



*Nombre del Alumno: Andrea citlali Maza López*

*Parcial: tercero*

*Nombre de la Materia: medicina interna*

*Nombre del profesor: Manuel Eduardo López Gómez*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana*

*Semestre: quinto*

*24 de noviembre de 2022*

## **DIARREAS:**

### **Caso I**

Mujer de 47 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal localizado fundamentalmente en el epigastrio, no irradiado a espalda, con diarrea y vómitos biliosos y sin fiebre. Todas las pruebas complementarias (EKG, hemograma, bioquímica, orina) están dentro de la normalidad, y una radiografía abdominal pone de manifiesto dos cálculos calcificados en la región de la vesícula biliar. La paciente es entonces diagnosticada de un cuadro de cólico biliar y gastroenteritis aguda.

Dos meses más tarde la paciente es intervenida mediante laparoscopia y se le realiza una colecistectomía. Veinte días después de la intervención acude a nuestra consulta por la persistencia del cuadro de dolor abdominal de las mismas características, con náuseas, disminución del apetito, sin vómitos ni diarrea.

En la exploración no se observan hallazgos de interés, por lo que se decide mantener una actitud expectante. Dos semanas más tarde fue ingresada durante 5 días en un centro hospitalario por el mismo motivo, pero no se llega a filiar el origen del dolor abdominal. A partir de ahí la paciente presenta múltiples consultas, tanto en urgencias hospitalarias como en consultas privadas, siempre refiriendo el mismo cuadro de dolor abdominal, localizado en el epigastrio y el hipocondrio derecho y acompañado de diarrea.

Entre las pruebas realizadas se incluyen hematología y bioquímica con perfil lipídico, hepático y renal, iones, coagulación, sistemático de orina, tomografía computarizada abdominal e incluso una endoscopia con toma de biopsia. Todas las pruebas estaban dentro de la normalidad.

Fue en nuestra consulta, donde se realizó un análisis de heces y se objetivaron quistes de *Giardia lamblia*.

Se inició tratamiento con metronidazol, a dosis de 250 mg cada 8 horas durante 5 días, y la paciente mejoró de su cuadro hasta la remisión total de la sintomatología. Tras finalizar el tratamiento se realizó un estudio de las heces, que fue normal.

## **Caso II**

Hombre de 19 años, procedente de zona rural, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos. Presenta cuadro clínico de 3 días de evolución, consistente en deposiciones diarreicas, con moco y sangre, con una frecuencia de 7 episodios al día. Además, el paciente manifiesta pujo y tenesmo intestinal, dolor abdominal generalizado tipo cólico y fiebre no cuantificada. Al examen físico, los signos vitales se encuentran dentro de límites normales, hay dolor abdominal a la palpación en fosa ilíaca y flanco izquierdo, sin irritación peritoneal. Se realiza examen coprológico en el que se reportan 10 leucocitos y 6 hematíes por campo, resultado positivo para sangre oculta en heces y trofozoítos del complejo *Entamoeba histolytica* /E. dispar /E.

El paciente recibe tratamiento con metronidazol 500 mg cada 8 horas por vía oral durante 7 días, con resolución de los síntomas.

## **NEUMONIAS**

### **Caso I**

Antecedentes personales.

Datos clínicos: Arritmia cardiaca por fibrilación auricular (AC x FA), ICTUS isquémico, demencia tipo alzhéimer, parkinsonismo vascular. Intervención: catarata.

Medicación actual: omeprazol 20 mg 1 comprimido/día, paracetamol 650 mg 1/8 horas, altina 1 mg/ 24 horas, atorvastatina davur 40 mg 1 comprimido/ día, madopar 250/50 mg 3 comprimidos/ día, trazodona 100 mg 1 comprimido/ 24 horas, foli-doce 1 comprimidos/24 horas, eliquis 5 mg 2 comprimido/ día, tamsulosina 0,4 mg 1 comprimidos/24 horas.

Alergias: sin alergias medicamentosas conocidas hasta la fecha.

Enfermedad actual.

Varón 83 años, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), con nivel cognitivo aceptable, con antecedentes de ictus isquémico de arteria cerebral media izquierda de origen cardioembólico en contexto de FA (fibrilación auricular) en mayo de 2020. Es remitido por atención primaria por disnea de inicio esta misma tarde tras la ingesta. No atragantamiento según el familiar. No vómitos. No presenta tos ni

expectoración. No sudoración, ni cuadro vegetativo. No fiebre ni sensación distérmica. Asocia dificultad para ingesta de líquidos, sin disfagia para sólidos.

Exploración física.

TA: 129/71 mmHg. FC: 77 l.p.m Temperatura: 36°C. Saturación de oxígeno: 97% con gafas nasales a 2 litros. Consciente y parcialmente orientado, normohidratado, normocoloreado, eupneico en reposo, mínima disnea conversacional. Auscultación pulmonar: mínimos crepitantes bibasales con roncus aislados. Auscultación cardíaca: rítmico sin soplos audibles. Auscultación de abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan masas, no globo vesical. No irritación peritoneal. Auscultación de extremidades inferiores: no edema, no signos de tromboembolismo venoso profundo.

Pruebas complementarias.

Bioquímica: glucosa 118 mg/dl, creatinina 0,85 mg/dl, AST 17 U/l, ALT 9 U/l, CPK 69 U/l, LDH 201 mg/dl, NA 137 meq/l, K 4.32 meq/l, PCR 18.8 mg/l, ferritina sérica 119 ng/ml. Hemograma: Hg 13,1 g/dl, leucocitos 11.2 x 9/ l, neutrófilos 9.8 x 10 x 9/ l, plaquetas 128.000. Coagulación: ATP 65%, TTPA 23, TP 16, fibrinógeno 1792. Sedimento urinario: sin alteraciones. Gasometría: ph 7.42, PO<sub>2</sub> 73, PCO<sub>3</sub> 40, COH<sub>3</sub> 26.1. Lactato basal 1.7 U/l. Radiografía de tórax: pequeño foco de opacidades alveolares intuidas en la base derecha. El seno costofrénico lateral izquierdo no resulta evidentemente evaluable. ECG: sinusal, EV frecuente, no alteración repolarización aguda, S1, S2, S3 eje normal.

Tratamiento recibido urgencias.

Inhaladores de salbutamol y atrovent dos inhalaciones cada uno con cámara espaciadora. Repetición a los 20 minutos.

Actocortina 250 mg diluido en 100 ml de suero fisiológico.

Furosemida 20 mg IV.

Impresión diagnóstica.

Neumonía adquirida en la comunidad.

## **Caso II**

Acude a nuestra consulta un paciente varón, de 58 años, fumador, bebedor moderado, sin antecedentes personales de interés, refiriendo desde hace tres días sensación distérmica con escalofríos, expectoración purulenta y ocasionalmente hemoptoica y dolor en costado izquierdo de características pleuríticas. En la exploración el paciente está orientado, sudoroso, eupneico y con buen estado general y nutricional. Su temperatura es 38,2°C, tensión arterial 140/70, frecuencia cardíaca 100 lpm y saturación de oxígeno 93%. No se palpan adenopatías, la auscultación cardíaca es rítmica y no evidencia soplos y la auscultación pulmonar refleja una disminución del murmullo vesicular asociado a crepitantes en el hemitórax izquierdo. La exploración abdominal es normal y el paciente no presenta edemas en los miembros inferiores. Se solicita una radiografía de tórax (Figura 1), observándose una opacificación prácticamente total del lóbulo superior izquierdo

Se hace el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad y, ante la ausencia de criterios de gravedad (tabla 1), se inicia tratamiento antibiótico empírico ambulatorio con amoxicilina/ácido clavulámico 2g/125mg cada 12 horas durante 10 días, asociándose acetilcisteína 600 mg/24 horas y paracetamol 1g/8h, siendo favorable la evolución clínica en las semanas siguientes.



### Caso III

Masculino de 24 años de edad inicia hace 2 semanas con escalofríos, sudoración tos que evoluciona a tos productiva con esputo mucoso, leve disnea (mrc 1) , fatiga, cefalea y fiebre no cuantificada. Acude a medico similares el cual le indico Amoxicilina 1 gr 3 veces al día x 7 días, Paracetamol 500 mg cada 8 h por 5 días, le recomienda hidratación constante y reposo. Acude a urgencias por presentar disnea y tos, con esputo con estrías hemoptoicas. A la exploración física se encuentra disminución de la motilidad, aumento de las vibraciones vocales, se percute submatidez y ruidos respiratorios aumentados y estertores crepitantes. FR: 125 T: 39.5 FR: 26 TA: 100/60 Sat.O2: 92%

Refiere inconcluso el tratamiento previo y cambiarlas por otro medicamento que encontró en casa y “le recomendó su tía.” Se ingresa paciente a UCI, se inicia Sol salina 0.9% IV y se administra 30 gr de ketorolaco, 2g de ceftriaxona y omeprazol de 80 mg. Sé solicitan Rx de tórax PA y Lateral, BH, QS, Gasometría y cultivo de esputo. Además, VSG y PCR. El paciente evoluciona a ortopnea, y satO2: 85% Gasometría: pH: 7.30, pCO2: 49, HCO3: 36 La QS y BH muestra

En el antibiograma mostro resistencia a: amoxicilina, claritromicina y azitromicina.

Se transfiere a piso el paciente para continuar tratamiento con: Ceftriaxona 1g cada 8 horas y levofloxacino

|               | Medidos | Valores normales         |
|---------------|---------|--------------------------|
| Hb            | 12      | 14-16 mg/dL              |
| HTO           | 38      | 42-52%                   |
| VCM           | 80      | 83-100 f                 |
| CHCM          | 32      | 32-50 g/ dL              |
| Reticulocitos | 2.8     | 0.8-2.5                  |
| Leucocitos    | 15      | 4.5-11 x 10 <sup>3</sup> |
| Plaquetas     | 100     | 150-400                  |

|             | Medidos   | Valores normales |
|-------------|-----------|------------------|
| Glucosa     | 100 mg/dL | 80-100 mg/dL     |
| Urea        | 12mg/dL   | 8-20             |
| Creatinina  | 0.8 mg/dL | 0.6-1.2 mg/dL    |
| Ácido úrico | 5mg/dL    | 2.5-8.5m g/dL    |

VSG y PCR se reportan elevadas