

CLÍNICO PATOLÓGICA

CIMEQ ENERO 2011

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Edad: 82 años.

Ocupación: Jubilado.

Residencia: Santa Cruz del Norte.

Fecha de 1er ingreso: 24/09/2010.

Fecha de egreso: 26/10/2010.

Estadía: 32 días.

MI: Dolor de espalda.

HEA: Paciente masculino con antecedentes de Gastritis de 10 años de evolución tratado con Cimetidina 2 tab/ día y Domperidona 2 tab/día, Cardiopatía Isquémica hace 4 meses tratado con Amiodarona 1 tab/día, Captopril media tab/ día y Digoxina media tab día, por esta misma etapa había sido hospitalizado en el Hospital Nacional con el diagnóstico de una Sepsis urinaria y Bronconeumonía.

Un mes antes de este ingreso comenzó a presentar cuadro general caracterizado por astenia, anorexia y pérdida de peso, motivo por el cual se decide ingresar en nuestra Institución.

Interrogatorio:

Dolor en epigastrio (leve) sin irradiación con sensación de plenitud gástrica y flatulencia frecuente.

Examen Físico: (Datos positivos).

Mucosas: Ligeramente hipocoloreadas.

ACV: Ruidos cardiacos arrítmicos (FA), con latido de la punta visible y palpable, eretismo aórtico y ausencia de pulso pedio bilateral con edemas en MI(s) hasta ambas rodillas. Pulso pedio ausente

Abdomen: Excavado, que sigue los movimientos respiratorios y golpes de tos, no visceromegalia ni tumor.

27/09/2010: Se hace referencia en la evolución diaria, la existencia de dolor localizado en la región lumbar que no alivia con los cambios de posición, tampoco con la administración de analgésicos y no tiene apetito. Se indican estudios imagenológicos y de laboratorio.

28/09/2010: Se hace referencia a que el TCS está infiltrado hasta ambas rodillas.

Se comentan exámenes complementarios:

- **Rx Tórax:** Estudio penetrado y rotado, aorta ateromatosa y elongada, engrosamiento Pleural apical derecha y aumento de la transparencia de ambos campos pulmonares. Radio-opacidad homogénea en proyección de la base izquierda que borra el ángulo costofrénico en relación con derrame pleural. Cambios artrósicos dorsales.
- **USA:** Derrame pleural bilateral, vesícula con discreta cantidad de bilis de estasis. En lóbulo derecho hepático existe imagen no bien definida isoecogénica de 41x34 mm. El Páncreas se observa parcialmente, aorta ateromatosa de calibre normal. Riñón derecho normal. Riñón izquierdo con quiste parapiélico de 33 mm. Bazo normal. Vejiga prácticamente vacía. Próstata que mide 48x37x38 mm con un volumen de 35.80 cm³ de textura heterogénea con gruesas calcificaciones.
- **Survey óseo**

Cráneo: Estudio rotado sin definir alteraciones.

TX óseo: Signos de osteoporosis, cambios artrósicos.

Columna dorsal: Cambios artrósicos con disminución de los espacios intervertebrales.

Columna LS: Fractura por aplastamiento del cuerpo vertebral de L1. Disminución de los espacios articulares posteriores de los cuerpos vertebrales lumbares. Cambios artrósicos. Signos de osteoporosis.

Pelvis: Cambios artrósicos, signos de osteoporosis, procesos transversos de L5 contactantes. Borramiento del 1/3 superior de la articulación Sacroiliaca derecha. Disminución de ambos espacios Coxofemorales.

29/09/2010: Mejoría del dolor lumbar con la administración de Amicodex. MV disminuido en 1/3 inferior de ambos Hemitórax. Se refiere a existencia de una lesión interglútea con fondo sucio.

30/09/2010: Mejoría del apetito

Valoración por urología: (Ganmagrafia ósea Positiva): Múltiples focos costales y en pedículos dorsales y cervicales que pueden corresponder con MM o lesiones por metástasis prostáticas. Correlacionar con la clínica. Paciente que evoluciona hace 4 meses con dolores óseos en región lumbar y dorsal alta. Polaquiuria nocturna de 3-4 veces.

TR: Próstata grado I, lisa, regular, bordes bien definidos, no nódulos, consistencia elástica, compatible con una Hiperplasia benigna prostática grado I no obstructiva PSA(3.46).

Valoración por Hematología: Se valora paciente portador de una anemia de procesos crónicos.

Electroforesis de proteínas. Disminución de Albúmina con discreto incremento de β Globulinas.

Médula ósea: Diagnóstico anatómopatológico: Tumor maligno de origen no precisado.

Observaciones: Carcinoma pobremente diferenciado con patrón de crecimiento sugestivo de Tumor prostático que infiltra de forma difusa y extensa la médula ósea. Ausencia casi total de tejido hemocitopoyético en la muestra estudiada. Correlacionar con la clínica. Debe excluirse en segundo lugar una Neoplasia del tubo digestivo.

14/10/2010: El paciente presentó pico febril en horas de la madrugada precedida de escalofríos.

AR: MV disminuido hacia 1/3 inferior de Hemitòrax izquierdo.

ACV: Se ausculta S/S III/VI, más audible en foco mitral. Parámetros vitales normales.

TCS: Infiltrado en miembros inferiores que deja godet.

Hb: 8.1 g/L.

Hto: 026 V%

Leucograma: 10.5×10^9 P: 0.78 L: 012 M: 010

Rx de Tòrax: Radiopacidad homogènea en proyección de la base del pulmón izquierdo donde además de un derrame, debe descartarse la posibilidad de una lesión inflamatoria sobreañadida por lo que se decide comenzar tratamiento con Amoxicilina/Sulbactàn.

Ecocardiograma: Insuficiencia mitral y tricuspidea ligera. Disfunción diastòlica grado I con función sistòlica conservada.

US tiroides: Imagen ecolùcida en lóbulo derecho (2x2mm). El LD (13x17mm) y el LI (12.6x21). Istmo: (2.3mm).

US testicular: Ambos testículos normales, no hidrocele ni varicocele. Existen dos calcificaciones en escroto derecho.

Comentario: El paciente estaba siendo preparado para estudio Colonoscòpico (mal preparado) y al plantearle la necesidad de extender la preparación, este se niega. **(15/10/2010).**

18/10/2010: (Reevaluación por Urología) TR: Próstata grado I sin zona sospechosa de Adenoc. De Próstata. Se repite PSA (1. 30).

19/10/2010: Se transfunden 500 ml de glóbulos.

22/10/2010: Retornó del pase con diarreas. Se planifica por Oncología tratamiento con Pamidronato c/28 días.

26/10/2010: Egreso hospitalario.

OTROS EXÀMENES COMPLEMENTARIOS.

Hb: 7.7g/L **Hto:** 23V% **L:** 12.

Hipocromía: XX, Macrocitosis: X.

Constantes Corpusculares: **VCM:** 85f/L **HbCM:** 28pg **CHCM:** 336G/L

Conteo reticulocitos: 1.92 %

Fe Sérico: 8.2 mmol/L

Ferritina: 2000ng/L

Vitamina B12: 787 pg/L

Folatos: 32.5 ng/L

Eritrosedimentaciòn: 49 mm.

Glicemia: 4.34 mmol/L

Creatinina: 44 mmol/L

Acido Urico: 85 mmol/L

TGP: 34 U/L

TGO: 44 U/L

GGT: 227 U/L

FAL: 1211 mmol/L

PT: 57 g/L

Alb: 29 g/L

Bilirrubina total: 10 UMOL/L

Colesterol: 3.0 mmol/L

Triglicéridos: 0.92 mmol/L

PSA: 3.46 ng/ml

Serología: No reactiva

HIV: Negativo

TAC de cráneo: Signos de atrofia cerebral y cerebelosa, infartos corticales en ambos hemisferios, no lesión expansiva intracraneal.

TAC de Tórax: Marcada hipodensidad de la aorta en relación con un Síndrome anémico, derrame pleural izquierdo con atelectasia del lóbulo inferior izquierdo. Derrame pleural derecho. No se observan lesiones expansivas intrapulmonar ni intrabronquiales. Marcadas

lesiones osteolíticas en todos los huesos del esqueleto torácico, incluso en las vértebras, donde existen algunos aplastamientos.

TAC Abdomen simple: Gran quiste parapièlico del riñón izquierdo. No se definen lesiones hepáticas ni pancreáticas. Litiasis en cáliz medio del riñón derecho. Próstata muy aumentada de tamaño, heterogénea con bordes irregulares y áreas hipodensas en su interior. Múltiples lesiones osteolíticas a nivel de columna, Pelvis y 1/3 superior de ambos Fémur. Marcado aplastamiento vertebral de L1, ateromatosis de la aorta y sus ramas. Descartar MM.

Endoscopia superior: Gastritis antral ligera.

2do ingreso: 23/11/2010 **Fallece:** 27/11/2010.

Estadía: 3 días.

MI: Falta de aire.

HEA: Paciente que desde hace 6 días comenzó con fiebre de 39⁰ C, falta de aire y tos seca que apareció en horas de la noche anterior. La fiebre cedió con la administración de Dipirona y compresas frías. La falta de aire.

APP: Ver Historia clínica anterior.

Datos positivos al exàmen físico:

Paciente que yace en el lecho en decúbito supino obligado, semisentado, polipneico con gran cantidad de secreciones traqueobronquiales edemas en miembros inferiores y superiores de fácil godet (anasarca) con mucosas algo secas e hipocoloreadas y lengua seborreica, con toma del sensorio. Se acopla oxígeno suplementario.

MV globalmente disminuido con abundantes ruidos bronquiales transmitidos. FR: 38 x min.

ACV: Ruidos cardiacos arrítmicos y taquicàrdicos. FC: 125 x min TA: 90/40 mmHg. Pulsos perifèricos débiles.

Hb: 6.8g/L (Fue transfundido con 250 ml de glóbulos. **Hb Postransfusional** (8.3 g/L).

L: 17.0 x 10⁹/L **P:** 093 **L:** 004 **M:** 003

Glicemia: 4.7mmol/L

Creatinina: 66mmol/L

24/11/2010: Después de haber tomado medidas para mejorar el medio interno (250 ml de glóbulos, hidratación), se observa con mejor estado general, más orientado, cooperativo y con menos falta de aire, aunque se mantiene con respiración superficial en posición semisentado. Se dejan auscultar ruidos bronquiales transmitidos en ambos campos pulmonares y secreciones traqueobronquiales. FR: 28 x min. SPO₂.

Tendencia a la hipotensión arterial pero sin repercusión sistémica. FC: 96 x min. TA: 100/70.

Abdomen: Suave, depresible, no dolorosos a la palpación superficial ni profunda, no reacción peritoneal, RHA aceptables, (no ha defecado).

TCS: Edemas de naturaleza nutricional, de muy fácil godet, que interesa desde ambos pies hasta ambas rodillas y ambos miembros superiores.

25/11/2010: Empeora su estado general, con abundantes ruidos y secreciones bronquiales, polipneico (38 min), estupuroso. Se reporta grave.

Gasometría: PH: 7.31 PCO₂: 50.4 EB: -1.5 CHCO₃: 50 Na: 143mmol/L K: 4.5mmol/L

27/11/2010 (7.00am): Paciente que continúa grave, escasa comunicación con el medio, diuresis de 900 ml en 24 horas, se mantiene cobertura antibiótica (Rocephin) y medidas de sostén. Al exàmen físico tiene abundantes estertores crepitantes.

11.05 h: (Guardia de Medicina): Es llamado por la enfermera pues el paciente falleció.

Diagnóstico al egreso:

1. Bronconeumonía hipostática.
2. Enfermedad Neoplàsica con metástasis ósea con Tumor primario no identificado.