



*Sociedad de Medicina Interna  
de Madrid-Castilla La Mancha*

---

Secretaría Técnica:

**S&H Medical Science Service**

C/ Espronceda 27, Entreplanta

28003 Madrid

Tel: 91 535 71 83 - Fax: 91 535 70 52

E-mail: somimaca@shmedical.es

## **LXIX SESIÓN CLÍNICA INTERHOSPITALARIA**

**SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE  
MADRID – CASTILLA LA MANCHA**

**(SOMIMACA)**



**HOSPITAL ASEPEYO COSLADA  
SALÓN DE ACTOS**

**Madrid, 23 de junio de 2017**



# **LXIX SESIÓN INTERHOSPITALARIA**

**Hospital Asepeyo Coslada  
Viernes, 23 de junio de 2017  
Salón de Actos**

## **PROGRAMA**

- 9.00-9.15 h. RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN**
- 9.15-09.30 h BIENVENIDA**  
**Gerencia Hospital**
- 9.30-11.30 h. DESARROLLO DE CASOS CLÍNICOS**
- 9.30-9.45 h. Nº 1 – “Eosinofilia Severa”**  
Dr. Javier Álvarez Granda  
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid
- 9.45-10.00 h. Nº 2 – “Macroglosia en una consulta de M. Interna”**  
Dr. Marcos Benigno Álvarez Villacampa  
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Madrid
- 10.00-10.15 h. Nº 3 – “Fiebre sin foco y masa mediastínica”**  
Dra. Julia Vásquez Manau  
Hospital Universitario La Paz
- 10.15-10.30 h Nº 4 – “Clínica manda (Pluridiagnóstico o el ratón y el gato)”**  
Dr. Antonio Ortega Díaz de Cevallos  
Hospital Central Fraternidad-Muprespa
- 10.30-10.45 h. Nº 5 – “Varón de 67 años con impotencia funcional en MMSS”**  
Dra. M<sup>a</sup> del Pilar Redondo Galán  
Hospital Virgen de la Salud. Toledo
- 10.45-11.00 h. Nº 6 – “Dolor abdominal. Síncope y petequias. ¿Qué será?”**  
Dr. Edgard Rodríguez de Frías  
Hospital Universitario Clínico San Carlos
- 11.00-11.15 h. Nº 7 – “Mujer de 54 años con nódulos faciales”**  
Dra. Beatriz Torres Ceballos  
Hospital Gral. Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina. Toledo



- 11.30-12.00 h. CAFÉ**
- 12.00-14.00 h. DESARROLLO DE CASOS CLÍNICOS**
- 12.00-12.20 h. Nº 8 – “Varón de 71 años con bradipsiquia”**  
Dra. María del Mar Arcos Rueda  
Hospital Universitario La Paz
- 12.20-12.40 h. Nº 9 – “Varón de 65 años con dolor epigástrico”**  
Dra. Isabel Rábago Lorite  
Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián Reyes. Madrid
- 12.40-13.00 h. Nº 10 – “Mujer de 32 años con síndrome consuntivo, dolor abdominal y lesiones cutáneas”**  
Dra. Patricia Martínez Martín  
Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián Reyes. Madrid
- 13.00-13.20 h. Nº 11 – “Puerperio complicado”**  
Dra. Alba Hernández Píriz  
Hospital Universitario Fuenlabrada. Madrid
- 13.20-13.40 h. Nº 12 – “Corazón encharcado”**  
Dr. Jaime Alonso Muñoz  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
- 13.40-14.00 h. Nº 13 – “Fiebre y tumefacción proximal recurrente”**  
Dra. Yasmina Sharane  
Hospital Universitario Ramón y Cajal
- 14.00-15.00 h. COMIDA BUFFET – ENTREGA DE PREMIOS**

## CASO CLÍNICO Nº 1

### TÍTULO: "EOSINOFILIA SEVERA"

Álvarez-Granda J, Espigares Correa A, Ramírez Olivencia G, González Hernández C, Estrada Santiago A, Fernández Bermejo L, Conesa Guillen A, De Pablo Matesanz E, Gutiérrez García A. Servicio de Medicina Interna de Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (Madrid).

**RESUMEN:** Se presenta el caso de un paciente varón de 65 años de edad, pescador jubilado, gran fumador y con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) GOLD III que acude al servicio de urgencias del Hospital Central de la defensa "Gómez Ulla" (Madrid) por disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos y expectoración purulenta de 1 semana de evolución.

A su llegada al servicio de urgencias el paciente presenta desaturación de oxígeno al 80%, febrícula de T°:37.2°C, gran trabajo respiratorio (28 rpm), disminución del murmullo vesicular y sibilancias tellespiratorias. Se realiza radiografía de tórax en la que se objetiva cardiomegalia y discreto borramiento de borde cardiaco derecho, junto con bronquiectasias en LMD sin claros signos de consolidación alveolar.

Se solicita analítica urgente en la que se objetiva hipoxemia (pO<sub>2</sub> 68.4 mmHg), hipercapnia (pCO<sub>2</sub> 57.5 mmHg), discreta elevación de reactantes de fase aguda (PCR 0.69 mg/dl) y leucocitosis (Leucocitos 19700/mm<sup>3</sup>) con predominio de Eosinófilos (Eosinófilos 53.1% □ 10500/mm<sup>3</sup>).

Se decide ingreso en el servicio de Medicina Interna con diagnóstico de EPOC agudizado, bronquiectasias en LMD y eosinofilia severa a filiar. Se realiza frotis de sangre periférica en el que no se objetivan alteraciones estructurales. Se pauta antibioterapia empírica intravenosa con Piperazilina/Tazobactan, con buena respuesta clínica, manteniéndose afebril. Sin embargo, persiste y empeora la cifra de eosinófilos hasta 19000/mm<sup>3</sup> a lo largo del ingreso hospitalario.

El paciente no ha realizado viajes al extranjero recientemente, ni presenta antecedentes personales alérgicos. Como parte del estudio de eosinofilia se solicitan: serologías virales, autoinmunidad, parásitos en heces, biopsia y aspirado de médula ósea, que permiten llegar al diagnóstico etiológico del paciente.

*¿Cuáles son los valores normales de eosinófilos? ¿En qué categorías se divide la eosinofilia? ¿Cuáles son las causas más frecuentes de eosinofilia severa?.*

## CASO CLÍNICO Nº 2

### TÍTULO: "MACROGLOSIA EN UNA CONSULTA DE MEDICINA INTERNA"

**AUTORES:** Marcos Benigno Álvarez Villacampa<sup>1</sup>, Paloma Lucena Calvet<sup>2</sup>, Begoña de Dios García<sup>2</sup>, Ainhoa Gutiérrez García<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Residente de quinto año de Medicina Interna del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla".

<sup>2</sup> Adjunto de Medicina Interna del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla".

<sup>3</sup> Residente de segundo año de Medicina Interna del Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla".

**MOTIVO DE CONSULTA:** Paciente de 64 años que acude a consultas de Medicina Interna por macroglosia de seis meses de evolución.

#### ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

- No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.
- HTA sin tratamiento actualmente.
- No hábitos tóxicos.
- Hipotiroidismo.
- Hernia lumbar.
- Cirugías: Histerectomía + doble anexectomía.
- Antecedentes Familiares: Madre: Síndrome de Sjögren, DM tipo 2 y cáncer de colon. Hermano: Cáncer de laringe.

#### TRATAMIENTO HABITUAL

- Levotiroxina 50 mcg diarios.
- Ibuprofeno 600 mg si dolor.

**SITUACIÓN BASAL:** Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Cuidadora principal de su madre.

**HISTORIA ACTUAL:** Paciente mujer de 64 años que acude a consultas de Medicina Interna por aumento del volumen lingual desde hace unos seis meses. Añade dificultad para el habla y despertar nocturno por dificultad respiratoria.

No describe pérdida de peso, fiebre, dificultad para la deglución ni sensación de taponamiento a nivel de conducto auditivo.

#### EXPLORACIÓN FÍSICA

- TA: 140/80 mmHg; FC: 83 lpm; Sat.O2 basal: 95%
- Paciente bien hidratada y perfundida. Eupneica en reposo. Torpeza en el habla.
- CyC: No adenopatías No bocio. No ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos rítmicos y simétricos.
- AC: Tonos rítmicos sin soplos.
- AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: RHA presentes. Blando y depresible. No doloroso a la palpación superficial ni profunda. No masas ni megalias. Sin signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal bilateral negativa.
- MMII: No edemas. No signos de TVP. Pulsos pedios presentes.

- Cavidad oral: Macroglosia con marcas de arcadas dentarias en bordes linguales y lengua geográfica de predominio derecho.



**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Macroglosia como signo principal en nuestra paciente.

1. Congénita

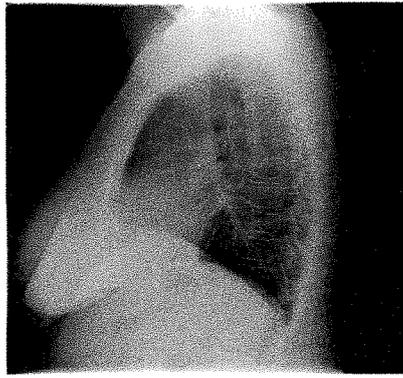
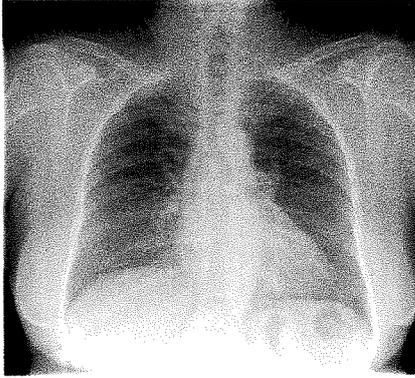
- Malformaciones vasculares (Linfangiomias. Hemangiomas).
- Malformaciones musculares (Hemihipertrofia).
- Mucopolisacadosis.
- Tumores congénitos (Quistes linguales. Quistes dermoides. Leiomiomas).
- DM neonatal.
- Síndrome de Down.
- Macroglosia autosómica dominante.
- Cretinismo.

2. Adquirida

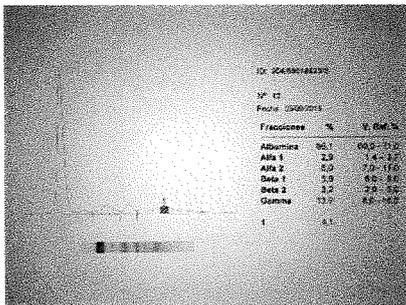
- Fármacos (IECA. Antidepresivos. Glucocorticoides).
- Tumores primarios de la lengua (Carcinoma epidermoide (90%). Carcinomas verrucosos. Linfoma Hodgkin y no Hodgkin. Adenocarcinoma. Rbdomiosarcoma. Plasmocitoma).
- Tumores metastásicos (Melanoma. Ca mama. Ca pulmón).
- Enfermedades inflamatorias locales (Ingestión de cáusticos).
- Enfermedades sistémicas infiltrativas (Amiloidosis. Sarcoidosis).
- Enfermedades endocrinológicas. (Hipotiroidismo. Acromegalia).
- Infecciones (Tuberculosis. Glositis bacteriana. Actinomicosis. Sífilis terciaria).
- Angioedema primario.
- Traumática.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS INICIALES**

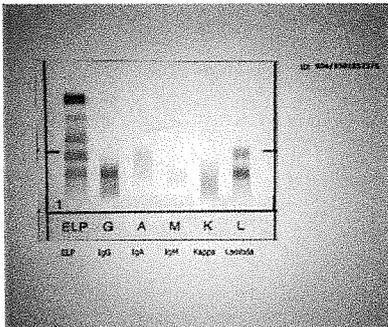
- Bioquímica, hemograma, marcadores tumorales y autoinmunidad: Normales.
- Metabolismo del hierro, vitamina B12 y ácido fólico: Normales.
- Rx tórax: Elevación hemidiafragma derecho.



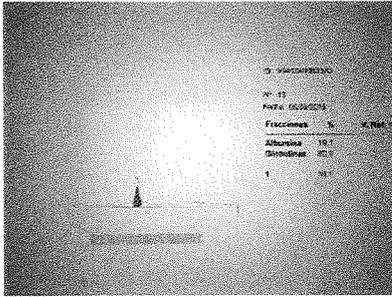
- Inmunoglobulinas en suero: Normales.
- Proteinograma: Banda monoclonal en el área de las gamma-globulinas.



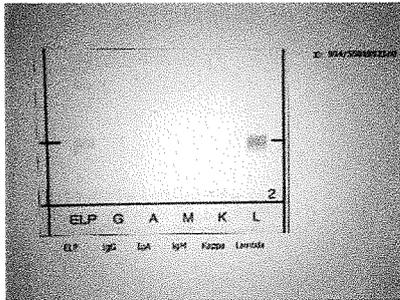
- IFI suero: Paraproteinemia monoclonal IgG lambda.



- Inmunoproteinas en orina: IgG: 0,64 mg/dl
- Electroforesis en orina: Banda monoclonal del 16%.



- IFI orina: Proteinuria de Bence Jones lambda.



- TC cervical: Tumoración lingual izquierda de bordes poco precisos sin captación nodular.



**EVOLUCIÓN:** Tras esta primera batería de pruebas, destaca una tumoración lingual de bordes poco precisos, la presencia de un pico monoclonal en suero y proteinuria de cadenas ligeras. A tenor de estos hallazgos, se sospecha un síndrome linfoproliferativo de células plasmáticas que justificara una gammopatía monoclonal sin olvidar los tumores primarios y metastásicos linguales.

Por ello el diagnóstico diferencial se acota a mieloma múltiple, gammopatía monoclonal de significado incierto, plasmocitoma, amiloidosis primaria y patología tumoral lingual.

A partir de ahí se solicitan las pruebas complementarias que ayudarán a definir el diagnóstico de la paciente.

## CASO CLÍNICO Nº 3

### TÍTULO: “FIEBRE SIN FOCO Y MASA MEDIASTINICA”

Julia Vásquez Manau<sup>1</sup>, Alicia Lorenzo Hernández<sup>2</sup>, Francisco Arnalich Fernández<sup>3</sup>.  
Médico residente de 2º año de Medicina Interna<sup>1</sup>. Médico adjunto de Medicina Interna<sup>2</sup>.  
Jefe de Servicio de Medicina Interna<sup>3</sup>. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz.

Varón de 72 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador (IPA 20). Como antecedentes personales destacan HTA, dislipemia, EPOC sin OCD, FA permanente anticoagulada con acenocumarol y una miocardiopatía dilatada. Ha sido intervenido de hernia umbilical, inguinal, artrodesis cervical y un melanoma en cuero cabelludo extirpado con linfadenectomía en 2015 (en remisión). Tiene una vida activa y sus antecedentes familiares no son de interés. Se encuentra en tratamiento con enalapril, ezetimiba, bromuro de ipatropio inhalado, acenocumarol, digoxina, omeprazol, pregabalina y paracetamol.

Acudió a Urgencias por fiebre sin foco de 15 días de evolución, con temperatura termometrada de hasta 38,5°C que no cedía con antipiréticos orales. Tampoco había respondido a un ciclo de amoxicilina-clavulánico pautado por su médico de atención primaria. Refirió antecedente de vacunación antigripal 3 semanas antes, con sudoración nocturna los días posteriores, haber sufrido un episodio sincopal 10 días antes y astenia, anorexia y pérdida de peso de 1,5 kg en los últimos 2 meses. En la exploración física se objetivó una temperatura de 38°C y una frecuencia respiratoria de 20 con resto de constantes vitales en rango normal, buen estado general y sin otros hallazgos a excepción de la auscultación arrítmica ya conocida.

La analítica de urgencias mostraba: hemoglobina 13,9 con VCM 93,9; leucocitos 7100 con 82% de neutrófilos (5820/mm<sup>3</sup>) y 5,2% de linfocitos (370/mm<sup>3</sup>), creatinina 0,96 mg/dL, iones en valores normales, AST 21, ALT 30, GGT 17, PCR 41,9 mg/L, fibrinógeno 669 mg/dL, y un INR de 2,9. La radiografía de tórax mostraba un índice cardiorácico en el límite alto de la normalidad, sin infiltrados ni derrame pleural, con un leve aumento de densidad en el ápex de pulmón derecho que podría corresponder a superposición de estructuras. El sistemático de orina no mostró alteraciones.

En la planta de Medicina Interna se realizó un TAC craneal y toraco-abdomino-pélvico que reveló la presencia de una masa paramediastínica necrosada en LSD con un nódulo satélite adyacente, adenopatías mediastínicas, hiliares y paraesofágicas de tamaño significativo y derrame pericárdico de pequeña cuantía. No obstante, todavía se necesitarían varias pruebas complementarias y 2 nuevos ingresos para llegar al diagnóstico final.

## CASO CLÍNICO Nº 4

### TÍTULO: “CLÍNICA MANDA (PLURIDIAGNÓSTICO O EL RATÓN Y EL GATO)”

Dr. A. Ortega Díaz de Cevallos, Dr. F. Cuevas Moreno (Medicina Interna), Dr<sup>a</sup> M.J. Ferreiro Álvarez (Neumología).

**HISTORIA CLÍNICA:** Paciente que sufre exposición por accidente laboral a ácido clorhídrico (líquido y vapores). En la primera asistencia únicamente se objetiva quemadura en MMII y a las 24 horas presenta intensa disnea.

Exploraciones: Auscultación pulmonar cambiante desde sibilancias a crepitancias. Analítica inicial con leucocitosis, neutrofilia, bioquímica repetidamente normal, IgE total normal, Gasometrías o normales o de hipoxemia sin hipercapnia. Radiológicamente patrón intersticial difuso que aparece y desaparece además de una patología basal crónica asintomática hasta ese momento. Espirometría evolutiva desde obstructiva a restrictiva y finalmente mixta.

Evolución: Varios ingresos y tratamientos, con recaídas reiteradas de disnea de mínimos esfuerzos, hasta que a los 6 meses del accidente, a raíz de sesión diagnóstico terapéutica, se instaura tratamiento con dos inmunosupresores añadidos a broncodilatadores consiguiendo una mejoría progresiva que permite el Alta laboral al año de iniciarse el cuadro, presentando una complicación no respiratoria a los 15 días que requiere terapia COT. A los 16 meses del accidente y tras 6 diagnósticos en este período, se puede suspender toda la medicación con el paciente totalmente recuperado, con todos los estudios complementarios normales y sin nuevas recaídas hasta la actualidad.

## CASO CLÍNICO Nº 5

### TÍTULO: “VARÓN DE 67 AÑOS CON IMPOTENCIA FUNCIONAL EN MMSS”

Maria del Pilar Redondo Galan, Carmen Yera Bergua, Ricardo\_Crespo. Servicio de Medicina Interna. Toledo

**HISTORIA CLÍNICA:** Varón de 67 años que acude a urgencias por dolor abdominal de 4 días de evolución con deposiciones normales. Dificultad para elevar MMSS sobre todo brazo izquierdo, con debilidad generalizada. Sensación de escalofríos sin termometrar temperatura. Coluria sin síntomas urinarios.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** TA: 120/76. Afebril. Obesidad. Temporales palpables. C y C: No aumento de PVY. No adenopatías. AC: arritmia a 80 lpm. AP: hipoventilación generalizada, sin trabajo respiratorio ni uso de musculatura accesoria. Abdomen: distendido con ruidos metálicos aumentados. EE: MMII, edemas crónicos con úlcera en MII, insuficiencia vascular crónica severa. MMSS: limitación a la elevación de MSI con fuerza y sensibilidad conservadas, pulso radial normal. Limitación leve en MSD.

#### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS INICIALES

- Bioquímica: Glucosa 142, Urea 51, Cr 1,4, Na 131,6, K, 2,86, Bilirrubina 1,31. GOT 1036, GPT 209. PCR >90. Amilasa normal.
- Gases venosos: pH 7,34, HCO<sub>3</sub> 20,5, Lactato 10
- S. Orina: 250 hematíes/micrL, 1 mg/dl bilirrubina, 500 mg/dl proteínas. Sedimento: 20-25 eritrocitos/campo, 10-15 leucocitos/campo. Presencia de bacteriuria
- Hemograma: 20.500 leucocitos (33%C, 62%N, 2%L, 3%M), Hb 15,8, Hto. 46,9%, VCM 97,4, Plaquetas 135.000
- E. Coagulación (en tratamiento con anticoagulantes): T. protrombina 56%, INR 1,5. Fibrinógeno 695
- Rx Tórax: Sin hallazgos patológicos
- Rx de abdomen: niveles hidroareos aislados, con aire distal

**EVOLUCIÓN:** Tras dieta absoluta, sondas rectales por turno y sonda nasogástrica, recuperación del tránsito intestinal. Empeoramiento progresivo de función renal a pesar de hidratación extra y ausencia de recuperación de la funcionalidad de MSI

## CASO CLÍNICO Nº 6

### TÍTULO: “DOLOR ABDOMINAL, SÍNCOPE Y PETEQUIAS... ¿QUÉ SERÁ?”

Edgard Rodríguez De Frías<sup>2</sup>, Paloma Aparicio<sup>1</sup>, Gustavo Cordero<sup>2</sup>, Irene Burruezo<sup>1</sup>, Cristina Outón<sup>1</sup>, Miguel Fernández Arquero<sup>2</sup>, Silvia Sánchez-Ramón<sup>2</sup>, Manuel Méndez<sup>1</sup>, Ángel Nieto<sup>1</sup>, Elpidio Calvo<sup>1</sup>.

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico San Carlos
2. Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Clínico San Carlos

**MOTIVO DE CONSULTA:** Mujer de 74 años que consulta por cuadro de dos semanas de evolución, caracterizado por deposiciones explosivas, con heces de consistencia blanda, oscuras (no melena), sin productos patológicos, asociado a náuseas, vómitos biliosos, epigastralgia de inicio brusco y síncope. De forma adicional, refiere febrícula de predominio vespertino y máculas rojizas, no dolorosas, no pruriginosas, que no desaparecen con la presión, en ambas piernas por lo que se le había indicado tratamiento con Prednisona. Niega síntomas respiratorios o genitourinarios en el momento actual. Sin embargo, días previos se le había prescrito Amoxicilina-Clavulánico por cuadro catarral.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Hipertensión arterial en tratamiento con Telmisartán e Hidroclorotiazida, bien controlada. Dislipemia: Hipercolesterolemia en tratamiento con Simvastatina. Sobrepeso: IMC 29. Asma intrínseca en tratamiento con Seretide y Salbutamol. Exacerbaciones en relación a infecciones respiratorias. Artrosis. No hábitos tóxicos

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Hermana ictus a los 60 años. Prima hermana con Enfermedad de Raynaud.

### EXPLORACIÓN FÍSICA DE INGRESO:

- TA 147/86 mmHg. FC 70 lpm. Afebril. SatO<sub>2</sub> 97% (basal)
- Buen estado general. Consciente y orientada en las 3 esferas. Palidez cutánea y mucosa. Sequedad de piel y mucosas. Eupneica.
- C y C: PVY normal, carótidas rítmicas y simétricas. Sin bocio ni adenopatías.
- AC: Rítmico, sin soplos ni extratonos.
- AP: Murmullo vesicular conservado, crepitantes en ambas bases, de predominio derecho.
- Abdomen: RHA presentes y normales, Blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. No masas ni megalias.
- EE: Edema en 1/3 distal de ambas extremidades inferiores. Pulsos pedios y radiales conservados y simétricos. Máculas violáceas en ambas piernas que no desaparecen con la digitopresión.
- Tacto Rectal: Heces en ampolla rectal sin signos de sangrado. No se palpan masas.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

#### En urgencias:

- Hemograma: Hb 13.2, Htco 40.8%, VCM 90.4, HCM 29.3, Leucocitos 11.100 (N 82.8%, L 10.3%), Plaquetas 432.000.
- Bioquímica: VSG 31, PCR 4.53, Proteínas 5, Glucosa 160, Urea 44, Creatinina 0.98, FG 57, Na 134, K 3.8, LDH 518, ALT 24, AST 27, GGT 29, FA 40, Bilirrubina T 0.5, Lipasa 68, Ca 7.8, Mg 1.9
- Coagulación: INR 1.2.

- Gasometría: pH 7.37, pO<sub>2</sub> 20, pCO<sub>2</sub> 41, Na 133, K 3.3, LAC 1.5 mmol, Hb 13.3, HCO<sub>2</sub>-23.7

- ECG: Ritmo sinusal a 72 lpm, eje izquierdo, PR < 0,20, QRS estrecho, no alteraciones de la repolarización.

- Rx Tórax: ICT conservado. Derrame pleural bilateral con líquido en cisura derecha. No infiltrados.

- Ecografía de abdomen: abundante líquido libre intraabdominal, perihepático, periesplénico, en flancos, entre asas y en fosa ilíaca derecha. Se explora selectivamente la fosa ilíaca derecha donde se observan asas de intestino delgado con dilatación y engrosamiento mural, así como abundante contenido en ciego.

- TC Abdominal: enteritis duodenal e ileal. Líquido libre intraabdominal abundante. Trombos aislados en aorta. Derrame pleural bilateral.



#### En planta:

- Frotis de sangre periférica: fórmula revisada con discreta granulocitosis y tendencia a la hipersegmentación y desviación a la izquierda de los neutrófilos. Serie roja con Rouleaux de los hematíes.

- Estudio de coagulación: Aumento de fibrinógeno. El resto del estudio plasmático es normal. Pruebas para anticoagulante lúpico negativas.

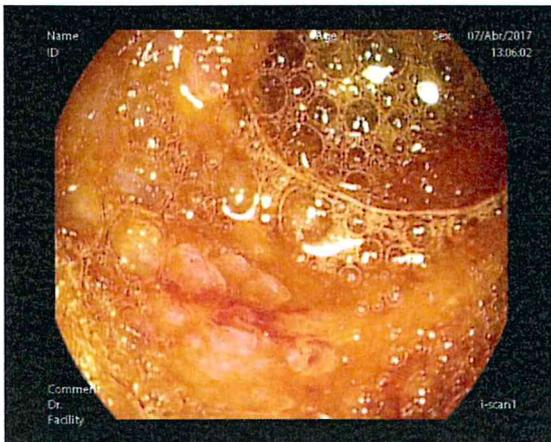
- Estudio inmunológico:

- Inmunoglobulinas: IgA 9, IgG 622, IgM 64
- Complemento C3 108.2, C4 25.5
- ANA: negativo. Ningún patrón
- ANCA: cANCA (PR3) <0.2; antimembrana basal < 0.2, pANCA (MPO) < 0.2

- Perfil de celiaquía: anti-transglutaminasa IgA: 0.0; anti-peptidodeaminado Gliadina IgG: 0.7

- Ecocardiograma transtorácico

- Ventrículo izquierdo de dimensiones y grosor normales. Función sistólica global normal (FEVI 62%) sin alteraciones de la contractilidad segmentaria.
  - No valvulopatías.
  - No derrame pericárdico.
- Panendoscopia oral: bulbo, duodeno y yeyuno proximal con una mucosa con aspecto granular, que rememora la imagen "en grano de arroz", con probable atrofia vellositaria. La toma de muestras refleja una reducción de la elasticidad.



- Colonoscopia: presencia de úlceras de bordes geográficos, menos de 1 cm de tamaño, con fondo fibrinoso y lesiones en sacabocados. Se toman muestras de biopsia reflejando una disminución de la elasticidad.



- Microbiología:

- VHC Negativo
- Epstein-Barr (IgG EBNA) Positivo
- Sifilis (Ac.totales) Negativo
- Toxoplasmosis (IgG) Negativo; (IgM) Negativo
- Herpes 1-2 (IgG) Positivo; (IgM) Negativo
- Citomegalovirus (IgG) Negativo; (IgM) Negativo
- B. burgdorferi (IgG) Negativo; (IgM) Negativo
- C. burnetii (IgG) Negativo; (IgM) Indeterminado
- C. trachomatis (IgG) Negativo; (IgM) Negativo
- R.conorii (IgG) Negativo; (IgM) Negativo
- Rosa de Bengala Negativo
- Aglutinación de Brucella Negativo; Ac. totales Brucella Negativo
- Parvovirus B19 (IgG) Negativo; (IgM) Negativo

- Ac. VIH y Ag. p24 Negativo

- Coprocultivo: no se aísla *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Aeromonas* ni *Campylobacter*; no se detecta toxina de *Clostridium difficile*.

- Anatomía Patológica:

- Líquido pleural: insatisfactoria para diagnóstico; frotis acelular.
- Piel: marcado edema dérmico superficial con ectasia vascular y discreto infiltrado perivascular superficial linfocitario con extravasación hemática focal, sin signos de vasculitis.
- Íleo y duodeno: arquitectura conservada, que muestra focos de ulceración con un tejido de granulación exuberante con vasos de endotelios prominentes.

**EVOLUCIÓN:** A su llegada a planta se inició tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacino y metronidazol, por sospecha de posible foco infeccioso intrabdominal, cumpliéndose ciclo antibiótico sin evidenciarse en coprocultivo ningún aislamiento microbiológico.

Se solicitaron estudios complementarios adicionales que sugieren el diagnóstico clínico.

## CASO CLÍNICO Nº 7

### TÍTULO: “MUJER DE 54 AÑOS CON NÓDULOS FACIALES”

Beatriz Torres Ceballos<sup>1</sup>, Álvaro Ochoa Ramírez<sup>1</sup>, Adriana Roa Ballesteros<sup>1</sup>, Jeffrey Oskar Magallanes Gamboa<sup>1</sup>, Antonio Gallegos Polonio<sup>1</sup>, Iván Cervigón González<sup>2</sup>, Esther Sánchez Díaz<sup>3</sup>, Fernando Marcos Sánchez<sup>1</sup>

1. Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo)
2. Dermatología. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo)
3. Anatomía Patológica. Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina (Toledo)

Mujer de 54 años remitida a consulta de Medicina Interna por lesiones nodulares en cara.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** No RAMC. Fibromialgia, en seguimiento por Reumatología. Ojo seco, sin cumplir criterios de Sd. Sjögren, en seguimiento por Oftalmología. Síndrome depresivo, en seguimiento por Psiquiatría. Como tratamiento habitual: Omeprazol 20 mg cada 24 horas, Gabapentina 800 mg cada 12 horas, Ziprasidona 20 mg cada 12 horas, Venlafaxina 75 mg cada 12 horas, Trazodona 100 mg cada 24 horas.

**HISTORIA CLÍNICA:** Se trata de una mujer de 54 años que consultó en Urgencias por fiebre, tumefacción y dolor en la hemicara izquierda. Refería fiebre de 38°C junto con la aparición de 3 lesiones nodulares dolorosas, en pómulo izquierdo y ambas comisuras labiales. Valorada por ORL, fue diagnosticada de celulitis facial e ingresada para tratamiento antibiótico intravenoso y corticoideo.

Tras mejoría inicial con este tratamiento, pocos días después del alta hospitalaria presentó empeoramiento de las lesiones, con aumento de volumen, eritema, dolor y reaparición de la fiebre. Acudió a Urgencias de otro centro e ingresó en Cirugía Maxilofacial. Durante este ingreso, se realizó TC de cuello, que mostró tumefacción cervico-facial de aspecto inflamatorio-infeccioso con imágenes pseudonodulares asociadas que podrían corresponder con pequeños abscesos, hallazgos con los que se planteó una paniculitis facticia como primera posibilidad. La paciente fue derivada a nuestras consultas para completar estudio.

En la exploración física en consulta de M. Interna: TA 113/59, Fc 95 lpm. BEG. Eupneica. Afebril. Bien hidratada y perfundida. Cabeza y cuello: Destacan 2 lesiones nodulares, no fluctuantes, de 1 cm de diámetro, dolorosas a la palpación, localizadas en ambas comisuras labiales. No se palpan adenopatías cervicales. AC: Tonos cardiacos rítmicos, sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. ABD: Sin alteraciones reseñables. MMII: Sin edema ni signos de TVP.

## EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- Hemograma: 14000 leucocitos con fórmula normal, Hb 13.3, Hto 41.2%, 468000 plaquetas, VSG 3.
- Coagulación: AP 83%, INR 1.14, Fibrinógeno 354.
- Bioquímica básica con función renal, glucosa, iones, albúmina normales. GPT 132, GOT 42, LDH 515, FA normal. PCR 5.3.
- Marcadores tumorales: Muy discreto aumento de Ca 15.3 no significativo. Ca 125, Ca 19.9, AFP, CEA normales.
- Autoinmunidad: FR 8, ANAs negativos.
- Serologías: VIH, VHC negativos. VHB pasado.
- Proteinograma sin pico monoclonal. B2-microglobulina normal.
- Mantoux negativo. BK en esputo negativo.
- Rx Tórax: ICT normal. Hilios prominentes. No infiltrados ni condensaciones en parénquima pulmonar.
- TC cuello con contraste iv: Marcado engrosamiento de ambos m. platismas y aumento de la densidad y trabeculación de la grasa del tejido celular subcutáneo de surco nasogeniano y fosa canina izquierdas, así como de las regiones mandibular y submandibular bilateral, en relación con marcados cambios inflamatorios. En el seno de los mismos, se ven imágenes pseudonodulares hipercaptantes que podrían corresponder con pequeños abscesos. Adenopatías de aspecto reactivo en niveles IB y IIA izquierdos. Adenopatías paratraqueales derechas. Impresión diagnóstica: Tumefacción cervico-facial de aspecto inflamatorio-infeccioso con imágenes pseudonodulares asociadas que podrían corresponder con pequeños abscesos. Se plantea paniculitis facticia como primera posibilidad. (Fig. 1 y 2)
- Ecografía de partes blandas: Se visualiza importante artefacto en TCS en toda la región peribucal, con alguna colección hipoecoica con refuerzo en tormenta de nieve subyacente, de aproximadamente 15 a 20 mm. Hallazgos no específicos que podrían estar en relación con paniculitis facticia descrita por TC.
- Biopsia cutánea mejilla izquierda: A nivel del panículo se observa infiltrado linfocitario junto a polimorfonucleares de distribución septo-lobulillar, junto a necrosis grasa. No se observa vasculitis. Impresión diagnóstica: Paniculitis septolobulillar con neutrófilos, sin vasculitis. Los hallazgos plantean el diagnóstico diferencial entre varias entidades, a destacar: paniculitis facticia o bacteriana, morfea y lupus profundo.
- Microbiología biopsia cutánea: Cultivo aerobio, anaerobio, hongos, negativos. Tinción de Gram y Ziehl-Neelsen negativas. En cultivo enriquecido crece Staph epidermidis polisensible. Cultivo de micobacterias negativo.

**EVOLUCIÓN:** Durante el ingreso en Cirugía Maxilofacial se instauró nuevamente tratamiento antibiótico y pauta descendente de corticoides, presentando mejoría y siendo dada de alta para completar estudio de forma ambulatoria en Medicina Interna.

Se coordinó con Dermatología la realización de una biopsia cutánea, que informó de la presencia de una paniculitis septolobulillar, sin vasculitis. De nuevo se pautó tratamiento con corticoides, mejorando inicialmente y volviendo a empeorar al suspenderlos.

Con estos hallazgos y revisando las pruebas complementarias previas, tratamos de identificar una causa subyacente y planteamos el diagnóstico diferencial. Finalmente se solicitó una exploración complementaria que ayudó a confirmar la sospecha diagnóstica.

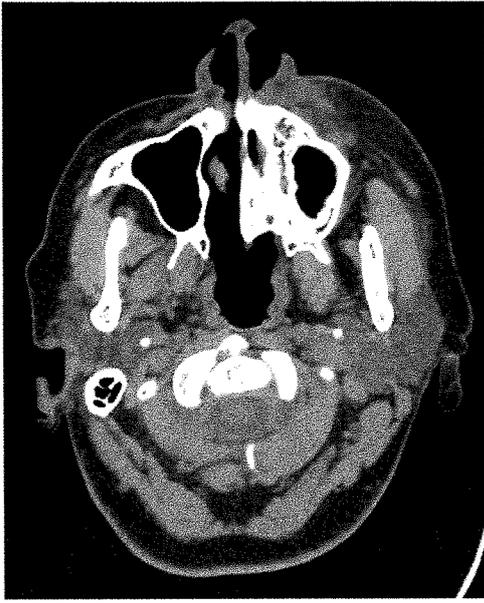


Fig. 1



Fig. 2

## CASO CLÍNICO Nº 8

### TÍTULO: “VARÓN DE 71 AÑOS CON BRADIPSIQUIA”

María del mar Arcos Rueda, Rogelio Barin

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz.

Varón de 71 años sin antecedentes personales de interés. No reacciones adversas medicamentosas conocidas. Bebedor ocasional, ex fumador desde hace 20 años (IPA 5), no otros hábitos tóxicos conocidos. No tratamiento habitual. Separado, vive solo, vida activa, no deterioro cognitivo.

Acude a urgencias del hospital la Paz por cuadro de 15 días de evolución de fiebre y deterioro del estado general. Refiere fiebre intermitente de hasta 38'5°C de predominio nocturno con sudoración asociada que cede parcialmente con antipiréticos junto con astenia y anorexia asociadas. A los 2-3 días de la aparición de la fiebre comienza con tos con expectoración herrumbrosa y bradipsiquia sin bradilalia, siendo este último el principal motivo por el que acude a urgencias. Niega disnea, palpitaciones ni dolor torácico. Episodio diarreico de 3 días con un total de 10 deposiciones sin productos patológicos autolimitado una semana antes de acudir a urgencias. Pérdida de peso de unos 9 kg en un mes. No artromialgias, no lesiones cutáneas. No síndrome miccional. No alteraciones sensitivas, visuales, motoras ni en la marcha. Refiere viaje al Camino de Santiago en dos semanas previas al comienzo del cuadro, con ingesta de marisco crudo; no viajes al extranjero. No convive con mascotas. Niega relaciones sexuales de riesgo.

A su llegada a urgencias presenta TA 139/85 FC 71 lpm Tª 36'5º y saturación 91% basal. En la exploración física: regular estado general, sequedad de piel y mucosas, bien nutrido y perfundido,

Cabeza y cuello: no ictericia conjuntival, adenopatías ni IY. Cavidad oral: halitosis marcada, restos hemáticos en arcada dentaria, uvula centrada, gingivitis con signos de sangrado activo. Lesión violácea circular de 3mm en canto externo izquierdo de lengua.

Tórax: ausencia de trabajo respiratorio, AC: rítmico, soplo sistólico en foco aórtico I/VI. AP: murmullo vesicular conservado con crepitantes en base derecha.

Abdomen: RHA+, blando y depresible, leve dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, no masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal.

Extremidades: no edemas ni signos de TVP, pulsos presentes simétricos.

Neurológico: alerta, consciente y orientado en las tres esferas. Bradisiquico. Pupilas isocóricas y normorreactivas. No limitación en los movimientos oculares. Pares craneales normales. No pérdida de fuerza ni sensibilidad, reflejos conservados. No bradilalia. No nistagmo, no disdiadococinesia, no dismetría, no ataxia, Romberg negativo.

En el servicio de urgencias se realiza análisis de sangre y orina, radiografía de tórax y TAC craneal con los siguientes resultados:

- Analítica: Hb 16'4, Htco 47'3%, VCM 91, leucocitos 5600 (68'5% N, 18% L), plaquetas 166000, VPM 8'1, TPT 11'6. Coagulación normal, fibrinógeno 558. Bioquímica: Glucosa 96, Creatinina 0'87, FG 86'8, Na 136'7, K 3'3, Cl 101, Ca 8'7, P 1'9, Mg 1'97, Urato 7'3, urea 23, AST 251, ALT 247, GGT 110, LDH 491, amilasa 67, bilirrubina total 1'1. Proteínas totales 7'4, albúmina 2'2, PCR 19'8, PCT 0'09.
- DRASS: leucocitos negativos, nitritos negativos, hematíes 1+, proteínas 1+, pH 7, glucosa negativo, cuerpos cetónicos 4+, urobilinógeno 4, densidad 1026.

- Rx tórax: centrada, bien penetrada, bien inspirada, ICT normal, aorta elongada, senos costofrénicos libres, infiltrado alveolar en base derecha.
- TAC craneal: atrofia cortico-subcortical difusa. Leucoencefalopatía de probable origen vascular. Probables infartos lacunares antiguos en capsula externa y núcleo lenticular derecho.

Así, el paciente es diagnosticado de neumonía adquirida en la comunidad basal derecha y síndrome confusional secundario por lo que se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona y claritromicina y se decide ingreso a cargo de M. Interna.

A su llegada a planta el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril y eupneico en reposo, con disminución de tos y expectoración pero persistencia de bradipsiquia clara por lo que se decide realizar punción lumbar y completar estudio de síndrome constitucional con analítica completa, marcadores tumorales, serologías, inmunidad y TAC torácico cuyos resultados.

## CASO CLÍNICO Nº 9

### TÍTULO: “VARÓN DE 65 AÑOS CONSULTA POR EL DOLOR EPIGÁSTRICO”

Isabel Rábago Lorite<sup>1</sup>, Patricia Martínez Martín<sup>1</sup>, María Martín de Santa-Olalla Llanes<sup>2</sup>, Gonzalo Serralta San Martín<sup>3</sup>, Llanos Soler Rangel<sup>3</sup>, Jorge Francisco Gómez Cerezo<sup>4</sup>

Médico Residente de Medicina Interna<sup>1</sup>, Médico Residente de Dermatología<sup>2</sup>, Médico Adjunto de Medicina Interna<sup>3</sup>, Jefe de Servicio de Medicina Interna<sup>4</sup>

Paciente varón de 65 años sin factores de riesgo vascular previos, con antecedentes de rinosinusitis y asma intrínseco crónico de al menos 30 años de evolución, intervenido de pólipos nasales y con ingreso hace 10 años por neumonía eosinófila resuelta. Diagnóstico de síndrome ansioso-depresivo leve en el último año. Está en tratamiento con inhalador de salmeterol/fluticasona 50/250 mcg cada 12 horas, fluticasona intranasal, escitalopram 10 mg diarios y lormetazepam ocasional. No introducción reciente de otros tratamientos.

La semana previa al ingreso presenta episodios ocasionales de dolor interescapular de intensidad moderada, irradiado a ambos brazos, de minutos de duración, acompañados de sensación nauseosa. No fiebre, disnea, palpitations, alteraciones del ritmo intestinal o clínica miccional. Acude a urgencias por dolor epigástrico, pirosis y vómito de contenido alimentario. No cuenta viajes, exposiciones ambientales, comidas, contacto con animales o picaduras de interés epidemiológico.

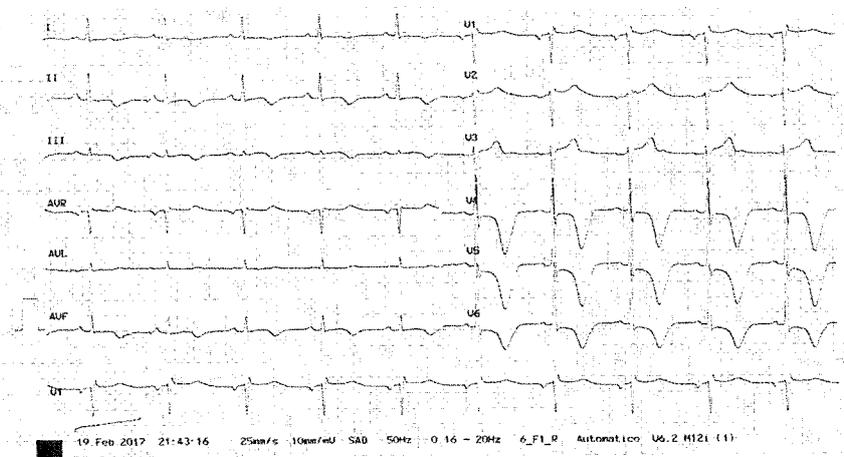
**EXPLORACIÓN FÍSICA:** Se encuentra pálido, eupneico, con frecuencia cardiaca de 80 lpm, tensión arterial de 119/68 mmHg y saturación basal de oxígeno 95 %. Lesiones purpúricas de 1-2 mm en la espalda. Abdomen depresible con ligero dolor a la palpación epigástrica. Resto de la exploración sin alteraciones.

#### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- **Hemograma:** Leucocitos 13.220/ $\mu$ L Neutrófilos 4.700/ $\mu$ L (35%) Linfocitos 1.600/ $\mu$ L (12%) Monocitos 700/ $\mu$ L (5%) Eosinófilos 6.000/ $\mu$ L (45%) Hemoglobina 13.3 gr/dL V.C.M 88.7 fl Plaquetas 146.000/ $\mu$ L
- **Estudio de Coagulación:** Tiempo de protrombina 14.0 segundos (9.0 - 13.0), Actividad de protrombina 76.0 % (70.0 - 120.0), I.N.R. 1.16 (0.0 - 1.15), APTT (T.Cefalina) 26.0 seg (23.0 - 34.5), Fibrinógeno derivado >500 mg/dL (150.0 - 400.0)
- **Gasometría venosa:** pH 7.46 (7.33 - 7.42), pCO<sub>2</sub> 29 mmHg (38.0 - 48.0), HCO<sub>3</sub> 20.1 mmol/l (23.0 - 28.0)
- **Bioquímica:** Glucosa 85 mg/dl (70.0 - 110.0), Creatinina 1.64 mg/dl (0.7 - 1.3), Proteínas totales 7.2 g/dl (5.7 - 8.2), Sodio 141 mmol/L (136.0 - 145.0), Potasio 4.0 mmol/L (3.5 - 5.3), Cloruro 106 mmol/L (99.0 - 109.0), Bilirrubina total 0.5 mg/dl (0.3 - 1.2), Bilirrubina conjugada No procede por Bili Total < 1.8 y edad > 21 días mg/dl (0.0 - 0.3), CPK 87 U/L (39.0 - 308.0), Troponina I (Tnlc) 0.49  $\mu$ g/L (0.0 - 0.07), LDH 404 U/L (120.0 - 246.0), GPT (ALT) 28 U/L (10.0 - 49.0), GOT (AST) 25 U/L (0.0 - 37.0), Fosfatasa alcalina 96 U/L (50.0 - 136.0), alfa-Amilasa 57 U/L (30.0 - 118.0),

Lipasa 114 U/L (73.0 - 393.0), Filtrado Glomerular Estimado [CKD-EPI] 43.21 ml/min/1.73m<sup>2</sup> Proteína c reactiva 32.6 mg/L (0.0 - 5.0)

- Tira reactiva de orina: pH 5.5 (5.0 - 7.5), Densidad 1020 g/L (1005.0 - 1030.0), Proteínas 30 mg/dl (0.0 - 30.0), Glucosa NEGATIVO mg/dl (0.0 - 15.0), C. Cetónicos 15 mg/dl (0.0 - 5.0), Bilirrubina NEGATIVO mg/dl, Urobilinógeno 0.2 mg/dl (0.0 - 1.0), Nitritos NEGATIVO, Leucocitos NEGATIVO cel/ $\mu$ L (0.0 - 10.0), Hematíes 200 cel/ $\mu$ L (0.0 - 5.0), Sedimento urgente, Hematíes 30-50 Hematíes /campo erit/campo, Leucocitos 5-10 Leucocitos /campo leu/campo, Células Celulas de Vias Bajas Aisladas, Cilindros Cilindros Hialinos Aislados
- Determinaciones en orina de 1<sup>a</sup> micción: Proteínas, orina espontánea 50.7 mg/dl, Microalbúmina, orina espontánea 220.0 mg/L, Creatinina, orina espontánea 115 mg/dl, Cociente Microalbúmina/creatinina, orina espontánea 191.30 mg/g (0.0 - 30.0)
- ECG: Ritmo sinusal a 62 lpm, PR normal, QRS estrecho, eje eléctrico 97°, QTc 523 ms, descenso del ST y onda T negativa, profunda y simétrica en V3-V6 y cara inferior.



- Radiografía de tórax sin alteraciones

**EVOLUCIÓN:** El paciente es valorado por Cardiología y, con diagnóstico de probable Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST, se decide realizar coronariografía urgente que resulta normal. Los síntomas clínicos remiten, permaneciendo estable clínica y hemodinámicamente. La determinación seriada de troponina no presenta curva de IAM. Se administra sueroterapia las primeras 24 horas, sin mejoría de ningún parámetro analítico descrito. Ingresa en Medicina Interna.

## CASO CLÍNICO Nº 10

### TÍTULO: "MUJER DE 32 AÑOS CON SÍNDROME CONSUNTIVO, DOLOR ABDOMINAL Y LESIONES CUTÁNEAS"

Patricia Martínez Martín<sup>1</sup>, Isabel Rábago Lorite<sup>1</sup>, María Martín de Santa-Olalla Llanes<sup>2</sup>, Llanos Soler Rangel<sup>3</sup>, Gonzalo Serralta San Martín<sup>3</sup>, Jorge Francisco Gómez Cerezo<sup>4</sup>

Médico Residente de Medicina Interna<sup>1</sup>, Médico Residente de Dermatología<sup>2</sup>, Médico Adjunto de Medicina Interna<sup>3</sup>, Jefe de Servicio de Medicina Interna<sup>4</sup>

**MOTIVO DE CONSULTA:** Lesiones cutáneas y vómitos.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** mujer de 32 años sin alergias conocidas, ni hábitos tóxicos. HTA e hipotiroidismo de 10 años de evolución. Hernia de hiato. Diagnosticada de déficit de B12 y A.Fólico de causa no filiada. Artralgias sin artritis erosiva con AntiCCP+ FR- y ANA -.

Realiza tratamiento con Levotiroxina 112 mcg (1-0-0); Enalapril 10 mg (1-0-1); Hidroxicloroquina 200 mg (1-0-1); Acofol 5 mg (1-0-0); Prednisona 5 mg (1-0-0); Omeprazol 20 mg (1-0-0) e Hidroferol quincenal.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** mujer de 32 que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de vómitos, anorexia y dolor abdominal con una pérdida de 10 kg de peso ; acompañado de lesiones cutáneas y fiebre de hasta 38°C . Refiere un cuadro de disfonía de varios días de evolución que relaciona con un catarro de vías altas.

### EXPLORACIÓN FÍSICA.

- Tª 36.6 °C, TA 156/104 mmHg, FC 116 lpm, Sat O2 98 % basal.
- COC. Bien nutrida e hidratada, palidez cutánea.
- Eupneica.
- Auscultación cardio-pulmonar: taquicárdica, rítmica, sin soplos; MVC
- Abdomen: blando, depresible, discretamente doloroso a la palpación en epigastrio. RHA +.
- No signos de irritación peritoneal.
- Blumberg y Murphy negativos.
- Ecografía clínica con hallazgo de esplenomegalia de 14 cm.
- MMII: no edemas ni signos de TVP
- Nódulos cutáneos en dorso manos, alguna lesión papulosa, eritematosa en región cervical y en región sacra-glútea, en esta última localización con lesiones de rascado.

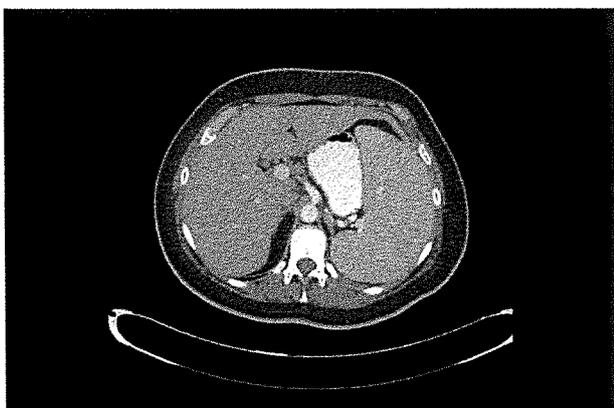


## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

### ANALÍTICA

- **Serie blanca:** Leucocitos  $1.68 \times 10^3/\mu\text{L}$  , Neutrófilos  $1.2 \times 10^3/\mu\text{L}$  , Linfocitos  $0.3 \times 10^3/\mu\text{L}$  , Monocitos  $0.1 \times 10^3/\mu\text{L}$  (0.1 - 0.9), Eosinófilos  $0.1 \times 10^3/\mu\text{L}$  , Basófilos  $0.0 \times 10^3/\mu\text{L}$  , Neutrófilos 70.9 % , Linfocitos 18.2 % , Monocitos % 4.4 % , Eosinófilos 3.4 % Basófilos 0.8 %
- **Serie Roja:** Hematíes  $3.21 \times 10^6/\mu\text{L}$  , Hb 9.1 g/dL , Hematocrito 26.5 % , V.C.M 82.4 fL , H.C.M 28.4 pg , C.H.C.M 34.4 g/dL , RDW (CV) 18.1 % , Plaquetas  $182 \times 10^3/\mu\text{L}$  , VCM 9.5 fL , VSG 70 .
- **Coagulación** TP 14.2 sg, Actividad de protrombina 66.1 % , I.N.R. 1.26 , APTT 25.3 seg , Fibrinógeno derivado 384.8 mg/dL.
- **Bioquímica :** Glucosa 107 mg/dl , Urea 20 mg/dl , Creatinina 0.52 mg/dl , Ac. Urico 5.8 mg/dl , Proteínas totales 6.4 g/dl , Albúmina 3.0 g/dl , Calcio 8.1 mg/dl , Calcio corregido (albúmina) 9.0 mg/dl , Fósforo 3.6 mg/dl , Sodio 135 mmol/L , Potasio 3.8 mmol/L , Hierro 55  $\mu\text{g}/\text{dl}$  , Bilirrubina total 1.6 mg/dl , Mioglobina 202.0 ng/ml , LDH 446 U/L , GPT 11 U/L , GOT 17 U/L , FA 76 U/L , GGT 15 U/L , Vitamina B12 255 pg/ml Ac. Fólico 7.3 ng/ml , [CKD-EPI]  $>90.0 \text{ ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$  PCR 101.9 mg/L. Ferritina 1259 ng/ml ; Transferrina 150 mg/dl ; IST 26.00
- **Serologías.** HBsAg (-), Ac.Anti HBc (-), Ac.Anti HCV(-) ; Ac.Anti HIV(-) Toxoplasma Ac IgG (+)IgM(-) ; Ac CMV IgG (-); Leishmania, Ac. IgG (-) ; Parvovirus, Ac.IgG (-) ; Parvovirus, Ac.IgM (-)
- **Inmunología** ANA (-); AntiDNA (-) ; c-Anca(- ) , p-Anca(- ) , Ac. antiproteinasa-3 Negativo (-) Ac. antiMPO (-) Ac. antiPR3 7.72 U/ml Ac. anti CCP ( $> 320.00$ ) U/ml ; FR 68 UI/ml
- **Frotis de sangre periférica:** Rouleaux, policromasia y **frecuentes esferocitos**, algún eliptocito. Serie blanca sin alteraciones morfológicas. Plaquetas de morfología normal.

### TAC ABDOMINAL



**EVOLUCIÓN:** En base a la sospecha clínica se administraron bolos de corticoides, con mejoría muy importante de la anemia y de las lesiones cutáneas. La paciente fue dada de alta el 24/02/2017 con dosis descendentes de corticoides , y a los 23 días, reingresó con los mismos síntomas, acompañados de anemia franca y eosinofilia periférica llamativa, de hasta **4200/ml** ; todo ello acompañado de derrame pleural izquierdo .

## CASO CLÍNICO Nº 11

### TÍTULO: “PUERPERIO COMPLICADO”

Alba Hernández Píriz, Emma André Ruiz, Elena Saiz Lou, Luz Lozano Maneiro, Antonio Zapatero Gaviria

Mujer de 31 años, gestante de 40+1 semana, que ingresa a cargo de ginecología el 5 de mayo por rotura prematura de membrana.

Como antecedentes destaca fenómeno Raynaud (en 2006 y 2010) sin otros datos de conectivopatía, con ANA positivo y anticardiolipina Ig M positivo sin datos de trombosis ni de abortos previos, siendo estos negativos en 2013 y 2016.

Se programa parto vaginal el día 6 de mayo que se lleva a cabo sin incidencias inmediatas.

A lo largo del día inicia cefalea leve que cede con analgesia, destacando a la exploración física: Tensión arterial 163/83 mmHg, afebril, epigastralgia, y molestias a la palpación en hipocondrio derecho, siendo la auscultación cardiopulmonar y el resto de la exploración normal.

Se solicita analítica en la que se objetiva alteración del perfil hepático (GPT 104 U/L, GOT 148 U/L, FA 211 U/L, GGT 20 U/L), con elevación de LDH (370 mg/mg crea) con función renal, hemograma y coagulación sin alteraciones. Ante la sospecha de preeclampsia se realiza estudio de orina hallándose proteinuria (Cociente proteína/creatinina 0.74 mg/mg) y microhematuria (eritrocitos 20/campo), por lo que se inicia perfusión con sulfato de magnesio.

A pesar del tratamiento la paciente mantiene tensión arterial elevada (TAD > 100 mmHg), y en la analítica de control se observa empeoramiento del perfil hepático (bilirrubina 2.86 mg/dl, GPT 605 U/L, GOT 415 U/L), acompañado de deterioro de la función renal (creatinina 1.25 mg/dl), anemia leve (Hb 11.4 g/dl) y plaquetopenia (134000/mcL), por lo que se intensifica tratamiento antihipertensivo. En la analítica del día siguiente se observa progresión de las alteraciones descritas, motivo por el cual se solicita valoración por M. Intensiva, ingresando a su cargo con sospecha de Síndrome de Hellp.

En la UCI se añade amlodipino y labetalol al tratamiento, consiguiendo cifras de tensión arterial de 130/80 mmHg, sin embargo la función renal empeora hasta alcanzar cifras de creatinina de 3.84 mg/dl, al igual que la anemia (Hb 6.9 g/dl) y la plaquetopenia (22000/mcL), además de un aumento de la proteinuria (Cociente proteína/creatinina 8.6 mg/mg) manteniendo las alteraciones del perfil hepático ya conocidas.

Ante estos hallazgos y dado el empeoramiento analítico y clínico de la paciente se solicita nuevas pruebas que dan con el diagnóstico.

## CASO CLÍNICO 12

### TÍTULO: “CORAZÓN ENCHARCADO”

J. Alonso Muñoz, M. T. Pérez Sanz, A. Alejandro de Oña, P. Carrascosa Fernández, A. Parra Virto, J. C. Cano Ballesteros  
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

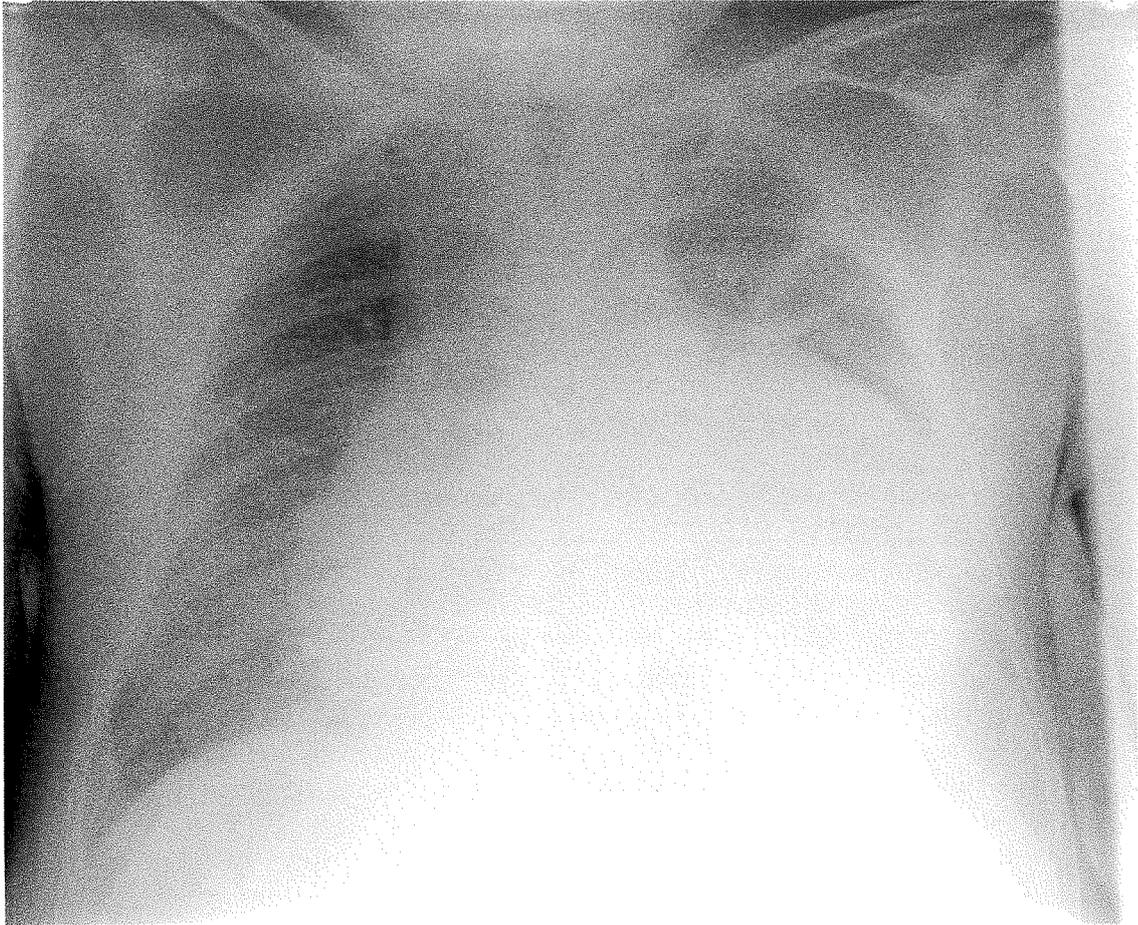
Varón de 76 años exfumador de 2-3 cigarrillos al día con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, estenosis aórtica ligera-moderada de origen reumático, hiperuricemia y dudoso antecedente de porfiria según informes previos con hiperferritinemia e hipertransaminemia. En un ecocardiograma transtorácico previo realizado en abril de 2015 presentaba una fracción de eyección de ventrículo izquierdo normal y un derrame pericárdico leve. Estuvo en tratamiento con sangrías hace años durante aproximadamente 6 meses y se encontraba en tratamiento habitual con enalapril/hidroclorotiazida 20 mg/12.5 mg cada 24 horas, nifedipino 20 mg cada 12 horas y alopurinol 300 mg cada 24 horas.

Acudió por empeoramiento progresivo de clase funcional de mes y medio de evolución, sin ortopnea, disnea paroxística nocturna ni disminución de diuresis. Tampoco había presentado síncope, dolor torácico, palpitaciones, fiebre, clínica infecciosa o síndrome constitucional. A su llegada a Urgencias presentaba tensión arterial de 168/69 mmHg, frecuencia cardiaca de 126 latidos por minuto (lpm), temperatura de 36.3°C, saturación por pulsioximetría del 91% con oxigenoterapia mediante gafas nasales a 2 litros por minuto. Se encontraba taquipneico en reposo. La auscultación cardiaca era arrítmica, taquicárdica y presentaba un soplo sistólico en foco aórtico. A la auscultación pulmonar destacaba hipoventilación a nivel de ambas bases. En los miembros inferiores tenía leves edemas pretibiales con fóvea.

En el electrocardiograma se halló fibrilación auricular no conocida con respuesta ventricular rápida a 150 lpm. En la analítica sanguínea presentaba trombopenia leve con 130000 plaquetas/microlitro, GGT de 131 unidades/litro y Nt-proBNP de 1265 nanogramos/litro, sin otras alteraciones destacables. En la radiografía de tórax se objetivó cardiomegalia importante y derrame pleural bilateral (figura 1), por lo cual se realizó un ecocardiograma transtorácico en el que se demostró la presencia de un derrame pericárdico severo circunferencial de un máximo de 40 mm sobre pared lateral de ventrículo izquierdo, ventrículo derecho ligeramente colapsado y vena cava inferior dilatada (27 mm) sin colapso inspiratorio.

Se realizó una pericardiocentesis con salida de líquido serohemático, colocándose drenaje con salida de 1800 ml en total y tras estudio bioquímico se clasificó el líquido como exudado. Además se colocó tubo torácico para drenaje del derrame pleural izquierdo. Para descartar etiología infecciosa, neoplásica y enfermedades sistémicas se realizó estudio microbiológico del líquido pericárdico y del líquido pleural, se solicitaron serologías, QuantiFERON-TB, hemocultivos, urocultivo, estudio microbiológico de muestra de esputo, estudio de autoinmunidad y tomografía computarizada toracoabdominal. Tras finalizar dicho estudio y realizar el diagnóstico etiológico del derrame pleuropericárdico se inició tratamiento, presentando buena evolución hasta el momento actual.

FIGURA 1:



## CASO CLÍNICO Nº 13

### TÍTULO: “FIEBRE Y TUMEFACCIÓN PROXIMAL RECURRENTE”

Yasmina Sarhane<sup>1</sup>, Ernesto Gómez<sup>1</sup>, Ignacio Barbolla<sup>1</sup>, Javier Taboada<sup>1</sup>, Pablo Fonda<sup>2</sup>, Andrés González<sup>1</sup>.

Servicio de Medicina Interna<sup>1</sup> del Hospital Ramón y Cajal. Servicio de Dermatología<sup>2</sup> del Hospital Ramón y Cajal.

Varón de 24 años que es derivado a consultas de Medicina Interna por episodios recurrentes cada mes y medio de fiebre y malestar general asociado a aumento de tamaño, temperatura y rubor región femoral del MII, que le ocurrían desde enero de 2016 tras una excursión de escalada en la Pedriza en la que sufrió la caída y se hizo una escoriación. Dichos episodios cedían de forma espontánea tras dos o tres días, pero a pesar de ello, persistía el aumento de tamaño de la región femoral de dicho miembro.

**ANTECEDENTES PERSONALES:** No factores de riesgo vascular ni ninguna otra enfermedad a destacar, no intervenciones quirúrgicas, no antecedentes familiares relevantes. Viaje a China por trabajo durante varias semanas. Estancia en Pekín por trabajo. Salvo el viaje a la Pedriza en enero 2016 no otros viajes. No contactos epidemiológicos de interés. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Ningún tratamiento de forma habitual.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** En analíticas de control el paciente presentaba: TSH 2,398, Función renal, hepático normales. Fosforo 2,5. Resto de iones dentro de la normalidad. Proteínas totales 7,4 g/l. Ferritina, B12, fólico normales. PCR 103, Hb: 14,9 Leucocitos 9,590 N 78,90% VSG 66,00, ANA + 1/80. ENA, AntiDNA, ANCA, perfil miositis: Negativo. IGA, G, M normales. IgE 80. Complemento normal. Alfa 2 globulina 13,30% Aldolasa 4,50, CK 87.

Sedimento de orina Sedimento Normal según análisis bioquímico. Serologías VIH, VHB, VHC, Lues, Mycoplasma, Borrelia, Fiebre Q: negativo.

Así mismo, se realizaron distintas pruebas complementarias de forma ambulatoria:

- Ecografía abdominal 24/10 (centro privado): Sin alteraciones.
- Ecografía de ap. Locomotor/Músculo esquelético miembro inferior izquierdo 24/10 (centro privado): Marcada asimetría respecto al derecho. Hallazgos compatibles con paniculitis.
- RM miembro inferior 11/2016: Moderados signos de edema que recorren el tejido celular subcutáneo con mayor participación de la cara anterointerna de MII. El resto del examen sin otras consideraciones.
- TC cuerpo 5/02/2017: Sin alteraciones relevantes
- Biopsia: Estudio de Fascia y musculo cuádriceps: Fascitis sin predominio eosinofílico.

El paciente acude a Urgencias por un nuevo episodio de aumento de temperatura, eritema y aumento de tamaño de miembro inferior izquierdo con sensación distérmica de 3 días de evolución. Interrogando al paciente, refiere que al inicio la inflamación solo se encontraba a nivel del muslo, durante el avión progresó hacia la pierna, y que todo le empezó estando de viaje en Sofía.

A su llegada:

- CV: TA: 110/80mmHg, FC: 80lpm, T<sup>a</sup>:36,8°C, Sat O<sub>2</sub> 99% basal.

- EF: Consciente y orientado en las 3 esferas, normocoloreado, normohidratado, buen estado general. CyC: no IY, no adenopatías palpables. AC: tonos rítmicos sin soplos. AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. EAbd: RHA presentes. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. MID: no edemas, no signos de TVP ni de IVC, pulso pedio palpable. MII: placa eritemato-violácea en región paratibial, caliente al tacto, con tumefacción y dolor a la palpación. Aumento de volumen de todo MII respecto a MID.
- Analítica en Urgencias: Cr 0.96; Na 133; K 4; PCR 329; PCT 5.28. Perfil hepático normal. 21.710 leucocitos, resto de hemograma sin alteraciones.

Dado el estado general del paciente y los resultados analíticos, se decide ingreso en planta de Medicina Interna para estudio y tratamiento. Durante el ingreso se pauta Prednisona 30mg, Ceftriaxona y Clindamicina. Tras administración de tratamiento, el eritema cede, pero persiste aumento de tamaño de miembro inferior izquierdo.

Analítica sanguínea en planta tras administración de ATB:

Bioquímica: Glu: 91; Crea: 0.75; Urea: 35; Na: 139; Cl: 105; K: 4.1; Creatinina (CPK): 41; Ca: 8.7; PCR 84.9.

Hematimetría: Hb: 14,2; VCM: 98.6, Leuc: 8780; NEU: 5531,4; Pla: 207000;

Coagulación: INR: 0.95; T.Cef: 27.8sg; Fib: 740;

Microbiología: PCR de borrelia spp: pendiente al alta. Serología: VIH: negativo. VHC: negativo. Ag sup VHB: negativo. AntiHBs: 89.03. Anti HB core: negativo. Ag aspergillus fumigatus: negativo. Ag criptococcus: negativo. Leptospira: negativo. Toxoplasma IgG: negativo. Fiebre botonosa: pendiente. Toxocara IgG: negativo.

Ante la normalidad analítica, se realizan nuevamente pruebas complementarias:

- Ecografía doppler: se descarta TVP y tromboflebitis.
- TAC de miembros inferiores (02/03/2017): Extensa afectación del tejido celular subcutáneo de miembro inferior izquierdo, con lengüetas de líquido, que en algunas áreas, sobre todo en íntimo contacto con la fascia, pero superficial a ésta confluyen, formando colecciones laminares sin signos de sobreinfección, no drenables.
- Biopsia de piel y partes blandas (03/03/2017): informe verbal: infiltración linfocitaria perivascular inespecífica, sin datos de vasculitis. No se observan estructuras compatibles con hongos.

Microbiología de biopsia de piel:

- Gram: no se observan leucocitos ni microorganismos. Cultivo de aerobios: Staphylococcus capitis-capitis.
- Tinción de Zhiel-Neelsen: no se observan BAAR.
- Cultivo de micobacterias: pendiente.
- Cultivo de hongos: pendiente.
- Cultivo de anaerobios: pendiente.

Tras las numerosas pruebas realizadas y siendo todas anodinas, finalmente se realiza una prueba que aportó el diagnóstico definitivo.

# **LXIX SESIÓN CLÍNICA INTERHOSPITALARIA**

**SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA MADRID – CASTILLA LA MANCHA  
(SOMIMACA)**

**ORGANIZAN:**

**SERVICIO DE MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL ASEPEYO COSLADA**



**SOCIEDAD DE MEDICINA INTERNA DE MADRID – CASTILLA LA MANCHA**



*Sociedad de Medicina Interna  
de Madrid-Castilla La Mancha*



Espronceda 27, Entreplanta - 28003 Madrid  
Tel-91-535 71 83 - Fax -91-535 70 52  
E-mail: [somimaca@shmedical.es](mailto:somimaca@shmedical.es)