO	38
Técnica Quirúrgica	38
Radioterapia.....	39
Recurrencia	39
ANEXO 2.....	40
ANEXO 3.....	41
ANEXO 5.....	43
ANEXO 6.....	44
ANEXO 9.....	47
ANEXO 10.....	48

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“MENINGIOMA PETROSO POSTERIOR DERECHO”

Autora: Román Bautista, Elsa Gabriela.

Tutor: Dr. Vélez Salgado, Jaime Efraín.

Fecha: Abril, 2016.

RESUMEN

Los meningiomas son tumores meningoteliales originados de células aracnoideas.

Tienen una incidencia del 0,3 x 100.000 en los adolescentes, incrementándose con la edad a 8,4 x 100.000 en los adultos de edad avanzada, son más frecuentes en la quinta y sexta décadas de vida y predominan en el sexo femenino.¹

Son los tumores intracraneales primarios más frecuentes en adultos y representan aproximadamente 30% de éstos; el 90% son benignos y se clasifican según sus características patológicas y agresivas.

Desde hace varias décadas estos tumores han sido manejados de tres formas: observación clínico-imagenológica, cirugía, y tratamiento radiante.^{1,2}

El siguiente caso a analizar se trata de una paciente de género femenino, de 49 años de edad, nacida y residente en Latacunga, con antecedentes personales de hipotiroidismo diagnosticado hace 8 años.

Antecedentes quirúrgicos: cirugía de hernia discal L4-L5 hace 12 años; Antecedentes Familiares: madre diabética + Insuficiencia Renal Crónica; padre fallece con Cáncer de próstata, más trombosis mesentérica.

Paciente acude al hospital del IESS Latacunga, (Emergencia) por presentar cuadros repetitivos de cefalea holocraneana intensa de un año de evolución como fecha real y dos meses de evolución como fecha aparente, de predominio en parietal derecho que fue tratada como una migraña, con analgésicos, en sus primeros meses de presentación y que paulatinamente fue exacerbando con episodios de mareo, vértigo, desorientación parcial y pérdida de la memoria, además disminución de la audición en ambos oídos, tinnitus y alteraciones visuales.

Al observar el tiempo de evolución real de este cuadro, es derivada al área de otorrinolaringología con sospecha de patología vertiginosa o trastornos del oído interno, pero al ser descartadas ambas, solicitan la valoración de neurocirugía más realización de:

TAC simple: múltiples imágenes isodensas compatibles con lesiones calcificadas a nivel supratentorial. En cara posterior de la porción petrosa del temporal se observa lesión parcialmente calcificada de 2.2x2.3cm que no provoca desplazamiento ni compresión de los ventrículos.

RMN de cráneo: lesión tumoral extra axial en cisterna cerebelopontina derecha con signos de probable calcificación, compatible con meningioma.

TAC de cráneo contrastada: lesión hiperdensa a nivel del ángulo pontocerebeloso derecho que capta contraste observándose vasos del territorio de la cerebral posterior nutriendo la lesión.

En el desarrollo del presente caso se apreciará la evolución, los elementos de diagnóstico, diagnósticos diferenciales y las posibles complicaciones tomando en cuenta que aunque es una patología benigna y poco frecuente tiene riesgo de malignización y por lo tanto el tratamiento quirúrgico es fundamental; además se discutirá sobre las etapas de vida en las que se presenta con mayor frecuencia, así

como su clasificación histopatológica y la sintomatología, misma que como veremos varía de acuerdo a la localización de la lesión tumoral.

El caso concluye con la resolución quirúrgica del meningioma, procedimiento que cursó sin complicaciones. Finalmente, la paciente es dada de alta a los 6 días postquirúrgicos con evolución satisfactoria.

Palabras clave: TINNITUS, VÉRTIGO, MIGRAÑA, MENINGIOMA, NEOPLASIA.

AMBATO TECHNICAL UNIVERSITY

SCIENCES HEALTH FACULTY

MEDICINE CARREER

"RIGHT BACK PETROSO MENINGIOMA"

Author: Román Bautista, Elsa Gabriela

Tutor:Dr. Vélez Salgado, Jaime Efraín.

Date: April, 2016.

SUMMARY

Meningiomas are tumors originating meningotheial arachnoid cells.

It has an incidence of 0.3 in 100,000 in teens, increasing with age to 8.4 per 100,000 in older adults, are common in the fifth and sixth decades of life and predominate in females.¹

Are the most common primary intracranial tumors in adults and account for about 30% of them; 90% are benign and are classified according to their pathological and aggressive characteristics.

For decades these tumors have been handled in three ways: clinical and imaging observation, surgery, and radiation treatment.^{1,2}

The next case to analyze is a patient female, 49 years old, born and resident in Latacunga, with a history of hypothyroidism diagnosed 8 years ago, surgical Background: surgery herniated disc L4-L5, 12 years ago; Family History: diabetic mother + IRC ; father died with prostate cancer, and mesenteric thrombosis.

Patient goes to hospital IESS Latacunga (Emergency) to present repetitive intense holocraneana headache a year of evolution as actual date and twomonths of evolution as apparent date, predominantly in the right parietal which was treated as a migraine with painkillers in the first months of presentation and gradually was exacerbating episodes of dizziness, vertigo, partial disorientation and memory loss, as well hearing loss in both ears, tinnitus and visual disturbances.

By observing the actual time evolution of this disease, she is derived from the otolaryngology specialty with suspected pathology or inner ear disorders, but being discarded both the valuation of neurosurgery request more performing:

Simple TAC: isodense multiple images compatible with supratentorial level calcified lesions. In back of the petrous temporal partially calcified lesion of 2.2 x 2.3cm it does not cause displacement or compression of the ventricles is observed.

RMN skull: Extra axial tumor lesion in the right cerebellopontine cistern with probable signs of calcification, compatible with meningioma.

TAC proven skull: hyperdense level right cerebellopontine angle that captures contrast observed vessels territory of the posterior cerebral nurturing injury.

In the development of this case evolution be appreciated, the elements of diagnosis, differential diagnosis and possible complications taking into account that although it is a benign and rare condition is at risk of malignant transformation and therefore surgical treatment is essential; also it will discuss the stages of life that occurs more frequently and their symptoms and histopathologic classification, same as we will see varies according to the location of the tumor.

The event concludes with the surgical resolution of meningioma, without complications. Finally procedure studied, the patient is discharged at 6 days post-surgery with satisfactory evolution.

Keywords: TINNITUS, VERTIGO, MIGRAINE, MENINGIOMA, NEOPLASIA.

I. INTRODUCCIÓN

Antes de la década de los años setenta los meningiomas de la base del cráneo de la fosa posterior presentaban una mortalidad quirúrgica superior al 50%, las resecciones eran subtotales o parciales y en muchos casos se consideraban inoperables. Hoy en día, dadas las técnicas desarrolladas en la cirugía de la base del cráneo, el abordaje de estos tumores es posible con una aceptable morbimortalidad. No obstante, el lugar de implantación dural, la relación con los nervios craneales, tanto la arteria basilar como sus ramas, y el troncoencefalo, condicionan la dificultad de la extirpación quirúrgica de estas lesiones y, por tanto, de los resultados obtenidos.³

El término meningioma fue introducido por Cushing en 1992, en relación con la histogénesis de estos tumores, y las cubiertas meníngeas.⁴

Surgen de las células de la aracnoides (no de la duramadre). Pueden aparecer en cualquier lugar donde encontremos células de la aracnoides (entre la masa encefálica y el cráneo, dentro de los ventrículos, a lo largo de la medula espinal).

Los métodos de imagen que más se emplean en su diagnóstico son la Tomografía Computada y la Resonancia Magnética donde se observan como lesiones iso o hiperdensas con hiperostosis ósea adyacente, hipo o isointensos en T1, generalmente hiperintensos en T2, con realce intenso y la mayoría de las veces homogéneos tras la administración del contraste.³

La mayoría son asintomáticos. Aproximadamente 90% son benignos, circunscritos, no infiltrativos, o grado I de la OMS de crecimiento lento y susceptible de curación tras la resección quirúrgica completa de la lesión.¹

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa de la masa tumoral, acompañada de una extirpación generosa de la duramadre que lo rodea y, si existe infiltración del hueso, éste debe ser también resecado.²

El presente caso es de considerable relevancia, ya que describe un tipo de tumoración del SNC que no suele presentarse con mucha frecuencia. En nuestro medio, no existen registros estadísticos claramente documentados de casos de meningioma por lo que éste caso resulta de particular interés ya que al mismo tiempo representa un reto en el diagnóstico médico. Asimismo como se ha mencionado, a pesar de que la mayoría de estos tumores son de carácter benigno, el sitio de implantación de la lesión y el compromiso de las estructuras adyacentes, implican un desafío considerable al momento de recurrir al tratamiento quirúrgico, con riesgo de aparición de secuelas permanentes en el paciente.

Este caso clínico además figura ciertas particularidades que ratifican lo que describe la literatura ya que el tumor se presentó en paciente femenino, en la quinta década de vida, que exhibió un florido cuadro clínico de poco tiempo de evolución, de presentación típica en los pacientes con meningiomas, por lo que merece mención y un respectivo análisis.

II. OBJETIVOS

Objetivo General:

Estudiar los tumores meníngeos, analizando un caso clínico real y la bibliografía científica para ampliar conocimientos sobre dicha patología así como los métodos de diagnóstico oportunos y el tratamiento procedente en este tipo de lesiones tumorales del SNC.

Objetivos Específicos:

- Describir los factores de riesgo que predisponen al surgimiento de este tipo de tumores.
- Relacionar las manifestaciones clínicas presentadas en la paciente con el tiempo real de evolución del cuadro y con la localización del tumor.
- Determinar el tipo de tratamiento más efectivo para este caso.
- Evaluar el cumplimiento de los protocolos de diagnóstico y tratamiento enfocados de forma particular en el caso presentado.
- Analizar el pronóstico de la paciente, correlacionándolo con el manejo empleado.
- Establecer los puntos críticos en el manejo de la paciente.
- Formular acciones de cambio respecto a los puntos críticos establecidos.

III. RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES:

- Historia clínica de la paciente registrada en el sistema AS 400 del Hospital IESS Latacunga: de la cual se obtuvieron la mayor parte de datos del presente caso clínico, desde su primera consulta en Emergencia, la atención en las especialidades a las que fue derivada dentro del Hospital, los exámenes tanto de laboratorio como de imágenes realizados dentro de la institución así como el tratamiento administrado hasta su transferencia a una unidad de III nivel, en este caso el Hospital de Especialidades de los Valles en la ciudad de Quito. (Mismos que se encuentran en los *ANEXOS*.)

Identificación y recopilación de la información no disponible:

- Exámenes de imagen realizados de forma particular mediante prestadores externos de la institución, en la ciudad de Ambato.
- Entrevistas directas con la paciente por varias ocasiones tanto dentro del hospital como en su domicilio, que permitieron recabar datos no registrados en la historia clínica.
- Protocolo quirúrgico y evoluciones postquirúrgicas proporcionadas por parte de la paciente, quien guardó cada documento otorgado en el Hospital de los Valles.
- Guías de práctica clínica y artículos de revisión bibliográfica, mismos que sintetizan y documentan evidencias y casos clínicos similares a través de los cuales se obtuvieron conceptos, y protocolos de diagnóstico y tratamiento.
- Revisiones Bibliográficas, y Base de Datos de la Universidad Técnica de Ambato, para la actualización teórica del tema. (Información científica que se encuentra detallada en el *ANEXO I*)

IV. DESARROLLO

Descripción cronológica detallada del caso:

2015/10/02 16:33 NEUROCIRUGÍA (CE)

ANAMNESIS

Datos de filiación:

Paciente NN, de 49 años de edad, género femenino, etnia mestiza, religión cristiana evangélica, instrucción superior, ocupación maestra de matemáticas, estado civil casada, nacida en Cotopaxi-La Esperanza y residente en Latacunga, residencias ocasionales no refiere, lateralidad diestra, grupo sanguíneo o Rh +.

Motivo de consulta: Cefalea y mareo

Enfermedad actual:

Paciente acude por presentar cefalea holocraneana de tipo continuo, en momentos pulsátil, de moderada a gran intensidad, de predominio en parietal derecho, que se presenta con mayor frecuencia en las primeras horas de la mañana, no refiere causa aparente ni relación con fármacos o alimentos, no refiere traumatismos locales; que tiene un año de evolución como fecha real y que se ha agudizado en los últimos 2 meses acompañándose de mareo, desorientación parcial, pérdida ocasional de la memoria, disminución de la audición en ambos oídos más tinnitus, alteraciones visuales y cambios en el comportamiento y la personalidad.

Refiere que hace un año acude a médico particular quien valora y prescribe analgesia además realiza TAC de cráneo que reporta múltiples imágenes hipodensas sugestivas de neurocisticercosis calcificadas, a lo que se le atribuyó el dolor en ese tiempo.

Hace 2 meses acude a esta casa de salud con cuadro decefalea constante y mareo por lo que es derivada desde la Emergencia al área de Otorrinolaringología con sospecha de patología vertiginosa, trastornos del oído interno o alteraciones en las vértebras cervicales, pero al ser descartadas estas etiologías, solicitan la valoración de Neurocirugía y se prescribe Dimenhidrinato 50 mg 1 tableta cada 8h por 10 días más la realización de TAC simple de cráneo.

En la consulta externa de Neurocirugía se realiza nueva valoración más revisión de TAC simple de cráneo, encontrándose lesión en ángulo pontocerebeloso derecho.

Antecedentes Patológicos Personales Clínicos y Quirúrgicos:

- ✓ Hipotiroidismo diagnosticado hace 8 años en tratamiento con Levotiroxina 75ug AM. (clínicamente compensado).
- ✓ Antecedentes quirúrgicos: cirugía de hernia discal L4-L5, hace 12 años; cirugía de reducción de busto hace 11 años; excéresis de lipoma en muslo izquierdo hace 1 año; litiasis renal hace 5 meses.
- ✓ Alergias: No refiere.

Antecedentes Ginecoobstétricos:

- ✓ Menarquia: a los 13 años.
- ✓ Gestas: 2; Partos: 1; Cesáreas: 1 por distocia de dilatación; Abortos: 0
- ✓ FUM: hace 2 años.
- ✓ Vida sexual activa; Método anticonceptivo: ligadura hace 13 años.

Antecedentes Personales No Patológicos

Hábitos fisiológicos	
Alimentación	3-5 veces al día.
Deposición	1 vez al día
Micción	3-4 veces al día.
Sueño	7-8 horas.
Hábitos tóxicos	
Alcohol	No
Tabaco	No
Drogas	No
Medicamentos:	Levotiroxina 75 ug am, cada día.

Tabla 1: Elaborado por: Román Bautista, Elsa Gabriela.

Fuente: Historia Clínica de la Paciente.

Antecedentes Patológicos Familiares:

- ✓ Madre diabética + Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento trisemanal con diálisis.
- ✓ Padre fallece con Ca de próstata, más trombosis mesentérica.

Historia Social y Económica

Paciente casada, que vive en casa propia de cemento con su esposo y 2 hijos, con quienes mantiene buenas relaciones intrafamiliares, aunque éstas se han visto algo afectadas en los últimos meses por ciertas alteraciones en el comportamiento y estado de ánimo de la paciente. Cuenta con todos los servicios básicos, no tiene animales intradomiciliarios. Económicamente estable.

Revisión Actual de Aparatos y Sistemas

Sin patología Aparente.

EXAMEN FÍSICO:

SIGNOS VITALES	
TA:	126/82 mmHg.
FC:	83lpm.
FR:	18 rpm.
T°	36,7 ° C
SAT DE O2:	94%
MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	
Peso:	64 kg.
Talla:	1,50 cm
IMC:	28,4

Tabla 2: Elaborado por: Román Bautista Elsa Gabriela.

Fuente: Historia Clínica dela Paciente

Apariencia general

Paciente de fascies álgica, despierta, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, hidratada, afebril, conlenguaje comprensible.

Estado de consciencia: Glasgow 15/15.

Examen Regional

- ✓ **Piel y Anexos:** piel normoelástica, normotensa, hidratada, no cicatrices.
- ✓ **Cabeza:** normocefálica, cabello de implantación normal para la edad y el género, no se observan traumatismos ni se palpan masas.
- **Ojos:** pupilas isocóricas, normorreactivas a la luz y acomodación, esclerasanictéricas, conjuntivas rosadas, movimientos oculares normales.
- **Boca:** Mucosas orales húmedas, piezas dentales en regulares condiciones, no desviación de las comisuras.
- **Orofaringe:** no congestiva.
- ✓ **Cuello:** simétrico, movilidad conservada, tiroides grado 1.
- ✓ **Tórax:** simétrico, expansible.
- **Pulmones:** Murmullo Vesicular conservado, no se auscultan ruidos sobreañadidos.
- **Corazón:** Ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos, no se auscultan soplos.

- ✓ **Abdomen:** Suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial y ni profunda. Ruidos hidroaéreos presentes.
- ✓ **Extremidades:** simétricas, movilidad, sensibilidad conservadas, pulsos distales presentes, no presencia de edemas.

EXAMEN NEUROLÓGICO:

1. *Estado Mental y Lenguaje:* Lenguaje comprensible, mantiene una conversación coherente.
2. *Nervios I, II, III, IV y VI:* Aparentemente conservados, se envía con interconsulta a oftalmología para evaluación detallada y realización de fondo de ojo.
3. *Nervios V, VII, VIII, IX y X, XI y XII:* Disminución de la agudeza Auditiva, resto conservados.
4. *Sistema Motor:* Tono, fuerza conservados.
5. *Sensibilidad:* Conservada.
6. *Coordinación:* Prueba dedo-nariz coordinada, paciente mareada, marcha inestable.
7. *Reflejos:* bicipital, tríceps, radial, patelar, aquileo y plantar conservados.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

BIOMETRÍA HEMÁTICA.	
LEUCOCITOS:.....	6.800/mm ³
Hto:.....	43,2%
Hb:.....	14,7g/dl
LINFOCITOS:.....	37.5%
NEUTROFILOS:.....	54.5%
GR:.....	4.6x 10 ⁶
PLAQUETAS:.....	319.000/mm ³

Tabla 3:Elaborado por: Román Bautista Elsa Gabriela. Fuente: Historia Clínica de la Paciente

QUÍMICA SANGUÍNEA	
Glucosa:	106,10 mg/dl.
Urea:	40,3 mg/dl.
Creatinina:	1,10 mg/dl.
OTROS:	
TSH: 0.28uUI/ml ; PTH: 45, 52.uUI/ml	
COLESTEROL: 243mg% ; HDL: 38.00 mg%; TRIGLICERIDOS: 190 mg%	
AST (SGOT): 16 u/l; ALT(SGPT): 25U/l	

Tabla 4: Elaborado por: Román Bautista Elsa Gabriela.
Fuente: Historia Clínica dela Paciente.

TAC DE CRANEO SIMPLE - 5 DE OCTUBRE DEL 2015.

Múltiples imágenes isodensas compatibles con lesiones calcificadas a nivel supratentorial la mayor de 6mm.

A nivel de la cara posterior de la porción petrosa del temporal se observa lesión parcialmente calcificada de 2.2 x 2.3cm que no provoca desplazamiento ni compresión de los ventrículos. **ANEXO 2**

Al observar la TAC simple de cráneo, el especialista solicita: RMN de cráneo para la próxima consulta:

2015/10/02 16:33 NEUROCIRUGIA (CE)

Al verla en la consulta la paciente refiere persistencia de cefalea y mareos, sobre todo posturales, que han llegado a ser intensos, tiene la sensación de las cosas le dan vueltas, alivia con el reposo y cerrando los ojos. Al EF: paciente se encuentra consciente, orientada, con lenguaje claro y coherente pupilas isocóricas y reactivas a la luz. No focalidad motora no signos meníngeos. Escala de Glasgow: 15ptos.

Se revisa reporte de examen indicado en consulta anterior:

RMN DE CRÁNEO- 12 DE OCTUBRE DEL 2015.

- ✓ Cisura interhemisférica en posición central.
- ✓ Circunvoluciones cerebrales normales con intensidad de señal adecuada y relaciones sustancia gris/sustancia blanca conservada.
- ✓ Sistema cisterno ventricular dentro de límites normales, sin signos de alteración del flujo del LCR.
- ✓ En fosa posterior a nivel de la cisterna pontocerebelosa derecha se aprecia proceso ocupativo extra-axial sólido, redondeado de 2,6 cm, hipointenso en todas las secuencias que desplaza al hemisferio cerebeloso derecho.
- ✓ El tronco cerebral y el cerebelo no presentan evidencia de alteraciones de origen patológico.
- ✓ Nervios auditivos de aspecto normal.
- ✓ Disposición normal de neumatización libre de los senos paranasales y las celdillas mastoideas.**ANEXO3.**

Conclusión:

1. Proceso tumoral extra-axial, en cisterna cerebelo pontina derecha con signos de probable calcificación, se sugiere investigar meningioma, recomendamos TC S/C de fosa posterior.

Por lo cual, se indica TAC contrastada de cerebro:

2015/11/19 10:38 NEUROCIRUGIA (CE)

Se valora nuevamente a paciente con resultados de examen indicado, refiere sentir sensación de pesadez en la cabeza, con sensación de ojos hinchados y en ocasiones tiene amaurosis fugaces según describe y sedesorienta en ocasiones

Indica:

- Ibuprofeno (400mg) 1 tableta c/8h x 10 días.

Se revisa:

TAC CONTRASTADA DE CEREBRO 21 de octubre del 2015.

Se observa lesión hiperdensa a nivel del ángulo pontocerebeloso derecho que capta contraste observándose vasos del territorio de la cerebral posterior nutriendo la lesión.

DIAGNÓSTICO

Meningioma del ángulo pontocerebeloso derecho. **ANEXO4.**

Por lo que se empieza trámites pertinentes para transferencia a hospital de III nivel para resolución quirúrgica de cuadro.

2015/11/27 22:13 MEDICINA INTERNA (HO)

Paciente ingresa a hospitalización de Urología con cuadro concomitante de litiasis renoureteral derecha:

NOTA: Paciente acude con cuadro de dolor abdominal tipo cólico de gran intensidad, de 12 horas de evolución, localizado en hipogastrio y fosa iliaca derecha que se irradia a región lumbar y cara interna de muslo derecho acompañado de tenesmo vesical, polaquiuria y náusea que llega al vómito por una ocasión, al Examen Físico:

PA: 100/70, FC: 95, FR: 16, SATURACION O2: 90% a aire ambiente
Paciente consciente, orientada, afebril, semihidratada, álgica, hemodinámicamente estable. Abdomen: suave, depresible, doloroso a lapalpación profunda a nivel de flanco y fosa iliaca derecha, RHA presentes, puntos ureterales izquierdo: negativo, derecho: positivo puño percusión: derecha, positiva.

UROTAC: se evidencia cálculos a nivel de cáliz renal derecho, uno de ellos está descendiendo y se encuentra en uréter superior derecho.

Tratamiento en Hospitalización: Rp: hidratación, analgesia, protector gástrico.

Una vez egresada la paciente, continúa con los trámites pertinentes para transferencia a unidad de III nivel, proceso que lo realizó a través de Derivaciones, mismo que tardó casi una semana, y entonces se le asignó un turno para consulta externa de Neurocirugía en el hospital de los Valles-Quito donde programan cirugía para el día 18 de enero del 2016.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:
(HOSPITAL DE LOS VALLES-QUITO ECUADOR)

Fecha: 18/01/2016; Hora: 16:00 pm a 20:30 pm.

- Diagnóstico Prequirúrgico: Tumor de ángulo pontocerebeloso derecho
- Diagnóstico. Postquirúrgico: Tumor de ángulo pontocerebeloso derecho
- Operación proyectada: craniectomía + excéresis de tumor de fosa posterior.
- Operación realizada: craniectomía + excéresis de tumor de fosa posterior.
- Programación: electiva.
- Tipo de anestesia: General.
- Hallazgos:
 - ✓ Hipertensión endocraneana.
 - ✓ Tumor de ángulo pontocerebeloso derecho leñoso, vascularizado de 3 x 3 cm, adherido a la tienda del cerebelo derecho, que compromete hacia abajo y afuera el hemisferio cerebeloso con plano de clivaje.
- Procedimiento:

Bajo neuronavegación, mediante abordaje paraoccipital derecho, (craniectomía), se realiza excéresis completa de tumor, con el enfermo en decúbito dorsal y la cabeza rotada a la izquierda a 40° sujeta con el cabezal de Mayfield se procede a:

1. Registro para neuronavegación mediante la utilización de 5 paquetes de esferas radiolucientes (para estrellas y punteros de registro y cirugía)
2. Asepsia y antisepsia.
3. Colocación de campos operatorios.

4. Incisión paramedial occipital derecha de 10 cm de longitud que compromete piel y tcs.
 5. Separación de musculatura.
 6. Desperiostización.
 7. Craniectomía mediante 2 agujeros de trepano.
 8. Durotomíaarciforme con base de implantación media.
 9. Separación mediante espátula de Leyla a nivel del hemisferio cerebeloso derecho hacia adentro, abordaje de tumor que se implanta en la tienda del cerebelo.
 10. Identificación de tumor y excéresis del mismo cien por ciento mediante aspirador ultrasónico y coagulación bipolar.
 11. Control de hemostasia.
 12. Se comprueba excéresis total.
 13. Control de hemostasia y lavado de cavidad con solución salina.
 14. Puntos duros sueltos.
 15. Duroplastía con duramadre heteróloga autoadherible de 2 x 2 cm y colocación de hemostático.
- Síntesis: del musculo en 3 planos mediante Vycril 3/0.
Síntesis de aponeurosis y tcs.
Síntesis de piel mediante puntos Donaty con Nylon 3/0.
 - Complicaciones:
 - ✓ Ninguna.
 - ✓ Sangrado: 300 cc.
 - ✓ Histopatológico: SI, tumor de ángulo ponto-cerebeloso derecho.**ANEXO 5**

POSTQUIRÚRGICO

Tratamiento y procedimientos terapéuticos 18 de enero del 2016: **ANEXO6**

UCI:

- ✓ Nada Por vía oral
- ✓ Control de Signos vitales.
- ✓ Lactato de Ringer 1000 cc IV cada 12 horas.
- ✓ Cefazolina 1 gr IV cada 12 horas.
- ✓ Omeprazol 40 mg. IV cada día.
- ✓ Paracetamol 1gr IV cada 8 horas.
- ✓ Ondansetrón 8 mg cada 12 horas.
- ✓ Dexametasona 8 mg IV cada 8 horas.
- ✓ Fenitoína IV (1/2 ampolla c/8 h).
- ✓ Levotiroxina 50ug VO AM.
- ✓ Tramadol 50 mg. IV cada 12 horas
- ✓ Enoxaparina 40 mg SC STAT.
- ✓ Amlodipino 10 mg.QD AM.
- ✓ Novedades.

EVOLUCIÓN Y ALTA.

18 DE ENERO DEL 2016:

LABORATORIO:WBC: 9300/mm³; N: 86%; Hb: 11,8 g/dl; Hto: 36,9%.

RMN DE CEREBRO SIMPLE Y CONTRASTADA: el estudio practicado demuestra estigmas postquirúrgicos a nivel de la fosa posterior en el lado derecho. Se aprecian áreas de gliosis en las circunvoluciones cerebelosas probablemente del mismo origen. **ANEXO7**

- En el resto del parénquima cerebeloso no hay evidencia de hiperintensidades, ni masas ocupantes de espacio.

- No se observan imágenes que sugieran lesión de origen residual, posterior a la inyección de material de contraste se observa engrosamiento meníngeo en el sitio de la cirugía, sin otro hallazgo asociado.
- A nivel supratentorial se observa espacio perivascular amplio a nivel del núcleo lenticular izquierdo.
- El sistema ventricular de tamaño, morfología y situación habitual.
- La relación entre sustancia gris y blanca es satisfactoria.

19 DE ENERO DEL 2016:

TAC DE CRANEO SIMPLE: estigmas postquirúrgicos en celda occipital derecha + restos hemáticos edematosos en hemisferio cerebeloso subyacente. **ANEXO 8**

EXAMEN HISTOPATOLÓGICO:

MUESTRA ENVIADA: lesión tumoral del ángulo pontocerebeloso derecho.

- DESCRIPCION MACROSCÓPICA: se recibe 8 fragmentos blandos, blanquecinos, de consistencia firme que miden entre 0,7 x 0,6 y 2 x 1 cm. Al corte muestran apariencia fibrosa.
- DESCRIPCION MICROSCÓPICA: los cortes histológicos muestran neoplasia meningotelial benigna constituida por células fusiformes, con núcleos sin atipias, ni actividad mitótica, acompañadas por numerosos cuerpos de psamoma.

DIAGNÓSTICO:

Tumor cerebral (lesión ángulo ponto cerebeloso derecho)

- MENINGIOMAPSAMOMATOSO, GRADO I. **ANEXO 9**

20 DE ENERO DEL 2016:

LABORATORIO: WBC: 15.000; N: 90%; Hb: 11,3; Hto: 36,3%.

El período postquirúrgico inmediato y mediato se cumplió en UCI donde la paciente permanece hemodinámicamente estable, con control analgésico y sin necesidad de soporte vasoactivo.

La paciente permanece en Terapia Intensiva bajo vigilancia hasta el 20 de enero del 2016, cuando pasa al piso de hospitalización, donde permanece neurológica y hemodinámicamente estable, por lo que es dada de alta el 23 de enero del 2016.

ÚLTIMA VISITA EN DOMICILIO Abril 22 del 2016

Actualmente la paciente se encuentra en buenas condiciones, consciente, lúcida, lenguaje comprensible y coherente, buena apariencia general, desea retomar sus actividades como maestra. Refiere que a pesar de que el pronóstico Prequirúrgico del cirujano incluía daños permanentes en nervio auditivo y facial, se encuentra estable, ya no han recurrido las cefaleas ni mareos, pero si refiere que aún persisten zumbidos de moderada intensidad en oído derecho, por lo que se mantiene en controles permanentes por parte de Neurocirugía y Otorrinolaringología en el H. IESS Latacunga.

Descripción de los Factores de Riesgo:

En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona para contraer una enfermedad. Según la Organización Mundial de la Salud: Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad.¹⁰

Como se mencionó previamente, en el origen de los meningiomas se han demostrado cuatro factores principales: constitución genética, ambiente hormonal, exposición a radiación y factores ambientales.⁵ El factor genético para el caso de los meningiomas, tiene importancia cuando se trata de deleciones en el cromosoma 22, específicamente en el gen NF-2.^{5,6}

Además, se ha descrito que el riesgo de padecer de un meningioma se duplica en aquellos casos en que existe antecedente de cáncer en los padres del individuo. En el caso presentado anteriormente, la paciente presenta antecedente familiar de cáncer de próstata en el padre, por lo que el factor hereditario probablemente tenga cierta relevancia en este caso. La relación entre el género y los meningiomas se encuentra ampliamente documentada en la literatura, y probablemente se explique por el ambiente hormonal característico del sexo femenino.⁶

Algunos estudios han revelado que los meningiomas son más frecuentes en mujeres con una relación de hasta 5:2 para meningiomas craneales y de 10:1 para meningiomas de la espina dorsal. También se describe mayor frecuencia durante el embarazo y en aquellas mujeres con antecedente de cáncer de mama.^{5,6} Por medio de inmunohistoquímica se ha demostrado la expresión de receptores de estrógenos y progesterona, cuya función se cree puede contribuir al crecimiento tumoral.⁷

Se ha documentado también la presencia de receptores androgénicos, pero en una menor proporción de casos. (5) Existe una serie de factores de crecimiento que también se cree que desempeñan un papel importante en el desarrollo tumoral, dentro de los cuales se encuentran el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF), el péptido relacionado con hormona paratiroidea (PTH) y la prolactina. Estos han sido de los más estudiados, y para los cuales se ha descrito funciones específicas en el desarrollo tumoral. La expresión de receptores de VEGF es el factor más importante como determinante del edema cerebral alrededor del tumor. La PTH es responsable,

al menos en parte, de la calcificación tumoral, mientras que la prolactina incrementa la tasa de crecimiento tumoral.^{11, 12}

En el presente caso solo se determinó niveles de PTH, misma que se encontraba dentro de valores normales. La exposición a radioterapia se cree que es responsable de aproximadamente 4% de los meningiomas a nivel mundial, y usualmente aparecen en la periferia del campo irradiado. En el caso anteriormente ilustrado no existe una correlación entre la aparición del tumor y la exposición a radioterapia.¹³

La presentación clínica de los meningiomas intracraneales coincide con aquella que es característica de todas las lesiones espacio ocupantes de SNC, de manera que, además de la clínica, la evaluación de los estudios de imágenes, así como los hallazgos del estudio histopatológico postquirúrgico son piezas claves para definir el diagnóstico.¹⁴

Análisis de los factores relacionados con los servicios de salud:

En cumplimiento del artículo 358, en el sector salud se están definiendo, implementando y evaluando una serie de nuevas estructuras y modelos de gestión administrativos, que permitan la ampliación de cobertura para el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva y reconocerá la diversidad social y cultural, y el trabajo integrado entre las instituciones, que conforman el Sistema Nacional de Salud.¹⁰

En este sentido el MAIS tiene como propósito lo siguiente:

Orientar el accionar integrado de los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir.¹⁰

Mejorar las condiciones de vida y salud de la población Ecuatoriana, a través de la implementación del Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAISFCI), bajo los principios de la Estrategia de Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), que incluye la estrategia de Promoción de la Salud;

Transformar el enfoque médico curativo, hacia un enfoque integral en salud, centrado en el cuidado y recuperación de la salud individual, familiar y comunitaria, como un derecho humano

Incidir sobre los determinantes de la salud, a través de una acción articulada y complementaria con los otros sectores del desarrollo para el mejoramiento de la calidad de vida y salud a nivel individual y colectivo.¹⁰

- **Oportunidad en la solicitud de consulta.**

Paciente con cuadro de cefalea de un año de evolución como fecha real, quien antes de su diagnóstico definitivo, cuando se manifestaron los primeros síntomas, acudió en primera instancia a médico particular quien solicitó una TAC de cráneo, e indicó que la paciente mostraba signos de lesión tumoral alguna, sino solo microcalcificaciones sugestivas de neurocisticercosis, quien además venía recibiendo tratamiento con analgésicos, como cuadro de migraña. Acude al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga por persistencia de cefalea, síntoma al que se sumó además mareo, desorientación parcial, disminución de la agudeza visual y auditiva, pérdida de la memoria, y cambios en la personalidad y el comportamiento, es atendida por Emergencia, en donde al ver el tiempo real de evolución del cuadro, se decide su valoración por parte de la especialidad de Otorrinolaringología, con sospecha de cuadro vertiginoso o trastornos del oído interno. La paciente fue atendida por ORL, el mismo día que acudió a emergencias, pero las citas de control y seguimiento con Otorrinolaringología y la interconsulta con neurocirugía, se dificultan posteriormente, de cierta forma por la demora en la asignación de citas médicas subsecuentes en el sistema AS 400 del IESS, durante el tiempo de espera, la lesión latente sigue evolucionando desfavorablemente. Además una vez recibida la atención médica en hospital básico la paciente debe esperar para la referencia al hospital de III nivel para resolución quirúrgica.

En este contexto podemos determinar lo siguiente:

El Modelo de Atención Integral de Salud es planteado con enfoque familiar, comunitario e intercultural para su aplicación obligatoria en el Sistema Nacional de Salud, establece los siguientes lineamientos estratégicos, que orientan la estructuración de los niveles desconcentrados:

- ✓ Enfoque sustentado en la estrategia de Atención Primaria de Salud- Renovada que incluye la Promoción de la Salud: Se orienta hacia el cuidado de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Implica modificar el enfoque curativo y de programas verticales hacia una atención integral al individuo, la familia, la comunidad y el entorno (determinantes sociales), operacionalizando el enfoque de derechos de género e interculturalidad.
- ✓ Organización territorial de la red pública integral de salud: Se estructuran macrorredes, redes zonales, microrredes distritales, mediante la articulación funcional requerida en los diferentes niveles de atención de la RPIS y con complementariedad con los proveedores de servicios de salud privados, conforme la nueva división territorial de la gestión gubernamental
- ✓ Acercamiento de los servicios integrales e integrados de salud a los hogares: Se garantiza que el primer nivel de atención es la puerta de entrada a la RPIS. Se fortalece la capacidad resolutoria del primer y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema y una atención de calidad, oportuna y continua.

- **Acceso a la atención médica**

La paciente contó con atención médica adecuada y eficaz, pues el servicio de salud que se le brindó permitió que se realice los exámenes de imagen oportunos para el diagnóstico definitivo de su patología, pero al ser un hospital básico la capacidad resolutoria se vio limitada, por lo que los trámites pertinentes de transferencia, aplazaron de cierta forma el tratamiento. La paciente fue atendida en hospital actualmente considerado como básico; posterior a lo cual mediante el sistema de referencia y derivaciones es atendida en un Hospital de III nivel.

- **Características de la atención**

La atención se realizó con profesionales de especialidad disponibles en el Hospital IESS Latacunga. Mediante la realización adecuada y correcta de la historia clínica: documento que permitió orientar a un diagnóstico adecuado y mejorar la atención médica, se enmarca en una anamnesis correcta en donde se puso en práctica todos los lineamientos propuestos por los sistemas de salud, además es importante tener en cuenta que la historia clínica, es un documento que registra la experiencia médica con el paciente y representa un instrumento imprescindible para el cuidado actual o futuro, que requiere de un sistema de metodología de registro que reúna la información para análisis posteriores dentro de un contexto médico legal.(10) La progresiva complejidad en la gestión de servicios de salud y los avances en la informática exigen que la implantación de los nuevos modelos de atención y gestión se apoyen en sistemas documentales de información y registros que permitan un monitoreo y evaluación dinámicos de las actividades de salud utilizando los datos obtenidos de la práctica clínica, para bajo los conceptos actuales de bioética asegurar estándares de calidad en la atención médica, mejorar la precisión diagnóstica, regular el uso de exámenes complementarios, racionalizar los tratamientos de manera eficaz, favorecer la investigación y la docencia e incorporar a otros profesionales de la salud en el seguimiento y control del paciente; lo que en definitiva redundará en disminuir la morbimortalidad, evitar el subregistro de enfermedades, mejorar la relación costobeneficio, optimizar los recursos humanos y materiales existentes en las unidades de salud y mejorar el acceso y la calidad de atención.¹⁰

La valoración inmediata del paciente, con un interrogatorio sobre los antecedentes; encontrándose al examen físico paciente consciente, orientada, sin focalidad neurológica pero con un síntoma sospechoso de larga data.

Se le pudieron realizar todos los exámenes de imagen pertinentes algunos dentro de la institución y otros mediante prestadores externos, pero todos ellos, garantizando los derechos de la paciente como afiliada del IESS.

- **Oportunidades en la remisión**

La remisión de la paciente a pesar de la trabajosa tarea que implica la realización de los trámites, papeleos y documentaciones, fue casi inmediata.

El proceso de remisión se dilata de cierta forma, más que nada por las gestiones de jubilación que se encontraba realizando la paciente al mismo tiempo, así como por su cuadro de litiasis renal concomitante, que la detuvo en hospitalización por unos días.

- **Trámites administrativos**

Los trámites administrativos siempre fueron oportunos, desde el proceso diagnóstico, ya que las gestiones administrativas le permitieron a la paciente la realización de los exámenes pertinentes, tomando en cuenta que requirió de exámenes de imagen por varias ocasiones (TAC simple, contrastada, RMN de cráneo) exámenes, con los que no cuenta el hospital, pero gracias al trabajo administrativo pudo realizarse todos ellos sin impedimento con prestadores externos, además la transferencia hacia un hospital de III nivel, fue posible por los trámites administrativos.

Identificación De Puntos Críticos:

- Retraso en el Diagnóstico por: dificultad para conseguir cita médica inmediata en H IESS Latacunga. y
- Tardanza en la asignación de una cita médica subsecuente para control y seguimiento dentro del hospital.
- Paciente se medica por largo tiempo con analgésicos, de cierta forma, instaurados en consultas pequeñas en donde dan poca importancia a su cuadro.
- Enfermedad asociada a varios factores de riesgos en donde es posible su prevención.

Caracterización de las oportunidades de mejora

OPORTUNIDADES DE MEJORA	ACCIONES DE MEJORA
<p>RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO POR: dificultad para conseguir cita médica inmediata en H IESS. y Tardanza en la asignación de una cita médica subsecuente para control y seguimiento dentro del hospital.</p>	<p>Establecer prioridades de atención de acuerdo al estado y diagnóstico del paciente dentro de las diferentes unidades de salud. Además mejorar el acceso a los sistemas de salud y sus servicios.</p>
<p>Paciente se medica con analgésicos instaurados de forma seglar con sospecha de una cefalea migrañosa y no se profundiza estudio de la causa de cefalea, dejando pasar tiempo valioso.</p>	<p>Ahondar y recabar más información dentro de la historia clínica inicial cuando tenemos un paciente con síntomas de larga data, sobre todo si se trata de síntomas con focalidad neurológica.</p> <p>Emplear un alto índice de sospecha y a esto debe asociarse una correcta exploración y el uso de pruebas complementarias adecuadas que permitan un diagnóstico oportuno y acertado, procurando evitar la evolución desfavorable de la enfermedad.</p>
<p>Enfermedad asociada a varios factores de riesgo en donde es posible su prevención.</p>	<p>Aplicación de conocimientos y guías clínicas médicas aceptadas y actualizadas por parte de los profesionales de salud para una atención óptima en donde se empleen los protocolos y algoritmos de manejo, realizando también prevención y promoción de salud.</p>

Tabla 5: Elaborado por: Román Bautista, Elsa Gabriela.

V. CONCLUSIONES

- El género femenino ligado a los receptores hormonales; edad adulta entre la cuarta a sexta décadas de vida; antecedentes de cáncer en la familia son los Factores de Riesgo que presenta la paciente en el caso revisado.
- La cefalea de largo tiempo de evolución puede ser indicio de un trastorno neurológico más complejo, por lo que debe ser estudiada acuciosamente en todo paciente con este síntoma.
- El florido cuadro clínico con el que debutó la paciente, a saber, los trastornos de la visión, la audición e incluso los cambios en la personalidad y el comportamiento, orientaron de manera más efectiva al diagnóstico definitivo y gracias a ello, el pronóstico pudo ser más favorable.
- En todo paciente con cefalea de larga data que se acompaña de signos y síntomas neurológicos es mandatorio la realización de Tomografía Simple y Contrastada así como Resonancia Magnética Nuclear.
- El manejo otorgado a la paciente en cuanto a su proceso diagnóstico así como lo referente al tratamiento cumple con los protocolos establecidos en los algoritmos de la bibliografía médica.
- El tratamiento de elección en meningiomas Grado I de la OMS, es únicamente la resección quirúrgica completa, muy raras veces la radioterapia como coadyuvante.
- Considerando que la prevalencia de los meningiomas es mayor en la población femenina adulta, con una edad promedio entre 50 y 60 años, debemos enfatizar en una anamnesis y un examen físico exhaustivos para evitar que tumores de este tipo puedan estar creciendo y pasar inadvertidos.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarez, F., Pérez, M.: Malignant and atypical meningiomas: a reappraisal of clinical, histological, and computed tomographic features. *Neurosurgery* 20 (5): 688-94, 1987.
2. Barbaro, N., Gutin, P., Wilson, C.: Radiation therapy in the treatment of partially resected meningiomas. *Neurosurgery* 20 (4): 525-528, 1987.
3. Black, P.: Meningiomas. *Neurosurgery* 32 (4): 643-657, 2012.
4. Cambier, J., Masson, M.: Manual de Neurología, 6ta edición, editorial Masson S.A., Barcelona-España, 273-419-422, 1996.
5. Farreras, V.: Medicina Interna, décimo cuarta edición, editorial Harcourt, Madrid-Barcelona, 1648, 2011.
6. Fustinioni, O.: Semiología del Sistema Nervioso, 11ava edición, editorial El Ateneo, Buenos Aires-Argentina, 351, 1987.
7. Gerald, P.: Oncología Clínica, 2da edición, American Cancer Society, Washington-USA, 440-442, 1996.
8. Harrison, Braunwald, E., Hauser S.: Principios de Medicina Interna. 15 edición Tomo II, editorial MacGraw-Hill Interamericana, México, 2863, 2012.
9. Lawrence, M.: Diagnóstico Clínico y Tratamiento 2003, 38ava edición, Manual Moderno, México, 994, 2013.
10. MSP. Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud MSP 1a Edición; 2014.
11. Osborn, A.: Neurorradiología Diagnóstica, editorial Mosby, Madrid-España, 584-601, 1996.
12. Taylor, B., Marcus, R., Friedman, W.: The meningioma controversy: postoperative radiation therapy. *Int J RadiatOncolBiolPhys* 15 (2): 299-304, 1988.
13. Wara, W., Sheline, G., Newman, H.: Radiation therapy of meningiomas. *Am J RoentgenolRadiumTherNuclMed* 123 (3): 453-458, 1975.

LINKOGRAFÍA

14. G. HealthNCIaNiO. Diccionario de Cáncer - NationalCancerInstitute: Definición de Cuerpo del Psamoma. [Internet] Bethesda, Maryland, USA: NCI, NIH, USA Governmente, HHS; 2012 [updated /Marzo/05; cited 2012 /Marzo/05]; Available from: <http://www.cancer.gov/diccionario?cdrid=44346>.
15. Meningiomas intracraneales: II. Diagnóstico y tratamiento Miguel Gelabert-González, Ramón Serramito-García. http://www.brainlife.org/fulltext/2011/Gelabert-Gonz%C3%A1lez_M110816.pdf.
16. Publicaciones y servicios de la American Brain Tumor Association ATENCIÓN Y APOYO Línea de atención: 800-886-ABTA (2282) Correo electrónico: abtacares@abta.org. <http://www.abta.org/resources/spanish-language-publications/meningioma.pdf>.
17. Salud CLyCdIeCdl. Expresión de Búsqueda: Neurofibromatosis. [Internet] São Paulo, Brasil: Ministerio de Salud; Ministerio de Educación; Departamento de Salud de São Paulo; Universidad Federal de São Paulo, OMS, OPS; 2012 [updated /Marzo/17; cited 2012 /Marzo/17]; Availablefrom: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS (UTA)

18. EBSCO: María Sereno Moyano. (2015). Biología Molecular de los cánceres de cabeza y cuello, pp 319326. Disponible en: http://link.ebsco.com/chapter/10.1007/978-3-662-456989_29
19. SCOPUS: Parque, IH., Kang, JN., Seol, JE., Sung, HS., Kim, H. (2014).Meningiomas de la Fosa Posterior.Volumen 42, Número 4, pp 799-800. Disponible en: <http://link.scopus.com/article/10.1007/s15010-014-0623-3>
20. EBSCO: Semkova, Kristina., Kazandjieva, Jana. (2015).MENINGIOMAS. Manual Europeo de Tratamientos Quirurgicos. Springer Berlin Heidelberg. Disponibleen: http://link.ebsco.com/chapter/10.1007/978-3-66245139-7_26

VII. ANEXOS.

ANEXO 1:

DEFINICIÓN

El término “meningioma” ha sido utilizado para designar al conjunto de tumores propios de las membranas meníngeas del cerebro y de la espina dorsal.⁵

Estos tumores derivan de células aracnoideas meningoteliales que abundan en las granulaciones de Paccioni, de ahí que su localización más frecuente sea la superficie dorsal (convexidad) del cerebro.⁸

Son neoplasias generalmente benignas de lento crecimiento, grado I de la Organización Mundial de la Salud, potencialmente curables por resección total; sin embargo, se han descrito estirpes malignas dentro de las que destacan las variantes anaplásicas y angiomatosas.⁹

EPIDEMIOLOGIA

Los meningiomas constituyen el segundo tipo más frecuente de tumor primario de sistema nervioso central y representan 15% del total de tumores intracraneales.

Con una prevalencia del 30% y una incidencia de 4-5 por cada 100 000 individuos.

Son más frecuentes en mujeres entre la cuarta y la sexta décadas de la vida, bajo influencia de factores hormonales.¹¹

En hombres aparecen generalmente hasta después de la sexta década de la vida, cuando las concentraciones de testosterona disminuyen.

La razón mujer: hombre es de 1.8:1. El 1.5% aparecen en la niñez y la adolescencia, usualmente entre los 10 y 20 años de edad. Del 19% al 24% de los meningiomas que ocurren en la adolescencia están asociados con la neurofibromatosis tipo II.¹²

Se caracterizan por tener una base amplia de implantación dural, morfología en copa de hongo, bordes lisos rodeados por un halo de líquido cefalorraquídeo y pedículo nutricio vascular.¹³

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Factores Hereditarios.- Se les ha relacionado con algunas afecciones con base genética como la Neurofibromatosis tipo II, en donde hay alteraciones en el Cromosoma 22 de diferente tipo, pero no hay un patrón hereditario.

La radiación.- previa en la cabeza **o antecedentes de cáncer mamario**, podrían ser factores de riesgo para el desarrollo de meningioma.

Mayor incidencia en **mujeres** en edad fértil, (**cuarta y sexta décadas** de la vida)

Relacionados con la presencia de receptores de **progesterona** en su estructura. Se ha observado cambios en el tamaño de los meningiomas durante el embarazo, el ciclo menstrual y la menopausia.^{15, 16}

FISIOPATOLOGÍA

La presencia de una masa que ocupa espacio dentro de una cavidad cerrada como lo es el cráneo provoca un incremento de la presión dentro de ese sistema llevando a un síndrome de hipertensión endocraneana tanto por la masa misma como por la interferencia en la circulación sanguínea y del Líquido Cefalorraquídeo.

En el caso específico de los Meningiomas el edema es un factor agravante del problema. En algunos casos se producen desplazamientos del sistema ventricular lo que conduce al desarrollo de Hidrocefalia.

Sin embargo, tratándose de procesos de crecimiento lento se producen fenómenos adaptivos que permiten cierta tolerancia antes de la aparición de los síntomas y signos propios.^{9,11}

CUADRO CLÍNICO

Generalmente los meningiomas son de crecimiento lento, y por lo tanto, podrían crecer hasta un gran tamaño antes de provocar síntomas. ¹²

El cuadro clásico de Hipertensión Endocraneana caracterizado por la triada de Cefalea, Náuseas y/o vómitos y Edema de Papila no se presenta desde el inicio si no cuando ya ha avanzado el proceso tumoral. ¹⁷

Signos y Síntomas	Número de pacientes (%)	
	Meningioma Benigno	Meningioma Maligno
<i>Historia Clínica</i>		
Cefalea	70	5
Cambios de personalidad/Confusión	43	3
Paresia	37	6
Convulsiones generalizadas	36	1
Disminución agudeza visual	30	4
Convulsiones focales	29	2
Ataxia	28	3
Afasia	19	2
Disminución del nivel de conciencia	13	2
Parestesia	11	0
Diplopía	6	0
Vértigo	2	0
Disminución capacidad audición	2	0
<i>Examen Físico</i>		
Paresia	57	7
Hallazgos normales	51	2
Déficit de memoria	29	3
Déficit pares craneales	21	0
Déficit campo visual	19	3
Parestesia	17	3
Afasia	17	1
Papiledema	15	2
Disminución agudeza visual	12	7
Alteración estado de conciencia	9	2
Nistagmo	6	0
Disminución capacidad audición	4	0

Fuente: Rockhill J, Mrugala M, Chamberlain MC. Intracranial meningiomas: An overview of diagnosis and treatment. Journal of Neurosurgery: Pediatrics 2007; 23 (4): E1.

Grafico 1: Hallazgos iniciales de historia clínica y examen físico por frecuencia en pacientes con meningiomas intracraneales.

CLASIFICACIÓN TOPOGRÁFICA

Los meningiomas de la base craneal han sido clasificados topográficamente según Osama Al-Mefty en:

MENINGIOMAS DE FOSA ANTERIOR.-Techo orbitario, orbita y nervio óptico, surco olfatorio, tubérculo selar y diafragma selar. Los tumores de esta localización de forma general representan 5-10%. Los síntomas iniciales en este grupo independientemente de la topografía de la lesión, de forma general se caracterizan por déficit visual uni o bilateral progresivo y deterioro de las funciones psíquicas superiores. Los síntomas de aparición tardía pueden ser cefalea y disminución de la audición. El diagnóstico de los meningiomas de la base craneal anterior en no pocas ocasiones se realiza tardío, cuando el tumor ha alcanzado un gran volumen.¹⁶

MENINGIOMAS DE LA FOSA MEDIA.- Clinoides anteriores, ala menor del esfenoides, seno cavernoso, quiasma óptico, borde libre del tentorio en su tercio anterior y medio. Presentan una incidencia en relación con el total de meningiomas intracraneales del 3,8 %. Los meningiomas del ala esfenoidal representan entre 12 y 24 %, y los meningiomas del seno cavernoso representan de 1 a 2 %. Los síntomas de debut más frecuentes son: crisis epilépticas parciales complejas secundariamente generalizadas, seguido de las crisis de cefaleas, déficit visual unilateral progresivo, y la hipoestesia hemifacial con oftalmoplejía ipsilateral por toma del III, IV y/o VI nervios craneales. Los síntomas de aparición más tardía que conducen al diagnóstico son: en primer lugar las crisis de cefaleas, en segundo lugar las crisis epilépticas, neuralgias faciales, trastornos de memoria y por último el déficit visual unilateral progresivo.^{16, 17}

MENINGIOMAS DE LA FOSA POSTERIOR: clivales, petroclivales, petrosos (ángulo pontocerebeloso), agujero magno y del tentorio. 10% de todos los meningiomas, se localizan en la fosa posterior, mayormente a nivel de la región petroclival, la cara petrosa del hueso temporal y el agujero magno, los síntomas por los cuales debutan estos tumores están muy en relación con su localización, el volumen del tumor, la toma de nervios craneales, la compresión del tronco cerebral y del cerebelo. Desafortunadamente muchos de estos tumores se detectan demasiado tarde.¹⁷

LOCALIZACIÓN:

<i>Localización de los meningiomas en el adulto</i>	
Localización	%
Para-sagital	20.8
Convexidad del Cráneo	15.2
Tubérculo de la Silla Turca	12.8
Cresta Esfenoidal	11.9
Surco Olfatorio	9.8
Hoz del Cerebro	8
Ventrículo Lateral	4.2
Tienda del Cerebelo	3.6
Fosa Media	3
Orbita del Ojo	1.2
Espinales	1.2
Intra-Silvianas	0.3
Extra-craneales	0.3
Múltiples	0.9

Tabla 6: Localizaciones más frecuentes de los meningiomas. Black, P.: Meningiomas. Neurosurgery 32 (4): 643-657, 2012.

PATOLOGÍA

Las cuatro variables histológicas más importantes son:

1. Grado.
2. Subtipo Histológico.
3. Índice proliferativo.
4. Invasión a cerebro.¹⁵

<i>Clasificación de Meningiomas de la OMS</i>	
Grado 1	<ul style="list-style-type: none"> + Meningotelial + Fibroso (fibroblástico) + Transicional (mixto) + Psamomatoso + Angiomatoso + Microquístico + Secretor + Abundante en tejido Linfoplasmocitario + Metaplásico
Grado 2	<ul style="list-style-type: none"> + Cordoide + Células Claras (intracraneal) + Atípico
Grado 3	<ul style="list-style-type: none"> + Papilar + Rabdoide + Anaplásico

Tabla 7: Clasificación OMS de los meningiomas. Black, P.: Meningiomas. Neurosurgery 32 (4): 643-657, 2012.

CLASIFICACIÓN SEGÚN LA OMS

Considera tres grados tumorales para los meningiomas:

- **Grado I: Meningioma Típico**

Alrededor del 80-90% de todos los meningiomas se incluyen como de grado I de la OMS, siendo las variedades meningotelial, fibroblástica y transicional las más frecuentes. Se trata de lesiones que tienen pleomorfismo celular y, ocasionalmente, alguna figura de mitosis, y, aunque se consideran tumores benignos, tienen mucha variabilidad en su comportamiento, con tendencia a progresar hacia formas malignas, llegando a cifras entre el 7-20% en las recidivas.²⁰

- **Grado II: Meningioma Atípico.**

Constituyen entre el 5-15% de todos los meningiomas. Tienen una actividad mitótica > 4 mitosis/10 campos de gran aumento (0,16 mm²) o cumplen tres de los siguientes criterios: hipercelularidad, células pequeñas de núcleo agrandado, nucléolo grande, pérdida del patrón arquitectural y focos de necrosis. Estos criterios, aisladamente o en conjunto, se correlacionan con mayores índices de recurrencia, que oscilan entre el 30-40%.^{4 20}

- **Grado III: Meningioma Maligno o Anaplásico.**

Representan entre el 1-5% de todos los casos. Histológicamente presentan evidentes datos de anaplasia, con índices mitóticos > 20 mitosis/10 campos de gran aumento. Debido a la agresividad de las variedades rabdoide y papilar, también se consideran de grado III de la OMS. Estos tumores tienen una notable tendencia a la invasión local, gran posibilidad de recidiva y pueden metastatizar. El pronóstico es generalmente malo, con un índice de recurrencia del 50-80% y una supervivencia media menor de dos años.²⁰

ÍNDICE PROLIFERATIVO

Estos índices se relacionan con el pronóstico (prognosis) de la enfermedad.¹⁸

<i>Índice de proliferación Ki-67 en meningiomas</i>		
Descripción y grado OMS	Índice medio Ki-67	Porcentaje de recurrencia
Meningioma común (Grado 1)	0.7%	9%
Meningioma atípico (Grado 2)	2.1%	29%
Meningioma anaplásico (Grado 3)	11%	50%

Tabla 8: Índice pronóstico para meningiomas.

Black, P.: Meningiomas. Neurosurgery 32 (4): 643-657, 2012.

METÁSTASIS

Raramente los meningiomas metastatizan fuera del sistema nervioso central. La mayoría de los que lo hacen son angioblásticos o malignos. El pulmón, el hígado, los ganglios linfáticos y el corazón son los lugares más comunes para metástasis.¹⁸

DIAGNÓSTICO

RM

Ocasionalmente puede observarse isointenso con respecto al encéfalo en T1WI y T2WI. Las calcificaciones se observan como una señal de vacío (hueco) en la RM.

Proporciona información acerca de los senos venosos de la duramadre (su precisión como predictor de invasión a los senos $\approx 90\%$). “La cola de duramadre,” es un hallazgo común.¹⁷

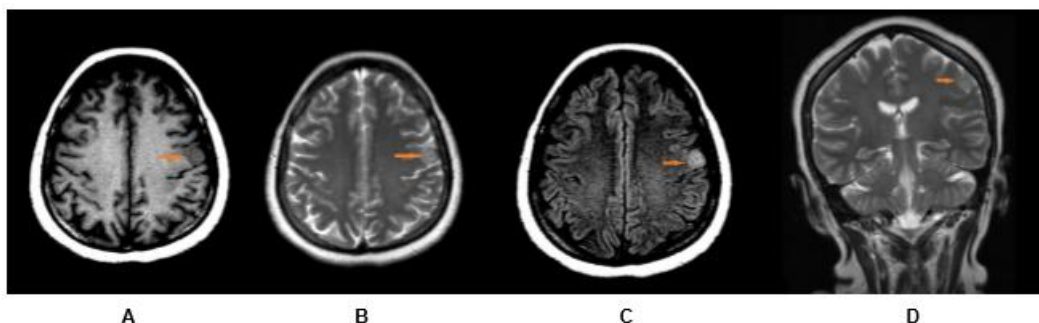


Gráfico 2: RM sin contraste de paciente femenino de 46 años de edad. A) Ventana T1-WI en corte axial; meningioma en la región frontoparietal izquierda con su base en la duramadre B) Ventana T2-WI en corte axial; tumor de calidad hiperintensa en comparación a la materia blanca del cerebro e isointenso en comparación a la materia gris del cerebro. C) Ventana FLAIR-WI en corte axial; incremento en la señal de intensidad en comparación a la materia blanca del cerebro y ligeramente hiperintenso a la corteza cerebral normal. D) Ventana T2-WI en corte coronal; muestra mismos hallazgos que corte axial anterior.

TAC

Los tumores se observan homogéneos, se observan mejor con su base pegada a lo largo del borde de la duramadre. Puede existir un ligero edema cerebral, o puede estar francamente marcado a través de toda la materia blanca del hemisferio cerebral.¹⁷

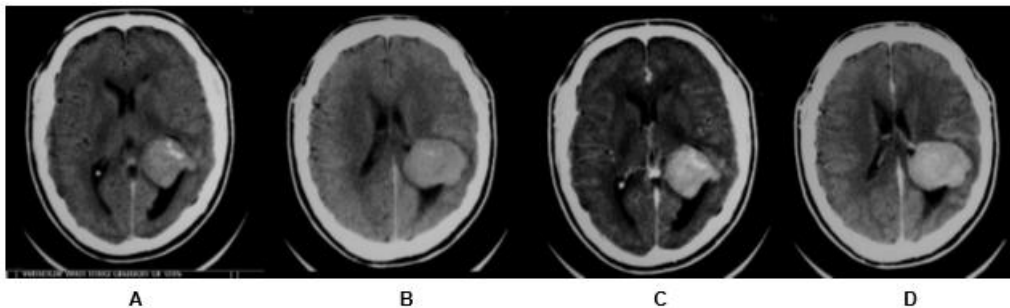


Gráfico 3: Se muestran imágenes de un TAC simple (A y B) y un TAC contrastado (C y D) El TAC mostro una masa bien circunscrita en cuerno occipital del ventrículo lateral izquierdo, la cual dilata moderadamente el mismo. También se puede observar edema el cual causa un borramiento de las cisuras adyacentes a la lesión y un efecto de masa en cuerno frontal ipsilateral. C y D) muestran un reforzamiento homogéneo de la lesión.

ANGIOGRAFÍA

Los meningiomas característicamente tienen arterias alimenticias (colaterales) pertenecientes a la arteria carótida externa.

La angiografía también brinda información importante acerca de obstrucción de los senos venosos de la dura madre y meningiomas especialmente los para-sagitales y los de la hoz del cerebro. También puede ayudar a confirmar el diagnóstico por su distintivo rubor homogéneo prolongado (persiste más allá de la fase venosa). También brinda una oportunidad para la embolización pre-operatoria de los sitios ricamente irrigados, facilitado su remoción quirúrgica.¹⁸

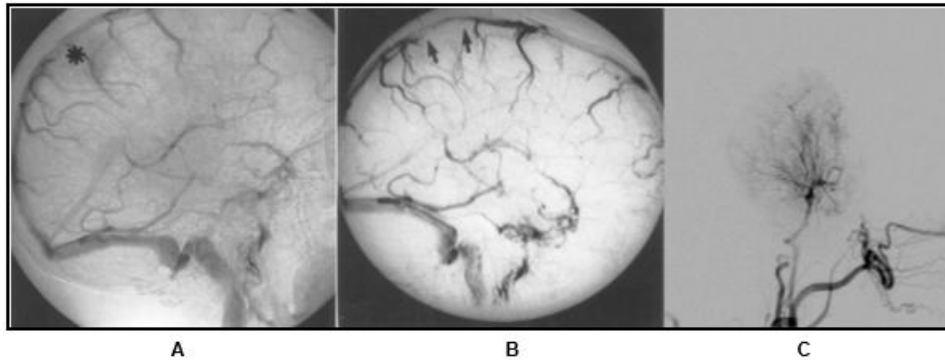


Grafico 4: Angiografía pre-operatoria en fase venosa que demuestra la presencia de un meningioma (asterisco). B) Angiografía post-operatoria en fase venosa con visión lateral del seno sagital superior el cual fue parchado después de la remoción tumoral. C) Angiografía característica de un meningioma de la fosa craneal media donde observamos las diversas ramas colaterales pertenecientes a la arteria meníngea media izquierda que alimentan al tumor.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección en meningiomas que producen síntomas es el quirúrgico. Meningiomas incidentales que no producen edema cerebral o en aquellos que presentan convulsiones tratadas fácilmente con medicamentos pueden ser manejados de manera expectativa mediante el uso de estudios de imagen seriados.²⁰

Técnica Quirúrgica

Es una operación muy sangrienta. Una embolización pre-operatoria y una donación de sangre autóloga previa podría ser de gran ayuda.^{4,5} Los principios generales para una operación de meningioma son:

1. Una interrupción temprana del flujo sanguíneo.
2. Descompresión interna (usando un aspirador ultrasónico, bucles de cauterización).
3. Disecado la capsula del tumor del cerebro mediante cortes y coagulando la vasculatura y las ataduras aracnoideas; plegando el tumor hasta llevarlo a la zona de descompresión tratando de retraer mínimamente las áreas adyacentes del cerebro.
4. Remover todo aquello que lo pega al hueso y la duramadre cuando es posible.

Radioterapia

Generalmente se considera inefectiva si se utiliza como modalidad primaria de tratamiento. Es preferible no utilizarla para lesiones benignas. La eficacia de la radioterapia en las recurrencias es controversial. Algunos cirujanos reservan el uso de radioterapia para meningiomas de tipo maligno (invasivo), tipo vascular, tipo rápidamente recurrente (“agresivos”), o tipo no extirpable.⁷

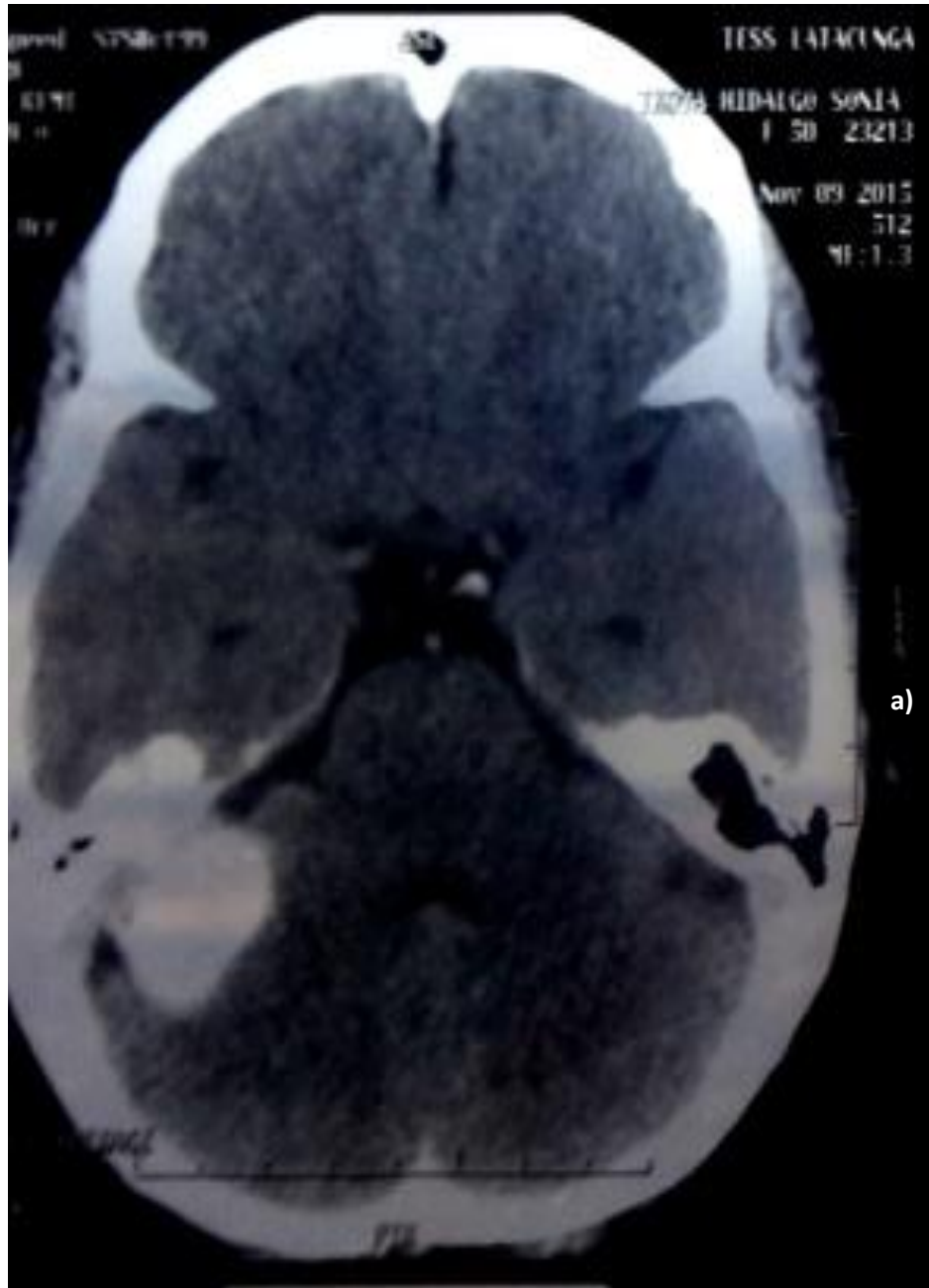
Recurrencia

<i>Sistema de Simpson para la remoción de los meningiomas</i>	
Grado	Nivel de Resección
I	Resección macroscópica completa con separación de su unión a la duramadre y al hueso anormal (incluyendo la resección de los senos, si están involucrados)
II	Resección macroscópicamente completa con coagulación endotérmica (Bovie, o laser) de su unión a la duramadre.
III	Resección macroscópica completa sin resección o coagulación de su unión a la duramadre o de sus extensiones epidurales (extradurales; hueso hiperostótico).
IV	Resección parcial dejando tumor in situ.
V	Descompresión simple (+/- biopsia).

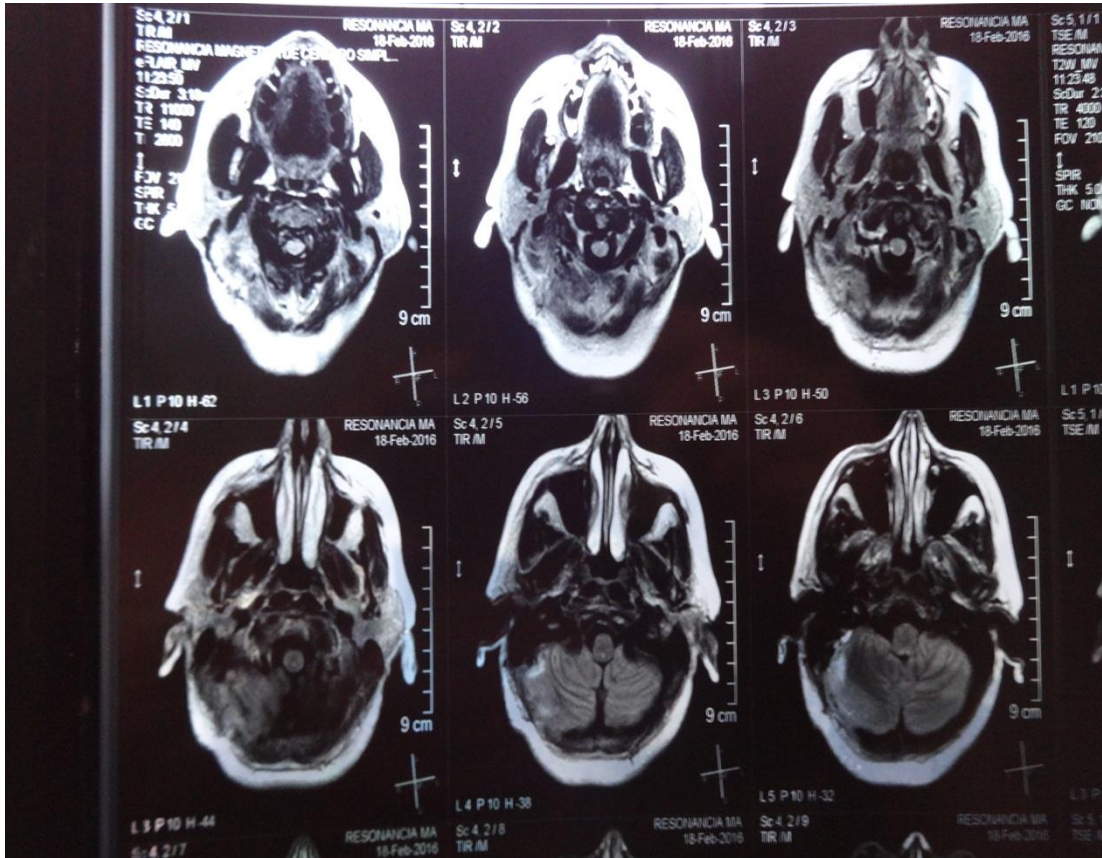
Tabla 9: Sistema de Simpson para la remoción quirúrgica de los meningiomas.

La extensión de remoción quirúrgica es el factor más importante para la recurrencia.⁷ La escala de remoción quirúrgica de Simpson se muestra en la **Tabla 9**.

ANEXO 2



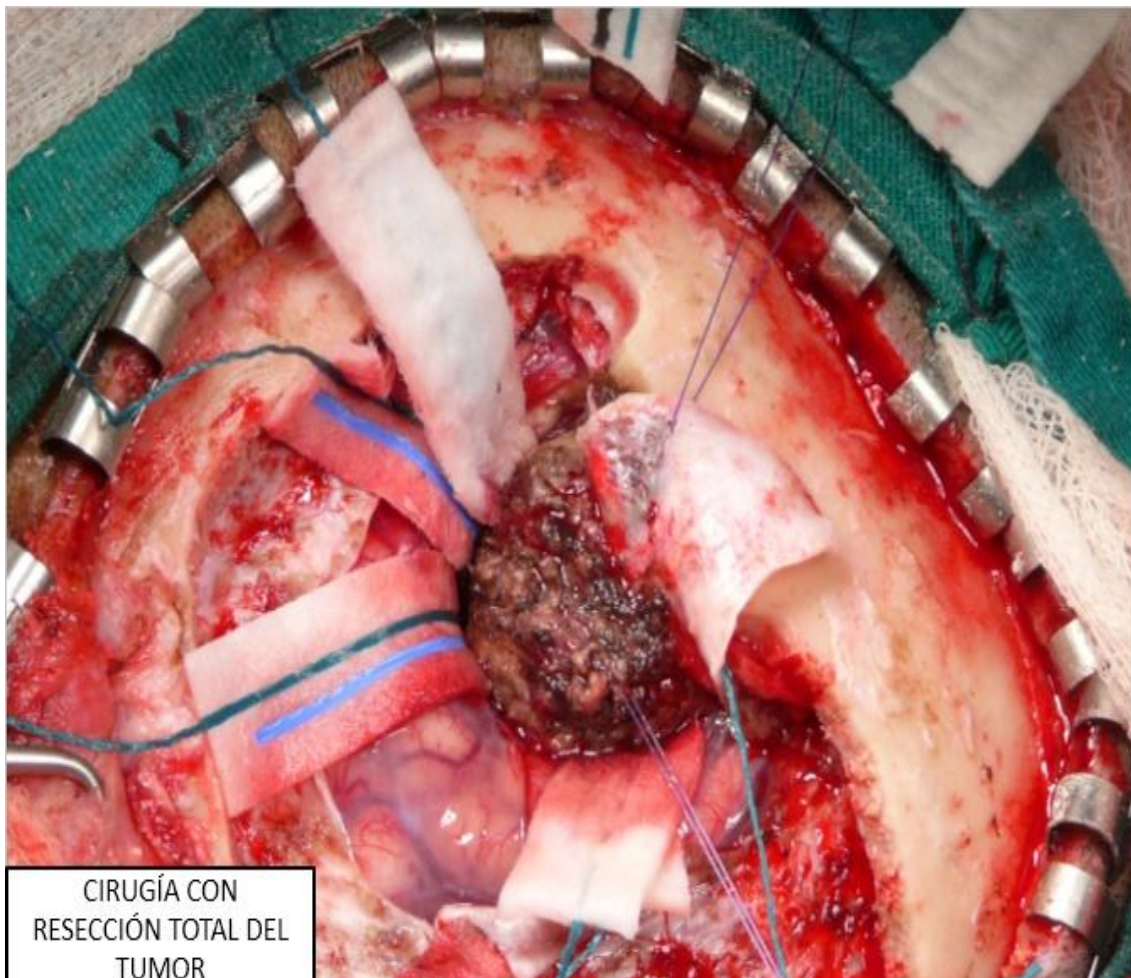
ANEXO 3



ANEXO 4



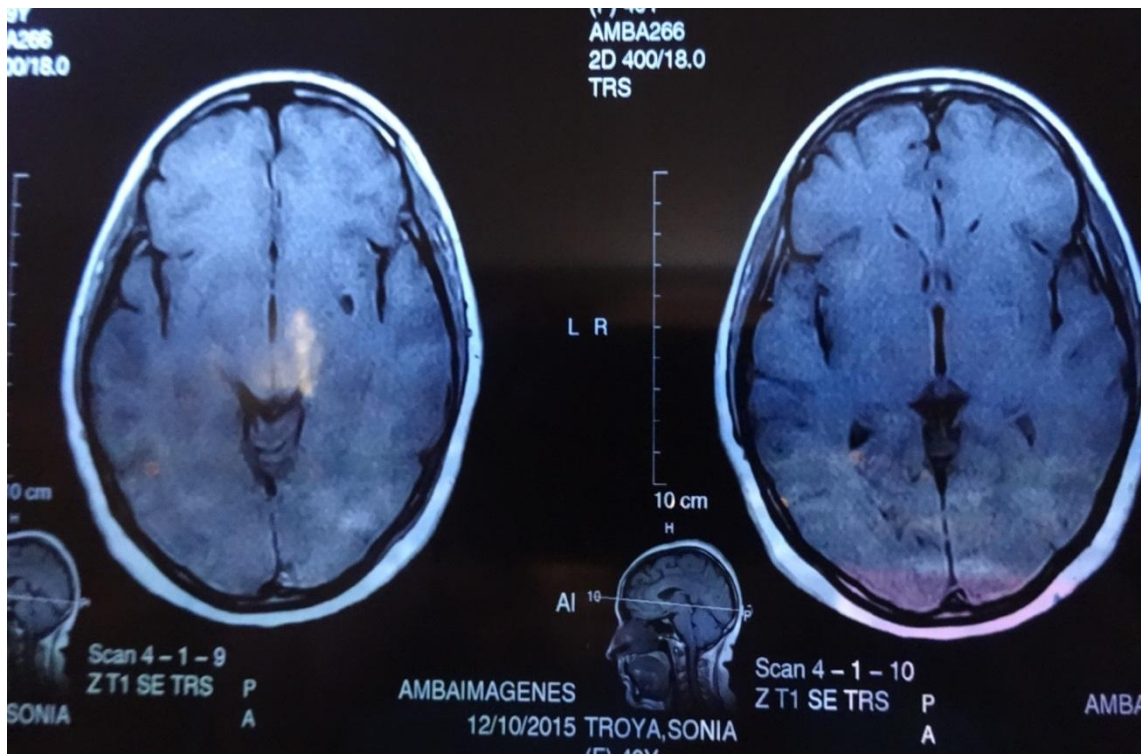
ANEXO 5.



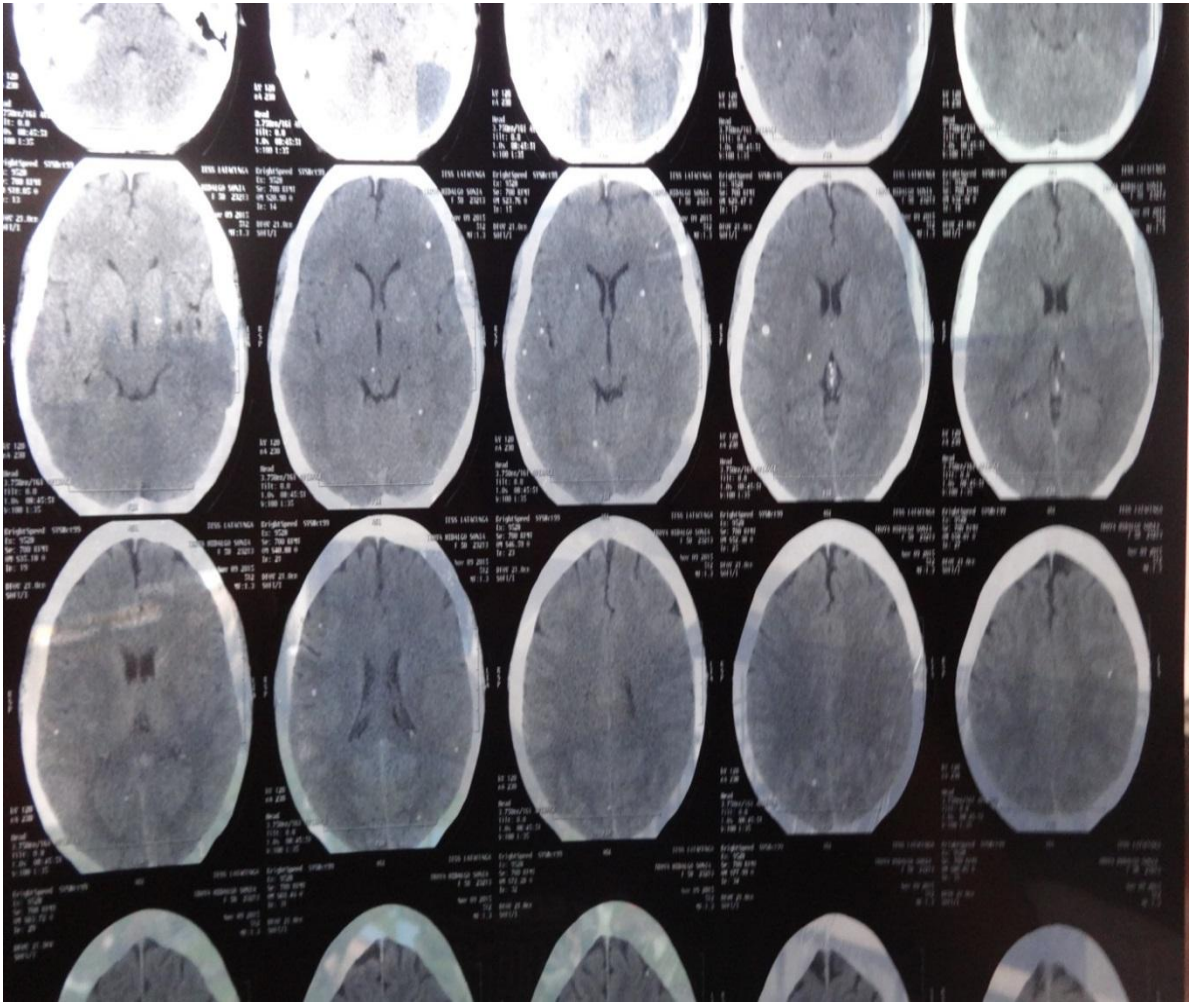
ANEXO 6



ANEXO 7



ANEXO 8



ANEXO 9

HOSPITAL
DE LOS VALLES
contribuyendo la vida

Nombre: **TROYA HIDALGO SONIA GUADALUPE**

Historia C : 11462601

Edad : 50a 3m 13d

Cédula : 0501507735

Instrucción: OTROS

INFORME N. : 92 2016

Servicio : CIRUGIA I

Habitación :

Plan : PLC-7401 PLAN I.E.S.S

Fecha Pedido: 19/01/2016

Pedido N. : 8224463

MEDICO(S) SOLICITANTE(S):
ENRIQUE VITERI JULIO CESAR
I.E.S.S

INFORMACION CLINICA :
Meningioma.

MUESTRAS ENVIADAS :
Lesión tumoral angulo ponto cerebeloso derecho.

Descripción Macroscópica:
Se recibe 8 fragmentos blandos blanquecinos de consistencia firme que miden entre 0.7 x 0.6 y 2 x 1 cm. Al corte muestran apariencia fibrosa. SPT. (1c).

Descripción Microscópica:
Los cortes histológicos muestran neoplasia menigeotelial benigna constituida por células fusiformes con núcleos sin atipias ni actividad mitótica, acompañadas por numerosos cuerpos de psammoma.

DIAGNOSTICO:
TUMOR CEREBRAL (LESIÓN ANGULO PONTO CEREBELOSO DERECHO):
- MENINGIOMA PSAMOMATOSO (WHO, GRADO I)

Atentamente
Dr. Felipe Rosales C.
ANATOMIA PATOLÓGICA
CALLE 100 No. 127 - P.O. Box 11-9111

Dr. Felipe Rosales Cartagens
Médico Patólogo
FR/ER

ANEXO 10

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo,....., en calidad de paciente del Hospital IESS de Latacunga, con cedula de identidad No....., previo explicación, doy mi consentimiento informado el día....., para la utilización de los datos que reportan la historia clínica de mi persona para la realización de su caso clínico.

El presente consentimiento informado, lo firmo, para autorizar que la Srta. Interna del Hospital IESS de Latacunga: Elsa Gabriela Román Bautista, con cedula de identidad No. 0503491532, estudiante de la UNIVERSIDADTECNICADEAMBATO use la información médica de la historia clínica, para la realización del caso clínico titulado: **“MENINGIOMA PETROSO POSTERIOR DERECHO”**.

Para constancia y para los fines legales pertinentes, firman el presente consentimiento informado:

-----	-----
Sra.....	IRM. Gabriela Román Bautista.
Cédula No.	Cédula No. 0503491532.
Paciente que da el consentimiento informado.	Interna solicita consentimiento.