

Paciente:
MARIA PASTORA SOSA RAMIREZ

Edad:
80 años

Fecha:
03/06/2024

Resumen Clínico

F.N. 06.08.1943

Diagnostico:

- Sepsis de origen a determinar
- Ablación de Hepatocarcinoma (05.04.2024)
- Diabetes Mellitus 2 (10 años)
- Escoliosis Dorsolumbar
- Cistocèle grado 3
- Infección de vías Urinaria

Femenina de 80 años de edad, sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual, refiere cuadros diarreicos repetitivos, dolor abdominal, dolor en hombro y cadera derecha, fiebre hasta de 39°C antes del proceso ablativo, pérdida de peso de aproximadamente 5 kgs, radiculopatía ciática bilateral, actualmente no presenta fiebre, refiere pérdida de peso de aproximadamente 5 kgs. La tomografía computada de abdomen trifásica con fecha 30.04.2024 se observa la presencia de una tumoración de 120 x70mm así como la presencia de una zona de necrosis ablativa dentro de dicha tumoración de 70x50mm, no se observa la presencia de colecciones intra o peri-hepática. Llama la atención el aumento de los leucocitos siendo de 8000 uL (12.03.2024), 11600 uL (26.04.2024), 16500 (14.05.2024), 16300 (20.05.2024), Plaquetas de 258000 uL (12.03.2024), 195000 (26.04.2024), 138000 uL (14.05.2024), 110000 (20.05.2024), la Q.C. Maria Mercedes Teyssier dentro de las observaciones de estudios de laboratorio refiere Pseudo Pelger. Marcadores tumorales reportan Alfafetoproteína 2.43 ng/ml, Antígeno Carcinoembrionario 1.62 ng/ml, Ca 19.9 12,000 U/mL. En la valoración de la biopsia hepática, patología reporta hepatocarcinoma. Es importante mencionar que previo a proceso ablativo se realizó profilaxis con cefalexina, levofloxacino y clindamicina, al observar elevación de los leucocitos se inicia manejo con INVANZ de 1 gr, intramuscular con esquema de 7 días actualmente, aunque no persistió la tendencia del aumento de los leucocitos, se solicita valoración por parte de medicina interna para descartar proceso infeccioso y mejorar el estado de salud así como descartar otras causas que pudieran dar aumento de los leucocitos. Se solicita también valoración por parte de hematología para descartar síndrome mielodisplásico o alguna otra causa que sugiera la elevación de los leucocitos y la disminución de las plaquetas. Es importante mencionar que posterior a un proceso ablativo donde existe gran pérdida de tejido hepático siempre se acompaña de disminución del conteo plaquetario pero no corresponde al comportamiento presente, se establece comunicación por vía telefónica con familiar, el cual a la valoración por hemtología no considera la posibilidad de síndrome mielodisplásico y a la valoración por parte de hematología se inicia manejo con cefotaxima e itraconazol y posteriormente a la valoración por medicina interna continúa manejo con Cefotaxima 1 gr IV c/hrs, Itraconazol 40 mgrs IV c/24 hrs, Lasilacton 50/20 mgrs, 1 capsula al día. Durante el traslado refiere reporta familiar glucosa de 26 gr/dl, por lo que se sugiere glucosa al 50% y mantener con glucosa al 10%. Última tomografía computada de abdomen realizada con fecha 31.05.2024, se observa imagen hipodensa en el segmento V, IVA, IVB, lóbulo hepático izquierdo que corresponden a aumento del proceso infiltrativo así como de tipo inflamatorio, se observa leve cantidad de líquido de ascitis.

Plan.

- Ingreso al CEM (centro de especialidades medica) por Urgencias
- Valoración por medicina interna