



Mi Universidad

Casos Clínicos

Bryan Reyes González

Caso Clínico/Nota Medica

2do Parcial

Medicina Interna

Gerardo Cancino Gordillo

Licenciatura Médico Humana

5to Semestre Grupo "C"

Leucemia Mieloide Aguda.

Varón de 24 años, de profesión estibador, procedente de Campo 9, Caaguazú, con historia pre-hospitalaria de mareos, cefalea y disnea de esfuerzo progresiva, de tres semanas de evolución. Ingresa al Servicio de Urgencias, presentando palidez de piel y mucosas, aparición espontánea de equimosis en miembros y tronco, sangrado espontáneo de encías y hepato-esplenomegalia. El laboratorio muestra Leucocitos: 11.800/uL con 65% de blastos, Hemoglobina: 10,0g/dL, Hematocrito: 30%, Plaquetas: 20.000/uL. La anatomía patológica informa médula ósea con 57% de blastos granulares de tipo II, mieloperoxidasa (MPOX) y alfa-naftol AS-D cloroacetatoesterasa (NACE) positivos, de citoplasma escaso a moderado, con bastones de Auer e inmunofenotipo con expresión acentuada de CD34 y antiMPOX, y expresión negativa de CD20 y CD3. El estudio citogenético presenta cariotipo 45, X,-Y, t(8;21)(q22;q22). Se lo diagnostica como LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON MADURACIÓN, LMA-M2 de FAB con t (8;21)(q22;q22) de OMS. El paciente recibe el esquema quimioterápico correspondiente entrando en remisión completa luego de la fase de inducción. Durante la fase de consolidación ingresa al Servicio de Urgencias del Hospital por cuadro de shock séptico durante el cual fallece.

Leucemia Mieloide Crónica.

Un niño de 2 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia presentó, 2 meses antes del diagnóstico, astenia, dolor óseo generalizado y pérdida de apetito; al examen físico, presentó palidez y aumento de las dimensiones del bazo. El hemograma reportó anemia microcítica (hemoglobina de 11,7 g/dl), hiperleucocitosis ($80,8 \times 10^9/L$) y trombocitosis ($721 \times 10^9/L$). El frotis de la sangre periférica (Figura N° 1) evidenció eritrocitos maduros microcíticos e hipocrómicos, neutrofilia asociada a basofilia y blastos (1%). El estudio de biopsia osteomedular reflejó una marcada hiperplasia mieloide (100% de celularidad); megacariocitos aumentados en número con frecuentes formas pequeñas monolobuladas y blastos menos del 3% de la población total.

El paciente inició tratamiento ambulatorio con mesilato de imatinib 200 mg/día en agosto de 2020; posteriormente, los estudios de enfermedad mínima residual por RT-PCR para BCR-ABL1 fueron negativos desde el enero 2021 hasta Marzo del 2023.

Leucemia Linfoide Aguda.

Paciente femenina de la edad de 5 años. Sin antecedentes médicos significativos. Ha estado en buen estado de salud hasta hace unas semanas.

Síntomas iniciales:

Hace aproximadamente cuatro semanas, los padres de Ana notaron que su hija estaba más pálida de lo normal y parecía tener menos energía. A medida que pasaron los días, sus síntomas empeoraron y comenzaron a experimentar:

Fatiga extrema

Fiebre recurrente

Hematomas inusuales en la piel.

Infecciones frecuentes, incluyendo infecciones del tracto respiratorio superior.

Dificultad para respirar

Los padres la llevaron al pediatra después de que los síntomas se hicieron más preocupantes. Durante el examen físico, se descubrió que Ana tenía un bazo (esplenomegalia) y un hígado (hepatomegalia) agrandados. Se realizaron análisis de sangre, que revelaron una disminución en el

número de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en su sangre. Además, se observaron células inmaduras anormales en su análisis de sangre periférica. Tras una serie de pruebas adicionales, que incluyeron una aspiración de médula ósea, se diagnosticó a Ana con leucemia linfocítica aguda (LLA). Las pruebas adicionales revelaron la presencia de células linfoblásticas inmaduras anormales en la médula ósea y la sangre periférica.

Fue referida a un oncólogo pediátrico especializado en el tratamiento de la LLA. Comenzó un régimen de quimioterapia que incluyó múltiples rondas de tratamientos para eliminar las células cancerosas. También recibió medicamentos de apoyo para controlar los efectos secundarios de la quimioterapia y prevenir infecciones.

Linfoide Aguda Crónica.

Paciente de 65 años femenina, tiene antecedentes de hipertensión y diabetes tipo 2, ambas condiciones controladas con medicación. No tiene antecedentes familiares de cáncer hematológico

Síntomas iniciales:

María comenzó a experimentar síntomas sutiles como fatiga.

Aumento en la frecuencia de infecciones, especialmente infecciones respiratorias.

Sudoración nocturna profusa.

Pérdida de peso no intencional.

Inflamación de los ganglios linfáticos en el cuello, las axilas y la ingles.

Preocupada por estos síntomas, la paciente acudió a su médico de atención primaria. Durante el examen físico, se encontraron ganglios linfáticos aumentados de tamaño en varias áreas del cuerpo. Se realizó análisis de sangre, que

mostró un aumento en el número de linfocitos en la sangre periférica.

Dado que la paciente era asintomática en el momento del diagnóstico y tenía otras condiciones de salud a considerar, su médico y un hematólogo/oncólogo especializado decidió optar por la observación activa o “esperar y ver”. Esto significaba que se seguiría de cerca de su estado, pero no se iniciaría el tratamiento de inmediato.

La paciente comenzó un programa de seguimiento regular con su hematólogo/oncólogo para monitorear su estado de salud, que incluyó análisis de periódicos de sangre y exámenes físicos.

Linfoma de Hodgkin

Paciente joven adulto de 26 sano sin antecedentes médicos significativos.

Síntomas iniciales:

Hace aproximadamente tres meses, Daniel comenzó a experimentar los siguientes síntomas:

Fatiga extrema

Sudoración nocturna

Pérdida de peso no intencional

Fiebre recurrente, especialmente durante la noche

Picazon en la piel

Evaluación médica inicial:

Preocupado por estos síntomas, Daniel consultó a su médico de atención primaria.

Diagnóstico:

Después de una serie de pruebas adicionales, que incluyeron una biopsia de un ganglio linfático aumentado, se diagnosticó a Daniel con linfoma de Hodgkin. La biopsia reveló células de Reed.

Tratamiento:

Daniel fue referido a un oncólogo especializado en el tratamiento del linfoma de Hodgkin. Comenzó un régimen de quimioterapia y radioterapia para eliminar las células cancerosas. Además, recibió medicamentos para controlar los efectos secundarios del tratamiento y prevenir infecciones.

Seguimiento:

A lo largo del tratamiento, Daniel tuvo una respuesta favorable y la enfermedad comenzó a remitir. Sin embargo, continúa

Linfoma no Hodgkin.

Paciente de 25 años, tiene antecedentes de hipertensión arterial y es fumadora desde hace 20 años.

Síntomas iniciales:

Hace aproximadamente seis meses, Marta comenzó a experimentar los siguientes síntomas:

Fatiga persistente

Sudoración nocturna profusa

Perdida de

Fiebre recurrente

Hinchazón indolora de los ganglios linfáticos en el cuello, las axilas y la ingle

Consultó a su médico de atención primaria. Durante el examen físico, se encontraron ganglios linfáticos aumentados de tamaño en varias áreas del cuerpo. Se realizaron análisis de sangre, que mostraron una elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y niveles anormales de células sanguíneas.

Después de una serie de pruebas adicionales, que incluyeron una biopsia de un ganglio linfático aumentado, se diagnosticó a Marta con linfoma no Hodgkin. La biopsia reveló células linfoides anormales características de esta enfermedad.

Tratamiento:

Marta fue derivada a un especialista en oncología hematológica para el tratamiento de su linfoma no Hodgkin. Se diseñó un plan de tratamiento que incluyó quimioterapia combinada con inmunoterapia para eliminar las células cancerosas. Además, recibió medicamentos para controlar los efectos secundarios del tratamiento.

A lo largo del tiempo la paciente tuvo una respuesta favorable y sus síntomas comenzaron a mejorar. Continuó con un programa de seguimiento regular para monitorear su estado de salud, que incluyó análisis de sangre, estudios de imágenes y evaluaciones físicas.

Nuevamente, este es un caso clínico ficticio y se proporciona con muchas educativas. Los tratamientos reales para el linfoma no Hodgkin pueden variar según el subtipo de la enfermedad, el estadio, la respuesta al tratamiento y otros factores individuales. Cada paciente con linfoma no Hodgkin es evaluado y tratado de manera individual por un equipo médico especializado.

Lesión Renal Aguda.

Paciente de 62 años tiene antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo 2, ambas condiciones controladas con medicación. También ha sido diagnosticado recientemente con artritis reumatoide y toma de medicamentos para su manejo.

Síntomas iniciales:

El paciente empezó a experimentar los siguientes síntomas:

Fatiga extrema

Edema (hinchazón) en las piernas y tobillos.

Disminución de la cantidad de orina y orina oscura.

Náuseas y vómitos

Evaluación médica inicial:

Preocupado por estos síntomas, el paciente consultó a su médico de atención primaria. Durante el examen físico, el médico notó que sus piernas y tobillos estaban hinchados y que tenía presión arterial elevada. Se realizaron análisis de sangre y análisis de orina, que revelaron una elevación en

los niveles de creatinina y urea en sangre y la presencia de proteínas y sangre en la orina.

Diagnóstico:

Después de realizar más pruebas, que incluyeron una ecografía renal, se diagnosticó a Juan con lesión renal aguda (LRA) secundaria a una exacerbación de su hipertensión y una posible contribución de los medicamentos que tomaba para la artritis reumatoide. La ecografía mostró una disminución en el flujo sanguíneo renal y la presencia de lesiones renales.

El tratamiento fue Manejo de la hipertensión arterial con medicamentos.

Restricción de la ingesta de sodio y líquidos para controlar el edema.

Diálisis temporal para eliminar los productos de desecho y mantener el equilibrio de electrolitos en sangre.

Ajuste de su tratamiento para la artritis reumatoide para minimizar su impacto en los riñones.

Monitorización estrecha de los niveles de creatinina, urea y otros marcadores renales.

Lesión Renal Crónica.

Paciente de 50 años, tiene antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo 2, ambas condiciones controladas con medicación. También ha sido diagnosticada con artritis reumatoide y toma de medicamentos para su manejo.

Síntomas iniciales:

La paciente no experimentó síntomas específicos de lesión renal crónica. Sin embargo, durante una revisión de salud de rutina, se observaron los siguientes hallazgos:

Aumento persistente en la concentración de creatinina en sangre en análisis de sangre previos.

Presión arterial ligeramente elevada

Evaluación médica inicial:

Preocupada por los resultados de sus análisis de sangre, consultó a su médico de atención primaria. Se realizaron análisis adicionales, incluyendo pruebas de función renal, que confirmaron la presencia de una lesión renal crónica

.Diagnóstico:

Tras un diagnóstico inicial de lesión renal crónica, se realizaron a cabo pruebas más específicas, como la medición de la tasa de filtración glomerular (TFG), que confirmaron la existencia de una disminución persistente en la función renal. A través de estudios de imagen renal, se consideran que la causa subyacente de la lesión renal crónica era la hipertensión no controlada y el daño renal relacionado con la diabetes.

Comenzó un enfoque integral de manejo de la lesión renal crónica. Su tratamiento incluyó:

Ajuste de la medicación para el control de la hipertensión arterial y la diabetes.

Dieta controlada en sodio y azúcar.

Monitorización regular de su función renal a través de análisis de sangre y seguimiento de la tasa de filtración glomerular (TFG).

Educación sobre la importancia del control de la presión arterial y la diabetes.

Consulta regularmente con su nefrólogo para ajustar el tratamiento según sea necesario.

Síndrome nefrotico.

Paciente 35 años fenina no tiene antecedentes médicos significativos.

Síntomas iniciales:

Hace aproximadamente tres meses, María comenzó a experimentar los siguientes síntomas:

Edema (hinchazón) generalizado, especialmente en las piernas y el abdomen.

Fatiga extrema

Pérdida de peso no intencional

Orina espumosa

Presión arterial ligeramente elevada

Evaluación médica inicial:

Preocupada por estos síntomas, María consultó a su médico de atención primaria. Durante el examen físico, el médico notó la presencia de edema en sus extremidades y le tomó

la presión arterial, que estaba ligeramente elevada. Se realizaron análisis de sangre y análisis de orina, que mostraron niveles elevados de proteínas en la orina y una disminución de las proteínas en sangre.

Diagnóstico:

Después de una serie de pruebas adicionales, que incluyeron una biopsia renal, se diagnosticó a María con síndrome nefrótico. La biopsia reveló daño en los glomérulos renales, que estaba provocando la pérdida excesiva de proteínas en la orina.

La paciente fue derivada a un nefrólogo especializado en el tratamiento del síndrome nefrótico. Su tratamiento incluyó:

Medicamentos para controlar la presión arterial y reducir el edema.

Medicamentos inmunosupresores para reducir la inflamación y el daño renal.

Dieta controlada en sal y proteínas.

Restricción de líquidos.

Monitorización regular de la función renal, los niveles de proteínas en sangre y orina, y la presión arterial.

Seguimiento:

A lo largo del tratamiento, experimentó una mejoría en sus síntomas y una disminución en la pérdida de proteínas en la orina. Continuó con un programa de seguimiento regular con su nefrólogo para monitorear su estado de salud y ajustar el tratamiento según sea necesario.

.

Síndrome Nefritico.

Paciente de 40 años masculino, no tiene antecedentes médicos significativos.

Síntomas iniciales:

Hace aproximadamente dos meses, el paciente comenzó a experimentar los siguientes síntomas:

Orina de color oscuro y con sangre visible.

Edema (hinchazón) en los tobillos y alrededor de los ojos.

Fatiga y debilidad.

Presión arterial elevada.

Dolor en la parte baja de la espalda.

Evaluación médica inicial:

Preocupado por estos síntomas, Carlos consultó a su médico de atención primaria. Durante el examen físico, el médico notó la presencia de edema en sus extremidades y le tomó la presión arterial, que estaba elevada. Se realizaron análisis de sangre y análisis de orina, que mostraron niveles elevados de creatinina en sangre y la presencia de sangre y proteínas en la orina.

Diagnóstico:

Después de una serie de pruebas adicionales, que incluyeron una biopsia renal, se diagnosticó a Carlos con síndrome nefrítico. La biopsia reveló daño en los glomérulos renales, que estaba provocando sangrado y pérdida de proteínas en la orina.

Tratamiento:

El paciente fue derivado a un nefrólogo especializado en el tratamiento del síndrome nefrítico. Su tratamiento incluyó:

Medicamentos para controlar la presión arterial y reducir el edema.

Medicamentos inmunosupresores para reducir la inflamación y el daño renal.

Dieta controlada en sal y proteínas.

Restricción de líquidos.

Monitorización regular de la función renal, los niveles de creatinina en sangre y la presión arterial.

Seguimiento:

A lo largo del tratamiento, experimentó una mejoría en sus síntomas y una disminución en la presencia de sangre en la orina. Continuó con un programa de seguimiento regular con su nefrólogo para monitorear su estado de salud y ajustar el tratamiento según sea necesario.