

XXX REUNIÓN CIENTÍFICA DE PRIMAVERA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA (SADEMI).

OSUNA, 14 A 15 DE junio de 2013.

RESÚMENES DE LOS CASOS CLÍNICOS.

Caso 1. VARON 67 AÑOS CON NEOPLASIA VESICAL Y FIEBRE.

Gutiérrez Zafra, Jesús (1), Romero Ferreira, María Dolores; Boujida Taha. (2), Gómez Rodríguez; María del Mar; Sampedro Villasán Juan Luis.(1) Medicina Interna. Hospital San Agustín, Linares. Jaén.(2) MFyC .Hospital San Agustín, Linares. Jaén.

Antecedentes personales: Varón de 67 años .No RAM. Hipoacusia neurosensorial bilateral. Hernia de hiato. Ulcus duodenal. Neoplasia vesical no infiltrante reseca por RTU(estadio PT1 GII) en tratamiento con instilaciones intravesicales de BCG por Servicio de Urología. Exfumador.

Enfermedad actual: Ingresa en Servicio de Urología desde Urgencias por presentar desde varias días previos a su ingreso; fiebre en picos de más de 38°C de predominio vespertino con sudoración que aparece a las 24 horas de la 5ª instilación de BCG sin localización infecciosa. Tras 6 días sin respuesta a tratamiento antibiótico (ceftriaxona+ ciprofloxacino) y estudios realizados por Servicio de Urología negativos contacta con Servicio de Medicina Interna.

Exploración física: COC; BEG, BEHN; eupneico en reposo. No IY. Tº 38.5°C, TA 130/80.AC: rítmica no soplos. AP. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: sin hallazgos a destacar.EI:no edemas ni signos de TVP. No adenopatias ni datos de artritis.No lesiones cutáneas.No rigidez .Signos meningeos negativos.

Pruebas complementarias: Hemograma: 7300 leucocitos con fórmula normal.VSG:100 Bioquímica: destaca GGT 415, FA 190. LDH 257. PCR 11, ferritina 2347. Coagulación: fibrinogeno 8.96. Proteinograma: leve hipoalbuminemia. Discreto aumento de alfa1 y alfa2 globinas. Orina y sedimentos: sin alteraciones. Inmunoglobulinas, Factor reumatoideo: normales. Serología: Toxoplasma Ig G + con Ig M negativa .VHB, VHC, VIH, CMV,VEB, Brucella, VHS; LUES; Coxiella negativos.Cultivos: Hemocultivos:negativos. Baciloscopia :negativa. Cultivo Micobacterias en sangre: pendiente. Baciloscopia en orina: negativa. Cultivo Lowestein en orina: pendiente. Urocultivos: negativos. Rx de tórax: Discreto aumento de trama intersticial. Ecografía abdomen: sin alteraciones.

Ante la persistencia de fiebre elevada se hace prueba diagnóstica que nos orientó en el diagnóstico.

Caso 2. LUMBALGIA CRÓNICA, DOLOR INGUINAL Y DEAMBULACIÓN DOLOROSA.

A Chica, I Mejías, R Tirado, L Montero, J Criado. Medicina Interna: Hospital Infanta Margarita. Cabra. Córdoba.

Antecedentes personales: Mujer de 56 años, hipertensa con buen control, artrosis, cistocele y hernia de hiato en tratamiento habitual con enalapril.

Enfermedad Actual: Consulta por cuadro de lumbalgia de varios meses de evolución de ritmo mecánico y en las últimas horas tras esfuerzo físico de intensidad leve, dolor a nivel inguinal bilateral que aumenta con la deambulación con irradiación cráneo-caudal y coccigodinia con la sedestación. No sensación distérmica. Pérdida ponderal voluntaria tras instauración de medidas higiénico-dietéticas.

Exploración física: la paciente se encuentra febril a la llegada a urgencias (T^a : 39,3 °C), presión arterial de 130/70 mmHg. Presenta dolor a la palpación de columna lumbosacra. La exploración de caderas y sacroiliacas sin hallazgos, Tacto rectal no doloroso y sin palpase masas.

Exploraciones complementarias: destaca un hemograma con leucocitosis y desviación izquierda de la fórmula, hipertransaminasemia leve con patrón mixto. Aumento de reactantes de fase aguda. En hemocultivos extraídos, sobre pico febril del ingreso se aísla estafilococo aureus. Radiología simple de columna lumbosacra y sacroiliacas: con signos degenerativos. Ecografía abdominal: sin hallazgos valorables. TC abdomino-pelvico: colección líquida a nivel pélvico infravesical izquierdo compatible con divertículo vesical o cistocele complicado. RM lumbar.: espondilolistesis L5-S1 con protusión discoosteofitaria posterior que condiciona estenosis foraminal bilateral. Gammagrafía ósea.: sin hallazgos patológicos significativos. Interconsulta a Urología: cistocele grado I.

Evolución: tórpida con tratamiento antibiótico empírico quedando afebril en las primeras 24 horas de inicio de tratamiento antibiótico, pero persistiendo la clínica expresada al ingreso

Se recibió una prueba que resultó diagnóstica.

Caso 3. MUJER DE 49 AÑOS CON TVP Y TEP DE REPETICIÓN.

Navarrete Lorite, MN; Acosta Maestre, FR; Delgado Pérez RM; Lanz García, JF; López Montesinos, I; Tejero Sánchez, S. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna . Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Antecedentes personales: Mujer de 49 años de edad .No reacciones alérgicas ni medicamentosas conocidas. Hipotiroidismo secundario a tiroidectomía por Carcinoma papilar de tiroides. Mixedema. Síndrome depresivo. Esquizofrenia. TVP en miembro inferior derecho y TEP en 2010. TVP en miembro inferior izquierdo en 2011.Hábitos tóxicos: Niega cualquier tipo de hábitos tóxicos.Intervenciones quirúrgicas: Tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar por carcinoma papilar de tiroides con posterior tratamiento ablativo con I 131 en 2007. Tratamiento habitual domiciliario: Levotiroxina125 mcg, Oxcarbazepina, Valpromida y Olanzapina. Actualmente no anticoagulada.

Enfermedad actual: Acude en Diciembre de 2012 por dolor y edema en miembro inferior izquierdo acompañado de dolor en parrilla costal de características pleuro-mecánicas en aumento progresivo. La paciente refiere presentar disnea discreta. No refiere dolor abdominal, náuseas, vómitos ni diarrea. No sabe especificar si ha presentado pérdida de peso en los últimos meses. Niega otra sintomatología.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora Normohidratada y Normocoloreada. TA 150/90 mmHg, FC 100 lpm y SatO₂: 95%. Eupneica en reposo, pero durante el diálogo aparece disnea.AC: Tonos rítmicos sin soplos a 100 lpm.AR: Discreta hipoventilación que es de difícil valoración por inspiraciones limitadas por dolor pleurítico. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación sin signos de peritonismo. No se aprecian masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos conservados. MMII: En miembro inferior izquierdo se aprecia edema hasta el origen del mismo. Discreto aumento de la temperatura.

Pruebas complementarias: Hemograma: Hb: 10.7 g/dl Hcto: 32.2% VCM: 86.5 fL HCM: 28.7 pg. Leucocitos 10300 con fórmula leucocitaria normal. Plaquetas 212000/ microlitro. Bioquímica: Sodio 130 mEq/L. Resto normal. Coagulación: D-Dimeros: 33800. Resto normal. Estudio de Tiroides: TSH 21.22, T4-L 1.48, Ac. Anti TPO negativos, Ac. Antitiroglobulina < 15 y Tiroglobulina 5 ng/ml. Estudio de Hierro: Sideremia 37 y Ferritina 235. Electrocardiograma: Ritmo sinusal sin signos de isquemia aguda ni sobrecarga de ventrículo derecho. Ecografía Doppler de miembro inferior izquierdo: Trombosis de prácticamente la totalidad de la luz de la vena femoral común izquierda, femoral superficial y vena poplítea. Angio-TAC de Tórax: Imágenes compatibles con TEP en ramas segmentarias del LID, LII y LÍngula. En ventana pulmonar imagen triangular de base pleural en LID compatible con infarto pulmonar. Infiltrado periférico en LII y en LÍngula que podría corresponder a áreas de infarto. Ecocardiograma: No hay datos de sobrecarga de ventrículo derecho.

(Resumen truncado a nivel de pruebas diagnósticas)

Caso 4. MUJER DE 51 AÑOS, HIPERTENSA, CON DOLOR ABDOMINAL.

Tena Martínez, A; Navas Alcántara MS; Benítez Rodríguez, MC ; Castilla Guerra, L ; Álvarez Suero, J; Rico, MJ; García, B; Álvarez Álvarez, A ; Álvarez, LM; Pozuelo, F; Vergara, S; Sánchez, J; Espino, A; Del Valle J; Jiménez F(1) ; Marín Martín J. Servicio de Medicina Interna y Unidad de Hematología(1). Hospital de la Merced. Osuna (Sevilla)

Antecedentes personales: Mujer de 51 años. Angioedema por IECAs. Síncope por Betabloqueantes. Hipertensión arterial. Valorada en consultas externas de Medicina Interna por palpitations, realizando Holter de arritmias con ritmo sinusal a buena frecuencia, con extrasístoles ventriculares aisladas. Trastorno de ansiedad. Portadora de DIU de levonorgestrel. Tratamiento domiciliario: furosemida 40mg 0.5 comp/24h, lexatín 1.5 mg/24h.

Enfermedad actual: Mujer que acude por presentar dolor abdominal localizado en epigastrio de unos días de evolución, sin cuadro constitucional asociado, y que mejora parcialmente tras la ingesta. No pirosis ni regurgitación. No vómitos ni trastornos del hábito intestinal. No otra sintomatología. En tratamiento con IBPs.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Normocoloreada y bien hidratada. Eupneica en reposo, sin trabajo respiratorio. ACP: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas ni megalias.

Pruebas complementarias: Analítica Urgencias: Hemograma: ligera trombocitosis (476000/mm³), resto normal. Coagulación: normal, salvo fibrinógeno en 410 mg/dl. Bioquímica: GOT 104 U/l, LDH 528 U/l, resto normal. Ecografía abdominal: discreta hepatomegalia extensa del LHI. Vesícula colapsada no valorable. Vía biliar de tamaño normal. Vena esplénica con contenido ecogénico en su interior que ocupa parcialmente su luz, con ausencia de relleno con Doppler color compatible con trombosis. Páncreas discretamente disminuido de tamaño con aumento de ecogenicidad. Analítica Planta: Hemograma: Serie roja normal. Serie blanca normal. Plaquetas 468000/mm³, VPM 11.7 fl. Al alta HCM 27.7 pg, RDW 14.9, 67.4% de neutrófilos sin leucocitosis. Plaquetas 454000/mm³, VPM 11.8 fl. Resto normal. Coagulación: TP 13.9 seg, INR, actividad de protrombina y TTPA normal. Fibrinógeno 417 mg/dl. D-dímeros 1.10. VSG 36 mm/1^a h. Bioquímica: GOT 134 U/l, GPT 206 U/l, GGT 67 U/l. Resto normal. Al alta GOT 60 U/l, GPT 157 U/l, GGT 191 U/l, resto normal. Estudio de colesterol: colesterol total 165 mg/dl, TG 47 mg/dl. Estudio de hierro: hierro sérico y ferritina normal. Estudio de tiroides: TSH 0.70 mUI/ml, T4 libre 1.39 ng/dl. Proteinograma: patrón inflamatorio agudo y/o pérdida

selectiva de proteínas. Vitamina B12 1002 pg/ml, ácido fólico 8.1 ng/ml. Inmunoglobulinas: IgG, IgA e IgM normal. Cribado de antinucleares: negativo. Serología virus Hepatitis B y C: negativos. Marcadores tumorales: CEA, α -fetoproteína, CA 19.9, CA 125 y CA 15.3: normal. TAC de abdomen con contraste oral e intravenoso: trombosis vena esplénica y ramas portales intrahepáticas (LD). Pequeñas lesiones hipo densas, probablemente quísticas, en segmentos hepáticos IV y VIII, la mayor de ellas de 5mm, y en bazo. Bazo en límites superiores de la normalidad. Resto sin alteraciones radiológicas significativas. Endoscopia digestiva alta: exploración normal. IC a ginecología: exploración ginecológica normal. Se retira DIU.

Evolución y curso clínico: Buena evolución clínica durante su ingreso en planta. Se atiende en todo momento hemodinámicamente estable con TA controlada sin tratamiento antihipertensivo. Inicialmente dolor abdominal controlado con analgesia, no necesitándola los días previos al alta. Se inició tratamiento anticoagulante con Sintrom®, objetivando en ecografía Doppler abdominal recanalización casi total de vena esplénica (únicamente a nivel proximal en eje espleno-portal, se observa pequeño contenido ecogénico, pero con revascularización casi completa; no se identifica trombosis portal a nivel proximal).

Por todo ello, se da alta a domicilio con seguimiento en CCEE de Medicina Interna y Hematología. **Se solicita un estudio ambulatorio que es diagnóstico....**

Caso 5. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SECUNDARIA

María Blanco Soto (1), Carmen Pérez López (1), Veredas Romero(1), Javier Sánchez Lora (1), Alejandro Rodríguez Morata (2), Francisco Navarro Romero (1), Rafael Gómez Medialdea (2). (1) Servicio de Medicina Interna. (2) Servicio de Angiología y Cirugía Vascul. Hospital Clínico-Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Antecedentes personales: Mujer de 78 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 controlada con dieta, hipertensión arterial controlada bajo tratamiento farmacológico, episodios ocasionales de infección urinaria de vías bajas, espondilodiscartrosis degenerativa lumbar con síndrome articular facetario grave y afectación radicular L4-L5-S1 evidentes en estudio RNM de hacía 2 meses, que le ocasionaba un dolor lumbociatálgico crónico y limitaba su movilidad en los últimos 5 meses. Había sido intervenida hacía años de gastrectomía tipo Bilroth-I, colecistectomía, apendicectomía y facoemulsificación bilateral. Seguía tratamiento habitual con Carvedilol, Torasemida, Pregabalina, Diazepam, Morfina oral y Lansoprazol.

Enfermedad actual: Consulta al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro clínico de astenia, vómitos postprandiales reiterados, escalofríos con tiritonas sin termometrar fiebre, con polaquiuria y tenesmo vesical de unos 2 meses de evolución, así como un dolor intenso y continuo de inicio desde hacía unos 5 meses y que se extendía desde región lumbar a punta del pie derecho. El dolor se agravaba con la movilidad de la pierna, notando menor fuerza y sensibilidad de la misma. Había requerido el empleo de dosis aisladas de mórficos orales sin buena respuesta, por lo que había limitado su movilidad al domicilio. No refiere síntomas de cuadro constitucional, salvo menor apetito por los vómitos.

Exploración física: A su llegada, la paciente presentaba una presión arterial de 105/57 mmHg, 70 lpm, 37.1°C, palidez cutáneo-mucosa, eupneica. Auscultación cardiorrespiratoria rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando, sensible en epigastrio e hipocondrio derecho, con ruidos intestinales conservados y tacto rectal con restos de heces de coloración normal. Edemas en miembros inferiores con fovea en el derecho, sin signos exploratorios de trombosis venosa profunda, con pulsos periféricos conservados, una temperatura y coloración normales, pero con una fuerza de grado-III/IV, hipoestesia en territorio L4-S1, reflejo osteotendinoso rotuliano débil y signo de Lassegue positivo derechos.

Pruebas complementarias: En los análisis urgentes se apreciaban valores de Leucocitos: 13.100/ μ L (N: 75.20%), Hb: 8.4 g/dL, Hto: 27.8%, VCM: 82 fL, Plaquetas: 414.000/ μ L, Creatinina: 0,8 mg/dL (EFG-MDRD-IV: 57), electrolitos y GOT normales, PCR: 124,5. La orina elemental mostró 100 leucocito/campo y nitritos negativos. Se extrajeron cultivos de sangre y orina, recomendándose su ingreso para tratamiento y estudio, con sospecha inicial de posible pielonefritis aguda, síndrome anémico y lumbociatalgia crónica. Se solicitó un estudio mediante TAC abdominal que mostró imágenes compatibles con un absceso de músculo psoas-íliaco derecho (7x3 cm) que se extendía y englobaba al paquete vascular íliaco, con imagen de aneurisma de arteria íliaca común e hipogástrica derechas rodeado de posible hematoma, así como una hidronefrosis pieloureteral derecha de grado-III hasta tercio medio, con signos de retraso funcional renal (figuras 1a y 1b). Bajo anestesia local y control de TAC se colocó un drenaje percutáneo de la colección del psoas, retirándose a las 72 horas por aspirar escasa cantidad de exudado purulento, cuyo cultivo fue negativo. Posteriormente se practicó una urografía intravenosa, seguida de una nefrostomía percutánea, al comprobarse un stop a nivel del uréter medio-cruce íliaco derecho, con la finalidad de no deteriorar su función renal.

Evolucion: Los cultivos de orina y sangre fueron negativos, no encontrando signos de endocarditis infecciosa en un ecocardiograma realizado. La paciente se mantuvo afebril bajo tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro para cubrir los gérmenes más frecuentes, tales como Staphylococcus spp y enterobacterias, sin embargo fue necesaria la transfusión de 2 unidades de concentrado de hematíes y dosis progresivas de opiáceos para corregir la sintomatología anémica y álgida. Tras 14 días de hospitalización desarrolló signos clínicos de trombosis venosa profunda del miembro inferior derecho, a pesar de haber permanecido bajo tratamiento con dosis profilácticas de heparina de bajo peso molecular. El cálculo del Índice de Wells modificado para trombosis venosa profunda fue superior a 2, por lo que se solicitó un estudio ecográfico-Doppler venoso que demostró signos de trombosis parcialmente recanalizada a nivel de venas íliaca-femoral común y safena interna derechas.

Se revisaron las imágenes aportadas de la RNM lumbosacra practicada hacía 2 meses, sin evidenciar lesiones retroperitoneales añadidas a las descritas en sus antecedentes personales. Asimismo se comprobó el resultado de un urocultivo positivo a Escherichia coli solicitado por su Médico de Atención Primaria hacía 2 meses, para el que había recibido tratamiento antibiótico.

Dada la tórpida evolución y riesgos vasculares, se solicitó valoración.....

Caso 6. DIARREA CRÓNICA EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA VARIABLE COMÚN

Ana Espejo Gil. Ignacio Márquez Gómez. Enrique de Ramón Garrido. Servicio de Medicina Interna. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Malaga.

Antecedentes personales: Varón de 36 años. Sin alergias medicamentosas conocidas y sin hábitos tóxicos. Trabaja como recepcionista en un hotel. Como antecedentes personales destaca una Inmunodeficiencia Variable Común (IDCV) diagnosticada hace 8 años en tratamiento mensual con inmunoglobulinas, realiza revisiones periódicas en Medicina Interna. Suele presentar infecciones respiratorias de repetición que se resuelven con la toma de antibióticos de manera ambulatoria. Fue esplenectomizado en 2006 ya que se objetiva en analíticas de rutina una pancitopenia y tanto en ecografía como TAC abdominal una esplenomegalia de 26 cm. Se realizó biopsia de médula ósea que descarta síndrome linfoproliferativo. El resultado anatomopatológico de la pieza de esplenectomía fue una inflamación granulomatosa epiteloide no necrotizante con PCR positiva para Toxoplasma. Ante la sospecha de una posible toxoplasmosis sistémica se repitió la PCR en la muestra de anatomía patológica que resultó reiteradamente negativa por lo que no se realizó tratamiento.

Enfermedad actual: Consulta en Junio de 2012 por pérdida de peso de aproximadamente 5 kg en los últimos 2 meses además de decaimiento y quebrantamiento del estado general. Refiere un aumento en el número de deposiciones (3-4 deposiciones al día) sin productos patológicos. Niega dolor abdominal. Afebril. No otra sintomatología a otro nivel.

Exploración física: Buen estado general. Consciente y orientado. Ligera palidez mucocutánea. Bien hidratado y perfundido. Colaborador. Eupneico en reposo. TA: 110/90. FC 85lpm. Afebril. Peso: 59,8 kg. Talla: 1,7 m. Cabeza y cuello: Cavidad oral normal. No se palpan adenopatías. Auscultación cardiopulmonar: Rítmico. Regular. No soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: Blando. Depresible. No doloroso. No se palpan masas ni megalias. Peristaltismo presente. No signos de irritación peritoneal. Miembros inferiores: No edemas. No signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: Analítica: Hb 8,6 gr/dl, Hto 30%, VCM 73,2 fl, HCM 20,9 pg, leucocitos 17890/mm³ (fórmula normal), plaquetas 811000/mm³, bioquímica normal. Ferritina 5, ácido fólico y vitamina B12 normal. TSH normal. Serología VIH y VHC negativas, HbsAg negativo, HbsAc positivo y HbcAc positivo. Alfa 1 antitripsina y ceruloplasmina normales. Alfafetoproteína normal. Coprocultivo: negativo. Toxina clostridium difficile negativa. -Analítica de heces: positivo en dos ocasiones para Giardia Lamblia. -Ecografía abdominal: Hígado de ecogenicidad normal sin evidencia de LOES. Vesícula plegada con cierto engrosamiento concéntrico de pared. Porta y vía biliar no dilatadas. Bazo ausente. Riñones de ecogenicidad y morfología normal. No líquido libre. -Colonoscopia: Se explora hasta ciego identificando la válvula ileocecal. Íleon terminal de aspecto macroscópico normal. Se aprecia afectación de la mucosa continua desde ano hasta ciego con edema, eritema y abundante mucosidad sin claras lesiones por pérdida de sustancia, aspecto sugestivo de pancolitis ulcerosa. -Anatomía Patológica: Mucosa de íleon terminal con leve inflamación crónica inespecífica focal. Biopsia de colon derecho e izquierdo con infiltrado inflamatorio agudo que afecta a epitelio superficial y lámina propia de la mucosa, que incluye eosinófilos, con ausencia de células plasmáticas y presencia de criptitis aguda extensa con abscesos cripticos, y algunas figuras apoptóticas, sin distorsión glandular. Inmunohistoquímica negativa para citomegalovirus.

Se comentara el diagnóstico diferencial y diagnóstico clínico definitivo.

Caso 7. MUJER DE 66 AÑOS INMUNODEPRIMIDA CON FIEBRE Y PANCITOPENIA.

Crespo González E; Malvárez Mañas RM; Pérez Stachowski J; Fernández Bermúdez D; García Alegría J. Unidad de Medicina Interna. Área de Medicina. Hospital Costa del Sol. Marbella. (Málaga).

Antecedentes personales: Mujer de 66 años que consulta por síndrome constitucional y fiebre. No alergias medicamentosas. Artritis reumatoide seropositiva en tratamiento con metrotexate con buen control de la enfermedad, hipertensión arterial en tratamiento, osteoporosis e hipotiroidismo subclínico. Neumonías de repetición en lóbulo medio derecho desde 2012. Colecistectomizada por pancreatitis biliar. Tratamiento: Metrotexate 20 mg semanales, ácido fólico, natecal D, alendronato, omeprazol, tramadol, candesartán e indometacina.

Enfermedad actual: Refiere cuadro de astenia importante asociada en los últimos 15 días a fiebre diaria y escalofríos. Al inicio del cuadro fue diagnosticada de neumonía y realizó tratamiento antibiótico con levofloxacino durante 10 días, con mejoría leve. A los dos días tras finalizar el tratamiento, comienza con odinofagia intensa y persistencia de la fiebre, siendo catalogada de amigdalitis aguda y comienza a tomar ciprofloxacino, momento en el cual cede la fiebre. Desde hace un tiempo, que no sabe especificar, viene presentando disfagia y odinofagia

junto con vómitos de contenido alimentario ocasionales y deposiciones diarreicas autolimitadas. No ha presentado tos ni expectoración, no disnea ni dolor torácico. No síndrome miccional ni otros síntomas.

Exploración física: TA 110/62 mmHg. FC 70 lpm. FR 14 rpm. Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Afebril. Eupneica en reposo. Bien perfundida. Palidez cutáneo-mucosa y sequedad de mucosa bucal. No ingurgitación yugular. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos y regulares sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Resto normal.

Pruebas complementarias: Análítica: Hemograma: leucocitos 1.480/ul (neutrófilos absolutos 770/ul), Hb 8.1 g/dL, Hcto 24.8%, plaquetas 34.000/ul. Bioquímica: glucosa 113 mg/dl, urea 73 mg/dl, Creatinina 0.93 mg/dl, Na 140 mEq/l, K 4.4 mEq/l, ácido úrico 7.1 mg/dl, GOT 631 U/L, GPT 461 U/L, GGT 207 U/L, fosfatasa alcalina 120 U/L, BT 0.2, LDH 806 U/L, proteínas totales 5.3 g/dL, albúmina 3.1 g/dL, ferritina 1542 ng/ml, PCR 7.85 mg/dl. Coagulación: INR 0.9. ECG: ritmo sinusal a 85 cpm sin alteraciones del QRS ni de la repolarización. Rx tórax: índice cardiotorácico normal. Infiltrado intersticial en LID. TAC tórax: adenopatías axilares y mediastínicas de aspecto reactivo junto con atelectasia completa del lóbulo medio sin que se observen masas ni nódulos pulmonares de aspecto sospechoso. Hemocultivos: negativos. Serología: Epstein Barr Ac heterófilos negativos, VCA IgG e IgM negativos, CMV IgM positivo con título límite, VHA IgM negativo, HBs Ag, HBs Ac, HBc Ac y HBe Ag negativos, VHC Ac negativo. VIH 1,2 Ac negativo. Microbiología molecular sérica: no se detecta DNA de CMV ni de Herpes simple 1 y 2 en suero. Fondo de ojo: sin alteraciones relevantes. Endoscopia digestiva alta: úlceras esofágicas en esófago medio de bordes definidos, parcialmente cubiertas por fibrina. Se toman muestras para anatomía patológica y microbiología. Biopsia esofágica: Ulceración inespecífica con infiltrado inflamatorio submucoso. No se identifican estructuras micóticas ni signos de infección viral, sin evidencia de inclusiones herpéticas ni citomegálicas, con técnica inmunohistoquímica negativa para CMV. Rectosigmoidoscopia: sin lesiones mucosas en el tramo explorado, se toman muestras para estudio anatomopatológico. Biopsia de colon: alteraciones compatibles con colitis colágena. No se identifican microorganismos ni signos sugestivos de infección viral, con técnicas de Rojo Congo e inmunohistoquímica para depósitos de amiloide negativas.

Se realizó prueba que fue diagnóstica.

Caso 8. VARÓN DE 54 AÑOS CON FIEBRE DE CORTA EVOLUCIÓN ACOMPAÑADO DE TOS Y EXPECTORACIÓN PURULENTO.

Hidalgo Gómez R., Vidal Serrano S., Lazcano González C., Escorial Moya C., Delgado De la Cuesta J., Vallellano Domínguez R. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

Antecedentes personales: El paciente refería como antecedentes de interés LES en seguimiento por el Hospital Princesa (Madrid). No presentaba factores de riesgo cardiovascular. Seguía tratamiento con Prednisona 5 mg, Hidroxicloroquina 200 mg, AAS 100 mg.

Enfermedad actual: El paciente fue derivado al Servicio de Urgencias de nuestro centro por presentar desde hacía 12 horas tos con expectoración purulenta con crepitantes en hemitórax izquierdo a la auscultación pulmonar y saturación de O₂ del 93%. En la Radiografía de tórax que se realiza presenta una condensación en lóbulo en el pulmón izquierdo. Ingresa en la planta de Medicina Interna con diagnóstico de: Neumonía en lóbulo en paciente inmunodeprimido en tratamiento crónico con corticoides CURB 0-1.

Pruebas complementarias: Durante su ingreso en planta realizamos determinadas pruebas complementarias entre las que se encuentran: Hemograma: 7400 Leucocitos con 83,6% de PMN. Reactantes de fase aguda: PCR 370. Ácido Láctico 2,3. Pro calcitonina 1,37. Antígeno de Neumococo y Legionella en orina: Negativos. Radiografía de Tórax: Condensación en base pulmonar izquierda. TAC Tórax: Broncograma aéreo y adenopatías parailiares. TAC Abdomen: Lesión hepática nivel del segmento 2 hipodenso de 4 cm que podría estar relacionado con un hemangioma.

Evolución: Además de los estudios reglados, avanzamos en el tratamiento (Ceftriazona 2gr/24h + Levofloxacino 500 mg/ 24h...>Levofloxacino 500 mg/24 h + Imipenem 500 mg/24h) sin mejoría clínica del paciente, manteniendo fiebre elevada, clínica respiratoria e iniciando clínica abdominal con vómitos incoercibles y dolor en Hipocondrio Derecho.

Ante los hallazgos complementarios y la continuidad de la clínica inicial del paciente, a pesar de la amplitud del espectro antibiótico y el inicio a su vez de la clínica abdominal, se decide **ampliar el estudio del paciente y seguir avanzando en el tratamiento, hasta llegar al final al diagnóstico del mismo.**

Caso 9. VARÓN DE 67 AÑOS CON FIEBRE DE 20 DÍAS DE EVOLUCIÓN.

López Montesinos, I; Acosta Maestre, FR; Delgado Pérez, RM; Lanz Garcia, JF; Navarrete Lorite, MN; Tejero Sánchez, S; Aramburu Bodas, O. UGC de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Antecedentes personales: Varón de 67 años, alérgico a HIDROCLOROTIAZIDA. Hipertensión Arterial. Hipertrofia Benigna de Próstata. Ototubaritis derecha hace 4 meses. Episodio de otitis derecha con dolor intenso e hipoacusia en 2011. Cuadro de neumonía hace 3 años y otro hace 30 años (ambos sin informe). Hábitos Tóxicos: Ex-Fumador desde hace 14 años de 10 cigarrillos/día. Trabajó en plantaciones algodoneras. Tratamiento Habitual: Atenolol 50mg ¼ al día, Valsartán/Amlodipino 160/10mg, Silodosina 8mg.

Enfermedad actual: Desde hace 20 días, presenta fiebre de predominio vespertino de hasta 38,5°C, junto con sudoración nocturna y cuadro de tos con expectoración verdosa (espesa, de escasa cuantía) y disnea a moderados esfuerzos. Refiere además astenia generalizada desde hace 5 meses, con anorexia y pérdida de peso de unos 7 Kg. Ha seguido tratamiento con amoxicilina-clavulánico 500/125mg, 1000/62,5mg y levofloxacino 500mg sin mejoría clínica. No ha realizado viajes en los últimos meses. No ha tenido contacto con animales. Niega haber estado en el campo ni en otras zonas rurales. No ha estado en contacto con personas con alguna afección respiratoria.

Exploración física: Tensión Arterial 111/67mmHg. Tª 37°C. SatO2 98%. Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupnéico. Bien perfundido e hidratado. No focalidad neurológica. No se palpan adenopatías periféricas. No exantema cutáneo. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia, sin soplos. Buen murmullo vesicular con roncus aislados parahiliares en hemitórax derecho y crepitantes leves en base izquierda. Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni organomegalias. No signos de peritonismo. Murphy negativo; Blumberg negativo. No edemas en Miembros Inferiores.

Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina 11.2 g/dl, Hematocrito 34.5%, VCM 80,8 fl, HCM 26,3 pg. Leucocitos de 13.100/µl con 81% de neutrófilos (Absolutos 10.590/µl). Trombocitos 542.000/µl. Bioquímica: Urea 31 mg/dl, Cr 0,81 mg/dl. FG (MDRD-IDMS) 95,2 mL/min/1,73 m²; Proteínas 7,7 g/dl. Iones normales. Perfil abdominal normal (incluyendo FA, GOT, GPT, GGT, LDH y Bilirrubina). PCR de 144 mg/l. Sedimento de Orina: Normal. Radiografía de Tórax: Patrón intersticial difuso. Posible infiltrado nodular en lóbulo medio de

pulmón izquierdo. TC TORAX: Adenopatías, algunas de hasta 18mm, de aspecto reactivo-inflamatorias en localización retrocavo-pretraqueal, prevasculares y en hilios pulmonares. Vía aérea central permeable sin masas dependientes del árbol bronquial. No hay derrame pleural. Se identifican alteraciones en el parénquima pulmonar periférico subpleural de ambos lóbulos superiores de tipo intersticial con engrosamiento de los septos interlobulillares. En el LSI se observan varios infiltrados pseudonodulares de tipo intersticio-alveolar posiblemente de etiología infecciosa-inflamatoria. En el LID también se aprecia un engrosamiento del intersticio con algunos pequeños quistes subpleurales. Mantoux: Negativo. Interferón-gamma: Negativo. Espustos seriados: Baciloscopias de Ziehl-Neelsen: Negativas. Cultivo en Medio Lowenstein: Negativo. Broncoscopia: Normal. Cultivo de Aspirado Bronquial: Negativo. Citología de aspirado bronquial: negativo. Hemocultivos (3): Negativos. Ecocardiografía: Dilatación no aneurismática de raíz aórtica. No signos de endocarditis. Serologías Mycoplasma, Chlamydia, Fiebre Q y Legionella: negativas. Seroaglutinación de Brucella: Negativa. Marcadores Tumorales: Normales (Alfa Fetoproteína, CA.125, CA.19.9, β 2 Microglobulina), salvo PSA 5.02 ng/ml. Proteinograma: Aumento porcentual de globulinas, a expensas de disminución de Albúmina sérica. No se evidencia pico monoclonal. Inmunoglobulinas: IgA, IgG e IgM normales.

Evolucion: A su ingreso en Medicina Interna se orienta el caso como fiebre de origen desconocido de posible etiología infecciosa; por lo que, se continúa con el tratamiento antibiótico iniciado en el Servicio de Urgencias (ceftriaxona 1g/24h) y se amplía espectro añadiendo levofloxacino 500 mg/24h y doxiciclina 100mg/12h; completando finalmente, 14 días con ceftriaxona y 12 días con levofloxacino y doxiciclina (4 de esos días con los tres fármacos). Sin embargo, el paciente persiste con fiebre de hasta 38.5°C y con el mismo cuadro que motivó su ingreso, además de mantener analíticamente, anemia, leucocitosis, trombocitosis y elevación de PCR.

Para descartar fiebre secundaria a enfermedad neoplásica, se amplió TC a cráneo y abdomen sin hallazgos significativos; además de solicitar broncoscopia, marcadores tumorales, proteinograma e inmunoglobulinas; siendo todos ellos normales. Finalmente, se solicitó un estudio que orientó el diagnóstico...

Caso 10. MUJER DE 44 AÑOS CON FIEBRE Y MIALGIAS.

Gil Gascón J.M., Ruíz Padilla F.J., Pelayo García G., Bianchi Llave J.L. UGC Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Algeciras.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Litiasis biliar no complicada. Sin hábitos tóxicos ni otros antecedentes patológicos de interés.

Enfermedad actual: Mujer de 44 años que acude a urgencias refiriendo cuadro de 1 semana de evolución consistente en fiebre alta termometrada sin tirtonas, acompañadas de mialgias generalizadas, odinofagia y otalgia. La fiebre diaria permaneció a pesar de tomar amoxicilina y no se acompañó de disnea, cefalea, dolor abdominal disuria ni ninguna otra sintomatología añadida. No refería haber viajado al extranjero, ni picaduras de insectos y no consumió productos sin higienizar.

Exploración física: Tª 38,2 °C. Resto de la exploración absolutamente normal.

Exploraciones complementarias: Hemograma y bioquímica. Hemograma inicial con anemia normocítica (Hb 10.8, Hto 31.9, VCM 84), 27.700 leucocitos (90% N, 6% cayados) y trombocitosis (en los días siguientes, pancitopenia). VSG 80 mm/h. PCR 10,8. TP, INR y TPTA normales. Fibrinógeno 1093. Reticulocitos 0,4%. Frotis sanguíneo: granulación tóxica en serie blanca. Sideremia 25,7. Transferrina 142. Ferritina 9011,9. Ácido fólico normal. Vit B12 1064. Urea 59. Colesterol total 93. Triglicéridos 242. HDL colesterol 10. Proteínas totales 4,2. Calcio

7,2. Fósforo 2,0. Sodio 127. Potasio 2,9. GGT 148. Resto de bioquímica general, hepática y lipidograma normal. Proteinograma con hipoalbuminemia. TSH basal y T4L normales. ANA y Anti-DNA negativos. C3 149,0. C4 normal. Crioglobulinas negativas. CA-15.3 49,33. CEA 0,51. CA-125 39,94. CA-199 y AFP normales. Microbiología. Urocultivos positivos a *Candida tropicalis* y *Klebsiella pneumoniae*. Cultivo y baciloscopias de esputos negativos. Coprocultivos y parásitos en heces negativos. Hemocultivos negativos. Hemocultivos a través de catéter y cultivo de punta de catéter negativos. Ag criptocócico en sangre negativo. Serología de *Parvovirus B 19* (Ig M), *Borrelia*, VVZ, CMV (Ig M), VEB (VCA Ig M), *Legionella*, *Chlamydia psittaci*, *Coxiella burnetti*, *Mycoplasma pneumoniae*, Rosa de bengala, *Rickettsia conorii* y *Chlamydia pneumoniae* negativos. Pruebas de imagen. RX de tórax y senos paranasales sin hallazgos. Ecografía abdominal: pequeño derrame pleural derecho, vesícula biliar contraída con litiasis compatible con vesícula escleroatrófica sin otros hallazgos. Ecografía tiroidea: compatible con bocio multinodular. TAC tórax-abdomen-pelvis: adenopatías axilares bilaterales con seno graso conservado por lo que no sugieren significación patológica. Resto de tórax sin hallazgos. Discreta esplenomegalia, ovario izquierdo con formación quística de 2,8 cm, algunas adenopatías subcentimétricas de localización mesentérica, retroperitoneal alrededor de grandes vasos e inguinales bilaterales. Ecocardiografía: derrame pericárdico posterior ligero con cavidades cardíacas y válvulas normales, sin evidencia de vegetaciones y estudio doppler normal salvo estado hiperdinámico. Otras pruebas. Endoscopia oral: candidiasis esofágica y esofagitis herpética. Esofagitis péptica grado II. Hernia de hiato de mediano tamaño por deslizamiento no complicada. Pólipo probablemente hiperplásico en cuerpo gástrico. Duodenitis leve. Biopsia de mucosa esofágica: *Candida tropicalis*.

Se le realizó una prueba que resultó diagnóstica...

Caso 11. VARÓN CON SÍNDROME CONSTITUCIONAL Y NÓDULOS PULMONARES MÚLTIPLES.

Mata Palma, C. Bautista Galán, MA Guerrero León, MJ. Vallejo Herrera, A. Ruíz Serrato, J. Villar Jiménez, J. Olmedo Llanes, MA. García Ordóñez Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera. Málaga.

Antecedentes personales: Varón de 82 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Hipertensión arterial esencial. Poliposis nasosinusal. Tratamiento habitual con amlodipino.

Enfermedad actual: Cuadro clínico de dos meses de evolución consistente en tos no productiva, sensación distérmica, sudoración nocturna, astenia y pérdida ponderal de 5-6 Kg. No fiebre ni disnea. No mejoría tras pauta de antibioterapia ambulatoria con levofloxacino y amoxicilina-clavulánico.

Exploración física: TA 128/80, FC 100 lpm, Sat O2 basal 95%. Afectación del estado general, palidez cutánea, eupneico en reposo. No bocio ni adenopatías. Tórax: tonos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado, con algunos roncus dispersos. Abdomen sin alteraciones. Extremidades con pulsos palpables, sin otras alteraciones.

Exámenes complementarios: Analítica: leucocitos: 14000/mm³, con fórmula normal. Hb 9.9 g/dL VCM 76.7fL, HCM 25. Plaquetas: 487000/mm³ plaquetas. Hemostasia normal. Bioquímica con iones, función renal y perfil hepático. Normales. PCR 20.6 mg/dl, VSG 92 mm. Hierro 25 µg/dl, transferrina 163 mg/dl, índice de saturación de transferrina 10.8 %, ferritina 80 ng/ml. Vitamina B12, folato y TSH: normales. ANA y factor reumatoide negativo. ECA: normal. IgG: 1660. Resto de inmunoglobulinas y complemento normales. Proteinograma sin pico monoclonal. Serología VIH: negativo. Orina con bioquímica y sedimento normales.

Intradermoreacción de Mantoux negativo, persistiendo negativo a los 15 días. Microbiología: cultivo de esputo negativo. Tinción de Ziehl-Nielsen negativa. Radiografías de tórax: Índice cardiotorácico normal. Nódulo en lóbulo superior izquierdo. Sin otras alteraciones. TAC toracoabdominal: Presencia de múltiples nódulos pulmonares bilaterales de bordes espiculados; la mayoría de ellos de base pleural, el mayor de ellos de 3.5 cm. Adenopatías de hasta 1.9 cm de eje mayor en hilio derecho. Esteatosis hepática y colelitiasis. Endoscopia digestiva alta: gran hernia hiatal por deslizamiento. Gastritis crónica antral superficial. Colonoscopia: sin hallazgos relevantes.

Evolución: Durante su estancia hospitalaria el paciente presenta cefalea frontal persistente sin sintomatología neurológica acompañante persistiendo marcada astenia e hiporexia.

Se realizaron unos procedimientos que resultaron diagnósticos.

Caso 12: VARON DE 39 AÑOS CON MASA LATEROCERVICAL IZQUIERDA DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN.

Rojas-Lorence, R. Alarcón-Manoja, E. Hernández-Rey, J.M. Aguilar-Gallego, M. Bianchi-Llave, J.L.UGC Medicina Interna, Hospital Punta Europa (Algeciras)

Antecedentes personales: Intervenido de Hernia inguinal derecha. Pendiente de intervenir de supuesta hernia inguinal izquierda. Profesión: peluquero.

Enfermedad actual: Consulta por la aparición de tumoración laterocervical izquierda, que crece rápidamente en los últimos 3 meses, acompañado de sudoración ocasional y sensación distérmica. En anamnesis por aparatos: No refiere cuadro constitucional o síntomas B. Sólo resaltar dolor en la cadera izquierda de características inflamatorias, y que el propio paciente no relaciona con la hernia inguinal.

Exploración física: Buen estado general. Buena coloración de piel y mucosas. ACP: Rítmico, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: sin hallazgos patológicos. No se aprecia hernia inguinal izquierda. Cuello: Destaca a la palpación masa de 4x3cm en cara laterocervical izquierda, dura, indolora, y sin adherencia a planos profundos. EEl: dolor selectivo en espina ilíaca anterosuperior izquierda, donde se palpa pequeña masa de consistencia media fácilmente desplazable. Resto sin interés.

Pruebas complementarias: Analíticas: Hemograma: leucocitos 11.100 (Neutrófilos 8970, Linfocitos 1290, Monocitos 605, Eosinófilos 100, Basófilos 20). Hematíes 4.740.000, Hb 13,5 gr/dl, Hcto 40%, VCM 84fl, HCM 28pg, Plaquetas 412000. VSG 73mm/h. PCR 2,48mg/dl. Bioquímica general: LDH, CPK, marcadores tumorales, Proteinograma, Inmunoglobulinas, C3-C4, serología VHC, VHB, VIH, ECA: normales o negativos. Mantoux positivo a las 48h. **Pruebas de Imagen:** Radiografía de tórax: probable masa en LSD con micronódulos periféricos bilaterales. TAC de cuello: medial al esternocleidomastoideo izquierdo a la altura del hioides existe colección de 33mm, de eje mayor compatible con absceso o adenopatía necrosada. TAC de tórax: dorsal a la carina y bronquio principal derecho se aprecia masa necrosada de 4cm que se extiende lateralmente engrosando la cisura menor, compatible con neoplasia maligna. Se aprecian numerosas adenopatías mediastínicas de diferente localización, y nódulos pulmonares bilaterales subcentimétricos compatibles con metástasis. Patrón compatible con Linfangitis carcinomatosa en ambos lóbulos superiores, sobre todo derecho. TAC abdomen y pelvis: adenopatías retroperitoneales periaórticas de 2 cms, ilíacas comunes externas e internas bilaterales de 2,8cms, mesentéricas de 1 cm e inguinales derechas de 1cm. Colección subcutánea de 10x3x3cms en contacto con espina ilíaca anterosuperior izquierda, a la que erosiona. La agresividad de la lesión hace probable que se trate de una metástasis necrosada.

Posteriormente se realizó una prueba que fue diagnóstica...

Caso 13: ARTRITIS DE EVOLUCIÓN SUBAGUDA Y ETIOLOGÍA INCIERTA.

Delgado Villa, R.; Leyva Prados, Ch; García Moreno, J; M^a; Aguayo Canela, M. Servicio de Medicina Interna Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Antecedentes personales: Varón de 22 años. De nacionalidad Rumana, trabajador del campo, conductor de tractor. Relación con personas de varias nacionalidades. No otros antecedentes epidemiológicos de interés. No RAM conocidas. Fumador de 20 cigarrillos/ día.

Enfermedad actual: Paciente consulta por tumoración con signos inflamatorios nivel cubital distal de dos meses de evolución. El paciente había realizado dos ciclos de antibióticos, su medico de cabecera indica tratamiento con cloxacilina 7 días con mejoría parcial durante los primeros tres días, con posterior empeoramiento, edema de la zona del carpo/ mano con importante impotencia funcional, que le dificulta cualquier movilización, impidiéndole su trabajo diario. Ante estos hallazgos se le prescribe un segundo ciclo de antibioterapia con amoxicilina/ clavulánico , volviendo a ocurrir lo mismo, mejora durante los primeros días con empeoramiento posterior. NO refiere haber presentado fiebre aunque si sensación febril no termometrada y empeoramiento del estado general. Ante la persistencia de la clínica su MAP lo deriva a urgencias. No refiere picadura de animal, no manipulación de agua ni alimentos ni traumatismo previo, aunque presenta de forma clara una puerta de entrada/ punto de drenaje en cara medial distal del carpo. NO cuenta tos ni expectoración, no conoce enfermedades en convivientes de su domicilio ni cuenta otra clínica acompañante por aparatos.

Exploración: Buen estado general, consciente , orientado y colaborador. Hemodinámicamente estable. Afebril. No adenopatías periféricas.AC: rítmica sin soplos audibles.AR: Buen murmullo vesicular si ruidos patológicos sobreañadidos.Abdomen: blando depresible , no doloroso a la palpación. NO se palpan masas ni megalias ni signos de peritonismo.MMSS: MSD posición antialgica, a nivel distal gran edema que ocupa toda la mano, de predominio en cara posterior, con aumento de tamaño, calor, no claros cambios de coloración, con lesión costrosa a nivel de zona cubital distal. NO crepitación de la zona. MSI sin hallazgos. Tatuajes (antiguos) varios en ambos miembros. MMII: Sin hallazgos relevantes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:Hemograma: Hb 13.3, Htco 40.3%. VCM 86.9. Leucocitos 14100 (s 69.9%, l 21.7%). Plaquetas 216000.Coagulación: TP 0.97, TTPA 1.17.Bioquímica: glucosa 80, Creatinina 0.62, Urea 32. Na 134, K 3.8. Proteínas totales 6.4. GPT 10, GOT 12, LDH 90. PCR 0.6. VSG 56. VIH negativo.Cultivo de punción aspiración con jeringa de exudado/ absceso cutáneo negativo. Mantoux: positivo.Rx tórax: Silueta cardiomediatinica y parénquimas pulmonares sin hallazgos radiológicos significativos. Rx mano derecha: Aumento difuso de densidad de las partes blandas fundamentalmente a nivel del carpo con borrosidad de los márgenes óseos sobre todo del hueso grande así como de los márgenes de los huesos adyacentes (semilunar, escafoides, piramidal, trapezoide, y base del segundo y tercer metacarpianos) por resorción ósea subperiostica secundario como primera posibilidad artritis infecciosa. Ecografía de mano derecha: Marcado edema del tejido celular subcutáneo a nivel de toda la mano derecha. Se visualizan dos colecciones, una en margen externo de muñeca y otra en el interno que se extiende desde planos superficiales hasta profundos, ambas comunican con la articulación, una con cúbito- carpiana y otra con radio-carpiana. Colecciones con paredes gruesas y contenido ecogénico que se corresponden a recesos sinoviales con probable contenido purulento.RMN de mano derecha: Alteraciones compatibles con artritis infecciosas de muñeca (pancarpitis con alteración de señal, edema y captación de todos los huesos del carpo, salvo el pisiforme, y base de metacarpianos 2º y 3º indicativa de osteomielitis, sin erosiones o destrucción ósea actual apreciable, con afectación menor radial

distal, derrame de alta densidad o exudativo y engrosamiento difuso sinovial, observándose compartimentalización de líquidos en recesos articulares, más evidente en el radial palmar de 20 x11 mm, y en dorso de la muñeca de hasta 10 mm de espesor). Otras causas parecen improbables ante estos hallazgos. NO otras alteraciones de interés.

Evolución: Durante la estancia en planta el paciente permanece estable, afebril en todo momento y con buenas constantes. Realizo tratamiento antibiótico con Ciprofloxacino y Clindamicina oral durante 15 días. Posteriormente se le retira ante la falta de mejoría de la clínica y cultivos en varias ocasiones negativos. Se realiza Interconsulta a Traumatología: Se toma biopsia de sinovial del extensor común de los dedos (tercer compartimento extensor), bajo anestesia local, sin complicaciones. Se manda a microbiología para cultivo de mycobacterias. Se procede al alta del paciente con tratamiento con AINEs a la espera de los cultivos de biopsia sinovial, con alta sospecha de artritis TBC. Se deriva el paciente a consultas externas de ENf infecciosas para seguimiento.

Caso 14. ROTURA ESPONTÁNEA DE BAZO.

Leonor Machuca Gómez*, Begoña Álvarez Lamolda*, Jesús Palomares Rodríguez**, Pedro Luis Castillo Higuera**. Residentes MFYC* Hospital de Motril. FEA Medicina Interna** Hospital de Motril.

Antecedentes personales: Varón de 27 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta en servicio de Urgencias del Hospital de Motril en dos días continuos por Cefalea, fiebre de 39°C y dolor abdominal de 24 hs de evolución. En la primera oportunidad el paciente fue valorado y dado de alta por sospecha de viriasis, remitido a su domicilio, medicado con Paracetamol y omeprazol.

Enfermedad actual: El paciente volvió a las 24hs. por persistir fiebre y cefalea bi temporal. Analítica que remarca PCR 15 y en exploración, epigastralgia y fiebre d 38°C. Durante su estancia en sala de Observación se le realiza venoclisis con analgésicos/ antipirético por cefalea que no cede, punción lumbar con resultado normal. Transcurrida su estancia en observación comienza con dolor epigástrico que obliga a colocarse en decúbito lateral y evolucionando a abdomen agudo.

Pruebas complementarias: Se realiza eco abdominal y TAC con diagnóstico de hemoperitoneo y hematoma peri esplénico. Se interviene de urgencia, realizando lavado peritoneal y esplenectomía con lesión en cara antero lateral del bazo.

Evolución: Tras la intervención, el paciente ingresa en UCI, precisando trasfusión de hematíes y antibioterapia empírica por fiebre que atribuyen a neumonía. Se traslada a la planta de Cirugía y posteriormente nos hacemos cargo en Medicina Interna por persistencia de cefalea y fiebre. Orientamos el caso para la búsqueda etiológica de una rotura espontánea de bazo de origen infeccioso y/o autoinmune. Todos los datos analíticos, como serológicos y diagnóstico de imagen son negativos o normales. Se amplían peticiones y se solicita un estudio que nos orienta hacia el diagnóstico.

Caso 15. VARÓN DE 63 AÑOS CON PÉRDIDA DE PESO IMPORTANTE Y DISFAGIA.

Alarcón-Manoja, E. Rojas-Lorence, Martín-Pérez, M. Aguilar-Gallego, M. Bianchi-Llave, J.L. UGC Medicina Interna, Hospital Punta Europa (Algeciras)

Antecedentes personales: Vivía en Marruecos. Cazador y consumidor habitual de carne de jabalí.

Enfermedad actual: El paciente refería cuadro de curso progresivo de 2 meses y medio de evolución de disfagia inicialmente a sólidos y posteriormente mixta. Se acompañaba de voz nasalizada e hipersalivación. En la anamnesis por aparatos destacaba pérdida de aproximadamente de 35 kg de peso y debilidad muscular asimétrica en cintura escapular, y menos en pélvica. El enfermo había sido valorado por Digestivo con realización de endoscopia oral normal, y por ORL sin encontrar patología asociada.

Exploración física: Regular estado general. Consciente, Orientado y Colaborador. Eupneico en reposo. Palidez mucocutánea. No ingurgitación yugular. Afebril. ACP: rítmica, sin auscultación de soplos. Mvc, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen y EEL: sin hallazgos patológicos. EESS: Dedos en “salchicha” y carpitís bilateral. Neurológicamente destacaba: Disartria bulbar con voz nasalizada, debilidad muscular izquierda asimétrica, de predominio proximal (mayor en cintura escapular que pélvica). No fasciculaciones, ni síntomas sensitivos. Si disimetría en MMSS. Resto sin interés.

Pruebas complementarias: Analíticas: Hemograma: Hb 13,7g/dL. Hematíes $4,85 \times 10^{12}$ /L. Hcto 41,8%. VCM 86,2fl. HCM 28,2 pg. Leucocitos $10,3 \times 10^9$ /L (Neutrófilos $9,14 \times 10^9$ /L, Linfocitos $0,71 \times 10^9$ /L). Plaquetas 252×10^9 /L. **Coagulación:** INR 1,131. Fibrinógeno 512,1mg/dL. Tiempo de protrombina 12,4seg. TPTA 26,4seg. **Bioquímica:** Glucemia 75mg/dl. Urea 32mg/dl. Creatinina 0,58mg/dl. Proteínas totales 6,2g/dl. GOT 83 U/L. GPT 80U/L. GGT 10U/L. FA 65U/L. LDH 1390U/L. Ck-total: 1973 U/L. PCR 2,81mg/dl. FR 14,3 UI/ml. Función tiroidea: normal. **Marcadores tumorales:** en límites normales. **Proteinograma:** Albúmina 2,95g/dl. Coc alb/glob 0,91. Resto sin interés. IgG 1570mg/dl. IgM 248mg/dl. IgA 320mg/dl. C3 87,4mg/dl. C4 18,4mg/dl. **Sistemático de Orina:** sin hallazgos patológicos. **Autoinmunidad:** Ac antinucleares: 1/640 patrón nucleolar. Ac AntiDNA, Ac Antimitocondriales y Ac Antimúsculo liso: negativos. **Pruebas de imagen: Rx de tórax:** sin hallazgos patológicos. **TAC toraco-adomino-pélvico:** sin hallazgos de interés. **Endoscopia oral:** sin alteraciones patológicas. **ECG:** Ritmo sinusal, sin trastornos en la repolarización.

A continuación se realizó una prueba que fue diagnóstica...

Caso 16. EN LA ACTUALIDAD NO TODO ES DIABETES MELLITUS.

Leyva Prado C., Carrasco Sánchez F.J., Hidalgo Jiménez A., Delgado Villa R., Aguayo Canela M. Servicio de Medicina Interna Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

Antecedentes familiares: Padre: infarto agudo de miocardio (IAM). Abuela y madre: hipoacusia sensorial y diabetes. Hermano: hipoacusia sensorial. Hijo: síndrome Wolff-Parkinson-White (WPW) e hipoacusia sensorial. Hija: hipoacusia sensorial.

Antecedentes personales: Mujer, 51 años, diabetes mellitus tipo 2 (DM2) hace 10 años, tratamiento con biguadinas, hipoacusia sensorial, sin hábitos tóxicos.

Enfermedad actual: Acude por astenia, disnea de pequeños esfuerzos, ortopnea y tos seca.

Exploración física: Eupneica, tensión arterial (TA) 112/72 mmHg, frecuencia cardiaca (FC) 106 latidos/ minuto (lpm), rítmica sin soplos, saturación de oxígeno (SatO₂) 94% con gafas nasales a 2 litros/minuto, glucemia 269 mg/dl, índice de masa corporal (IMC) 16.6 Kg/m², ingurgitación yugular, crepitantes pulmonares bibasales; abdomen: escaso panículo adiposo; hipoacusia sensorial bilateral; miembros inferiores: edema sin fovea.

Datos complementarios y/o Procedimientos diagnósticos: DM2 en tratamiento con metformina, controles inadecuados de glucemia, hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) 8%, fenotipo discordante con la mayoría de pacientes diabéticos, en relación a su IMC tan baja. La

hipoacusia presente en varios familiares (madre, hermano e hijos) además clínica de insuficiencia cardiaca izquierda hace sospechar de miocardiopatía dilatada (MioD)⁶, que para su diagnóstico, requiere la confirmación de disfunción sistólica. Ésta se presenta en diabéticos con lesiones coronarias graves e infartos de miocardio. Es difícil distinguirla de miocardiopatía idiopática sin la ayuda de coronariografía.

En Urgencias: hemoglobina (Hb) 9.7 g/dl, Hematocrito (Hto) 31%, Volumen corpuscular medio (VCM) 85 fl. tiempo de protrombina (TP) 0,97, tiempo de tromboplastina (TTPA) 1.06. glucemia 250 mg/dl, pro BNP 3072 U/L, ácido láctico 91 mg/dl muy elevado, filtrado glomerular estimado por la fórmula (MDRD) 77ml/min, sistemático orina: índice albumina/creatinina 59.4 mg/gCreat., gasometría arterial inicial: pH 7.44, pCO₂ 26 mmHg, pO₂ 87 mmHg, HCO₃ 17.7 mmol/L, ácido láctico 8.2 mmol/L. Electrocardiograma (EKG): ritmo sinusal a 120 lpm, eje eléctrico normal, sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía tórax: índice cardiorácico elevado y edema intersticial. Inicia tratamiento: oxígeno en gafas nasales, diurético de asa, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECAS), betabloqueantes y espirinolactona. **En Medicina Interna:** ecocardiografía urgente: FEVI 24%, severamente deprimida, hipoquinesia generalizada. Llenado ventricular con patrón restrictivo. Ventrículo izquierdo (VI) mínimamente dilatado, diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo (DTDVI) 52 mm, Insuficiencia mitral moderada. Fracción de eyección del ventrículo derecho (FEVD) ligeramente deprimida con gradiente ventrículo derecho-aurícula derecha (VD-AD) de 29 mmHg sin datos de hipertensión pulmonar (HTP). Coronariografía: dominancia derecha; arterias coronarias sin lesiones. Importante mejoría desde instauración del tratamiento, ocasionalmente con hipotensión secundaria a mala tolerancia a betabloqueantes.

Se comentaran nuevas pruebas clínicas y diagnóstico final.

Caso 17. MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS.

N. Recio Bulpe; M. Peña Galera; O.Y. Gómez Nieves ; G. Pérez Vázquez; E. Rojas Martín; P. Díaz de Souza. Servicio de Medicina Interna Hospital La Línea.

Antecedentes personales: Paciente de 61 años, sin antecedentes de interés.

Enfermedad actual: Ingresa en la planta de medicina interna por disnea a moderados esfuerzos, debilidad muscular progresiva y mialgias que afectan a la musculatura proximal de miembros superiores e inferiores con edematización progresiva de éstos y fiebre.

Exploración física: la auscultación presentaba crepitantes finos bibasales y edemas en miembros inferiores que dejan fóvea hasta rodillas. El examen neurológico es normal con marcha estable pero presentando cierta dificultad para la incorporación desde cuclillas.

Pruebas complementarias: encontramos GOT 294, GPT 219, CK 3202, LDH 573 , PCR 12.5 , ASLO 21, factor reumatoide negativo, ANA 1/80 y antiJo 1 positivo. En el TAC de tórax , el parénquima pulmonar mostraba un patrón intersticial reticular difuso de predominio en bases y subpleural. El electromiograma evidencia miopatía aguda.

Se realiza prueba diagnóstica

Caso 18. HIPOPAPARATIROIDISMO: DIAGNOSTICO ETIOLOGICO.

Martínez López, María¹. Benavente Fernández, Alberto². Jiménez Gámiz, Pilar³. Especialista Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. UD Área Norte II. Baza. Granada¹. Facultativo Especialista de Área de Medicina Interna UGC de Medicina Interna.

Hospital de Baza. Granada².Facultativo Especialista de Área de genética. UGC de laboratorio clínico. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada³.

Antecedentes personales: Mujer de 39 años de edad entre cuyos antecedentes personales destacan múltiples anomalías que afectan principalmente a órganos y sistemas de la línea media: Hipotiroidismo e hipoparatiroidismo, comunicación interventricular, corregida quirúrgicamente en la infancia, escoliosis lumbar y pie cavo valgo, alteración del desarrollo psicomotriz con trastorno ansioso-depresivo asociado y agenesia renal izquierda. Alérgica a metoclopramida, sigue tratamiento con lorazepam 2mg /12h, omeprazol 20mg/24h, escitalopram 10mg/24h, calcitriol 250mg/24h, tiroxina 75 mcg/24h, calcio carbonato 1.5g/ colecalciferol 400UI/24h.

Enfermedad actual: Asintomática, acude a consulta de Medicina Interna, derivada desde Atención Primaria, para retomar las revisiones anuales que había desatendido durante largo tiempo, por hipoparatiroidismo e hipotiroidismo diagnosticados en el año 2000.

Exploración: A la inspección destaca talla baja, narinas pequeñas y retromicrognatia, que determinan un aspecto “sindrómico”. En el cuello no se palpan adenopatías ni nódulos tiroideos. Auscultación cardíaca sin hallazgos. No otros que destacar.

Pruebas complementarias: Hemograma: discreta eosinofilia y microcitosis, sin anemia. Bioquímica: glucosa, función renal, sodio, potasio, magnesio, proteínas totales, ferrocínica, transaminasas y TSH normales. Metabolismo del calcio: Calcio 7.3 mg/dL(8'6-10), fósforo, vitamina D 1-25OH colecalciferol y vitamina D 25 OH colecalciferol normales. PTH 19 pg/mL (20-70). Estudio autoinmune: ANA y anticuerpos antitiroideos negativos. Radiografía de tórax normal, salvo escoliosis dorsal leve

Diagnóstico diferencial: Además de las causas “clásicas”, incluidas en el diagnóstico diferencial del hipoparatiroidismo, tales como ablación tiroidea o paratiroidea, quirúrgica o tras tratamiento con radioyodo, enfermedades granulomatosas o por depósito, infiltración neoplásica, enfermedades autoinmunes o alteraciones del magnesio, existen una serie de alteraciones genéticas a considerar:

- Anormalidades en el receptor sensible al calcio (CaSR): Hipocalcemia hipercalcúrica familiar.
- Hipoparatiroidismo familiar aislado y ligado al cromosoma X.
- Síndrome poliglandular autoinmune tipo II (hipoparatiroidismo, candidiasis mucocutánea crónica, insuficiencia adrenal e hipogonadismo primario).
- Síndrome hipoparatiroidismo-sordera-alteraciones renales.
- Síndrome hipoparatiroidismo-retraso del desarrollo psicomotriz-dismorfia.
- Disfunción mitocondrial asociada a hipoparatiroidismo: síndromes MELAS (miopatía, encefalopatía, acidosis láctica e ictus) y síndrome de Kearns-Sayre (oftalmoplejía y retinopatía pigmentaria).
- Resistencia a la acción de la PTH o pseudohipoparatiroidismo.
- Síndrome de delección 22q11.2

Se realiza prueba diagnóstico etiológico.

Caso 19. VARÓN DE 63 AÑOS CON TEMBLORES GENERALIZADOS Y DEBILIDAD MUSCULAR.

Gómez Rubio, J^(a); Deodati, F^(a); Bárcena Atalaya, AB^(b); García García, Ángel^(a). ^(a)Servicio de Medicina Interna, Hospital del Tomillar, Sevilla, España. ^(b)Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.

Motivo de consulta: Varón de 63 años que ingresa en el servicio de Medicina Interna procedente de las urgencias hospitalarias por temblores generalizados, debilidad muscular y ansiedad.

Antecedentes familiares: Madre diabética y padre fallecido a los 82 años por Accidente Vascular Cerebral. Un hermano y tres hijos sanos.

Antecedentes personales: Niega reacciones adversas a fármacos. Fumador de 5 cigarros al día desde la juventud, exbebedor (niega consumo de alcohol desde los nueve meses previos al ingreso). Dislipemia en tratamiento con hipolipemiante. Hipertensión arterial en tratamiento con un fármaco buen control domiciliario de cifras tensionales. No diabetes mellitus. Cardiopatía isquémica parcialmente revascularizada. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en tratamiento con broncodilatadores inhalados con reagudizaciones invernales frecuentes sin estudio espirométrico. Úlcus gástrico hace 20 años. Isquemia crónica de miembros inferiores con by-pass iliofemoral hace 8 años.

Situación basal: funciones superiores conservadas, independiente para actividades básicas de la vida diaria. Vive con su esposa e hijos. Deambula sin ayuda. Historia de precordalgias frecuentes. Realiza tratamiento domiciliario habitual con: omeprazol 20 mg/24 h, AAS 100 mg/24, clopidrogel 75 mg/24 h, atorvastatina 80 mg/24 h, diazepam/sulpiride 5/50 mg/24 h, olmesartan 10 mg/24 h, fluticasona/salmeterol 25/125 mg/24 h, mirtazapina 30 mg/24 h.

Enfermedad actual: Consulta dos años antes en el Servicio de Urgencias hospitalarias por temblores generalizados y parestesias en miembros inferiores, acompañado de ansiedad y síntomas depresivos. Por este motivo, es derivado a Neurología y Psiquiatría de zona, siendo diagnosticado de temblor esencial y síndrome ansioso, iniciando tratamiento con mirtazapina 30 mg/24 h. En el transcurso de estos dos años, consultó hasta en cuatro ocasiones por el mismo motivo, con empeoramiento progresivo de la clínica, siendo finalmente derivado a consultas de Medicina Interna tres meses antes del ingreso hospitalario para completar estudio, objetivándose cifras de potasio, calcio y magnesio repetidamente bajas en determinaciones seriadas (ya presentaba niveles séricos de calcio y potasio bajo desde que comenzó el cuadro clínico hace 2 años). La semana previa al ingreso, presentó cuadro de deposiciones diarreicas sin productos patológicos y vómitos, que se autolimitaron en los dos días posteriores. Seguidamente, sufre un empeoramiento del temblor, debilidad en miembros inferiores con imposibilidad para la deambulación y bipedestación, vértigo, malestar general y episodios de ansiedad generalizada.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientado en las tres esferas, colaborador. Buena hidratación de piel y mucosas. Afebril (36.2°C). Rubicundez facial. Tensión arterial 157/90 mmHg. Eupneico en reposo, con saturación de O₂ al 99% respirando aire ambiente. Cabeza y cuello: No se auscultan soplos carotídeos. No ingurgitación yugular. No adenopatías ni bocios palpables. Auscultación cardiopulmonar: tonos cardiacos rítmicos a 82 spm, sin soplos ni extratonos con murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación y ruidos hidroáereos conservados. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios conservados, simétricos, pero débiles. Neurológico: funciones

superiores conservadas. Bradipsíquico. Campimetría por confrontación normal. Bradilálico, nomina y repita sin dificultad. Obedece órdenes sencillas. Temblor generalizado postural. Signo de Trosseau (figura 1). Borramiento constitucional de surco nasogeniano derecho con resto de pares craneales, incluidos oculomotores, conservados. Balance muscular: fuerza 4/5 en los cuatro miembros, con claudicación de miembros inferiores a los 5 segundos sin llegar a contactar con la cama. Sensibilidad tactoalgésica y posicional conservadas. REM vivos en miembros inferiores. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. No se puede explorar Romberg ni marcha por imposibilidad a la bipedestación.

Pruebas complementarias: Inicialmente se realizó en el área de urgencias analítica general incluyendo hemograma, bioquímica, elemental de orina y gasometría arterial, en la que destacaba discreta leucocitosis (12300 K/uL) con fórmula normal, monocitos 1590 K/UI (9,8%), glucosa 130 mg/dl, urea 130 mg/dl, creatinina 2,44 mg/dl (normal: 0,6-1,3 mg/dl), creatin kinasa total 3.433 U/L (normal: 0-190 U/L), AST 91 U/L, LDH 365 (U/L), potasio 3,2 mEq/L (normal: 3,5-4,5 mEq/L), calcio 7,2 mg/dl (normal: 8,1-10,2 mg/dl) y magnesio 0,3 mg/dl (normal: 1,7-2,4 mg/dl), 25 leucocitos/ul, proteínas 100 mg/dl, 300 hematies/uL. Electrocardiograma en ritmo sinusal a 72 spm con PR de 180 msec y onda T aplanada en todas la derivaciones. Radiografía de tórax: hilios prominentes y aumento del índice cardiotorácico con senos costofrénicos respetados. TAC de cráneo normal. Punción lumbar con bioquímica de LCR normal, tinción de Gram, cultivo y serología infecciosa negativa.

En planta, tras tratamiento sustitutivo intravenoso la bioquímica mostraba urato 7.3 mg/dl, fosfato 5.53 mg/dl, colesterol 225 mg/dl, HDL 24 mg/dl, siendo el resto normal, incluidos función renal y niveles séricos de magnesio (2.2 mg/dl, normal: 1.58-2.55 mg/dl). Hemograma y coagulación normales. VSG 21. Proteinograma normal. Proteínas totales 6.5 mg/dl (normal: 6.6-8.7 mg/dl). Albumina 4080 mg/dl (normal: 3920-5180 mg/dl). TSH, vitamina B12, ácido fólico y ferritina normales. Concentración de magnesio en orina 17.3 mg/dl/24 h (normal: 73-122 mg/24 h). 25-hidroxi-vitamina D 35 mmol/l (normal: 75-250 mmol/l) y PTH normal. Actividad renina/aldosterona normal. Se solicitaron anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa tisular, con resultado normal. El test de la de xilosa y la determinación de la grasa cualitativa en heces de 24 h fueron normales. En la ecografía abdominal hígado de tamaño y ecogenicidad normal, sin lesiones ocupantes de espacio y con porta permeable y de calibre normal; vesícula biliar, vías biliares y área pancreática sin anomalías, bazo y riñones de tamaño y estructura ecográfica normales; sin visualizarse liquido libre. El transito intestinal mostraba hernia hiatal por deslizamiento con reflujo gastroesofágico, resto del estudio sin anomalías, incluida la visualización del íleon terminal. En la endoscopia digestiva alta se puso de manifiesto esofagitis por reflujo y gastropatía crónica superficial con biopsia de la mucosa gástrica normal. Al alta niveles séricos de magnesio 2,5 mg/dl (normal: 1.58-2.55 mg/dl).

Evolución y curso clínico. Ante la normalidad de las pruebas complementarias solicitadas y al no identificar la causa del cuadro clínico que presentaba el paciente decidimos reinterrogarlo.
Se comentara el diagnostico clínico.

Caso 20. MUJER DE 28 AÑOS CON HIPOGLUCEMIAS REPETIDAS.

Amaya González, M^a Luisa; Uribarri Sánchez, Guarionex; Albarracín Arraigosa, Antonio; Muñoz Claros, Adelina; Gallardo Romero, Inmaculada; Ruz Zafra, Aurora; Ruiz Cantero, Alberto. Servicio de Medicina Interna. Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna.Hospital de la Serranía. Ronda. Málaga

Antecedentes personales: Mujer de 28 años sin A. familiares de interés. Niega intervenciones quirúrgicas. Síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con alprazolam, y dos intentos previos

de autólisis. No alergias conocidas. Fumadora de 10 cig/día. Auxiliar de farmacia. Dos hijos, de 2 y 5 años, que viven sanos.

Enfermedad actual: acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar sensación de vahídos y laxitud, acompañado de sudación profusa, temblores, visión borrosa y deseo de ingesta de alimentos con azúcar. Se detecta hipoglucemia mantenida por lo que ingresa en nuestro Servicio para estudio.

En los últimos 6 meses notaba episodios similares que cedían tras la ingesta de zumo o dulces, mejorando a los pocos minutos pero reapareciendo a las horas. Estaba siendo atendida en consulta de MI por episodios de pérdida de consciencia de unos 3' de duración, sin movimientos tónico-clónicos ni relajación de esfínteres, y con recuperación espontánea. RMN craneal normal. Pérdida de unos 10 kg de peso en estos meses. Negaba otra sintomatología acompañante.

Exploración: consciente, orientada, colaboradora. Buen estado general y de hidratación. Normocoloreada. Eupneica en reposo. Tolera decúbito. PICNR. No bocio. No IY. Pulsos carotídeos presentes. No soplos. AC: ruidos rítmicos a buena frecuencia. No soplos. AR: mvc. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, peristaltismo presente. Extremidades sin edemas ni signos de TVP, pulsos arteriales periféricos presentes. ROT sin hallazgos. Exploración neurológica sin hallazgos.

Pruebas complementarias: Analítica: leucocitos 13080 (N: 76,2%), Hb 13,6 g/dl; Hto 42 %; plaquetas 229000 μ L; protrombina 79.3 %; INR 1.1; TPTA 24.3 seg; glucosa 21 mg/dl; HbA1c 5,3 %; creatinina 0,61 mg/dL; filtrado glomerular > 60 ml/min/m²; sodio 138 Meq/l; potasio 3.24 Meq/L; GOT 12 UI/L; GPT 24 UI/L; amilasa 46 UI/L; ac. úrico 3,37 mg/dL; Colesterol 136 mg/dL; C-HDL 47 mg/dL; C-LDL 76 mg/dL; PCR 0.8 mg/L ; TSH 0,091 μ UI/mL; FT3 3,70 pg/mL; FT4 1,56 ng/mL; cortisol 5,3 μ g/dL; ACTH 1 pg/ml; péptico C 13,88 ng/mL; pro-insulina 45,9 pmol/L; insulina 131 μ UI/mL (con glucosado hipertónico). Gases venosos: pH 7,2; PCO₂ 67,8 mmHg; PO₂ 41,5 mmHg; bicarbonato 29 meq/L. Orina: pH 5; nitritos negativos, leucocitos 100/uL; eritrocitos 250; bacterias. **Pruebas de imagen: RMN pancreática de alto campo:** no se visualizaba ningún hallazgo de interés, recomendándose realizar TC dinámico pancreático de alto campo para el estudio de posibles pequeños tumores hipermetabólicos.

Evolución: Se intentó test de ayuno que se suspendió a las 23 horas, por presentar nueva hipoglucemia (51mg/dl), proinsulina 1,6 pmol/L; insulina 15,18 μ UI/mL; péptido C 4,30 ng/ml. Durante su estancia presentó múltiples episodios de hipoglucemia severa sin claro predominio horario, incluso con administración de glucosado hipertónico.

Finalmente, se llegó al diagnóstico definitivo.

Caso 21. HEPATOTOXICIDAD : COMUNICACIÓN DE UN CASO.

M. Peña Galera, N. Recio Bulpes, O.Y. Gómez Nieves, J.L. Puerto Alonso, E. Rojas Martín, P. Díaz de Souza. Hospital La Línea. La Línea de la Concepción.

Antecedentes personales: Hombre de 67 años, exfumador desde hace 40 años sin otros hábitos tóxicos, ni antecedentes de enfermedades de interés. Consumidor de productos de herboristería,) durante los dos últimos años.

Enfermedad actual: Ingresa en planta de hospitalización por edematización progresiva de miembros inferiores, aumento del perímetro abdominal y disnea de dos meses de evolución.

Exploración física: a destacar, crepitantes bibasales y abdomen globuloso, distendido, con

oleada ascítica y edema de pared abdominal sin evidencia de circulación colateral. En miembros inferiores presentaba edemas hasta la raíz de ambos muslos.

Pruebas complementarias: Laboratorio objetivan: hemoglobina 11 mg/dL, plaquetas y coagulación normal, sodio 129 mg/dL, fósforo 2.2 mg/dL, GGT 158 U/L, fosfatasa alcalina 171 U/L. Hormonas tiroideas normales. Marcadores tumorales normales. ANA, ANCA, anticuerpos antimúsculo liso y anti LKM, todos negativos. Anticuerpos anti-SL 70 negativos. Alfa 1 antitripsina, ceruloplasmina normales. Bioquímica y citología de líquido ascítico normal. Serología de virus negativa. NT-ProBNP 8065. Imagen: En ecografía abdominal se evidencia hígado aumentado en tamaño a expensas del lóbulo izquierdo de contornos lobulados y desestructurada, sugestivo de hepatopatía crónica. Presencia de ascitis y derrame pleural bilateral. Al Doppler color se registra flujo de aspecto normal en la arteria hepática. La vena porta tiene flujo hepatófugo. Las venas suprahepáticas tiene flujo con marcada impronta del latido cardíaco. En TAC de torax y pelvis se objetiva derrame pleural bilateral, importante ascitis, hígado heterogéneo de contornos polilobulados e imágenes de varices esplénicas en relación a signos de hipertensión portal. En RNM abdominal se obtuvieron similares hallazgos. En gastroscopia se hallaron varices esofágicas pequeñas. En ecocardiograma se estima una presión pulmonar de 63 mmHg y cavidades derechas aumentadas de tamaño. El paciente fue tratado durante su ingreso con dieta hiposódica diabética, furosemida y espironolactona.

Evolucion: A los quince días desde su ingreso, se resolvieron tanto los edemas de miembros inferiores como la ascitis. Durante su estancia en nuestro hospital, dado que no hallamos la causa de la hipertensión portal que habíamos objetivado en las pruebas complementarias, volvemos a interrogar al paciente.

Se comenta el diagnostico clinico.

Caso 22. VARÓN DE 39 AÑOS CON ICTERICIA Y COLURIA.

Gómez Rubio, J(a); Moreno Rosauero, JM(a); Bárcena Atalaya, AB(b); Mira Escarti, JA (a)
(a)Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.(b)Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital Universitario de Valme, Sevilla, España.

Motivo de consulta: Varón de 37 años que consulta por ictericia, prurito y coluria de instauración aguda.

Antecedentes familiares: Padre diabético y madre fallecida a los 64 años de infarto agudo de miocardio. Dos hermanos sanos.

Antecedentes personales: Niega reacciones adversas a fármacos. Trabajador de la construcción. Fumador de 35 cigarros al día, bebedor de fines de semana y consumidor esporádico de marihuana. Niega uso de drogas por vía inhalada y/o parenteral, así como conductas sexuales de riesgo (tiene relaciones heterosexuales protegidas). No presenta factores de riesgo cardiovascular. Intervenido en la infancia de extrofia vesical, portando bolsa colectora permanente. Síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por Salud Mental de zona. No refiere intervenciones quirúrgicas recientes. Niega otra patología de interés. No realiza tratamiento domiciliario habitual. No ha realizado viajes al extranjero recientemente. No tiene mascotas en su domicilio.

Enfermedad actual: El paciente acude al servicio de Urgencias hospitalarias por ictericia de 24-48 horas de evolución acompañada de prurito generalizado, náuseas sin vómitos y coluria sin acolia. Niega cuadro constitucional, dolor abdominal, fiebre y alteraciones del hábito intestinal. No refiere otra sintomatología por aparatos.

Exploración física: En la exploración física presentaba marcada ictericia de piel y mucosas sin estigmas de hepatopatía crónica. Complexión atlética. Aceptable estado general, afebril (36,5°), eupneico en reposo, saturando al 99% respirando aire ambiente. Tensión arterial 123/67 mmHg. Frecuencia cardiaca 82 spm y frecuencia respiratoria 18 rpm. No se palparon adenopatías a ningún nivel. Tiroides no aumentado de tamaño, sin nódulos ni masas. No se auscultan soplos carotídeos. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen depresible, sin masas ni megalias, no doloroso a la palpación y con cicatriz de laparotomía media con bolsa colectora en cuadrante abdominal inferior con orina de aspecto colúrico. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Exploración neurológica normal. Pulsos periféricos conservados y simétricos. No rash ni lesiones petequiales.

Exploraciones complementarias: Hemograma y coagulación fueron normales. Bioquímica con bilirrubina total: 19.16 mg/dL, bilirrubina directa: 15.85 mg/dL, bilirrubina indirecta 3,32 mg/dL, AST 51 U/L, ALT 58 U/L, FA 152 U/L, HDL 3 mg/dL, triglicéridos 162 mg/dL, con glucemia, amilasa, PCR, función renal e iones normales. Serología para virus hepatotropos: VHA IgM negativo, HBsAg negativo, VHC Ac negativo, CMV IgG negativo/IgM positivo, VEB IgG positivo/IgM negativo). Marcadores de autoinmunidad (AMA, ANA, SMA, antiLKM) negativos. Proteinograma e inmunoglobulinas normales. Niveles séricos normales de ceruloplasmina, ferritina y alfa-1-antitripsina. Marcadores tumorales negativos. Radiografía de tórax y de abdomen normales. Ecografía abdominal sin hallazgos patológicos.

Diagnóstico diferencial: Por tanto, se trata de una hiperbilirrubinemia conjugada o directa (bilirrubina directa superior al 50% del total de bilirrubina) con colestasis intrahepática. En estos casos el obstáculo al flujo biliar se encuentra en el parénquima hepático bien por trastornos infiltrativos, por inflamación de los conductos biliares intrahepáticos o por trastornos de fisiopatología desconocida o multifactorial. En cualquier caso, hay descartar etiología infecciosa (ej. hepatitis viral, sepsis), tumoral (ej. infiltración hepática del linfoma, carcinoma hepático primario o metastásico, colangiocarcinoma intrahepático), autoinmune (ej. cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante), farmacológica (ej. clorpromazina, eritromicina, metamizol, clorpropamida, anticonceptivos, anabolizantes, fenotiazidas) así como insuficiencia cardiaca y otras causas de congestión hepática.

Evolución y curso clínico: Ante la normalidad de las pruebas complementarias solicitadas y al no identificar la causa del cuadro clínico que presentaba el paciente decidimos reinterrogarlo...

Se comenta el diagnóstico clínico.

Caso 23. VARÓN DE 49 AÑOS CON CIRROSIS Y MASAS HEPÁTICAS.

F. J. Ruiz Padilla*, J.M. Gil Gascón*, J.L. Prieto García**, R. Rojas Lorence*, E. Alarcón Manoja*, E. Gómez Navarro**, J.L. Bianchi Llave*. *Unidad de Medicina Interna. Hospital "Punta de Europa". Algeciras. AGS-CG** Sección de Aparato Digestivo.

Antecedentes Personales: Hepatopatía crónica mixta (VHC y enólica), conocida hace unos tres años, por la que no sigue revisiones. Fumador de menos de 5 cigarrillos diarios. Bebedor de unos 60 gramos diarios de etanol. No es hipertenso ni diabético. No toma fármacos de modo habitual. Sin intervenciones quirúrgicas.

Enfermedad Actual: Astenia, anorexia, pérdida importante de peso y molestias abdominales desde hace 2 meses.

Exploración Física: Estigmas de hepatopatía crónica. Abdomen con circulación colateral y gran hepatomegalia no dolorosa. Resto de la exploración, sin hallazgos de interés.

Pruebas Complementarias: Analítica Hemograma: Leucocitos 4.660 (52% PMN); Hb 13.5; VCM 140.2; Plaquetas 88.000; INR 1.084. Bioquímica: Bilirrubina total 1.9 mg/dl (Bilirrubina directa 1.2 mg/dl), AST 144, ALT 63, GGTP 171, FA 175. Marcadores tumorales: AFP 212; resto, dentro de la normalidad. Pruebas de imagen (ecografía abdominal y TAC abdominopélvico, ambas con contraste): Hígado cirrótico con hipertensión portal y lesiones hepáticas ocupantes de espacio sugestivas de carcinoma hepatocelular.

Se realizó una prueba que fue diagnóstica y obligó a un cambio en el manejo del paciente.

Caso 24. PACIENTE VARÓN DE 77 AÑOS CON DISNEA E HIPOTENSIÓN.

Delgado Pérez, Rosa M^a; Acosta Maestre, Federico Ramón; Lanz García, Joaquín Felipe; López Montesinos, Inmaculada; Navarrete Lorite, Miguel Nicolás; Tejero Sánchez, Sergio. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Antecedentes personales: Paciente varón de 77 años RAM: intolerancia a lorazepam. - Enfermedades previas: Factores de riesgo cardiovascular: no conocidos. Síndrome mielodisplásico tipo anemia refractaria con exceso de blastos (AREB tipo II) diagnosticada en 2008 en seguimiento por Hematología. Ha realizado durante un año y medio tratamiento con azacitidina, lenalidomida y Exjade (deferasirox). Transfusiones periódicas desde entonces de 6 concentrados de hematíes al mes divididos en tres veces. Fibrilación auricular diagnosticada en 2012 con inicio de anticoagulación oral un mes antes del ingreso. SPECT 2011: normal- Ecocardiografía Octubre 2012: FEVI conservada, Disfunción diastólica grado I. Insuficiencia aórtica ligera. Holter (Marzo 2013): FA con frecuencia promedio durante la mayor parte del tiempo >100 spm HBP. Adenoma de próstata. Hidrocele derecho intervenido en 2010. Gastritis crónica. Diverticulosis colónica. - Hábitos tóxicos: Ex-fumador desde hace más de 15 años de 1 paquete diario. No bebedor. - Tratamiento habitual domiciliario previo al ingreso: digoxina 0.25, aldocumar 10, atrovent, furosemida 40/24h, tamsulosina/dutasteride.

Enfermedad Actual: Desde Diciembre de 2012, presenta disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos e incluso de reposo y limitación de la capacidad funcional (prácticamente vida cama-sillón). Además crisis de disnea paroxística nocturna y ortopnea de más dos almohadas. Durante este tiempo acude en varias ocasiones a urgencias de este hospital refiriendo sintomatología similar. El día 25/03/13, acude a urgencias por aumento de su disnea habitual hasta hacerse de mínimos esfuerzos con ortopnea importante. No aumento de los edemas. No aumento de la tos ni de la expectoración, y niega haber presentado fiebre. No cuadro catarral previo. Pasa a Unidad de Recuperación por cuadro de hipotensión de 60/40 mmHg con FARVR, requiriendo la administración de aminas vasoactivas. Se realiza ETT V-SCAN en FARVR que informa de disfunción biventricular severa. Posteriormente el paciente pasa a Unidad Coronaria para estabilización, donde se realiza ETT reglada que informa de: Cavidades cardíacas no dilatadas. Disfunción sistólica VI severa con hipoquinesia global. Función sistólica VD preservada. No derrame pericárdico. Tras estabilización hemodinámica y tolerancia a la retirada de aminas vasoactivas, el paciente es trasladado a la Unidad de Medicina Interna para estudio. A la Unidad de Medicina Interna el paciente llega con aceptables controles de tensión arterial y frecuencia cardíaca, con disnea a mínimos esfuerzos y episodios de ortopnea a 30° con disnea paroxística nocturna.

Exploración Física: Aceptable estado general. Consciente, orientado, colaborador. Bien hidratado y perfundido. Coloración terraceda y pálida. Eupneico en reposo. Hemodinámicamente estable y afebril. Auscultación cardíaca: tonos cardíacos arritmicos a 55 spm sin soplos. Auscultación respiratoria: buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a palpación, sin masas ni megalias. Blumberg y

Murphy negativos. Ruidos hidroaéreos presentes. No peritonismo. Miembros inferiores: no edemas ni signos de TVP.

Pruebas complementarias solicitadas:- Hemograma al ingreso: Hb 8.8 g/dl con hematocrito del 25%, normocítica y normocrómica. Leucocitos 2620/mm³ con neutrofilia del 76%. Plaquetas 88000/mm³. Requiere durante su ingreso transfusión de 3 concentrados de hematíes para mantener hemoglobinas entorno a 9 g/dl (recomendado por hematología). Bioquímica al ingreso: urea 54 mg/dl, creatinina 1.08 mg/dl, Na 137 mEq/l, K 4.90 mEq/l, Cl 106 mEq/l. PCR 13. TnT 65 ng/l (previas 56-52-68). CPK: 18 U/l. Digoxina 0.37 ng/ml. Bioquímica reglada: glucosa 110 mg/dl; Urea 111 mg/dl; Ácido úrico 9,6 mg/dl; GOT 69 U/l; GPT 107 U/l; GGT 50 U/l; Bilirrubina total 0,8 mg/dl; Fosfatasa alcalina 234 U/l; LDH 210 U/l. Coagulación al ingreso: TP 56 seg, TP 14 seg, INR 4.90 (previa 2.60), TTPA 48 seg. Frotis de sangre periférica: Serie roja: anisocitosis sin predominio de tamaño. Policromasia. Aislados fragmentos. Serie blanca sin alteraciones morfológicas destacables. Plaquetopenia confirmada. Estudio de hierro: Hierro sérico 210 mcg/dl. Transferrina 174 mg/dl. IST 95%. Ferritina 7.940 ng/ml. Estudio de lípidos: CT 159 mg/dl. TG 142 mg/dl. HDL 19 mg/dl. LDL 111 mg/dl. VLDL 28 mg/dl. Ácido fólico, Vitaminas A, E, B12, RBP y prealbúmina sin alteraciones destacadas.- Hormonas tiroideas: TSH 10,96 mcg/dl. T4 libre normal. Anticuerpos normales. - Estudio hepático: AgHBs y Ac VHC negativos. - Inmunoproteínas y proteinograma en suero: IgA 236 mg/dL; IgG 1075 mg/dL; IgM 116 mg/dL; Albúmina 55,5 %; Alfa-1 globulina 5,5%; Alfa-2 globulina 11,4%; Beta globulina 9,3%; Gamma globulina 18,3%; Cociente Albúmina/Globulina 1,25% sin alteraciones. - Rx de tórax (16.4.2013): Discreta cardiomegalia sin signos de insuficiencia cardiaca actual. Elongación y tortuosidad aórticas. Hilios pulmonares prominentes de aspecto vascular. Imágenes de aspecto nodular en ambos vértices pulmonares compatibles con granulomas con tractos fibrosos cicatriciales de aspecto residual. No se identifican masas ni imágenes de consolidación en el parénquima pulmonar. Engrosamiento de la cisura menor y pequeñas áreas de atelectasia laminar en base izquierda. - Ecocardiografía: Miocardiopatía con severa disfunción sistólica con FE de VD conservada y sin hipertensión pulmonar. FE del 20%.

Se comentan hallazgos de pruebas diagnósticas.

Caso 25. PACIENTE DE 68 AÑOS CON DIARREA SEVERA, HEMATURIA Y DESCOMPENSACIÓN HIDROELECTROLÍTICA.

Navarro Morales M^a Transito (1), García Casado Beatriz, Rico Lucena María José, Del Valle Villagran Jose, Álvarez Suero Jesús, Álvarez Álvarez Aurelio, Merino Rumin Manuel, Vergara López Salvador. Medicina Interna. Hospital de la Merced Osuna. (1) Medicina de Familia y Comunitaria. Hospital de la Merced Osuna

Motivo de consulta: Paciente de 68 años que ingresó para cirugía reglada de una recidiva de un cáncer de recto.

Antecedentes personales: Varón de 68 años. Refería como antecedentes personales alergia a succinilcolina y mivacurio, hipertensión arterial, hipertrofia benigna de próstata, perforación gástrica (1982), patología vascular cerebral (accidente vascular cerebral isquémico en territorio del hemisferio frontal izquierdo) y adenocarcinoma de recto intervenido (1998) mediante amputación abdominoperineal junto con quimioterapia y radioterapia coadyuvantes, desarrollando posteriormente una cistitis actínica. El enfermo era totalmente independiente y portador de una colostomía. Su tratamiento era: benacepril (10 mg /24h), clopidogrel (75mg /24h), dutasteride (5 mg/24h), diazepam (5 mg/24h) y omeprazol (20 mg/ 24h).

Enfermedad actual: El paciente fue intervenido el 13/7/11 mediante una colectomía total junto con ileostomía. Unos días más tarde se produjo una dehiscencia de sutura por lo que fue

necesario reintervenir al paciente. En esta ocasión se realizó una resección de intestino delgado junto con una ileostomía proximal localizada aproximadamente a 1 metro desde el Ángulo de Treitz.

Tras una estancia en UCI donde se produjo una hemorragia digestiva alta por duodenitis erosiva, el enfermo pasó a planta de cirugía el 25/7/11. Durante su estancia en planta, el paciente desarrolló hematuria grave y prolongada que obligó a transfusiones de repetición y una infección de la herida quirúrgica que obligó a antibioterapia de amplio espectro y al mantenimiento de la nutrición parenteral. A partir del 4/9/11 pudo ser incorporada la nutrición por vía oral, desarrollando el paciente diarrea cuantiosa (2000 mililitros al día) con restos alimenticios y deshidratación grave secundaria.

Pruebas complementarias: En ese momento la analítica mostraba Hemoglobina 9,9 g/dL (normocítica) normal [13-18], urea 211 mg/dL [15-50], creatinina 2,3 mg/dL [0,6-1,2], sodio 129 mEq/L [133-145], potasio 3,16 mEq/L [3,3-5,1], bilirrubina total 0,5 mg/dL [0,1-1,2], GOT 91 U/L [10-37], GPT 121 U/L [10-40], FA 324 U/L [40-129], GGT 555 U/L [5-61], proteínas totales 5 g/dL [6,5-8], triglicéridos 263 mg/dL [50-200]. El resto de determinaciones analíticas estaban dentro de la normalidad.

Se avisó a Medicina Interna para valoración del cuadro diarreico y trastornos analíticos del paciente.

Caso 26. LESIONES DÉRMICAS, FIEBRE Y ESPLENOMEGALIA EN INMUNOCOMPETENTE.

Vidal Serrano S.1, Fernández-Ojeda R.1, Gómez Hernández M.1, Vergara Díaz M.A.1, Hidalgo Gómez R.2, Lazcano González C2. 1. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). 2. Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Aljarafe.

Antecedentes personales: El paciente refiere como antecedentes de interés, tabaquismo activo (consumo acumulado de 16 paquetes/año) y consumo de cocaína inhalada, hasta hace unos 3 meses (en la actualidad en tratamiento de deshabituación y seguimiento psicoterápico específico). No otros antecedentes médicos/quirúrgicos/familiares de interés, salvo varicela zoster en la infancia, correcta vacunación. Epidemiología a destacar: Soltero, sin prácticas de riesgo sexual reconocidas. Dos perros, con los que convive. No viajes recientes. Desempleo (trabajo previo en la construcción y en labores de jardinería). Tratamiento habitual con: Oxcarbamazepina, Paracetamol, Naproxeno, antihistamínicos y Amoxicilina (inicio reciente por un cuadro bronquial).

Enfermedad actual: El paciente acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar de forma progresiva, en los últimos 5 días, lesiones eritematosas en la piel, que se inician en la espalda y a nivel retroauricular derecho, que van progresando de forma confluyente sin respetar cara, cuero cabelludo, palmas ni plantas. No aparece afectación de las mucosas. Presenta además artralgias, predominantemente en las muñecas, sin artritis. Describe sensación de edema facial y cervical, sin acompañarse de otra semiología sistémica en la anamnesis por aparatos.

Exploración física se objetiva: Fiebre (40 °C), estabilidad hemodinámica (TA 120/70, FC 80 lpm), Saturación de Oxígeno de 99% con aporte suplementario en gafas nasales a 2lpm, Glasgow de 15 puntos. Pares craneales conservados junto con las funciones superiores conservadas, mantenía un lenguaje coherente y una coordinación adecuada, sin pérdida de fuerza muscular en las extremidades, ni presencia de signos meníngeos y/o alteraciones en la marcha. Edema facial, orbitario bilateral y de pabellones auriculares e hiperemia faríngea, sin edema de úvula ni aftas bucales. Lesiones dérmicas confluentes en tronco, eritematosas y

pruriginosas, en distintas fases en MMII, MMSS, región abdominal y cuero cabelludo. Adenopatías palpables latero-cervicales izquierdas, móviles, dolorosas, con dudosa tumefacción parotídea bilateral. La auscultación cardiorrespiratoria: Murmullo vesicular conservado con tonos cardíacos rítmicos, sin soplos audibles. A nivel abdominal esplenomegalia palpable, no dolorosa, sin hepatomegalia, Murphy negativo, sin signos de irritación peritoneal. Extremidades inferiores con pulsos pedios conservados y simétricos, sin edemas, ni signos de trombosis.

Pruebas complementarias: Perfil analítico que incluye hemograma, bioquímica con perfil renal y hepatobiliar, estudio de coagulación, gasometría venosa, ácido láctico, procalcitonina y proteína C reactiva, destacando: Leucocitosis (18.820/mcl, con neutrofilia), glucosa (basal): 123 mg/dl, LDH: 255 U/l y PCR:74,8 mg/l. EKG: Ritmo sinusal (96 lpm), con imagen de bloqueo de rama derecha. Rx tórax: Índice cardiotorácico normal, sin imágenes de condensación ni derrames. Test Paul-Bunell: Negativo. Sedimento urinario: Normal.

Ante los hallazgos clínicos, se decide ingreso para vigilancia clínico-hemodinámica estrecha y completar etiológico, durante el cual, una de las pruebas permitió el diagnóstico del paciente.

Caso 27. VARÓN DE 48 AÑOS CON DOLORES ÓSEOS Y DEBILIDAD EN MIEMBROS INFERIORES.

P. Cabrera García, V. Herrero García, S. Fernández Sepúlveda, M. Martín Gallardo, A. Arribas Arraiz, E. Santín Piñero, M. Guil García, J. Osuna Sánchez. Hospital de La Axarquía. Velez-Málaga

Motivo de consulta: Paciente de 48 años que ingresa por dolores óseos y debilidad en miembros inferiores.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No fumador. Retraso mental moderado con autonomía para las actividades básicas de la vida diaria. Epilepsia idiopática desde la infancia en tratamiento médico con buen control. Asma persistente severa. Síndrome de Apnea Hipopnea del sueño severo en tratamiento con CPAP. Atopia a ácaros y pólenes. Obesidad mórbida. Riñones en herradura. Dislipemia. Hipertensión arterial de 20 años de evolución. Acuñamientos vertebrales D7-D8 conocidos desde hace 27 años. Intervenido de hernia inguinal izquierda, hipospadias, dilatación de meato urinario, lipomas, absceso subcutáneo y varices. Realiza tratamiento con carbamazepina, valproato, simvastatina, salmeterol/fluticasona, valsartán/HCTZ, metoprolol y ebastina.

Enfermedad actual: Desde 2 meses antes de su ingreso comienza con dolor lumbar, en miembros inferiores, hombro izquierdo y posteriormente el derecho. El dolor permanecía incluso en reposo, sin acompañarse de fiebre ni cuadro constitucional. En las últimas semanas el paciente experimentó un incremento progresivo y severo del dolor lumbar, acompañándose de parestesias en miembros inferiores en las últimas 48 horas que le obligaron a disminuir su deambulación.

Acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por caída accidental tras “fallarle las piernas” y dolor en región inguinal izquierda.

Exploración: TA 140/85, eupneico en reposo. Afebril. Buen estado general. Talla 170 cm, peso 118 kg, IMC 40,83. Obeso. Bien hidratado y perfundido. Consciente y orientado. A la auscultación cardíaca: tonos rítmicos a 90 lpm sin soplos. A la auscultación pulmonar hipoventilación generalizada. Abdomen: globuloso, blando y depresible, con ruidos presentes y sin signos de irritación peritoneal. Extremidades sin edemas, pero se aprecia zona indurada en cara interna de tercio distal de MII que parece calcificada. Neurológico: PICNR, sin alteraciones

de pares craneales, ni signos meníngeos. Fuerza en miembros superiores normal, con limitación a la movilidad en MSI por dolor. En MID paresia 2/5 y en MII paresia 4/5. RCP flexor bilateral. No se aprecia nivel sensitivo ni otras alteraciones neurológicas. ROT disminuidos de forma simétrica.

Pruebas complementarias:Analítica: Hemoglobina 9,9 g/dl, volumen corpuscular medio 91 fl, hematocrito 30,6%, leucocitos 5.780, plaquetas 216.000. Hierro, ferritina, transferrina, fólico y vitamina B12 normales. Coagulación: normal. Bioquímica: Glucosa 91 mg/dl, creatinina 0,70 mg/dl, calcio 8,3 mg/dl, proteínas 5,7 g/dl, albúmina 3,2 g/dl, VSG 21mm, LDH 150 (135-250), colesterol 144 mg/dl, triglicéridos 96 mg/dl, ALT 58 U/L, FA 139 U/L, GGT 72 U/L, iones normales. Serología a VHB, VHC, VIH, CMV y VEB IgM negativos. Coombs directo negativo. PTH normal, Vitamina D3: 11,2 (normal >30).Proteinograma: (Sin alteraciones) Proteínas 5,70 g/dl, albúmina 2,7 g/dl, Alfa 1 globulinas 0,4 g/dl, Alfa 2 globulinas 0,9 g/dl, Beta globulinas 0,7 g/dl, Gamma globulinas 0,9 g/dl, IgG 814, IgA 382, IgM 18, Cadenas ligeras Kappa 337, Cadenas ligeras Lambda 122, Cociente Kappa/Lambda 2,76 (N 1.17-2.93). Inmunofijación en orina: banda homogénea tipo cadenas Kappa. Cadenas ligeras Kappa en orina de 24 horas: 21,6, cadenas Lambda 18,3, Cociente Kappa/Lambda 1,18 (N 1-4).Rx de tórax: Imagen de masa en LSI con posibles lesiones líticas en costilla. ECG: RS a 65lpm, sin alteraciones.Mapa óseo: Cadera con imágenes líticas múltiples que aparecen también en región lumbar, acompañadas de importante osteoporosis. Calota con hiperostosis sin evidencia de lesiones líticas. Defecto de segmentación a nivel de C2-C3.Aspirado médula ósea: Médula ósea de características reactivas, ligeramente hipercelular. Hematopoyética, no se observan citológicamente infiltración por células plasmáticas u otras células de estirpe hematopoyética que justifiquen el cuadro clínico. Rx de pierna izquierda y ecografía de tejidos blandos a ese nivel: Calcinosis de partes blandas. TAC de tórax, abdomen y pelvis: En parénquimas pulmonares no se aprecian lesiones nodulares significativas, existiendo alguna pequeña lesión subpleural. Se aprecia una masa apical derecha de 15 cm relacionada con el primer arco costal, así como múltiples fracturas costales y múltiples lesiones óseas generalizadas tanto en tórax como abdomen. No se visualizan adenopatías mediastínicas de tamaño valorable. Cardiomegalia. Hepatomegalia difusa sin LOES. Páncreas, bazo sin hallazgos. Riñones en herradura. De la visualización en ventana ósea y la reconstrucción en columna lumbar se aprecian abundantes lesiones que se asocian a fracturas en la región costal bilateral, así como en la parte anterior de la pala ilíaca izquierda, en la ceja cotiloidea anterior acetabular derecha y la vértebra L4, que demuestra masa de partes blancas que estenosa el canal, existiendo también alguna pequeña masa de partes blandas que puede afectar las foraminales izquierdas en dicha localización. RMN de columna dorsal y lumbar: Infiltración generalizada del esqueleto óseo visualizando sobre todo a nivel de la columna dorsal y lumbar probablemente secundario a afectación de tipo tumoral, identificándose discretos aplastamientos vertebrales patológicos en el segmento desde D5 a D8 que condicionan una discreta hipercifosis dorsal, motivando una moderada estenosis del canal raquídeo central a este nivel al sobreañadirse una lipomatosis extradural dorsal posterior en este segmento, con la presencia también de un pequeño abombamiento del muro posterior en el cuerpo vertebral de L3.

Se realiza una prueba que resulta clave para la confirmación de la sospecha diagnóstica.