



Mi Universidad

Nota medica

Derlin Guadalupe Castillo González

Casos clínicos

2do parcial

Medicina interna

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Licenciatura en medicina humana

5to semestre

Nombre:		Exp. No.
Cama No.	Medico tratante: Derlin guadalupe castillo gonzalez	
Fecha y hora	Evolucion	
13/10/2023 12:30 pm	<p>LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA</p> <p>Masculino de 40 años de edad, casado, católico, taxista, primaria incompleta, procedencia y residencia en la ciudad de comitan, sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos.</p> <p>Acudió al servicio de salud por presentar un cuadro de 24 horas de evolución secundario a un aparente desmayo (los familiares le encontraron en el suelo); luego de la cual comenzó a manifestar somnolencia, desorientación, tiempo, incontinencia urinaria y dificultad para la deambulacion. Al ingreso fue catalogado con Escala de glasgow de 13/15 (motor: 5, ocular: 4, verbal: 4), poco colaborador, movimientos oculares normales, pupilas asimétricas, sensibilidad y fuerza disminuida de manera global.</p> <p>Se le practicaron pruebas paraclínicas a su ingreso, las que arrojaron una leucocitosis. luego se decidió realizar frotis de sangre periférica en donde se encontró un valor de blastos por encima del 20% compatible con un proceso neoplásico hematológico debido a este hallazgo se realizó cariotipo de medula a través de biopsia encontrándose: 47 XY, +8, se identificó trisomía del cromosoma 8, compatible con LMA.</p> <p>Al no manifestar una evolución clínica favorable, el paciente fue catalogado como paliativo atendiendo a las escalas pronósticas, se decidió administrarle un tratamiento sintomático hasta que falleció al 4to día de su ingreso.</p>	

Nombre:		Exp. No.
Cama No.	Medico tratante: Derlin Guadalupe Castillo Gonzalez	
Fecha y hora	Evolucion	
13/10/2023 14:30 pm	<p>LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA</p> <p>Lactante masculino de 18 meses de edad, con rechazo a la bipedestación (estar o permanecer de pie) de 4 semanas de evolución. Pesó 10 Kg., talló 80cm. (T/edad, P/edad, P/talla) en el percentil 10; presentó limitación funcional de rodilla derecha (RD). Diagnósticos iniciales: Miositis, y artritis séptica de RD. Se inició antibioticoperapia sin mejoría.</p> <p>Al cuarto día presentó síndrome de lisis tumoral, el aspirado de medula ósea reveló 100% de blastos diagnosticándose Leucemia Linfoide aguda.</p>	

Nombre:		Exp. No.
Cama No.	Medico tratante: Derlin Guadalupe Castillo Gonzalez	
Fecha y hora	Evolucion	
13/10/2023 16:00 pm	<p>LINFOMA DE HODGKIN</p> <p>Masculino de 50 años que acudió a consulta por referir, desde hacía entre dos meses, aparición de masa en cara interna de brazo izquierdo con crecimiento rápidamente progresivo y escasamente doloroso. No había percibido otras tumoraciones, ni refería sintomatología de síndrome general. En la exploración física se apreciaba una adenopatía axilar izquierda de contornos lisos y redondeados, fija en profundidad; otra adenopatía supraclavicular izquierda, móvil, no adherida y masa en cara interna del tercio proximal del brazo izquierdo dura, violácea, caliente, ligeramente dolorosa. Se realizó radiografía de tórax y brazo izquierdo en la que se apreciaba aumento de partes blandas en brazo izquierdo en zona anterior y media sin afectación ósea adyacente. Se remitió de manera urgente a cirugía general, dónde se le solicitó una analítica general con marcadores tumorales, una TAC toracoabdomino-pélvico y una PAAF de la masa en brazo izquierdo para estudio de citometría de flujo; en vista de los resultados se derivó a Hematología para continuar el estudio y seguimiento con el diagnóstico de Linfoma.</p> <p>El hemograma, el frotis, los marcadores de actividad la hemostasia, el perfil férrico, la vitamina B12, el ácido fólico, los marcadores tumorales y las hormonas tiroideas estaban dentro de los valores normales, La TAC de tórax/ abdomen/ pelvis con contraste sólo mostró masas adenopáticas axilares izquierdas, sin alteraciones a otro nivel. Una biopsia, sin evidencia de infiltración por LNH y una citometría que no mostraba clonalidad linfoide B. La PAAF masa tumoral demostró un linfoma de alto grado, tipo B. Y la biopsia de la masa y del ganglio axilar con una anatomía patológica que evidenciaba un LNH de célula grande B y una citometría demostró una población B clonal.</p> <p>La impresión diagnóstica fue de Linfoma de célula grande B. Se inició poliquimioterapia produciéndose una reducción lenta pero consistente de la masa tumoral obteniéndose una involución casi completa de la masa al terminar el tratamiento</p>	

Nombre:		Exp. No.
Cama No.	Medico tratante: Derlin Guadalupe Castillo Gonzalez	
Fecha y hora	Evolucion	
13/10/2023 17:00 pm	<p>LINFOMA NO HODGKIN</p> <p>Masculino de 60 años, casado, de religión católica, una escolaridad de primaria completa, tipo de ocupación: empleado, originario y residente de Comitán, sin antecedentes heredofamiliares ni personales patológicos o no patológicos relevantes para su padecimiento. Este se había iniciado un año atrás, caracterizado por la presencia de una lesión conjuntival en el ojo izquierdo, motivo por el que acudió con su médico, quien le prescribió antibiótico local sin mejoría de la lesión. Posteriormente, se agregó a la sintomatología un aumento de volumen en ambos párpados con predominio en el izquierdo, acompañado por dificultad y disminución de la apertura ocular. se inició estudio, en el cual se obtuvo una biopsia cuyo reporte fue LNH de la zona marginal, de bajo grado, derivado del tejido linfoide asociado a la conjuntiva. Posteriormente, se practicó una biopsia y aspirado de médula ósea, los cuales arrojaron resultados negativos a infiltración. Asimismo, se solicitó una resonancia magnética, en la cual se observó un aumento del espesor palpebral izquierdo y aumento del espesor del músculo recto. Como impresión fue linfoma no Hodgkin. Fue valorado por primera vez por el servicio de Hematología, donde se decidió un manejo basado en radioterapia local seguida por tratamiento de mantenimiento con rituximab. El servicio de Radio-Oncología prescribió una dosis de 36 Gy en 20 sesiones de tratamiento, con fraccionamiento convencional de 1.8 Gy/fracción, con un campo anteroposterior. El tratamiento dio inicio con tolerancia adecuada, disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo y radioepitelitis grado I.</p>	

Nombre:		Exp. No.
Cama No.	Medico tratante: Derlin Guadalupe Castillo Gonzalez	
Fecha y hora	Evolucion	
13/10/2023 10:00 am	<p>LESIÓN RENAL AGUDA</p> <p>Hombre de 40 años sin antecedentes familiares ni personales de interés, y sin tratamiento habitual. Consulta por fiebre, por dolor en fosa renal derecha, asociado a náuseas, vómitos, disminución de la diuresis y dolor plantar que le dificulta la deambulación. A la exploración física presenta presión arterial 115/75 mmHg, frecuencia cardiaca de 75 lpm, signos meníngeos negativos y lesiones purpúricas dolorosas en ambas plantas. La analítica muestra Cr 8mg/dl, urea 168mg/dl, PCR 20mg/dL referencia laboratorio 100ng/mL, referencia laboratorio 10mg/dL, fibrinógeno 666mg/dL, LDH 2.116 U/L y dímero D elevado con coagulación normal. Se realiza estudio de sangre periférica que no muestra esquistocitos <1%. No se dispone de orina por anuria de la paciente. Se solicita ecografía nefrourológica, en la que se observan riñones de tamaño normal, sin datos de uropatía obstructiva. Ante el cuadro clínico de fracaso renal agudo anúrico se inicia antibioterapia de amplio espectro y se decide ingreso en unidad de críticos para monitorización. La paciente permanece hemodinámicamente estable, con fluidoterapia intensiva, sin precisar aminas. Se amplía el estudio con TC abdominal sin contraste que muestra una litiasis en vejiga, ausencia de colecciones ni dilatación de la vía urinaria.</p>	

Nombre:		Exp. No.
Cama No.	Medico tratante: Derlin Guadalupe Castillo Gonzalez	
Fecha y hora	Evolucion	
13/10/2023 15:40	<p>LESIÓN RENAL CRONICA Masculino de 70 años, llega al servicio de urgencias refiriendo que hace dos días que no sale de casa por presentar fiebre, náuseas y vómitos. En la exploración física presenta la siguiente sintomatología: está consciente, aunque desorientado en tiempo y espacio, presentando disartria, confusión, inquietud y cierto grado de irritabilidad. Presenta un Glasgow de 12, respiración de Kussmaul y disnea. La coloración de la piel es amarilla pálida y existen heridas producidas por rascado; caquexia, escalofríos y dolor generalizado. Se realiza control TA: 197/106 mmHg, FC: 100 lp, y T: 39'6°C. Se le extrae una muestra de sangre arterial para gasometría obteniendo los siguientes resultados: CO2 48 mmHg, pH 7.28 e hidrógeno carbonato 21.7 mmol/L; Asimismo se realizan radiografías de tórax, abdomen y un ECG detectando una arritmia. Se le realiza un hemocultivo (los resultados dentro de la normalidad), y una analítica completa, la cual muestra un importante aumento de creatinina (294 umol/L) y del BUN (16.4 mmol/L), hiperpotasemia (5.03 mmol/L), glucosa en sangre (7.64 mmol/L) y disminución del hematocrito (34%). Prueba de creatinina en sangre y orina: disminución del volumen de orina (menos de 500 mililitros), aumento en sangre de la urea y creatinina y electrolitos elevados como el potasio. Se diagnostica el caso como una IRC, se inicia tratamiento con Diálisis peritoneal, posteriormente una dieta baja en proteínas.</p>	