

# XXIX REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA (SADEMI).

CÓRDOBA, 16-17 de noviembre de 2012

## RESÚMENES DE LOS CASOS CLÍNICOS

### **Caso 1. VARÓN DE 35 AÑOS CON CUADRO CONSTITUCIONAL, ESPLENOMEGALIA Y PANCITOPENIA**

*Sanchís Osuna M A, González Becerra C, Olmo Montes J, Vergara Díaz M A, Gómez Hernández M, Pereira Delgado C. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.*

Varón de 35 años, sin antecedentes personales, familiares ni epidemiológicos de interés; fumador en activo, bebedor moderado de alcohol y excocainómano, que consulta en el Servicio de Urgencias de nuestro centro refiriendo cuadro de 3-4 meses de evolución de malestar general, astenia, anorexia, pérdida de peso estimada de unos 10 kg y dolor abdominal, de predominio en HI, sin vómitos ni alteración del tránsito intestinal. En los últimos días, el paciente presenta además, sudoración profusa de carácter vespertino y sensación distérmica no termometrada.

En la exploración física realizada en Urgencias, el paciente, se encontraba afebril, y como único hallazgo significativo, destacaba la palpación de una masa abdominal en HI, que se extendía hasta región umbilical, compatible con una esplenomegalia, sin evidenciarse adenopatías ni lesiones cutáneas.

En las pruebas complementarias destacaba la existencia de una bicitopenia en el hemograma (leucopenia con neutropenia y linfopenia más trombopenia) que evolucionó en días posteriores a pancitopenia (tras añadirse anemia normocítica normocrómica); alargamiento de tiempos de coagulación y elevación del fibrinógeno con datos de coagulopatía de consumo, requiriendo el paciente, transfusiones de hematíes y plasma. Se solicitó frotis de SP que confirmó la pancitopenia sin observarse células indiferenciadas ni criterios de mielofibrosis. Se le realizó TAC toraco-abdominal donde se objetivó una esplenomegalia de 27 cm de eje longitudinal, con adenopatías no patológicas, en hilio esplénico e inguinales y se completó estudio analítico con proteinograma, B2-microglobulina, marcadores tumorales, serología para VHC, VHB, VIH, CMV, VEB, Toxoplasma, Rickettsia, Rosa de Bengala y sífilis, y estudio de autoinmunidad, que resultaron negativos. El paciente presentó de forma progresiva deterioro en su estado general con las alteraciones analíticas descritas y fiebre, ampliándose la cobertura de la antibioterapia y solicitándose hemocultivos, urocultivo y ecocardiografía para descartar Endocarditis.

Ante la persistencia de la pancitopenia y esplenomegalia de causa no aclarada, se decidió realizar aspirado y biopsia de MO con estudio AP que tampoco nos aportaron datos para un diagnóstico de certeza.

Finalmente la ausencia de diagnóstico y el deterioro progresivo del paciente, nos llevó a plantear una técnica que nos permitió obtener el diagnóstico definitivo y resultó terapéutica.

## **Caso 2. VARÓN DE 38 AÑOS CON SÍNDROME CONSTITUCIONAL**

*Alarcón Manoja E, Gil Gascón JM, Rojas Lorence R, Ruíz Padilla FJ, Martín Pérez M, Pelayo García G, Aguilar Gallego M. Servicio de Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz.*

Antecedentes familiares: Tíos diagnosticados de Amiloidosis.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Sobrepeso. Hipertensión arterial que trata con Telmisartán 80 mg/día. Fumador de 20 cigarros/día. Extirpación de pilomatrixoma de pala ilíaca izquierda. Profesión: Operador de campo en planta química.

Enfermedad actual: El paciente refería cuadro asteniforme progresivo de un año aproximadamente de duración, que se acompañaba de pérdida de peso no cuantificada. Además, en analítica de empresa le habían detectado elevación de enzimas hepáticas. El resto de anamnesis detallada por órganos y aparatos no aportó ningún otro dato relevante.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Paciente normohidratado y perfundido. No ingurgitación yugular. Afebril. Auscultación cardíaca y pulmonar: Rítmico, sin auscultación de soplos. Mvc, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen, EEII, y Neurológica: sin hallazgos de interés, salvo adenopatías inguinales bilaterales.

Pruebas complementarias: Analíticas: Hemograma: las tres series en límites de la normalidad. VSG: 25 mm/h. Bioquímica: Calcio: 10,5 mg/dl. Proteínas: 7,4 g/dl. GOT: 72 U/L. GPT: 124 U/L. GGT: 383 U/L. FA: 430 U/L. PCR: 1,99 mg/dl. Proteinograma: normal. Inmunoglobulinas: IgG: 1570 mg/dl. IgA: 353 mg/dl. IgM: 103 mg/dl. C3: 153 mg/dl. C4: 31,3 mg/dl. Fermentos musculares: normales. ECA: 121 u/L. Beta 2 microglobulina: 4mcg/ml. ANA, anti DNA, Ac antimitocondriales y Ac antimúsculo liso: normales. Marcadores tumorales: negativos. Pruebas de Imagen: Radiografía de tórax: enfermedad intersticial pulmonar. TAC cérvico-toraco-abdomino-pélvico: Cuello: adenopatías de hasta 15 mm. Tórax: Adenopatías mediastínicas paratraqueales, infracarinales y en la ventana aortopulmonar de hasta 25mm, prevasculares y en el área de la mamaria interna izquierda de 15 mm. Dudosa adenopatía hilar derecha de 2cm. Infiltrados alveolointersticiales asociados a micronódulos bilaterales, mayores en ambos lóbulos superiores. Abdomen-pelvis: discreta esplenomegalia. Se aprecian incontables lesiones hipodensas de menos de 1 cm afectando al hígado y al bazo. Entre la porta, cava inferior, y pilar diafragmático derecho se aprecia un conglomerado adenopático de 45mm, celíacas de 14mm, omento menor de 12mm, hilio esplénico 15mm, periaórticas 15mm, iliacas bilaterales 25mm, e inguinales bilaterales de 15 mm.

Posteriormente se realizó una prueba que resultó diagnóstica...

## **Caso 3. CASO CLÍNICO: MUJER DE 70 AÑOS CON PANCREATITIS AGUDA E HIPERCALCEMIA**

*Puerta Fernández S, Sánchez Simonet MV. Hospital Parque San Antonio. Servicio de Medicina Interna. Málaga.*

Antecedentes personales: Mujer de 70 años que como antecedentes presenta hipertensión arterial con importante componente de bata blanca, hipercolesterolemia, hiperuricemia, osteoporosis, trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo tras un parto hace 46 años con síndrome postflebitico, litiasis renal izquierda intervenida hace 30 años y nuevo cólico renoureteral en 1.983. Intervenida en varias ocasiones: histerectomía con doble anexectomía por mioma hace 20 años, safenectomía, desprendimiento de retina ojo derecho y litiasis renal izquierda. No presenta alergias ni hábitos tóxicos. El tratamiento habitual comprende: diosmina 500 mg (Dafón), ácido ibandrónico mensual, calcio y vitamina D que había comenzado hace 2

meses, alopurinol 100 mg, sinvastatina 10 mg, ameride ocasional. En junio del 2.004 presenta cólico biliar no complicado por colelitiasis única de 2.5 cms en infundíbulo por lo que se realiza colecistectomía laparoscópica. Asintomática durante varios años.

Enfermedad actual: En abril de 2008 ingresa en otro centro por dolor abdominal en epigastrio irradiado a espalda que posteriormente se generaliza sin ventosear ni defecar, de 1 día de evolución; sin fiebre, coluria ni ictericia. Se realiza ecografía y TAC de abdomen con hallazgos de pancreatitis aguda grado C de Balthazar al ingreso y nuevo control antes del alta sin complicaciones. Así mismo colangiografía que muestra colecistectomía y vía biliar extrahepática normal. La paciente evoluciona favorablemente con tratamiento habitual y es dada de alta a domicilio con tratamiento con diosmina y omeprazol, suspendiéndose el resto de medicación. 1 semana tras dicha alta, ingresa en nuestro centro por presentar de nuevo dolor abdominal que se irradia en cinturón hacia espalda junto con vómitos biliosos sin otra sintomatología ni fiebre.

Exploración física: Afebril. TA: 150/80. FC: 77. Sat O<sub>2</sub>: 97%. Eupneica. Consciente, colaboradora, orientada. Bien hidratada, nutrida y profundida. No ictericia. Cabeza y cuello normal. Auscultación respiratoria: escasos crepitantes gruesos en ambas bases pulmonares. Auscultación cardíaca: normal. Abdomen: blando, depresible con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin masas ni megalias, con escasos ruidos intestinales. S. postflebítico en miembro inferior izquierdo.

Exploraciones complementarias: Analítica : Hemograma: Hb 13.3 gr/dl, Hcto 41%, normocítico normocrómico, leucocitos 14.500/mcl con fórmula normal, plaquetas 274.000/mcl. Coagulación: Tiempo de protrombina 97.5%, TPTA 23 sg. Bioquímica: glucemia 106 mg/dl, urea 34 mg/dl, creatinina 1.46 mg/dl, sodio 137 mEq/l, potasio 3.9 mmEq/l, calcio 13 mg/dl, fósforo bajo 1.98 mg/dl, bilirrubina total 0.71 mg/dl, GOT 15 U/L, GPT 14 U/L, GGT 217 U/L, FFAA 267 U/L, LDH 301 U/L, CPK 27 U/L, Triglicéridos 54 mg/dl, amilasa 4.948 U/L, proteínas totales 4.8 gr/dl, albúmina 2 gr/dl con leve hipogammaglobulinemia. PCR 257.50 mg/l. PTH intacta elevada 665 pg/ml (niveles normales hasta 65 pg/ml). Vitamina D normal. TSH normal. Orina 24 horas: calcio normal 137 mg/24 horas, proteínas 0.9 gr/24 horas. ECG: normal.

Rx de torax: normal.

TAC de abdomen: hallazgos compatibles con pancreatitis grado C de Balthazar con aumento de tamaño de la cabeza-uncinado con mala definición de la silueta e infiltración de la grasa peripancreática que engloba la cara mesentérica de la porción descendente y transversa del duodeno provocando engrosamiento y especulación mural. No colecciones. Colecistectomía. Leve dilatación de colédoco secundaria a colecistectomía sin defectos de replección. Quistes hepáticos, quistes corticales renales bilaterales, calcificaciones papilares y otras de mayor tamaño en ambos riñones compatibles con litiasis que no producen dilatación de sistema excretor. No líquido libre.

Gammagrafía paratiroidea con Tc 99 SESTAMIBI: compatible con adenoma paratiroideo inferior derecho.

Densitometría (previa al ingreso, abril 08): Columna AP (L1-L3): T score: -3, Fémur derecho: T score: -2.6. Compatible con osteoporosis.

Evolución: Ingreso en planta: evolución lenta pero buena de pancreatitis aguda con reintroducción de dieta sin problemas. Descartamos complicación local pancreática, patología biliar (colecistectomía previa y no hallazgos de coledocolitiasis en imágenes) u otras causas como etiología de la misma. Hallazgo en analítica de hipercalcemia moderada que estudiamos presentando PTH muy elevada y que parece ser el origen de la pancreatitis.

Seguimiento en consulta: desde el punto de vista digestivo: asintomática con formación de pequeño pseudoquiste pancreático que se autolimita en el tiempo. Normalización de GGT pero clara elevación de FFAA (hasta 416 U/L) de probable origen óseo. Completamos estudio de

hiperparatiroidismo con gammagrafía paratiroidea con hallazgo de adenoma paratiroideo inferior derecho. Comenzamos tratamiento con bifosfonato por hiperparatiroidismo primario. Dejamos estudio óseo para postoperatorio. Derivamos a cirugía endocrina realizándose posteriormente extirpación de paratiroides inferior derecha de 3 cms con anatomía patológica de adenoma. Posteriormente normalización del calcio, fósforo y de la fosfatasa alcalina y asintomática desde el punto de vista digestivo.

Al mes de la paratiroidectomía, presenta dolor agudo en zona de gemelo izquierdo de forma espontánea sin traumatismo. Acude a urgencias y se realiza eco doppler venoso con síndrome postflebítico pero sin datos de trombosis venosa aguda.

¿Cuál sería la posible etiología de este dolor?

#### **Caso 4. INFARTOS ESPLÉNICOS Y PANCIOPENIA EN UN HOMBRE DE 45 AÑOS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA ENFERMEDAD SISTÉMICA**

*Leyva-Prado C, Carrasco-Sánchez FJ, Alcoucer-Díaz R, Pujol-de la Llave E. Servicio de Medicina Interna, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

Hombre de 45 años, proctitis ulcerosa, esófago de Barret y hernioplastia inguinal derecha en el año 2011; que consulta por malestar general, dolor epigástrico e irradiación a todo el abdomen de predominio en hipocondrio izquierdo, acompañado de cefalea intensa, clínica desde hace un mes asociándose astenia, adinamia, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso e imposibilidad para la vida profesional y cotidiana.

En análisis inicial hemoglobina 10.5 g/dl (Hb), hematocrito de 22% (Hto), 2100 leucocitos, segmentados 56.6%, 85 000 plaquetas, creatinina 1.12 mg/dL, urea 30 mg/dL, lactato deshidrogenasa (LDH) 456 U/L, velocidad de sedimentación globular (VSG) 43 mm/hora, proteína C reactiva (PCR) 3.9 mg/dl, análisis de orina normal.

Ecografía abdominal: hígado con morfología y ecogenicidad normal, esplenomegalia de 19.6 cm, con alteración parchada de su arquitectura parenquimatosa, múltiples áreas hipoeoicas/hipodensas compatibles con infartos esplénicos. TAC cuello y tórax adenopatías mínimas no sugestivas de anormalidad.

Autoinmunidad: Ac. Antinucleares a título 1/160 patrón moteado, anti DNA-nativo <1/10, Ac anti cardiolipina IgG <12 UGPL/mL, Ac anti cardiolipina IgM >100 UMPL/mL, anticoagulante lúpico 1.57 (ratio <1.20) positivo, ENA Anti SSA-Ro positivo, IgA 133 mg/dL, IgG 626 mg/dL, IgM 30 mg/dL, complemento C3 101.8 mg/dL, complemento C4 2.5 mg/dL, perfil viral Ac. virus Epstein Barr IgG positivo, Ac CMV IgG positivo.

Evolución clínica: mal estado general, pancitopenia en analítica control, citometría de flujo con CD2/CD3/CD4/CD5/CD7/CD8/CD19+ positivo, aspirado de médula ósea y toma de biopsia normocelular, buena representación y maduración de las tres series no signos de mielofibrosis o neoplasia, cariotipo de médula ósea sin inestabilidad cromosómica, biología molecular de sangre periférica sin alteración, test de COOMBS directo e indirecto positivo, haptoglobina descendida. Ante estos resultados se sospecha de enfermedad sistémica autoinmune se inicia prednisona 60 mg al día, enoxaparina sódica 40 mg subcutánea cada 12 horas y acenocumarol a pauta de 17.50 mg/semana. A cinco días de tratamiento, mejor estado general, desaparición de fiebre y sudoración nocturna así como del dolor abdominal, elevación de cifras de las tres series sanguíneas y adecuado rango control de INR.

Se ha diagnosticado de lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípido (SAF) en tratamiento con prednisona y acenocumarol. Seguimiento en consulta externa por Medicina Interna, con buena evolución clínica y analítica, adecuada adherencia al tratamiento, reintegrándose a la vida cotidiana y profesional habitual.

## Caso 5. VARÓN DE 37 AÑOS CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

*Bautista Galán M, Vallejo Herrera MJ, Ruiz Serrato A, Guerrero León MA, Mata Palma AA, Villar Jiménez J, Sedeño Díaz J, García Ordoñez, MA. Hospital de Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga.*

Antecedentes personales: Varón de 37 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Ganadero de profesión con ganado en seguimiento veterinario habitual. Asma bronquial intrínseca y dislipemia. Brucelosis a los 9 años y diagnóstico de sacroileítis brucelar a los 16 años. Ha presentado episodios febriles recurrentes en los últimos 3 años siendo diagnosticado de brucelosis, neumonía y sacroileítis brucelar. Último ingreso hacía un año por cuadro de fiebre con serología compatible con fiebre Q aguda, realizándose seguimiento posterior con descenso de la titulación de IgG. Sigue tratamiento habitual con Formoterol 1 inhalación/12 horas y simvastatina.

Enfermedad actual: Consulta por cuadro de fiebre de hasta 40°C de 3 semanas de duración con escalofríos, tirtonas y escasa respuesta a antitérmicos. Orinas oscuras, polaquiuria e incremento del dolor a nivel de la articulación sacroilíaca derecha, así como artralgias en rodillas y tobillo derecho que relaciona con esguince sin antecedente traumático. Sin otra sintomatología por órganos y aparatos.

Exploración física: Buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. ACR: rítmico, taquicárdico a 120 lpm. Abdomen: blando, depresible, indoloro. Extremidades: sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda, férula posterior en tobillo derecho. Sin adenopatías ni lesiones cutáneas.

Exámenes complementarios:

Urgencias: Analítica: 6.200 leucos, 4010 N, Hb 14'7 g/dl, VCM 92'9 fL, hematocrito 42%, 170.000 plaquetas, gluc 102 mg/dl, creat 0'81 mg/dl, Na 138 mmol/L, K 4'5 mmol/L, PCR 6'27 mg/dl (valores de referencia 0'00- 0'30). Coagulación: TP 11'6 seg, INR 1'02, TPTA 27'9 seg., Fibrinógeno 669 mg/dl. Gasometría venosa: pH 7'40, pCO<sub>2</sub> 44, HCO<sub>3</sub> 27. Orina: bioquímica y sedimento normal. Hemocultivos: 4 frascos con *Staphylococcus auricularis*. Urocultivo: negativo

Radiografías de tórax y abdomen: normales

ECG: taquicardia sinusal a 110 lpm

Planta de Medicina Interna: Hemograma: Leucocitos 11200 (10e9/L) % PMN 91'2%, Hemoglobina 11'10 gr/dl, Hematocrito 32'3 %, VCM 91'5 fL, Plaquetas 116000 (10e9/L), Reticulocitos corregidos 0'4%. Bioquímica: Glucosa 116 mg/dl, urea 51 mg/dl, creatinina 0'74 mg/dl, sodio 140 mmol/L, potasio 4 mmol/L, calcio 7'7 mg/dl, fosfato inorgánico 2'9 mg/dl, GOT 26 U/L, GPT 49 U/L, colesterol total 143 mg/dl, triglicéridos 213 mg/dl, bilirrubina total 0'24 mg/dl, fosfatasa alcalina 113 U/L, GGT 55 U/L, LDH 208 U/L, CK 41 U/L, troponina 0'05 ng/ml, hierro 22 µg/dl, transferrina 133 mg/dl, índice de saturación de transferrina 11'7%, ferritina 721 ng/ml, Factor Reumatoide 4'2 UI/ml, VSG 103 mm 1ª hora, PCR 26'11 mg/dl, Vitamina B12 640 pg/ml, folato 2'24 ng/ml, ECA 44'6 U/L. Hemostasia: TP 14'1 seg, INR 1'23, TPTA 23'5 seg, fibrinógeno derivado 595 mg/dl. Orina: destaca proteína-orina/creatinina-orina 2359'35 mg/g. Sedimento 4-10 leuc/campo. Ag *Legionella pneumophyla* negativo.

Autoinmunidad: anticuerpos antinucleares, anti citoplasma neutrófilo negativos. Proteínas: IgG 493 mg/dl, IgA 137 mg/dl, IgM 44'6 mg/dl, haptoglobina 332, C3 complemento 130 mg/dl, C4 complemento 23'4 mg/dl. Coombs directo a brucella: negativo. Serología infecciosa: IgM VHA negativo, IgG VHA positivo, Ag HBs VHB negativo, antiHBc VHB negativo, antiHBs VHB negativo, Ac VHC negativo, Ac VIH negativo, rosa de bengala negativo, *Rickettsia mooseri* negativo, *Rickettsia conorii* negativo, Parvovirus B19 IgM negativo, IgG positivo. *Coxiella burnetti* fase I IgG+IgM negativo, fase II IgM negativo, IgG positivo 1/64 (disminución respecto a

previo hacía 2 meses). IgM micoplasma pneumoniae negativo, Ac leishmania negativo, IgG+IgM Legionella pneumophila negativo, IgG+IgM Chlamidia species negativo.

Hemocultivos seriados en tres ocasiones: negativos. Urocultivos: negativos. Tinción Ziehl Nielsen para micobacterias negativo. Espudo: cultivo con flora regional normal. Tinción Ziehl Nielsen a micobacterias negativo. Exudado faríngeo: cultivo negativo

Radiografías de tórax y abdomen: normales. \_Radiografía de manos: sin alteraciones significativas. \_TC tórax y abdomen: Tórax: patrón lineal septal de distribución broncoalveolar, fino, sin nódulos en el intersticio pero con pequeños nódulos acinares, junto a una silueta cardíaca en el límite, y acompañado de un derrame bilateral moderado. Abdomen: hepatomegalia homogénea sin LOEs con porta y bazo normal, sin lesiones en la pared ni líquido. Riñones normales . No adenomegalias. Asas de delgado y colon normales. Ecocardiograma transtorácico: Ventrículo izquierdo normal, sin defectos segmentarios de la contractilidad, con función sistólica global ligeramente deprimida, insuficiencia mitral ligera, resto de válvulas sin alteraciones significativas. No se evidencian vegetaciones ni otros signos ecocardiográficos de endocarditis. Mínimo derrame pericárdico a nivel de aurícula derecha y posterolateral. Resto normal. \_Gammagrafía ósea con tecnecio-99: Hiper captación en sacroilíacas cuantitativamente mayor en la izquierda, compatible con proceso inflamatorio bilateral, así como hiper captación articular en tobillo derecho y en articulaciones de las manos. Conclusión: poliartritis con afectación de sacroilíacas, manos y tobillo derecho.

PET-TC: Baja captación en ambas rodillas y tobillo derecho sugestivos de proceso inflamatorio. Evolución: El paciente ingresa en planta donde se mantiene con fiebre elevada de hasta 40°C bien tolerada y dolor lumbar bajo con maniobra de sacroilíacas negativas. De forma empírica se inició tratamiento con doxiciclina sin ser efectivo, por lo que se retira. En hemocultivo procedente de urgencias, se aísla Staphilococcus auricularis motivo por el que se realizan nuevos hemocultivos tras período de lavado de doxiciclina, junto con ecocardiograma sin apoyar el diagnóstico de endocarditis. Sufre un empeoramiento a los 10 días de ingreso con afectación importante de su estado general, tensiones límites, fiebre elevada y dolor abdominal intenso, que obliga al inicio de nueva terapia antibiótica empírica e interconsulta a Cirugía. Se realiza estudio con TC toracoabdominal y recogida de serología buscando origen infeccioso sin encontrar una fuente oculta de absceso ni germen en las serologías realizadas y sin respuesta a múltiples terapias antibióticas de amplio espectro, ampliándose a imipenem y linezolid y empeorando su situación clínica.

Durante los episodios de fiebre el paciente presenta episodios de tos y un hallazgo en la exploración física que llamó nuestra atención y que ayudó al diagnóstico.

## **Caso 6. VARÓN DE 66 AÑOS CON MALESTAR GENERAL Y FIEBRE**

*Osuna Sánchez J, Santín Piñero E, Constán Rodríguez J, Cabrera García P, Blanco Díaz M, Platero Sánchez-Escribano M, Herrero García V, Loring Caffarena M, Pérez Belmonte L, Rodríguez Díaz F. Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez-Málaga.*

Paciente de 66 años que ingresa por malestar general y fiebre.

No alergias medicamentosas conocidas, tabaquismo (fumador de 2-3 cigarrillos/día, exfumador de 60 paquetes/año con tos de predominio matutino) en tratamiento por deshabituación con parches de nicotina, exbebedor de 2 copas al día hasta marzo del 2012.

Diagnosticado de Linfoma no Hodgkin difuso de células grandes B en 2005 a raíz de un cuadro de astenia generalizada de dos años de evolución. Tratado en primera línea con 8 ciclos de Rituximab-CHOP en 2005/2006 alcanzando remisión completa. Recaída en Julio/2007 con infiltración de MO y extensión supradiaphragmática generalizado siendo entonces tratado con 6

ciclos de Rituximab–ESHAP (Etopósido, metilPrednisolona, Cisplatino y altas dosis de Arabinosido-C) y 4 ciclos de Rituximab finalizando tratamiento en Feb/2009 y continuando con Rituximab trimestral durante 2 años con lo que alcanza remisión completa en Marzo/2011. PET-TAC Nov/2011 con recaída ganglionar: persistencia de adenopatías mediastínicas e hiliares.

Desde Marzo/2012 comienza con trastorno de la marcha, desorientación temporoespacial. Valorado en Mayo/2012 por hematología se decide realizar una RMN craneal objetivándose una LOE temporal derecha extraaxial de 5.2 cm con invasión caudal y extracraneal, ante la sospecha de recidiva neurológica se administra sesión de 5 días de radioterapia y primer ciclo de quimioterapia MTX-ARA C con ingreso hospitalario desde el 4 al 9 de julio.

Acude a urgencias el día 18/07 por presentar en las ultimas 24 horas temperatura elevada (máximo de 37.9º) de predominio matutino, sensación de frío, decaimiento y malestar generalizado acompañado de leve aumento de la tos, sin expectoración, dolor torácico ni dificultad respiratoria. Niega sintomatología digestiva o urinaria. Refiere tener en los nueve días previos y tras el alta un episodio febril de 24 horas de duración sin sintomatología acompañante que fue tratado ambulatoriamente de forma empírica con Levofloxacino durante 7 días con desaparición de la fiebre.

Exploración: TA 125/75, FC: 122 lpm , T: 37.6°C, Saturación: 99%. Bien hidratado y perfundido, eupneico, normocoloreado, consciente, colaborador, orientado pero bradipsíquico. Placas blanquecinas a nivel periodontal. Tórax: crepitantes secos bilaterales, tonos rítmicos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. Extremidades: no edemas, pulsos presentes, atrofia muscular, petequias y equimosis sin signos de sangrado. No adenomegalias palpables. Neurológico: PICNR, sin alteraciones de pares craneales, no pérdida de fuerza, sensibilidad ni tono de las 4 extremidades.

Exploraciones complementarias:

Hemograma: Hemoglobina: 10,4 g/dl, hematocrito 28.7%, leucocitos 190 (neutrófilos 6), plaquetas 4000.

Coagulación: normal, sin alteraciones patológicas.

Bioquímica: Glucosa esporádico 165 mg/dl, Urea 69 mg/dl, Creatinina 0.89 mg/dl, Osmolaridad calculada 264 mOsm/Kg, Sodio 126 mEq/L, Potasio 4.6 mEq/L, PCR 387.8 mg/L, Troponina T : 40,9 pg/mL (rango normal 0-13 pg/mL), CK 1.04 pg/mL, Colesterol 163 mg/dl, HDL 7 mg/dl, LDL 105 mg/dl, Triglicéridos 253 mg/dl, GGT 54 U/L, LDH 399 UI/L, Calcio 9 mg/dl, Procalcitonina 0.9 mg/dl.

Sistemático de orina: Normal.

Antigenuria de Legionella y Neumococo negativas.

Gasometría venosa: pH 7.437, PCO2 34.2, PO2 41.2, HCO3 22.6, EBS -1.1, SATO 78.4 %.

Proteinograma: Proteínas totales 4.50 g/dL, Albúmina 2.1 g/dL, Alfa 1 globulinas 0.5 g/dL, Alfa 2 globulinas 1.1 g/dL, Beta globulinas 0.6 g/dL, Gamma globulinas 0.1 g/dL, IgG 54 mg/dl, IgA 11 mg/dl , IgM 3 mg/dl, Cadenas ligeras Lambda 14 mg/dl, Cadenas ligeras Kappa 31 mg/dl, Cociente Kappa/Lambda 2.21.

Hemocultivo y urocultivo negativos.

Rx de tórax: Botón aórtico esclerótico, no cardiomegalia, aumento de la trama Bronco-Vascular, infiltrado alveolo-intersticial en LII.

EKG: Rítmico sinusal, sin alteraciones de la repolarización.

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

### **Caso 7. PACIENTE DE 80 AÑOS CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO**

*Palomares Rodríguez J, Sánchez Cano D, Castillo Higuera PL. Servicio de Medicina Interna del Hospital de Motril, Granada.*

AP: HTA, hipercolesterolemia, hipotiroidismo, diverticulosis colónica, colecistectomía por colecistitis aguda en 2003, enclavamiento intramedular por fractura peritrocantérea derecha en OCT-2012.

La paciente es remitida a la consulta de MI (FEB-2012) por dificultad para la deglución y disnea de esfuerzo. Además refiere febrícula vespertina diaria desde hace unos meses, al poco tiempo de la intervención de la fractura de cadera. En la exploración física no se aprecian hallazgos patológicos de interés. Se solicita ecografía abdominal, serología, Rx de tórax y analítica con marcadores tumorales.

-En la analítica destaca un CEA en 10.39 ( ) y Ca 125 en 79( ), siendo el resto de parámetros normales(ANA, ANCA, otros marcadores tumorales). La serología evidencia una infección por VHB pasada, con negatividad para el resto de peticiones (VHC, TABM, lues, CMV, ...)

-Ecografía abdominal: adenopatías peripancreáticas y en tronco celiaco. Masa suprarrenal derecha de características ecográficas indeterminadas. Hepatopatía crónica.

-Rx de tórax: lobulación diafragmática derecha con osteoporosis columna axial con aplastamientos vertebrales dorsales y lumbares.

-Estudio baritado esófago-gastro-duodenal: pólipos en antro gástrico y bulbo duodenal. Intenso reflujo gastroesofágico con ondas terciarias en esófago inferior.

Con la sospecha de ca gástrico se ingresa para estudio, solicitando una EDA y TAC abdominal. En este último se evidencia una masa suprarrenal derecha de aspecto nodular y carácter homogéneo de 30 mm, adenopatías retroperitoneales de 34x15 mm infrarrenales y en hilio hepático. La EDA muestra un pólipo sesil de 15 mm en cara posterior de antro de aspecto hiperplásico que se biopsia y una gastritis astral.

La fiebre durante la estancia de la paciente en la planta del hospital persiste, remitiendo parcialmente con antipiréticos y con negatividad reiterada de los hemocultivos.

Se decide método de exploración que orienta hacia el diagnóstico.

### **Caso 8. VARÓN CON PÉRDIDA DE VISIÓN MONOCULAR RECIDIVANTE**

*Rosado Álvarez D<sup>a</sup>; Crespo González J<sup>b</sup>; Gutiérrez Zafra J<sup>a</sup>; Sampedro Villasán JL<sup>a</sup>. <sup>a</sup>Servicio de M. Interna. <sup>b</sup>Servicio de oftalmología. Hospital San Agustín, Linares, Jaén.*

Motivo de consulta: Disminución de la agudeza visual en ojo derecho.

Antecedentes personales: No AMC. No HTA, DM ni dislipemias. No cardiopatías ni broncopatías conocidas. Fumador de 1paq/día. Bebedor ocasional. Alopecia areata en barbilla en seguimiento por dermatología. No intervenciones quirúrgicas de interés. Niega consumo de tóxicos. No realiza tratamiento habitual.



Enfermedad actual: Varón de 25 años sin antecedentes personales de interés que consulta en junio de 2011 en el Servicio de Oftalmología por presentar visión borrosa en OD, siendo diagnosticado de coriorretinopatía serosa central que cedió espontáneamente. Posteriormente, en marzo de 2012 el enfermo comienza con visión borrosa y disminución de la agudeza visual (6/10), siendo diagnosticado de uveítis intermedia de OD. Tras tratamiento con deflazacort a dosis de 1mg/kg, el enfermo experimenta una ligera mejoría de la visión (7/10). Sin embargo, a finales de mayo del 2012, el paciente consulta nuevamente en el Servicio de Oftalmología refiriendo importante disminución de la agudeza visual en OD (5/10), visión de moscas volantes y comienzo de visión borrosa en OI (10/10). En este momento, el enfermo presenta deterioro importante de la agudeza visual, bilateralización del cuadro y escasa respuesta al tratamiento esteroideo, motivo por el que el enfermo ingresa para estudio.

El paciente no refiere lesiones cutáneas ni trastornos del tránsito intestinal. No úlceras genitales ni orales. No artralgiás ni artritis. No fiebre. No otra sintomatología por órganos aparatos.

Exploración física: Buen estado general. Consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Eupneico en reposo. ACP: tonos rítmicos sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni visceromegalias, no doloroso a la palpación. No peritonismo. Peristaltismo conservado. EEII: no edemas ni signos de TVP. Exploración neurológica: Funciones superiores conservadas. PICNR. Pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad globalmente conservada. No disimetrías. ROT simétricos. RCP flexor bilateral. No alteración de la marcha. Exploración oftalmológica: OD: humor vítreo turbio. AV 4/10. OI: humor vítreo ligeramente turbio. AV 10/10.

Pruebas complementarias:

Hemograma: Leucocitos 13670 con fórmula normal, Hb 15.6, plaquetas 314000. Bioquímica: Proteínas 6.10, hierro 205. Glucosa, urea, creatinina, iones, AST, ALT, GGT, FA, Br, VSG, CT, HDL, LDL, TG, LDH, proteínas, albúmina: Normales. Autoinmunidad: ANA, ENA, ANCA: Negativos.

Serología: VHB, VHC, VIH: Negativos. HLA-B27: Negativo.

Mantoux: Negativo.

Coagulación: Normal.

Rx tórax: No cardiomegalia ni imágenes de condensación pulmonar ni derrame pleural.

TAC craneal: Normal.

Evolución: Se realizó una prueba que fue diagnóstica y tras tratamiento oportuno se objetivó mejora de la agudeza visual.

## **Caso 9. VARÓN DE 75 AÑOS CON ASTENIA Y DISNEA**

*Rojas Lorence R, Ruíz Padilla FJ, Alarcón Manoja E, Gil Gascón JM, Hernández Rey JM, Aguilar Gallego M, Bianchi Llave JL. Servicio de Medicina Interna. Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz.*

Antecedentes Personales: No RAM. HTA, dislipemia. Pólipos vesicales en seguimiento por urología. Hábitos tóxicos: exfumador desde hace 30 años.

Antecedentes cardiológicos: Marzo 2012, insuficiencia cardíaca izquierda con insuficiencia mitral severa por prolapso de velo anterior e insuficiencia aórtica severa degenerativa con

déficit de coaptación central, FE normal e hipertensión pulmonar severa. Se realiza coronariografía observándose enfermedad monovaso. Abril 2012, sustitución de válvula aórtica por prótesis biológica, anuloplastia mitral y tricuspídea y bypass de safena a marginal por enfermedad monovaso. 10 días después el paciente reingresa con clínica de insuficiencia cardíaca, anemia (HB 8,4) y leucocitosis (15000-18000) con neutrofilia, aumento discreto de bilirrubina indirecta y enzimas hepáticas. Se concluye Anemia secundaria a intervención quirúrgica con estudio ecocardiográfico normal.

Historia de Enfermedad Actual: Varón de 75 años que acude a urgencias refiriendo astenia insidiosa de 3 meses de evolución, hiporexia, sensación de tiritona de predominio vespertino (nunca termometrada), pérdida de peso no cuantificada y aumento progresivo de su disnea habitual.

Exploración Física: T<sup>a</sup> 37,4 °C, TA 107/65 mmHg. Palidez cetrina cutáneo-mucosa. Auscultación cardíaca: rítmico, soplo diastólico en foco aórtico, soplo sistólico eyectivo paraesternal izquierdo, regurgitación mitral III/VI. Resto de la exploración, sin hallazgos de interés.

Pruebas Complementarias: Hemograma: hematíes  $2.03 \times 10^{12}/l$ , hematocrito 18.7%, hemoglobina 6.3g/dl, volumen corpuscular 91.8 fl, reticulocitos 133.60%; leucocitos  $21.300 \times 10^9$  (94% N); plaquetas  $446000 \times 10^9$ , fibrinógeno 909.1mg/dl; resto de fórmula normal. Bioquímica: glucemia 107 mg/dl, urea 51 mg/dl, creatinina 1.2 mg/dl, bilirrubina total 1.8 mg/dl, bilirrubina directa 0.66 mg/dl, bilirrubina indirecta 1.20 mg/dl, LDH 2231U/L.

EKG: ritmo sinusal hipertrofia del VI, sobrecarga sistodiastólica.

Radiografía de Tórax: sin hallazgos de interés.

Se le realizó una prueba que fue diagnóstica...

## **Caso 10. VARÓN DE 47 AÑOS CON ASTENIA, ANEMIA Y PÉRDIDA DE PESO EN LOS ÚLTIMOS MESES**

*Rubio Marín P, López Cárdenas S, Bocanegra Muñoz C, Gallego Puerto P. Hospital de Jerez de La Frontera, Cádiz.*

Antecedentes personales: Varón de 47 años, sin alergias medicamentosas conocidas. Separado desde hace 2 años. Exfumador de 20 años, (IPA de 21 paquetes/año). Hábito enólico intenso hasta hace 7 meses. Accidente isquémico transitorio hace 4 años. Hipertensión arterial. Vértigo periférico tras traumatismo con un martillo percutor hace 3 años. Realiza tratamiento domiciliario con: Lexatín 3, Dogmatil, Omeprazol 20mg, Adiro 300, Enalapril 20, Betahistina 10

Enfermedad actual: El paciente refiere que desde que se separó hace 2 años lleva una vida desorganizada, vive con sus padres, está decaído y comienza hábito enólico intenso que abandonó hace 7 meses. Hace un año presentó en varias ocasiones sangre roja y abundante con las heces que cesó en un mes y que no consultó con su médico. Desde hace aproximadamente 9 meses ha perdido 15 kg de peso y presenta gran astenia. Presenta dolor periumbilical que se acentúa con los movimientos. Ha perdido el apetito. Ha estado en seguimiento por su médico de atención primaria en los últimos 3 meses por anemia tratada con hierro, sin mejoría. No ha presentado diarrea, ni vómitos, ni fiebre (sin termometrar). Un mes antes de su ingreso se realizó una ecografía abdomino-pélvica en la que se apreciaron leves signos inflamatorios en intestino delgado. Debido a su deterioro físico y la alteración persistente de la analítica es remitido por su MAP a urgencias ingresando en nuestro servicio.

Exploración física: Paciente consciente orientado colaborador, 37,4°C, con mal estado nutricional, eupneico en reposo, bien perfundido. PA 110/80, Peso: 44,2 kg, Talla: 165 cm, IMC: 16 kg/cm<sup>2</sup>. No presentaba ingurgitación yugular. Adenopatías periféricas en cadena yugular anterior derecha de pequeño tamaño. No presenta bocio. Auscultación cardíaca con tonos rítmicos sin soplos llamativos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando depresible, no doloroso a la palpación, no defensa abdominal, no se palpan masas ni megalias, ruidos presentes. Extremidades sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos distales conservados. Exploración neurológica normal sin focalidad.

Pruebas complementarias: Análisis: Hematología: Hemograma: HB: 9,1g/dl, Hto: 30%, VCM: 77,7fl, ADE: 19,3%, Leucocitos: 10800/ul (PMN: 82,5%, Linfocitos: 12,8%), Plaquetas: 620000/ul, VSG: 58mm/h. Estudio de coagulación: TtpA: 40,6" Estudio de anemia: Hierro sérico: 12ug/dl, Índice de saturación: 5%, Transferrina: 188mg/dl, Ferritina: 329ng/ml, Vitamina B12 y Acido fólico normales. Bioquímica: Glucosa 80 mg/dl, Creatinina: 0,63mg/dl, Sodio: 136 mEq/l, Potasio: 4,1 mEq/l, Calcio: 8,4mg/dl, Amilasa: 70U/l, ECA: 73U/l, Proteínas totales: 5,8g/dl, Albúmina: 2,8g/dl, ALT: 22U/l, GGT: 20U/l, FA: 63U/L, LDH: 181U/l, Colesterol total: 111mg/dl, TG: 92mg/dl. Función tiroidea: Normal. Sangre oculta en heces: 1ª muestra positiva, 2ª negativa. Elemental de orina: Densidad: 1033, Glucosuria: >1000, Proteinograma: Albúmina: 40,5%, Alfa 1:10,9%, Alfa 2: 16,%, Gamma: 21,3%, Beta 2 microglobulina: 4,4mg/l. Microbiología: Hemocultivos: Negativos. Brucella, Coxiella fase I y II, EBV, Bartonella, Chlamydia Pneumoniae IgM: Negativo. CMV IgG: Positivo. Urocultivo: Negativo. ECG: Trazado en ritmo sinusal a 96 lpm. Rx AP de tórax: Sin alteraciones relevantes. Rx de abdomen: No hay restos de contraste baritado en colon, abundante contenido fecal y solo en recto pueden verse algunos restos teñidos con bario. TAC con contraste i.v de abdomen y tórax: Adenopatías hiliares y mediastínicas sobre todo en región paratraqueal. Engrosamiento septal de paredes bronquiales. Lesiones nodulares en vidrio deslustrado. Algún engrosamiento pleural con calcificaciones. Abdomen sin hallazgos significativos. Tránsito de esófago, estómago y duodeno: tiempo de tránsito intestinal retardado al contrastarse colon proximal pasadas 4h. Apelmazamiento de asas sobre pelvis menor con permanentes superposiciones. Moderada fragmentación y dispersión del bario por peristaltismo espasmódico y líquido intraluminal. Gastroscopia: Esófago normal. Saco herniario de unos 2-3 cm sin lesiones. Estómago y píloro normales. Bulbo y segunda porción duodenal con mucosa blanquecina que se biopsia. Colonoscopia: No alteraciones ni lesiones endoluminales. Se toman biopsias de ileon. Ecocardiografía transtorácica: Flujo aórtico con insuficiencia aórtica moderada sin datos estenóticos (THP 280mseg, mal definido). Insuficiencia tricuspídea leve con PSAP: 40mmHg. Ecocardiografía Transesofágica: Imagen de alta sospecha de endocarditis sobre válvula aórtica. Insuficiencia aórtica moderada secundaria.

## **Caso 11. NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD POR ST. AUREUS METICILIN RESISTENTE**

*Machado-Vílchez M, Bermejo-Vázquez S, Villalobos-Carabante Y, Martínez-Marcos FJ. Servicio de Medicina Interna. Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

Resumen: Se presenta un caso clínico para explorar el fenómeno que se viene describiendo en los últimos 10 años acerca de la diseminación de cepas de *Staphylococcus aureus* meticilín resistentes a la comunidad (SARM-CO), siendo el hospitalario (HO) su medio habitual.

Historia clínica. Anamnesis: Varón de 47 años con antecedentes personales de rinoconjuntivitis alérgica, fumador de 40 cigarrillos/día, sin otros factores de riesgo cardiovascular conocidos. Dada la edad del paciente, no había sido visto por parte de ningún especialista ni se conocen ingresos hospitalarios previos o intervenciones quirúrgicas recientes.

El paciente acude al servicio de Urgencias por cuadro de tos de tres días de evolución, que se acompaña de expectoración no purulenta con episodios aislados de hemoptisis concomitante. Presenta dolor en hemitórax superior derecho irradiado hacia la espalda de características

pleuríticas, aumentando con la inspiración profunda, además de una debilidad generalizada e hiporexia.

En el servicio de urgencias se produce un importante deterioro de su estado general con aumento de la disnea y empeoramiento a la auscultación respiratoria con un nuevo episodio de hemoptisis grave.

Exploración física: El análisis exploratorio inicial a su llegada al servicio de Urgencias mostró una saturación de O<sub>2</sub> del 90% respirando a aire ambiente, acompañado de una temperatura de 37,4<sup>o</sup>centígrados y una frecuencia cardíaca en reposo de 104 pulsaciones por minuto. No presentaba trabajo respiratorio y se encontraba normotenso y con buen estado general, bien hidratado y perfundido. La exploración por órganos y aparatos fue anodina salvo por una disminución del murmullo vesicular en hemitórax derecho, sin sibilancias ni crepitantes asociados. No se objetivaron adenopatías ni afectación cutánea.

Pruebas complementarias: El hemograma mostró una leucocitosis de 21200 con desviación izquierda de la fórmula leucocitaria, sin presentar alteración del resto de líneas celulares del hemograma. La bioquímica general era normal, sin afectación hepática, renal ni abdominal, únicamente se encontraban elevados los reactantes de fase aguda con concentraciones de proteína C reactiva de 32,2 y de procalcitonina de 4,79. La gasometría venosa era propia de un cuadro de hiperventilación con alcalosis respiratoria. Se realizó un estudio de antigenuria para Legionella y Neumococo, siendo ésta negativa para ambos.

En el estudio radiológico de tórax inicial se visualizó una consolidación en lóbulo superior derecho.

Tras la rápida progresión del cuadro en las primeras 48 horas y la evolución tórpida de la clínica respiratoria, se realizó un nuevo estudio en el cual se detectó un importante derrame pleural derecho que ocupaba los dos tercios inferiores de dicho pulmón.

Ante estos hallazgos, se realizó una toracocentesis diagnóstica y evacuadora mediante colocación de tubo endotorácico para el alivio de la disnea del paciente, obteniéndose una bioquímica del líquido pleural con 5000 leucocitos de los cuales el 96% eran polimorfonucleares, 3,9 g/dL de proteínas, 0,20 mg/dL de glucosa, 3778 U/L de LDH, 80 mg/dL de colesterol total y un pH de 6,91, características propias de empiema. No se detectaron microorganismos en la tinción de Gram.

Paralelamente, se enviaron muestras del líquido pleural a los servicios de Microbiología y Anatomía Patológica para el análisis del mismo.

Para ampliar el alcance del infiltrado alveolar y el derrame pleural, se realizó un TC de tórax en el que se observó una colección o derrame encapsulado en región apical posterior, con realce y burbujas en su interior de 4,5 x 2,5 cm. Así mismo, en región basal posterior se detectó una moderada cuantía de derrame-empiema con burbujas, con prolongación anteromedial que se extiende cranealmente hasta región proximal de aorta ascendente. Se presentaron adenopatías axilares bilaterales, pretraqueal-retrocava, subcarinal, hiliares derechas en torno a 1 cm que no tienen significación clínica en este caso. La consolidación alveolar de lóbulo superior derecho presentó imágenes radiolucetas en su interior o cavitaciones, todo ello relacionado con neumonía necrotizante.

El cultivo de líquido pleural y los cultivo de esputo obtenidos en el servicio de Urgencias a su llegada, fueron informados por parte del servicio de Microbiología como positivos para *Staphylococcus aureus* resistente a la Oxacilina y sensible al resto de antimicrobianos testados: quinolonas, glucopéptidos, aminoglucósidos, lincosamidas.

Diagnóstico final: Neumonía de la comunidad por una cepa de *Staphylococcus aureus* resistente a metilina.

Evolución: Una vez estabilizado el paciente en planta de hospitalización pasadas las 48 primeras horas de evolución progresiva de insuficiencia respiratoria, se inicia antibioterapia con Clindamicina 600 mg iv cada 8 horas, manteniendo este tratamiento durante 15 días bajo aislamiento de contacto. Al alta, el paciente mantiene un buen estado general a pesar de persistir la hipoventilación en la base pulmonar derecha, afebril en todo momento y con la saturación de O<sub>2</sub> en aire ambiente de 98%. El tratamiento domiciliario prescrito con Clindamicina oral 450 mg cada 8 horas se mantiene durante 3 semanas, hasta ser revisado en la Consulta Externa de Medicina Interna-Infecciosos, además se añade al tratamiento una aplicación de Mupirocina nasal en pomada cada 8 horas durante una semana y una solución jabonosa a base de Clorhexidina para descontaminación cutánea.

## **Caso 12. MUJER DE 17 AÑOS CON ICTERICIA**

*Sáenz de Tejada López M, Romero Jiménez MJ, Castillo Madrigal M, Merlo Serrano A, Gutiérrez Cortizo EN. Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva*

Antecedentes personales: Mujer de 17 años sin antecedentes de interés, niega infecciones pasadas o alergias medicamentosas, no refiere hábitos tóxicos, no ha sido operada previamente ni realiza tratamiento habitual.

Enfermedad actual: Acude a urgencias por comenzar 4 días previos al ingreso con vómitos de 5-6 episodios al día y epigastralgia sin relación con la ingesta. Sin fiebre ni cuadro infeccioso previo. Comienza con ictericia, 2 días antes del ingreso, sin prurito y con orina colúrica. Heces blandas sin productos patológicos ni acolia. No ingesta previa de habas ni paracetamol. Sin datos epidemiológicos de interés.

Exploración física: Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada y perfundida, tinte icterico en piel y mucosas, eupneica, hemodinámicamente estable, afebril. No adenopatías palpables. Aparato cardiorrespiratorio: tonos rítmicos a 80 latidos por minuto, sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de epigastrio, no se palpan masas ni megalias, sin signos de peritonismo. Ruidos hidroaéreos conservados. No timpanismo a la percusión. Sin edemas en miembros inferiores ni signos de TVP. Pulsos periféricos conservados.

Exploración complementaria:

- Hemograma: Hematíes 2910000/uL, Hb 8,7 g/dl, Hematocrito 24%, VCM 84,5 fl, plaquetas 9000/uL. Reticulocitos 1,7%. Leucocitos 5560/uL con fórmula normal. Coagulación: INR 1,04, TTPa ratio 0,84, VSG 32 mm/1<sup>ra</sup>h. Test coombs negativo.

- Bioquímica: urea 98,4 mg/dl, Creatinina 1,12 mg/dl, Na 135 meq/l, K 3,6 meq/l, osmolaridad 300 mOsmol/kg, amilasa 71 U/L, Calcio 9,55 mg/dl, Fe 99 mcg/dl, ácido úrico 7 mg/dl, Bilirrubina total 1,73 mg/dl, Bilirrubina Directa 0,60 mg/dl, LDH 6343 U/L, GOT 153 U/L, GPT 418 U/L, GGT 158 U/L, FA 81 U/L, CK 507 U/L, vitamina B12 630 pg/ml y ácido fólico 5,4 ng/ml. PCR 2,23 mg/dl, Colesterol total 127 mg/dl, HDL 33 mg/dl, LDL 75 mg/dl, Triglicéridos 96 mg/dl, Perfil tiroideo normal. Proteínas totales 6,15 g/dl. Proteinograma: IgG 732 mg/dl, IgM 40,5 mg/dl, IgA 154 mg/dl, transferrina 198 mg/dl, ferritina 1055 ng/ml, haptoglobina 5,8 mg/dl, ceruloplasmina 28 mg/dl y cobre 108 mcg/dl. Albúmina, alfa, beta y gammaglobulina en rango normal.

- Gasometría venosa: pH 7,35, pCO<sub>2</sub> 46 mmHg, pO<sub>2</sub> 38 mmHg, HCO<sub>3</sub> 25 mmol/l, Exceso de bases en sangre -1 mmol/l.

- Orina: proteinuria 440,9 mg/dl, amilasa 515 U/L, leucocitos 15-20/campo, cilindros 1-3/campo. Sistemático de orina: leucocitos 25/mcl, acetona 150 mg/dl, bilirrubina 1 mg/dl, hematíes 250/mcl. Orina de 24 horas: Creatinina 0,62 g/24h, aclaramiento de Creatinina 43 ml/min, Glucosa 0 g/24h, proteínas 180,3 mg/24h, urea 8,4 g/24h, Na 12 mg/24h, K 1 mEq/24h

- Serología: Ac ANA negativo, Ac anti-LKM <1/20, Ac anti-mitocondriales <1/20, Ac anti-musculo liso 1/40, RPR negativo, Ac IgG toxoplasma 0.1 UI/ml, Ac IgM toxoplasma negativo,

Ac IgG CMV 193,7 UA/ml, Ac IgM CMV negativo, Ac heterófilos negativo, Ac IgG VEB 1/2560, Ac IgM VEB negativo, Ac IgG e IgM VHA negativo, AgS VHB negativo, AcS VHB 39, Ac totales-AgC VHB negativo, Ac VHC negativo, carga viral VHC negativo, Ac VIH negativo, Ac IgG e IgM VHS I y II negativo.

- Aspirado médula ósea: a nivel esternal con dureza normal, escasos grumos, serie roja 25%, incremento de formas inmaduras sin atipias, 55% incremento de formas inmaduras degranulación parcial, 4% linfocitos maduros, monocitos 6%, histiocitos <1%, no otras células.

- Rx abdomen: abundantes gases y heces de distribución normal, sin niveles hidroaéreos. No otros hallazgos significativos.

- Ecografía abdominal: Hígado de tamaño, contornos y ecogenicidad normal, con vena porta de calibre normal. Vesícula de tamaño normal y paredes finas, alitiásica. Vía biliar intrahepática resaltada sin que se haya podido ver en su totalidad la extrahepática, aunque impresiona de no estar dilatada. Páncreas sin hallazgos. Riñones normales.

Ante estos resultados se realizó una prueba diagnóstica.

### **Caso 13. VARÓN DE 58 AÑOS CON PÉRDIDA DE CONSCIENCIA Y FIEBRE**

*Albarracín Arraigosa A, González Benítez M A, Muñoz Claros A, Barón Ramos M A, Ruz Zafrá A, Gallardo Romero I, Ruiz Cantero A. Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Área de Gestión Sanitaria Serranía. Ronda, Málaga.*

Resumen: Varón de 58 años de edad que es traído a la Unidad de Urgencias el día 18 de agosto de 2012 por cuadro de fiebre y pérdida de consciencia con relajación de esfínteres, sin convulsión y con recuperación espontánea; encontrándose posteriormente con desorientación en tiempo y espacio, motivo por el que ingresa en Medicina Interna.

Antecedentes Familiares: sin interés para el episodio actual.

Antecedentes Personales: Hernia de hiato con esofagitis grado II diagnosticada en 2010, parotiditis, orquitis, hipoacusia neurosensorial bilateral diagnosticado en 2008, dislipemia y Linfoma no Hodgkin del manto estadio IV con afectación de médula ósea diagnosticado y tratado con inmunoquimioterapia en 2009, posteriormente Rituximab trimestral hasta mayo de 2011. Comenzó con progresión de la enfermedad iniciando tratamiento con 6 ciclos de R-GPD objetivándose estabilización. En abril de 2012 presenta progresión a nivel de paladar, mediastino y abdomen consiguiéndose remisión tras tres ciclos completos con benadamustina. En junio de 2012 presenta inestabilidad a la marcha e incontinencia urinaria, siendo diagnosticado de hidrocefalia comunicante y comenzando tratamiento con quimioterapia intratecal desde el 26 de julio (último ciclo el día previo a su consulta en Urgencias) tras realización de punción lumbar que demostró infiltración meníngea. Intervenido de tabique nasal, amigdalectomía, apendicectomía, meniscectomía y amputación parcial de 1º dedo de mano derecha de causa traumática en 2009. Hábitos tóxicos: Exfumador de 40 cig/día desde 2009. No hábito enólico. Epidemiológicamente, niega viajes al extranjero, contacto con animales e ingesta de lácteos no higienizados. Tratamiento habitual con escitalopram 20mg 1/24hs, omeprazol 20mg 1/24hs, ácido fólico 5mg 1/24hs, complejo vitamínico B 1c/24hs, dexametasona 4mg 1/24hs, parches de fentanilo 25 mcg 1/72hs, enoxaparina 40mg SC 1/24hs.

Examen físico: TA 119/75 mmHg FC 130 lat/min. Sat: 95% Tº: 38.7°C. Buen estado de nutrición e hidratación. Buena coloración de piel y mucosas. Desorientado, agitado. PICNR, sin aparente alteración de pares craneales, mínima rigidez de nuca, Brudzinski y Kernig no valorables por falta de colaboración, como el resto de exploración neurológica. No IY, pulsos carotídeos simétricos sin soplos, no bocio palpable. Eupneico en reposo sin oxigenoterapia. AC: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. AP: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen blando, no doloroso, no masas ni visceromegalias palpables, no timpanizado,

peristaltismo presente. Extremidades, conserva pulsos periféricos, discretos edemas en miembros inferiores.

Pruebas Complementarias:

-Analítica: Leucocitos 1970/mcL (1600N, 300L, 100M), Hb 14.2 g/dL, Plaquetas 52000/mcL, INR 0.8, Glucosa 83 mg/dL, Urea 40 mg/dL, Creatinina 0.70 mg/dL, Na 128 mEq/L, K 4.06 mEq/L, perfil hepático normal, PCR 185 mg/L. Proteínas 4,21 g/dL, Ca 7,81 mg/dL. Gases venosos, pH 7.49, pCO<sub>2</sub> 39 mmHg, Bicarbonato 28.7 mEq/L.

-LCR: Proteínas 171 mg/dL, LDH 72 UI/L, Eritrocitos 80/mm<sup>3</sup>, Leucocitos 80/mm<sup>3</sup> con 85% mononucleares. Tinción de Gram y cultivo aerobio negativos. BAAR y Micobacterias negativos a los 30 días.

-Rx Tórax: ICT <50%, no presencia de infiltrados en parénquima ni derrame pleural.

-ECG: Taquicardia sinusal a 120 lat/min, ÂQRS +90°, no alteraciones de la repolarización.

-TAC cráneo: Área hipodensa de aproximadamente 26 mm de diámetro transversal en sustancia blanca adyacente a asta posterior, que podría corresponder a infiltración parenquimatosa de su enfermedad de base, lesión isquémica o trasudado LCR.

Evolución: a su llegada a Urgencias se tomaron hemocultivos y se inició tratamiento antibiótico empírico con piperacilina + tazobactam. Posteriormente, en Medicina Interna se realizó punción lumbar y se solicitaron otras pruebas complementarias, por las que se llegó al diagnóstico.

#### **Caso 14. TROMBOFILIA Y ENFERMEDAD DE LEGG-CALVÉ-PERTHES**

*Benavente Fernández A<sup>1</sup>, Mengibar Vallejo P<sup>2</sup>, Ibáñez E<sup>3</sup>. Servicio de Medicina Interna<sup>1</sup>, Unidad de Neumología<sup>2</sup>, Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria<sup>3</sup>. Hospital de Baza, Granada.*

Mujer de 37 años de edad, procedente de Rumanía, que consulta por dolor e inflamación de la pierna izquierda de 48 horas de evolución. Como antecedentes personales, presenta desde la infancia, le enfermedad de Legg-Calve-Perthes, sobre la cadera izquierda. No refiere hábitos tóxicos y no recibía ningún tipo de tratamiento.

En la anamnesis no existen datos sugerentes de proceso autoinmune o neoproliferativo establecido ni otra clínica que destacar.

En la exploración física se evidencian signos de trombosis venosa profunda en el miembro inferior izquierdo, proximal y distal. No otros datos de interés en el resto de exploración general y por aparatos.

El hemograma y bioquímica, incluyendo perfil general, ácido fólico, vitamina B 12, homocisteína, VHB, VHC, VIH, ANA, CEA, CA 12.5 y CA 19.9, resultan normales. La coagulación muestra un D-D elevado.

Se realizó una ecografía doppler de la pierna izquierda, evidenciando trombosis venosa profunda femoral e ilíaca. Una radiografía de las caderas pone de manifiesto signos graves de la enfermedad de Perthes izquierda.

Llegados a éste punto, nos planteamos una pregunta; ¿existe relación entre la enfermedad de Legg-Calvé-Perthes y la enfermedad trombótica (ipsilateral)?

La búsqueda de la respuesta a dicha pregunta condujo a la prueba que estableció el diagnóstico definitivo.

## **Caso 15. VARÓN DE 75 AÑOS CON FIEBRE, LESIONES PETEQUIALES Y DOLOR ABDOMINAL**

*Gutiérrez Cortizo E, Massi Aguirre P, Domínguez Teba A, Maraver García A, Sáenz de Tejada López M. Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva*

Antecedentes personales: Varón de 75 años con AP de HTA, DMNID, Dislipemia, Anticoagulado con sintrom por FA permanente, Cardiopatía isquémica-hipertensiva no revascularizado, HBP, Osteomielitis de la cabeza del 2º metatarso de pie izquierdo complicada con Artritis séptica de la articulación metatarsalángica de 2º dedo y Absceso plantar. No hábitos tóxicos. No viajes fuera del país desde hace años. Jubilado. Alergia al Inzitan. Índice de Barthel de 65. Tto habitual: Atenolol 50mg c/24h, Furosemida 40mg c/24h, Doxazosina 4mg c/24h, Metformina 850mg c/24h, Omeprazol 20mg.

Enfermedad actual: Acude a urgencias por presentar cuadro de 5 días de evolución, caracterizado por fiebre de hasta 39°C, sin horario, intermitente y que cede parcialmente con antitérmicos (paracetamol), acompañado de lesiones petequiales diseminadas, que han ido progresando de forma ascendente desde los miembros inferiores a región glútea, lumbar y abdomen. Asocia dolor abdominal generalizado, intermitente y deposiciones líquidas amarillentas, sin productos patológicos en las últimas 24h previas a su ingreso.

Exploración física: Aceptable estado general, sin impresión de gravedad; consciente, orientado y colaborador, bien hidratado y perfundido. Hemodinámicamente estable con TA 140/80, Saturación O<sub>2</sub> 98% y FC 80 lpm. Exploración Neurológica: No rigidez de nuca. Pares craneales conservados. Tono y Fuerza muscular conservados. Reflejos conservados. Pupilas isocóricas y normorreactivas. ACP: tonos arrítmicos a 85lpm, no se auscultan soplos ni extratonos. Murmullo Vesicular: normal. Abdomen: blando, depresible, dolor leve a la palpación de hipogastrio. No se palpan masas ni vísceromegalias. Blumberg y Murphy Negativos. Peristalsis presente. Extremidades: No signos de TVP; deformidad articular sin signos de inflamación. Pulsos conservados. Se observan varias lesiones diseminadas eritematosas y violáceas, no sobreelevadas, circulares milimétricas (sugestivas de petequias), observándose también en zona lumbar y en abdomen lesiones purpúricas, que no desaparecen con la digitopresión.

Pruebas complementarias: Hemograma: Hematíes 3.920.000/uL, Hb 9.8 g/dl, HCT 29.6% (normal 41'0-52'0%), VCM 75.5 fL, HCM 25.5 pg. Plaquetas 140.000/uL. Leucocitos 4.360/uL con fórmula normal. VSG 59 mm/1ªh.

Coagulación: TP-INR 1.37, TTPA 42.3 seg, TTPA ratio 1.28. Bioquímica: glucosa 108 mg/dl, urea 67.7 mg/dl, creatinina 1.65 mg/dl, sodio 132 mEq/l, potasio 3.8 mEq/l, calcio 8.02 mg/dl, fósforo inorgánico 2.8 mg/dl, PCR 8.42, perfil lipídico normal, ácido úrico, proteínas totales, función hepática, LDH, osmolaridad y CK normales. Proteinograma: albúmina 51.71% (Normal). Complemento C3 91.2 mg/dl, complemento C4 25.2 mg/dl, IgM factor reumatoide 22.20 UI/ml. Marcadores tumorales: antígeno carcinoembrionario 6.7 ng/ml, PSA 1.89 ng/ml. Orina: Sistemático de orina: densidad, pH normales, leucocitos, nitritos y acetona negativos. Proteínas 25 mg/dl, glucosa 50 mg/dl, Urobilinógeno normal, bilirrubina negativa, hematíes 250/mcl. Sedimento: hematuria moderada, leucocitos 2-4 x campo. Algunos hematíes dismórficos. Excreción de sodio en orina: 25 mEq/l. Excreción de potasio en orina: 28.97 mEq/l. Estudio de Orina en 24 horas: Diuresis 2300ml, creatinina 899 mg/24h, aclaramiento de creatinina estimado 44ml/min, microalbuminuria 508 mg/d, proteínas en orina 803 mg/24h, estimación del FG 49.00, Índice microalbuminuria/creatinina 564.6 mg/gCreatinina, creatinina en orina aislada 39.09 mg/dl.

Hemocultivos: y Serología: para Rickettsia: Negativa y VDRL: negativo.

Radiografía de tórax: hemidiafragma derecho elevado (ya conocido). No imágenes de condensación. No cardiomegalia. No otros hallazgos patológicos.



Ecografía abdomen: Hígado de tamaño dentro de los límites de la normalidad, con patrón ecográfico normal, sin dilatación de vías biliares. Vesícula biliar sin hallazgos en la actualidad. Región pancreática sin alteraciones significativas. Bazo de tamaño normal. Ambos riñones presentan un tamaño dentro de la normalidad, con contornos algo lobulados y un mínimo aumento de la refringencia cortical.

Sangre oculta en heces: negativa

Ante los hallazgos clínicos realizamos Interconsulta a Servicio de Dermatología

Evolución: Paciente que ha evolucionado de forma favorable tras iniciar tratamiento de acuerdo con la sospecha clínica, con resolución de las lesiones petequiales y purpúricas, permaneciendo afebril durante su estancia hospitalaria. A su vez resolución del cuadro digestivo presentado al ingreso.

### **Caso 16. MUJER DE 18 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL Y DIARREA DE LARGA EVOLUCIÓN**

*Merlo Serrano A\*, Díaz Narváez F\*, Maraver García A\*\*, Sáenz de Tejada López M\*. \*Servicio de Medicina Interna. \*\*Servicio de Digestivo. Hospital Infanta Elena. Huelva.*

Antecedentes personales: paciente de 18 años sin antecedentes patológicos de interés ni hábitos tóxicos. No tratamiento inmunosupresor previo.

Enfermedad actual: ingresa por presentar clínica de unos 5 días de evolución de dolor en hipogastrio y ambas FI asociado a vómitos y deposiciones líquidas. No fiebre. No lesiones dérmicas.

Exploración física: Tª 37.8 °, TA 110/60 mm Hg, 90 lpm. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: doloroso a la palpación en hemiabdomen inferior, con cierto grado de empastamiento a nivel de fosa iliaca izquierda, no peritonismo, no masas ni megalias. MMII: pulsos pedios presentes y simétricos, no edemas, ni signos de TVP.

Pruebas complementarias: Hemograma, 16.930 leucocitos con 84.6 % neutrófilos, Hb 12.9 g/dl, plaquetas 249.000. TP 62%. TPTA normal. VSG 13. Bioquímica general normal. PCR 8.46 mg/dl. Orosomucoide normal. Hormonas tiroideas normales. Test de gestación negativo. Sistemático de orina normal. Fresco de heces: abundantes leucocitos y hematíes. Coprocultivo negativo. Serie de abdomen agudo: sin alteraciones significativas. Eco/TAC de abdomen: engrosamiento circunferencial irregular y continuo de las paredes del recto y sigma. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis y subhepático. Colonoscopia: ampolla rectal hiperémica y congestiva. A partir de 10 cm del margen anal la mucosa es muy irregular, friable, con exudado fibrinoso, úlceras grandes y en alguna con datos de necrosis con cierta estenosis inflamatoria de la luz. Pendiente de biopsias.

Evolución: al día siguiente de su ingreso comenzó con rectorragia franca en relación con las ulceraciones del colon. Dada la alta sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal idiopática se inicia tratamiento con prednisolona IV, inicialmente con buena evolución. A su alta se le prescribe tratamiento con corticoides, mesalazina y calcio, pero, a pesar de dicho tratamiento la paciente evoluciona de forma tórpida volviendo a consultar un mes aproximadamente por un cuadro de abdomen agudo compatible con perforación de sigma, siendo necesario realizar la resección de dicho segmento intestinal.

Se solicitaron dos pruebas que modificaron el diagnóstico esperado.

### **Caso 17. PACIENTE DE 70 AÑOS DE EDAD CON CRISIS COMICIALES, DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA Y FIEBRE**

*Pousibet Puerto J ( R1 de medicina interna), García Jerez MA ( adjunto de medicina interna que llevo el caso). Hospital de Poniente de El Ejido, Almería.*

AP: AR evolucionada. Fibrosis pulmonar. DM2. HTA. Leve deterioro cognitivo. Trastorno depresivo. Obesidad. Anemia por trastornos crónicos. Insuficiencia respiratoria mixta. SAOS.

Cirugías previas: prótesis de rodilla y cadera.

Alergias: sales de oro, sulfamidas, primperam, y nolotil.

Historia clínica: Mujer de 70 años natural de El Ejido que falleció en octubre de 2011, que consulto por urgencias en múltiples ocasiones por disminución del nivel de conciencia , fiebre de más de 38°, diarrea, tos de mínimos esfuerzos y clínica inespecífica que fue tratada empíricamente en urgencias con cierta mejoría y pruebas complementarias básicas sin alteraciones significativas.

En una de sus visitas al centro se decide su ingreso en medicina interna para estudio dado que la paciente no mejoraba y a sus múltiples consultas por urgencias. En medicina interna se le realizaron múltiples pruebas entre ellas un hemocultivo que fue positivo a staphylococcus hominis, staphylococcus epidermidis, pseudomona luteola, acinetobacter, y enterococos. En planta seguía con fiebre de 38 grados, somnolienta , disártrica y con movimientos coreiformes de miembro inferior derecho. Se le realizó un ecocardiograma donde se vio una vegetación en válvula mitral y una RM donde se vieron múltiples embolismos sépticos de origen cardiaco. De esta forma se explican las crisis comiciales de la paciente.

Se desestimó la cirugía y fue dada de alta con tratamiento paliativo. A las 8 días vuelve a ingresar con ICC grado IV y lesiones cutáneas características de endocarditis( nódulos de Osler, lesiones de Janeway...).La paciente falleció dada la mala situación clínica.

Juicio clínico: Endocarditis mitral polimicrobiana con embolismo sépticos cerebrales.

### **Caso 18. VARÓN DE 46 AÑOS CON DETERIORO DEL ESTADO GENERAL, SÍNDROME DEPRESIVO, POLIDIPSIA, POLIURIA Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL**

*Artajona García L, Abril Jaramillo JF, Cano Guzmán M, Macías Dorado S, Fernández Díaz M, Martínez García P, Palacios Baena ZR, Guerrero Igea FJ. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.*

Varón de 46 años, fumador de 1 paquete al día, con antecedentes de dislipemia, litiasis biliar y síndrome de ansiedad-depresión reactiva en tratamiento con paroxetina 20 mg y lorazepam 1 mg.

Historia actual: cuadro de un año de evolución de deterioro progresivo del estado general, dificultad en la memoria y síntomas negativos de depresión que dificultan las actividades instrumentales de la vida diaria. En el último mes el cuadro se asocia a polidipsia de 8-9 l al día y poliuria, astenia, anorexia y pérdida de más de 10 Kg.

Exploración física: Levemente desorientado en tiempo y espacio, tendencia al sueño, marcha torpe, disminución de fuerza en las 4 extremidades, resto sin hallazgos.

En pruebas complementarias destaca hipernatremia de 186 mEq/l e hiperosmolaridad plasmática asociado a disminución de excreción de sodio y osmolaridad urinaria disminuida. Se realiza test de deshidratación que orienta a diabetes insípida de origen central. Se realiza TAC y RMN de cráneo buscando origen, donde se halla lesión hipotalámica de 17 mm de diámetro.

Se orienta como masa hipotalámica de probable origen neoplásico/metastásico por lo que se solicita TAC toraco-abdominal en busca del primario, y se evidencian quistes aéreos en ambos lóbulos superiores, agrupados, sin alteración del parénquima circundante, y esclerosis del cuerpo vertebral D12 con focos de osteolisis y secuestro óseo.

Ante la clínica del paciente, la ausencia de primario evidente y la presencia de diabetes insípida central, quistes aéreos pulmonares en lóbulos superiores y esclerosis de cuerpo vertebral se orienta el caso como Histiocitosis de células de Langerhans.

Para confirmar el diagnóstico se realiza fibrobroncoscopia con cepillado, citología y biopsia normales, y lavado broncoalveolar con S-100 negativo para Histiocitosis de células de Langerhans. No se confirma sospecha diagnóstica de Histiocitosis de células de Langerhans, pero ante la alta sospecha clínica se inicia tratamiento empírico con glucocorticoides con mejoría clínica y reducción del tamaño de la infiltración hipotalámica. Al alta se instaura tratamiento hormonal sustitutivo.

Actualmente sigue revisiones en consultas externas de Medicina Interna, Neurología y Neuropsicología. Presenta mejoría clínica con aumento del apetito y ganancia ponderal con persistencia de déficit de memoria reciente y deterioro cognitivo con dependencia para actividades intermedias y básicas de la vida diaria.

Analíticamente persisten datos de Diabetes Insípida y de Panhipopituitarismo.

### **Caso 19. VARÓN DE 61 AÑOS CON ANTECEDENTES PERSONALES DE ENFISEMA PULMONAR Y PTOSIS PALPEBRAL, CON PRUEBAS DIAGNÓSTICAS NEGATIVAS PARA SÍNDROME MIASTENIFORME Y NULA RESPUESTA A TRATAMIENTOS NEUROLÓGICOS**

*Cano Guzmán M, Macías Dorado S, Palacios Baena ZR, Artajona García L, Fernández Díaz M, Martínez García P. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.*

Enfermedad que motiva el ingreso: cuadro de debilidad muscular generalizada y progresiva de varios días de evolución, que le impide deambular y realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Refiere además empeoramiento de la ptosis a lo largo del día, también comenta dificultad para tragar líquidos; no disfagia para sólidos. No incontinencia esfinteriana. No diplopía. No alteraciones sensitivas. No semiología en otras esferas. Unos 10-15 días antes de iniciar el cuadro de debilidad refiere deposiciones diarreicas tras regresar de un viaje por España.

Exploración: ptosis palpebral a nivel de la pupila, mayor en el ojo derecho con fatigabilidad derecha; limitación completa de la mirada conjugada horizontal a la derecha y levemente a la izquierda; limitación de la supravisión e infraversión de ambos ojos. No debilidad facial y resto de pares craneales conservados; pupilas isocóricas normorreactivas. Tetraparesia más acentuada en miembros superiores (3/5) que en inferiores (4/5). En miembros inferiores es de predominio proximal. ROTs presentes y simétricos. No alteraciones de la sensibilidad. No se exploran marcha ni bipedestación. Se lleva a cabo el test de tensilon resultando éste negativo.

Pruebas complementarias: Hemograma: anemia microcítica hipocroma, serie blanca y plaquetas normales

Bioquímica normal. Estudio de tiroides y lípidos normales. Proteinograma normal. Autoinmunidad negativo. Serología sífilis, borrelia, VIH negativos

LCR: 9 células, 80% mononucleares, proteínas 127 mg/dL. Cultivo y Gram negativos. Ausencia de células neoplásicas.

RNM cerebral normal

TAC tórax: restos tímicos en mediastino anterior, no otros hallazgos.

Electromiografía 1ª: patrón miopático, moderado en MMSS y con mayor afectación en MMII. Amplitudes disminuidas de potenciales de acción motora de forma moderada en MMSS e intensa en MMII, discreto aumento de la latencia distal con velocidades de conducción discretamente enlentecidas

Electromiografía 2ª: signos de polineuropatía axonal de predominio motor.

Evolución: lentamente favorable. Inicialmente se trató con inmunoglobulinas iv a razón de 0,4 g/kg/día durante 5 días, ante la sospecha inicial de polirradiculoneuritis aguda. Tras ejercicios continuados de rehabilitación y fisioterapia el paciente puede mantenerse en bipedestación con apoyo bilateral. Precisa al alta hospitalaria traslado a una residencia asistida.

Tratamiento y seguimiento: enoxaparina 40 mg sc/24 h, hidroxil B12-B6-B1 1 comp/12 h. Fisioterapia. Seguirá revisiones en consultas externas de Neurología.

Juicio clínico:

Oftalmoplejia Externa Progresiva, probable Encefalomiopatía Mitocondrial. Polineuropatía Axonal Motora - Síndrome de Guillain-Barré Axonal.

## **Caso 20. VARÓN DE 46 AÑOS CON EMERGENCIA HIPERTENSIVA Y EDEMA AGUDO DE PULMÓN**

*Vidal Serrano S, Vergara Díaz MA, Gómez Hernández M, de la Rosa Morales R, Andrades Segura S, Álvarez Alcina MM. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos, Sevilla.*

El paciente refería como antecedentes de interés tabaquismo activo con un consumo acumulado de 50paquetes/año, sin otros hábitos tóxicos. Como factores de riesgo cardiovascular presentaba HTA de larga data (diagnosticada a los 18 años) habiendo iniciado tratamiento farmacológico con IECA en el último mes, aunque con mala adherencia terapéutica, objetivándose cifras de Tensión arterial Sistólica de 200mmHg en controles ambulatorios. No refería reacciones adversas a medicamentos.

Como antecedente epidemiológico, en la infancia había convivido con familiares directos con TBC pulmonar activa sin recordar si realizó tratamiento o quimioprofilaxis. Entre sus antecedentes familiares destacaban madre y tía materna con hipertensión arterial y tía paterna y un primo nefrectomizados, desconociendo la causa.

El paciente fue derivado al Servicio de Urgencias de nuestro centro en ambulancia medicalizada por disnea de aparición brusca mientras se encontraba en reposo en su domicilio. Se acompañaba de molestia en epigastrio sin cortejo vegetativo ni dolor torácico. A la anamnesis dirigida refería ortopnea de dos semanas de evolución con algún episodio de disnea paroxística nocturna, sin otra sintomatología acompañante. Inicialmente el paciente ingresa en el área de observación para inicio de tratamiento y monitorización hemodinámica.

A la exploración física se encontraba afebril, tendente a la HTA (210/180mmHg) con frecuencia respiratoria de 30 rpm con componente abdominal, y SatO<sub>2</sub> 92% con aporte de oxígeno en gafas nasales a 5lpm. Mantenía nivel de conciencia conservado, sin focalidad neurológica. La auscultación cardiopulmonar revelaba un murmullo vesicular conservado con crepitantes gruesos hasta campos medios y tonos cardíacos rítmicos a 90 spm sin soplos audibles. Abdomen sin alteraciones exploratorias. Extremidades superiores normales. Extremidades inferiores con pulsos conservados, sin edemas, ni signos de trombosis.

En un primer momento se realizaron los siguientes estudios complementarios:

- Control analítico que incluyó Hemograma, bioquímica con perfil renal y hepático, estudio de coagulación y fermentos miocárdicos, donde destacaban los siguientes valores: glucemia venosa casual 145 mg/dl, creatinina 1.41 mg/dl, FG estimado 61ml/min, troponina I 0.7 ng/ml, ProBNP 4021 pg/ml, D-Dímeros 2.378 ng/ml.

-EKG: Ritmo sinusal a 90 lpm con signos de HVI y sobrecarga sistólica.

-Rx tórax: ICT>0,5 con, hilios engrosados, signos de redistribución vascular a vértices, infiltrado intersticial, líquido en cisura menor y derrame pleural bilateral de predominio izquierdo.

-TAC tórax: derrame pleural bilateral con atelectasia parenquimatosa subyacente en el contexto de paciente con tórax enfisematoso y granulomas calcificados bilaterales múltiples. No se objetivaban datos indirectos de coartación aórtica ni de TEP.

-Ecocardiografía Transtorácica: Ventrículo izquierdo no dilatado. Hipertrofia severa concéntrica. FE 40%. Hipoquinesia severa septoapical y postero-inferior.

Ante los hallazgos complementarios y la clínica compatible con fallo ventricular izquierdo en paciente joven, se decide ingreso para estabilización y completar estudio etiológico, durante el cual, una de las pruebas permitió el diagnóstico del paciente.

## **Caso 21. VARÓN DE 34 AÑOS DE EDAD CON HIPERTRANSAMINEMIA Y CLÍNICA NEUROLÓGICA**

*Guisado Espartero E, Hamiti S, Tirado Miranda R, Mejias Real I, Montero Rivas L. Hospital Infanta Margarita, Cabra, Córdoba.*

Varón de 34 años, agricultor, consumo etílico de riesgo hasta hacía dos meses, dislipemia mixta en tratamiento dietético, hipertransaminemia y en tratamiento farmacológico activo con complejo vitamínico B y procinéticos.

Anamnesis: Clínica de varios meses de evolución de episodios de dolor abdominal localizado en costado-hipocondrio derecho sin clara relación con la ingesta que se exacerbaba por la noche. Consulta por presentar de forma más o menos brusca debilidad progresiva de predominio distal en miembros superiores y posteriormente en miembros inferiores que le dificultaba su actividad habitual. Junto a ello tinte amarillento en conjuntivas y piel. Hiporexia y dudosa pérdida ponderal.

Exploración física: Ictericia conjuntival y cutánea con debilidad proximal y distal en extremidades sin alteraciones de la sensibilidad; miotáticos disminuidos simétricamente con imposibilidad para mantener puntillas y talones.

Exploraciones complementarias: Analítica con hemograma normal. Sedimento de orina: proteínas 25 mg/dL. Bioquímica: potasio 5.7 mmol/L, Ct 401 mg/dL, Tg 316 mg/dL, HDL 19 mg/dL, LDL 169 mg/dL, Bt 6.4 mg/dL, Bd 5 mg/dL, ALT 186 int.u./L, FA 536 int.u./L, GGT 1765 int.u./L, hierro 138 ug/dL, ferritina 646 ng/mL, VSG 140 mm. Coagulación normal. Autoinmunidad general, autoinmunidad hepática negativo. Alfa-1AT y ceruloplasmina normal. ECA normal. HT normal. Proteinograma normal. Serología de hepatitis crónica, VIH, toxoplasma, lúes, rosa de Bengala, Brucela, rickettsia, legionella, mycoplasma pneumoniae, herpes, coxiella burnetti Negativo, VEB y CMV Ig G positivo e IgM negativo. Porfirinas en orina negativas.

Rx tórax y abdomen: sin hallazgos.

Ecografía abdominal: vesícula con múltiples litiasis de gran tamaño sin signos inflamatorios. No dilatación de vía biliar intra o extrahepática.

RM cervical: protusiones discales posteriores en C4-C5, C5-C6 y C6-C7, que improntan en espacio subaracnoideo anterior.

ENG: no se registra actividad espontánea patológica durante el reposo muscular. El análisis individualizado de los potenciales de unidad motora (Pum`s) muestra un patrón muscular de características normales en toda la musculatura examinada pero los patrones de esfuerzo máximo fueron deficitarios en toda la musculatura examinada y con una significativa reducción de la suma espacial.

Se realizó un proceso diagnóstico.

## **Caso 22. SÍNDROME FEBRIL Y AFECTACIÓN RENAL EN VARÓN DE 53 AÑOS**

*Lebrón Ramos JM<sup>1</sup>, Uribe Pérez M<sup>a</sup>V<sup>1</sup>, Crespo González E<sup>1</sup>, Malvárez Mañas R<sup>1</sup>, Moreno Martínez FL<sup>1</sup>, Castilla Castellano M<sup>a</sup>M<sup>2</sup>, García Alegría JJ<sup>1</sup>. Servicio de Medicina Interna<sup>1</sup>. Servicio de Nefrología<sup>2</sup>. Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga.*

Varón de 53 años que consulta por fiebre.

Antecedentes personales: sin alergias medicamentosas. Hipertensión arterial esencial de 8 años de evolución. Miocardiopatía hipertensiva leve. No diabetes mellitus ni dislipemia. Sin hábitos tóxicos. Hipotiroidismo primario. Anemia ferropénica estudiada por Digestivo. Poliposis nasal. Intervenciones: fractura peroné izquierdo, ligamento lateral interno izquierdo. Tratamiento habitual: levotiroxina, bisoprolol, valsartán/hidroclorotiazida. Situación basal: trabaja en Hostelería (camarero).

Enfermedad actual: síndrome febril de 2 meses de evolución, de hasta 39 °C, diario y predominio vespertino. Se acompaña de mal estado general, sudoración, cefalea y pérdida de unos 6 kgs de peso. Escasa tos sin expectoración. No alteraciones del hábito intestinal ni síndrome miccional. Niega picadura de insectos, mordeduras de animales o lesiones en la piel. Tampoco relaciones sexuales de riesgo. Remitido a consultas para estudio.

Exploración física: TA 125/79 mmHg, T<sup>a</sup> 38 °C, Fc 68 lpm, Peso 81 kg, IMC 28. Eupneico. Buen estado general. Consciente y orientado. Sin rigidez nuchal. Orofaringe normal. No presencia de adenopatías. Tonos rítmicos, con soplo sistólico 2/6 en foco aórtico. Murmullo vesicular conservado sin estertores. Abdomen blando, depresible, sin puntos dolorosos. Ruidos intestinales conservados. Extremidades inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

Pruebas complementarias: Hemograma: 10910 leucocitos/mm<sup>3</sup> (N 73'2 %), Hb 8'3 g/dL, hematocrito 30'5 %, 384.000 plaquetas. Frotis sanguíneo sin hallazgos. Bioquímica: glucosa 101 mg/dl, urea 42 mg/dl, creatinina 1'58 mg/dl (previa: 1 mg/dL), ácido úrico 3'9 mg/dl, LDH 355 U/L, GOT 25 U/L, GPT 39 U/L, GGT 168 U/L, FA 162 U/L, bilirrubina total 0'3 mg/dl, triglicéridos 76 mg/dl, colesterol 123 mg/dl (HDL 25 mg/dl, LDL 83), proteínas totales 6'3 g/dl, albúmina 3 g/dl, sodio 135 mEq/L, potasio 4'6 mEq/L, Calcio 8'6 mg/dl, Cloro 107 mEq/L, hierro 14 ug/dl, ferritina 520 ng/ml, transferrina 118 mg/dl, TSH 2'9 mU/ml, ácido fólico 5'2 ng/ml, vitamina B12 438 pg/ml, FR <9 UI/ml, VSG 122 mm/1h, PCR 17'7 mg/dl. Coagulación: tiempo de protrombina 8'9", TPTA 29'50", INR 0'98.

Orina: nitritos negativos. Leucocitos 25. Hematíes 250 (sin hematuria previa). Proteínas 25. Sedimento con 10-20 hematíes por campo. Sodio 60 mEq/L.

Gasometría venosa: pH 7'352, pCO<sub>2</sub> 50'9 mmHg, HCO<sub>3</sub> 27'5 mmol/L. Lactato 0'7 mMol/L.

Rx tórax: índice cardiotorácico dentro de límites normales. Sin alteraciones parenquimatosas.

ECG: ritmo sinusal a 64 lpm. eje normal. onda q en I y aVL. no alteraciones del QRS ni de la repolarización.

Ecografía abdominal: estudio sin alteraciones significativas.

Hemocultivos y urocultivo: negativos. Serología: Atípicas, VEB, CMV, VHA, VHB, VEB, VIH, Lues negativos.

Inmunoglobulinas: IgG 1600 mg/dl, IgA 321 mg/dl, IgM 95 mg/dl, IgE 95 IU/ml, C3 148 mg/dl, C4 15'6 mg/dl. Proteinograma: cociente albúmina/globulina 0'6.

Autoinmunidad: ANAs negativos. ANCA's positivos (patrón p-ANCA): 1/80. MPO 76'5 UA/ml, PR3 >0'2 UA/ml.

Ecocardiograma: dilatación biauricular. regurgitación mitral y aórtica ligera. ventrículo izquierdo ligeramente hipertrófico, sin alteraciones de la contractilidad. No se observan imágenes sugerentes de vegetaciones.

TAC toracoabdominopélvico: mínima cantidad de ascitis en pelvis. Sin otros hallazgos significativos.

Endoscopia digestiva alta: gastritis crónica.

Colonoscopia: sin alteraciones significativas.

TAC senos paranasales: complejo osteomatal parcialmente ocupado por material con densidad de partes blandas.

Biopsia mucosa nasal: pólipos inflamatorios sin evidencia de vasculitis.

Se realiza una prueba diagnóstica.

### **Caso 23. EMERGENCIA HIPERTENSIVA EN VARÓN JOVEN NATURAL DE SENEGAL**

*Hidalgo Jiménez A, Mariscal Vázquez G; García Moreno JM, Machado Vílchez M. UGC Medicina Interna Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.*

Varón de 30 años, procedente de Senegal con obnubilación, cefaleas y cifras de tensión arterial de 300/100 mmHg. A la exploración destaca soplo panfocal III/VI de predominio aórtico e interescapular con ausencia de pulsos femorales. En pruebas complementarias se observa severa coartación de aorta ístmica. Tras evaluar el caso se realiza angioplastia con implante de stent farmacoactivo que condiciona la mejoría del paciente.

Motivo de ingreso: Se presenta un varón de 30 años procedente de Senegal que acude a los servicios de urgencias de nuestro hospital por obnubilación y cefalea objetivándose cifras tensionales en torno a 300 de sistólica y 110 de diastólica.

Antecedentes personales: Residente en España desde hace 4 años, trabajador esporádico como agricultor. No alergias a medicamentos conocidas, fumador de 15 cigarrillos al día, no alcoholismo. Diagnosticado en su país de procedencia de HTA sin realizar tratamiento. No presenta otras enfermedades de interés ni intervenciones quirúrgicas.

Anamnesis: Es traído por los servicios de emergencias domiciliarias por presentar de forma brusca cefalea, vómitos, obnubilación y detectarse cifras tensionales de 300/100 mmHg.

Exploración física: Presenta regular estado general, somnoliento aunque orientado y colaborador. TA: 300/100 mmHg FC 75 spm Saturación; 100%. A la auscultación

cardiorespiratoria se detecta soplo sistólico multifocal de predominio aórtico III/VI, con buen murmullo vesicular en ambos campos pulmonares. Se ausculta soplo interescapular II/VI. Abdomen; blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias, no signos agudos de peritonismo. Las extremidades no presentan edemas ni signos de trombosis venosa profunda. A la inspección a destaca un desarrollo del hemicuerpo superior respecto del inferior. Pulsos carotídeos presentes y fuertes, femorales ausentes.

Pruebas complementarias: En los servicios de urgencias se solicita hemograma con serie blanca, roja y plaquetas normales, bioquímica con perfil renal, hepático e iones normales, destacando como único valor alterado CPK 1181. Coagulación normal. Sistemático de orina negativo. EKG: Ritmo sinusal a 78 spm, PR constante, QRS estrecho con signos de hipertrofia ventricular izquierda, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax con ligera cardiomegalia, sin hallazgos patológicos en parénquimas pulmonares. TC Craneal sin alteraciones significativas para su edad. Una vez en planta se amplían los estudios solicitando proteinograma y catecolaminas en orina con valores normales. En la Ecocardiografía se identifica a 2 cm de subclavia izquierda imagen sugestiva de coartación aórtica con flujo turbulento, llegándose a registrar flujo en sístole con gradiente máximo de hasta 70mmHg. Eco-doppler renal con riñones de tamaño y morfología normal sin datos de uropatía obstructiva, arterias renales sin estenosis. En Angio-RMN tórax y abdomen se objetiva coartación severa de aorta ístmica con estenosis del 75%, notable circulación colateral (aproximadamente 40%) y arteria subclavia derecha aberrante precoartación.

Diagnóstico final: Con todo lo anteriormente expuesto se llega al diagnóstico final de coartación aórtica severa como causa de HTA con encefalopatía hipertensiva asociada.

Evolución: Tras confirmarse con pruebas de imagen dicho diagnóstico se procede a la realización de angioplastia con implante de stent farmacoactivo en aorta ístmica, normalizándose las cifras tensionales y desapareciendo toda la sintomatología acompañante, llamando la atención la mejoría de fuerza en los miembros inferiores y la recuperación del estado general del paciente.