



*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

LXVI SESIÓN CLÍNICA INTERHOSPITALARIA

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

(SOMIMACA)



Hospital Universitario Ramón y Cajal
Salón de Actos

Madrid, 7 de octubre de 2016



LXVI Sesión Clínica Interhospitalaria

Hospital Universitario Ramón y Cajal

Viernes, 7 de octubre de 2016

Salón de Actos

PROGRAMA

- 9.00-9.30 h. RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN**
- BIENVENIDA**
Dirección Gerencia
Servicio de Medicina Interna.
- 9.30-11.30 h. CASOS CLÍNICOS**
- 9.30-9.45 h. Nº 1. “Disnea y síndrome constitucional. El increíble caso de JR”**
Dra. Julia Vásquez Manau
Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- 9.45-10.00 h. Nº 2. “Infiltrados pulmonares en paciente con endocarditis infecciosa”**
Dr. Santiago de Cossio Tejido
Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.
- 10.00-10.15 h. Nº 3. “Lo que la piel esconde”**
Dr. Alejandro Parra Virto
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.
- 10.15-10.30 h. Nº 4. “Hepatoesplenomegalia en paciente joven”**
Dra. Ana Rocio Romero Paternina
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
- 10.30-10.45 h. Nº 5. “Nunca es tarde para una segunda mirada diagnóstica”**
Dr. Azucena Bautista Hernández
Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.
- 10.45-11.00 h. Nº 6. “Dolor abdominal, fiebre y tumoración escrotal en varón de 41 años”**
Dr. Davide Luordo
Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid.
- 11.00-11.15 h. Nº 7. “Varón de 39 años con fiebre y odinofagia”**
Dr. José David Silvano Cocinero
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid.



- 11.15-11.30 h. **Nº 8. “Una infección recurrente”**
Dra. Susana Tabares Rodríguez
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.
- 11.30-12.00 h. **CAFÉ**
- 12.00-13.30 h. **CASOS CLÍNICOS**
- 12.00-12.15 h. **Nº 9. “Mujer de 93 años con tumoración mamaria”**
Dra. Beatriz Torres Ceballos
Hospital Gral. Nª Sª del Prado. Talavera de la Reina.
- 12.15-12.30 h. **Nº 10. “Mujer de 76 años con lumbalgia e infiltrado pulmonar”**
Dra. Ivanka Cano Timón
Complejo Hospitalario de Albacete.
- 12.30-12.45 h. **Nº 11. “Lo que la realidad esconde”**
Dra. Raquel Gamboa Rojo
Hospital Virgen de la Salud. Toledo.
- 12.45-13.00 h. **Nº 12 “¡Que mareo!”**
Dr. Julio Alberto Vicente Rodrigo
Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.
- 13.00-13.15 h **Nº 13 “Metástasis cerebrales de origen poco común”**
Dra. Isabel Montes Rodríguez
Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid.
- 13:15-13:30 **Nº 14 “De nuevo la navaja de Ockham”**
Dra. Ana Martín Hermida
Hospital Universitario del Henáres. Coslada. Madrid.
- 13.30-14.15 h. **Caso Cerrado**
“Mujer de 27 años con hemiparesia izquierda y crisis comicial”
Modera:
○ Dr. Víctor J. Moreno
Hospital Universitario de Móstoles. Madrid
Discusión:
➤ Dra. Dione Ibáñez Segura y Dr. Helmuth Guillen Zabala
Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
- 14.15-15.30 h. **Entrega Premio Chiesi**
- 14.30 h. **COMIDA BUFFET**

CASO CLÍNICO N°1

Título: “DISNEA Y SINDROME CONSTITUCIONAL. EL INCREIBLE CASO DE J.R.”

Autores: Julia Vásquez Manau¹, Luis Ramos Ruperto¹, Juan Carlos Martín Gutiérrez².

¹Médico residentes de primer año de Medicina Interna. ²Médico adjunto de Medicina Interna.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz.

Mujer de 66 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumadora de 2 paquetes-año, con escoliosis (en seguimiento por rehabilitación) e intervenida de un nódulo mamario benigno (hace 30 años) como únicos antecedentes personales. No seguía ningún tratamiento farmacológico. Tampoco se constataban antecedentes familiares de interés. Era independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Acudió a urgencias de nuestro hospital remitida desde la consulta de rehabilitación por disnea de 7 meses de evolución que había ido aumentando progresivamente hasta hacerse de reposo en el momento de la exploración. Refería mejoría sintomática con el decúbito. Ocasionalmente la disnea se acompañaba de dolor torácico en hemitórax izquierdo a punta de dedo. Además, asociaba una pérdida ponderal de 7 Kg en los últimos 2 meses. La paciente refería no haber presentado expectoración, fiebre, sensación distérmica, sudoración nocturna, ortopnea, disnea paroxística nocturna ni palpitaciones. No se añadieron otros síntomas durante la anamnesis.

A su llegada a Urgencias presentaba una presión arterial de 113/78 mmHg, una frecuencia cardíaca de 102 lpm, una temperatura axilar de 36°C y una frecuencia respiratoria de 38 respiraciones /minuto con una saturación de O₂ de 86% basal (con mascarilla Venturi al 38%, 96%). Tras unos minutos de reposo la saturación se recuperó hasta un 95% basal. No se evidenció trabajo respiratorio. Auscultación cardíaca: rítmica sin soplos audibles ni extratonos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Exploración abdominal anodina. Miembros inferiores sin edema ni signos de trombosis venosa profunda. No se observaron hallazgos relevantes en la exploración neurológica.

Tras el reposo, se pidió a la paciente que caminase durante 10 minutos antes de realizar una gasometría arterial basal, que mostró los siguientes resultados: pH 7.49, PO₂ 57.4, PCO₂ 25.4, HCO₃⁻ 19.3, lactato 0.8. El análisis de sangre extraído en Urgencias mostraba como única alteración una elevación del D-dímero de 597 ng/ml. La hemoglobina era 14.7 g/dL. Fue sometida a las siguientes pruebas de imagen: Rx tórax y angio-TAC, sin resultados que justificasen la clínica. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal a 78 lpm, eje 0°, PR<0,2, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización, QT corregido normal.

Durante su estancia en el servicio de urgencias y posteriormente en la planta de medicina interna tuvo un empeoramiento de su disnea hasta llegar a solo tolerar el decúbito y tener una necesidad constante de oxigenoterapia con reservorio para mantener su saturación de oxígeno al 90%. Se amplió el estudio comprobándose un gradiente alvéolo-arterial de O₂ de 61,48 mmHg y un NT-proBNP normal. Se sometió a la paciente a un ecocardiograma, un estudio neurofisiológico (electromiograma diafragmático) y una exploración otorrinolaringológica, sin hallazgos patológicos. Se realizó una gammagrafía de ventilación perfusión que se informó como ausencia de ventilación y de perfusión en la región teórica del lóbulo medio. Finalmente, se llevó a cabo la prueba complementaria que definió tanto el diagnóstico como la actitud terapéutica.

CASO CLÍNICO Nº 2

Título: “INFILTRADOS PULMONARES EN PACIENTE CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA”

Autores: Dr. de Cossío Tejido, Santiago. Dra. Díaz Pedroche, Carmen.

Varón de 73 años. Fumador con IPA de 40. Obesidad. Diabetes mellitus tipo 2. Síndrome coronario agudo con elevación del ST y revascularización con stent en la DA en 2005. EPOC moderado fenotipo bronquitis crónica agudizador. Enfermedad renal crónica con aclaramiento de 50 ml/min. Isquemia crónica grado II en miembros inferiores por obstrucción fémoro-poplítea bilateral. Síndrome prostático crónico y Tiroiditis crónica.

Acude a Urgencias derivado por síndrome constitucional caracterizado por astenia e hiporexia con pérdida de peso de entre 10 -20 kg de peso en los últimos dos meses, a lo que asocia disnea de moderados esfuerzos desde el inicio del cuadro. En los últimos días ha presentado sensación distérmica con escalofríos y sudoración profusa. Sus familiares refieren episodios de amnesia durante este tiempo que han aparecido de forma repentina junto con cefalea holocraneal. En la exploración física: tensión arterial 112/48 mmHg. Frecuencia cardíaca 109 lpm. Temperatura 36°C. Buen estado general. No signos meníngeos. A la auscultación cardíaca soplos sistólico en foco aórtico II/VI no irradiado a carótidas. AP: espiración alargada. Sin edemas ni signos de TVP en extremidades inferiores.

En las pruebas diagnósticas realizadas a su ingreso, destacar:

- BIOQUÍMICA Glucosa 147 mg/dl, Creatinina 1.73 mg/dl, Sodio 131 mEq/l, Potasio 4.30, Cloro 94 mEq/l, Proteínas Totales 6.6 g/dl, Albúmina 3.6 g/dl, GPT 6 U/l, GOT 10 U/l, Gamma-GT 16 U/l, Fosfatasa Alcalina 93 U/l, LDH 193 U/l, Bilirrubina 0.6 mg/dl
- HEMATOLOGÍA: Hematíes 3.98 xmill/μl, Hemoglobina 12.1 g/dl, Hematocrito 35.8 %, VCM 89.8 fl, HCM 30.3 pg, CHCM 33.7 g/dl, RDW 14.7%, Plaquetas 268 x1000/μl, Leucocitos 19900/μl, Neutrófilos 15900/μl, Linfocitos 2500/μl, Monocitos 1400/μl, Eosinófilos 0/μl, Basófilos 0.00
- HEMOSTASIA: Actividad de Protrombina 79 %, Tiempo de Protrombina 13.7 sec, INR 1.18, TTPa 33 sec,
- Dímeros D 2185 ng/ml
- Proteína C Reactiva 10.19 mg/dl
- Perfil cardiaco. CK 55 U/l, Troponina T hs 22.7
- Rx tórax: ICT en el límite alto de la normalidad, seno pulmonar derecho pinzado, no infiltrados ni consolidaciones parenquimatosas.
- ECG: RS a 96 lpm. Eje normal. BCRDHH con inversión de la T de V1-V3 secundaria. Extrasístoles ventriculares aisladas.

Con la sospecha de ETEV tipo TEP se realiza AngioTAC, que lo descarta; y ante la fiebre se solicitan hemocultivos con hallazgo de bacteriemia persistente polimicrobiana por Enterococo fecaelis sensible a ampicilina y R a aminoglicosidos (Genta 500 y Estreptomina 1000) junto con Provetela bivia (14/05/2016 y 20/05/2016). Ante el hallazgo de primer hemocultivo se realiza ecocardiograma

transtoracico sin hallazgos pero con mala ventana y posteriormente ecocardiograma transesofágico con valvulopatí aortica degenerativa con mínima insuficiencia sin otros criterios mayores ecocardiograficos de endocarditis. Se inicia desde el hallazgo de la bacteriemia terapia antimicrobiana con ampicilina (2g/iv/4h) junto con Ceftriaxona (2g/iv/24h), se repite ecocardiograma transesofágico y se solicita PET-TAC. En el primero (20/05/2016) se describe una imagen móvil en aorta ascendente sin clara verrugas valvulares con insuficiencia aortica leve y sin datos de abscesos paravalvular. En el PET-TAC (realizado a las 3 semanas de inicio de tratamiento antimicrobiano) no se observan depósitos focales patológicos cardiacos ni aórticos. Se completa estudio con TAC craneal normal.

El paciente queda afebril tras 1 semana de tratamiento antimicrobiano y a los 12 días de tratamiento presenta cuadro de edema agudo de pulmón (EAP) con excelente respuesta a tratamiento diurético y realizándose ecografía cardiaca urgente que descarta complicaciones valvulares comentándose el caso con cirugía cardiaca que desestima la intervención quirúrgica. En este momento los hemocultivos de control son estériles y el paciente no ha presentado complicaciones embolicas.

A los 10 días de la resolución del EAP el paciente comienza con tos seca persistente e infiltrados intersticiales de predominio periférico y en lóbulos superiores. No presenta fiebre, y los hemocultivos y cultivos de esputo no evidencia patología infecciosa. Se solicita TACAR en el que se informa de la presencia de adenopatías mediastínicas, derrame pleural bilateral y afectación parenquimatosa bilateral. La PCR se mantiene estable. Estos hallazgos no estaban presentes en el AngioTAC realizado a su ingreso. El estudio de autoinmunidad (ANA, ENA, antiDNA, ECA, crioglobulinas, complemento y ANCAS) es negativo. No hay alteraciones en el sedimento de orina. El PET-TAC realizado en estas fechas objetiva un incremento difuso y bilateral en ambos campos pulmonares que coincide con áreas de consolidación y vidrio deslustrado presentes en el TAC.

Con estos hallazgos se solicita una PRUEBA DIAGNÓSTICA...

CASO CLÍNICO N°3

Título: "LO QUE LA PIEL ESCONDE"

Autores: A. Parra Virto, M. T. Pérez Sanz, A. García García, E. Cervilla Muñoz, M. Pulfer, A. Albiñana Pérez, C. Recarte García Andrade, L. Álvarez-Sala Walter.

Mujer de 58 años entre cuyos antecedentes destaca esclerosis múltiple secundariamente progresiva con deterioro cognitivo leve-moderado, sin tratamiento modificador de la enfermedad en la actualidad y neuralgia del trigémino en tratamiento con carbamacepina iniciado hace un mes.

La paciente acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de una semana de evolución de rash no pruriginoso y fiebre de 38 grados. No presentaba focalidad infecciosa y no refería ingesta de otros fármacos diferentes a su medicación habitual en los últimos días. No había realizado viajes al extranjero ni presentaba otros antecedentes epidemiológicos de interés.

Al examen físico se objetivó exantema máculo-papuloso de color eritemato-violáceo, no doloroso, confluyente en cara, extremidades superiores, raíz de extremidades inferiores, palmas y plantas, flancos, zona lumbar y escote. Así mismo, presentaba en la región centrofacial leve edema y adenopatías no dolorosas localizadas en región axilar izquierda y cadena laterocervical derecha. No existían vesículas, ampollas, áreas de desprendimiento cutáneo o afectación mucosa (ver imagen 1, 2 y 3). La auscultación cardiopulmonar fue rigurosamente normal, sin escucharse soplos cardíacos ni ruidos pulmonares sobreañadidos. El abdomen no era doloroso a la palpación, sin palpase hepatomegalia o esplenomegalia, sin peritonismo ni signos de ascitis.

En las pruebas complementarias realizadas en Urgencias destacaban tiempo de protrombina de 15.7 segundos, INR de 1.3, fibrinógeno de 580 mg/dl, ALT de 827 U/L, AST de 525 U/L, bilirrubina de 2.4 mg/dl, GGT de 575 U/L, FA de 346 U/L, PCR de 2 mg/dl, filtrado glomerular de 50 ml/min/m², creatinina de 1.12 mg/dl y eosinofilia de 1400 cels/ μ l. Se realizó una ecografía abdominal sin alteraciones relevantes y una radiografía de tórax que no mostraba consolidados. Se solicitaron hemocultivos y urocultivos que resultaron estériles días más tarde.

Ante estos hallazgos, se decidió ingreso en planta de Medicina Interna para estudio de exantema, fallo hepático y fiebre de origen inicialmente desconocidos. Se inició tratamiento con Dexametasona a dosis de 0,5 mg/ kg / día y desclorfeniramina cada 8 horas. Durante el ingreso se solicitó frotis donde no se objetivaron linfocitos atípicos y serologías para VIH, Parvovirus, Brucella, Borrelia, Leptospira, Rickettsias, Chlamydia, virus hepatotropos y virus tipo herpes, con resultados negativos para infección aguda; del mismo modo el estudio de autoinmunidad fue negativo. Se realizó una biopsia cutánea de las lesiones con resultado de proceso inflamatorio histológicamente inespecífico y se repitió la ecografía abdominal sin aparición de nuevos hallazgos.

Durante el curso del ingreso la paciente experimentó una mejoría del exantema pasando por una fase descamativa inicialmente en tronco y posteriormente en miembros inferiores y superiores con desaparición de las lesiones, así como desaparición de la eosinofilia y mejoría significativa de la función hepática.

La paciente sufrió como complicación una neumonía de adquisición nosocomial en lóbulo inferior izquierdo que inicialmente fue tratada con Piperacilina-Tazobactam con buena respuesta clínica, pero con empeoramiento de la función hepática y elevación de las cifras de transaminasas, bilirrubina y enzimas de colestasis que comenzaron a descender una vez retirado dicho fármaco.

Finalmente, la paciente fue dada de alta con pauta descendente de corticoides y resolución de lesiones cutáneas.



Imagen 2. Exantema en miembros inferiores.



Imagen 1. Visión ampliada de exantema en miembro inferior izquierdo.

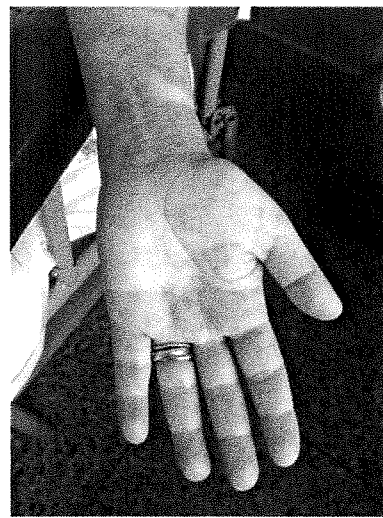


Imagen 3. Afectación palmar.

CASO CLÍNICO Nº 4

Título: "HEPATOESPLENOMEGALIA EN PACIENTE JOVEN"

Autores: Romero Paternina, Ana Rocío; Carrasco Paniagua, Cristina; Ramos Carral, Elvira; Domínguez Rodríguez, Yahiza; Rico Luna, Carla; Gómez Álvarez, Zaira; Varas Mayoral, Marta; Daorta, Melisa Almendra; Gajate García, Vicente; Tallón Martínez, José Carlos; Tobares Carrasco, Norma; Nieto Sánchez, Ángel; Méndez Bailón, Manuel.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Paciente de 25 años derivada desde el CIE por dolor abdominal de días de evolución. Refiere dolor en hipocondrio derecho, de intensidad moderada, que se irradia a fosa renal derecha y se asocia a náuseas y vómitos de contenido alimentario. Niega alteraciones en el ritmo intestinal. Refiere sensación distérmica con cefalea y malestar general.

La paciente es independiente para las actividades basales de la vida diaria. Natural de Costa de Marfil. Lleva dos semanas en España en un centro de extranjería. No refiere ningún tratamiento habitual.

Como antecedentes personales: no reacciones alérgicas medicamentosas, no factores de riesgo cardiovascular, no gestaciones, Malaria pasada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Constantes: TA 130/70 mmHg , FC 74 lpm, SatO₂ basal 99% , T^a 37,1°C .

Consciente y orientada en las 3 esferas. BEG. Normohidratada y bien perfundida. Eupneica.

-Piel: Hipopigmentación circular en abdomen.

-Auscultación cardiaca: Rítmico sin soplos ni extratonos.

-Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.

-Abdomen: RHA normales, blando, depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en hemiabdomen derecho. Murphy negativo. Hepatomegalia de 2cm de través, marcada esplenomegalia. No signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral negativa.

-Extremidades inferiores: No edemas ni signos de TVP

-Exploración neurológica: No signos de meningismo. No focalidad neurológica

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

-Analítica sanguínea:

*Hemograma: Hb 11.4, VCM 71.5, Htco 35.8%, Leucocitos 2000 [Neutrófilos 900 (47,3%), Linfocitos 800 (38,5%), Monócitos 200 (12,2%), Eosinófilos 0 (1,6%), Basófilos 0 (0,4%)]

*Coagulación: PT 16.3s, INR 1.4, APTT 34.5s.

*Bioquímica: PRC <0.29, Glucosa 75, Urea 16, Creatinina 0.58, CKD-EPI 128.5, A.úrico 4.2, LDH 260, ALT 12, AST 21, GGT 74, FA 75, Bilirrubina total 0.8, Ca²⁺ 8.9, P⁺ 3.4.

*Proteínas: Proteínas totales 6.5, Albúmina 3.6.

*Perfil anémico: Ferritina 4.2, Hierro 31, A.fólico 5.13, VitB12 273.00

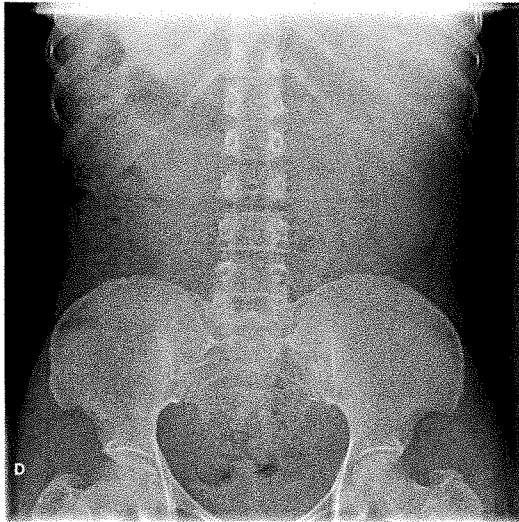
*Perfil lipídico: Colesterol 161, Triglicéridos 85.

*Tiroides: TSH: 2.16, T3: 3.29, T4: 7.28

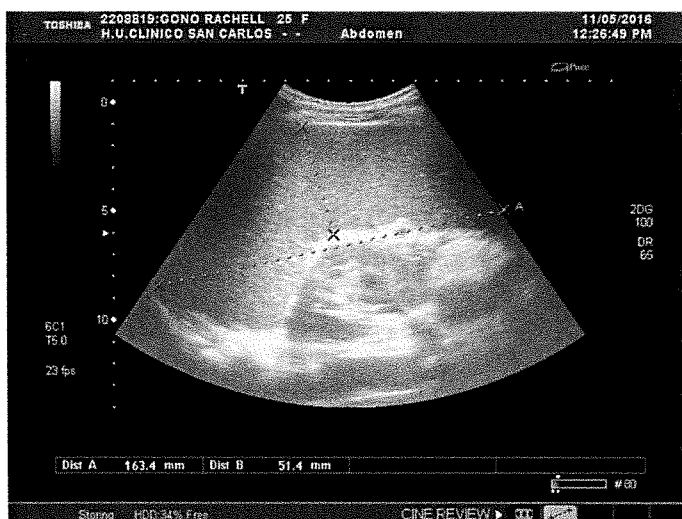
-Urianálisis: Color claro, pajizo. Turbidez negativo. Densidad 1008, pH 7, Proteínas 10, Glucosa 0, C.cetónicos 0, Bilirrubina 0, Urobilinógeno 0.2, Hematíes 0, Leucocitos 0, Nitritos negativo, A.ascórbico 0.

-Rx tórax: ICT normal. SCF libres. Sin infiltrados.

-Rx abdomen:



-Ecografía abdominal: Hígado de ecogenicidad heterogénea y bordes marcadamente lobulados, sugerentes de hepatopatía crónica. Vena porta permeable con calibre aumentado en el hilio hepático (13,7 mm). Esplenomegalia de 16,5 x 5 cm, con pequeños focos hiperecogénicos de escasos milímetros inespecíficos. No se observan líquido libre intraabdominal.



EVOLUCIÓN.

A su ingreso se programó el estudio de un cuadro consistente en hepatoesplenomegalia importante asociada a pancitopenia, en paciente de origen subsahariano.

Para el estudio de la pancitopenia se solicitó frotis de sangre periférica que fue sugerente de destrucción periférica. El estudio inmunológico resultó negativo. No encontramos signos ni síntomas sugerentes de patología tumoral.

Se solicitaron serologías para virus hepatotropos, parásitos en médula ósea, gota gruesa y PCR para malaria y otras serologías de enfermedades endémicas del país de origen de la paciente.

Se realizó una panendoscopia oral que evidenció varices esofágicas, así como TC abdominal que mostró hígado sugerente de hepatopatía crónica con abundante circulación colateral.

Una de estas pruebas complementarias nos orientó al posible diagnóstico de la paciente, realizándose posteriormente tratamiento y seguimiento de la paciente, quedando aún pendiente ciertas pruebas necesarias que nos permitirían orientar mejor el pronóstico de la paciente.

CASO CLÍNICO Nº5

Título: “NUNCA ES TARDE PARA UNA SEGUNDA MIRADA DIAGNÓSTICA”

Autores: Azucena Bautista Hernández, Miguel Martínez Martín.
Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Mujer de 80 años que ingresa en julio de 2016 en Traumatología por fractura petrocantérea de cadera derecha patológica tras caída desde su propia altura en el contexto de debilidad en miembros inferiores progresiva en las últimas semanas. Se lleva a cabo reparación quirúrgica mediante enclavado endomedular sin complicaciones inmediatas. La paciente había sido valorada en consultas de Medicina Interna y Neurología por primera vez en junio de 2015 por síndrome constitucional y dificultad para la deglución.

Antecedentes personales:

- Refiere alergia a vitamina B, tras administración hace muchos años.
- No fumadora. Consumo de alcohol muy escasa cantidad esporádica.
- Hipertensión arterial esencial sin tratamiento farmacológico. No diabética ni dislipémica.
- GAV: 2 0 2
- No refiere otros antecedentes médicos de interés.
- Cirugía de cataratas bilateral en 2012-2013.
- No realiza ningún tratamiento médico.

Antecedentes familiares:

Madre fallecida a los 51 años de neoplasia de mama. Padre fallecido en edad avanzada por insuficiencia cardiaca congestiva. Tiene 2 hijos sanos, 4 hermanos de los cuales 2 han fallecido, uno de patología cerebral no conocida a los 72 años y otra a los 81 años de causa desconocida. De los otros 2 hermanos que quedan uno es portador de trasplante hepático tras hepatopatía crónica y el otro sin enfermedades conocidas.

Valoración integral:

Vive con su marido, con independencia para realización de actividades básicas e instrumentales vida diaria. No hay deterioro cognitivo conocido. Déficit auditivo, no conocemos etiología, no déficit visual. Índice de Barthel 100/100.

Enfermedad actual:

Es derivada inicialmente en junio de 2015 desde atención primaria de manera preferente a nuestra consulta ante cuadro constitucional consistente en anorexia y astenia de unos 5 meses de evolución que comienza en enero de 2015. Interrogando en detalle parece presentar más bien disfagia progresiva de años de evolución de mayor intensidad en el último medio año principalmente para sólidos por lo que toma dieta triturada. No asocia alteración habitual en ritmo intestinal, ni dolor con la

deglución, ni dolor abdominal. Ha perdido al menos 10 kg en los últimos meses. No hay clínica de sudoración, picor, fiebre o lesiones cutáneas. No síntomas localizadores por aparatos. Sensación de cansancio importante, que le limita en cuanto a actividades diarias, con tendencia a sentarse en sillón y disminuir paseo habitual. No hay cefalea, no dolor de cinturas. No alteraciones visuales. No ha tomado fármacos salvo hierro oral tras objetivarse en una analítica de centro privado sideremia en 38 (<40).

Exploración física:

Ligera palidez mucocutánea. Bien hidratada y perfundida. No aumento de presión venosa yugular. Peso 44kg, talla 152 cm.

No se palpan adenopatías cervicales ni supraclaviculares. No hay alteración en la auscultación cardiopulmonar. Abdomen blando y depresible, con palpación de latido aórtico sin apreciarse masas ni megalias. Miembros inferiores sin edemas, con pulsos normales y simétricos.

Exploración neurológica: No aparente deterioro cognitivo. Habla apagada nasal. Se aprecia dificultad para elevar el velo de paladar de manera bilateral. No fasciculaciones linguales ni a otros niveles. No cierra completamente los ojos de manera bilateral, refiere que desde hace años. Hipomimia facial. No hay asimetría facial o en fuerza distal o proximal que está conservada 5/5. Reflejos en miembros inferiores algo vivos los rotulianos y RCP presente bilateral, con mayor expresión en lado derecho. No atrofia muscular. No temblor, dismetría o disdiadococinesia. Marcha a pasos cortos algo inestable. No rigidez muscular.

Pruebas complementarias iniciales:

- Analítica en junio de 2015:

. Hematología básica: Hematíes 4.55 Millones/mm³ Hemoglobina 13.3 gr/dL Hematocrito 40.4 % V.C.M. 88.8 fL H.C.M. 29.2 pg C.H.C.M. 32.9 g/dL Plaquetas 248 Miles/mm³ Leucocitos 6.73 Miles/mm³ Neutrófilos 72.9 % 4.90 Miles/mm³ Linfocitos 18.6 % 1.25 Miles/mm³ Monocitos 6.2 % 0.42 Miles/mm³ Eosinófilos 1.9 % 0.13 Miles/mm³ Basófilos 0.4 % 0.03 Miles/mm³.

VSG 7 Proteína C reactiva 0.10 mg/dL

. Glucosa 84 mg/dL Urea 135 mg/dL Creatinina 0.96 mg/dL Estimación filtrado glomerular CKD-EPI 55.64 mL/min/1.73 m² Sodio 141 mEq/L Potasio 4.69 mEq/L Cloro 94 mEq/L Proteínas totales 5.2 g/dl Albúmina 3.5 g/dL Prealbúmina 12.00 mg/dL Bilirrubina total 0.41 mg/dL GOT/AST 23 U/L GPT/ALT 18 U/L GGT 16 U/LDH 156 U/L Fosfatasa alcalina 90 U/L CK 140 U/L Colesterol 142 mg/dL Colesterol HDL 57 mg/dL Colesterol Total/Colesterol HDL 2Colesterol LDL 76 mg/dL Colesterol VLDL 9 mg/Triglicéridos 47 mg/dL Acido úrico 5.20 mg/dL Calcio Total 9.6 mg/dL Magnesio 2.19 mg/dL Fósforo inorgánico 3.70 mg/dL Hierro 80 ug/dL Transferrina 264 mg/dL Ferritina 330 ng/ml Saturación de Transferrina 24 % 3.70 mg/dL Ferritina 148 ng/ml Proteína C reactiva 0.10 mg/dL.

. Hormonas: TSH basal 1.65 uU/mL

. Marcadores tumorales: Antígeno carcinoembrionario 2.94 ng/mL Alfa fetoproteína 1.22 ng/mL CA 19.9 94.67 U/mL CA 15.3 27.6 U/mL

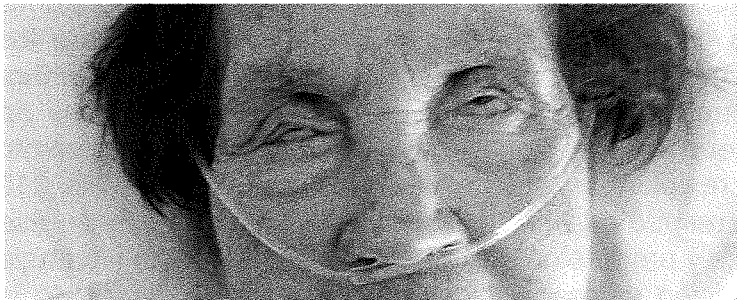
Beta 2 microglobulina 5.78 mg/L.

- . Autoinmunidad ANA IFI Negativo Inmunoblot Polimiositis Negativo ENA screening Negativo Anticuerpos antiacetilcolina negativos.
- . Serologías: VIH negativo. Serología VHB HBs Ag (EIA) Ac. HBc (EIA) VHC Ac (EIA) Screening Treponémico de sífilis negativo.
- Radiografía de tórax junio 2015: sin alteraciones.
- TC cervico-toraco-abdominal en junio de 2015: no se objetivan lesiones neoplásicas a ningún nivel. En campos pulmonares describen ligera afectación intersticial en vía aérea distal. Sin otras lesiones significativas.
- Valorada inicialmente por ORL que confirma dificultad para la motilidad palatina y Neurología que orienta el cuadro como posible paresia facial bilateral de inicio secuencial (cronología incierta) que posteriormente comienza con afectación del IX, X y XI pares craneales derechos hace unos dos años. Se define el cuadro como compatible con Síndrome de Collet-Sicard por compresión periférica de pares craneales IV, X y XI. Se solicita RMN cerebral y cervical en octubre de 2015 que no muestra alteraciones estructurales.
- Electromiograma agosto 2015: El presente estudio neurofisiológico muestra un patrón miopático (miopatía crónica) en los músculos explorados con predominio proximal, incluida la musculatura facial, sin miotonías ni datos de miopatía inflamatoria. No se observan datos compatibles con enfermedad de motoneuronas, ni de alteración en la transmisión neuromuscular a nivel presináptico ni postsináptico. No se observa denervación aguda ni datos de polineuropatía.

Evolución:

Inicialmente se enfoca el cuadro como disfagia secundaria a probable mononeuritis craneal múltiple por compresión de pares craneales o afectación primaria de los mismos. Se pauta ciclo de corticoides sistémicos a dosis intermedias de manera empírica y se refuerza el componente nutricional mediante suplementos proteicos vía oral. Dado que los síntomas neurológicos no se modifican se retira tratamiento antiinflamatorio sistémico en la revisión de agosto de 2015. En octubre de 2015 ingresa por cuadro de infección respiratoria broncoaspirativa objetivándose en ese momento mayor desnutrición mixta y progresión del componente de disfagia y paresia palatina por lo que se inicia nutrición enteral artificial mediante PEG mejorando la paciente los parámetros nutricionales y sin presentar nuevo empeoramiento neurológico en las revisiones.

Durante el ingreso en julio de 2016 en Traumatología, que se prolonga durante 40 días, presenta varios episodios de dificultad respiratoria y broncoaspiración que requieren ventilación mecánica no invasiva, antibioterapia empírica y corticoides sistémicos, empeoramiento de la parálisis facial bilateral, síndrome de inmovilidad generalizada y gastroparesia que requirió iniciar nutrición parenteral temporal. Es valorada de nuevo por nuestro equipo y neurología que repite el estudio de imagen y EMG/ENG. Finalmente se lleva a cabo la prueba complementaria que resultaría diagnóstica.



CASO CLÍNICO N°6

Título: “DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE Y TUMORACIÓN ESCROTAL EN VARÓN DE 41 AÑOS”

Autores: Luordo D, Mateos M, Villanueva J, Forero A, Ramírez P, García-Casasola G.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla. Madrid

MOTIVO DE CONSULTA: dolor abdominal y fiebre

Varón de 41 años con los siguientes **ANTECEDENTES PERSONALES:**

- No alergias a medicamentos.
- No fumador. Bebedor de al menos 40 gramos de alcohol al día (más cantidad los fines de semana). No consumo de drogas ni prácticas sexuales de riesgo.
- No hipertensión, diabetes o dislipemia.
- Episodio de gota diagnosticado hace 10 años
- Cólico nefrítico hace 3 años
- No sigue ningún tipo de tratamiento de forma habitual.
- Situación basal: independiente, trabaja como transportista. Natural de Rumanía, no habla español (importante barrera idiomática).

HISTORIA ACTUAL

Estuvo hospitalizado en su país unas 3-4 semanas antes de su ingreso en nuestro centro por una pancreatitis aguda y dado de alta muy pocos días después (no aporta informes). A la semana siguiente reingresó de nuevo en el mismo hospital rumano por una posible sepsis de origen urogenital asociada a orquiepididimitis supurada y prostatitis. Fue tratado con imipenem durante 7 días y dado de alta, al parecer, con evidente mejoría clínica (informe médico en rumano). El enfermo regresó a España y dos días antes de ingresar en nuestro hospital comenzó con fiebre alta, dolor abdominal difuso y molestias en región escrotal. No molestias al orinar, no síntomas respiratorios, no náuseas ni vómitos.

EXPLORACIÓN FÍSICA: T° 38,5° C; TA: 138/68 mmHg.

Buena coloración de piel y mucosas, bien perfundido e hidratado. Presión venosa yugular normal. No adenopatías periféricas palpables. Auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones relevantes.

Abdomen: doloroso a la palpación especialmente en hemiabdomen izquierdo, donde estaba especialmente distendido con sonido mate a la percusión. No signos de irritación peritoneal. Genitales: masa nodular en bolsa escrotal izquierda no dolorosa a la palpación, no fusionada con testículo, junto con induración de cordón espermático hasta dentro del conducto inguinal. Extremidades sin alteraciones.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS realizadas en urgencias:

Hemograma: leucocitos de 16.2800/mcL, (N 87.9 %), resto de valores normales.

Coagulación: TP 14.0 segundos, Act. prothr. 71.1 %, INR 1.21, APTT 26.1 seg.

Bioquímica general: alfa-Amilasa 55 U/L, Lipasa 393 U/L, Proteína C reactiva 196.7 mg/L, resto de valores (incluido perfil hepático) normales.

Sistemático de orina: normal

Hemocultivos (x2): pendientes.

Rx abdomen: luminograma aéreo intestinal inespecífico, sin signos de obstrucción. Imagen sugerente de flebolito en hemipelvis menor izquierda.

Se realizó una exploración ecográfica a pie de cama que facilitó la orientación diagnóstica.

CASO CLÍNICO Nº 7

Título: “VARÓN DE 39 AÑOS QUE CONSULTA POR FIEBRE Y ODINOFAGIA”

Autor: José David Silvano Cocinero, Inmaculada Salamanca Ramírez.

Hospital Universitario de Móstoles.

Motivo de consulta: Paciente de 39 años que acude por odinofagia y fiebre de tres días de evolución.

Antecedentes personales: Dislipemia diagnóstica hace 5 años inicialmente tratada con simvastatina 10 mg abandonado por paciente. Insuficiencia aórtica leve y válvula bicúspide (2011) recomendándose profilaxis ante intervenciones odontológicas. Bebedor de cerveza de forma ocasional sin otros hábitos tóxicos. Trabaja como administrativo.

Antecedentes familiares: Padre fallecido por IAM a los 58 años, madre HTA. Resto sanos, inclusive hija de 3 años.

Enfermedad actual: Varón de 39 años que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por fiebre de 39°C de tres días de evolución que se acompaña de odinofagia tanto para sólidos como para líquidos y epigastralgia no irradiada y constante, urente que aumenta con la ingesta. Dolor constante a nivel inferior del cartílago cricoides urente.

No tos, no ha presentado náuseas ni vómitos, no cambios en el hábito deposicional con heces de características habituales, no manchas cutáneas, no cefalea, no refiere otra sintomatología.

No manipulaciones dentales en los últimos meses, último viaje a Italia 3 meses antes, no picaduras, no consumo de tóxicos, no relaciones sexuales de riesgo.

Exploración física: TA 130/70, 38,5°C, 89 lpm, saturación basal 97%. Consciente y orientado, aceptable estado general, normocoloración, bien nutrido, hidratado y perfundido. Eupneico. No lesiones cutáneas ni picadura de insectos. No adenopatías cervicales, supraclaviculares ni axilares. Faringe hiperémica sin evidenciarse placas ni exudados. Sopleo sistólico en foco aórtico. Dolor a la palpación en epigastrio sin defensa ni datos de irritación peritoneal. Resto de la exploración física anodina.

Exploraciones complementarias:

-Rx de tórax 2P: Sin infiltrado ni derrame.

-Rx de abdomen decúbito y bipedestación: luminograma anodino, gas distal.

-ECG: ritmo sinusal a 60 lpm, eje normal, PR normal, QRS estrecho sin alteraciones significativas de la repolarización.

-Nasofibroscopia: edema interarritenoideo, resto normal.

-Laboratorio: Hemograma: Hb 14.4, VCM 88, Plaquetas 192000, Leucocitos 10860 (810 linfocitos). Bioquímica: glucosa 93, urea 41, creatinina 0.9, ácido úrico 4, sodio 144, potasio 3.7, calcio 8.5, fósforo 2.5, Magnesio 2.1, proteínas totales 5.9, albúmina 3.9. Perfil hepático normal, Hierro 15, transferrina 202, ferritina 258, IST 5.8%. Colesterol total 146, HDL 38, Triglicéridos 77. Hb glicosilada 4.7. Troponina T indetectable, CK 41, inmunoglobulina y complemento normales. PCR 77.3, TSH 2.82, B12 187, ácido fólico 4.4.

Evolución: El paciente ingresa a medicina interna. Se pauta sueroterapia, analgesia quedando el paciente en las siguientes horas afebril. Ante la persistencia de la odinofagia se piden pruebas complementarias siendo una de ellas la que dé el diagnóstico.

CASO CLÍNICO Nº 8

Título: “UNA INFECCIÓN RECURRENTE”

AUTOR: Susana Tabares Rodríguez

Residente de 4º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Se trata de un varón de 63 años, con los siguientes Antecedentes Personales:

- Natural de Inglaterra, reside en España desde hace 20 años.
- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Exfumador desde hace 13 años (40 paq/año).
- HTA, sin diabetes ni dislipemia conocidas.
- Miastenia gravis diagnosticada en 2002, asociada a timoma. Ttimectomía en 2008; recidiva mediastínica inoperable en 2013, por la que recibió 6 ciclos de quimioterapia paliativa hasta Febrero de 2014. Respuesta parcial mantenida desde entonces con controles semestrales.
- Carcinoma de próstata, prostatectomía en Mayo 2013. Estable, con controles semestrales.
- Episodios de crisis parciales registradas en EEG en Octubre 2013, con TC craneal normal, realizó tratamiento con Keppra hasta Enero 2016.

Tratamiento habitual: Imurel 50mg; Prednisona 10mg; Omeprazol 20mg.

Enfermedad actual:

- Ingresa en Septiembre de 2015 por fiebre de 48 horas de evolución y dolor abdominal de 1 mes en FII, con aislamiento en hemocultivos y urocultivo de Salmonella enteritidis, que se trató con cefalosporinas de 3ª generación durante el ingreso y ciprofloxacino oral al alta. Ante la sospecha de foco entérico de la infección, se programa TC toracoabdominal de forma ambulatoria, coincidente con sus controles semestrales por su patología de base.
- Ingresa por segunda vez en Diciembre de 2015 por dolor lumbar y fiebre de 48 horas de evolución, sin clínica miccional. Diagnóstico de pielonefritis aguda y bacteriemia por Salmonella enteritidis (aislamiento en hemocultivos y urocultivo), de nuevo tratada con cefalosporinas de 3ª generación. TC toracoabdominal de control en Noviembre de 2015 sin cambios respecto a previo de Abril 2015.
- Ingresa nuevamente en Mayo 2016 por fiebre con tiritona y disuria. Aislamiento en urocultivo de nuevo de Salmonella enteritidis, con hemocultivos negativos.

EXPLORACIONES

- Analítica: PCR 32, 15.700 leucos (89%N), Hb 11.4, resto N.
- Orina: Nitritos -, Leucos >200/campo, Bacterias escasas.
- Serología VIH: negativo.
- Hemocultivos de vía periférica x2: negativo.

- Urocultivo: Salmonella enteritidis, ampicilina, cefotaxima, ciprofloxacino y cotrimoxazol sensible.
- Radiografía de Tórax: discreto aumento de densidad en base izquierda, senos costofrénicos libres.
- Ecografía Abdominal: Sin litiasis biliar ni renal. Ligera ectasia pielocalicilar izquierda con uréter proximal de 7 mm sin llegar a ver más trayecto. No líquido libre ni otras alteraciones.

EVOLUCIÓN

El paciente ingresó en la planta de Hospitalización de Medicina Interna y se inició antibioterapia endovenosa con Ceftriaxona 1 g cada 24 horas y, dado que se trataba del tercer ingreso del paciente con aislamiento de esta especie bacteriana, se realizó interconsulta al servicio de Enfermedades Infecciosas.

El paciente fue valorado por dicha unidad y teniendo en cuenta el contexto y la sospecha clínica, se solicitó una prueba complementaria que permitió llegar al diagnóstico final y establecer las medidas terapéuticas oportunas.

CASO CLÍNICO N° 9

Título: “Mujer de 93 años con tumoración mamaria”

Autores: Beatriz Torres Ceballos, Álvaro Ochoa Ramírez, Adriana Roa Ballesteros, Antonio Vizúete Calero, Jeffrey Oskar Magallanes Gamboa, Adolfo Blanco Jarava, Juan José Agüero Porcel y Fernando Marcos Sánchez.
Servicio de Medicina Interna del Hospital N° Sª del Prado de Talavera de la Reina.

Mujer de 93 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia síndrome depresivo y diabetes mellitus. No deterioro cognitivo. En tratamiento con: simvastatina 20, omeprazol, insulina novomix 30: 26-20-22, paroxetina 20, lamotrigina 50/12 horas, losartán 100/ hidrocortizida 25.

Fue remitida a consultas externas de Medicina Interna para estudio de una tumoración mamaria. Se había detectado una tumoración en cuadrante superior externo de la mama izquierda desde unas 3 semanas que había crecido progresivamente. Refiere dolor en la tumoración, febrícula y ligera disminución del apetito.

5 días antes de acudir a consultas de Medicina Interna, acudió a Urgencias, donde se detectó una tumoración de unos 6 centímetros de diámetro, eritematosa, dolorosa y fluctuante. Se realizó por parte de Cirugía General, punción de la lesión, objetivando salida de abundante material purulento, dejaron un drenaje en la cavidad, recomendando curas diarias de la herida en su centro de salud. Indican además tratamiento con amoxicilina/ ácido clavulánico 875/125 mg: 1 c/8 horas.

A la exploración en consultas de Medicina Interna: TA: 135/60 mmHg, 80 l.p.m, 98% de saturación, 36°C. Consciente, orientada, palidez de piel, bien perfundida. A. Cardíaca: Tonos rítmicos, intenso soplo sistólico en foco aórtico. A, Pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, no organomegalias. No edemas maleolares. No adenopatías cervicales. Se apreciaba una tumoración blanda de unos 3 centímetros en cuadrante superior externo de la mama izquierda, con un drenaje. El apósito estaba manchado de un líquido de aspecto verdoso.

Hemograma: L: 15.500, neutrófilos. 13.100, Hb: 9,1 gramos/dl, 439.000 plaquetas. Actividad de protrombina del 81% con INR de 1,15. BQ: Na: 132 mmol/l, PCR: 119,1 mg/L.

R.X. Tórax: No cardiomegalia, campos pulmonares claros.

Posteriormente se mantuvo una conversación telefónica con su médico de Atención primaria y teniendo en cuenta que la paciente era seguida por el

Servicio de Cirugía General, se indicó que continuará su manejo con dichos especialistas. En principio se consideró el diagnóstico de absceso mamario de causa a determinar.

Se realizaron diversas pruebas: Ecografía de partes blandas: Colección anecogénica de 3 x 4 centímetros de diámetro, con múltiples tabiques en su interior e importantes cambios inflamatorios en tejidos circundantes.

Mamografía bilateral: Aumento de densidad en CSE y engrosamiento cutáneo en mama izquierda, sin imagen de nódulo, no microcalcificaciones, calcificaciones vasculares inespecíficas.

Un cultivo del exudado de la herida en medio aerobio y anaerobio fue negativo, pero uno extraído posteriormente (a las 2 semanas) mostró crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa*, únicamente sin sensibilidad a levofloxacino.

La enferma siguió con sus tratamientos por parte de Cirugía General, siendo remitida a Urgencias unas 3 semanas después, por la aparición de fiebre elevada y deterioro del estado general.

En Urgencias y en planta se realizaron diversas pruebas que posibilitaron el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO Nº 10

Título: “MUJER DE 76 AÑOS CON LUMBALGIA E INFILTRADO PULMONAR”

Autores: Dra. Ivanka Cano, Dra. Patricia Castaño, Dra. Amalia Navarro

Servicio de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Motivo consulta: Lumbalgia.

Antecedentes Personales

Mujer de 76 años No alergias medicamentosas conocidas previas al ingreso. Diabetes mellitus tipo 2. Hipertensión arterial. No dislipemia. Hernia de hiato y anillo de Schatzki diagnosticada hace 2 años. *H. pylori* en 1995. Colonoscopia en 2001 con exéresis de un pólipo gástrico. Ictus sin secuelas hace 11 años. GAV:5 - 3 hijos, 2 abortos. Anexectomía a los 30 años por tumoración ovárica al parecer benigna. Tuvo después a su segundo y tercer hijo. Histerectomía y anexectomía+ tratamiento de prolapso vesical con incontinencia a los 45 años, por metrorragias importantes. Menopáusica desde entonces. Tuberculosis (TBC) a los 7 años sin tratamiento específico. Segundo episodio de TBC pulmonar tras el parto de su tercer hijo, por lo que fue aislada y separada de él en el puerperio. Recibió tratamiento con antibiótico parenteral durante 2 meses. Pendiente de intervención de hernia umbilical. Insuficiencia renal crónica en revisión por Nefrología (última revisión hace 1 año). Probable Síndrome de Sjögren (sospecha por gammagrafía compatible y síndrome seco) en seguimiento por Medicina Interna con autoinmunidad negativa excepto ANA 1/80. Fue remitida por sangrado por cavidad oral y epistaxis, atribuido a síndrome seco. Refería cansancio y pérdida de peso.

Tratamiento actual: Ácido acetilsalicílico 100mg, Irbesartán 150mg/Hidroclorotiazida 12.5mg/d, Alpurinol 100mg/d, Dobesilato cálcico, Metformina 850mg/8h, Sitagliptina 100mg/d Omeprazol 20mg/d; Hidromelosa colirio.

Enfermedad Actual

Paciente que desde hace 1 semana antes del ingreso refiere dolor lumbar de características mecánicas; el dolor aumenta con los movimientos del tronco y marcha y disminuye en reposo. Sin focalidad neurológica. No trauma previo ni sobreesfuerzo, aunque a veces levanta peso y mueve muebles para limpiar. En tratamiento con Dexketoprofeno, Paracetamol y Diazepam sin mejoría. Presentaba postración, con sudoración y sensación distérmica en los últimos días. Estudiada en consulta de Medicina Interna en los meses previos por síndrome seco, refiriendo pérdida de peso (5-6 Kg en 6 meses) y cansancio.

Exploración Física

Tª 38,2°C Normotensa . No lesiones cutáneas ni artritis. Buen estado general. Consciente y orientada. Normohidratada, normocoloreada, normoperfundida. CyC: Boca seca sin otras lesiones en cavidad oral. No adenopatías periféricas palpables. AC rítmica. AP: algún roncus aislado. Abdomen globuloso, hernia umbilical, no se palpan masas ni visceromegalias. No edemas en MM.II. Locomotor con dolor a la palpación en apófisis espinosas de vértebras lumbares. No focalidad neurológica.

Exploraciones Complementarias

- Analítica en consulta (2 meses antes del ingreso): urea 66, creatinina 1.25, iones normales. Perfil lipídico y hepático normal. Hb A1c 6.5 FR 8 PT 7 TSH 5.07 T4I 1.32 ANA 1/80 ENAs negativos HG: normal. VSG 4.
- Analítica de ingreso: Hemograma 9000 leucos, Hb 13.4 213000 plaquetas. Coagulación de urgencias normal. BQ: Gluc 236, cr 1.31, col 141, GPT 35, GGT 55, Hb A1 C 8% PT 5.9, PCR 74.4 (previa 2.1), Ig y complemento normales. TSH normal. PTH normal. CEA 4,4 alfafetoproteína, Ca 19,9 y Ca 125 normal. ANA, ENAS negativos. ANCA atípico 1/ 160. ANCA PR3 y MPO ELISA negativos. Sedimento de orina normal.
- Urocultivo negativo.
- Antígeno de Legionella y neumococo en orina negativo.
- BK en orina negativo.
- Mantoux +.
- Hemocultivos: se aísla en 1 de 2 hemocultivos *Streptococcus intermedius* sensible a penicilina, cefotaxima y levofloxacino, resistente a clindamicina y eritromicina.
- Rx de tórax: Elongación y ateromatosis de aorta, aumento de densidad en llingula y en campo medio izquierdos, a valorar en principio atelectasia dado que presenta pérdida de volumen sin poder descartar origen tumoral. Mínimo pinzamiento de senos costofrénicos. Signos degenerativos en columna.
- Rx de columna dorsolumbar: Espondiloartrosis con pérdida de altura de L4 y L3 grado II presentes en Rx previas. Aplastamiento con pérdida de altura más acusada en L 2 (grado III) con imagen de aire en el interior de la vértebra. Acuñaamientos dorsales.
- RM Columna.Osteofitos anteriores en los cuerpos vertebrales T8-T10.La salida de las raíces por los forámenes de conjunción se encuentran libres. No se observan alteraciones significativas en los elementos vertebrales posteriores. La médula espinal es de tamaño, morfología e intensidad de señal normal. No se observan alteraciones en la alineación posterior de los cuerpos vertebrales, Pérdida de altura de los cuerpos vertebrales de L4, L3 con hernia de Schmörl en platillo superior de L3 y con preservación de la intensidad de señal de su médula ósea, por lo que guardan relación con fracturas acuñaamiento de carácter osteoporótico crónico. Existe una pérdida de altura más acusada del cuerpo vertebral de L2 con una alteración de señal en su porción superior, en relación con fractura osteoporótica subaguda, con mínimo desplazamiento posterior del muro superior, que impronta levemente sobre el saco teal. Hay multiscopía degenerativa, desde L1 -L2 hasta L5-S1 que junto con cambios degenerativos hipertróficos en articulaciones posteriores producen estenosis de recesos, más marcado L5-S1 izquierdo y de agujeros de conjunción. El cono medular es de tamaño, morfología e intensidad de señal normal. No hay signos de espondilodiscitis.

Evolución:

Con una de las pruebas complementarias se obtuvo el diagnóstico y con el tratamiento pautado la paciente evoluciona favorablemente.

CASO CLÍNICO Nº11

Título: “LO QUE LA REALIDAD ESCONDE”

Raquel Gamboa Rojo (1), Sadaf Zafar Iqbal-Mirza (1), Marina Andrés Fernández (1), Irena Jiménez Velasco (1), María Pilar Redondo Galán (1), Raquel Estévez González (1), Mónica Prieto Giráldez (1), Beatriz Moreno Torres (2), Ana Alguacil Muñóz (1)

(1)Servicio de Medicina Interna, (2) Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Virgen de la Salud. Toledo (Toledo)

ANTECEDENTES:

Mujer de 51 años, sin alergias medicamentosas conocidas. No hipertensa, diabética ni dislipémica. Exfumadora de unos 20cigarrillos/día desde hace unos 9 meses. No consume alcohol. No Intervenciones quirúrgicas.

En tratamiento habitual con omeprazol para facilitar la digestión desde hace años

Trabaja en empresa familiar (imprenta)

A familiares: Hermana y sobrino (hijo de su hermana) diagnosticado de celiaquía.

ENFERMEDAD ACTUAL:

La paciente comenta que desde hace unos meses nota astenia y fatigabilidad. Así como molestias epigástricas inespecíficas sin pérdida llamativa de peso. No cambio en el ritmo intestinal. Deposiciones formadas. Comenta que hace unos días evidenció heces más oscuras casi negras sin ser melénicas. Desde hace unos meses irregulares menstruales (climaterio). Con dificultad en conciliar el sueño en parte por molestias y sensación de quemazón en la piernas / pies

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Buen estado general PA 130/75 FC 84 Peso 66 Talla 167cm. Buen nivel de hidratación y nutrición. Palidez de piel y mucosas. Cabeza y Cuello: No adenopatías, no Bocio, PV normal. Tórax: No aumento del trabajo respiratorio AC: tonos rítmicos no soplos ni extra tonos AP: Murmullo vesicular conservado Abdomen: Blando, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no visceromegalias ni masas, no peritonismo, ruidos hidroaéreos presentes. Extremidades: No edemas, no signos de TVP, pulsos periféricos +. Exploración Neurológica: No focalidad.

En las pruebas complementarias solicitadas por su médico de primaria se objetiva:

- Bioquímica: Ionograma normal, sin alteraciones en perfil hepático ni renal.

- H. tiroideas: TSH 2.369 uU/mL T4 libre 0.920 ng/dL

- Hemograma: Anemia microcítica e hipocrómica con hemoglobina 8.5 gr/dL Hematocrito 25.9 % V.C.M. 74.7 fl 99 H.C.M. 24.5 pg Reticulocitos 2.29 % Reticulocitos 79463 / μ L plaquetas $266 \times 10^9/L$. Velocidad de sedimentación 28 mm. No leucocitosis ni neutrofilia

- Perfil Férrico: Hierro Sérico 30.7 micgr/dL Transferrina 356.0 mgr/dL C.T.S.T. 452.1 micgr/dL I.S.T. 6.8% Ferritina 4.3 ng/mL.

Siendo diagnosticada en un primer momento de anemia ferropénica a estudio, iniciándose tratamiento con hierro oral.

Se decide completar estudio con analítica más completo, gastroscopia y colonoscopia, cuyos resultados son:

- Proteínas y proteinograma: normal
- Anticuerpos antinucleares IgG: Negativo
- Estudio Celiaca: IgA 214 mg/dL Ac. IgA anti-transglutaminasa 0.3 U/mL
- Sistemático de Orina: normal
- Sangre oculta x3 muestras: Positivo
- Serología: virus hepatitis A, B y C negativos, estudio de virus inmunodeficiencia humana negativos
- Ag Helicobacter pylori: Negativo
- Gastroscopia: Cardias incompetente. Pólipos gástricos múltiples en cuerpo alto y fundus sugestivos de pólipos glandulares, realizándose biopsias de los de mayor tamaño. Erosión gástrica prepilórica de la que se toma biopsias. Bulbitis erosiva. Biopsias de segunda porción duodenal para A.P y estudio de poblaciones linfocitarias
- Colonoscopia: A 30 cm de margen anal pólipo diminuto que se reseca con pinza y hemorroides internas.
- Biopsia de duodeno: sin lesiones histológicas
- Biopsia de antro: mucosa gástrica sin lesiones histológicas. Presencia de metaplasia enteroide. Helicobacter pylori negativo.
- Biopsia de cuerpo gástrico: mucosa gástrica sin lesiones histológicas. Helicobacter pylori negativo
- Biopsia de estómago: pólipo de glándulas fúndicas. Helicobacter pylori negativo.
- Biopsia de colon (a 30 cm.): Adenoma tubular.

EVOLUCIÓN:

Tras la realización de las pruebas complementarias, la paciente es de nuevo valorada en las consultas externas, presentando mejoría del estado clínico y de las cifras de hemoglobina (Hb 13.3 gr/dl, V.C.M. 85.6 fl, H.C.M. 28.5 pg) y del perfil férrico (Ferritina 24.8 ng/mL, Hierro Sérico 48.2 micgr/dL, Transferrina 272.0 mgr/dL, C.T.S.T. 345.4 micgr/dL, I.S.T.14.0 %), con buena tolerancia a la medicación.

Siendo por tanto diagnosticada de:

- Anemia ferropénica por pérdidas digestivas con buena respuesta al tratamiento con hierro oral
- Pólipo de colon diminuto. Resección endoscópica: Adenoma Tubular.
- Pólipos gástricos múltiples: Pólipo de glándulas fundicas.

Pero 28 días después presenta un evento clínico que dio el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO Nº 12

Título: “¡QUÉ MAREO!”

Autores: Vicente Rodrigo J.A., Cuerda Clares M.T, Ramírez Luna J.C, Prieto Gañán L.M, Mora Peña D, Segarra Puchades P, Calero Paniagua I.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Varón de 61 años con antecedentes de fibrilación auricular permanente, en hemodiálisis por enfermedad renal crónica secundaria a vasculitis ANCA negativa. En tratamiento crónico con acenocumarol, omeprazol, fosrenol, ácido fólico y clorazepato.

Desde aproximadamente un mes antes del ingreso, el paciente presentaba lesiones purpúricas restringidas a tronco, que respondieron a prednisona, reapareciendo posteriormente con el descenso y suspensión de la misma. Cuatro días antes de ingresar, el paciente consultó en oftalmología por dolor en el ojo izquierdo y enrojecimiento del derecho, valorándose como queratitis herpética en OI pautándose tratamiento con ganciclovir tópico, valaciclovir oral y colirio ciclopléjico. Las alteraciones del ojo derecho se relacionaron con hiposfagma.

El paciente ingresa por cuadro de inestabilidad en la marcha, sensación de giro de objetos sin relación con los movimientos, náuseas y vómitos alimentarios y temblor de manos, de aparición brusca, que el paciente percibe cuando se levanta al baño en mitad de la noche. No fiebre, cefalea ni clínica infecciosa por aparatos.

Exploratoriamente consciente y orientado, bien perfundido, FC 90-110 lpm, TA 122/68 mmHg. Tª 37.2 °C. Auscultación cardíaca con tonos arrítmicos sin soplos y auscultación respiratoria normal. Abdomen anodino. Extremidades sin alteraciones. Lesiones purpúricas sobre otras de aspecto macular, no palpables en tórax y abdomen. Neurológica: funciones superiores conservadas. Pupila derecha miótica y poco reactiva. Pupila izquierda midriática y arreactiva (ciclopléjico). Discreta desviación de la comisura bucal a la derecha, nistagmo vertical, ataxia de la marcha y disimetría bilateral. No signos meníngeos ni rigidez nuchal.

Analíticamente Hb 11.1, VCM y HCM normales, plaquetas 121000, leucocitos 11700 (87 % PMN), linfocitos 900, INR 2.2, Urea 153. Creat 8.24, K 5.7, Na 141, PCR 11.8, procalcitonina 1.64.

RX tórax urgencias sin hallazgos de interés. TAC craneal urgencias sin hallazgos patológicos significativos. ECG: FA a 105 lpm con eje normal y sin alteraciones de la repolarización.

Se solicitan RMN cerebral y electroencefalograma urgentes. RMN: Atrofia cerebral cortico-subcortical sin evidencia de lesiones focales tanto supra como infratentorial. Estudio de difusión y mapa CDA sin lesiones isquémicas o de otra etiología agudas-subagudas. Electroencefalograma: Encefalopatía moderada

inespecífica desde el punto de vista encefalográfico. Se realizó punción lumbar con salida de LCR claro, leucocitos 2, hematíes 63, glucosa y proteínas normales.

En pocas horas se produjo evolución negativa, con disartria, empeoramiento de la marcha y posteriormente, disminución progresiva del nivel de consciencia. Sin embargo, un adecuado diagnóstico diferencial, apoyado por los estudios complementarios ya referidos, permitió realizar los procedimientos necesarios para llegar al diagnóstico etiológico del cuadro e iniciar un adecuado tratamiento

CASO CLÍNICO Nº 13

Título: “METÁSTASIS CEREBRALES DE ORIGEN POCO COMÚN”

Autores: Isabel Montes Rodríguez, residente de 5º año de medicina interna del hospital Severo Ochoa, Leganés

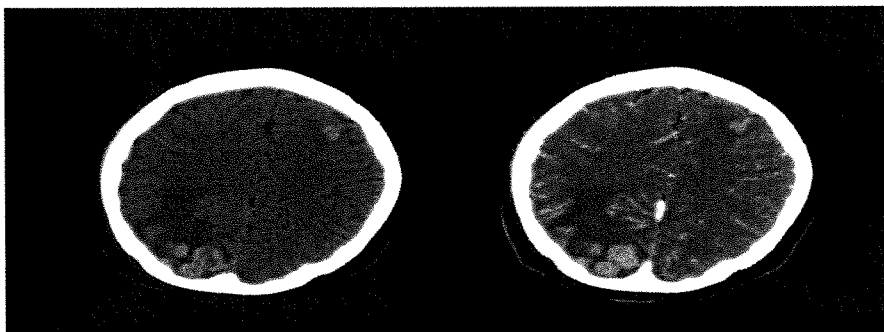
Daniel Ferreiro López, Víctor Rojo Valencia

Historia clínica: Mujer de 42 años que consulta por mareo y síndrome constitucional.

Natural de Perú, reside en España desde hace 15 años. No tiene reacciones alérgicas medicamentosas conocidas, ni hábitos tóxicos. Está diagnosticada de fibromialgia y síndrome ansioso depresivo, por lo que está en tratamiento con escitalopram. Realiza seguimiento en consulta de medicina interna por elevación de cifras de CK (creatinquinasa).

Acude a urgencias por un cuadro de varias semanas de evolución de astenia, anorexia y pérdida de peso, acompañado de parestesias en miembros superiores, mareo e inestabilidad de la marcha. El día previo a su ingreso, presenta disminución de la agudeza visual. En la exploración física destaca una discreta pérdida de fuerza simétrica en todos los grupos musculares, así como inestabilidad de la marcha, sin otros hallazgos significativos.

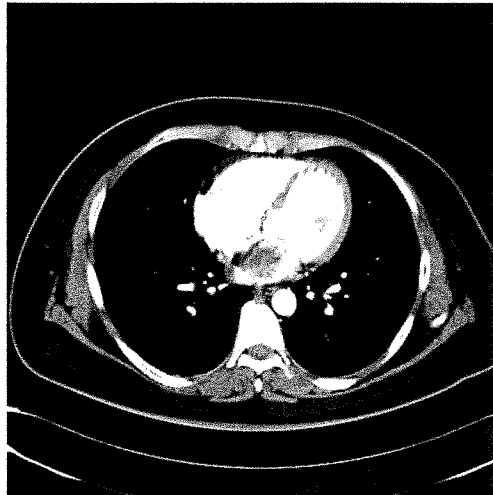
Exploraciones: En analítica de urgencias sólo destaca CK de 420, siendo la bioquímica, hemograma, hemostasia y gasometría venosa normales. Se realiza radiografía de tórax que es normal. Dada la clínica neurológica de la paciente se decide realizar TAC de cráneo, en el que se observan las siguientes imágenes:



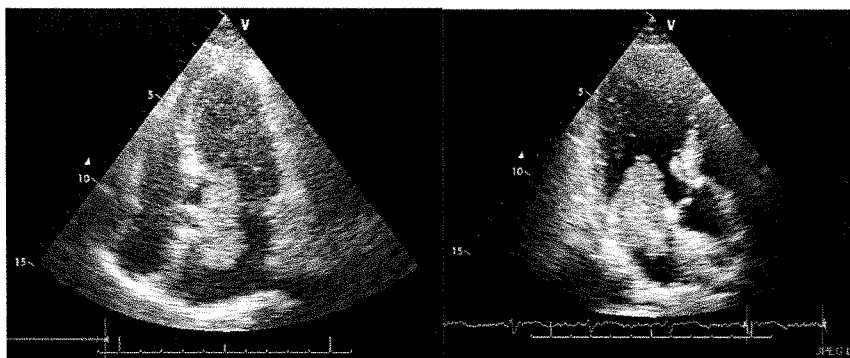
Informado como: TAC de cráneo con contraste que muestra lesiones múltiples redondeadas en región occipital con discreta captación periférica y edema vasogénico, sugerentes de metástasis como primera posibilidad y menos probable abscesos piógenos.

La paciente ingresa a cargo de medicina interna para estudio de LOES (lesiones ocupantes de espacio) cerebrales. Desde su ingreso en urgencias se inicia tratamiento con dexametasona, con mejoría de la clínica neurológica.

Se plantea como diagnóstico más probable, dadas las características radiológicas, que se trate de metástasis cerebrales; menos probable por la clínica y datos analíticos que se trate de abscesos piógenos. Se completa estudio con serología de VIH, cisticercosis, hidatidosis, toxoplasmosis, estudio inmunológico y mantoux que fueron negativos. Se realiza mamografía, que muestra hallazgos benignos y TAC toracoabdominopélvico, en el que se observa una lesión a nivel de la aurícula izquierda, por lo que se completa estudio con ecocardiograma ante la sospecha de mixoma auricular.



El ecocardiograma muestra una imagen en aurícula izquierda, que protruye hacia ventrículo izquierdo, móvil, muy sugerente de mixoma auricular. Se envía a hospital de referencia de cirugía cardíaca, quienes extirpan la lesión y remiten informe de anatomía patológica, que confirma lesión de naturaleza benigna compatible con mixoma auricular.



Remitida de nuevo a nuestro centro, se deriva a la paciente a neurocirugía para realización de biopsia estereotáxica de una de las lesiones cerebrales, lo cual confirmó el diagnóstico definitivo.

Evolución: Gran mejoría de la clínica tras iniciar tratamiento con dexametasona, con reducción del edema perilesional en TAC de control. Valorada por servicio de oncología, quienes ofrecieron tratamiento mediante radioterapia holocraneal y quimioterapia.

CASO CLÍNICO Nº 14

Título: “DE NUEVO LA NAVAJA DE OCKHAM”

Autores: Ana Martín Hermida, Juan Francisco Bayona León, Marta Arroyo Gallego, Nahúm Jacobo Torres Yebes, Erika Lozano Rincón, Luis Cabeza Osorio, Regino Serrano Herranz
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario del Henares. Coslada (Madrid)

Mujer de 65 años que acude a Urgencias por dolor torácico. Se trata de una paciente con los siguientes antecedentes personales:

- ❖ No tiene alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. No factores de riesgo cardiovascular
- ❖ Antecedentes Cardiológicos:
 - En 2012 se realizó estudio en la Consulta de Cardiología por alteraciones inespecíficas de la repolarización en el ECG. Se hizo ecocardiograma que mostró: Polivalvulopatía ligera-moderada. IM 2/4. IAo ¼ central con dilatación a nivel de senos aórticos 40 mm. IT 2/4 sin HTP. Ventrículo izquierdo normal
 - En julio 2015 ingresa en UCI por dolor torácico y alteraciones en ECG sugestivas de SCASEST. Buena evolución clínica. No hubo elevación de marcadores de daño miocárdico. No se realizó coronariografía ni ergometría. No precisó seguimiento posterior
- ❖ Otros antecedentes médicos de interés: Hipotiroidismo en tratamiento hormonal sustitutivo
- ❖ Antecedentes quirúrgicos:
 - Histerectomía + Anexectomía izquierda
 - Intervenida de prolapso genital en abril 2011, presentando, al segundo día de postoperatorio, disnea y saturación de O₂ baja. Se realizó angio-TAC por sospecha de tromboembolismo pulmonar, que se descartó. La radiografía de tórax mostró derrame pleural, que se atribuyó a insuficiencia cardiaca secundaria a sobrecarga salina y anemia
- ❖ Tratamiento habitual: Levotiroxina 75 mcg cada 24H

Acude a Urgencias hasta en tres ocasiones, que resumimos de la siguiente forma:

1ª ocasión: 22-Septiembre-2015:

Acude por dolor centrotorácico que aumenta con la inspiración profunda y con el decúbito, sin cambios electrocardiográficos ni elevación de marcadores de daño miocárdico. Constantes mantenidas. En la exploración física solo llamaba la atención una marcada delgadez y leves crepitantes en ambas bases pulmonares. En la analítica: Sodio 133; Hb 11,4; PCR 106,7, sin otras alteraciones. Por persistencia del dolor a pesar de analgesia y sospecha de tromboembolismo pulmonar, con baja probabilidad clínica, se solicitó Dímero-D, que fue negativo. No focalidad infecciosa. Valorada por Cardiología, se decidió alta con cita en Consultas para realización de ecocardiograma de estrés y control analítico en S.Urgencias al día siguiente.

2ª ocasión: 24-Septiembre-2015:

Acude por mareo, astenia intensa y debilidad generalizada. Cefalea frontal leve. No dolor torácico ni disnea. Refiere escasa ingesta en los últimos días y pérdida de peso de años de evolución.

A su llegada a Urgencias presenta tensión arterial de 83/54; frecuencia cardiaca de 125 latidos por minuto y saturación de oxígeno basal de 99%. En la exploración física llama la atención

un aumento de la presión venosa yugular a 4-5 cms, soplo sistólico en foco mitral 2/6 y crepitantes gruesos bibasales en la auscultación pulmonar.

En las pruebas complementarias realizadas destaca:

- Gasometría venosa: pH 7.24, pCO₂ 48 mmHg, HCO₃ 20.2 mmol/l, Lactato 3.85 mmol/L
- Analítica: Leucocitos 14.29 10E3/mcL, Neutrófilos 12.1 10E3/mcL, Linfocitos 1.4 10E3/L, Neutrófilos % 84.9 %, Linfocitos % 9.8 %, Hematíes 4.58 10E6/L, Hemoglobina 12.9 g/dL, Hematocrito 39.6%, Tiempo de protrombina 14.4 segundos, Actividad de protrombina 66.9 %, I.N.R. 1.22, Sodio 131 mmol/L, Bilirrubina total 2.1 mg/dl, Bilirrubina conjugada 1.4 mg/dl, proBNP 1389.0 pg/mL, Proteína c reactiva 290.4 mg/L
- Perfil tiroideo: T.S.H. 0.7800 U/ml, T4 libre 1.18 ng/dl, T3 libre 1.6 pg/ml
- Radiografía de tórax: Aumento de densidad en la base pulmonar derecha, que podría corresponder con atelectasias subsegmentarias y derrame pleural izquierdo

Ante cuadro de dolor torácico no filiado, hipotensión y taquicardia, aumento de PVY, se decide solicitar TC para descartar TEP, que muestra: Signos de hipertensión pulmonar sin defectos intraluminales en arterias pulmonares que sugieran tromboembolismo pulmonar. Derrame pericárdico. Derrame pleural bilateral más marcado en el lado izquierdo con atelectasia de segmentos posteriores de ambos lóbulos inferiores.

Se administra sueroterapia, a pesar de la cual, la paciente continúa hipotensa y taquicárdica, con escasa diuresis durante su estancia en Urgencias. Ingres a en UCI, donde se administra noradrenalina y se realiza ecocardiograma, que muestra derrame pericárdico moderado. Se realiza pericardiocentesis, con salida de 200 cc de líquido claro-amarillento y mejoría clínica.

El análisis bioquímico del líquido pericárdico mostró: *Glucosa 80, Colesterol 77, Triglicéridos 50 mg/dl, Proteínas totales 4.4 g/dl, ADA 26.2, LDH 570, Amilasa 22, FA 114 U/L, pH 7.10, No se observan cristales, 5280 leuc/mm³ (98% PMN), Hto 0.1%, Cultivo negativo y Citología negativa para malignidad.*

Se inicia tratamiento con hidrocortisona y antibioterapia empírica con ceftriaxona y levofloxacino (más tratamiento sustitutivo tiroideo).

Se realiza ecografía torácica que objetiva derrame pleural de 2 cm en hemitórax derecho y 3 cm en el izquierdo. Se efectúa toracocentesis diagnóstica eco-guiada, obteniéndose 40 cc de líquido amarillo no transparente. El análisis del líquido mostró: *Glucosa 95 mg/dl, Proteínas 2.3 g/dl, LDH 92 U/L, Adenosina deaminasa 7 U, Lactato 1.9 mmol/L, pH 7.6, Recuento de leucocitos 120 cel/mm³, Recuento de hematíes 500 cel/mm³.*

Se traslada a planta de Medicina Interna, donde se inicia tratamiento con ibuprofeno y colchicina. Se realiza ecocardiograma de control, que muestra resolución del derrame. La paciente evoluciona favorablemente y se va de alta, pendiente de resultados de serologías y estudio autoinmune, a valorar en Consultas Externas.

Algunos resultados disponibles al alta son: Antigenurias negativas. Factor reumatoide < 9.3 UI/ml. Toxoplasmosis, Ac IgG Negativo, Toxoplasmosis, Ac IgM Negativo, Citomegalov, Ac IgG POSITIVO, Citomegalov, Ac IgM NEGATIVO, Epstein Barr, Ac VCA IgG POSITIVO, Epstein-Barr, Ac VCA IgM NEGATIVO, Ac. Anti HAV IgG Positivo, HBs Ag Negativo, Ac. Anti HBc Negativo, Ac. Anti HBs < 10.00 mUI/ml, Ac. Anti HCV (prueba de cribado) Negativo, Ac. Anti HIV Negativo. 25-OH-Vitamina D 9.2 ng/ml. Hemocultivos x2: Negativos. Cultivo anaerobio: Negativo.

Los diagnósticos al alta fueron:

- Shock refractario cardiogénico con taponamiento cardiaco: derrame pericárdico tipo exudado de etiología no filiada (cultivo negativo y citología negativa para malignidad) que ha precisado drenaje pericárdico-pericardiocentesis terapéutica
- Pericarditis aguda con derrame pericárdico severo y shock cardiogénico secundario en estudio
- Derrame pleural tipo trasudado secundario a insuficiencia cardiaca congestiva
- Anemia normocítica-normocrómica mixta, pero con perfil actual de predominio inflamatorio

3ª ocasión: 11- Octubre-2015:

Acude a Urgencias por diarrea de un día de evolución, habiendo presentado unas 5 deposiciones y 2 vómitos, sin productos patológicos.

A su llegada, se encuentra caquética, con regular estado general. Tensión arterial 73/48, Frecuencia cardiaca 126 lpm, Saturación de O2 basal 93%, T 36.8°, Glucemia 53. En la exploración física llama la atención: atrofia muscular generalizada y relleno capilar >2 segundos.

Pruebas complementarias:

- Gasometría venosa: pH 7.23, pCO2 40 mmHg, HCO3 16.5 mmol/l, Lactato 1.11 mmol/L
- Analítica: Leucocitos 13.94 10E3/mcL, Neutrófilos 10.4 10E3/mcL, Linfocitos 2.4 10E3/L, Neutrófilos % 74.5 %, Linfocitos % 17.1 %, Plaquetas 564 10E3/mcL, Tiempo de protrombina 15.6 segundos, Actividad de protrombina 59.5 %, I.N.R. 1.32, Sodio 128 mmol/L, Proteína c reactiva 282.2 mg/L
- Se realiza ecografía en cabecero de la paciente, en la que se aprecia mínimo derrame pericárdico, sin colapso en cava inferior

En el Servicio de Urgencias se revisan las analíticas extraídas durante el ingreso, que aún tenían resultados pendientes y se observa una importante alteración hormonal que condiciona el manejo posterior de la paciente y relaciona los cuadros clínicos presentados durante sus múltiples visitas a Urgencias. Además, se obtiene un resultado en el estudio autoinmune que derivará en posterior es estudios y consideraciones...

CASO CERRADO

TÍTULO: “Mujer de 27 años con hemiparesia izquierda y crisis comicial”.

Presenta: Dione Ibañez (R5 Medicina Interna)
Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Modera: VJ Moreno Cuerda.
Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario de Móstoles.

Autores: VJ Moreno Cuerda¹, M Morales Conejo².

¹ Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario de Móstoles. ² Servicio de Medicina Interna Hospital Universitario 12 de Octubre.

Mujer de 27 años que ingresa por hemiparesia izquierda.

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- No HTA ni diabetes mellitus ni hiperlipemia conocida.
- Crisis convulsiva generalizada tónica-clónica en una única ocasión en año 2.009. Se realizó RMN y EEG sin objetivar hallazgos relevantes. No se pautó tratamiento anticomicial.
- Accidente cerebrovascular occipital derecho criptogénico en Agosto 2.015 que debutó como hemianopsia homónima izquierda. RMN cerebral: alteración de la señal corticosubcortical occipital derecha con extensión a la circunvolución tèmporo-occipital medial y al margen pósteroinferior del lóbulo parietal de ese lado con hiperseñal en secuencias de TR largo y marcada restricción para la difusión, con hiposeñal en mapa ADC sin realce significativo tras la administración de contraste sugiriendo lesión isquémica aguda en territorio de la división medial de la arteria cerebral posterior derecha. AngioTC sin hallazgos. Ecocardiograma transtorácico y transesofágico sin hallazgos. Hemograma, coagulación, bioquímica, incluyendo perfil hepático, iónico, perfil tiroideo, vitamina B12, ácido fólico, ANA, ANCA, Ac. anticardiolipina IgG e IgM negativos y anticoagulante lúpico negativos.

Tratamiento habitual: Omeprazol 20 mg/día, Atorvastatina 20 mg/día y Adiro 300 mg/día (inició tratamiento en Agosto 2.015).

Enfermedad actual: mujer de 27 años que consulta a mediados de Septiembre 2.015 porque la noche anterior comenzó con parestesias en miembro inferior izquierdo y cierta “pesadez”. Se acostó a las 02.00 a.m. A las 11.45 a.m., al despertarla su madre, presentaba hemiparesia izquierda. Niega consumo de drogas.

Exploración Física: Eupneica. Afebril. TA 128/79 mmHg. Buen estado general. Consciente y orientada. AC: rítmica y sin soplos. AP: mvc, sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni vísceromegalias. EE.II.: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Exploración neurológica: consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Comprende, nomina y repite. Fluidez conservada. Campimetría por confrontación sin hallazgos. Fuerza por grupos musculares en MMDD 5/5. En MSI 5/5 distal, 4+/5 en flexoextensión del codo, 5/5 proximal. En MII 5/5 distal, 4+/5 flexoextensión rodilla, 5/5 proximal. Claudica en Barré y Mingazzini con miembros izquierdos. Sensibilidad táctil globalmente conservada, aunque refiere parestesias en MII y mano izquierda. REM presentes bilateralmente ++/++++. RCP flexor bilateral. Pares craneales sin alteraciones. Pupilar isocóricas y normoreactivas. Signos meníngeos negativos.

La paciente acudió a Urgencias a las 17.00 horas. Se solicitó TAC de cráneo: pérdida de la desdiferenciación cortico-subcortical ttemporo-parietal derecha con borramiento de surcos y edema subcortical, en probable relación con área de isquemia subaguda en territorio de la arteria cerebral media derecha. *Comentario radiológico: llama la atención que no se visualiza lesión isquémica crónica en lóbulo occipital derecho.*

No se realiza fibrinólisis al estar fuera de ventana terapéutica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- Hemograma: Hb 15,3 gr/dl, VCM 86 fl, leucos 13.980 (N79%, L14%), plaquetas: 258.000. VSG: 17mm/1ª hora.
- Estudio de coagulación: AP 89%, INR 1,08, TTPA 29 sg, fibrinógeno 315 mg/dl.
- Gasometría venosa (Urgencias): pH 7,28, pCO₂: 35 mmHg, CO₃H 20 meq/L.
- BQ: Glucosa 73 mg/dl, HbA1c 4.9 %, Urea 24 mg/dl, Cr 0.54 mg/dl, Ac. Urico 5.3 mg/dl, Colesterol 90 mg/dl, HDL 44 mg/dl, LDL 35 mg/dl, TG 55 mg/dl. Proteínas totales 6.1 g/dl, Albúmina 3.6 g/dl, Calcio 8.3 mg/dl, Fósforo 3.7 mg/dl. Na 142 meq/L, K 3.5 meq/L. Perfil hepático sin alteraciones. PCR 0.6 mg/L (0.1 - 10.0).
- CPK total 182 U/L. Troponina I < 0.017 µg/L (0.0 - 0.06).
- Vitamina B12 466 pg/mL, Ac. Fólico 7.8 ng/mL (3.0 - 20.0).
- Perfil férrico: Hierro 89 µg/dl, Ferritina 15 ng/ml, Transf. 237 mg/dl, Sat Transferrina 26%.
- TSH 0.39 µIU/mL (0.35 - 5.0), T4 libre 1.16 ng/dl.
- Tóxicos y drogas de abuso en orina: metadona, BZD, cocaína, anfetaminas, opiáceos, cannabinoides, antidepresivos tricíclicos y barbitúricos negativos.
- S.orina: pH 6.5, sin alteraciones relevantes.
- Test de embarazo (orina): negativo.
- EKG: ritmo sinusal sin alteraciones.
- RM de cráneo (Fig. 1) y ANGIORM cerebral: lesión cortical - yuxtacortical parietal derecha. Además y de forma aislada existe otra lesión a nivel talámico derecho. En la imagen potencia en difusión, la lesión tiene un patrón mixto con áreas corticales con bajos valores del coeficiente difusión aparente observándose las lesiones yuxtacorticales aumento del CDA como también sucede en la lesión talámica. En el compartimento infratentorial existen dos áreas dudosas de hiperseñal en la imagen

T2, sin traducción en la imagen potenciada en difusión, que tienen una localización cortical en hemisferio cerebeloso izquierdo. Leve retracción cortical difusa que es significativa dada la edad de la paciente. El estudio angiográfico del polígono de Willis no se observan alteraciones en el calibre y distribución de las ramas que componen el polígono así como tampoco en el territorio intracraneal vertebrobasilar. **Conclusión: lesiones de perfil vascular arterial**, con un comportamiento atípico.

- ANGIO-TC troncos supraaórticos y polígono de Willis: cayado aórtico sin evidenciar cambios en el calibre de la luz arterial. Arterias carótidas sin evidenciar áreas de estenosis, con flujo conservado. Arterias cerebrales medias en sus segmentos M1 y M2 de calibre normal sin evidenciar áreas de estenosis. Distalmente se aprecia menor vascularización de territorio cortical frontoparietal con respecto al lado contralateral, probablemente en parte secundario al edema parenquimatoso sin apreciar zonas de stop que sugieran trombo oclusivo. Arterias vertebrales simétricas de calibre normal sin evidenciar áreas de estenosis. Tampoco se aprecian alteraciones de la arteria basilar ni cerebrales posteriores.

- Ecocardiograma transtorácico y transesofágico: sin alteraciones. Sin presencia de foramen oval permeable ni otra fuente embolígena.

- EKG-Holter 24 horas: ritmo sinusal sin objetivarse arritmias durante el registro.

- ANA: negativo. ANCAc y ANCAp: negativos. FR negativo. C3 y C4: ambos en rango normal.

- Homocisteína: 11,8 $\mu\text{mol/L}$ (4.6 - 12.5).

- Ac. Antifosfolípido: negativos, Ac. β_2 glicoproteína 1 IgG e IgM: negativos, Ac. anticardiolipina IgG e IgM negativos.

- Ac. Antimicrosomales TPO <28 U/mL, Ac. Antitiroglobulina 15.10 U/mL (0.0 - 60.0).

- Ig G 960 mg/dl, Ig M 165 mg/dl, Ig A 243 mg/dl. Proteinograma: sin alteraciones.

- Enz. Convertidora de Angiotensina <10 U/L (20.0 - 70.0),

- Serologías: HBs Ag: Negativo, Anti HBc: Negativo, Ac HBs: 61.73 mUI/ml (Positivo), VHC: Negativo, Ac VIH 1/2: Negativo. Sífilis: negativo.

- Serología Borrelia burgdorferi (IgG e IgM): negativos.

- Serología CMV IgM: negativo, IgG: positivo. Serología Herpes 6 IgM: negativa, IgG positivo.

- Serología Sarampión IgM: negativo, IgG dudoso. Serología Varicela: IgM: negativo, IgG positivo.

- Estudio BQ LCR: Glucosa 44 mg/dl, proteínas 40 mg/dl, leucocitos 1 cel/mm³.

- Cultivo LCR: Negativo. Tinción de Gram LCR: No se observan microorganismos.

- EEG: muestra datos de asimetría interhemisférica a expensas del hemisferio derecho, más expresivo en sus regiones temporal posterior y parietal. No se observan anomalías epileptiformes ni episodios críticos.

EVOLUCIÓN:

Durante el ingreso hospitalario presenta una crisis comicial generalizada tónico-clónica. Se repite el EEG en este momento identificándose actividad epileptiforme. Se inicia tratamiento anticomicial con levetiracetam, no volviendo a presentar nuevos

episodios hasta la actualidad. Un nuevo EEG documenta la desaparición de la actividad epileptiforme.

Se realizó una petición que orientó el diagnóstico etiológico.

Figura 1. RMN cerebral.



LXVI SESIÓN CLÍNICA INTERHOSPITALARIA

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

ORGANIZAN:

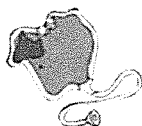
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL



Hospital Universitario
Ramón y Cajal

 Comunidad de Madrid

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