



Julio César Morales López.

Dr. Alexandro Alberto Torres Guillén.

Caso Clínico.

Medicina Interna.

Quinto Semestre.

“A”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de Septiembre del 2024.

HISTORIA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Edwin Alejandro Morales Velasco.

Edad: 20 años.

Sexo: Masculino.

Escolaridad: Preparatoria.

Ocupación: Estudiante.

Lugar de origen: Villa las Rosas, Chiapas.

Lugar de residencia: Comitán de Domínguez Chiapas.

Teléfono: 992 118 44 50

Estado Civil: Soltero.

Religión: católico.

Fecha: 13/03/2024.

Hora: 2:00 Pm.

Tipo de Interrogatorio: Directo

PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente masculino de 20 años de edad acude a consulta externa por referir Mareos, Astenia, Adinamia y menor rendimiento en sus actividades diarias desde hace 15 días de evolución, que se acompaña de Anorexia, emesis y dolor abdominal de tipo cólico en área epigástrica y Cefalea de tipo punzante en área temporal.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

- Abuelo paterno finado hace 11 años por accidente automovilístico.
- Abuela paterna viva con 71 años de edad con padecimiento de Asma e Hipertensión Arterial desde hace 10 años con tratamiento y control.
- Abuelo materno finado hace 8 años por IAM secundario a Cáncer Pulmonar.
- Abuela materna finada hace 20 años por Cirrosis Hepática.
- Padre vivo de 41 años de edad aparentemente sano.
- Madre viva de 38 años de edad con padecimiento de crisis asmática con tratamiento y control.
- Hermana viva de 15 años de edad aparentemente sana.
- Tíos paternos (2) aparentemente sanos.

- Tíos maternos (1) con padecimiento de DM.
- Tíos maternos (4) aparentemente sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Vive en casa rentada con compañía de 2 persona más, 3 habitaciones con paredes de block, techo de concreto, piso firme, bien ventiladas, divididas cada persona en cada habitación, cocina-comedor con material duraderos (paredes, techo concreto y piso firme), 1 baño completo dentro de la casa, cuenta con drenaje, luz eléctrica, agua y recolección de basura, zoonosis negativa, sin presencia fauna nociva. Baño de tipo ducha diariamente con respectivo cambio de ropa interior y exterior diaria, aseo dental diario, lavado de manos antes de comer y después de ir al baño y su alimentación consta de 2 veces al día con el consumo elevado de alimentos altos en grasa, frituras y golosinas, alcoholismo positivo con una frecuencia de consumo diariamente desde hace aproximadamente 2 años, tabaquismo y consumo de estupefacientes positivo 2 veces a la semana desde hace aproximadamente 1 año, niega realización de actividad física.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Paciente refiere haber sido infectado por Dengue hace 1 año sin complicaciones, niega padecer enfermedades crónico degenerativas (DM2, HAS, Dislipidemias, Aterosclerosis, EPOC, Enfermedades Cerebrovascular, Cáncer), refiere no haber tenido alguna hospitalización, cirugía, transfusiones sanguíneas, niega de igual manera haber tenido algún accidente traumático, comenta ser alérgico a polvo y ácaros y refiere tener su esquema de vacunación completo y comenta ser de grupo sanguíneo o+.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO RESPIRATORIO.

Niega Disnea, taquipnea, Bradipnea, ortopnea, preguntados y negados.

APARATO CARDIOVASCULAR.

Niega Bradicardia, palpitaciones, taquicardia, Disnea, etc.

APARATO DIGESTIVO.

Refiere tener epigastralgia, pirosis acompañada de Emesis, niega tener Disfagia, Odinofagia, Sialorrea, y Asialia.

APARATO RENAL Y URINARIO.

Niega Disuria, Poliuria, Anuria, Oponiuria y Piuria.

SISTEMA GENITAL.

Niega criptorquidia, disminución de la libido, anorgasmia y espermatorrea.

SISTEMA ENDOCRINO.

Niega polifagia, polidipsia, disfagia, bocio.

SISTEMA HEMATOPOYÉTICO Y LINFÁTICO.

Niega presencia de hematomas y de adenomegalias.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

General.

Paciente masculino con una estatura de 1.68 metros y un peso de 58 kg, índice de masa corporal de 20.5, T/A 90/70 +mmHg, FC 65 lpm, FR 14 rpm, temperatura de 37° C, de tez morena clara, con concordancia de edad aparente con edad cronológica, con fascie normal, orientado en tiempo, espacio y persona, con lenguaje coherente y fluido.

Cabeza.

Presencia de Cráneo normocéfalo, con notoria pérdida de cabello, sin presencia de seborreas, lesiones o cicatrices en piel y cuero cabelludo, con leve palidez de tegumentos, no se palpa nodulaciones ni hundimientos craneales, facie compuesta.

Ojos simétricos de coloración café oscura, pupilas isocóricas normoreflexicas, escleróticas normales, deshidratadas, Córnea transparente, íntegra, sin lesión, reflejos corneales presentes, buena implantación de cejas y pestañas, con buen tono ocular, sin dolor a la palpación.

Nariz simétrica bien implantada en posición central con la misma coloración del piel que el resto del cuerpo, sin rasgos de cicatrices, se palpa hueso de la nariz íntegro

y cartílago hialino íntegro sin dolor a la palpación ambas fosas nasales simétricas, permeables y sin datos de obstrucción, senos paranasales permeables.

Boca con labios lisos simétricos, íntegros de coloración rosada oscura, sin presencia de lesiones, mucosa oral semihidratada sin presencia de aftas, con buena apariencia dental sin presencia de lesiones y caries, Lengua central con presencia de inflamación (glositis), lisa en región dorsal, sin limitación de movimientos, presencia de úvula normal, central y pequeña.

Oídos aparentemente sanos, con pabellones auriculares íntegros y simétricos, ni signos de lesiones, con estructuras cartilaginosas íntegras y sin dolor.

Cuello.

Presencia de cuello cilíndrico, simétrico, alargado de coloración igual a la del resto del cuerpo con motilidad normal, sin presencia de adenomegalias y bocio, sin dolor a la palpación, con latido carotídeo lateral y simétrico.

Tórax.

Tórax estético simétrico, sin presencia de abombamientos, depresiones o cicatrices, con buena visualización de clavículas, esternón, y costillas, con tonalidad de piel igual a la del resto del cuerpo, con presencia de un tatuaje de aproximadamente 20cm a la altura del 4to espacio intercostal entre líneas medias claviculares, con respiraciones y sonoridad pulmonar normal, murmullo pulmonar normal, respiraciones bronquiales normales, sin auscultación de ruidos respiratorios, con buena expansión torácica, con latidos rítmicos de frecuencia e intensidad normal, sin presencia de soplos y sin presencia de edema.

Abdomen.

Abdomen plano, simétrico, sin presencia de cicatrices, con presencia de cicatriz umbilical normal, piel con coloración igual a la del resto del cuerpo sin presencia de masas y hernia, presente reacción de defensa ante dolor a la palpación en área epigástrica, presencia de peristalsis y ruidos hidroaéreos normales.

Extremidades.

Extremidades completas, simétricas con reflejos y movilidad normales, sin presencia de lesiones o cicatrices, con un tatuaje 5cm en la mano derecha a la altura de la muñeca en la región del hueso radial.

Estudios Diagnósticos Solicitados.

Biometría Hemática.

Recuento de Ácido Fólico Sérico.

Diagnóstico.

Apoyándonos con estudios laboratoriales se obtuvieron los siguientes resultados.

Biometría Hemática.

- Hematocrito. **35%**
- Hemoglobina. **11 g/dl.**
- Volumen Corpuscular Medio. **109 fl**
- Hemoglobina Corpuscular Media **28 pg.**
- Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media. **33g/dl.**
- Reticulocitos **115 x 10³ / µL.**

Recuento de Ácido Fólico.

- Concentración de Ácido Fólico Sérico **de 4 ng/ml.**

Corroborando la clínica presente de un síndrome anémico, los antecedentes de una mala alimentación, un alcoholismo crónico positivo y apoyándonos por medio de la Biometría Hemática con valores característicos de una Anemia Megaloblástica, presencia de reticulocitosis y una concentración sérica de Ácido Fólico baja llegamos al Diagnóstico confirmatorio de una **Anemia Megaloblástica por deficiencia de vitamina B9 (Ácido Fólico).**

Tratamiento.

Se recomienda tratamiento con suplemento alimenticio de ácido fólico.

Nombre y Firma del Médico.

Julio César Morales López.