

Universidad Autónoma de Tamaulipas



Facultad de Medicina
Dr. Alberto Romo Caballero

Asignatura:
Oncología

HISTORIA CLÍNICA DE UN PACIENTE CON CÁNCER GÁSTRICO

Catedrático:
Dr. Frank Bonilla

Alumno:
Vázquez Torres José Luis

Semestre y grupo:

8º “D”

Tampico, Tamps. Enero -2010

Ficha de identificación:

Nombre: AMR
No de filiación: 4062471026241947
Expediente: 546789512
Cama: 548
Sexo: Masculino
Fecha de nacimiento: 4 junio 1940
Edad: 69 Años
Grupo sanguíneo: O Rh+
Lugar de origen: Pánuco, Veracruz
Dirección: Calle Ignacio Zaragoza #109, Col. Maza
Estado Civil: casado
Escolaridad: secundaria
Ocupación: pensionado
Religión: católico
Servicio: Cirugía oncológica
Fecha de ingreso: 27 enero 2010
Fecha de elaboración de la HC: 31 enero 2010
Fuente de datos/tipo de interrogatorio: directo

Antecedentes heredofamiliares

Padre finado a los 78 años de edad padecía HTA y DM2, causa de muerte desconocida; madre finada a los 65 años de edad padecía DM2 causa de muerte Ca de colon; tiene 5 hermanos de los cuales 2 varones finados, uno de ellos por Infarto agudo al miocardio y el otro por Insuficiencia renal crónica; tres hermanas de las cuales 2 padecen HTA y una aparentemente sana. Tiene dos hijos varones de 44 y 50 años de edad, éste último padece Bronquitis crónica.

Antecedentes personales no patológicos

Nació en Ozuluama y reside actualmente en Pánuco desde sus 15 años de edad, casado a los 19 años, trabajó de jornalero en el corte de caña durante 10 años y desde entonces laboró en la industria metalúrgica Autlán de la cual es jubilado, terminó el nivel secundaria, católico, nivel socioeconómico medio. Vive en casa de material, piso y losa de concreto, 2 habitaciones, cocina y baño interiores, 2 ventanas con telas mosquiteras por habitación, solo convive con su esposa de 65 años de edad, cuenta con todos los servicios públicos, aseo deficiente bañándose cada tercer día. Alimentación regular en cantidad y calidad, consumo alto de sal de mesa en la comida. No exposición a humo de leña pero sí al humo de la quema de caña en su antiguo trabajo, exposición a altas temperaturas y vapores de metales durante 30 años de trabajo. Alcoholismo ocasional a base de cerveza, Tabaquismo positivo aproximadamente 20 cajetillas/año desde los 20 años de edad. No tatuajes, no realiza ejercicio físico, zoonosis positiva un perro, Combe negativo. Peso: 60kg, talla: 1.71m, IMC: 20.54.

Antecedentes personales patológicos

Enfermedades de la infancia: padeció rubeola, varicela, hepatitis A, faringoamigdalitis de repetición, fractura en antebrazo a los 12 años de edad con recuperación favorable.

Hospitalización en 2001 por infarto agudo al miocardio con buena respuesta al tratamiento médico a base de ácido acetilsalicílico, metoprolol, enalapril y pravastatina, asintomático desde entonces. Antecedentes quirúrgicos: apendicectomía en 1985 sin complicaciones posoperatorias.

DM2 detectada a los 45 años e Hipertensión arterial sistémica detectada a los 50 años, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, tratados con enalapril 5mg/24 hrs, pravastatina 30mg/24hrs dividido en 3 tomas y bezafibrato 200mg/24hrs.

Padecimiento actual

Inicia hace dos años con dolor epigástrico de tipo ardoroso, de intensidad moderada, no irradiado, de carácter constante con predominio postprandial, se acompañaba de pirosis y regurgitaciones, el dolor se acentuaba con alimentos proteínicos, grasos y consumo de alcohol, cedía levemente con antagonistas H2, con diagnóstico de gastritis, tratada en su Unidad de Medicina Familiar con Ranitidina 150mg VO c/12 hrs.

Los síntomas no cedieron, hace un año se realizó una Citometría hemática completa revelando anemia microcítica hipocrómica (Hb=12.5), según resultados en el expediente clínico. Se recomendó en ese entonces el consumo de alimentos con contenido alto de hierro y sulfato de hierro VO. Desde entonces no acudió al servicio médico.

El día 27 de enero de 2010 se presenta al servicio de urgencias por dolor intenso epigástrico con las características ya descritas, no cede con Ranitidina ni con analgésicos vía oral, presenta hiporexia y pérdida de peso de 8kg en 2 años, los resultados de laboratorio reportan Hb= 10mg/dL. De primera intención se pide interconsulta a Cirugía general derivándolo a Gastroenterología para realización de Panendoscopia superior debido a que no presentó cuadro de abdomen agudo.

El estudio endoscópico se realizó el día 28 del presente mes con toma de biopsia de una lesión vegetante mayor de 3cm, con áreas ulceradas y base de implantación irregular en la curvatura menor gástrica altamente sugestiva de adenocarcinoma. El resultado histopatológico reveló carcinoma gástrico difuso. Se decide valoración por cirugía oncológica.

Interrogatorio por aparatos y sistemas

Síntomas generales: pérdida de peso, astenia, adinamia, anorexia, insomnio.

Aparato respiratorio: tos crónica, expectoración matutina abundante.

Sistema cardiovascular: disnea de grandes esfuerzos

Aparato gastrointestinal: dolor epigástrico intenso, anorexia, vómito presente en la última semana

Aparato genitourinario: poliuria, nicturia

Sistema endocrino: polidipsia

Sistema nervioso: parestesias en miembros inferiores

Visión: catarata bilateral

Oídos, nariz, faringe: hipoacusia bilateral

Piel y anexos: resequedad

Sistema musculoesquelético: osteoartritis

Exploración física:

Signos vitales:

TA: 130/80 mmHg

FR: 15x/min

FC: 96x/min

TEMP: 36.5° C

Inspección general:

Paciente masculino consciente y cooperador, de edad aparente a la cronológica de constitución ectomórfica, fascie caquéxica, marcha normal, temblor digital, orientado en las 3 esferas.

Exploración por regiones:

Piel y anexos: palidez, mucosas hidratadas, onicomicosis en ambos pies, cabello seco y quebradizo.

Cabeza, ojos, oídos, nariz y garganta. **Cabeza:** normocéfalo. **Ojos:** escleras de color normal, entropion, pupilas normorrefléxicas isocóricas, fondo de ojo no valorable debido a catarata bilateral. **Oídos:** hiperemia de membrana y conducto auditivo externo derechos. **Nariz:** narinas permeables. **Garganta** (boca y faringe): cavidad oral con regular estado de hidratación.

Cuello: cilíndrico, adenomegalia izquierda.

Tórax: amplio en diámetro AP, movimientos de amplexión y amplexación normales, campos pulmonares hipoventilados en partes declives, sibilancias en base de campo pulmonar derecho, no uso de músculos accesorios, ruidos cardíacos rítmicos de baja intensidad.

Abdomen: *Inspección:* plano, cicatriz en fosa iliaca derecha postapendicestomía. *Auscultación:* peristalsis normal. *Percusión:* mate en epigastrio e hipocondrio izquierdo, *Palpación:* blando, depresible, no doloroso con masa apenas palpable en hipocondrio izquierdo.

Extremidades: íntegras y funcionales, sin edema, pulso distal (++), llenado capilar disminuido.

LABORATORIO

	Química sanguínea		
	Resultados	Valores normales	
Glucosa	150	70-110	mg/dl
BUN	17	7-18	mg/dl
Creatinina	1.2	0.6-1.3	mg/dl
Sodio	145	136-145	mmol /l
Potasio	3.5	3.5-5.1	mmol/l
Cloro	99	98-107	mmol /l
Urea	30.5	17-42	mg/dl
Magnesio	1.1	2-3	Mg/dl
Calcio	8.5	9-10.5	Mg/dl
Fósforo	4.5	3- 4.5	Mg/dl
TGO	36	10-40	U/ml
DHL	861	105-313	U/L

	Citometría hemática		
	Resultados	Valores normales	
Leucocitos	7.3	5-10	$\times 10^3$
Eritrocitos	4.1	3.5-5	$\times 10^6$
Hemoglobina	10	11.5-16.5	g/dL
Hematocrito	34.4	37-54	%
MCV	78.5	80-100	fL
MCH	25.1	27-34	pg
MCHC	32.6	33-35	g/dL
RDW	15.2	11.6-16.5	%
Plaquetas	210	150-450	$\times 10^3$
MPV	10.6	7.4-11	fL

	Resultados	Valores normales	Resultados	Valores normales
Neutrófilos	76.6%	37-80 %	5.59	$0.6-3.4 \times 10^3$
Linfocitos	18.8%	-	1.37	$1.2-3.4 \times 10^3$
Monocitos	2.4%	.	0.17	$0-0.7 \times 10^3$
Eosinófilos	0.2%	0-7%	0.0	$0-0.7 \times 10^3$
Basófilos	1.0%	0-2.5%	0.9	$0-0.7 \times 10^3$

TP= 13.2 testigo=11.7
INR= 1.10
TPT=15.2 Testigo=30
Fibrinógeno= 789