



Nombre del Alumno:

Fany Adilene González Arreola

***Nombre del tema:
casos clínicos***

Parcial: 1 Semestre: 1 A

***Nombre de la Materia:
Biología del desarrollo***

Nombre del profesor:

Dr. Guillermo del solar Villareal

***Nombre de la Licenciatura:
Medicina Humana***

1er Caso clínico

Bloque I. CASO MÉDICO No. 1

Dr. Gildardo Zafra de la Rosa

Dra. Laura Gabriela Flores Peña

Recién nacidas de sexo femenino, productos de la primera gesta, embarazo gemelar. Madre de 28 y padre de 30 años

Antecedentes perinatales: Embarazo normoevolutivo. Ultrasonidos normales, resuelto a las 36 semanas de gestación mediante cesárea

Gemela A: peso 2450 gr., talla 47 cm, Perímetro Cefálico 33 cm, APGAR 7/8

Gemela B: peso 2730 gr., Talla 49 cm, Perímetro Cefálico 34 cm, APGAR 8/9

Padecimiento Actual: Inicia al nacimiento al detectar hipotonía y dismorfias faciales.

Exploración física: Cráneo pequeño con occipital aplanado. Cara perfil facial plano, ojos oblicuos, con epicanto e hipertelorismo, puente nasal amplio y plano, pabellones auriculares de implantación baja con malformación del hélix, lengua protruyente, boca abierta y micrognatia. Cuello corto, ancho y con piel redundante. En abdomen se encuentra diástasis de rectos y hernia umbilical. Extremidades manos pequeñas y dedos cortos con clinodactilia y pliegue palmar único bilateral. Piel laxa y marmórea. Exploración neurológica se encuentra hipotonía e hiporreflexia

Estudios paraclínicos:

Estudio citogenético con Bandas G: 47, XX, +21

Número modal 47 cromosomas, complemento sexo cromosómico XX, trisomía 21 regular

Actividad:

1. ¿Qué datos fueron importantes para sospechar el diagnóstico?

47 cromosomas, trisomía 21

2. ¿Cuál es la causa de la trisomía 21 regular?

47 de cromosomas en lugar de 46 que es lo normal

3. ¿Qué factores se encuentran relacionados con los errores de disyunción?

La edad del padre, 36 años

4. ¿Cómo explicaría que ambas pacientes tengan síndrome de Down?

Tienen en cráneo pequeño y el occipital aplanado, perfil anormal básicamente en la exploración física es muy obvio viendo cada descripción sobre ellas.

5. ¿Qué riesgo de recurrencia le daría a la pareja?

Probablemente que en el padre alguien de su familia ya sea común el síndrome, significa que es hereditario

6. ¿Qué cuidados les sugeriría en caso de desear un nuevo embarazo?

Ir con su ginecólogo llevar un control y ver quien es el que afecta para así llevar un tratamiento

2do caso clínico

Bloque I. CASO MÉDICO No. 2

Dra. Yuria Ablanedo Terrazas

Paciente femenina de 20 años de edad, originaria de Morelos; sin antecedentes de importancia. Presentó menarca a los 1 años, telarca y pubarca a los 13 años. Ritmo menstrual 28 x 4, eumenorreica. Gesta 1, Para 1, Abortos 0. Embarazo anterior sin control prenatal; parto hace 3 años atendido con partera empírica en medio no hospitalario. La paciente refiere haber presentado abundante sangrado, por lo que fue trasladada al hospital más cercano. Durante el periodo de lactancia refiere agalactia y no reanudó función menstrual. Fecha de última menstruación: antes del último embarazo. Nunca ha utilizado métodos de planificación familiar.

Padecimiento Actual:

Inicia hace 2 años con intento de embarazo sin conseguirlo; refiere actividad coital 3 veces por semana, sin uso de anticonceptivos. Al interrogatorio dirigido refiere amenorrea de 3 años de evolución, así como astenia y adinamia, también refiere disminución de la libido, así como del volumen mamario y cantidad de vello axilar y púbico de tiempo de evolución no especificado.

Exploración física:

Paciente femenina de edad aparente similar a la cronológica. Mamas hipotróficas, sin salida de secreciones. Útero de 7x5x5 cm, ovarios no palpables. Se observan genitales externos acordes a edad y sexo, sin secreciones anormales, vello púbico escaso. Al tacto vaginal se encuentra vagina elástica, eutérmica, reseca; cérvix bien epitelizado, con orificio puntiforme. Resto sin alteraciones.

Estudios paraclínicos:

Biometría Hemática: Normal

Electrolitos séricos: Na 133 mEq/l (137-145 mEq/l), resto normal.

Ultrasonido pélvico: normal

Histosalpingografía: normal

Perfil tiroideo: normal

Prolactina sérica: 0.6 ng/ml (2-15 mg/ml)

Cuantificación sérica de FSH, LH y estradiol:

FSH: 0.9 mUI/ml (1.4 – 9.6 mUI/ml)

LH: 0.2 mUI/ml (0.8 – 26 mUI/ml)

Estradiol: 5 pg/ml (20 – 60 pg/ml)

Cortisol sérico:

8:00 hrs: 4.1 mg/dl (5 – 25 mg/dl)

16:00hrs: 2.8 mg/dl (3 – 12 mg/dl)

Espermatobioscopía directa:

Volumen eyaculado: 3.7 ml (> 2.0 ml)

pH: 7.3 (7.2 a 7.8)

Densidad: 30 millones/ ml (>20 millones/ml)

Movilidad: 70% (>50%)

Progresión lineal: 3.5 (>2 en escala de 0 a 4)

Morfología: 50% normales (>30% normales)

Actividad:

1. ¿Cómo explica la disminución de gonadotropinas en este caso?

La disminución de las gonadotropinas

2. ¿Por qué hay afección de los caracteres sexuales secundarios en esta paciente?

Mamas hipotrofas y vello púbico escaso

3. ¿Qué hormonas se encuentran alteradas en este caso y cuál es su función en el organismo?

Gonadotropinas: Desarrollo de folículos ováricos

Prolactina: Estimula la producción de leche materna

4. ¿Cuáles son las principales hormonas involucradas en la ovulación y cuál es su función?

La FSH y la LH

5. ¿Por qué presenta amenorrea y agalactia la paciente?

Por la falta de ovulación debido a sus niveles de FSH Y LH eso es de amenorrea y la agalactia disminuye

la prolactina hormona esencial para la producción

6. ¿Cómo se altera el eje hipotálamo- hipófisis- ovario cuando existe hipopituitarismo?

Por que la hipófisis en el hipopituitarismo, produce menos hormonas , lo que no deja que se comunique

el cerebro y los ovarios

7. ¿Qué antecedentes de la historia clínica permitieron a los médicos llegar al diagnóstico y por qué?

Sin salida de secreciones.

8. ¿Qué factores se estudian en la infertilidad femenina y en cuál de ellos clasificarías a esta paciente?

Problemas hormonales

9. ¿Qué indican los resultados de la espermatobioscopia directa realizada a la pareja sexual de la paciente?

Eyacuación en ambos normal

PH un poco desequilibrado

Densidad elevada

10. ¿Cuál es el pronostico para la vida reproductiva de esta paciente?

EL pronostico depende de la extensión de la lesión hipofisaria