

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Fisiopatología III.

Trabajo:

Caso clínico.

Docente:

Dr. Marco Polo Rodríguez Alfonso.

Alumno:

Citlali Berenice Fernández Solís.

Semestre y grupo:

4º "A"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 28 de septiembre del 2020.

Caso clínico:

Paciente femenino de 59 años de edad, acude a consulta por presentar desde hace varios meses, parestesias y disestesias del miembro superior izquierda, dichos síntomas aparecen cuando realiza esfuerzos con la extremidad afectada, también ha presentado mareos, cefalea, y visión borrosa relacionados al esfuerzo del miembro superior izquierdo.

Signos vitales:

FC: 77 lpm FR: 19 rpm Temp: 36.5°C Peso: 81 kg Talla: 1.51m

PA brazo derecho= 180/100 mmHg PA brazo izquierdo= 110/70 mmHg

Hallazgos llamativos en la exploración física:

A la comparación de pulsos de ambos miembros superiores se encuentra una diferencia importante en amplitud de pulsos, encontrando disminución en amplitud e intensidad del pulso del miembro superior izquierdo (pulsos supraclavicular izquierdo, braquial, antecubital, radial y cubital de miembro izquierdo).

Resto de pulsos= carotídeos, femorales, poplíteos, tibiales posteriores y pedios están normales.

Ruidos cardíacos normales, ventilatorio sin alteración clínica, tegumentos y musculoesquelético íntegro.

Con lo anterior, responda:

1. Impresión diagnóstica (justifique):
2. Estudios a solicitar que apoyen su diagnóstico (justifique):
3. Recomendaciones terapéuticas.

1. Obesidad de tipo II:

Nuestro paciente presenta obesidad de tipo II de acuerdo al IMC, su estatura, sus signos vitales.

⇒ **Estudios a solicitar:**

- Un examen físico general. Esto incluye medir tu estatura, verificar signos vitales como la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura; escuchar tu corazón y pulmones; y examinar tu abdomen.
- Calcular tu IMC. Un IMC de 30 o más se considera obesidad. Los números superiores a 30 aumentan aún más los riesgos para la salud. Tu IMC debe ser revisado por lo menos una vez al año porque puede ayudar a determinar los riesgos generales para tu salud y qué tratamientos pueden ser apropiados.

- Medir la circunferencia de la cintura. La grasa almacenada alrededor de la cintura, a veces llamada grasa visceral o grasa abdominal, puede aumentar aún más tu riesgo de enfermedad cardíaca y diabetes. Las mujeres con una medida de cintura (circunferencia) mayor de 35 pulgadas (89 cm) y los hombres con una medida de cintura mayor de 40 pulgadas (102 cm) podrían tener más riesgos para la salud que las personas con medidas de cintura más pequeñas. Al igual que con la medición del IMC, la circunferencia de la cintura debe revisarse al menos una vez al año.
- Análisis de sangre. Las pruebas que te realices dependerán de tu salud, tus factores de riesgo y los síntomas actuales que estés teniendo. Los exámenes de sangre pueden incluir una prueba de colesterol, pruebas de función hepática, glucosa en ayunas, una prueba de tiroides y otras.

⇒ **Tratamiento:**

El objetivo del tratamiento contra la obesidad es alcanzar y mantener un peso saludable. Esto mejora la salud en general y reduce el riesgo de desarrollar complicaciones relacionadas con la obesidad.

- Cambios en la dieta

Reducir las calorías y adoptar hábitos de alimentación más saludables es fundamental para superar la obesidad. Aunque puedes perder peso rápidamente al principio, la pérdida de peso constante a largo plazo se considera la forma más segura de perder peso y la mejor manera de mantenerlo de forma permanente

- Ejercicio y actividad física

Aumentar la actividad física o el ejercicio es una parte fundamental del tratamiento contra la obesidad. La mayoría de las personas que bajan de peso y logran mantenerlo durante más de un año hacen ejercicio regularmente, aunque solo sea caminar.

2. Neuropatía oftalmoplejica (Migraña oftalmoplejica):

La Neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente o migraña oftalmopléjica es una variante infrecuente de cefalea primaria. Se define como al menos dos episodios de cefalea unilateral que se acompaña de paresia ipsilateral de uno, dos o los tres nervios oculomotores. La paresia puede durar algunas semanas, e incluso meses, y la recuperación casi siempre es completa.

⇒ **Estudios a solicitar:**

La resonancia magnética craneal indica captación de contraste. Se considera importante el valor de la resonancia, no solo para descartar diagnósticos diferenciales, sino como herramienta de confirmación diagnóstica.

⇒ **Tratamiento:**

Logrando una reducción en la duración de los síntomas con ciclos cortos de prednisolona vía oral. El nivel de evidencia para evaluar la efectividad del tratamiento es puramente observacional. Se recomienda el comienzo temprano de altas dosis de corticoides para resolver rápidamente los episodios agudos. También se ha reportado, luego del tratamiento agudo con esteroides, la reducción de captación de contraste, hecho que coincide con la resolución del cuadro clínico. Como profilaxis se ha reportado la utilización de flunarizina, acetazolamida, propranolol, ciproheptadina o verapamil.

3. Síndrome de robo de la subclavia:

Ocurre por una estenosis (estrechamiento) proximal del origen de la arteria subclavia principalmente por la formación de placas de ateroma. En nuestro paciente se verá afectada la arteria subclavia izquierda (La cual se encarga de irrigar al brazo derecho, y parte de sus ramificaciones irrigan a la cabeza) con esto podríamos deducir que de acuerdo a los síntomas del paciente y a las guías de práctica clínica el paciente presenta este síndrome ya que encontramos una importante diferencia de los valores de la toma de presión arterial de ambos brazos (mayores a 10-15 mmHg), la cefalea, los mareos, el dolor que el paciente presenta cuando se encuentra en movimiento puede estar relacionado en la estenosis que se está presentando en la arteria subclavia izquierda. El origen más frecuente de este padecimiento es la aterosclerosis, entonces podríamos deducir que nuestro paciente está a indicios de presentar aterosclerosis.

⇒ **Estudios a solicitar que apoyan su diagnóstico:**

Ecografía Doppler: Es una prueba no invasiva que calcula el flujo de la sangre en los vasos sanguíneos, puede calcular la rapidez del flujo sanguíneo al medir la proporción de cambios en su tono (frecuencia). Nos ayudara a detectar algún estrechamiento de las arterias y saber si nuestro paciente padece de una estenosis de la arteria subclavia izquierda.

⇒ **Recomendaciones terapéuticas:**

Es recomendable el tratamiento endovascular para la estenosis de las arterias subclavias el cual incluye la angioplastia (es una cirugía para restaurar el flujo de sangre en las arterias), mantener un adecuado control del riesgo cardiovascular en estos pacientes, la monitorización y seguimiento estrecho de la PA, del perfil lipídico. De igual manera podemos utilizar un Stent el cual es un tubo pequeño que se coloca en la arteria o vaso sanguíneo el cual este obstruido, con la finalidad de reabrirlo y que este se mantenga abierto.

4. Retinopatía Diabética.

La hipertensión arterial, así como la enfermedad renal empeoran también la retinopatía diabética. Se presentara sensibilidad en las extremidades (disestesias) la rinopatía

aparece por la denominada microangiopatía: las arterias y venas de la retina presentan fenómenos de obstrucción y de aumento de permeabilidad que puede llevar a hemorragias en el ojo, visión borrosa o fluctuante.

⇒ **Estudios a solicitar.**

El diagnóstico de la retinopatía diabética se realiza al detectar las alteraciones retinianas características en un examen de fondo de ojo.

En algunos casos es necesario visualizar los vasos sanguíneos mediante la prueba denominada angiografía fluoresceínica. Para la evaluación del edema macular, es fundamental el empleo de la tomografía óptica de coherencia (OCT), la cual permite analizar las distintas capas de la retina y detectar la presencia de edema de forma precoz.

⇒ **Recomendación Terapéutica.**

La mejor opción para la retinopatía diabética, es la prevención. Un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre y de la hipertensión, una dieta sana, hacer ejercicio y buena educación sanitaria del paciente diabético son los elementos esenciales que pueden prevenir o demorar la aparición de la retinopatía diabética. Se ha demostrado claramente la importancia del control glicémico bajo tratamientos intensivos en la prevención y estabilización de la retinopatía diabética.

- SULFONILUREAS
- BIGUANIDAS
- INHIBIDORES ALFA-GLUCOSIDASA
- MEGLITINIDAS

Fuentes de información:

<https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-retinopatia-diabetica-conceptos-actuales-X0185106310902843>

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v1n2/v01n02a09.pdf>

[https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obesity/diagnosis-treatment/drc-20375749#:~:text=Un%20examen%20f%C3%ADsico%20general.,de%20masa%20corporal%20\(IMC\).](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/obesity/diagnosis-treatment/drc-20375749#:~:text=Un%20examen%20f%C3%ADsico%20general.,de%20masa%20corporal%20(IMC).)

<https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-sindrome-del-robo-subclavia-una-S0213485317302785>

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000200015

https://www.cochrane.org/es/CD008461/PVD_angioplastia-versus-colocacion-de-stent-para-la-estenosis-de-la-arteria-subclavia

<https://www.murciasalud.es/preevid/19785>