

Tenemos paciente femenino de 65 años de edad con antecedentes personales de DM tipo 2 que es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina, menor secreción de dicha hormona y una mayor producción de glucosa. Actualmente cuenta como tratamiento metformina(850 mg cada 12 horas), insulina detemir (30 unidades por noche) y pauta de insulina prandial lispro (8-13-7 unidades), obesidad mórbida, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia (bezafibrato 200 mg 1-0-0 y atorvastatina 1-0-0). Por lo cual se le manda a realizar una química sanguínea donde podemos observar que nuestra paciente muestra una glucosa de 371 mg/dl (valor estándar 75-100 mg/dl), lo cual nos lleva que los corticoides que se te están usando en el problema pulmonar nos están dificultando las cosas para controlar su glucosa de la paciente ya que el mecanismo predominante responsable de la hiperglucemia después de la administración de glucocorticoides es la reducción de la captación de glucosa por resistencia a la insulina hepática y periférica.

Prueba	Resultado.	Unidades.	Rangos N
Glucosa	371*	Mg/dl	75-100
Urea	90*	Mg/dl	10-50
Urea Bun	41.47*	Mg/dl	6-20
Creatinina	1	Mg/dl	0.6-1.4
Ácido úrico Mujeres	5.5	Mg/dl	1.5-6
Ácido úrico Hombres		Mg/dl	2.5-7
Colesterol	249*	Mg/dl	150-200
Triglicéridos	235*	Mg/dl	30-150

Logramos ver la urea aumentada hasta 90 mg/dl (10-50 mg/dl) lo cual nos están indicando que tiene un problema del riñón o infección de la vías urinarias, ya que como sabemos las bacterias buscan ambientes ácidos lo cual hace que con la cantidad que tiene la paciente en glucosa en sangre estas vías se vuelvan aptas para sobrevivir esas bacterias.

Dado el caso le mandamos a realizar una hemoglobina glucosilada para verificar que su manejo de glucosa este bien, lo que hayamos fue una hemoglobina glucosilada de 8.4% donde lo normal sería 5.7% y nuestra paciente debería manejar máximo 7 %; lo cual nos dice que está mal el manejo de su glucosa.

Prueba.	Resultado	Unidades.	Rangos normales
Hemoglobina glucosilada	8.4	%	Normal -5.7% Prediabetes 5.7-6.4% Diabetes 6.5% o más Diabético buen control 7%

Para esto se le hará un cambio de la insulina detemir que es de larga acción a insulina isófona (100 UI/ml cada 12 horas) que es acción intermedia. Al igual quitaremos la metformina y la

sustituiremos por la pioglitazona que se puede tomar una vez al día ya que su dosis es de 15-30 mg/d y sus dosis máxima es de 40 mg/d se la cambiamos por motivos de que sospechamos que nuestro paciente ya es resistente a la metformina. Aparte del tratamiento medicamentoso se le ofrece realizar leves ejercicios y siguiendo una dieta en la cual ella baje la cantidad de calorías que consume al día por la mitad

Tiene antecedentes de consulta con el servicio de Neumología con el diagnóstico de bronquiolitis constrictiva idiopática para lo que el paciente está recibiendo tratamiento con corticoides y claritromicina, este problema pulmonar se dio de debido a que la paciente trabajaba en una cementera donde tenía contacto indirecto y directo con un químico llamado Asbesto (El asbesto, también llamado amianto o uralita es un grupo de seis minerales metamórficos fibrosos, compuestos de silicatos de cadena doble. Los minerales de asbesto tienen fibras largas, resistentes y lo suficientemente flexibles como para que se puedan separar y entrelazar.) lo que le derivó a nuestra paciente asbestosis y terminó en diagnóstico de bronquiolitis constrictiva idiopática. Actualmente se encuentra en tratamiento crónico con corticoides, Prednisona 30mg/kg/día, inhaladores con asociación de fluticasona/Salmeterol 25/250 mcg(3 inhalaciones al día) y oxigenoterapia domiciliaria (3 lpm durante 16 horas al día). Teniendo en cuenta la clínica y falta de respuesta del tratamiento, la paciente es candidata a un trasplante de pulmón pero al momento es rechazado debido a su obesidad mórbida.

Lo cual se recomienda al paciente bajar entre 20 y 25 kg para así ser elegible para su trasplante pulmonar. Al igual comenzará tratamiento prequirúrgico para que su sistema del paciente al momento que hacer el trasplante su cuerpo de este lo acepte.

Otro problema que se puede suscitarse es el síndrome de Cushing que se produce debido a la exposición a altos niveles de cortisol durante un tiempo prolongado.

La causa más común es el uso de esteroides, pero también puede ocurrir debido a la producción excesiva de cortisol por parte de las glándulas suprarrenales y ya que nuestra paciente maneja ese tratamiento crónico, es probable que manifieste este síndrome.

En sus antecedentes heredofamiliares hayamos que sus enfermedades son de origen hereditario ya que su padre falleció de EPOC y su madre de DM2 e IAM. Al igual uno de sus hermanos falleció por cáncer pulmonar y sus otros 2 hermanos están vivos pero ambos están enfermos de DM2. Todos estos datos nos dan indicios que los trastornos y enfermedades de nuestra paciente son de origen hereditario ya que todos sus familiares tienen enfermedades en común

A la exploración física medimos su presión arterial y estaba en 120/75 mmHg, lo que nos preocupa es su peso de 114.5 kg ya que su talla es de apenas 150.5cm con un IMC de 50.6 Kg/M². La saturación de oxígeno que mantenía con su oxigenoterapia habitual era de 98%. El dato de importancia aquí es su obesidad que maneja, porque la paciente pesa 114.5 kg y mide 150.5 cm lo que nos da 64 kg de más que tiene nuestra paciente, este dato igual lo identificó con su IMC.

Otra sospecha clínica que se tiene es que la paciente tiene hipotiroidismo, ya que no ha podido bajar de peso. Primeramente por qué sabemos que el hipotiroidismo afecta principalmente a mujeres y una de las consecuencias de tener esta enfermedad es no poder bajar de peso, pero se le hará la anamnesis y exploración física correspondiente para verificar si se trata de un hipotiroidismo primario o secundario. Por lo cual se le manda a realizar un perfil tiroideo donde la

T3 libre sale elevada con 4.70 pg/ml donde lo normal es 1.40-4.20 pg/ml, la T4 total en mujeres está en 4.10 microg/dl (4.80-11.60 microg/dl) y la T4 libre nos da 0.66 ng/mL (0.80-2.00 ng/mL); lo cual nos da el diagnóstico certero de hipotiroidismo secundario.

Prueba.	Resultado	Unidades	Rangos N
TSH	1.20	mUI/ml	0.40-4.20
T3 total	1.10	ng/mL	0.60-1.85
T3 libre	4.70*	pg/ml	1.40-4.20
T4 total hombres		Microg/dl	4.40-10.80
T4 total mujeres	4.10*	Microg/dl	4.80-11.60
T4 libre	0.66*	ng/mL	0.80-2
T4 libre embarazadas		ng/mL	0.76-2.24

Se dará manejo de levotiroxina con una dosis de 100 mcg/kg/día.

A la auscultación pulmonar se escuchaban crepitantes y sibilantes dispersos en ambos campos pulmonares, abdomen globoso a expensas de páncreas adiposo, percusión disminuida en la peristalsis, dolor en hipogastrio derecho sin irradiación. Lo que nos puede llevar a una sospecha de un problema hepático por la región del dolor y sus hábitos.

El siguiente laboratorio que le mandaremos a realizar es un EGO para corroborar nuestra sospecha clínica de una IVU, ya que como sabemos las bacterias habitan en lugares donde no haya ácido y al momento que vemos que nuestra paciente tiene DM2 mal controlada nos dio un indicio para esta sospecha, en el EGO vemos que el pH de orina sale en 7 lo que nos lleva a indicar más al fondo a una infección de vías urinarias como la cistitis. Confirmamos nuestra sospecha cuando vemos que los niveles de leucocitos están altos llegando a 13-15 p/c donde lo normal es menor a 5 p/c lo que nos confirma que hay una infección.

Nuestro siguiente laboratorio será un perfil hepático donde se nos confirma que nuestra paciente cuenta con hígado graso leve, gracias a que nos encontramos con una bilirrubina directa de 0.35 mg/dl donde lo normal es de 0-0.2 mg/dl; de igual forma encontramos la TGP alta en 69.4 mU/ml donde lo normal es de 3-35 mU/ml. Nuestra sospecha empezó de igual forma por la obesidad mórbida.

Prueba	Resultado	Unidades.	Rangos N
Bilirrubina directa	0.35*	mg/dl	0-0.2
Bilirrubina indirecta	0.08	mg/dl	0-0.8
Bilirrubina total	0.43	mg/dl	0-1.0
TGO	30.4	mU/dl	8-33
Glutámico pirúvico	69.4*	mU/dl	3-35

Fosfatasa alcalina	140.4	U/L	60-170
Proteínas totales	7.0	gr/dl	6.4-8.3
Albúmina	4.8	gr/dl	3.5-5
Globulina	2.2*	gr/dl	2.4-3.5
Gama glutamil transferasa Mujeres		U/L	6-42
Gama glutamil transferasa Hombres	36.2	U/L	10-71
Deshidrogenasa láctica	388.3	U/L	230-460