

XXVII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO

SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA



12 y 13 noviembre de 2010
Hospital de Antequera



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

AREA SANITARIA
NORTE DE MÁLAGA
Antequera



Organiza:

U.G.C. de Medicina Interna. Área Sanitaria Norte de Málaga

Comité Organizador: Presidente Miguel Ángel García Ordóñez

Vocales Francisco Pozo Muñoz

F. Javier Sánchez Lora

Ángel Ceballos Torres

Jesús Sedeño Díaz

Sede:

Salón de Actos. Hospital de Antequera.

Secretaría:

Carmen Becerra García.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Antequera.

Avda. Poeta Muñoz Rojas s/n. 29200 Antequera (Málaga)

Tlf: 951 061 435

Envío de Casos Clínicos:

miguel.garcia.sspa@juntadeandalucia.es

Fecha Límite: 10 de octubre de 2010

Empresas Colaboradoras:

NovoNordisk

Sanofi Aventis

Astra

Servier

Menarini

Takeda

MSD

Hojiblanca

Alsur

Entidades Colaboradoras:

Área Sanitaria Norte de Málaga

Excmo. Ayuntamiento de Antequera



VIERNES 12 de noviembre

16,30-17,00: Recogida documentación

17,00-17,15: Inauguración

- Dr. D. José Pinazo Luque.
Director Gerente Área Sanitaria Norte de Málaga
- Dr. Javier García Alegría
Vicepresidente de la SEMI
- Dr. D. Alfredo Michán Doña
Presidente de la SADEMI
- Dr. D. Miguel Ángel García Ordóñez
Jefe Servicio Medicina Interna. ASNM.

17,15-18,00: Conferencia Inaugural

“Tratar la diabetes: ¿una cuestión de peso?”

Dr. Ricardo Gómez Huelgas. Jefe de Servicio Medicina Interna. Hospital Carlos Haya de Málaga. Coordinador Grupo Diabetes y Obesidad de SEMI
Moderador: Dr. Francisco Pozo Muñoz. Subdirector de Calidad. ASNM.

18,00-19,00: Sesión de Exposición Casos Clínicos I

Moderador: Dr. F. Javier Sánchez Lora

- *Caso Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).*
- *Caso Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).*
- *Caso Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).*

19.00-19,30: café

19,30-20,15: Recepción de Residentes

Dr. Alfredo Michán Doña. Presidente de la SADEMI.

Ponencia Docente: *“Docencia en Medicina Interna”*

Dr. Bosco Barón Franco. Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)

20,15-21,00: Asamblea General Extraordinaria de la SADEMI

21,30: cena (Hotel Antequera Golf)



SÁBADO 13 de noviembre

9,15-10,00: Presentación del Libro: “Casos Clínicos de Residentes de Medicina Interna de Andalucía”.

Dr. Alfredo Michán Doña. Presidente de la SADEMI.

10,00-11,00: Sesión de Exposición Casos Clínicos II

Moderador: Dr. Ángel Ceballos Torres.

- *Caso Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería).*
- *Caso Hospital de la Axarquía. Veléz-Málaga (Málaga)*
- *Caso Hospital de Santa Ana. Motril (Granada)*

11,00-11,30: Café

11,30-12,30: Sesión de Exposición Casos Clínicos III

Moderador: Dr. Jesús Sedeño Díaz

- *Caso Hospital de Baza (Granada).*
- *Caso Hospital Virgen del Rocío. (Sevilla).*
- *Caso Hospital de Antequera (Málaga).*

12,30-13,00: Presentación Estudios Cooperativos.

- *Estudio IMPACTO. Dr. Alberto Ruiz Cantero y Dr. Manuel Ollero Baturone*
- *Estudio GLUCEPOC. Dr. Carlos San Román y Terán*

13,00-14,00: Sesión de Exposición Casos Clínicos IV

Moderador: Dra. Dessiré Gómez Lora.

- *Caso Hospital Infanta Elena. (Huelva).*
- *Caso Hospital Carlos Haya. (Málaga).*
- *Caso Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).*

14,00-14,05: Despedida

14,30: almuerzo (Hotel Los Dólmenes)



MUJER DE 82 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL, FIEBRE Y DIARREA.

Moreno Agüera, CE; Sánchez Ruiz, M; Montero Rivas, L; Mejías Real, I; Hurtado García, CE; Fernández González, MV; Tirado Miranda, R.
Hospital Infanta Margarita. Cabra. (Córdoba).

Antecedentes Personales:

Paciente de 82 años de edad sin reacciones alérgicas medicamentosas, diabetes mellitus tipo 2 de años de evolución. Animales domésticos (cabras, perros y aves) con controles sanitarios habituales sin otros antecedentes epidemiológicos de interés.

Enfermedad Actual:

Consultó por cuadro de dolor abdominal difuso tipo cólico acompañado de náuseas, vómitos, deposiciones diarreicas y fiebre de 39 °C.

Exploración Física:

Aceptable estado general, eupnéica en reposo sin datos semiológicos en la exploración cardiopulmonar y con una exploración abdominal anodina. Extremidades sin hallazgos valorables. Tacto rectal: hemorroides externas sin signos de trombosis ni sangrado.

Exámenes Complementarios:

Hemograma: 5000 leucocitos (78N/11L). La bioquímica mostraba una leve hiponatremia (133 mmol/l) y una hipoalbuminemia moderada (2.7 g/dL) con GGT aumentada (42 UI/L) y PCR 28.1 mg/dL. El antígeno Ca 19-9 y de Ca 125 estaban elevados. Inmunoglobulina: discreta hipogammaglobulinemia IgM 27 mg/dl. Alfa-1-AT 328 mg/dL (90-200). En el proteinograma destacaba un aumento de fracción gamma de aspecto policlonal. El urocultivo mostró > 100000 UFC de *Candida albicans*. En la serología destacaba unos títulos de *Chlamydia pneumoniae* IgG 1/256 e IgM negativo. La inmunofijación en suero detectó IgA lambda débil.

Ecocardiograma no mostró imágenes compatibles con vegetaciones.

En la colonoscopia se objetivaron dos úlceras anfractuadas de bordes mamelonados y friables en colon transverso y ciego. No se logró pasar válvula ileocecal que era gruesa y de aspecto lipomatoso.

La TAC de abdomen se informó como la existencia de un hígado con grasos, sugestivo de hepatopatía crónica y signos de hipertensión con adenopatías en mesenterio de 18 mm de tamaño.

Se realizó una prueba que resultó diagnóstica.



VARÓN DE 38 AÑOS CON DISNEA E ICTERICIA.

Gallardo Romero, I; Grana Costa, MI; Godoy Guerrero, FM; Maíz Jiménez, MI; Pérez Rivera, AA; Luque Amado, C; Muñoz Claros, A; González Benítez, MA; Uribarri Sánchez, G; Ruiz Cantero, A. *Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).*

Antecedentes Personales:

Varón de 38 años de nacionalidad alemana, residente en España desde hace años. Sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes clínicos de interés. Fumador de 10 cigarrillos diarios y consumidor habitual de THC. Ovolactovegetariano. Vive en el campo en contacto con gatos, perros y caballos.

Enfermedad Actual:

El paciente acude a Urgencias por presentar disnea, fiebre y tos con expectoración marrón-amarillenta, precedidos por malestar general y astenia, de dos semanas de evolución. En Urgencias, la exploración fue normal, y en la analítica de sangre destacaba una ligera leucocitosis (sin neutrofilia) y PCR elevada (159 mg/L). La radiografía de tórax fue informada como normal, y dado de alta con diagnóstico de infección respiratoria y tratamiento con amoxicilina-clavulánico, antipirético, mucolítico y broncodilatador.

Pasados cinco días, el paciente acude de nuevo a Urgencias por empeoramiento progresivo de la disnea, artromialgias, ictericia, orinas coléricas y pérdida de peso, con remisión de la fiebre.

Exploración Física:

TA: 123/66 mmHg; FC: 125 lpm; Afebril; Saturación de O₂ con aire ambiente: 94%. El paciente al ingreso estaba consciente, orientado y colaborador. Presentaba buen estado general, bien hidratado y nutrido, eupneico en reposo, con ligera taquipnea de esfuerzo. Leve ictericia cutánea y de escleras. A la auscultación cardiorrespiratoria, crepitantes en hemitórax derecho y roncus. Resto del examen físico, sin hallazgos de interés.

Exámenes Complementarios:

En analítica de sangre, 256050 leucocitos con 70% de neutrófilos, hemoglobina 9.4 g/dL, con índices eritrocitarios normales. 576000 plaquetas. Bilirrubina 2.57 mg/dL. Enzimas hepáticas, amilasa, coagulación, perfil lipídico, ANA y Ac. Anticardiolipina, en límites normales.

En Rx de Tórax, infiltrado retículo-nodular bilateral de predominio basal.

ECG: Taquicardia sinusal, sin alteraciones de la repolarización.

Se solicitaron pruebas que confirmaron el diagnóstico.



VARÓN DE 63 AÑOS CON DISNEA, DISFONÍA Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL.

Gómez Hernández, M; Espinosa Calleja, R; de la Rosa Morales, R; Romero Rivero, MJ.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

Antecedentes Personales:

Paciente varón de 64 años, que como antecedentes de interés refería ser exfumador de 60 cigarrillos al día desde hacía 7 años, sin otros hábitos tóxicos. Como factores de riesgo cardiovascular presentaba DM tipo 2 en tratamiento con metformina 850 mg, hipertensión arterial sin evidencia de lesión de órganos diana, e hipertrigliceridemia. En seguimiento en consultas de Neumología por EPOC leve. No refería contacto con animales, ni viajes recientes al extranjero. Trabajaba como comercial en una empresa de automóviles.

Enfermedad Actual:

El paciente refería desde hacía meses cuadro de disfonía, disnea alta en decúbito por lo que ingresa en Servicio de ORL de otro centro, apreciándose en el estudio edema de epiglotis. La realización de una biopsia mostró un patrón inflamatorio linfocitocitario. Fue dado de alta para completar estudio por parte de Medicina Interna.

A su llegada a nuestra consulta, un mes después, junto a la clínica de disfonía, disnea alta y disfagia, refería anorexia y pérdida ponderal de 15 Kg en el último año. Además comentaba sensación de sequedad ocular y oral habituales, así como clínica de artralgias bilaterales que había empeorado en las últimas semanas. No había presentado fiebre, lesiones cutáneas, ni fotosensibilidad. No dolor torácico ni abdominal.

Exploración Física:

Buen estado general, destacando ligera taquipnea en reposo. No se palpaban adenopatías ni bocio. A la auscultación cardiopulmonar presentaba hipoventilación global con sibilantes bilaterales con tonos cardíacos rítmicos a buena frecuencia sin soplos ni extratonos. Abdomen y MMII sin hallazgos significativos, ni datos flogísticos ni lesiones cutáneas.

Exámenes Complementarios:

Hemograma, bioquímica con perfil renal y hepático, fermentos musculares, metabolismo férrico, estudio de coagulación, hormonas tiroideas, marcadores tumorales, ANA, ANCA, anti-DNA, anti-SSA, anti-SSB, ECA, factor reumatoide, serologías VHB, VHC, intradermoreacción de Mantoux. Todos ellos fueron normales o negativos, a excepción de β -2 microglobulina 3.14mg/l, PCR 27mg/l, VSG 32 mm. Rx Tórax: sin imagen de condensación ni derrame pleural. TAC de abdomen: Esplenomegalia homogénea de 17 cm. TAC de tórax: Patrón radiológico en vidrio deslustrado parcheado, bronquiectasias de tracción, nódulos centrolobulillares y engrosamiento lineal septal periférico en ambas bases pulmonares en relación con fibrosis pulmonar.

Ante el resultado de los estudios realizados se decidió realizar una nueva prueba que permitió el diagnóstico del paciente.



¿LA ÚLTIMA INTOXICACIÓN MORTAL POR PARAQUAT EN ESPAÑA?

Layne Bretones, F; Carrillo Alascio, PL; Corrales Torres, AJ; López Sánchez, E; Contreras Santos, MC; Sánchez Martínez, H.
Hospital La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería).

Varón de 39 años que ingresa de Urgencias por intoxicación digestiva involuntaria. La intoxicación ocurrió accidentalmente mientras trabajaba en el campo, e ingirió por error un líquido de una botella, creyendo que era agua. De forma inmediata tras la ingesta el paciente presentó molestias faríngeas y un vómito alimenticio. Los compañeros de trabajo lo traen a urgencias, aportando la etiqueta del producto ingerido (Gramoxone super, paraquat al 20%).

El paciente no refería antecedentes patológicos de interés. A su llegada a urgencias la exploración física era normal, salvo quemaduras en la pared faríngea posterior. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: hemograma, coagulación, bioquímica, gasometría arterial, Rx de tórax y ECG, que no mostraron alteraciones significativas.

Se practicó lavado gástrico, administración de tierra de Füller y laxantes. A pesar de ello persistieron los vómitos, que se hicieron hemáticos. A las 36 horas presentó insuficiencia respiratoria aguda, precisando ventilación mecánica. A las 48 horas presentó fracaso renal oligoanúrico y se elevaron la bilirrubina y las transaminasas hasta multiplicar por 4 sus valores de ingreso. A las 72 horas el paciente falleció en situación de fracaso multiorgánico.

Comentarios:

El paraquat es un potente herbicida cuyo uso está prohibido en Europa desde Septiembre 2007. La intoxicación por paraquat es letal en cerca del 90% de los casos. Los escasos pacientes que sobreviven desarrollan de forma casi constante una fibrosis pulmonar.



PACIENTE DE 39 AÑOS CON ALGIAS COSTALES Y HEMOTÓRAX.

Constán Rodríguez, JM; Platero Sánchez-Escribano M; Loring Cafarena, M; Pérez Belmonte, L.M; Blanco Díaz, M; Martínez Delgado, MC; Medina Delgado, P.
Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

Paciente de 39 años con dolor costal en hemitórax derecho y malestar general. No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales de migraña clásica, rinitis alérgica y dismenorrea. No intervenciones quirúrgicas. Ex-fumadora desde hace 13 años.

Enfermedad Actual:

La paciente refiere que desde hace dos meses presenta algias costales derechas de forma intermitente y de características mecánicas que irradia a escápula. Acompañadas de anorexia y pérdida de peso no cuantificada. Tos sin expectoración con los movimientos, disnea de moderados esfuerzos. Al ingreso presenta dolor intenso a nivel de región lateral del hemitórax derecho asociado a malestar general, sensación de mareo, náuseas y vómitos.

Exploración Física:

Afebril, TA: 90/60, FC: 60 lpm, eupneica. Sensación de enfermedad, palidez cutánea. CyC: Adenopatías de pequeño tamaño en hueco supraclavicular izquierdo. Tórax: dolor a la palpación de las parrillas costales. AC: 60 lpm, sin soplos. AR: hipoventilación y matidez en la mitad inferior del hemitórax derecho. Abdomen y extremidades: sin hallazgos relevantes.

Exámenes Complementarios:

Hemograma: Hb 8.8, VCM 85, HCM 28.2, Hto 27%, leucocitos 6.400 fórmula normal, plaquetas 217.000. Coagulación, bioquímica y proteinograma normales, salvo PCR 51.
Rx Tórax: lesión ósea en 7º arco costal derecho con signos de lesión agresiva con destrucción ósea y calcificación en su interior. Derrame pleural derecho. Fractura en arco lateral de 9º costilla izquierda. Aumento de la línea paratraqueal derecha. Hepatomegalia.
TAC Tórax y Abdomen: en 7º arco costal tumoración expansiva con destrucción cortical que invade la cavidad torácica, 7.5x7x6.4, con calcificación de aspecto condroide. Otra igual en el 9º arco costal pero más pequeña. Lesiones líticas en cuerpos vertebrales dorsales, lumbar, pala iliaca derecha, 6º arco costal posterior izquierdo. Gran derrame pleural derecho asociado a atelectasia, probablemente compresiva en LID. Mínimo derrame pericárdico.
Ecocardiograma: mínimo derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico con FE 80%.
Toracocentesis: Líquido pleural: 1300cc de líquido hemático, hematíes 3.5 millones, leucocitos 3.800 (59% PMN, 41%MN), glucosa 25 mg/dl, proteínas 4.3 g/dl, LDH 1856 UI/L, pH 7.18, CEA normal, negativo para células neoplásicas.

Evolución:

Tras toracocentesis evacuadora de 1300cc de líquido hemático, cuadro sincopal. Se requiere transfusión de 2 concentrados de hematíes.

Se realizó una prueba diagnóstica.



PACIENTE CON FIEBRE Y CERVICALGIA TRAS BIOPSIA PROSTÁTICA.

Sánchez Cano, D; Gutiérrez-Ravé Pecero, V; Ruiz Villaverde, G; Castillo Higuera, PL.
Hospital General Básico de Santa Ana. Motril (Granada).

Antecedentes Personales: HTA, dislipemia.

Enfermedad Actual:

Paciente de origen inglés al que se le practicó biopsia prostática transuretral como parte del estudio de un síndrome prostático. Al día siguiente, presentó pico febril de 39.5°C de características bacteriémicas, motivo por el que se le prescribió paracetamol y ciprofloxacino por parte de su médico. A los dos días acude a Urgencias por cervicalgia intensa y persistencia de la fiebre. No otros síntomas.

Exploración Física:

Estado general conservado. Bien hidratado y profundido. Eupneico en reposo sin O2 suplementario. No lesiones cutáneas de interés. No signos de artritis. AC: tonos rítmicos, sin soplos ni rones. AR: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no signos de peritonismo, peristaltismo conservado, no se palpan masas ni megalias; puño-percusión renal negativa bilateralmente. EEII: no edemas, no signos de TVP aguda. SN: consciente y orientado, habla y compresión normales, intensa rigidez cervical (signos de Kernig y Brudzinski negativos), pares craneales conservados, no déficit motor ni sensitivo, ROT conservados y simétricos, RCP indiferente bilateralmente; no disimetría ni disidiadocinesia.

Exámenes Complementarias:

PCR 23.5mg/dL; leucocitos 17900/mm³ (90% PMN sin franjas); resto sin alteraciones de interés. Urocultivo:<1000UFC/ml.

TAC abdomino-pélvica y craneal: sin alteraciones significativas.

Evolución:

Se tomaron hemocultivos, y se realizó punción lumbar, obteniéndose un líquido transparente a presión normal con: 2 leucocitos/mm³, 100 hematíes/mm³, glucosa 80 mg/dL (capilar 111), proteínas 76.6 mg/dL; cultivo negativo (a posteriori). A continuación, se inició tratamiento empírico con cefotaxima manteniéndose dicho tratamiento tras crecer en el hemocultivo E. coli, sensible a dicho antibiótico. A pesar de esto, el paciente permanecía febril, y con intensa rigidez y dolor cervicales.

Se realizó nueva prueba complementaria que resultó diagnóstica.



VARÓN DE 17 AÑOS CON CLÍNICA FOCAL NEUROLÓGICA DE PERFIL VASCULAR.

Ramos Jiménez, A; Pérez Álvarez, F; Gutiérrez Moreno, JM; Benavente Fernández, A; González Martín, T; Mytnik, M; Benítez León, MD.
Hospital General Básico de Baza. Baza (Granada).

Antecedentes Personales:

No antecedentes familiares de interés. No alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Nacido pretermino, año 1.986, mediante cesárea, preciso ingreso en UCI por enfermedad de la membrana hialina grave, bronconeumonía y sepsis. Herniorrafia inguinal a los 3 años; Trombopenia leve sin riesgo hemorrágico y diarrea de evolución subaguda estudiadas a los 15 años en consultas de hematología y digestivo sin diagnóstico. Estaba siendo estudiado en consulta de neumología por neumonía de lenta resolución. En los dos últimos años había presentado frecuentes episodios de herpes zoster, cuadros febriles no filiados, fotosensibilidad, erupciones cutáneas y últimamente había disminuido su rendimiento escolar por alteración de la memoria y dificultad para concentrarse.

Enfermedad Actual:

En el contexto de cuadro infeccioso respiratorio que estaba siendo tratado con ciprofloxacino, budesonida nasal y acetil-cisteína comienza de modo brusco con hemiparesia-hemihipoestesia izquierda y desviación de comisura bucal a la derecha. Recibió 500 mgs de AAS de modo ambulatorio y acude a urgencias de nuestro hospital.

Exploración Física:

Se encontraba consciente y orientado; TA: 130/80. Tª: 36.5. Discreta alteración en la articulación del lenguaje y leve paresia en brazo izquierdo. Roncus aislados a la auscultación respiratoria; tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen no doloroso y sin visceromegalias. Lesiones cutáneas en extremidades, pruriginosas, costrosas, de pequeño tamaño y con signos de rascado.

Exámenes Complementarios:

La analítica de urgencias mostraba una Hb de 12.2; Leucocitos: 2.200. Plaquetas: 87.000. Glucosa, urea y electrolitos normales. Coagulación con TPTA algo alargado. La TAC craneal mostraba imagen hipodensa parietal derecha, ventrículos laterales algo aumentados de tamaño y discreta atrofia corticosubcortical. Se inicio tratamiento con AAS y HBPM; Presentó durante su ingreso varios episodios de isquemia cerebral focal con perfil de AIT de breve duración. Se realizaron pruebas analíticas, estudio de autoanticuerpos, cultivos, serologías, punción lumbar y pruebas de imagen que dieron el diagnóstico.

Se comentaran nuevos hallazgos tras el diagnóstico y evolución.



SÍNDROME FEBRIL Y DOLOR TORÁCICO DE ETIOLOGÍA INESPERADA EN UN VARÓN DE 25 AÑOS.

Álvarez Marín, R; Sánchez Rivas, E; Molina Gil-Bermejo, J; Luque Márquez, R;
Alarcón González, CA.
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Antecedentes Personales: Niega alergias, hábitos tóxicos y factores de riesgo vascular. Válvula aórtica bicúspide diagnosticada en la infancia, sin repercusión funcional. No realiza tratamiento ni seguimiento. Natural de Pakistán. Vive en España desde hace 5 años. Trabaja como cocinero. Niega viajes recientes al extranjero, contacto con animales o medio rural, ingesta de alimentos no higienizados y prácticas sexuales de riesgo.

Enfermedad Actual: Acude a Servicio de Urgencias por fiebre intermitente en torno a 38°C, sin tiritona, sin predominio horario, asociada a malestar general inespecífico, de dos semanas de evolución. Progresivamente, se ha ido instaurando dolor precordial y epigástrico, punzante, que aumenta con la inspiración profunda y el decúbito y disminuye con la sedestación. Niega disnea, ortopnea, tos o expectoración, así como síntomas a otro nivel.

Exploración Física: Tª:38°C. TA: 120/70. FC: 100 lpm. Peso 73 kg. Cabeza y cuello: posible ingurgitación yugular. AC: tonos cardiacos rítmicos; frémito palpable en foco aórtico; soplo protomesosistólico, rudo y eyectivo, V/VI en foco aórtico y foco mitral irradiado a cuello; soplo protodiastólico de regurgitación II-III/VI. AR: mínimos crepitantes basales derechos. Resto de la exploración sin alteraciones.

Exámenes Complementarios:

Bioquímica: glucosa 128 mg/dl, sodio 133 mE/l, PCR 148 mg/l, Troponina T 0,045 mg/dl y CPK 92 mg/dl. Hemograma: 16.750 leucocitos/UI (78% PMN), Hb 11.7 g/dl, VCM 78.9 fl. INR 1.23. Rx tórax: cardiomegalia global a expensas de cavidades izquierdas con redistribución vascular. EKG: ritmo sinusal a 107 lpm con inversión de las ondas T en todas las derivaciones. Ecocardiografía transtorácica: Válvula aórtica bicúspide con doble lesión ambas de grado moderado. Raíz aórtica no dilatada de 27 mm, aorta ascendente, cayado, aorta ascendente y abdominal de tamaño normales. HVI concéntrica ligera con septum basal de 12 mm y pared posterior de 12 mm. FE global de 70%. Derrame pericárdico circunferencial ligero, sin datos de compromiso hemodinámico. Hemocultivos con fiebre: negativos. Serología: virus influenza A 1/16, virus influenza B 1/32, virus parainfluenza 1 1/16, VRS 1/16, VEB IgG +; *Mycoplasma*, *Legionella*, *C. burnetti*, *Chlamydia* spp., *Brucella melitensis*: negativos.

Evolución: El paciente empeoró, con persistencia de la fiebre y del dolor torácico a pesar de tratamiento con AINEs, y aparición de disnea a esfuerzos moderados y ortopnea.

Se realizó una prueba que fue diagnóstica.



MUJER DE 62 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL DIFUSO Y LOES HEPATICAS.

Vallejo Herrera, MJ; Ruiz Serrato, A; Guerrero León, MA; Sánchez Lora, FJ;
Ceballos Torres, A; García Ordóñez, MA.

Hospital de Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga. Antequera (Málaga).

Antecedentes personales: No alergias conocidas. Obesidad. HTA. Dislipemia. SAOS. Nódulos hepáticos en LHI sugestivos de hemangiomas (2000). Linfedema crónico de MMII. Síndrome ansioso-depresivo reactivo. Fractura bimalleolar MIIzquierdo. Poliartrosis degenerativa y postraumática. IQ: fractura bimalleolar pie izquierdo. Prótesis total de rodilla derecha (2008). Tratamiento habitual: CPAP nocturno, Etoricoxib, Pentoxifilina, Captopril/Hidroclorotiazida, Simvastatina, Fluoxetina, Vitamina D+Calcio, óvulos y crema antimicótica vaginal.

Enfermedad actual: Ingresa por dolor abdominal difuso de varios días de evolución, acompañado de náuseas sin vómitos, sin cuadro constitucional acompañante; No fiebre; No ictericia, ni coluria.

Exploración física: TA: 145/69, FC: 54 lpm, Peso: 109 Kg, Talla: 159 cm, obesidad central. Palpación abdominal sensible en hipocondrio derecho y epigastrio, con sensación de ocupación mal definida, sin defensa involuntaria. Intértrigo candidiásico en pliegues submamario e inguinales.

Exámenes complementarios:

Hemograma: 7.200 leucos (72.8% neutrofilos), Hb: 11.2, Hto: 34%, VCM 87, plaquetas:201.000 Coagulación normal. Bioquímica: Glucosa: 84; creatinina: 0.69; iones normales. Lipasa y amilasa normal. Colesterol total: 135; Triglicéridos: 37; GOT: 111; GPT: 88; Bilirrubina total: 0.45; Fosfatasa alcalina: 303; GGT: 428; IST: 5.47%; Ferritina: 24; PCR: 3.59. CEA: 10.30; CA 19.9, CA125 y AFP: normales. Serología VHB y VHC: negativos. Orina normal, sedimento: 10-20 leucos/c. ECG: RS a 97 lpm, eje a 25°, sin alteraciones en la repolarización.

Rx tórax: normal. Rx simple abdomen: espondiloartrosis lumbar, luminograma aéreo normal.

Ecografía abdominal : hepatomegalia de contornos lobulados, en cuyo interior se encuentran múltiples LOES sólidas, hiperecogénicas y bien definidas, con diámetro de 1 a 7.5 cm (segmento IV), más numerosas en el LHI. Páncreas y resto de estudio normal.

TAC de tórax y abdomen c/c : Se identifica lesión focal de 4.1 x 3.8 cm en cuerpo-cola del páncreas, de aspecto sólido. Hígado con múltiples LOEs hipocaptantes, difusas en ambos lóbulos. Útero con lesión hipocaptante en cuerpo de 1.5 cm, inespecífica.

RMN abdomen con y sin contraste IV: hígado de tamaño normal, ocupado por incontables LOEs en ambos lóbulos, siendo la de mayor tamaño de 10 cm, con centro necrosado. En cola de páncreas se aprecia una masa de bordes bien definidos de unos 4 cm, con señal similar a LOEs hepáticas, correspondiendo probablemente al tumor primario. No adenopatías, ni líquido libre, ni afectación peritoneal. Vesícula, bazo, suprarrenales y riñones normales. PAAF LOE Hepática periférica LHI: diagnóstico dudoso de hepatocarcinoma.

Ante la discordancia clínica, radiológica, anatomopatológica se decide realizar una nueva exploración diagnóstica.



MUJER DE 60 AÑOS DE EDAD CON DISNEA E INFILTRADOS PULMONARES

Merlo Serrano, A; Díaz Narvaéz, F; Massi Aguirre, P; Maraver García, A.
Hospital Infanta Elena. (Huelva).

Antecedentes Personales:

HTA. Cardiopatía hipertensiva y FA crónica. Anticoagulada con dicumarínicos. Hipotiroidismo subclínico. Fumadora esporádica. No alergias conocidas a fármacos. Tratamiento domiciliario: amiodarona, propranolol, telmisatan 80 +hidroclorotiazida 25, acenocumarol.

Enfermedad Actual:

Disnea progresiva de 2 meses de evolución (disnea a mínimos esfuerzos). Disnea de reposo en las últimas 2 semanas. Sin fiebre, dolor torácico, palpitaciones, ni edemas. En tratamiento ambulatorio con antihistamínicos, diuréticos y antibioterapia con amoxicilina-clavulánico sin mejoría clínica.

Exploración Física:

TA :110/70 mm de Hg. Sat de O₂ de 90 % respirando aire ambiente. Tolera decúbito
Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. No ingurgitación yugular. ACR: Tonos arrítmicos sin soplos a 90 lpm. Crepitantes bibasales. Abdomen sin alteraciones relevantes MMII sin edemas ni signos de TVP.

Pruebas Complementarias:

Rx de tórax: infiltrados bilaterales pulmonares localizados a nivel de campos medios e inferiores. Predominio del patrón alveolar.

GSA: pH: 7.4, pCO₂: 34, pO₂: 54, Bicarbonato 26, Sat de O₂ 90%

TAC de tórax: afectación difusa con múltiples áreas de consolidación y de vidrio deslustrado localizadas a nivel de campos medios e inferiores con preservación de los lóbulos superiores. Engrosamiento septal.

Ecocardiograma: estudio realizado en FA, V.I. de dimensiones, grosor de paredes y parámetros de contractilidad global normales. Dilatación de A.I. 51 mms. Válvula aórtica trivalva de morfología normal, con apertura sistólica normal, con insuficiencia aórtica trivial, válvula mitral de morfología normal, con patrón de flujo normal, ausencia de onda A por FA. no datos de insuficiencia. Cavidades derechas normales, sin insuficiencia tricuspídea. Derrame pericárdico ligero, no significativo. No shunts ni trombos.

Espirometría: prácticamente normal, con leve afectación obstructiva de vías finas.

DLCO, disminuido al 68,5 de forma leve

Otros análisis: Inmunoglobulinas normales. Factor reumatoide negativo. Complementos C3-C4, normal. Beta-2 globulina normal. Alfa-2 globulina 22.3. Hormonas tiroideas normales. Ag carcinoembrionario, Ag. CEA 19.9, Ag CEA 125 y alfa1 fetoproteína, normales. ANA negativa, ANCA negativos. Serología de virus de hepatitis B, C y VIH, negativos. ECA NORMAL. Serología de atípicas negativa. Baciloscopia negativa.

Dada la situación del paciente, estable, se decide una determinada actitud que resulta diagnóstica.



SINDROME FEBRIL EN PACIENTE CON LES REFRACTARIO A ESTEROIDES

Ruiz Serrato, A; Andrea Buonaiuto, V; Pérez de Pedro I; Camps García, MT.
Hospital Carlos Haya (Málaga).

Antecedentes personales

Mujer de 67 años actualmente, sin antecedentes médicos o quirúrgicos previos de interés. Sin alergia a fármacos con la siguiente evolución histórica:

-1987: Diagnosticada de LES por poliartritis, fiebre, y ANA 1/320, complementos normales, en tratamiento con AINEs.

-2002: Presenta brote articular y linfopenia, tratado con AINEs. Además añade clínica de inestabilidad, disartria y vértigo. En RMN cráneo infarto cerebeloso y Eco TT y ETE: válvula aórtica trivalva con nódulo en sigmoidea anterior. Anticoagulante lúpico +. Desde ese momento anticoagulada.

-2003: Afectación cutánea y fotosensibilidad en zonas expuestas. Se añade deflazacort 30 mg/24h e hidroxiquina 200/12h. Mejoría clínica pero sin lograr suspender esteroides en revisiones.

- 2005: Brote a modo de artritis, aftas orales, eritrodermia y fiebre. Se pauta 40 mg/24h prednisona e hidroxiquina 400 mg/12h. Mejoría y reducción progresiva hasta 7,5 mg donde aparece nuevo brote cutáneo.

-2006: Lesiones cutáneas extensas y alopecia. Tratamiento con prednisona 20 mg, mejoría hasta 5 mg en días alternos, con nuevo brote y tratamiento con 20mg prednisona.

Enfermedad Actual:

Acude a revisión refiriendo que desde hace 2,5 meses comenzó con cuadro febril vespertino diario (38-39°C), dolor articular generalizado, sin focalidad en órganos o aparatos. Su MAP realiza Rx Tórax (normal) ante lo cual le prescriben diferentes ciclos ATB, sin mejoría, por lo que la paciente se instaure 30mg de prednisona.

En consulta: Febril, analítica en la que destaca alteración hepática con predominio colestásico, PCR 70.4, complementos normales, ANA 1/40 y AL +; siendo el hemograma normal.

Ingresa en planta para estudio de síndrome febril prolongado con colestasis hepática en paciente lúpica sin signos de actividad, ni foco infeccioso.

Exploración Física y Complementarias:

En la exploración física, presentaba aceptable estado general, normotensa, eupneica; destacando solo soplo diastólico aórtico, resto anodino.

Hemograma: normal. Hemostasia alterada por ACO. Perfil renal normal, GOT 25, GPT 43, GGT 463, FA 230, VSG 41, PCR 55. ANA 1/320, complementos normales, AL+, ACA -, resto normal. Serología a CMV IgM negativa. Hemocultivos seriados negativos.

Cultivo esputo a bacterias y hongos negativos. Cultivo orina negativo. Rx Tórax: patrón nodular pulmonar bilateral. TAC Tórax: misma descripción de Rx, añadiendo calcificación de algunos nódulos, en segmento apical izquierdo. Ecocardiograma: Insuficiencia Ao moderada, resto anodino.

Broncoscopia: inflamación bronquial aguda-subaguda y secreciones mucosas, se toma biopsia transbronquial de línula, con resultado anatomopatológico de inflamación granulomatosa.

Se recibió resultado de una prueba que resultó diagnóstica.



MUJER DE 60 AÑOS CON FIEBRE, DIARREA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL.

Núñez Rodríguez, MV; Blázquez Puerta, A; Romero, T; Hidalgo Rojas, L; García Alegría, J.
Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Antecedentes personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. Anemia por esferocitosis hereditaria, diagnosticada en Francia en su juventud, con cifras habituales de Hb entre 9-10 gr/dl muy bien tolerada. Niega hábitos tóxicos, así como relaciones sexuales de riesgo o viajes recientes. No realiza tratamiento habitual.

Fractura traumática de muñeca derecha el 23/01/2010 atendida en otro centro sanitario, que precisó intervención quirúrgica, presentando posteriormente infección por *Staph. aureus*, que se trató empíricamente con cloxacilina y rifampicina, y limpieza local. El 19/03/2010 fue intervenida de la muñeca con artrodesis y tuvo un ingreso de 2 semanas.

En la anamnesis dirigida refiere que en Noviembre de 2009 había consultado en otro hospital por tos, detectándose en la radiografía y en el TAC de tórax una enfermedad pulmonar intersticial. No se completó el estudio recomendado por el problema de la fractura de muñeca.

Enfermedad actual: Desde hace varias semanas refiere astenia, diarrea y deposiciones líquidas con coprocultivo y toxina de *Clostridium* negativos. Desde hace 2-3 días fiebre termometrada de 38°C, tos seca y expectoración blanquecina. Ha perdido en los últimos meses 5 kg de peso.

Exámenes Complementarias:

Hemograma: leucocitos 4.500 x10³/ul (33.7 % N, 55 % L, 6.9% M). Hb: 6,6 g/dl, Hcto: 19.5 %, VCM 100.5 fl, plaquetas 90.000 x10³/ul. Reticulocitos 1.28 %. Frotis: Anisocitosis con frecuentes esferocitos y *rouleaux*. Linfocitos linfoplasmocitoides. glucosa 89 mg/dl, urea 17 mg/dl, creatinina 0,4 mg/dl, proteínas totales 7.1 g/dl, Na 134 mEq/L, K 3.1 mEq/L, Cl 96 mEq/L. Haptoglobina 355 mg/dl, Coombs negativo. GOT 20 U/L, GPT 10 U/L, GGT 19 U/L, FA 62 U/L, albúmina 3.8 gr/dl, Ca 8.5 mgr/dl, P 2.5 mgr/dl, hierro 25 ug/dl. Ferritina 1380 mg/dl, transferrina 156 ng/ml. PCR 11.9 mg/dl. ECA 41.4. IgG 1.380 mg/dl, IgA 448 mg/dl, IgM 25 mg/dl. ANAs y ANCA's negativos. Factor reumatoide negativo. Coagulación: actividad de protrombina: 112 %; TTPA: 22.4".

Hemocultivos: negativos. Coprocultivos: negativos. Toxina de *Clostridium* negativa. Ag de *Legionella* y neumococo en orina: negativo. Serología VIH y CMV IgM (en dos ocasiones) negativas.

Espuito: cultivo negativo. No se observan BAAR. Broncoaspirado: PCP, cultivo, y BK negativos.

Rx de torax: Lesiones apicales. Patrón intersticial bilateral. Rx radiografías de muñeca: Fractura de cúbito no alineada. Osteoporosis focal

Ecografía abdominal: Esteatosis hepática difusa. Resto normal.

TAC de tórax: Patrón de panalización periférica bilateral y difuso.

Engrosamiento septal de predominio periférico. Patrón en vidrio deslustrado en segmentos declives de ambos parénquimas pulmonares. Bronquiectasias cilíndricas con paredes engrosadas asbilaterales y difusas. Pequeños ganglios de tamaño no valorables paratraqueales derechas, precarinales, ventana aortopulmonar y prevasculares. Engrosamiento pleural apical bilateral.



TAC de abdomen:

En las bases pulmonares se observan hallazgos que sugieren fibrosis pulmonar. Llama la atención la densidad de las vértebras con imagen de hueso dentro de hueso, que sugiere enfermedad de Paget.

TAC craneal: Sin alteraciones.

RMN de muñeca:

Deformidad con cambios de aspecto inflamatorio en región distal del radio derecho, sin poder descartar la posibilidad de sobreinfección.

Colonoscopia: En la válvula ileocecal se asienta una úlcera de 15 mm fibrinada, de bordes lisos, de la que tomamos biopsias. Mucosa ileal de aspecto normal donde se identifica otra úlcera fibrinada de menor tamaño, unos 6-7 mm de la que no es posible coger biopsias. En el resto de los tramos de mucosa del colon no se objetivan alteraciones significativas.

Endoscopia digestiva alta: En región antral, en cara anterior, se identifican dos úlceras en sacabocados, longitudinales, de unos 2-3 mm una de ellas y la otra algo mayor, de 4-5 mm, de bordes sobreelevados y con fondo limpio, de las que se toman biopsias. Píloro centrado, abierto, edematoso y algo deformado. En su borde inferior se identifica una úlcera fibrinada longitudinal de unos 2-3 cm de longitud, con bordes eritematosos y algo sobreelevados de los que se toman biopsias.

Pruebas funcionales respiratorias: Patrón ventilatorio restrictivo leve-moderado con importante alteración en la difusión.

Fibrobroncoscopia: Zonas puntiformes abundantes compatibles con sufusiones en mucosa de bronquio principal izquierdo en posible relación con trombopenia.

BAS: Ausencia de células neoplásicas. Técnica de tinción de Zielhl-Neelsen negativa.

Biopsia transbronquial: Fragmentos superficiales de epitelio respiratorio sin alteraciones.

Ecocardiograma: Normal.

Biopsia de médula ósea: Médula ósea hematopoyética hipocelular con representación y maduración de las tres series, presencia de agregados linfoides (CD20 y CD3 positivos) y células plasmáticas (kappa y lambda positivas) de probable origen reactivo. No se observan depósitos de hierro. Fibrosis reticulínica grado 3. Las técnicas histoquímicas para la detección de microorganismos han resultado negativas. Escasa representación de megacariocitos.

Biopsia de colon: mucosa de ileon terminal y colon con ileocolitis por CMV y ulceración a nivel de ileon terminal. Se han realizado técnicas de hibridación positivas para CMV.

Biopsia gástrica: Gastritis ulcerada por CMV.

Examen de fondo de ojo: A nivel nasal lesiones de exudación y hemorragias paravasculares compatibles con retinitis por CMV.

Evolución: Ante los datos clínicos y virológicos de una infección diseminada por citomegalovirus se solicitó PCR en sangre para CMV que fue positiva con carga viral de 10.200 copias/ml. Fue tratada con Ganciclovir intravenoso, desapareciendo la fiebre y la diarrea, y mejorando su situación general. Con posterioridad, mientras estaba con Valganciclovir oral, comenzó con bradipsiquia y bradilalia por lo que fue ingresada de nuevo.

Se realizó una prueba diagnóstica.



ANOTACIONES



Programa Social:

Viernes 12 de noviembre

21:30 h: Cena (Hotel Antequera Golf)

Sábado 13 de noviembre:

10:30-14:00 h: Visita Guiada a la ciudad monumental de Antequera.

14:30 h: almuerzo (Hotel Los Dólmenes)

Alojamiento:

Hotel Los Dólmenes***

Cta. Málaga, cruce Romeral

(a 100 mts del hospital)

Tif.: 952 84 59 56

*Precio Habitación: 35 €

Hotel Lozano***

Avda. Principal, 2

(a 250 mts del hospital)

Tif.: 952 84 27 12

*Precio Habitación: 47 €

Hotel Finca Eslava****

Cta. Córdoba Km 120

(a 2 Km del hospital)

Tif.: 952 84 49 34

*Precio Habitación: 60 €

Hotel Antequera Golf****

Urb. Santa Catalina s(n)

(a 2 Km del Hospital)

Tif.: 902 54 15 40

*Precio Habitación: 50 €

** Precio Habitación doble uso individual con desayuno (IVA incluido)*



Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna
