



ALUMNO: ANGEL YAHIR OLAN RAMOS.

DOCENTE: CANCINO GORDILLO GERARDO.

MATERIA: MEDICINA INTERNA.

GRUPO: C.

TAREA: CASOS CLINICOS.

LINFOMA DE HODGKIN.

Paciente de género masculino de 69 años con diagnóstico reciente de linfoma de Hodgkin clásico, subtipo esclerosis nodular, con compromiso cervical, intraparotídeo, supraclavicular, retropectoral, con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial. Presenta dermatología por lesiones cutáneas generalizadas muy pruriginosas de 1 a 3 meses de evolución, que iniciaron en mentón con posterior extensión a las extremidades y el tronco. También presentaba adenopatías induradas, adheridas, mayores de 2 cm, en la región supraclavicular y el cuello. En la biopsia de piel que se obtuvo de las lesiones en el antebrazo y la región retroauricular izquierda se evidenció una epidermis sin cambios y en la dermis, infiltrado nodular compuesto por linfocitos pequeños, algunos eosinófilos y células grandes mononucleares o binucleadas con nucléolo prominente y citoplasma amplio, muy sugestivas de células de Hodgkin y ReedSternberg. En la biopsia de ganglio linfático se observaba presencia de linfocitos atípicos grandes tipo Reed-Stemberg/Hodgkin que expresan CD30, CD15, PAX débil y Fascina; además eran negativas para CD 20, LMP1, BOB1 y CD 45. Abundantes linfocitos T de tamaño pequeño que expresan CD y CD5, con lo que se hizo el diagnóstico inicial de linfoma de Hodgkin clásico. El paciente recibió tratamiento con quimioterapia ABVD (adriamicina, vinblastina, bleomicina y decarbacina) con mejoría de las lesiones cutáneas y sin complicaciones. En el momento, continúa seguimiento clínico por servicio de hematología.

LINFOMA NO HODGKIN.

Paciente femenino, de 32 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares,. Inicia con dolor en faringe, descarga nasal, que cedió al uso de antibioticoterapia, recaída dolorosa a los 3 meses posteriores, fiebre ocasional de aproximadamente 1 vez por semana, acude al médico particular en mes de diciembre 2021, donde se estudia y se da como hallazgo diagnóstico de VIH sida en estadio 3 C e inicia tratamiento retroviral. Hace 1 año refiere presentar voz nasal, en la revisión clínica se observo defecto en velo de paladar blando en la región posterior que rebasa línea media y se extiende a orofaringe y pilar amigdalino anterior dependiente a tumoración, mucosa eritematosa, pérdida de úvula, fondo necrótico con sangrado al contacto, candidiasis oral, gingivo estomatitis generalizada por uso de aparatología fija para alineación dental. . Las células del tumor son negativas para marcadores epiteliales CD-3, CD-20 Y ALK-1». En una revisión tomográfica de Noviembre 2022 se encontró lesión adyacente a nivel del espacio parafaríngeo izquierdo con afección de la mucosa de los senos paranasales. El examen de citometría de flujo dio como resultado en diciembre del 2008, un recuento de células CD4, resultado en 280,84celulas/L (17,01%), con una carga viral indetectable. Un análisis de rutina revelo como hallazgos, una hemoglobina de 13,00 g/dl, linfocitos de 1,20 El tratamiento consistió en quimioterapia a base de CHOEP 14 (ciclofosfamida + adriamicina + vincristina + etoposido + prednisona + dexametasona) por 4 ciclos como tratamiento inicial, pospuesta por presencia de lesiones herpetiformes así como neutropenia y linfopenia, en mayo 2023 se opta por RT a macizo facial conformacional con una dosis de 36 Gy/20fxs., complicaciones derivadas del tratamiento oncológico, que fueron controladas progresivamente con terapia de colutorios a base de bencidamina solución y aplicación de gel bioadherente mucoprotector.

LEUCEMIA MELOIDE AGUDA.

Paciente masculino de 43 que consulta al Hospital General por esplenomegalia. Historia prehospitalaria de palidez de piel y mucosas, de moderada intensidad, de un mes de evolución, fiebre de 39°C sin escalofríos ni sudoración, dolor en el pecho y vómito de contenido alimentario con estrías de sangre, 24hs antes del ingreso.

La anatomía patológica informa que en el aspirado de médula ósea se observa de blastos granulares de tipo II, mieloperoxidasa positivos, de citoplasma escaso a moderado. El inmunofenotipo realizado con técnicas de inmunohistoquímica en cortes del coágulo medular procesado en parafina, evidencia expresión intensa de CD34, sin expresión de CD20 ni CD3 .

El estudio citogenético revela cariotipo 46,XY, t(8;21)(q22;q22) Se lo diagnóstica como LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA SIN MADURACIÓN, LMA-M1 de FAB con t(8;21)(q22;q22) de OMS. El paciente es retirado del servicio al quinto día de internación, al paciente se le hizo una transfusión de sangre junto con una transfusión plaquetaria .

LEUCEMIA MIELOIDE CRONICA.

Paciente de 9 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia presentó, 3 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 frotis de la sangre periférica 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 2010; posteriormente, los estudios de enfermedad mínima residual por RT-PCR para BCR-ABL1 fueron negativos desde el Marzo del 2023.

LEUCEMIA LINFODE CRONICA

Paciente masculino de 69 años de edad con antecedentes de salud de haber sido diagnosticado con una LLC hace 5 años. Alrededor de 3 días antes, comenzó con astenia, anorexia, mareos, dolor e inflamación del párpado superior derecho. Todo ello acompañado de un aumento de la fragilidad capilar con la consiguiente formación de púrpuras y equimosis. Además, existía la presencia de adelgazamiento con pérdida progresiva de peso de 4 kg aproximadamente.

Presenta de esplenomegalia, así como la presencia de adenopatías generalizadas, de aproximadamente 3 mm, sin cambios de coloración, ni de temperatura, suaves, no dolorosas.

Presento en los exámenes de laboratorio realizados, se encontró hematocrito disminuido (Hto: 025 L/L), leucocitosis ($21 \times 10^9/L$) con linfocitosis (10 %) y velocidad de sedimentación globular acelerada (48 mm/h). colesterol normal (3,90 mmol/L), ácido úrico normal (219 mmol/L), triglicéridos normales (0,77 mmol/L), hierro sérico normal ($23,9 \mu\text{mol/L}$), amilasa normal (51 U/L), calcio normal (2,04 mmol/L), fósforo normal (1,19 mmol/L).

Radiografía de tórax: silueta cardíaca aumentada de tamaño, predominio de las cavidades derechas. Electrocardiograma: ritmo sinusal, sin alteraciones. Ultrasonografía abdominal: hepatomegalia que rebasaba 6 cm el reborde costal derecho con presencia de esplenomegalia gigante. Serie ósea para huesos largos (survey): sin anormalidades en la densidad ósea.

El paciente se le hace un tratamiento de sostén y cura ocular diaria manteniéndolo tapado con apósito estéril para evitar complicaciones mayores. Por las alteraciones hematológicas recibió transfusiones de glóbulos rojos, producto de la anemia; de plasma fresco por la trombocitopenia grave y se mantuvo con una infusión de ácido tranexámico por el riesgo de sangrado.

LESION RENAL CRONICA.

Paciente de 64 años de edad llega por consulta externa a consulta de nefrología por su médico de atención primaria por deterioro del filtrado glomerular.

Tras recibirla en consulta se realiza una exhaustiva exploración física, en la que se observó un ligero edema en extremidades inferiores, muy típico por la retención de sodio, además presenta una elevada tensión arterial de 148/95, la paciente nos comenta que no se realiza ningún tipo de control ni en casa ni en centro de atención primaria.

Refiere no realizar ningún tipo de ejercicio, además se encuentra muy cansada las últimas semanas.

Litiasis múltiples bilaterales de pequeño tamaño estudiadas mediante TAC en clínica privada se descarta componente obstructivo a pesar de referir clínica de dolor lumbar izquierdo en alguna ocasión. Linfedema residual.

En 2022 PET-TAC adenopatía axilar izquierda inespecífica. Tratamiento actual: Hb: 13.8 gr/dL; leucocitos: 7.1 mil/mm³; glucosa: 100 mg/dL; ácido úrico: 5.4 mg/dL; creatinina: 1.11 mg/dL; FG calculado (CKD-EPI) 56 ml/min/1.73m², urea: 0.38 gr/L; sodio: 143 mEq/L; potasio: 5.25 mEq/L, PTH: 35.6 pg/mL.

Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos eutirox 100mcg oxymorm 5 mg (oxicodona) con el desayuno Tapentadol 100 mg en desayuno y cena , almotriptan 12,5mg.

SINDROME NEFRITICO.

Paciente femenino de 18 años de edad, presenta sintomatología de náuseas, mareos, vértigo, y dificultad para movilización de miembros inferiores, familiar refiere pérdida de la conciencia de forma súbita.

El examen físico se constata: Presión arterial: 110/69 mmHg Frecuencia cardíaca: 84 lpm Frecuencia respiratoria: 22 rpm En el estado General del paciente se encontró como datos relevantes una facie pálida, con edema palpebral, acompañado de leve dolor en epigastrio a la palpación superficial y profunda además de edema en miembros inferiores.

En la bioquímica sanguínea se encuentra una alteración con elevación de la urea y creatinina, lo cual demuestra un daño en la función renal, acompañado de pérdida de proteínas, a mayor expensa de albumina, pero acompañada de disminución de globulina. Consiguientemente se encuentra alterado el perfil lipídico.

Tratamiento Aplicado Cloruro de sodio al 0.9% pasar I.V. 1900ml en 20 horas, FB: 80ml/hora, Ranitidina 50 mg I.V. cada 8 horas, Carbamazepina 200mg cada 12 horas, Eritropoyetina, Ácido fólico, Hierro. Se le prescribe ampicilina+sulbactam 1.5gr IV cada 8 horas, prednisona 60mg VO 8 Am, Espironolactona 25mg VO 16:00 horas, Furosemida 20mg QD, carbamazepina 200mg VO Am ;400mg VO Pm, Omeprazol 20mg VO QD antes del desayuno, Paracetamol 500mg VO cada 8 horas, ácido acetilsalicílico 8 mg después del almuerzo , eritropoyetina 2000 U.I IV SC ,ácido fólico 1 tableta VO antes de almuerzo, Líquido de mantenimiento VO 500ml QD.

LESION RENAL AGUDA.

Paciente presenta desde hace más de 20 días un cuadro de náuseas y vómitos abundantes junto con deposiciones diarreas (4 ó 5 al día) líquidas y sin productos patológicos. No refiere sensación distérmica. El paciente si refiere haber disminuido la diuresis en los últimos días. Hace unos días, acude a su médico de atención primaria que le receta diuréticos por disminución de la diuresis. Ante la no mejoría del cuadro acude a Urgencias Metabolismo general :

No refiere astenia ni pérdida de apetito. Hace dos días, acude a su médico de atención primaria que le receta diuréticos por disminución de la diuresis. Ante la no mejoría del cuadro acude a Urgencias Metabolismo general : Presenta náuseas y vómitos biliosos cuatro veces al día. Cuadro diarreico 4-5 deposiciones/día sin sangre, moco o pus. Refiere pirosis pero no disfagia ni regurgitación. Genito urinario: No presenta disuria pero si disminución de la diuresis en los últimos días.

Pulsos pedios . Glucosa 127 mg/dl (70- 110) Urea 408 mg/dl (5-50) Creatinina 10.4 mg/dl (0.6-1.3) Na⁺ 136 mEq/L (135-145) k⁺ 5.6 mEq/L (3.5-5.0) LEUCOCITOS 10.4 10³/ul (4.8-10.8)% 10³/ul Linfocitos 6.6 (20-51) 0.69 (2.01-8.10) Monocitos 8.1 (1.0-13.0) 0.84 (0.05-1.40) Eosinófilos 0.1 (0.0-5.0) 0.01 (0.00-0.54) Basófilos 0.4 (0.0-1.5) 0.04 (0.00-0.16) Hematíes 4.58 10⁶/ul (4.5.-6.20) Hemoglobina 13.7 gr/dl (13.5-18.0) Hematocrito 40.2 % (42.0- 52.0) VCM 88 fL (80-96) HCM 29.9 pg (25-35) CHCM 34.0 gr/dl (32-36.5) Plaquetas 270 10³/ul (150-450) Ph 5.5 Albúmina ++ Glucosa NEGATIVO Acetona NEGATIVO Bilirrubina NEGATIVO Urobilinógeno NEGATIVO Hemoglobina Indicios