



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina



HISTORIA CLÍNICA

MATERIA

Clínicas Quirúrgicas Complementarias

DOCENTE

Dr. Edgar Martin Guillen Hernandez

SEMESTRE

7mo semestre "B".

PRESENTAN

Nymssi Michell Gonzalez Requena

Romina Coronado Arguello

Karen Paola Morales Morales

Victor Daniel Gonzalez Hernandez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 08 de septiembre del 2021





Universidad Del Sureste
Escuela de Medicina



Clínica Universitaria

Ficha de Identificación

Fecha: 8 de septiembre del 2021

Nombre: Jorge Hugo Sevilla Méndez **Sexo:** Masculino
Edad: 55 años **Fecha de nacimiento:** 9 de Septiembre de 1966
Estado Civil: Casado **Ocupación:** Comerciante **Escolaridad:** Bachillerato
Nacionalidad: Mexicana **Religión:** Católica
Lugar de nacimiento: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Lugar de Residencia: Comitán, Chiapas
Domicilio: 1ra avenida norte #4 barrio, Centro C.P 29770
Tipo de sangre: 0+ **Alergias:** Negadas **Teléfono:** 9636530073
Contacto de emergencia: Lilia Díaz Hernández (cónyuge) **Teléfono**
Emergencia: 9611922797 **Interrogatorio:** directo
Servicio: Urología

Antecedentes Herofamiliares

Padre: Fallecido a los 92 años de edad por cáncer de próstata e insuficiencia renal, sin demás antecedentes de importancia.
Madre: Fallecida a los 68 años de edad por complicaciones de cáncer de lengua, padecía diabetes mellitus tipo 2, sin demás antecedentes de importancia.
Primer Hermano: vivo, de 48 años de edad, con hipertensión arterial crónica de 5 años de evolución, controlada satisfactoriamente con losartán. Varicoceleotomía hace 4 años con resolución favorable.
Segundo Hermano: Vivo, 45 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia.
Hijo mayor: vivo, 21 años, con diagnóstico de rinitis alérgica desde los 8 años de edad. Sin demás antecedentes de importancia.
Hija menor: viva, 19 años, con diagnóstico de rinitis alérgica desde los 8 años de edad. Sin demás antecedentes de importancia.

Antecedentes Personales no patológicos

El paciente menciona que habita en una vivienda propia de loza con piso de cemento, cuenta con todos los servicios básicos intradomiciliarios agua potable, luz eléctrica, baño con drenaje y gas, así como todos los servicios extradomiciliarios, calle de concreto, alumbrado público y recolección de basura, su vivienda cuenta con 5 habitaciones bien ventiladas, convive con 3 personas, hacinamiento negativo. Zoonosis negativa. Respecto a su alimentación refiere el consumo de frutas 4/7 días a la semana, verduras 3/7 días, carnes rojas 5/7 días,

carnes blancas 3/7 días, tubérculos 3/7 días, cereales y leguminosas 7/7 días leche y derivados 4/7 días a la semana y huevos 7/7 días. Consumo 1 litro de agua al día, consumo ocasional de comida procesada. Consumo de café 4 tazas al día (250 ml). Sale a caminar 2/7 días a la semana por media hora. Respecto a la higiene personal se baña 1 vez diario, cambio de ropa diario, cepillado dental 3 veces al día después de cada alimento, cambio de sábanas de su habitación cada semana. No refiere viajes recientes. Prueba de combe negativa. Esquema de vacunación completo. Tabaquismo suspendido hace 15 años, ingesta de vino 3 veces por semana sin llegar a la embriaguez, uso de drogas negadas.

Antecedentes androgénicos

Descenso testicular: desconocido. **Circuncisión:** no realizada.
Vello púbico: 13 años. **Vello axilar:** 13 años.
Cambio de voz: 12 años. **Desarrollo de órganos sexuales:** 13 años.
Inicio de vida sexual activa (IVSA): 18 años.
Número de parejas sexuales: 5 parejas.
Preferencia sexual: heterosexual. **Métodos anticonceptivos:** condón.
Disfunción eréctil: negada. **Disminución de la libido:** negado.

Antecedentes personales patológicos

Paciente niega enfermedades exantemáticas de la infancia; hipertensión arterial de 10 años evolución tratada con losartán 1 tableta de 50 mg cada 12 horas; aspirina 100 mg/día. Presenta hipertrigliceridemia mixta en control actual con atorvastatina 20 mg/día, desde hace 3 meses aproximadamente. Presentó herida abierta hace 8 meses de 5 cm por objeto punzocortante en la falange del pulgar derecho, requiriendo reconstrucción de la lesión, resolución satisfactoria. Niega hospitalizaciones. Niega fracturas. Niega alergia a medicamentos y alimentos. Menciona haber fumar 10 cigarros diarios durante 20 años (índice tabáquico de 10, riesgo moderado de EPOC) con abandono del hábito hace 15 años, refiere consumo de 1 copas de vino cada 2 días desde hace 5 años, niega consumo de drogas; niega transfusiones sanguíneas; Presentó Covid-19 hace 1 año sin complicaciones con resolución satisfactoria. Cuadro de estrés hace 8 años por enfermedad y muerte de su madre presentando gastritis aguda secundaria manejado con dexlanzoprazol con resolución favorable y sometido a terapia psicológica con resolución satisfactoria. Niega enfermedades víricas. Niega cardiopatías. Niega cáncer. Niega ETS. Niega dengue, zika y chikungunya. Actualmente con recurrencia de gastritis manejada con pantoprazol 20 mg/día.

Padecimiento Actual

Paciente masculino de 55 años de edad acude a consulta en el servicio de Urología por presentar disminución del calibre y fuerza del chorro urinario desde hace 3 meses, refiere que aproximadamente hace 25 días tiene la sensación de que no ha vaciado completamente la vejiga con presencia de pujo y goteo de orina al final de la micción (goteo terminal) que algunas veces lo hace mojar su ropa interior ocasionado cambio de ropa frecuente. Menciona que ha tenido polaquiuria (3 veces por hora) con leve dolor a la micción acompañado de nicturia (3 veces por noche durante la última semana). Menciona que no ha consumido ningún medicamento, y no cuenta con algún régimen terapéutico.

Como antecedentes el paciente refiere presentar hipertensión arterial, hipertrigliceridemia mixta y gastritis recurrente. Presenta estudios previos de perfil lipídico, Examen general de orina (EGO), APE y USG abdominal.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Signos y síntomas generales: El paciente refiere que no ha tenido fiebre, no hay presencia de cefalea, astenia, adinamia y anorexia.

Aparato cardiovascular: El paciente menciona que no hay tenido dolor precordial ni palpitaciones, menciona que también que no presenta síncope, lipotimia, edema, cianosis acúfenos y fosfenos.

Aparato respiratorio: El paciente refiere que no ha presentado disnea, no hay presencia de tos, no presenta expectoraciones, no hay presencia de hemoptisis ni vómica.

Aparato digestivo: El paciente refiere presentar dolor en epigastrio de carácter quemante, con una intensidad moderada, de comienzo abrupto, ocurre con el estómago vacío que se alivia con la ingesta de alimentos y el consumo de antiácidos, curso de varias semanas. No hay presencia de vómitos ni náuseas, no presenta diarrea ni disfagia, refiere pirosis de predominio en las mañanas.

Sistema genitourinario: Paciente refiere dolor a la micción de comienzo hace 25 días aproximadamente, de carácter sordo, de intensidad leve, con ligera irradiación hacia la región suprapúbica, que se alivia al terminar de miccionar, se acompaña de pujo. El paciente menciona que no ha presentado hematuria ni uretrorragia, menciona que en los últimos 25 días ha presentado nicturia, refiere que la cantidad de orina desechada durante la noche es igual a la desechada en el día, se ha levantado en promedio 3 veces a miccionar en la última semana. Presencia de polaquiuria acompañada de urgencia miccional.

Sistema endocrino y metabólico: Refiere que no tiene alteraciones al cambio de clima, no tiene presencia de ginecomastia ni alteraciones en la libido.

Sistema hematopoyético: El paciente refiere que no ha presentado palidez, rubicundez, adenopatías, hemorragias, fiebre, fatiga, equimosis y petequias

Sistema nervioso: Menciona que no ha tenido cuadros de cefalea, no ha presentado pérdida de conocimiento, mareos o vértigo, no presenta trastornos del equilibrio, menciona que no tiene movimientos involuntarios, ni debilidad muscular, ni convulsiones, no hay algún trastorno de la visión, no hay presencia de hormigueo ni trastornos del sueño.

Sistema musculo esquelético: El paciente refiere que no tiene mialgias, dolor óseo, artralgias, no hay alteraciones en la marcha, no hay presencia de hipotonía, ni disminución del volumen muscular, limitación de movimientos o deformidades.

Piel y tegumentos: Refiere coloración normal de la piel, pigmentación adecuada, menciona que no tiene presencia de prurito, presencia alopecia de inicio de hace 2

años, uñas integra, no hay presencia de hiperhidrosis ni xerodermia.

Órganos de los sentidos: Paciente refiere que tiene una visión normal sin alteraciones de la agudeza visual, escucha perfectamente, no presenta alteración al olfato, no presenta alteraciones del gusto ni del tacto.

Esfera psíquica: Paciente refiere un estado de tranquilidad, felicidad y sin presencia de estrés, bien orientado. Con preocupación en los últimos 3 meses por su problema urológico.

Exploración Física

Paciente masculino de edad acorde a la cronológica conciente en las tres esferas (persona, tiempo y espacio) hábito brevilineo con obesidad grado 1, facies no patológica, piel y mucosas no ictericas, superficie de piel humectada sin presencia de descamaciones y estrías, no hay presencia de circulación colateral, no presenta disnea ni cianosis, cicatriz en falange distal de dedo pulgar derecho, posición y actitudes en el lecho (decúbito) libremente escogidas y marcha normal.

Temperatura: 36.2 C **Tensión Arterial:** 130/85 mmHg

Frecuencia cardiaca: 85 LPM **Frecuencia respiratoria:** 20 RPM

Peso: 85 Kg **Talla:** 1.68 mts. **IMC:** 30.1 Kg/m² (Obesidad tipo 1)

Cabeza: Normocéfalo, ovalada y simétrica, no presenta hundimiento ni cicatrices no exostosis. Calvo, cejas pobladas, pestañas pobladas, ojos simétricos no ictericos, no hay palidez de conjuntivas y no hay presencia de opacidades en el cristalino. Nariz normorino, respingada, sin desviaciones del tabique nasal, coloración normal, no presenta cicatrices ni traumatismos con buena permeabilidad de narinas nasales. Boca simétrica, coloración normal, sin cicatrices, placa dentaria completa sin presencia de caries dental, encías con coloración blanco-rosacea normal sin presencia de gingivitis ni sangrado, lengua simétrica, blanda, tamaño normal, coloración rosada normal sin presencia de cicatrices.

Cuello: Cilíndrico, a la inspección coloración normal, sin cicatrices y sin presencia de adenopatías movimientos de flexión extensión y laterales sin dolor, a la palpación tráquea central, tiroides tamaño normal y pulso carotideo palpable. A la auscultación ruido laringotraqueal.

Tórax: A la inspección tórax simétrico, eupnea sin presencia de músculos accesorios, pectorales con buena coloración sin presencia de cicatrices ni heridas; a la palpación movimientos de amplexión y amplexación normales y vibraciones vocales normales sin presencia de adenopatías supraclaviculares y axilares, sin presencia de dolor; a la percusión resonancia pulmonar; y a la auscultación presencia de murmullo vesicular sin presencia de ruidos agregados, latidos cardiacos rítmicos de buena intensidad perceptibles.

Abdomen: a la inspección abdomen plano, visualización de tejido adiposo, coloración normal sin presencia de cicatrices quirúrgicas ni heridas, sin distensión, ascitis ni abombamiento, no presenta masas ni aumento del diámetro abdominal. A la palpación media presenta dolor moderado en epigastrio e hipogastrio, no hay resistencia abdominal, ni presencia de masas o ascitis; no presenta visceromegalias. A la percusión no hay presencia de timpanismo y a la auscultación ruidos peristálticos normales sin presencia de ruidos hidroaéreos.

Miembros superiores: Extremidades derecha e izquierda integra, buena coloración de piel y tegumentos, sin presencia de edema ni lesiones. Buen tono

muscular no presenta flacidez, contractura ni atrofia. Músculos del brazo y antebrazo ligeramente hipertrofiados, ambas extremidades. Rango de movimiento normal para ambas extremidades. No hay presencia de dolor articular, aumento de volumen, calor, rigidez o deformidades. Cicatriz quirúrgica en dedo pulgar derecho.

Miembros inferiores: Derecha e izquierda integra, buena coloración de piel y tegumentos, sin presencia de edema, sin lesiones, hay presencia de várices superficiales. Buen tono muscular sin presencia de flacidez, contractura y atrofia. Presencia de ligera hipertrofia para ambas extremidades. Fuerza y resistencia normal. Sin presencia de dolor en la articulación de las rodillas y tobillos, sin aumento de volumen, calor, rigidez y deformidad. Alineación normal.

Columna vertebral: No se observan deformidades de columna vertebral, a la palpación de las apófisis espinosas y en los puntos entre dos apófisis espinosas no hay presencia de dolor, músculos con simetría y movimientos normales.

Genitales: Exámen digito rectal prostático: no se evidencia hemorroides externas ni huellas de sangrado, tampoco fístulas, lesiones perianales condilomatosas, ulceraciones ni salida de secreciones purulenta. Tono del esfínter anal bueno y permeable. No hay presencia de pólipos, criptitis, fístulas rectales, hemorroides internas, zonas o áreas de dolor intenso, abscesos.

Próstata aumentada de

tamaño, consistencia blanda, bordes lisos sin irregularidades, surco prostático borrado, no presenta dolor a la palpación y temperatura normal.

Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros

El paciente trae consigo los siguientes estudios con los siguientes resultados:

Perfil lipídico: Triglicéridos 220 mg/dl, Colesterol 250 mg/dl y HDL 30 mg/dl y LDL 110 mg/dl.

Exámen general de Orina: color amarillo, aspecto transparente, olor urinoide, pH de 6.0 densidad 1015, proteínas negativas, glucosa negativa, cetonas negativas, hemoglobina negativa, proteínas negativas, glucosa negativa, cetonas negativas, urobilinogeno normal, bilirrubina negativas, urea negativa, nitritos negativos, leucocitos 4 por campo, eritrocitos 1 por campo, cristales negativos, y cilindros negativos, bacterias negativas, levaduras negativas.

Cuantificación de APE: 3.0 ng/ml (negativo para Ca prostático)

IPPS y valoración de la calidad de vida: 30 puntos (calidad de vida moderada)

Exámen digital rectal prostático: área perianal sin presencia de hemorroides, condilomas y fisuras. Tono del esfínter normal, canal anal sin presencia de pólipos, criptitis, fistulas, fisuras o hemorroides.

Próstata aumentada de tamaño, consistencia blanda, bordes lisos sin irregularidades, surco prostático borrado, no presenta dolor a la palpación, temperatura normal.

USG abdominal: reporta próstata aumentada de tamaño 3x2x3.5 cm y una vejiga con orina residual de 80 ml.

Diagnóstico

Por la sintomatología descrita por el paciente y con el apoyo de los estudios de laboratorio, gabinete y la exploración física, se diagnostica una Hiperplasia Prostática Benigna. (HPB).

Pronóstico

De acuerdo a la evolución de la sintomatología y apego al tratamiento.

Terapéutica Empleada

Tratamiento con tamsulosina una capsula de 0,4 mg VO una vez al día por 1 año, tomar después del desayuno, tragar entera sin masticar con agua pura.

Valoración periódica por 12 meses mediante APE y USG abdominal para el control de la evolución de la HPB y mejoría de los síntomas.

Continuar con manejo ya establecido para gastritis e hiperlipidemia.

Tratamiento dietético: se recomienda una dieta del tipo mediterránea, consumo de pescado en especial los peces de agua fría como son el salmón, las sardinas y las truchas. Carnes blancas como es la carne de pollo sin piel y pavo; utilizar métodos de cocción como lo son al vapor y a la plancha y evitar los métodos cocción fritos, escalfados y estofados. Consumo de vegetales de todo tipo en especial tomates y brócoli. Consumo de frutas de todo tipo y de la estación en especial las de tipos bayas como lo son las fresas, arándanos y las moras. Evitar consumir lo menos posible carnes rojas como es la carne de res y puerco. Consumo de lácteos con moderación y de preferencia evitar la mantequilla, margarinas y de quesos ricos en grasa animal. (mozzarella y gouda) y optar por el queso tipo panela y leche semidescremada. Evitar las bebidas azucaradas y los azúcares y carbohidratos refinados. (Donas, sabritas etc.) Tomar 2 litros de agua por día y hacer por 30 minutos diarios de ejercicio diario (caminar, correr).

Nombre completo, cédula profesional y firma del médico

E181035