



Mi Universidad

casos clínicos

Luis Angel Vasquez Rueda

Casos Clínicos Medicina Interna

Segundo parcial

Medicina Interna

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Licenciatura En Medicina Humana

5to Semestre Grupo "C"

Comitan De Dominguez, Chiapas, 13 de Octubre del 2023

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

paciente masculino de 24 años de edad, trabajador en bar harto amor comitan, antecedentes de salud aparente, solo refiere que en algunas ocasiones sintió ligero dolor en el lado izquierdo del abdomen cuando realizaba algunos esfuerzos mientras realizaba su labor, niega otro antecedente, acude al servicio de consulta externa por presentar fiebre de 39 grados y además por presentar unos puntos rojos diseminados en todo el cuerpo (es lo que más le llama la atención), refirió cansancio y marcada debilidad.

A la exploración física Se constató petequias diseminadas por todo el cuerpo específicamente en las extremidades y en la piel que recubre el abdomen, A la palpación superficial y profunda se constató una tumoración en el hipocondrio izquierdo y otra en el hipocondrio derecho que se correspondió con el bazo e hígado respectivamente (hepatoesplenomegalia), el paciente refirió ligera molestia pero no dolor durante las maniobras de palpación.

Se le realizan estudios de laboratorio que destacan los siguientes parámetros:

- Hemoglobina: 6 g /L
- Leucograma: Leucos $30 \times 10^3/L$
- Cuento de plaquetas: Trombocitopenia $83 \times 10^9/L$

En base a los estudios se optó por su hospitalización inmediata y al ser hospitalizado se le hicieron pruebas complementarias que destacan los siguientes resultados:

- Biopsia de médula ósea: Se constató la presencia de células leucémicas
- Citogenética: El laboratorio estudia los cromosomas de las células de muestras de sangre, de médula ósea o de ganglios linfáticos. Se encontraron cromosomas anormales, Por todo lo antes expuesto, la sintomatología, el examen físico y los resultados de los exámenes complementarios, se llegó al diagnóstico de una Leucemia Mieloide Aguda e inmediatamente se comenzó con el tratamiento

- Medidas generales: Transfusión de sangre
- Transfusión de plaquetas.
- se utilizaron medicamentos profilácticos (fluoroquinolona)
- Psicoterapia

El paciente es retirado al 7mo día de hospitalización y se agenda una cita en 15 días para evaluar el progreso y el avance del tratamiento.

LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA

Lactante mayor femenina de 18 meses de edad quien presentó rechazo para la marcha y dolor al apoyar el miembro inferior derecho de 4 semanas de evolución. Se inició tratamiento ambulatorio con antiinflamatorios tipo Diclofenaco sin mejoría, seguido de fiebre de 38,5° persistente que no alivió con antipiréticos. Simultáneamente vómitos alimentarios; motivo por el que fue llevada a la Emergencia Pediátrica en el hospital pediátrico de Tuxtla Gutierrez.

Los datos positivos al examen físico de ingreso fueron: peso 9,7 Kg., talla 82 cm, Regulares condiciones generales, moderada palidez cutánea mucosa, temperatura: 38,5°. Eritema faríngeo, extremidades simétricas ausencia de bipedestación y dolor a la movilización de la rodilla derecha, Se ingresó con el diagnóstico de Miositis en estudio.

La hematología reportó leucocitos con 60% de polimorfonucleares (PMN), hemoglobina 9,8 gr. % y plaquetas 125000 x mm², la Proteína C Reactiva (PCR) y la Velocidad de sedimentación globular (VSG) fueron positivas. Se solicitó interconsulta con el Servicio de Traumatología, quienes sugirieron la posibilidad de Artritis séptica de la rodilla derecha, iniciando antibióticoterapia con Ceftriaxona. Al cuarto día de su hospitalización persistían los síntomas y signos de ingreso, se reportaron los resultados del ácido úrico y la deshidrogenada láctica (LDH) en 9,23 mg/dl 787,30 μL/dl respectivamente, y las radiografías de miembros inferiores en las cuales se observaron opacidades lineales en las regiones subperiósticas y epífisis de los huesos fémur, tibia y peroné de ambas extremidades.

La lactante fue valorada por Oncología Infantil, realizándosele la hematología especial la cual reportó: leucocitos 30.000 x mm³, con 100% de linfoblastos, hemoglobina 8 gr. %, hematocrito 25%, plaquetas 155.000. Se llevó a cabo aspirado de medula ósea que demostró 100% de linfoblastos.

estableciendo el diagnóstico de Leucemia Linfoide Aguda (LLA) por lo que se inició tratamiento con: prednisona (30mg por día) y alopurinol 100 mg por día durante 8 días

1 semana después la lactante mostró una mejoría por lo que fue dada de alta con un seguimiento estricto y espectro terapéutico a expensas de síntomas agregados.

LINFOMA HODGKIN

Adolescente femenina de 12 años de edad, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Inicia 2 meses previos con vómitos, distensión abdominal, rechazo a la vía oral y anuria de 8 días de evolución, motivo de ingreso a hospital general Juan C. Corzo.

A la exploración física se encuentra con adenopatías cervicales, axilares, m y presencia de masa palpable en mesogastrio a expensas de conglomerado ganglionar, Los estudios paraclínicos reportan urea de 323, creatinina 23.8 mg/dL, potasio 8.2 mEq/L, leucocitos de 32,800/mm³ , 84% eosinófilos totales de 27,552, , colesterol 125 mg/dL, triglicéridos 162 mg/dL, cloro 110 mEq/L, sodio 146 mEq/L, calcio 8.2 mg/dL, magnesio 1.6 mg/dL, fósforo 3.5 mg/dL, ácido úrico 4.8 mg/dL, deshidrogenasa láctica 110 UI/L, se realiza biopsia ganglionar cervical izquierda con diagnóstico histopatológico de LH, por lo que se envía a Unidad de tercer nivel

A su ingreso a la Unidad con eosinófilos totales de 8,000/mm³ , se descartan causas alérgicas y parasitarias de eosinofilia y se inicia tratamiento con prednisona por 5 días a 0.2 mg/Kg/día. Posterior al tratamiento con esteroide, la biometría hemática reporta leucocitos de 6,620, hemoglobina 12.2 g/dL, plaquetas 165,000/mm³ , neutrófilos 3,500/mm³ , eosinófilos 1,530/mm³ , creatinina 1.18 mg/dL, urea 15.3,

Aspirado de médula ósea con abundantes eosinófilos, normoblastos 5%, eosinófilos 65%, granulocitos jóvenes y adultos 29%, linfocitos 1%. Se confirma el diagnóstico de LH de tipo nodular, de predominio linfocítico de ganglio cervical derecho.

Por diagnóstico oncológico de base recibe quimioterapia con esquema AVBD convencional (doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbacina), con disminución importante de las adenopatías cervicales, inguinales, axilares y el conglomerado abdominal, y disminución en las cifras de eosinófilos en sangre periférica hasta 23% (totales de 1,329)

Se da de alta a los 21 días de hospitalización, con citas para el seguimiento de las quimioterapias y el seguimiento del estado actual de la paciente.

LINFOMA NO HODGKIN

masculino de 12 años de edad, procede del estado de Oaxaca, No tiene antecedentes heredofamiliares de importancia para su padecimiento actual. Negados hematooncológicos, Padecimiento actual: lo inicia con fiebre de 38.8 grados, intermitente, tos húmeda, accesos frecuentes, emetizante y cianosante. Tres días previos a su ingreso con dificultad respiratoria y sibilancias, motivo de su referencia y hospitalización. Terapia recibida previo a su ingreso; antiinflamatorios, antibióticos y broncodilatadores, sin mejoría.

A la exploración física se informa un paciente con un Peso 20 kg, temperatura 38 gc, FC 136 x min, FR 42 x min. Escolar masculino, con edad aparente a la referida, con facies de angustia, pálido de piel y de mucosas, orofaringe con hipertrofia amigdalina grado II, hiperémica, cuello sin adenopatías periféricas, tórax con sibilancias audibles a distancia, tiraje intercostal, taquicárdico, FC de 140 x min, abdomen blando, depresible, sin megalias, extremidades normales.

En el área de pediatría fue manejado con broncodilatadores y esteroide local, remitiendo parcialmente sus crisis de broncoespasmo, y 15 días después del ingreso se agudiza la dificultad respiratoria, agregándose estridor laríngeo. Se realiza traqueostomía y laringoscopia directa. Estudios de laboratorio. CTH: Hb 12.8 g/dL, Hto 37.3%, leucocitos 7,300/mm³, neutrófilos 60%, linfocitos 30%, monocitos 9%, eosinófilos 1%, plaquetas 267,000/mm³. QS: glucosa 110 mg/dL, BUN 9 mg/dL, urea 19 mg/dL. Proteínas totales 8.3 g/dL, albúmina 3.6 g/dL. PFH: TGO 86, TGP 116, fosfatasa alcalina 390 UI/ L, DHL 602 UL. VIH negativo. Perfil de inmunoglobulinas séricas normales

Laringoscopia directa: se observa tumoración laríngea, afectando subglotis, glotis, vestíbulo laríngeo, epiglotis, zona de esfacelo epiglótica con hemorragia y obstrucción subtotal de glotis por la masa tumoral, se concluye linfoma no Hodgkin difuso de células T. Recibe quimioterapia de combinación, basados en ciclofosfamida, vincristina, esteroides y doxorubicina, logrando remisión completa en el tercer curso. Se mantiene en remisión completa durante 21 meses y fallece por proceso bronconeumónico.

LESION RENAL AGUDA

Paciente masculino de 23 años de edad, presenta dolor lumbar de moderada intensidad para lo cual administran analgesia en base a Tramadol y paracetamol, realizan Rx de columna sacrococcígea en donde no se evidencia desplazamiento o fractura de sacro y es dado de alta con reposo y analgésico, paciente regresa presentando dolor lumbar con irradiación hacia flanco izquierdo de intensidad 9/10 que se acompaña de náusea que llega la vomito por 2 ocasiones es valorado, se realiza exámenes complementarios obteniendo creatinina de 2,7mg/dl, administrando tramadol, paracetamol, ondasetron y deciden su ingreso al servicio de urología.

EXAMEN FÍSICO Frecuencia Cardíaca: 75 lpm Frecuencia Respiratoria: 18 rpm Tensión Arterial: 120/80 mmHg Temperatura: 36,5 °C Saturación de oxígeno: 94% con FiO₂ 21% Peso: 78 kg Talla: 172 cm, Paciente estable, hidratado, afebril, álgico Piel: normotensa, sin presencia de lesiones ni cicatrices Cabeza: Normocefálica, cabello de implantación normal Ojos: Conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, buen reflejo pupilar Nariz: No se evidencia secreción, fosas nasales permeables Boca: Mucosas orales húmedas. Piezas dentales en regular estado de conservación Orofaringe: No eritematosa, no hipertrofia de amígdalas, no pústulas, no placas. Cuello: No se evidencian adenopatías, no masas, movilidad conservada. Tórax: Expansibilidad conservada. Corazón: Ruidos cardiacos normofonéticos, rítmicos con el pulso, no soplos Pulmones: Murmullo vesicular conservado, no se ausculta ruidos sobreañadidos. Abdomen: Suave depresible, no doloroso a la palpación superficial y profunda, Puntos ureterales negativos. Columna: Puño percusión bilateral positiva. Región Inguino-Genital: genitales masculinos, no lesiones, ni secreciones Extremidades: Simétricas, no edemas, fuerza y sensibilidad distal conservada llenado capilar menor a 2 segundos. Examen Elemental Neurológico: Paciente consciente, orientado en tiempo espacio y persona, Glasgow 15/15, sin signos de focalidad neurológica.

Impresión Diagnóstica: - Urolitiasis - Hematoma Renal - Infección vías urinarias
Exámenes complementarios que solicitaría - Ego - Rx de abdomen – biometría Hemática - Química sanguínea - Tomografía Axial Computarizada renal sin contraste

Biometría Hemática: Recuento Leucocitario 12.90×10^3 /ul Recuento de glóbulos rojos 5.38×10^4 /ul Hemoglobina 16.8 g/dl Hematocrito 50.3 % Volumen corp. Medio 93 fl Hemoglobina Cospus Media 31.2 Pg Concen HB Corp. Media 33.4 g/dl Recuento Plaquetas 250×10^3 Neutrófilos % 65.2 % Linfocitos % 26.7 % Monocitos % 5.9 % Eosinófilos % 2.2 % Basófilos % 0.0 %

Química Sanguínea (ingreso) Glucosa 107.70 mg/dl 43 Sodio (Na) 138 mEq/L Potasio (K) 3.7 mEq/L Urea en suero 46.7 mg/dl Creatinina 2.7 mg/dl

Examen General de Orina (ingreso) Color Amarillo, Densidad 1.012, PH 6, Cetonas 10, Nitritos Negativo, Hemoglobina 0.03, Proteínas 70, Píocitos 2.4, Hematíes 1.9 0, Bacterias 15.3, Células epiteliales 1.8.

INDICACIONES DE INGRESO EN MEDICINA INTERNA:

1. Dieta blanda + líquidos
2. Control de Signos Vitales
3. Filtrar orina
4. Solución Salina 0.9% 1000cc Intravenoso cada/12horas
5. Paracetamol 1gr Intravenoso Tres veces al día
6. Metamizol 1gr Intravenoso Por razones necesarias
- 7.No AINES

Al séptimo día de hospitalización se encuentran los siguientes parámetros en un EGO: Creatinina: 1.4 Urea en suero: 33.0 Microalbuminuria 0.0 Eco renal: estudio normal, se le da el Alta hospitalaria, se envía a su domicilio con ciertas recomendaciones haciendo énfasis en evitar fármacos nefrotóxicos.

LESION RENAL CRONICA

Varón de 90 años que desde hace 6 meses sufre disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, dolor epigástrico que define como sordo, no claramente relacionado ni con la comida, refiere ser hipertenso, fumador, hiperplasia benigna de prostata, a la exploracion fisica se reporta: PA 100/60 mmHg. FC 80 lpm. Afebril. Peso 50 kg. Altura 1,64 m. IMC 18,6. SatO₂ 98%. Delgado. Hipoacusia severa. Consciente, atento, colaborador, Palidez mucocutánea. Auscultación cardiaca: arrítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: crepitantes bibasales, Disminución de la fuerza global con evidente pérdida de masa muscular.

En los estudios de laboratorio se reportan: Urea 213 mg/dl, creatinina 2,40 mg/d, ácido úrico 10,4 mg/dl, HDL-colesterol 28 mg/dl. LDL-colesterol 64 mg/dl. Proteínas totales 5,9 g/dl, albúmina 3,40 g/dl, l. Leucocitos 10.900 x 10³ /μl. Linfocitos 11,3 x 10³ /μl. Hb 9,5 g/dl. VCM 103 fl. VSG 17.

Tambien se realiza EKG por antecedentes de afecciones cardiacas con un dx en Electrocardiograma: Fibrilación auricular con respuesta ventricular media a 130 lpm. Bloqueo completo de rama izquierda

Se hacen los siguientes diagnosticos, Insuficiencia cardíaca congestiva crónica atribuible a cardiopatía isquémica-hipertensiva, Insuficiencia renal crónica y anemia secundaria, Deterioro funcional subagudo con caídas asociadas, secundario a los diagnósticos anteriores, y posible yatrogenia por betabloqueantes y estatinas.

Tras tratamiento con furosemida intravenosa experimenta una evidente mejoría de la disnea y desaparece la epigastralgia, finalmente atribuida a hepatomegalia congestiva. Fue necesario administrar digoxina, ajustada a la función renal, para el control de la fibrilación auricular, dada la intolerancia a dosis más elevadas de bisoprolol, que generaba una intensa adinamia y pudo contribuir al cuadro inicial, se realiza desde el inicio una intervención nutricional global, consistente en la suspensión de todo tipo de restricciones alimenticias, permitiéndose un uso no abusivo de sal, proteínas y grasas, y la administración conjunta de suplementos hipercalóricos.

A la semana es dado de alta con tratamiento ambulatorio y revisiones semanales para evaluar su evolucion, donde muestra mejoria no solo en la disnea, si no de su estado general, y en un mes consigue autonomia en cuidados generales sin la intervencion de personal de ayuda, Al cabo 3 de años solo ha precisado de un nuevo ingreso por insuficiencia cardiaca, se

mantiene eutímico e íntegro cognitivamente, duerme bien, se moviliza solo, sigue siendo completamente autónomo en el autocuidado.