

**Universidad Del Sureste
Campus Comitán
Medicina Humana**

**Alumno: Alex Peña Xochitiotzi
Grado: 5º ; Grupo "B"**

**Caso clínico/Nota medica
Linfoma de Hodgkin**

Linfoma de No Hodgkin

Leucemia mieloide aguda

Leucemia mieloide crónica

Lesión renal Aguda

Lesión renal Crónica

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Medicina Interna

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 00/00/0000 **Hora:** 00:00 **No. Expediente** 0000000

Nombre del Px: ----- ; **Fecha de Nacimiento:** 00/00/0000 **Edad:** 00años

Sexo: Masculino; **Dirección:** -----

Alergias: Negadas

SUBJETIVO

Paciente femenina adolescente de 18 años de edad quien acude sola al servicio de consulta externa refiriendo que desde hace 6 meses inicio con aparición de tumoración en área de cuello derecha que ha ido incrementando de tamaño, sin presencia de dolor, así mismo con alzas térmicas recurrentes mayores de 39°C que únicamente cede con medicamentos, sudoración por las noches de manera excesiva y así mismo comenta que ha perdido peso en los últimos 5 meses; con pérdida mayor de 8 kg, sin realizar actividad física extra o dieta. AHF: preguntados y negados. APP: Comenta que ha presentado faringoamigdalitis de repetición en los últimos 3 meses con inflamación de los ganglios cervicales que cede parcialmente con AINES, Quirúrgicos, Traumatismos, Alergias y Transfusiones negadas.

OBJETIVO

A la exploración física cooperadora, consciente, alerta, orientada en 3 esferas neurológicas, ligera palidez de tegumentos y mucosa oral hidratada, normocéfalo con adecuada implantación de cabello y pabellones auriculares, cavidad oral sin lesiones evidentes al momento, cuello cilíndrico, simétrico, corto con tumoraciones cervicales no dolorosas de mas de 5 cm de diámetro posteriores, tráquea centrada móvil no dolorosa a la presión, tórax simétrico normolíneo, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, murmullo vesicular audible sin presencia de sibilantes, crepitos o estertores, precordio rítmico de buen tono e intensidad sin presencia de soplos S3 o S4, abdomen blando depreciable, con presencia de perístasis audible de adecuada intensidad y frecuencia, timpánico, como hallazgo: esplenomegalia, resto sin alteraciones, miembros pélvicos con presencia de ganglios a nivel inguinal bilateral con tumoraciones de mas de 1 cm de diámetro, no dolorosa, miembros torácicos íntegros, funcionales, ROTS normales, llenado capilar inmediato.

ANALISIS

Laboratorios:

BH Leuc >15000x10⁹/L

Linfocitos <0.6x10⁹/L Hb <10g/dl,

Plaquetas 130 mil, Alb <40g/L VSG >50

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

LINFOMA DE HODGKIN

PLAN

Paciente que se encuentra cursando segunda década de la vida, al momento con signos vitales estables, sin datos de encefalopatía hipertensiva o datos de bajo gasto, se solicita estudios de imagen Rx de tórax y TAC abdominal, para completar estudios y se solicite valoración por hematología y medicina interna, se sugiere también la toma de biopsia excisional de ganglio afectado como Gold estándar para LH. Paciente que cumple con

criterios tanto clínicos como bioquímicos para alta sospecha de LH, pronóstico se reserva pero con altas probabilidades de complicaciones

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 15/09/23 Hora: 21:12 No. Expediente 000000000

Nombre del Px: ----- ; Fecha de Nacimiento: 12/07/1945 Edad: 78años

Sexo: Masculino; Dirección: 8va AV. ORTE. SUR. No 7 San Agustín Comitan. Chis

Alergias: Negadas

SUBJETIVO

Paciente escolar masculino de 9 años de edad traída por madre al servicio de consulta externa, refiere madre que desde hace 3 días presenta fiebre de 39°C, y que el último mes ha presentado dolor en el cuello y mucha debilidad, así mismo refiere madre pérdida de peso en estos últimos meses, con sudoración nocturna, disnea y náuseas llegando a los vómitos en más de 5 ocasiones. AHF: Abuela materna con antecedente de cáncer no especificado, ambos padres se refieren sanos aparentemente, APP: negados, quirúrgicos, traumatismos, alergias y transfusiones negadas

OBJETIVO

A la exploración física cooperadora, levemente quejumbrosa, edad aparente a la cronológica, consciente en espacio, persona y lugar, palidez de tegumentos, adinamia, mucosa oral parcialmente hidratada, normocefalo, buena implantación de cabello y pabellones auriculares, cavidad oral sin lesiones aparentes, cuello cilíndrico, tumoraciones bilaterales en cuello que corresponde a cadena ganglionar cervical posterior, no dolorosas a la movilización de 1 cm de diámetro aproximadamente, tórax simétrico normolíneo, con campos pulmonares sin auscultación de ruidos patológicos agregados así como presencia de murmullo vesicular, precordio rítmico de adecuado tono e intensidad y frecuencia sin auscultación de soplos cardíacos, abdomen blando depresible, con peristalsis audible sin alteraciones en intensidad o frecuencia, timpánico en parte de marco colonico con tendencia a la matidez en cuadrante superior izquierdo acompañándose de leve dolor a la digito presión en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin otros hallazgos importantes, sin datos de irritación peritoneal. Miembros pélvicos y torácicos íntegros sin alteraciones morfológicas o funcionales, llenado capilar inmediato.

ANALISIS

Laboratorios: BH Leuc >15000x10⁹/L, Linfocitos <0.6x10⁹/L Hb <10g/dl, Plaquetas 130 mil, Alb <40g/L VSG >50

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

LINFOMA NO HODGKIN PROBABLE

PLAN

Escolar que cursa primera década de la vida al momento se decide observación y solicitud de laboratorios (BH, QS, PFH, EGO, ES, VSG), así mismo se solicita radiografía de tórax y una TAC abdomen y Pelvis, por alta sospecha de linfoma no hodgkin esto debido a la aparición progresiva del ganglio, así mismo a la pérdida de peso, edad, así mismo se solicitan Electrolitos séricos ya que se puede presentar hiperkalemia, hiperfosfatemia e hipocalcemia, se sugiere valoración por hematólogo para realización de biopsia para confirmar diagnóstico y clasificación, así mismo para normar terapéutica y seguimiento.

Pronóstico reservado con altas probabilidades de complicaciones.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 00/00/2023 **Hora:** 00:00 **No. Expediente** 0000000000

Nombre del Px: ----- ; **Fecha de Nacimiento:** 00/00/0000 **Edad:** 00 años

Sexo: Masculino/Femenino; **Dirección:** -----

Alergias: Negadas/mencionar

SUBJETIVO

Masculino de 60 años de edad quien acude al área de consulta externa acompañado de familiar (esposa), refiere que hace aproximadamente unas semanas comienza con malestar general, debilidad a la deambulacion, cansancio crónico, fatiga, alzas térmicas de mas de 39°C que remiten de manera parcial con medicamentos, niega sintomatología respiratoria o urinaria, comenta que siente dificultad al respirar y palpitations en el pecho, así mismo comenta que ha presentado salida de manchas o moretones en el cuerpo sin explicación, pues comenta no haberse golpeado o incluso algún accidente. AHF: Madre finada a causa de leucemia hace 20 años. APP: Diabetes mellitus de 3 años de diagnóstico manejado con linagliptina/Metformina 5mg/850mg una cada 24hrs, niega otro padecimiento. Quirúrgicos: Plastia inguinal derecha hace 15 años, Hemotransfusiones, alergias o traumatismos negados.

OBJETIVO

A la exploración física paciente consciente, cooperador, edad aparente a la cronológica, con ligera palidez de tegumentos, mucosa oral hidratada, normocefalo, buena implantación de cabello y pabellones auriculares, cavidad oral sin lesiones evidentes, cuello cilíndrico simétrico, con palpación de tumoración cervical posterior de aproximadamente 1 cm de diámetro, tórax simétrico, normolíneo, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin presencia de ruidos agregados, precordio rítmico de buen tono e intensidad, frecuencia no alterada, abdomen blando depresible, con peristalsis audible de buena intensidad y frecuencia, timpánico con tendencia a la matidez en marco colonico, con palpación de hepatoesplenomegalia, sin otros hallazgos relevantes, miembros pélvicos y torácicos con presencia de petequias y equimosis de manera generalizada puntiformes, sin edema, llenado capilar inmediato.

ANALISIS

Laboratorios: Leuc 9000, Hb 6g/dl, plaquetas 20mil, Frotis sanguíneo: reporte de >20% blastos mieloides con observación de bastones de Auer

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Leucemia Mieloblastica Aguda

PLAN

Actualmente paciente cursando sexta década de la vida, se reporta con signos vitales dentro de parámetros normales, se vuelve a corroborar frecuencia cardiaca con reporte de 100 lpm, se mantiene en control térmico, así mismo se corrobora el diagnóstico de LMA, ya que en frotis sanguíneo se reporta >20% aparición de blastos con reporte de bastones de auer, así mismo se vuelve a solicitar laboratorios para corroborar hallazgos bioquímicos y se solicita valoración por hematología para normar conducta a seguir. Paciente se explica y familiar refieren entender.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 00/00/2023 Hora: 00:00 No. Expediente 000000000

Nombre del Px: ----- ; Fecha de Nacimiento: 00/00/0000 Edad: 00 años

Sexo: Masculino/Femenino; Dirección: -----

Alergias: Negadas/mencionar

SUBJETIVO

Masculino de 50 años de edad que acude a consulta acompañado de hijo por siguiente motivo; refiere que presenta malestar general, comenta que en los últimos meses sin especificar tiempo, inicio con debilidad, cansancio, agotamiento, falta de energía y motivación, así mismo refiere presentar sudoración excesiva sin realizar ejercicio y perdida de peso sin realizar dieta, comenta que ultimo peso aproximadamente de hace un mes fue de 70Kg, por lo que a acudido a distintos médicos los cuales únicamente le prescriben multivitamínicos. AHF: Menciona que abuelo paterno murió de cáncer sin especificar de que tipo. APP: Niega cronicodegenerativos, únicamente comenta anemia multitratada sin remisión aparente, Alergias y Hemotransfusiones negadas, Traumatismos negados.

OBJETIVO

A la exploración física paciente consciente, orientado en tiempo, persona y lugar, con escala de coma de Glasgow 15/15 pts. mucosa oral parcialmente hidratada, palidez de tegumentos, adinamia y astenia, normo céfalo, cabello y pabellones auriculares con adecuada implantación, pupilas isocóricas con buena respuesta al estímulo luminoso, cavidad oral sin lesiones evidentes, cuello cilíndrico simétrico, con adenopatía cervical palpable no doloroso a la digito presión, tórax simétrico normolíneo, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire, sin auscultarse estertores, sibilantes o crepitos, precordio rítmico de buen tono, intensidad y frecuencia, sin presencia de soplos, abdomen blando depresible, con auscultación de peristalsis de intensidad y frecuencia disminuida, timpánico con tendencia a la matidez en hipocondrio izquierdo y derecho, a la palpación se palpa bazo a 4cm por debajo de reborde costal no dolorosa a la presión, en hipocondrio derecho se palpa reborde hepático a 3 cm de costilla, con palpación de ganglio linfático abdominal, miembros pélvicos con debilidad muscular 3/5 escala de daniels, llenado capilar 2 segundos.

ANALISIS

Laboratorios: 14/08/23 BH: Leuc 30,000, Hb 6g/dl, PlaQ 30 mil Frotis sanguíneo con <5% blastos.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Leucemia Mieloide Crónica

PLAN

Paciente cursando sexta década de la vida, actualmente con signos vitales dentro de parámetros normales, se decide monitorización y se solicita de nueva cuenta paraclínicos (BH, QS, ES, EGO, Frotis sanguíneo), en espera de resultados de confirmarse sospecha diagnostica se enviara a siguiente nivel para valoración por hematología ya que cumple con criterios para alta sospecha de LMC, paciente con altas probabilidades de complicaciones.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 00/00/2023 Hora: 00:00 No. Expediente 0000000000

Nombre del Px: ----- ; Fecha de Nacimiento: 00/00/0000 Edad: 00 años

Sexo: Masculino/Femenino; Dirección: -----

Alergias: Negadas/mencionar

SUBJETIVO

Paciente femenina de 67 años de edad quien acude al servicio de urgencias refiriendo dolor de cabeza intenso de 2 días de evolución, así como disuria y dolor acompañándose de tenesmo vesical de 1 semana de inicio, comenta que el día de anoche presento alza térmica cuantificada de 39°C, náuseas y vómitos en 3 ocasiones de contenido gastroalimentario, comenta familiar de paciente no haber ingerido paciente medicamentos para la presión y glucosa. APP: Diabetes Mellitus de larga evolución (20 años de diagnóstico) bajo tratamiento con Sitagliptina/Metformina 50/850mg 1 cada 24hrs vía oral + Insulina Glargina 15UI por las tardes, Hipertensión Arterial de 25 años de diagnóstico manejada con Amlodipino 5mg cada 24hrs + Telmisartán/Hidroclorotiazida 80/12.5mg 1 CADA 24hrs, Quirúrgicos: Colectomía hace 10 años y Cesárea hace 30 y 35 años secundaria a Oligohidramnios severo y Preeclampsia, Litiasis Renal hace 15 años de diagnóstico sin manejo. Transfusiones, Alergias y Traumatismos negados. Antecedente de importancia: Paciente con uso crónico de AINES (15 años) con paracetamol y Diclofenaco.

OBJETIVO

A la exploración física paciente con edad aparente mayor a la cronológica, consciente, orientada en tiempo, espacio, lugar y circunstancia, con escala de coma de Glasgow 15/15 pts, alerta, ligera palidez de tegumentos, parcialmente hidratada de piel y mucosa, normocefalo, pupilas isocóricas reactivos a estímulo luminoso, cabello con buena implantación, sin endo o exoftalmos, pabellones auriculares con adecuada implantación, narinas permeables, cavidad oral con presencia de lengua saburral, cuello cilíndrico, simétrico, tráquea centrada, móvil, no dolorosa a la palpación, pulsos carotídeos sincrónicos, tórax simétrico con adecuada amplexión y amplexación, no se observan lesiones o heridas, precordio rítmico de buen tono y frecuencia, disminución de intensidad, sin auscultación de soplos o ruidos agregados, campos pulmonares con murmullo vesicular audible, con ligeras sibilancias espiratorias de predominio basal en hemitórax derecho, sin auscultarse estertores o crepitantes, abdomen blando depresible, observándose cicatriz de tipo kocher en cuadrante superior derecho, con peristalsis presente audible de intensidad y frecuencia aumentada, timpánico a la percusión en todo marco colonico con tendencia a la matidez, dolor leve a la digito presión profunda en mesogastrio e hipogastrio, puntos uretrales positivos (superiores e inferiores), Giordano bilateral buscado de manera intencionada positivo, genitales correspondiente a edad y sexo, miembros pélvicos con edema y datos de insuficiencia venosa, sin cambios de coloración, no doloroso a la palpación, con edema en región maleolar bilateral, godet positivo ++/+++ , pulso poplíteo, tibial posterior y pedio presentes, ambos pies sin evidencia de cambios en su morfología, llenado capilar menor a 2 segundos.

ANALISIS

Laboratorios24/08/2023:QS: Gluc 140mg/dl, Cr 3mg/dl, BUN 20mg/dl, Urea 23mg/dl, CL: 230, TG 200, ES: Na 140mEq/L, K: 4mEq/L, Cl 100

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Lesión renal Crónica

PLAN

Paciente que cursa séptima década de la vida, al momento se encuentra con signos vitales dentro de parámetros normales, sin datos de encefalopatía hipertensiva o datos de bajo gasto, paciente que se realiza cálculo de filtrado glomerular con laboratorios proporcionados TFG: 17ml/min/1.73m² encontrándose en un estadio IV, probablemente agudizada por proceso urinario y consumo crónico de AINES, se solicitan laboratorios (Biometría Hemática, Química Sanguínea completa, Electrolitos Séricos, Examen General de Orina), al contar con resultados se realizara revaloración, paciente que al momento no se reportan con azoados elevados sin datos de encefalopatía urémica, así como pendiente la realización de depuración de creatinina de 24hrs posterior a resolución de cuadro obstructivo probable por litiasis renal sin tratamiento médico y por proceso infeccioso de foco urinario, para corroborar filtración glomerular y realizar ajuste de tratamiento, suspensión de AINES debido a que ocasiona deterioro de filtrado glomerular así como ajuste de antidiabéticos orales por uso de Metformina, ya que se encuentra contraindicado con TFG <30ml/min/m². Paciente que se encuentra en observación y en espera de revaloración, así como de interconsulta con especialidad. Paciente al momento estable no exenta de complicaciones.

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: 00/00/2023 Hora: 00:00 No. Expediente 000000000

Nombre del Px: ----- ; Fecha de Nacimiento: 00/00/0000 Edad: 00 años

Sexo: Masculino/Femenino; Dirección: -----

Alergias: Negadas/mencionar

SUBJETIVO

Paciente masculino de 48 años de edad que acude acompañado de esposa al servicio de consulta externa, al referir dificultad a la micción de 15 días de evolución, comenta paciente que presenta tenesmo vesical, así como necesidad de pujar para poder miccionar, con expulsión de poca orina con goteo al final, así como presentando en una ocasión incontinencia urinaria, niega presencia de fiebre u otro síntoma agregado. AHF: Comenta padre finado por Cáncer próstata con detección a los 45 años de edad, Madre con antecedente de diabetes Mellitus tipo 2 sin aparente complicación. APP: CDG negados, Quirúrgicos: apendicetomía laparoscópica hace 20 años, Colectectomía hace 15 años. Transfusiones, Alergias negadas. Traumatismos: Fractura de Radio distal con manejo conservador hace 25 años.

OBJETIVO

A la exploración física paciente edad aparente a la cronológica, consciente, orientada en 3 esferas neurológicas, con escala de coma de Glasgow 15/15pts, mucosa oral con adecuada hidratación y buena coloración de piel y tegumentos, normocefalo, pupilas isocóricas con adecuada respuesta al estímulo luminoso, adecuada implantación de cabello y pabellones auriculares, sin endo o exoftalmos, narinas permeables, cavidad oral sin lesiones aparentes, cuello cilíndrico simétrico sin palpase adenopatías, tráquea centrada no dolorosa a la movilización, tórax simétrico normolíneo, con adecuada amplexión y amplexación, campos pulmonares con murmullo vesicular audible sin ruidos agregados (sibilantes, estertores o crepitos), precordio rítmico de buen tono, frecuencia e intensidad sin auscultarse soplos cardíacos, abdomen blando depresible, observándose herida quirúrgica tipo Kocher en hipocondrio derecho, así como peristalsis audible de adecuada intensidad y frecuencia,

timpánico con tendencia a la matidez, sin dolor a la palpación superficial o profunda, puntos uretrales superior e inferiores negativos, sin datos de irritación peritoneal, genitales masculinos adecuado a edad y sexo sin observarse alteraciones o salida de líquido purulento, seroso o hemático, se procede a realizar tacto rectal con palpación de próstata indurada de bordes definidos, con dolor a la digito presión y aumento leve de volumen, al retiro de guante explorador sin presencia observable de contenido hemático, miembros pélvicos y torácicos íntegros, funcionales, fuerza muscular conservada 5/5 escala de Daniel's, ROTS presentes normales, llenado capilar menor a 2 segundos.

ANALISIS

Laboratorios: 10/10/23 Antígeno Prostatico 10ng/ml, BH Leuc 6,000, Neut 60%, Linf 3000, Hb 13, Hto 40%, PlaQ 300mil, QS: Glucosa 94mg/dl, Cr 2.4mg/dl, BUN 15, Urea 18, CL 200 y TG 150

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Hipertrofia Protática junto con Lesión renal Aguda

PLAN

Paciente que se encuentra cursando quinta década de la vida al momento, hemodinamicamente estable sin datos de encefalopatía hipertensiva o datos de bajo gasto, paciente que por tacto rectal sospechoso y alteración en resultados de antígeno prostático, se decide solicitar PSA libre y PSA libre/PSA total, así como USG RECTAL, se decide monitorización y en espera de resultados así como probable referencia a siguiente nivel de atención para valoración por urología y realización de biopsia, por alta sospecha de neoplasia ya que cuenta con antecedente heredofamiliar de primer grado. Paciente y familiar refieren entender, Pronostico: Altas probabilidades de complicaciones