**MODULO DE ONCOHEMATOLOGÍA Año 2016 (Alumnos)**

**CASO CLÍNICO DÍA LUNES: 25/04/2016**

 **(Trabajo práctico I)**

Paciente: JR sexo masculino, edad: 65 años, residencia: Córdoba, ocupación: pintor de obras, casado.

MC: Precordialgia

AEA: hace más o menos 12 hs. presentó dolor precordial de 15 a 20 minutos de duración de inicio súbito tipo opresivo que cedió con el reposo, con irradiación a miembros superiores, apareció ante mínimos esfuerzos (tareas de aseo) y sin sintomatología neurovegetativa. Refiere además en los últimos 5 días mareos posturales, debilidad generalizada, acúfenos y disnea grado II / III sin ortopnea ni disnea paroxística nocturna. Presenta tos con expectoración blanquecina de varios años de evolución con aumento de la tos en los últimos días. No fiebre ni escalofríos.

APP: HTA tratada con Enalapril 5 mg c/12hs y Amlodipina 5 mg c/12hs. diagnosticada hace 7 años. Angiodisplasia colónica desde hace 3 años. Diabetes tipo II diagnosticada hace 3 años con buen control metabólico medicado con antidiabéticos orales, dislipemia medicada con Atorvastatin 10 mg.

Internación previa hace 10 días por cuadro similar.

AHF: madre HTA y cardiopatía isquémica, hermana con enfermedad de Parkinson.

A Tóxicos: fumador hasta 40 cigarrillos por día por 30 años hasta hace un año. Enolista desde la juventud, 1,5 litros de vino por día.

Examen físico: afebril, talla 1,75 , peso 86 Kg, normonutrido, deshidratación leve, facie pálida. Decúbito activo electivo, piel pálida, trastornos tróficos en MMII. Celular subcutaneo: aumento del diámetro abdominal, edemas (+) hasta tercio inferior en ambas piernas. Osteoarticular: motilidad pasiva conservada, no deambula por astenia. Cabeza y cuello: conjuntivas pálidas, lengua saburral.

Ap. Respiratorio: FR 18 / min., crepitantes en base de pulmón izq.

Ap. Cardiovascular: TA 150/90, FC 89 /min., regular, R1-R2 normofonéticos,

 yugulares (-) neg.

Abdomen: globuloso, blando, depresible, no doloroso, no visceromegalia.

Genitourinario: PPR (neg) bilateral PRU (neg) bilateral

Neurológico: normal.

Laboratorio: GR: 2.400.000 por mm3, Hb: 5,8gr%, Hto: 20%, HCM 24

GB: 7.900 por mm3 ,N 67%, L 15%, M9%, Eo 6%, B 4%, plaquetas: 360.000 por mm3

CPK 58, CPK MB 18, GOT 12, Na 141, K 5, glucemia 130, urea 49, creatinina 1,44.

VSG 20 mm 1h, KPTT 29”, Protrombina 90%

ECG: ritmo sinusal, FC 90 /minuto, PQ 0,20, QRS 0,10 eje en 60 grados, no signos de isquemia.

Esófagogastroduodenoscopia: hernia de hiato, esofagitis leve, gastritis crónica superficial, gastritis erosiva antral.

Consignas:

1. Enumere los diagnósticos sindrómicos que encuentre y vea si todos se relacionan.
2. Diagnóstico etiológico
3. Interprete los estudios complementarios realizados.
4. Qué otros estudios solicitaría.
5. Conducta terapéutica.

 **MODULO DE ONCOHEMATOLOGÍA**

 **CASO CLÍNICO DÍA MIÉRCOLES: 27/04/2016**

 **(Trabajo práctico II)**

Paciente: G.D. sexo: masc. 16 años. Estudiante. Residencia: Unquillo (1-2-2006)

MC: Lipotimia, mareos, palpitaciones, acufenos.

AEA: Paciente sin antecedentes patológicos, comienza 3 meses previos a la consulta con episodios de lipotimia, mareos, palpitaciones, acufenos. Consulta a un dispensario en Unquillo y le diagnostican anemia. Se realiza tratamiento con hierro vía oral e IM, según refiere tenía Hb de 8g. sin respuesta.

Relata también que 7 días previos a la consulta, presentó una angina pultácea, recibió tratamiento con ATB por 4 días sin repetir fiebre.

Relata hematomas espontáneos a repetición.

No antecedentes de adenopatías, coluria, ictericia, no cambios en la materia fecal, no meteorismo ni diarrea.

Pérdida de peso 1kg. en un mes.

Antecedentes personales:

Vive en Unquillo.

Realiza estudios secundarios.

No hábitos toxicos.

AAS (-).

No contacto con tóxicos.

 No trabaja.

Examen físico:

TA 120/80, pulso 124/min reg, Tº 37,2º, altura 1,70m, peso 53Kg.

Palidez mucocutánea generalizada, equimosis de 0.5 cm de diámetro en antebrazo en sitio de venopunción. No se palpan adenopatías.

R1-SS 2/6 en mesocardio sin irradiación- R2 normofonéticos, yugulares (-)neg, edemas (-) neg.

Pulmones: MV normal, no ruidos sobre agregados.

Abdomen: No doloroso, no se palpa hígado ni bazo. PPR(-), PRU(-).

Paciente lúcido, sin foco neurológico, no rigidez de nuca.

Laboratorio:

GR 1.800.000. Hto 18%, Hb 6,3 g%, GB 2,400, NS 24%. L76%

Plaquetas 24.000, Reticulocitos 1,4%

VSG 86 mm 1h

Glucemia 79, Creatinina 0,85, K 4,3, Na 141

RX de torax: normal.

Ecografía abdominal: normal.

Consignas:

 1) Diagnostico presuntivo. Justifique

2) Diagnósticos diferenciales

3) interprete los estudios realizados, qué otros estudios solicitaría?

 4) ¿Cómo manejaría a este paciente? Plantee hipótesis que contemplen

 internación o externación así como tratamientos y medidas higiénico dietéticas.

 Tenga en cuenta también los aspectos psicológicos y sociales del paciente.

 **MODULO DE ONCOHEMATOLOGÍA**

 **CLÍNICO DÍA VIERNES: 29/04/2016**

 **(Trabajo práctico III)**

Paciente RC, sexo fem, 38 años, docente, casada.

MC: Disnea, cianosis, obnubilación del estado de conciencia.

AEA: Paciente que estando en buen estado de salud, tras un enfriamiento 72 hs previo a la consulta comienza con escalofríos, fiebre 39,2º, dolor en región lateral de hemitórax izquierdo tipo puntada.

Se realiza laboratorio: Hb 13 g/dl, GB 19.000/mm3, NS 89%, L 10%, M 1%, plaquetas 228.000, VSG 35 mm 1h.

RX de tórax: pequeño infiltrado alveolar paracardíaco izquierdo.

Paciente en buen estado general es medicada con Claritromicina 500 c/ 12 hs y Dipirona 500 mg c/6hs para la fiebre y el dolor torácico.

Realiza el tratamiento y el día de la consulta comienza con disnea brusca, cianosis, estado de obnubilación de la conciencia y es traída al Servicio de Guardia por los familiares.

APP: TBC: tratada y dada de alta hace 15 años.

Antec. tóxicos: fuma desde los 18 años hasta 30 cigarrillos por día.

Familigrama: vive con su esposo que es empleado público, y su hijo de 12 años estudiante, tiene buena relación familiar, es profesora de Matemáticas y Física, trabaja en dos escuelas con alumnos de 2º y 6º año. Se alimenta bien, dieta variada.

Ex. Físico: paciente obnubilada, disneica, cianosis en piel y mucosas. TA 90/60,

 pulso 125/ min reg, FR 35/min reg, T 38,5º, R1-R2 taquicardia, yugulares (-) neg,

edemas (-) neg, pulmones: crepitantes en bases y campos medios de ambos pulmones. Abdomen: no doloroso, no visceromegalias. No signos de foco neurológico, no signos meníngeos.

Laboratorio: Hb 11,7 mg/dl, GB 420 /mm3, plaquetas 120.000 /mm3, glucemia 90 mg/dl, urea 0,40 g/dl

Gasometría arterial PH 7,35, PCO2 32, PO2 42, Sat O2 81%.

RX de tórax: infiltrado alveolar bilateral.

Consignas

1. ¿Qué diagnóstico le sugiere esta paciente? Realice diagnósticos diferenciales.
2. Interprete los estudios realizados a la paciente .Qué otros exámenes complementarios solicitaría?
3. Tratamiento que efectuaría
4. ¿Es una urgencia? Justifique

 **MODULO DE ONCOHEMATOLOGÍA**

 **CASO CLÍNICO DÍA LUNES: 2/05/2016**

 **(Trabajo práctico IV)**

Paciente: NS, sexo femenino, 38 años, residencia en Córdoba, empleada doméstica, soltera.

MC: Astenia y Anorexia.

AEA: Paciente de sexo femenino de 38 años de edad que refiere astenia y anorexia no selectiva de aproximadamente una semana de evolución acompañada de nauseas sin vómito desde el mismo tiempo. Refiere además disnea grado II-III de comienzo súbito en las últimas 24 hs. Sudoración nocturna profusa, (no constata temperatura) de 10 días de evolución, pérdida de 20 Kg de peso aproximadamente en un mes y la presencia de adenopatías axilares desde hace 30 días y cervicales desde hace 45 días. Tiene el antecedente de habercele practicado la extirpación de un ganglio axilar hace 3 años con resultado anatomopatológico de benignidad.

APP: Asma desde los 20 años con crisis leves y esporádicas.

Antec. tóxicos: fuma desde los 15 años, 5 cigarrillos por día. No toma bebidas alcoholicas.

No consume medicamentos habitualmente.

Nació en Villa Dolores. Reside en Córdoba en Barrio Pueyrredón desde hace muchos años, vive con una hermana, se desempeña como empleada doméstica. Alimentación variada.

Antec. familiares:

Madre: fallecida a los 45 años, Ca de mama.

Padre: HTA, tabaquista.

1 hermana sana.

Examen Físico: pulso 130/min. reg, TA 120/60, T° 38,5º, FR 24 /min, Peso: 55Kg,

Piel: pálida, humedad disminuida. Mucosas secas y pálidas, conjuntivas pálidas y escleróticas ictéricas.

 Adenopatía laterocervical izq. de más o menos 3 cm de diámetro, de consistencia aumentada, indolora, y dos de 1,5 cm de similar características en región axilar izquierda.

Cardiovascular: R1-R2 hipofonéticos, yugulares (neg,) edemas (++) hasta la mitad de ambos muslos con color y temperatura conservados. Aparato respiratorio: escasos roncus aislados en campo pulmonar derecho. Abdomen blando no doloroso, RHA (+) se palpa bazo a 10 cm por debajo del reborde costal, hígado a 5 cm. por debajo de la arcada costal de consistencia algo aumentada, indoloro. PPR (neg) PRU (neg).

Exámen neurológico normal.

Laboratorio: Hto 28%, Hb 7gr%. GB 12.000/ mm3, NC 4%, NS 35%, Eo 4%, B 0%, L 52% ,M 5% .Plaquetas 200.000 /mm3. VSG 100mm 1h

 LDH 789 (VN 240-480), GOT 70 (VN hasta 38), GPT 34 (VN hasta 41), colesterol 98, fosfatasa alcalina: 281 (hasta 270), gamma GT 21 (hasta 61), proteínas totales 3,5 (6,6 a 8,7), albúmina 2,3 (3,4 a 4,8), glucemia 86, urea 48, creatinina 0,60. APP 36% KPTT 39”(32), Fibrinógeno 50mg (200 a 400)

Ecografía: hígado esteatorreico congestivo sin lesiones. Bazo 190 mm , resto normal.

Rx de tórax: hemidiafragma izq. sobreelevado, resto normal.

ECG: taquicardia sinusal, resto normal.

Consignas:

1. Teniendo en cuenta los antecedentes clínicos y estudios complementarios, elabore diagnósticos posibles y justifique.
2. ¿Solicitaría otro estudio complementario? ¿Cuál?.
3. Determine el estadío clínico y justifique su elección
4. Indique las características semiológicas de los ganglios en un proceso infeccioso , en un linfoma y una metástasis.

  **MODULO DE ONCOHEMATOLOGÍA**

 **CASO CLÍNICO DÍA MIÉRCOLES: 4/05/2016)**

 **(Trabajo prácticoV)**

Paciente VC, sexo fem, edad 60 años, residencia Carlos Paz, jubilada, casada.

MC: Astenia, febrícula, dolor en hipocondrio izquierdo.

AEA: Paciente de 60 años que desde dos meses previos a la consulta refiere astenia, mal estar general, disminución del apetito, que ha sido progresivo, febrícula 37,2º – 37,6º, sudoración nocturna, distención posprandial, dolores abdominales principalmente en hipocondrio izquierdo permanente de intensidad leve con sensación de pesadez en dicha zona al caminar.

APP:

LMC ( philadelfia +) diagnosticada hace 3 años con GB 160.000 /mm3, Hb 11,1 g/dl, plaquetas 370.000/mm3 y esplenomegalia de 3 cm por debajo del reborde costal al momento del diagnóstico. Hace un año presenta aumento de GB y plaquetas se le realiza punción de MO que informa: LMC en fase crónica. Medicación que recibe: Hidroxiurea con buen control de sus cifras hemoperiféricas.

Otros antec. patológicos:

Bronquitis crónica.

Tabaquismo: fuma desde los 20 años hasta 15 cigarrillos por día.

Alérgia a Penicilina y AINES.

La paciente es jubilada, trabajaba como empleada en un comercio de venta de ropas, vive con su esposo también jubilado, tiene dos hijos casados. Vive en Carlos paz.

Ex. Físico:

Paciente consciente, lúcida, tº 37,2º, TA 110/60, pulso 110/min reg, FR 20/min.

Piel pálida, conjuntivas pálidas. R1-R2 normofonéticos, taquicardia, yugulares (-) neg, edemas (-) neg, pulmones: murmullo vesicular disminuido global, roncus dispersos en ambos hemitórax. Abdomen: se palpa hígado 3 cm por debajo de parrilla costal, se palpa bazo de 20 cm por debajo de arcada costal doloroso a la palpación. PPR (-) neg, PRU (-) neg. No se palpan adenopatías.

Laboratorio: GB 150.000 por mm3 (Basófilos 13, metamielocitos 14, C 14, S 27, L9, M 1, promielocitos 13, mielocitos eosinófilos 4, Blastos 5%, Hb 8,3 gr/dl, plaquetas 330.000 por mm3, Hemostasia: TProtrombina 66%, Fibrinógeno 550 mg% (VN 200/400 mg%). LDH 2.127, GOT 38, proteinas totales 6,02, con proteinograma por electroforesis normal. Ferritina 488 ng/ml.Citoquímica:Fosfatasa alcalina leucocitaria (FAL) en sangre periférica 25%,

Consignas:

1. Es correcto el diagnóstico de LMC que tiene la paciente? Justifique.
2. ¿Cómo diferencia una LMC de una leucocitosis y de una leucemia aguda?
3. ¿Cómo diferencia una LMC de los otros síndromes mieloproliferativos?
4. Busque causas de leucocitosis con neutrofilia y marque que tiene y que no esta paciente para descartarlas.

 **MODULO DE ONCOHEMATOLOGÍA**

 **CASO CLÍNICO DÍAVIERNES: 6/05/2016**

 **(Trabajo práctico VI)**

Paciente SL, edad 31 años, sexo fem, casada, ama de casa, residencia: Córdoba.

MC: Astenia, metrorragia.

AEA: paciente de sexo femenino de 31 años, que tres días previos a la consulta comenzó con equimosis múltiples en MMII sin antecedente de traumatismo, acompañado de astenia y sensación de debilidad. Al día siguiente presentó metrorragia abundante (se adelantó su menstruación 10 días aprox.) y equimosis en MMSS espontáneas, al no ceder el cuadro concurre al día siguiente a Servicio de Guardia.

APP: Mononucleosis a los 15 años.

Antec. tóxicos: No presenta.

Vive con su esposo empleado administrativo en barrio Alta Córdoba, tiene 2 hijos de 6 y 8 años que concurren a la escuela primaria. Se desempeña como ama de casa.

Antec.de dos partos normales. Ciclos menstruales regulares. No toma ACO.

AHF:

Padre: HTA.

Madre: sana.

2 hijos sanos

Ex. Físico:

TA 100/60, pulso 98 /min reg, FR 18 /min reg, Tº 36,3º.

Piel y mucosas pálidas, equimosis en MMSS y MMII. Normonutrida. Boca con sangrado de encías. No edemas. No adenopatías.

R1-R2 normofonéticos, yugulares (-) neg, pulsos periféricos (+) Aparato respiratorio murmullo vesicular normal, no ruidos patológicos sobre agregados. Abdomen: blando, no doloroso, no se palpa hígado ni bazo. PPR (-) neg. PRU (-) neg. Examen neurológico: normal.

 Laboratorio:

GB 15.000 por mm3 , N 50%, Eo 2%, L 40%, M 2%, Bl 6%

GR 3.670.000 por mm3. Hb 9,6 gr%. Hcto 29%.

Plaquetas 26.000 por mm3 , VSG 30mm 1h

APP 50% , KPTT 31 seg.(VN23 +/- 6), glucemia 1,04. urea 0,30. creatinina 0,93.

Consignas:

1. Analice los síntomas y signos que presenta la paciente, realice su diagnóstico presuntivo.
2. Realice diagnósticos diferenciales.
3. Interprete los estudios de la paciente.
4. Indique que estudios en forma progresiva solicitaría para confirmar el diagnóstico

 **MODULO DE ONCOHEMATOLOGÍA**

 **CASO CLÍNICO DÍA LUNES: 9/05/2016**

 **(Trabajo práctico VII)**

 Paciente ZP, sexo femenino, 52 años, casada, ama de casa, residencia: Córdoba

MC: Dolor lumbar

AEA: paciente de 52 años que refiere comenzar hace 4 meses con dolor en hipocondrio y flanco izq. que se irradiaba a región lumbar y que con el tiempo se instala en dicha zona, lo refiere como sensación de “corriente” por lo que consulta a un facultativo que le diagnostica desgarro y la medica con AINES, por vía tópica y oral sin ceder la sintomatología.

Al mes siguiente le detectan anemia y la tratan con hierro vía oral; refiere astenia, disminución de la talla, niega pérdida de peso, no dejó de realizar sus tareas habituales, relata piel seca, parestesias en manos y piernas generalmente por la mañana, dolor en articulaciones de mano y muñecas, palpitaciones en cualquier momento del día con los esfuerzos. Refiere además constipación crónica.

 Le realizaron radiografía de columna lumbar con imágenes de osteopenia marcada, con disminución de la altura de los cuerpos vertebrales.

TAC de columna lumbar: osteopenia marcada, infiltración de cuerpos vertebrales.

APP: Gastritis. Histerectomía por miomas hace 6 años. Alergia a la penicilina.

Antecedentes tóxicos: no presenta

AHF: madre diabética, cardiópata, hipotiroidea, ca de vesícula. Una hermana ca de útero.

Examen físico: Piel y conjuntivas pálidas, dentadura en mal estado, bosio multinodular grado II, TA 130/70, pulso 100/ min regular, R1-R2 normofonéticos, edemas (-) neg yugulares (-) neg,. Aparato respiratorio normal. Abdomen no doloroso, no visceromegalia. Ruidos hidroaereos normales, PPR (neg) PRU (neg). Várices y telangiectasias en miembros inferiores. No se palpan adenopatías.

 Examen neurológico normal

Laboratorio:

Hb 8,30 gr%, Hto 25%, GB 5.000 /mm3, NC 4%, NS 50%, L 40%, Eo 0%, M 6%, plaquetas 200.000 /mm3, hipocromia (++), VSG 140 mm 1h

Creatinina 1,03, Urea 26, K 4,3. Na 138. Ca 12,2 (VN 8,4 a 10,5). Fósforo 6,5 (VN 2,5 a 4,8). Fosfatasa alcalina 450, GOT 12, GPT 12, Bilirrubina total 0,82. gama GT 19, glucemia 0,84, Ferremia 60 mcg/ dl (VN 70 a 160)

Consignas:

1. Realice su diagnóstico presuntivo.
2. Realice sus diagnósticos diferenciales
3. Analice los estudios realizados a la paciente.
4. Estudios complementarios para el diagnóstico
5. Conducta terapéutica.

 **MODULO DE ONCOHEMATOLOGÍA**

 **CASO CLÍNICO DÍA MIERCOLES: 11/05/2016**

 **(Trabajo práctico VIII)**

Paciente AB, sexo masculino, 59 años, casado, Residencia: La Matanza Bs. As.,

 Ocupación: carpintero

 MC: Dolor y equimosis en miembros inferiores, hematuria.

AEA: Paciente que hace 9 días llega a visitar familiares a las sierras de Córdoba en buen estado de salud. Hace 8 días luego de una larga caminata por las sierras comienza con dolor moderado de tipo urente en MMII a predomino derecho y posteriormente aparición de lesiones equimóticas en piés extendiéndose hasta raíz de muslos y hematuria. Consulta en un Hospital del interior donde lo interpretan como una púrpura de Shonlein Henoch y es tratado con metilprednisona, permanece internado por 4 días y es dado de alta. No refiere antecedentes de cuadros similares. Refiere haber sido picado por una araña (pequeña negra) una semana previa al inicio del cuadro, en el brazo, que se edematisó, tuvo que sacarse el reloj, pero al día siguiente cedió el edema y no tuvo otra sintomatología.

APP:

 Traumatismo abdominal por animal equino, ruptura de bazo: esplenectomía hace 40 años. No refiere profilaxis antineumocócica.

 Caída de andamio hace 8 años nunca tubo convulsiones pero quedó con profilaxis con Epamin (Fenitoína)

Toma aspirinas hasta 5 gramos por día por artrosis de columna.

Orquiectomia unilateral por traumatismo.

Antecedentes tóxicos: ex tabaquista de 5 cigarrillos por día por 10 años, hasta hace 8 años. Ex enolista de hasta 5 litros por día hasta hace 8 años.

Examen físico:

Pulso 88 / min. reg. TA 140/85, Tº 36,5, FR 16 / min.

Piel: equimosis en ambos pies, flictenas en región lateral de los mismos, equimosis hasta raíz de muslo, glúteos y miembros superiores que no desaparecen a la vitropresión, respetan palmas y plantas que presentan tiente ictérico.

Edema en manos y tercio inferior de piernas.

Hundimiento frontal derecho secundario a traumatismo.

Petequias en paladar duro, mucosas semi húmedas.

R1-R2 normofonéticos, yugulares (-) neg. Pulmones hipoventilación generalizada crepitantes en base izq. Abdomen no doloroso, cicatriz de esplenectomía, no se palpa hígado. PPR y PRU negativos. Bolsa escrotal con un solo testículo.

 Examen neurológico normal.

Laboratorio:

GR 4.500.000 / mm3, Hb 14 g/dl, Hto 42%, GB 15.000 /mm3 NC 6%, NS 68%, L 22%, M 4%, plaquetas 20.000 /mm3, VSG 20mm 1h

APP 33%. KPTT 50 seg., Fibrinógeno < 40 mg % (VN 200- 400 mg)

fibrinolisis positiva, Dimero D: positivo.

Glucemia 1,09. Urea 0,51. Na 132 , K 3,9.

Sedimento de orina: leucocitos 6 por campo. Hematíes: campo cubierto. Hematuria macro y microscópica.

ECG: ritmo sinusal FC 100 por minuto, eje en 0 grado, bajo voltaje generalizado.

Rx de tórax: cardiomegalia grado I. Botón aórtico prominente. íleos congestivos.

 Consignas

1. Diagnóstico presuntivo
2. Diagnósticos diferenciales
3. Analice los estudios realizados y sugiera otros que considere necesario.
4. Conducta terapéutica.

 **MODULO DE ONCOHEMATOLOGÍA**

 **CASO CLÍNICO DÍA VIERNES: 13/05/2016**

 **(Trabajo práctico IX)**

Paciente: LC, sexo masculino, edad 69 años, comerciante, residencia Arguello

MC: Melena, hematemesis

AEA: Consulta a servicio de Guardia por múltiples episodios de melena durante las últimas tres semanas y cuatro episodios de hematemesis en los últimos dos días acompañados de dolor abdominal difuso, constante. Astenia, palpitaciones y mareos. No pérdida de peso, niega acidez, ardor epigástrico, diarrea. El paciente negó antecedentes previos de sangrado digestivo, úlceras, alcoholismo, pancreatitis, gastritis, hepatitis o cáncer. Relata el antecedente de haber sido hospitalizado en otra institución por "dolor abdominal" cuatro años atrás y dado de alta sin diagnóstico.

APP: HTA medicado con Losartán 50 mg/día. Hipercolesterolemia medicado con Rosuvastatina 10 mg/día. No antec. Quirúrgicos. No antec. tóxicos. No toma otras medicaciones.

AHF: Padre cardiópata, fallecido. Madre dislipemia, fallecida por Neumonía. No tiene hermanos Una hija con un episodio de trombosis venosa a los 18 años. Esposa sana.

Vive con su esposa, tiene buena relación familiar.

Examen físico: Paciente consciente, lúcido, TA 110/70, Pulso 121/min.reg, T° 36.5ºC, FR 20/min reg. Piel pálida, conjuntivas pálidas, humedad de las mucosas disminuida. R1-R2 normofonéticos, taquicardia, ingurgitación yugular (-) neg., edemas (-) neg. Pulmones: murmullo vesicular normal, no ruidos patológicos sobreagregados. Abdomen blando, depresible, dolores difusos leves a la palpación, no se palpa hígado ni bazo. PPR (-) neg, PRU (-). Pulsos periféricos presentes y simétricos. Examen neurológico: normal.

Laboratorio: Hto 25%, Hb 8.4 g/dl, leucocitos 7,100/mm3, plaquetas 62.000/mm3, sodio 138 mEq/L, potasio 4.5 mEq/L, bicarbonato 24 mEq/L, creatinina 1.0 mg/dl, glucosa 102 mg/dl, tiempo de protombina 13 seg., tiempo de tromboplastina 32 seg., pruebas hepáticas normales.

Radiografía de tórax: normal, Radiografía de abdomen: normal. El paciente fue trasfundido con glóbulos rojos sedimentados Una endoscopia de emergencia reveló la presencia de múltiples várices gástricas en el fondo del estómago. TAC de abdomen: normal. Panangiografía abdominal: reveló trombosis de la vena mesentérica superior y de la vena esplénica. Se realizó esplenectomía sin complicaciones.

Revisando las tomografías de abdomen de la hospitalización de hace cuatro años atrás se observó evidencia de otro episodio (menos severo) de trombosis mesentérica.

Finalmente el reporte de patología del bazo, aspirado de médula ósea, y tomografías computarizadas descartaron neoplasias.

Consignas:

1. Diagnóstico presuntivo
2. Considera que los antecedentes familiares del paciente puede ayudar a su diagnóstico?
3. Analice los estudios complementarios y relaciónelos con su diagnóstico.
4. Qué otros estudios solicitaría?
5. Tratamiento.