



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Docente:

Dra.- KARINA ROMERO SOLORZANO

Alumno:

Russell Manuel Alejandro Villarreal

Semestre y grupo:

5 "B"

Materia:

MEDICINA INTERNA

Proyecto:

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 27 de septiembre de 2021

Paciente femenina de 45 años de edad con diabetes tipo 2 de larga evolución, tratada con hipoglucemiantes orales; llega a la sala de urgencias con dificultades para respirar, estuporosa, con deshidratación severa; se toman laboratoriales y una osuometría arterial encontrando:

Glucosa: 275 mg/dL, Urea: 85, Creatina: 2.0, BUN: 20; Sodio: 135 mg/dL, potasio: 4.5 mg/dL, Cloro: 100 mg/dL; HB 10 g/dL; HCTO: 35%, plaquetas 220,000, osuometría arterial con PH 7.254, pO₂: 95, pCO₂: 35, HCO₃: 12, EG0, Leucocituria de 10-15 por campo, Bacteriuria +++, Nitritos positivos, Cetonas +++.

1- Mi paciente presenta cetoacidosis diabética o estado hiperosmolar NO cetósico?

R= Cetoacidosis diabética

2- ¿cuál es la osmolaridad sérica de mi paciente? $2(135) + \frac{275}{18} + \frac{20}{2.8}$

$$R = 270 + 15.277 + 7.142 = 292.419$$

3- ¿Que otra patología consideras que desencadenó el cuadro?

R= Infección del tracto urinario y función renal deficiente.

¿ Estaba conservada la función renal? porque?

R= NO, por los elevados niveles de creatinina
y urea.

¿ cuáles la brecha aniónica o anión GAP de
esta paciente?

Anión = $(Na+K) - (Cl + HCO_3)$

$(135 + 4.5) - (100 + 12) = (139.5) - (112) =$

$27.5 mEq/L$

Paciente masculino de 59 años de edad,
diabético debutante, ingresa a la sala de
urgencias con deshidratación severa, mal esta-
do general, refiere hace 24 hrs con vomitos de
contenido gástrico en 5 ocasiones; con gluco-
sa 625 mg/dl, urea 56, creatinina 1.8, BUN:
30; sodio: 156, potasio: 5.0, cloro: 110 mg/dl,
EG0, pH densidad glucosa proteínas cetonas
células epiteliales hemates leucocitos bac-
terias 5,0 1020 1000 mg/dl trazas t encas-
sas por campo incontables ttt; Gasometría
Arterial con pH 7.381 pO₂ 99, pCO₂: 35, HCO₃:
25, radiografía de torax uveas pulmonares
normales.

¿ Qué diagnóstico tiene el paciente?

R= • Estudio hiperosmolar

• Crisis hiperglucémico

• Hipernatremia

¿Cuál es la osmolaridad sérica?

$$R = \frac{156 + 1.6(625) - 100}{100} = 156 + 5.266 = 161.266$$
$$2(161.266) + \frac{625}{18} + 30/2.8 = \frac{322.532 + 34.72 + 10.71}{10} = 367.982$$

¿En la Gasometría que datos presenta?

porque? • pH: 7.38

• HCO_3^- : 25 mEq/dl \rightarrow **normal**

• Na^+ : 156 \rightarrow **normal**

• K^+ : 5 \rightarrow **límite**

• PCO_2 : 35

• Glucemia: 625 mg/dl \rightarrow **elevado**

Mixedema

Es una alteración de los tejidos que se caracteriza por presentar un edema (acumulación de líquido), produciendo por infiltración de sustancias mucosas en la piel, y a veces en los órganos internos, y consecuencia de un mal funcionamiento de la glándula tiroides (hipotiroidismo).

Factores de riesgo:

Los principales son: tener más de 50 años, ser mujer, obesidad, cirugía de tiroides y exposición del cuello a tratamientos con radiación.

Hay formas parciales de Mixedema, especialmente de las piernas (mixedema pretibial), ocasionalmente se presenta en adultos con la enfermedad de Graves Basedow (hipertiroidismo), o tiroiditis de Hashimoto.

Cuadro clínico:

Las manifestaciones serán de acuerdo al grado de deficiencia tiroidea y puede, desde pasar desapercibido hasta manifestarse en mixedema.

El paciente refiere habitualmente fatiga, letargo, debilidad, artralgias, mialgias, calambres musculares, intolerancia al frío, estreñimiento, piel seca, cefalea y en mujeres alteraciones menstruales.

La exploración física muestra un paciente con piel pálida, cabello seco, mucosas reseacas y disminución de los reflejos osteotendinosos.

Estudios de laboratorio:

Son indudables las pruebas de función tiroidea para reconocer el grado de hipotiroidismo existente.

La valoración del TSH dependerá de si un paciente debutante en la enfermedad o si se encuentra ya en control hormonal.

Frecuentemente se encuentra elevación de colesterol, transaminasas hepáticas, creatinofosforquinasa y prolactina, disminución del sodio, glucosa y hemoglobina.

Tratamiento:

Debe ofrecerse la sustitución hormonal con levotiroxina o T4 en el cuerpo se convierte en T3 la hormona más activa. Debe tomarse en ayuno y con agua para favorecer su absorción.

La sustitución de T4 debe administrarse en dosis progresivamente mayores cada 1-3 semanas hasta conseguir la dosis ideal para cada paciente. La dosis de inicio debe ser menor en los pacientes con enfermedad coronaria o con más de 60 años de edad.

La dosis de mantenimiento no necesariamente es estable y puede modificarse por el ejercicio que el sujeto realice, estrés de cualquier tipo, estados infecciosos, embarazos o situación hormonal de reemplazo.