

Caso Clínico 2

Parte 1

Paciente masculino de 5 años de edad, que acude con su madre a consulta externa de medicina familiar por presentar tinte icterico en la piel de 24 horas de evolución. Al interrogatorio la madre refiere:

Antecedentes heredofamiliares:

Antecedentes heredofamiliares interrogados y negados.

Antecedentes personales no patológicos:

Habita en casa de sus padres, cuenta con todos los servicios de urbanización. Refiere cartilla de vacunación completa para la edad y género. Niega toxicomanías. Hábitos higiénico-dietéticos interrogados sin encontrarse alteraciones.

Antecedentes personales patológicos:

Niega enfermedades exantemáticas. Niega diagnóstico de enfermedades crónico – degenerativas. Niega cirugías previas, fracturas o transfusiones sanguíneas. Refiere que hace 1 año presentó un cuadro de ictericia y anemia secundario a la ingesta de algunos alimentos del grupo de las leguminosas, que se atribuyó a alergia alimentaria.

Padecimiento actual:

La madre refiere que el padecimiento actual inició hace 3 días cuando el paciente se quejaba de disuria, tenesmo vesical y polaquiuria, por lo que acudió a consulta con un médico quien le diagnosticó infección de vías urinarias, dando como tratamiento nitrofurantoina y fenazopiridina. Sin embargo, 24 horas después de la ingesta de la primera dosis del tratamiento, el paciente inicia con cuadro de ictericia en escleras, acompañado de astenia y adinamia. Al interrogatorio dirigido, la madre niega presencia de acolia, coluria o dolor abdominal.

Exploración física:

Signos vitales y somatometría:

- Tensión Arterial: 100/60 mm Hg
- Frecuencia cardiaca: 100 lpm
- Frecuencia respiratoria: 19 rpm
- Temperatura: 36.4° C
- Peso: 18 Kg
- Talla: 1.09 m

Paciente cooperador, despierto, orientado, sin movimientos anormales. Cabeza sin hundimientos ni salientes. Ojos con escleras con tinte icterico, pupilas isocóricas, reflejos pupilares conservados. Nariz con narinas permeables, mucosa nasal sin alteraciones. Boca con mucosa oral sin alteraciones. Cuello cilíndrico y sin adenomegalias. Tórax normolíneo, movimientos respiratorios sin alteraciones. Ruidos cardiacos rítmicos, sincrónicos, con adecuada intensidad, se ausculta S3. Campos pulmonares sin presencia de estertores ni sibilancias. Abdomen plano, blando, se auscultan ruidos peristálticos sin alteraciones, depreciable a la palpación, no doloroso a la palpación superficial, media o profunda, sin datos de irritación peritoneal. Se difiere exploración genital. Extremidades íntegras, se encuentra piel de adecuada coloración, fuerza y reflejos osteotendinosos sin alteraciones, llenado capilar de 2 segundos.

Parte 2

Se decide realizar estudios de laboratorio que reportan:

Biometría hemática

	Valores del paciente	Valores de referencia
Hemoglobina	10 g/dl	13 - 17 g/dl
Hematocrito	32%	40 - 50%
Volumen corpuscular medio	92 fl	83 - 100 fl
Hemoglobina corpuscular media	30 pg	28 - 32 pg
Leucocitos	5 x 10 ³ /μl	4,5 - 10 X10 ³ /μl
Plaquetas	230,000	150,000 - 450,000

Pruebas de funcionamiento hepático

	Valores del paciente	Valores de referencia
Bilirrubina total	5.2 mg/dl	0.2 - 1 mg/dl
Bilirrubina directa	0.4 mg/dl	0.2 - 0.5 mg/dl
Bilirrubina indirecta	4.8 mg/dl	0.2 - 0.7 mg/dl
Lactato deshidrogenasa	410 UI/l	100 - 200 UI/l
Aspartato aminotransferasa (AST)	34 UI/l	30 - 60 UI/l
Alanina aminotransferasa (ALT)	18 UI/l	15 - 30 UI/l

Frotis de sangre periférica:

Se observan eritrocitos de forma y coloración adecuada. Se observan esquistocitos. Resto de las células sin alteraciones.

Prueba de Coombs directa:

Se reporta prueba de Coombs directa negativa

Cuantificación espectrofotométrica de la actividad enzimática de la glucosa 6 fosfato deshidrogenasa: 5.8 U/g Hb.

Con lo anterior, se sospecha de los siguientes diagnósticos:

Anemia aplásica (D61.9)

Anemia por deficiencia (D53.9)

Anemia debida a hemorragia aguda (D62)

Anemia debida a trastorno del metabolismo (D55.9)

Anemia falciforme (D57.1)

Cédula de evaluación

Nombre del Alumno: _____ Grupo: _____

Caso Clínico 2

Lee el caso clínico anexo a esta cédula de evaluación y a continuación, realiza un análisis y llena los campos que se solicitan, justificando tu respuesta:

- **Signos vitales:**

<i>Signo vital</i>	<i>Valores del paciente</i>	<i>Valor de referencia</i>
<i>Tensión arterial (T/A)</i>		
<i>Frecuencia cardiaca (FC)</i>		
<i>Frecuencia respiratoria (FR)</i>		
<i>Temperatura (T)</i>		

- **Signos y síntomas:**

Signos	Síntomas

- **Justifique los estudios de laboratorio y gabinete que se solicitaron:**



- **Diagnóstico presuncional**

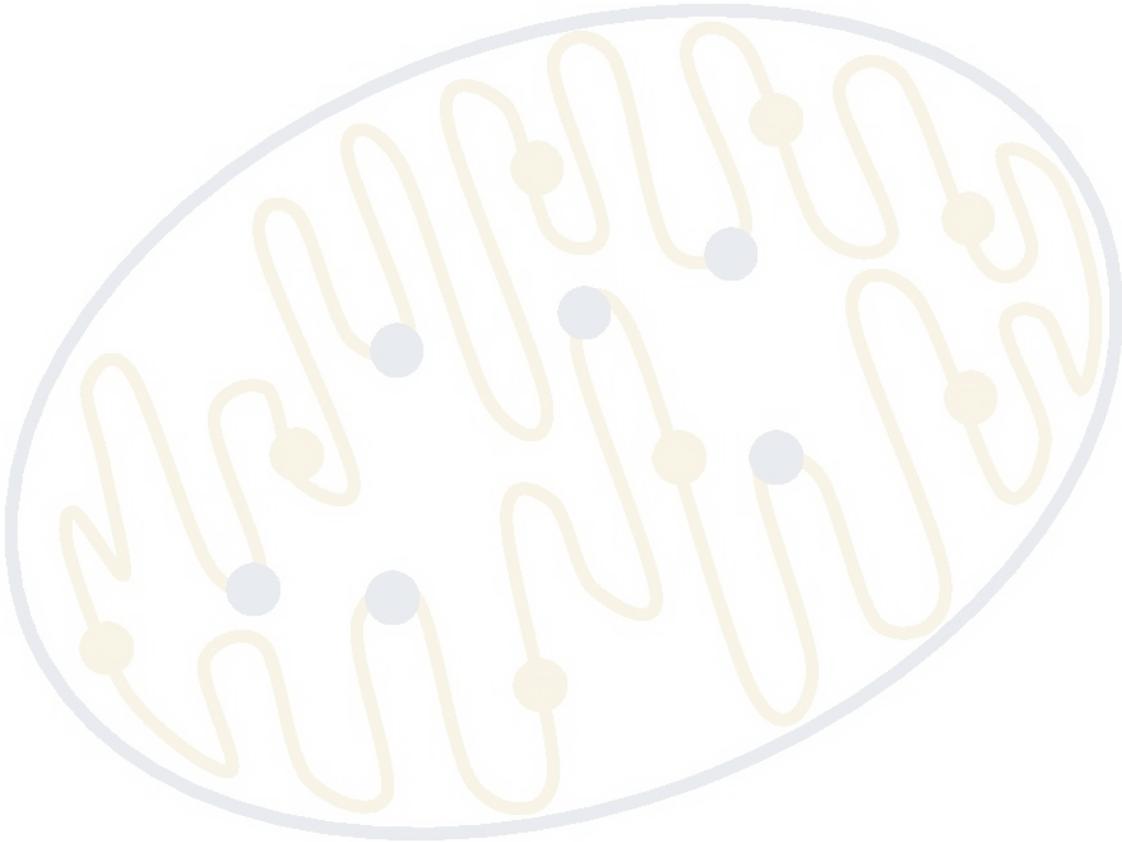


- **¿Qué otros estudios de laboratorio o gabinete realizaría para descartar o confirmar los diagnósticos diferenciales?**



DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA

- **Patogenia y fisiopatología del diagnóstico propuesto (realizar un mapa conceptual):**



DEPARTAMENTO DE BIOQUÍMICA
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA

- **Tratamiento propuesto (justifique su respuesta):**

Empty rounded rectangular box for the proposed treatment and justification.

- **Glosario**

