



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura de Medicina Humana



Tema: Caso clínico

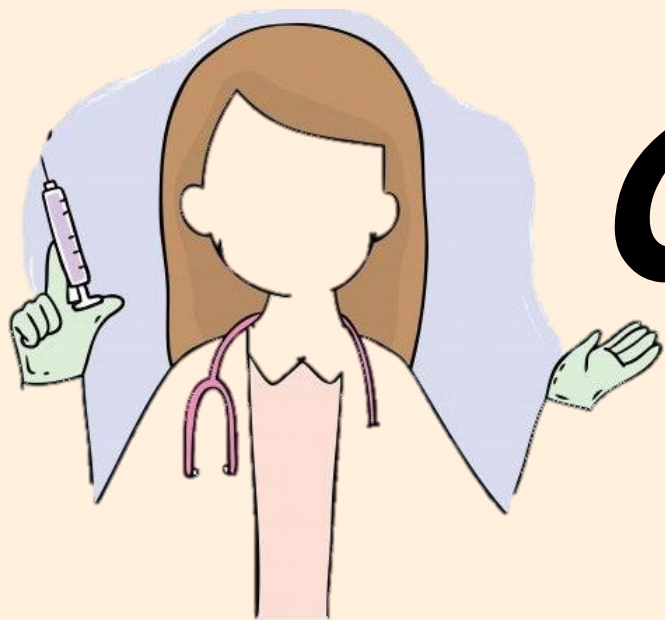
Alumno: Dulce Mirely Torres Narvaez

Materia: Fisiopatología II

Docente: Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Grado: 3°

Grupo: C



Caso clínico

Paciente masculino de 60 años de edad se presenta a tu clínica comunitaria, en la cual refiere que hace semanas presenta cefalea, mareos, náuseas, desorientación, debilidad, cansancio, dolor muscular, sudoración nocturna, pérdida de peso.

De igual manera refiere presentar moretones en la parte del tórax.

En antecedentes heredofamiliares hace mencionar que su hermano falleció por cáncer prostático, y que el lleva más de 2 años con dolores al orinar.

Presenta signos vitales:

FC: 100 LXM FR: 22 SaO2: 90% Temperatura: 36.5 Talla: 1.70
Peso: 60 kg

En la exploración física se encuentra palidez generalizada, taquicardia, equimosis en el tórax extendida a la cara. Al tacto rectal se le identifica que la próstata estaba aumentada de tamaño.



Se le solicitan estudios de laboratorios

- BH (el estudio nos sirve para saber el como se encuentran los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. En la se encuentra anemia lo que es hemoglobina baja y trombocitopenia que es un recuento bajo de plaquetas)
- EGO (se hace para detectar y controlar una amplia variedad de trastornos, como infecciones de las vías urinarias, enfermedad renal y diabetes.)
- Prueba de coagulación (para ver el tiempo parcial de tromboplastina que es el tiempo que tarda la sangre en coagularse y también el tiempo de protrombina).

De igual forma se le solicita estudios de gabinete:

- Radiografía torácica (valoración de enfermedades del parénquima pulmonar periférico, pleura, pared torácica)

- Ecografía prostática (nos ayudara para diagnosticar los síntomas), donde se llevo a revelar hipertrofia prostática.



Justificación

Con los estudios practicados al paciente se pudo detectar un cuadro infeccioso pulmonar y urinario, de igual forma neoplasia prostática.

A la cual nos lleva a identificar coagulación intravascular diseminada, ya que la CID es una patología secundaria y es multisectorial y se debe a complicaciones asociadas de adenocarcinoma de próstata con coagulación intravascular diseminada crónica en 75% de los pacientes, al igual se identifica a los pacientes con coagulación intravascular diseminada de 10-15 % con cáncer diseminado.

La asociación de cáncer de próstata y coagulación intravascular diseminada resulta en pronóstico grave.

Como tratamiento tenemos reposición de plaquetas, plasma fresco y heparina, este es un tratamiento asintomático ya que como tal no se ha encontrado un tratamiento para la coagulación intravascular diseminada