



XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA



XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA

18 Y 19 noviembre de 2011
Hospital Infanta Elena. Huelva.

Organiza.

U.G.C. de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Huelva.





**XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA**



Comité de Honor: Sra. Delegada provincial de Salud.

Dña. María José Rico Cabrera.

Comité Organizador:

Presidente Fco. Javier Caballero Granado

Vocales Manuel Jesús Romero Jiménez

Matilde Del Castillo Madrigal

Juan Ignacio Ramos-Clemente Romero

Comité Científico:

Presidente Manuel Jesús Romero Jiménez

Vocales: Sergio Fera González

Miguel Ángel Pérez Ramos

Matilde del Castillo Madrigal

Elena Sánchez Ruíz Granados

Juan Manuel Domínguez Herrera

Sede:

Salón de Actos. Hospital Infanta Elena.





XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA



Secretaría.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Infanta Elena. Carretera Sevilla-Huelva s/n 21008 Huelva. Teléfono: 959 015136/ 652285977.

Fax: 959015132. manujromeroj@gmail.com

Envío de casos clínicos: manujromeroj@gmail.com

Empresas Colaboradoras.





VIERNES 18 de noviembre

16,30-17,00h Recogida de documentación.

17,00-17,15h Inauguración.

- *Dña. María José Rico Cabrera. Delegada provincial de Salud de Huelva.*
- *Dr. D. Carlos San Román y de Terán. Presidente de la SADEMI.*
- *Dr. D. Francisco Javier Caballero Granados. Jefe de Servicio de la U.G.C. de Medicina Interna del Hospital Infanta Elena.*

17,15-18h Conferencia Inaugural.

Riesgo vascular residual.

Dr. José Luís Bianchi Llave. Director de la U.G.C. de Medicina Interna. Hospital Punta Europa. Algeciras.





XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA



18,00-19,15h Sesión de Exposición de Casos Clínicos

Moderadores: *Dr. Juan Manuel Domínguez Herrera y Dr.*

Sergio Feria González.

Síndrome coronario agudo con elevación del ST y coronarias normales. Pérez Tristanchó, M^a R; García Lizana, M^a D; Rodríguez Amigo, M^a P; Massi Ivanova, P; Gómez reyes, JL; Guevara Zuazo, J; Castillo Camacho J M^a. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Mujer de 39 años con cefalea y síndrome vertiginoso. Merlo Serrano, Alicia; Merelo Ruiz, Begoña; Tristanchó, María; Durán Ferreras, Eduardo. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Varón de 49 años con infección VIH y diarrea crónica. Ruz Zafra, MA; Barón Ramos, MA; Luque Amado, C; Muñoz Claros, A; Gallardo Romero, I; Albarracín Arraigosa, A; Ruiz Cantero, A. Hospital de La Serranía. Ronda Málaga.

Varón de 69 años con cuadro de aumento progresivo de su disnea habitual. Guerrero León, M.A.; Ruiz Serrato, A.; Vallejo Herrera, MJ; Bautista Galán, C; Villar Jiménez, J.; López Robles, C.; García Ordoñez, M.A. Hospital de Antequera. Málaga.

Mujer de 21 años con diagnóstico de Leishmaniasis cervical y nódulos pulmonares. Gutiérrez Zafra, Jesús. Hospital San Agustín de Linares. Jaén.





XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA



Varón de 50 años con pérdida de visión en ojo derecho y lesiones cutáneas. Díaz Narváez, Fernando; Granados Reyes, Gema; Domínguez Herrera Juan Manuel; Barral Martín Francisco Javier. Sáez Ortega, Loreto. Hospital. Infanta Elena. Huelva.

Anciana con tetraparesia aguda. Rico Lucena, M^aJ; García Casado, B; Castilla Guerra, L; Álvarez Suero, J; Álvarez, Salvador Vergara, A; Del Valle, J; Merino, M; Sánchez, J; Álvarez, LM; Espino, A; Pozuelo, F; Marín Martín, J. Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla.

19,15-19,45h café.

19,45-20,15h Recepción de Residentes

Ponencia docente.

*Dr. Bosco Barón Franco. F.E.A. Medicina Interna.
Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

20,15-21,00h Asamblea General Extraordinaria de SADEMI

21,30h Cena. *Hacienda Montija.*





SÁBADO 19 de noviembre

9,00-10,00 h Presentación del Libro de Casos Clínicos de Residentes de Medicina Interna. Exposición de los mejores casos y selección del premiado.

10,00-11,30h Exposición de Casos Clínicos.

Moderadores: *Dr. Miguel Ángel Pérez Ramos, Dr. Manuel Jesús Romero Jiménez.*

Mujer de 41 años con ictericia. B. Merelo Ruiz, Begoña; Bejarano García, Ana. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Mujer de 77 años con hemorragia digestiva de origen incierto. Pérez Romero, T; Blázquez Puerta, A; Poveda Gómez F; Uribe Pérez, MV; Lebrón Ramos, JM; García Alegría, J. Hospital Costa del Sol. Marbella.

Mujer de 78 años con dolor y distensión abdominal. Herrero García, V; Rodríguez Díaz, F; Constán Rodríguez, J; Platero Sánchez-Escribano, M; Blanco Díaz, M; Pérez Belmonte, LM; Loring Caffarena, M; Martínez Delgado, C; Pérez Díaz, JM. Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez-Málaga.





XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA



Varón de 36 años con dolor abdominal. Ruiz Padilla, F; Gil Gascón, J; Aguilar Gallego, M. Hospital Punta Europa. Algeciras. Cádiz.

Varón de 51 años con pequeño derrame pleural derecho cuya citología resulta sospechosa de malignidad. Romero Garrido, A; Ramos Jiménez, A; González Martín, T; Gutiérrez Moreno, J.M^a; Pérez Álvarez, F; Benítez León, M^a D; Benavente Fernández, A; Mytnik, M. Hospital General Básico de Baza. Baza. Granada .

Varón de 63 años que consulta por dolor en miembros inferiores y lesiones cutáneas. Ramos Cantos, C; Sánchez Simonet, M^aV. Hospital Parque San Antonio. Málaga.

Varón de 37 años con oftalmoplejia dolorosa. Granados Reyes, Gema; Díaz Narváez, Fernando Durán Ferreras, E; Hospital Infanta Elena. Huelva.

11,30-12,00h Café

12,00-13,30h Exposición de Casos Clínicos

Moderador: *Dra. Del Castillo Madrigal, Dra. Sánchez Granados.*

Mujer de 62 años que consulta por pérdida de memoria, rigidez generalizada y mioclonías. Martínez Losada, Patricia; Domínguez Hidalgo, Lara. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Varón de 33 años que consulta por pérdida transitoria de conocimiento. Domínguez Hidalgo, Lara; Martínez Posada, Patricia; Martín Rodríguez, LM; Romero Alonso, A. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.





XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA



La culpa fue de la punción lumbar. Alfredo Arjona, A; Moreno Ferrer, N; Palomares Rodríguez, J; Sánchez Cano, D; Castillo Higuera, PL. Hospital Santa Ana. Motril. Granada.

Mujer de 22 años con cefalea y disminución de la agudeza visual. Vergara Díaz, MA; Gómez Rodríguez, P; Gómez Hernández, M; De la Rosa Morales, R; Espinosa Calleja, R; Blanco Torró, MD. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

Varón de 43 años con déficit neurológico temporal acompañado de cefalea y autolimitado. Massi, Paulina; Durán Ferreras, Eduardo; Suárez Lozano, Ignacio. Hospital Infanta Elena. Huelva.

Varón de 57 años con trombosis yugular bilateral. Chacón Serrano JA. Martínez, T; Galbarro, J; Morales, M^a; Garcés, M; Palomo, S. Hospital de Riotinto. Huelva.

Varón de 59 años con síndrome constitucional. Ruíz Gómez, J; Sillero Sillero, C; Montero Rivas, L; Mejías Real, I; Tirado Miranda, R; Ibáñez Bermúdez, F. Hospital. Infanta Margarita. Cabra.

13,30-13,45h Clausura.





SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST Y CORONARIAS NORMALES.

Pérez Tristanchó, M^a R; García Lizana, M^a D; Rodríguez Amigo, M^a P; Massi Ivanova, P; Gómez reyes, JL; Guevara Zuazo, J; Castillo Camacho JM^a. Hospital Infanta Elena. Huelva.

ANTECEDENTES PERSONALES: Mujer de 75 años, con hipertensión arterial sin otros factores de riesgo cardiovascular, no hábitos tóxicos, vértigo periférico, gastritis crónica atrófica, anemia ferropénica y síndrome ansioso depresivo sin otros antecedentes de interés.

ENFERMEDAD ACTUAL: La paciente acude a su centro de salud por presentar en reposo dolor centro-torácico opresivo durante más de treinta minutos, sin irradiación, acompañado de cortejo vegetativo y que no cede con nitritos sublingual. En el ECG se aprecia lesión subepicárdica anteroinferior y signos de isquemia subepicárdica anterolateral. Fue trasladada a Urgencias por el 061, realizándose fibrinólisis con TNK. En Urgencias se evidenció elevación de enzimas cardíacas.

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos como SCACEST y se inicia tratamiento con: AAS, Clopidogrel, Enoxaparina, Propanolol, Nitroglicerina en BPC, Captoprilo y Atorvastatina. La fibrinólisis no es efectiva y se plantea realización de Coronariografía de urgencias.

EXPLORACIÓN FÍSICA: En el examen físico presentaba buen estado general, estaba consciente, orientada y colaboradora, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo, tolerando decúbito, normocoloreada, obesa. Afebril, TA 125/75 mmHg, FC 75 lpm, SatO₂ 98%.

Auscultación cardiorrespiratoria con tonos rítmicos a 75 lpm, sin soplos ni extratonos. Buen murmullo vesicular sin ruidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpaba masas ni megalias. MMII sin edemas, no signos de TVP, pulsos simétricos y conservados.





PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma de urgencias dentro de la normalidad. Coagulación de urgencias dentro de la normalidad. Bioquímica de urgencias: Glucosa, iones, función renal y ProBNP dentro de la normalidad. Tn t 0,38 CK 118 LDH 551 U/L. Bioquímica general: Ac úrico 7.2 mg/dl, Colesterol 141 mg/dl (HDL 48, LDL 70) TG114mg/dl, glucosa, iones, proteínas totales, hormonas tiroideas y perfil hepático dentro de la normalidad. Pico de CK de 276, CK-MB 22.8, índice de CK-MB 8.3%, y Troponina T 1.34. ECG de urgencias: RS a 75 lpm, PR normal, lesión subepicárdica anteroinferior y signos de isquemia subepicárdica anterolateral. ECG en planta: sin cambios. Rx tórax: no cardiomegalia, no imagen de condensación. Coronariografía que muestra árbol coronario con dominancia derecha y paredes lisas sin lesiones angiográficas.

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS:

Se realizó una prueba que fue diagnóstica y posteriormente la paciente ingresa en planta tras permanecer 72 horas en UCI estable hemodinámicamente, asintomática y afebril.

Durante su estancia en planta evolucionó satisfactoriamente, no presentando complicaciones añadidas desde el punto de vista cardiológico, con descenso de fermentos cardiacos y sin cambios en eléctricos.

Antes del alta se realizó nuevamente una prueba que resultó diagnóstica.





MUJER DE 39 AÑOS CON CEFALEA Y SÍNDROME VERTIGINOSO

Merlo Serrano, Alicia; Merelo Ruiz, Begoña; Tristáncho, María; Durán Ferreras, Eduardo. Hospital Infanta Elena. Huelva.

ANTECEDENTES PERSONALES: Portadora de DIU. Fumadora. Intervenida de hernia inguinal en la infancia. Enfermedad periodontal, con última revisión el 13/6/11. No tratamiento habitual.

ENFERMEDAD ACTUAL: Refiere cefalea, mareos y malestar progresivo. Presentó un episodio presincope acompañado de sudoración y vómitos. Hemiparesia, parestesias derechas y diplopia. No fiebre. Antecedentes de cuadro diarreico. Sin otros síntomas en la anamnesis dirigida por órganos y aparatos.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general, bien hidratada y perfundida. Consciente, orientada, colaboradora dentro de sus posibilidades. Exploración neurológica: PINLA, nistagmus horizontal derecho. Prueba dedo nariz patológica en el lado izquierdo. Hemiparesia y parestesias derechas. Signos meníngeos negativos. RCP negativo. ROT conservados y simétricos. Auscultación cardíaca: tonos rítmicos, a buena frecuencia sin soplos. Auscultación respiratoria: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Tolerancia el decúbito. Abdomen: normal. Meteorismo presente. MMII: pulsos pedios presentes y simétricos. No edemas, ni signos de TVP.

A su llegada a urgencias TA 77/61 mmHg. Saturación arterial de O₂ 98%. FC 100 lpm.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Al ingreso: Hemograma: leucocitos 15.40. fórmula: neutrófilos 9.83, linfocitos 4.63, resto normal. VSG 94mm1^ah. Coagulación: TP 86%, INR 1.10, TTPA 32.5, resto normal. Bioquímica: glucosa 122, Cr 0.34, iones, osmolaridad, normal (bioquímica simultánea a LCR). Ca 8.41, HDL37, TG 211, proteínas totales 6, ALT 49, resto de función lipídica, hepática, LDH,





XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA



iones, Ph normal. PCR 0.90 mg/dl, ANA negativo. VHC y VHB negativo. Hormonas tiroideas normales. Proteinograma normal. Gasometría venosa normal. ECG: RS a 100lpm, eje normal, QRS normal, salvo Q en III, PR normal, sin alteraciones agudas en la repolarización cardíaca. Orina: leucocitos 2-4 por campo, hematíes 1-2 por campo. Tóxicos negativo. Rx de Tórax: normal. Punción lumbar: aspecto claro, 0 células, glucosa 87, proteínas, lactato normal. Gram y cultivo negativo.

Se solicitaron 2 pruebas diagnósticas.





VARÓN 49 AÑOS: INFECCIÓN POR VIH Y DIARREA CRÓNICA.

Ruz Zafra, MA; Barón Ramos, MA; Luque Amado, C; Muñoz Claros, A; Gallardo Romero, I; Albarracín Arraigosa, A; Ruíz Cantero, A. Hospital de La Serranía. Ronda Málaga.

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 49 años de edad, sin alergias a medicamentos conocidas. Como antecedentes familiares destacan dos hermanas y una sobrina con Enfermedad de Crohn. Fumador de 4 cigarrillos diarios y bebedor esporádico. Ex – ADPV con infección por VIH en estadio C. VHC positivo. Desde hace más de diez años presenta diarrea crónica, que ha precisado ingreso en cuatro ocasiones. Durante los cuales se han realizado estudios complementarios, entre los que se incluyen: hemograma, bioquímica, serología, cultivo y estudio de parásitos en heces, hemocultivo, pruebas de imagen, así como estudios endoscópicos, sin aportar datos, ninguno de ellos, a favor de un diagnóstico específico. Por tanto, la diarrea crónica se ha venido atribuyendo a enteropatía por VIH y múltiples abandonos de TARGA. Último ingreso en Medicina Interna en enero de 2009 por diarrea crónica con datos de desnutrición, hipomagnesemia, hipocalcemia, e hipopotasemia, sin conseguirse identificar, de nuevo, causa de la diarrea. CD4 absolutos 81/mm³ en dicho ingreso. Actualmente, en tratamiento con Efavirenz, Emtricitabina y Tenofovir, que no cumple desde hace meses, Septrim 800/160 mg cada 48h, Carbonato Cálcico 1250mg/día, Colecalciferol 200 UI/día, Calcitriol 0.25mcg/día, Lorazepam 5 mg cada 24horas.

ENFERMEDAD ACTUAL: En marzo de 2011, consulta en el Servicio de Urgencias por diarrea crónica de 10-12 deposiciones líquidas diarias desde hace meses, con restos escasos de sangre y moco. Aumenta con la ingesta y no respeta el sueño. Refiere gran pérdida de peso, aunque no sabe determinar desde cuándo. No fiebre ni otra sintomatología acompañante. Ingresa en Medicina Interna.





EXPLORACIÓN FÍSICA: Regular estado general. TA 130/80 mmHg. Consciente, orientado y colaborador. Deshidratado y caquéctico. Auscultación cardiorrespiratoria: ruidos rítmicos a 80 lpm, hipoventilación generalizada. Abdomen blando, no doloroso a palpación, no masas ni megalias palpables, no signos de peritonismo, ruidos intestinales aumentados, sin ruidos de lucha. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: En analítica de sangre: hemograma normal. Hierro 78 µg/dL, ferritina 261 ng/mL, transferrina 108 mg/dL, IST 57.78%, vit B12 114 pg/mL. Glucosa 94 mg/dL, creatinina 0.92 mg/dL, sodio 142 meq/L, potasio de 2.49 meq/L, calcio 5,69 mg/dL, magnesio 0.79 mg/dL, GOT 49, GPT 75, FA 189, GGT 76 UI/L. Albúmina 2.76 g/dL. PCR 1,6 mg/L. Gamma e inmunoglobulinas dentro de los parámetros de normalidad. Hormonas tiroideas normales. PCR CMV negativa. 85/mmc CD4 absolutos, carga viral (VIH) 90352 copias. Estudio de heces: cultivo, parásitos y digestión negativo. Rx tórax: ICT<50%, sin imágenes de infiltrados ni derrames. Rx abdomen: abundante gas en marco cólico. Ecografía abdominal: Hígado de tamaño y ecoestructura normal, sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio. Porta permeable de calibre normal. No se visualiza dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Vesícula litíásica con pared de grosor normal e imágenes hiperecogénicas con artefactos en cola de cometa, localizados en fundus vesicular, sugestivas de focos de colesterosis. Bazo homogéneo de tamaño normal. Páncreas no visualizado por interposición de gas. Riñones de tamaño y ecogenicidad normal, sin dilatación de la vía excretora. Vejiga distendida sin lesiones parietales ni litiasis. Tránsito intestinal: Borramiento difuso de los pliegues de intestino delgado. Colonoscopia: Hemorroides externas grado I. Sin hallazgos ni alteraciones de la mucosa hasta flexura hepática.

Se realizaron pruebas y se adoptó una actitud que confirmó el diagnóstico.





VARON 69 AÑOS CON CUADRO DE AUMENTO PROGRESIVO DE SU DISNEA HABITUAL

Guerrero León, M.A.; Ruiz Serrato, A.; Vallejo Herrera, MJ; Bautista Galán, C; Villar Jiménez, J.; López Robles, C.; García Ordoñez, M.A. Hospital de Antequera. Málaga.

ANTECEDENTES PERSONALES: DM tipo 2. Seminoma en 1979 tratado con radio y quimioterapia. Metástasis pulmonar (lobectomía LID). Ca espinocelular dorsal en 2001 intervenido. Ingreso en diciembre 2008 por TEP subagudo de vasos segmentarios de ambas bases pulmonares con HTP severa 2ª, diagnosticándose además de Adenocarcinoma bien diferenciado de colon. Se practicó hemicolecotomía derecha (T3N0Mx). Se realizó cateterismo sin objetivarse HTP y ecocardiograma (mayo 2010): VI no dilatado con movimiento septal anómalo, hipoquinesia más acentuada a nivel apical y FE 38%, VD dilatado con disfunción sistólica moderada, IM leve. Ingresado en noviembre 2010 por fracaso renal agudo oligúrico por deshidratación secundario a cuadro de gastroenteritis con unas cifras al alta de creatinina 1.75 mg/dl y Hb 9.6 g/dl. Ingresado en Febrero 2011 por cuadro de uropatía obstructiva bilateral, con riñón izquierdo atrófico. En TAC se observó engrosamiento vesical, con realización posterior de cistoscopia que en AP mostraba cambios inflamatorios atribuidos a radioterapia previa. Se realizó nefrostomía percutánea con normalización de la función renal. Cateterismo en abril 2011 con enfermedad de 2 vasos. Revascularización percutánea completa con 3 stents no farmacoactivos en ACD y ACX. FE 33%. Anemia ferropénica con cápsula endoscópica que mostraba la presencia de múltiples úlceras en yeyuno distal e ileon. Tratamiento habitual: AAS 100 mg/24h, Clopidogrel 75mg/24h, Carvedilol 25 mg/24h, Furosemida 40 mg /24h, Fimvastatina 40 mg/24h, Omeprazol 20 mg/24h, Repaglinida 0.5 mg/24h, Insulina glargina 18 UI/24h, hierro oral.





ENFERMEDAD ACTUAL: Acude al servicio de urgencias por aumento progresivo de su disnea habitual de dos semanas de evolución hasta hacerse de reposo. Acompañado de ortopnea de tres almohadas, tos ocasional con escasa expectoración blanquecina, dolor torácico con el esfuerzo y febrícula en los últimos días. Diuresis abundante a través de nefrostomía derecha de aspecto claro. No edemas ni ganancia ponderal.

EXPLORACION FISICA: TA 128/61 mmHg, FC 112 lpm, Sat O₂ basal 86%. Sudoroso, taquipneico, lenguaje entrecortado. Reflujo hepatoyugular. ACR: Tonos rítmicos, taquicárdicos, sin soplos, hipofonesis basal derecha, sin otros ruidos sobreañadidos. Abdomen: anodino. MMII: sin edemas, sin datos de TVP.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: 11.900 leucos, 78%N, Hb 10.1, VCM 81.9, 102.000 plaquetas, gluc 201 mg/dl, creat 1.72 mg/dl, Na 135 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Ca 8.1 mg/dl, GOT 40 U/L, GPT 46 U/L, BT 0.4 mg/dl, FA 319 U/L, GGT 113 U/L, LDH 182 U/L, PCR 22.7 mg/dl, VSG 2 ml/h. Coagulación: INR 1.38, TP 15.9 seg. Seriación enzimática cardíaca negativa. Marcadores tumorales: PSA 2.51 ng/ml. Proteinograma: gammapatía policlonal inespecífica. Dosificación de inmunoglobulinas normales. Frotis de sangre periférica: Anemia microcítica e hipocroma con moderada anisopoiquilocitosis. Leucocitosis a expensas de neutrofilia con desviación a la izquierda. Refuerzo de la granulación en neutrófilos sugerente de leucocitosis reactiva. Trombopenia confirmada. Gasometría venosa: pH 7.37, pO₂ 52.2 mmHg, pCO₂ 32 mmHg, HCO₃ 28.5 mmol/l. Hemocultivo: negativo en los 4 frascos. Cultivo esputo: positivo E. coli Blee. ECG: taquicardia sinusal a 109 lpm, BCRDHH, alteraciones inespecíficas de la repolarización. Rx tórax: cardiomegalia global, pérdida de volumen del hemitórax derecho con elevación de hemidiafragma derecho por lobectomía de LID. Infiltrado en LSD. Pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. TAC toraco-abdominal: consolidación peribronquial en LSD, principalmente en el





segmento III, con derrame subpleural loculado en la periferia. Derrame pleural izquierdo. Adenopatías mediastínicas pretraqueales 12 y 13 mm de diámetro y prevasculares de hasta 12.6 mm. Atrofia renal izquierda. Nefrostomía derecha. Engrosamiento y rarefacción de la pared posterolateral izquierda de la vejiga. Sin otros hallazgos destacables abdominal. Ecocardiograma: VI no dilatado con movimiento septal anómalo, FE 50%, VD severamente dilatado con disfunción sistólica severa y signos de sobrecarga de presión, regurgitación mitral leve. Angio-TAC torácico: se descarta TEP. Fibrobroncoscopia: exploración suspendida por intolerancia y disnea con desaturación marcada (88% con VMK 50%).

EVOLUCIÓN: El paciente desde su ingreso presenta una evolución tórpida con fiebre, hemoptisis y datos de insuficiencia cardíaca. Posteriormente, y a pesar de que mejora cardiológicamente, el paciente continúa con insuficiencia respiratoria global con necesidad de oxigenoterapia a alto flujo. Se realiza una prueba que resulta diagnóstica.





MUJER 21 AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS CERVICAL Y NUDULOS PULMONARES

Gutiérrez Zafra, Jesús. Hospital San Agustín de Linares. Jaén.

ANTECEDENTES PERSONALES: Se trata de mujer de 21 años sin antecedentes personales de interés salvo fumadora de unos 15 cigarros/día y tratamiento con anticonceptivos orales. Contacto habitual con perros.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente remitida de CCEE de ORL por presentar en los 4 meses previos al ingreso, aumento de tamaño de ganglios submandibulares izquierdos sin otra clínica acompañante. Se realiza biopsia de dichas adenopatías con resultado linfadenitis por Leishmania quedando ingresada en nuestro Servicio para iniciar tratamiento y completar estudio.

EXPLORACIÓN FÍSICA: destaca: Cicatriz de biopsia ganglionar a nivel submandibular izquierda con adenopatías indoloras en zona pericicatricial y pequeña lesión verrucosa en cara interna de muslo derecho. Resto de exploración sin alteraciones reseñables.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma, bioquímica, coagulación, función tiroidea, PCR, proteinograma e inmunoglobulinas sin alteraciones. Marcadores tumorales: CEA, Ca 125, Ca 19.9, Ca 15.3, alfafetoproteína, beta2microglobulina sin alteraciones. Poblaciones linfocitarias: CD4 1515, CD8 1498, cociente CD4/CD8 1.01, Linfocitos totales 3220. Mielograma: normal. ECA: normal. Cariotipo de neoplasias hematológicas en médula ósea: sin alteraciones. Autoinmunidad: Factor reumatoideo, ANA y C –ANCA negativos. Mantoux: negativo. Serología: AC Ig G Varicela Zoster positiva, AC anti Leishmania +. Resto de serología: VIH, CMV, VEB, toxoplasma, VHB, VHC, Lues, Brucella, M. pneumoniae, coxiella, Chlamydia, Rickettsia negativas.





Citología PAAF-Biopsia de adenopatía submandibular izquierda: No se observan BAAR. Cultivos de micobacterias, aerobios y anaerobios: negativos. AP: linfadenitis por Leishmania. Citología PAAF-ecografía dirigida de adenopatía intraparotídea izquierda: linfadenitis granulomatosa. Entre las pruebas de imagen se realizan varios TAC tórax-abdomen donde se observan infiltrados alveolares, parcheados, bilaterales de morfología nodular en ambos pulmones sobre todo en el derecho de predominio en periferia. Estos hallazgos se confirmaron en TACAR de tórax. Se realiza fibrobroncoscopia; siendo esta normal así como Cultivos (bacterias, hongos y micobacterias) y citología para células neoplásicas de de BAL Y BAS negativos.

Durante su estancia se inicia tratamiento con anfotericina B con buena tolerancia de paciente, permaneciendo asintomática y afebril. Cumpliendo tratamiento de forma ambulatoria según protocolo hasta completar tratamiento.

En revisiones posteriores en nuestras Consultas externas: paciente permanece clínicamente asintomática con remisión de adenopatías. En TAC tórax de control no se detectan cambios en imágenes nodulares pulmonares así como negativización de Ac antileishmania. Se realiza TAC-PET corporal total detectándose varias lesiones de pequeño tamaño y escasa actividad metabólica siendo características de lesiones pulmonares de proceso no neoplásico.

Ante la persistencia de lesiones en nuevo TAC de tórax de control se decidió realizar una prueba que nos llevó al diagnóstico.





VARÓN DE 50 AÑOS QUE INGRESA POR PÉRDIDA DE VISIÓN EN OJO IZQUIERDO Y LESIONES CUTÁNEAS

Díaz Narváez, Fernando; Granados Reyes, Gema; Domínguez Herrera Juan Manuel; Barral Martín Francisco Javier. Sáez Ortega, Loreto. Hospital. Infanta Elena. Huelva.

ANTECEDENTES PERSONALES: Tabaquismo activo, bebedor moderado, cardiopatía isquémica revascularizada con Stent 2010, Fibrilación auricular crónica, anticoagulada con acenocumarol. En estudio por claudicación intermitente pendiente de completar estudio. Realizaba tratamiento con Acenocumarol, Enalapril 20, Bisoprolol, Simvastatina, Tramadol, Omeprazol 40, Ibuprofeno, Alprazolam.

Había sido valorado en consultas de medicina interna por dolores en MMII compatibles con claudicación intermitente, y en consultas de dermatología por lesiones cutáneas, pendiente de programar biopsia.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a urgencias del Hospital por presentar pérdida visual en ojo izquierdo de forma súbita. Es valorado por oftalmología que inicialmente diagnostica de embolia de arteria retiniana superior de Ojo Izquierdo.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general, eupneico consciente y orientado, afebril, ACR normal, BMV bilateral con sibilancias aisladas. No soplos carotídeos, abdomen blando y depresible sin megalias. Lesiones cutáneas generalizadas con máculas de 2,3,4 mm de diámetro no confluentes incluyendo palma de manos, y en pene, así como lesiones ulceradas con fondo blanquecino en boca mucosa labial y paladar.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Valoración oftalmológica: Precipitados endoteliales pigmentados difusos, Tindall positivo celular proteico en ambos ojos. En fondo de ojo derecho, papila de borde ligeramente sobre elevado, y ojo izquierdo con papila de borde levado, hemorragia, exudado blanco algodonoso en haz papilar superior, valorando el





cuadro como uveítis, con dudosa neuritis óptica y embolia de arteria retiniana superior de OI.

Hemograma: Hb 11.7 g/dl, Hcto 36%, Leucos totales 13200 (73% de PMN), VSG 18 mm¹h. Coagulación en adecuado rango de anticoagulación.

Bioquímica: Glucosa 121, urea 68, creatinina 1,31, HDL 8, LDL 51, TGL 274, FA 153, GGT 250, Vit B 12 y ac fólico normales. ANA negativo, ANCA negativo, Serología de clamidia, VIH negativas. RPR positivo 1/128, FTA IgG y AC Ig M de treponema positivo.

LCR: 4 cels con glucosa y proteínas normales. VDRL en LCR negativo. Orina sin alteraciones. Biopsia

cutánea: infiltrado linfoplasmocitario perivascular. Rx de tórax sin alteraciones.

ECG: variable con ritmo sinusal alternando con FA. RM Craneal signos de atrofia sobretudo frontotemporal.

Eco Doppler de TSA: placas de ateroma parcialmente calcificadas en bifurcación derecha e inicio de la carótida interna y en la bifurcación izquierda, sin signos de estenosis significativa.

Se solicitó una prueba que fue diagnóstica.





ANCIANA CON TETRAPARESIA AGUDA

Rico Lucena, M^aJ; García Casado, B; Castilla Guerra, L; Álvarez Suero, J; Álvarez, Salvador Vergara, A; Del Valle, J; Merino, M; Sánchez, J; Álvarez, LM; Espino, A; Pozuelo, F; Marín Martín, J. Hospital de la Merced. Osuna. Sevilla.

ANTECEDENTES PERSONALES: Mujer de 75 años de edad con los antecedentes de hipertensión arterial y DM tipo 2, que hacía seis años presentó una disminución brusca de la agudeza visual del ojo derecho, seguida a los pocos días de un cuadro similar en el ojo izquierdo. Fue catalogado como neuritis óptica retrobulbar (NOR) y recibió cinco dosis de metilprednisolona intravenosa, quedando una discreta pérdida de visión residual en el ojo derecho.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude nuevamente al hospital por comenzar con parestesias en ambos miembros inferiores, que rápidamente progresaron a una tetraparesia aguda.

EXPLORACIÓN FÍSICA: En la exploración la paciente presentaba una tetraparesia leve, más intensa en los miembros inferiores, con hiperreflexia en cuatro miembros, y con un nivel sensitivo desde C3.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El análisis de LCR mostró una ligera pleiocitosis linfocitaria, 13 células- 100% mononucleares-, con proteínas en 107 mg/dl y bandas oligoclonales positivas. El cultivo, la PCR para herpes virus y enterovirus, y la serología a Borrelia y virus exantemáticos, fueron negativos. Se realizó una Resonancia Magnética (RM) de cráneo, que no mostró lesiones cerebrales desmielinizantes, y otra RM de columna cervical que presentó una lesión inflamatoria extensa desde C2 a C6.

Se solicitó una prueba que fue diagnóstica.





MUJER DE 41 AÑOS CON ICTERICIA.

Merelo Ruiz, Begoña; Bejarano García, Ana. Hospital Infanta Elena. Huelva.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre DMNID. Marido VIH positivo.

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de 20 cigarrillos diarios desde hace 20 años. No bebedora de alcohol. Cuatro embarazos a término, parto normal. Dos abortos.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente que presenta ictericia mucocutánea de cuatro días de evolución acompañado de prurito, coluria y acolia. Refiere además alteración del hábito deposicional con aumento de la frecuencia y disminución de la consistencia de las heces. Ha perdido 4 Kg en los últimos dos meses, sin astenia ni anorexia. No ha presentado fiebre ni dolor abdominal.

EXPLORACION FISICA: Buen estado general, Consciente y orientada. TA 132/80 mmHg; FC 70 lpm, Tª 36.8°C. Ictericia mucocutánea. No estigmas de hepatopatía crónica. Exploración Neurológica sin hallazgos. Auscultación Cardiopulmonar: Tonos rítmicos, sin soplos. Buen murmullo vesicular. Abdomen blando y depresible, con dolor a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias palpables. No semiología de ascitis. Peristalsis presente. Miembros Inferiores sin edemas ni signos de TVP. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: en urgencias Hemograma: Hb 13,9 g/dl. Hto 41,2%. VCM 94 fl. Leucocitos 7.200; Segmentados 67%; Linfocitos 24,3%; Eosinófilos 1,6%. Coagulación: TP 0,92; TTPA 0,91. Bioquímica: Glucemia: 169 mg/dl, Creatinina: 0,28 mg/dl, Urea: 30 mg/dl, Bilirrubina total: 8,65 (Directa: 5,7 mg/dl), GOT: 145 UI/l, GPT: 482 UI/l, Amilasa 42 UI/l, Lipasa 150 UI/l.
Se pide una prueba diagnóstica





MUJER DE 77 AÑOS CON HEMORRAGIA DIGESTIVA DE ORIGEN INCIERTO.

Pérez Romero, T; Blázquez Puerta, A; Poveda Gómez F; Uribe Pérez, MV; Lebrón Ramos, JM; García Alegría, J. Hospital Costa del Sol. Marbella.

ANTECEDENTES PERSONALES: Alérgica a Sulfamidas. No hábitos tóxicos. HTA. Dislipemia. Fibrilación auricular paroxística desde abril de 2008. Estenosis aórtica moderada degenerativa. Anemia crónica normo-microcítica desde 2004 filiada como de perfil ferropénico, en noviembre 2008. Hematología establece diagnóstico de anemia con ferritina en el límite bajo de la normalidad y pauta sulfato ferroso. En estudio endoscópico digestivo alto presenta gastritis crónica y hernia de hiato. Intervenido en 2007 de adenocarcinoma de endometrio mediante Histerectomía con doble anexectomía y linfadenectomía (T1bN0M0). Última revisión Ginecológica en 2008 sin hallazgos patológicos. Prótesis bilateral de cadera. Tratamientos crónicos: amiodarona, acenocumarol, torasemida, enalapril, rabeprazol.

ENFERMEDAD ACTUAL: En Enero de 2009 acude a urgencias por astenia y dolor torácico, detectándose Hb de 7.5 g/dl y 8.5 g/dl precisando transfusión de 5 concentrados de hematíes. Se inicia tratamiento con hierro parenteral y se suspende anticoagulación. En marzo de 2009 se realiza colonoscopia que demuestra enfermedad diverticular de colon.

En enero y marzo de 2010 acude de nuevo a Urgencias por ángor hemodinámico, en analítica presenta Hb de 10 g/dl y 8 g/dl; precisando transfusión de 4 concentrados de hematíes. Endoscopia digestiva alta y colonoscopia sin datos relevantes. Dada la evolución, la ferropenia y la positividad del análisis en sangre oculta en heces, se continúa con el hierro parenteral. Presenta disnea a moderados esfuerzos. No alteraciones del ritmo intestinal ni exteriorización hemática a ningún nivel. Ingresa para estudio.

EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 110/70 mmHg. BEG. Eupneica. Afebril. Palidez de piel y mucosas. Normohidratada. No ingurgitación yugular. ACR: tonos rítmicos con soplo sistólico aórtico 4/6, sin extratonos. Murmullo





vesicular conservado. Abdomen blando, peristalsis presente, no visceromegalias. Extremidades sin edemas ni signos de flebitis. Pulsos conservados a todos los niveles.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica: Hemograma Hb 5.1 g/dl, Hcto 17.4%, VCM 94 fl, HCM 27 pg, plaquetas 236.000 /ul. Bioquímica: glucosa 125 mg/dl, urea 35 mg/dl, creatinina 0.79 mg/dl, Na 137 mEq/L, K 4.1 mEq/L, perfil hepático normal, LDH 392 U/L, PCR 0.16 mg/dl, colesterol 129 mg/dl, triglicéridos 66 mg/dl, ferritina 16 ng/ml, transferrina 272 mg/dl, Fe 89 ug/dl, folato 14.2, vitamina B12 475, haptoglobina 158 g/L, CEA <0.5 ng/ml. Reticulocitos 3.32%. Frotis: algún dianocito, algún PMN con apéndice nuclear, algunas plaquetas grandes. Cuantificación de Ig: Ig G 473 mg/dl, Ig A 49 mg/dl, Ig M 53 mg/dl. Sangre oculta en heces: positiva en una muestra. ECG: ritmo sinusal a 54 lpm, crecimiento de cavidades izquierdas. Ecocardiograma: Válvula aórtica con estenosis severa (gradiente máximo de 101 mmHg y medio de 62mmHg) y mínima regurgitación. Insuficiencia mitral leve. VI no dilatado con hipertrofia concéntrica moderada y función sistólica global y segmentaria conservadas. AI moderadamente dilatada. No Hipertensión pulmonar. Coronariografía: sin lesiones significativas. Aortografía: raíz aórtica calcificada con dilatación postestenótica con un máximo de 43 mm. Regurgitación grado ¼. Apertura reducida. Presión Aorta: 180/90 mmHg. Endoscopia digestiva alta: esófago normal. Línea Z coincidente con la impronta diafragmática. A nivel antral y cisura se aprecia adelgazamiento de la mucosa con parcheado amarillento sugerente de gastritis atrófica que se biopsia. Píloro y duodeno sin alteraciones. Se toman biopsias de mucosa duodenal para descartar celiaquía. Colonoscopia: Inspección anal sin alteraciones. Tacto rectal: esfínter normotónico. Se introduce colonoscopio hasta llegar a ciego en un colon mal preparado con abundantes restos sólidos, sobre todo en ciego y porción proximal de colon derecho. En saco cecal se identifica válvula ileocecal. En región proximal de colon derecho se aprecia pólipo de 3 mm y aspecto hiperplásico que se extirpa en su totalidad. En





colon transverso e izquierdo no se aprecian lesiones significativas. En sigma se visualizan algunos divertículos sin signos de sangrado reciente. En recto, a unos 7-8 cm de margen anal se identifica un pólipo de 4 mm y aspecto hiperplásico que se extirpa en su totalidad.

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS: se realizó soporte transfusional y administración de hierro parenteral y se mantuvo en todo momento estable hemodinámicamente. Se comentarán el resto de pruebas realizadas, diagnóstico final, tratamiento, y evolución de la paciente.





MUJER DE 78 AÑOS CON DOLOR Y DISTENSIÓN ABDOMINAL.

Herrero García, V; Rodríguez Díaz, F; Constán Rodríguez, J; Platero Sánchez-Escribano, M; Blanco Díaz, M; Pérez Belmonte, LM; Loring Caffarena, M; Martínez Delgado, C; Pérez Díaz, JM. Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez-Málaga.

ANTECEDENTES: HTA esencial con probable miocardiopatía hipertensiva en grado funcional II de la NYHA. Fibrilación auricular paroxística. Creatinina media estable en los últimos años de 1,35 mg/dl. Glaucoma. Gonartrosis bilateral. Prótesis de cadera derecha por coxartrosis en 2.008. No alergias conocidas. Autosuficiente para la vida diaria.

Vista por nuestro Servicio desde un año antes por padecer un cuadro de Polimialgia reumática (clínica compatible, VSG 78, PCR 79,5, anemia normocítica normocrómica) respondió bien al tratamiento con 30 mg de Prednisona oral diarios que le fue retirado 7 meses después por contar en una revisión programada un cuadro de moderado dolor de la cadera operada e impotencia funcional para la bipedestación y marcha, junto con marcadores inflamatorios persistentemente elevados, por lo que se inicia tratamiento antibiótico oral con Ciprofloxacino y Rifampicina por sospecharse infección tardía de prótesis de cadera derecha

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a urgencias refiriendo que desde hace tres semanas tiene dolor y distensión abdominal, de comienzo súbito, de tipo cólico localizado en epigastrio, irradiado a espalda, que aumenta con los movimientos y las maniobras de Valsalva, acompañado de sudoración y palidez cutánea, así como mareo no vertiginoso y malestar general. Sangrado anal rojo brillante, abundante, autolimitado, 10 días antes de acudir. En el último mes también refiere astenia, aumento progresivo del perímetro abdominal y disnea de pequeños esfuerzos hasta ser de grado III de la NYHA. Niega episodios febriles recientes, anorexia o pérdida ponderal. Estreñimiento crónico con abuso de laxantes. Tratamiento habitual: Acenocumarol (mal controlas las últimas semanas), Candesartan, Condroitín Sulfato, Calcio, Resindronato, Tramadol, Etoricoxib y Timolol.





EXPLORACIÓN FÍSICA en el momento del ingreso: Consciente, alerta y orientada en tiempo y espacio. Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Eupneica. Palidez mucocutánea. Tensión arterial: 120/60 mmHg. FC 80 lpm. T^a 37°C. Cabeza y cuello sin alteraciones. No ingurgitación yugular ni adenopatías, bocio o soplos. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: Globuloso, blando, depresible y distendido. Se palpa una masa no pulsátil, dura, que ocupa meso e hipogastrio sin visceromegalias. Hernia umbilical reductible. No signos de peritonismo ni defensa abdominal. Blumberg y Murphy negativos. Ruidos conservados. Puñopercusión renal negativa. Extremidades: Sin edemas, ni signos de TVP. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Deformidades articulares. No dolor a la movilización activa ni pasiva de caderas. Exploración neurológica: normal

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hematíes 3.250.000; Hb 8,4 gr; VCM 88.9; HCM 25.8; Plaquetas 541.000; Leucocitos 11.970 con 56 neutrófilos, 30 linfocitos y 13 monocitos. Tiempo de Protrombina (TP) 16,4; INR 1,43; Tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) 33,6. Glucosa 88 mg/dl; Creatinina 1,36 mg/dl; Filtrado Glomerular (MDRD-4) 40; Na 137 mEq/l; K 4,5 mEq/l; Troponina 0,01 ng/ml. Sedimento de orina: Normal. ECG: Rítmico a 90 lpm. Bloqueo completo de rama izquierda. Radiografía de tórax: Índice cardiotorácico aumentado. Sin derrame pleural ni infiltrados parenquimatosos. Radiografía simple de abdomen: Luminograma inespecífico. Presencia de gas distal. Sin signos obstructivos. Prótesis en cadera derecha. Signos degenerativos vertebrales. Ecografía abdominal: Hígado de estructura homogénea. Sin lesiones ocupantes de espacio. Vesícula biliar, vía biliar principal, porta, páncreas y bazo sin hallazgos. Riñones sin dilatación de vías excretoras. Gran masa, por debajo de la pared abdominal, muy heterogénea y escasamente vascularizada. Vejiga distendida.

Se decide su ingreso en planta de Medicina Interna para estudio y se realiza una prueba que resulta diagnóstica.





VARON DE 36 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL

Ruiz Padilla, F; Gil Gascón, J; Aguilar Gallego, M. Hospital Punta Europa. Algeciras. Cádiz.

ANTECEDENTES PERSONALES: No reacción adversa a medicamentos conocidas. Trastornos psicóticos sin control ni tratamiento. Ulcus duodenal grado II-B, tratado por endoscopia en 2009 (en seguimiento por el servicio de Digestivo), quistes sebáceos en cuello. Hábitos tóxicos: Fumador de cannabis de 8-10 cigarrros al día, bebedor importante.

ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 36 años que acude a urgencias refiriendo un dolor abdominal de 20 días de evolución, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho. No refiere traumatismos previos al episodio. Discreta coluria, no disuria, ni ictericia, afebril. No refiere incremento de la ingesta de alcohol ni otros tóxicos ni de productos herboristería.

EXPLORACION FISICA: Abdomen: blando y depresible, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, no presencia de ictericia, no aumento del perímetro abdominal, no presencia de masas ni adenopatías, no signos ascíticos. Resto de la exploración, sin hallazgos de interés.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: Leucocitos 6.660, Hemoglobina 12.7 g/dl, hematíes 4.05, hematocrito 37.2, plaquetas 217.000, VCM 91 fl, granulocitos 57% y resto de fórmula normal.

Bioquímica: Glucemia 99 mg/dl, Urea 16 mg/dl, Creatinina 0.76 mg/dl, Sodio 137 mEq/l, Potasio 4.28 mEq/l, Amilasa 52, Bilirrubina Directa 2.8 mg/dl, Bilirrubina Indirecta 1.50 mg/dl, GOT 239, GPT 214.

Ecografía de Abdomen: hígado de tamaño normal con área de trombosis segmentaria de zona anterior de porta derecha.

Radiografía de Abdomen: sin hallazgos de interés.





VARON DE 51 AÑOS CON PEQUEÑO DERRAME PLEURAL DERECHO CUYA CITOLOGIA RESULTA SOSPECHOSA DE MALIGNIDAD.

Romero Garrido, A; Ramos Jiménez, A; González Martín, T; Gutiérrez Moreno, J.M^a; Pérez Álvarez, F; Benítez León, M^a D; Benavente Fernández, A; Mytnik, M. Hospital General Básico de Baza. Baza. Granada .

ANTECEDENTES PERSONALES: Fumador de 20 cigarrillos, 50 paquetes año; Presentó fractura accidental de húmero derecho y fue trasfundido a los 25 años. Diagnosticado de esclerosis múltiple hace 7 años, no tiene secuelas apreciables. Trabaja en la construcción y no sigue ningún tratamiento médico.

ENFERMEDAD ACTUAL: Cinco meses antes de la consulta sufrió golpe sobre hemitórax derecho. Desde entonces presenta molestias y en las últimas semanas dolor de carácter mixto: mecánico y pleurítico a ese nivel. No hay fiebre, disnea, tos ni datos de afectación del estado general.

EXPLORACION FISICA: El estado general es bueno y las constantes son normales. Solo se detecta hipoventilación en base pulmonar derecha con ligera matidez a la percusión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma normal. Bioquímica general: ANA, pruebas reumáticas y TSH sin hallazgos salvo GPT: 140; GGT: 169; PSA, alfa-fetoproteína y Ca 19.9 normales. CEA: 5.6 (0-5).

Toracocentesis: se obtiene pequeña cantidad de líquido hemático que corresponde a un exudado estéril. La citología es infomada como: células mesoteliales y células displásicas vacuoladas, algunas en anillo de sello muy sospechosas de malignidad. Se realizan TAC toracoabdominal, fibrobroncoscopia y endoscopia digestiva alta. El paciente se encuentra bien, ha desaparecido el derrame pleural y es dado de alta tras seguimiento en consulta durante seis meses.





EVOLUCION: Nueve meses después consulta de nuevo por malestar en costado derecho; durante 3 días presentó esputo ligeramente hemoptóico. Existe ligera sensibilidad a la palpación en parrilla costal. Se realizan TAC toracoabdominal, fibrobroncoscopia, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, ecografía testicular y vesicoprostática que no aportan datos relevantes. El CEA es de 96.35.

Tras 6 meses de seguimiento el paciente mantiene buen estado general, no presenta fiebre ni ha perdido peso. Nota bulto en región axilo-pectoral izquierda que parece corresponder a lipoma. Se realizó ecografía que mostró adenopatías axilares y supraclaviculares; Tras la misma se practico prueba que resultó diagnostica.





VARÓN DE 63 ÑOS QUE CONSULTA POR DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES Y LESIONES CUTÁNEAS.

Ramos Cantos, C; Sánchez Simonet, M^{va}. Hospital Parque San Antonio. Málaga.

ANTECEDENTES PERSONALES: fumador importante y consumo moderado de alcohol. Niega otros factores de riesgo cardiovascular.

ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresado a cargo de Cirugía Cardiovascular para realización de bypass fémoro-femoral izquierdo-derecho por oclusión de arteria ilíaca externa derecha. Tras 5 días de la intervención se nos consulta por “dolor en primer dedo de pie derecho (a pesar de revascularización) y hematomas en miembros inferiores”.

Un mes antes había estado ingresado en nuestro centro por edema agudo de pulmón por infección respiratoria que precisó intubación orotraqueal. En ecocardiograma destacaba ventrículo izquierdo dilatado con función sistólica deprimida (FE 45%). Se realizó cateterismo cardíaco por arteria femoral izquierda (fallido por arteria femoral derecha) con resultado de arterias coronarias normales, siendo dado de alta con el diagnóstico de miocardiopatía dilatada idiopática. 48 horas más tarde comienza con dolor gemelar progresivo bilateral de predominio derecho y pie derecho hasta hacerse de reposo. 10 días después acude a Urgencias con cianosis distal bilateral, sin pulsos en miembro inferior derecho, con lesiones cutáneas en glúteo izquierdo y piernas y mialgias generalizadas. Es valorado por Cirugía Cardiovascular solicitándose arteriografía (realizada por miembro superior derecho) con hallazgo de oclusión de arteria ilíaca externa derecha, por lo que se plantea intervención quirúrgica.

EXPLORACION FISICA: normotenso, febrícula, buen estado general, exploración general normal, no soplos cardíacos ni abdominales, pulsos pedios normales. Piel de miembros inferiores: lívedo reticularis que aumenta con la bipedestación, con áreas purpúricas y necróticas en muslo y glúteo izquierdo y en ambos gemelos, cianosis distal de dedos de ambos pies y leves edemas en miembros inferiores.





PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hb 7 gr/dl, Hto 22,9% (normocítica, normocrómica), resto de serie roja normal, VSG 101 mm/h, coagulación normal, urea 64 mg/dL, creatinina 1,94 mg/dl, GOT 40 U/L, GPT 75 U/L, GGT 176 U/L, FA 124 U/L, CPK 1240 U/L, colesterol LDL 174 mg/dl, LDH normal, PCR 80 mg/L. ANA, FR, ANCA negativos. C3, C4 y CH50 normales. Crioglobulinas negativas. Test de Coombs directo negativo, haptoglobina levemente aumentada. Serología a VHB y VHC negativos. Sedimento de orina: normal.

¿Cuál sería el diagnóstico?





OFTALMOPLEJÍA DOLOROSA

Granados Reyes, Gema; Díaz Narváez, Fernando; Durán Ferreras, E; Hospital Infanta Elena, Huelva.

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 37 años con antecedentes personales de tabaquismo activo, 7-8 cigarrillos al día, exconsumidor de cocaína y heroína inhalada desde hace 5 años y alergia a nolotil. Intervenido de colostomía y urostomía por un traumatismo. Realiza tratamiento en con metadona 5 mg al día, gabapentina 150 mg cada 12 horas, dexketoprofeno 25 mg cada 8 horas.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a Oftalmología 4 días después de un traumatismo ocular por un puñetazo en el ojo izquierdo con visión borrosa y dolor especialmente a la movilización.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Afebril, normotenso, sin adenopatías accesibles. Cardiorrespiratorio: normal. Abdomen y extremidades: normales. Se detecta defecto pupilar aferente. No existía hiperemia conjuntival.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: normal. Coagulación: normal. Bioquímica general con serología de lúes y VIH negativos. ANA, ECA y anticardiolipina normales. Fondo de ojo: normal.

EVOLUCIÓN:

Un mes y medio acude a revisión y se detecta plejía de los movimientos oculomotores del ojo izquierdo. Por lo que solicita una prueba diagnóstica.





MUJER, 62 AÑOS, CONSULTA POR PÉRDIDA DE MEMORIA, RIGIDEZ GENERALIZADA Y MIOCLONÍAS.

Martínez Losada, Patricia; Domínguez Hidalgo, Lara. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Hermano esquizofrenia paranoide.

ANTECEDENTES PERSONALES: No alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Crisis hipertensivas ocasionales sin tratamiento habitual. Dislipemia en tratamiento dietético. Intervenciones quirúrgicas: Histerectomía con doble anexectomía. Tratamiento domiciliario habitual: Citalopram 20mg 1-0-1, Amitriptilina 10 mg 0-1-0, Clorhidrato de mapotrilina 10 mg ½-½ -1

ENFERMEDAD ACTUAL: Desde unos 6 meses antes, los familiares refieren que la paciente comienza con cambios del comportamiento (tristeza, negativismo, no salir apenas de casa), olvidos frecuentes (errores en los pagos) y desorientación. Dos meses previos al ingreso comienza, además, con dolores inespecíficos y sensación importante de ansiedad, junto con sintomatología visual que describía como “visión de los objetos deformados y borrosos”. Desde AP se realizó TAC craneal que fue normal y se derivó a Salud mental, donde se diagnostica de un síndrome ansioso-depresivo, iniciándose tratamiento con Maprotilina clorhidrato y Amitriptilina. La sintomatología empeora, añadiéndose a la clínica inicial rigidez y temblor progresivos, con alteraciones de la marcha, que en los últimos días le impedían la deambulación. Ante esto, se retira tratamiento farmacológico sin mejoría. Desde una semana aproximada antes del ingreso, inicia un cuadro de aislamiento y tendencia al sueño, con poca reactividad a estímulos y “sacudidas” musculares, que se agravan día a día.

EXPLORACIÓN FÍSICA Somnolienta, hiporreactiva, con apertura ocular a estímulos dolorosos. Afebril. Eupneica en reposo. TA 130/88. A la auscultación: corazón rítmico a buena frecuencia. No soplos. Buen murmullo





vesicular. Abdomen sin hallazgos. En la exploración neurológica se objetiva bajo nivel de conciencia, pupilas normorreactivas, disartria moderada, hipertonia generalizada con rigidez cérea que imposibilita la movilización cervical y de las articulaciones, clonus, Babinsky bilateral., mioclonías generalizadas continuas y alternantes, desencadenadas sobre todo con los estímulos auditivos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Hemograma: Hb 10.8 g/dl, normocítica-normocroma. Resto normal. Coagulación normal. Bioquímica: Glucemia 82mg/dl. Colesterol 231, Triglicéridos 168mg/dl. Hormonas tiroideas normales. Anticuerpos antitiroideos negativos. Vitamina B12 y ácido fólico normales. Proteinograma: normal. Sedimento orina normal. Serología en suero negativa. Radiografía de tórax: Normal. ECG: Ritmo sinusal a 80 spm. TAC craneal: normal.

Una vez descartadas las causas subyacentes más frecuentes, como la infecciosa, con los resultados de anticuerpos antitiroideos negativos y ningún dato en la historia clínica que nos pueda hacer pensar, en un primer momento, la existencia de una encefalitis o una neoplasia oculta continuamos estudio, realizando dos pruebas diagnósticas que fueron definitivas.





VARÓN DE 33 AÑOS QUE CONSULTA POR PÉRDIDA TRANSITORIA DEL CONOCIMIENTO.

Domínguez Hidalgo, Lara; Martínez Posada, Patricia; Martín Rodríguez, LM; Romero Alonso, A. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

ANTECEDENTES FAMILIARES Madre diabética con sospecha de enfermedad sistémica (amiloidosis vs PMR), padre fallecido a los 39 años por IAM, tía fallecida por cáncer de colon, hermana con hipotiroidismo, hijo fenilcetonúrico.

ANTECEDENTES PERSONALES Niega alergias medicamentosas. Fumador de unos 15 paquetes-año y bebedor ocasional. Hipertrigliceridemia leve sin tratamiento sin otros factores de riesgo cardiovascular. Pérdida de conciencia súbita de características similares al episodio actual hace 8 años por la que no llegó a consultar. Intervenciones quirúrgicas: astigmatismo, implante dental.

Situación basal: FF.SS. conservadas, vida activa, trabajo estresante, independiente para ABVD. Roncador habitual con pausas de apnea e hipersomnía diurna, sensación de sueño no reparador. No tiene cefaleas frecuentes. No realiza ningún tratamiento de forma habitual.

ENFERMEDAD ACTUAL: El paciente acude a Urgencias por episodio de pérdida del conocimiento en ausencia de pródromos, de 1 minuto aproximadamente de duración, que sucedió mientras se encontraba en sedestación,. Previamente se encontraba bien, únicamente algo cansado. Cayó al suelo golpeándose en la ceja izquierda y en la zona occipital. Perdió el control del esfínter urinario y al despertarse, dolor abdominal tipo cólico seguido de despeno diarreico. Recuperación progresiva *ad integrum*, encontrándose al principio algo confuso con intensa astenia posterior. No refiere haber sentido previamente dolor torácico, ni palpitaciones o disnea. No movimientos tonico-clónicos, ni diaforesis o palidez intensa, tampoco focalidad neurológica.





EXPLORACIÓN FÍSICA: Buen estado general. TA en sedestación 122/75. No se auscultan soplos carotídeos, no existe ingurgitación yugular ni adenopatías ni bocio palpable. ACP: corazón rítmico a 71lpm, no soplos ni extratonos. MVC sin estertores. Abdomen: hepatomegalia de 1'5 traveses de dedo, no se palpan otras masas o megalias, sin otras alteraciones. MMII: sin edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios palpables y simétricos. Neurológica: Normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: leucocitos 15.500 (Nfs 13.410, 86'5%), resto sin alteraciones. Bioquímica: glu 179, Urea 132, Creatinina 0'85, amilasa 68, Na 140, K 4, TnT 0'003, HbA1c 5'4%. Colesterol total 153, LDL 89, HDL 25, Triglicéridos 195. TSH normal. GSV: pH 7'39. Orina: glucosa 50. ECG: ritmo sinusal a 90lpm, eje normal, PR 0'2, intervalo QT corregido 0'28. Radiografía de cráneo: sin líneas de fractura. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. ETT: Normal. Holter EGG 24h: algunos episodios de bradicardia y pausas sinusales menores de 2 segundos, únicamente durante el sueño. Ergometría: clínica y eléctricamente negativa a alta carga. Telemetría: sin hallazgos relevantes.

EVOLUCIÓN: Asintomático en todo momento, sin presentar nuevos eventos clínicos ni en la telemetría. Algunas glucemias basales alteradas. Ante la normalidad de las pruebas complementarias y tratarse de un episodio aislado, decidimos dar de alta.

2º ingreso:

5 días después, nuevo evento de pérdida de conciencia de similares características al previo sin pérdida del control esfinteriano en esta ocasión. Posteriormente, episodio transitorio de desorientación t-e y confusión. Entonces, reinterrogamos al paciente (y a la esposa, que fue testigo presencial) sobre el primer episodio: destacando entonces una intensa astenia y tendencia al sueño durante la fase de recuperación.





Se realizan nuevas Pruebas Complementarias: EEG: normal. Doppler de troncos supraaórticos: normal. TAC craneal: discreto engrosamiento de la mucosa de revestimiento en seno esfenoidal izquierdo en relación con sinusopatía, hallazgos compatibles con otitis media crónica izquierda.

En este ingreso el paciente presenta un nuevo episodio sincopal que llegamos a presenciar en la planta. Valoramos una de las pruebas complementarias realizadas que aportan un dato fundamental.

3er ingreso: La misma noche del alta el paciente sufre un nuevo episodio sincopal, que fue algo más prolongado que los previos (>3 minutos) con movimientos tónico-clónicos asociados, mordedura de lengua y estupor postcrítico.

Ante el curso clínico nos replanteamos el diagnóstico.





LA CULPA FUE DE LA PUNCIÓN

Alfredo Arjona, A; Moreno Ferrer, N; Palomares Rodríguez, J; Sánchez Cano, D; Castillo Higuera, PL. Hospital Santa Ana. Motril. Granada.

ANTECEDENTES PERSONALES: Parto eutócico, enfermedades propias de la infancia. Migraña no filiada.

ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 27 años, trabajador de la construcción en paro. Deportista. Consulta en dos ocasiones en el servicio de urgencias por cefalea, fiebre y dolor abdominal.

El primer día se diagnosticó de viriasis y fue remitido a su domicilio con tratamiento sintomático. El paciente volvió a las 24hrs por persistencia de sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Lúcido, vigil, orientado en tiempo y espacio. Cefalea bitemporal. Exploración de pares craneales normales. Sin signos meníngeos. No adenopatías. Orofaringe algo hiperémica. Tª 38°C. Tórax: Ruidos cardíacos normofonéticos. Auscultación pulmonar normal. Abdomen: Blando, con dolor en epigastrio a la palpación. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Miembros inferiores sin particularidades.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica general: leucocitosis 15000 (83% PMN). PCR 15. RX de tórax y abdomen: normal. TAC craneal: sin alteraciones significativas.

EVOLUCIÓN: Ante la evidencia de fiebre y cefalea se decide realización de punción lumbar para descartar proceso infeccioso meníngeo. Punción de LCR: normal. Durante las siguientes horas se produce empeoramiento clínico con aparición de dolor abdominal y cuadro de abdomen agudo. Ecografía abdominal: hemoperitoneo y hematoma periesplénico. TAC abdominal: hemoperitoneo, hematoma periesplénico. Se realiza esplenectomía, encontrándose una lesión en cara anterolateral del bazo sugerente de ruptura espontánea.





Ingresa en UCI y posteriormente en la planta de Cirugía procediendo a interconsulta con nuestro Servicio para seguimiento. Iniciamos estudio para averiguar la etiología de la rotura espontánea del bazo orientando el caso como una mononucleosis-like. Las serologías solicitadas fueron todas negativas. Tuvo un cuadro de fiebre postquirúrgica y condensación pulmonar tratada como neumonía. La fiebre desapareció pero la clínica principal de cefalea intensísima no remitió, precisando perfusión analgésica durante más de 2 semanas.

Se solicitó una prueba diagnóstica que orientó hacia la posible etiología del caso.

La familia y el paciente piensan en todo momento que la causa de la rotura esplénica la tuvo la punción lumbar.





MUJER DE 22 AÑOS CON CEFALEA Y DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL.

Vergara Díaz, MA; Gómez Rodríguez, P; Gómez Hernández, M; De la Rosa Morales, R; Espinosa Calleja, R; Blanco Torró, MD. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

ANTECEDENTES PERSONALES: Mujer de 22 años, que como antecedentes de interés refería diagnóstico en la infancia de cuadro compatible con Síndrome Hipereosinofílico. No refería alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. A destacar como antecedentes familiares madre con Esclerosis Múltiple y padre con Tuberculosis pulmonar bacilífera en el año 2009. En el estudio de convivientes realizado se objetivó en la paciente una IDR de Mantoux de >20 mm, para la que realizó tratamiento con isoniazida de forma irregular.

ENFERMEDAD ACTUAL: La paciente acudió al Servicio de Urgencias de nuestro centro refiriendo cuadro de cefalea de localización frontal de 24 horas de evolución, que no cedía con AINEs, acompañado de disminución de la agudeza visual de predominio central en el ojo izquierdo. Asociaba náuseas sin vómitos. No había presentado fiebre. No refería clínica digestiva, respiratoria, ni alteraciones cutáneas o articulares. Negaba episodios previos similares. Se remite a las C. Externas de Oftalmología de nuestro centro, donde se objetivan datos compatibles con coriorretinitis. Tras comentar el caso con Medicina Interna se decidió su ingreso para estudio.

EXPLORACIÓN FÍSICA: en planta, la paciente presentaba buen estado general, se encontraba afebril y hemodinamicamente estable. Consciente y orientada en tiempo y espacio. En la exploración neurológica los signos meníngeos fueron negativos, y la exploración de pares craneales sin alteraciones. Campimetría de confrontación con déficit visual en OI. No se apreciaban déficit motores ni sensitivos y los reflejos estaban conservados. No signos cerebelosos ni alteraciones de la marcha. A la auscultación





cardiopulmonar presentaba murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos y tonos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos. Abdomen y MMII sin hallazgos significativos, ni datos flogísticos ni lesiones cutáneas.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Hemograma, bioquímica con perfil renal, hepático y cardíaco, sistemático de orina, estudio de coagulación, ANA, factor reumatoide, serologías de Sífilis, VIH, Toxoplasma y CMV, baciloscopia de esputo y orina. Todos ellos fueron normales o negativos, a excepción de leve eosinofilia (500 cél/mm^3) y serología CMV IgG positivo.

TAC craneal sin contraste: discreta asimetría entre ambos lóbulos occipitales de posible origen connatal sin evidencia de lesiones expansivas. Calcificación grosera de la tienda del cerebelo derecha y de la hoz del cerebro que correspondían a calcificaciones distróficas. Sinusitis etmoidal anterior bilateral y maxilar bilateral con nivel hidroaéreo. Estudio de líquido cefalorraquídeo: acelular, sin consumo de glucosa, proteínas normales, ADA normal, citología y microbiología negativos. Se solicitó nueva valoración oftalmológica mediante fondo de ojo (nódulos blanquecinos subretinianos con afectación del área macular, quedando la periferia libre de lesiones) y OCT (lesiones hiperrefringentes intrarretinianas).

Ante el resultado de los estudios realizados se amplió el estudio solicitando varias pruebas, una de las cuales permitió el diagnóstico de la paciente.





VARÓN DE 43 AÑOS CON DÉFICIT NEUROLÓGICO TEMPORAL ACOMPAÑADO DE CEFALEA Y PLEOCITOSIS

Massi Aguirre, Paulina; Durán Ferreras, Eduardo; Suárez Lozano, Ignacio. Hospital Infanta Elena. Huelva.

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 43 años, con Trastorno Bipolar y en tratamiento con Litio, dosis mantenidas desde hace varios años.

ENFERMEDAD ACTUAL: Refiere que días previos a su ingreso, presentó malestar general, al cual se agregó de manera súbita, cefalea tipo pulsátil, en ambas regiones temporales hasta hacerse holocraneal acompañado de fotofobia, sonofobia y parestesias en miembro superior izquierdo, la cual se extendió hasta miembro inferior izquierdo.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Regular estado general, afectado por dolor, eupneico y afebril. Exploración Neurológica: Glasgow 15. No rigidez de nuca. Pupilas con ligera anisocoria, normorreactivas. Pares craneales conservados. Tono y fuerza muscular conservada. Reflejos presentes. Hipoestesia en hemicuerpo izquierdo. Orofaringe normal Cuello: normal Cardiorespiratorio normal. Resto de exploración sin interés.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: leucocitosis 18.730 con neutrofilia: 15.020 Linf: 2.490. Coagulación: Normal y Bioquímica: en la cual tanto la glucosa, iones, función renal, niveles de litio y PCR eran normales. Pruebas de Imagen: TC craneal: normal. LCR: pleocitosis, 40 células de predominio mononuclear 100% y con proteinorraquia de 271mg/dl (15-45), ADA, glucosa y Lactato Normales. Gram de LCR: negativo. Hemocultivos negativos.

EVOLUCIÓN: Durante su hospitalización permaneció en todo momento afebril. Presentó parestesias en hemicuerpo izquierdo, resolviéndose en menos de 24 horas.





Al 4º día, en planta presentó nuevo episodio caracterizado por trastornos del lenguaje y desorientación temporo-espacial, todos estos de horas de evolución y autolimitados, por lo que se procedió a realizar nuevo TAC craneal nuevamente informado como normal , y una nueva PL en la que se obtiene un liquido claro de características superponibles al previo, salvo que se evidencia ligera disminución de la celularidad 30, y de la proteinorraquia inicial (82), resto de parámetros normales. RNM craneal, sin evidenciarse alteraciones salvo moderada atrofia y un EEG el cual registraba actividad fundamentalmente enlentecida, compatible con una leve-moderada afectación cerebral difusa.

El tratamiento instaurado en el paciente desde el inicio y ante la gran posibilidad de encontrarnos frente a una meningitis de probable origen viral, dada la pleocitosis de predominio linfocitario existente en el LCR, fue Aciclovir a dosis plenas durante 10 días (10mg x kg / 8horas durante 7 días) Se consultó con S. Neurología, llegando al diagnostico, previa exclusión de otras entidades clínicas.





VARÓN DE 57 AÑOS CON TROMBOSIS YUGULAR BILATERAL.

Chacón Serrano JA. Martínez, T; Galbarro, J; Morales, M^a; Garcés, M; Palomo, S. Hospital de Riotinto. Huelva.

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 57 años, sin patologías de interés, ni consumo de tóxicos, ni tratamiento, obeso. Antecedentes familiares sin relevancia. Trabajador del campo.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude a consulta en octubre aquejando hinchazón de la cara y el cuello, preferentemente nocturna y que mejora al levantarse, sin disnea. Antes, en mayo, había consultado por clavarse una espina de pescado en la faringe y notarse un tumor supraesternal. Fue revisado ese mes por ORL con laringoscopia normal y con TAC de cuello sólo con un tiroides multinodular. Hizo tratamiento antibiótico y en la revisión ORL de agosto refiere ocasional hinchazón del cuello y carraspera, de nuevo sin hallazgos en la exploración ORL.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Estado general bueno. Bien coloreado. Obeso. Discurso, marcha y motricidad normales. Cuello con laringe con movilidad normal, ligero bocio difícil de valorar por obesidad, sin adenopatías ni ingurgitación yugular visible. Auscultación cardiopulmonar y abdomen sin alteraciones. No edemas. TA 120/70. FC: 76 spm.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma normal, con Hb de 15 g/dl. Coagulación normal. Bioquímica con función renal y hepática normales. Perfil lipídico normal. PCR 36 [0-5]. Orina normal. Función tiroidea normal, con anticuerpos antitiroideos negativos. Ecografía de cuello: tiroides multinodular, y trombosis venosa crónica de ambas venas yugulares.

EVOLUCIÓN: Poco después de la consulta de octubre, e iniciada ya la anticoagulación oral, acude a urgencias por hinchazón de la cara y el cuello, junto con disnea de pocos días de evolución. Presenta allí un episodio de bradicardia y disnea. Se realiza TAC urgente de cuello y tórax, mostrando





XXVIII REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA



trombosis de las venas yugulares externas e internas y la cava superior, con estrechamiento de la vía aérea en la orofaringe y cuerdas vocales.

Ingresa en UCI a causa de insuficiencia respiratoria por edema de vías respiratorias superiores en relación con trombosis de yugulares y cava.





VARÓN DE 59 AÑOS CON SÍNDROME CONSTITUCIONAL

Varón de 59 años con síndrome constitucional. Ruíz Gómez, J; Sillero Sillero, C; Montero Rivas, L; Mejías Real, I; Tirado Miranda, R; Ibáñez Bermúdez, F. Hospital. Infanta Margarita. Cabra.

Paciente varón de 59 años, remitido a planta de hospitalización desde consultas externas de Medicina Interna para estudio de síndrome constitucional.

ANTECEDENTES FAMILIARES: padre fallecido de cáncer, sin poder especificar tipo ni localización, a los 64 años.

ANTECEDENTES PERSONALES: Sin alergias farmacológicas conocidas. No refiere enfermedades de interés. No intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos. Trabajador de la construcción. Vive en el hábito rural sin animales domésticos.

ENFERMEDAD ACTUAL: Consultó seis meses antes del ingreso por pérdida de peso no cuantificada sin hiporexia con datos clínicos de desnutrición y sin aumento de actividad física. Describe edemas en zonas declives de predominio vespertino. No otra clínica en la anamnesis por aparatos.

EXPLORACIÓN FÍSICA: TA 101/59 mm Hg FC 87 lpm T^a 36,6°C peso 44 Kg (peso en consultas externas 6 meses antes 53 kg), talla: 153 cm, IMC: 18,80 kg/m². Anodina, salvo marcada hipotrofia muscular

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

En consultas externas: Analítica realizada por médico de atención primaria: destaca anemia microcítica hipocrómica con Hb11,5 gr y Htco 35,7 con patrón férrico de trastornos crónicos. Orina sedimento normal, proteinuria negativa en orina de 24h. Bioquímica sin alteraciones, con eje tiroideo normal. PCR 6.1. Rx tórax, rx simple de abdomen y ecografía abdominal sin





alteraciones significativas. Proteinograma: Gamma 22,8 (11-18), hipoalbuminemia leve 3,4. Inmunoglobulinas e inmunofijación en suero normal. Autoinmunidad negativa (ANA, anca, anti TPO /TG). Cadenas ligeras en orina con presencia de fracción kappa de 2,73 (0-0,73). Ecocardiografía transtorácica: sin alteraciones. TAC abdomino-pélvico: Se visualizan adenopatías de tamaño significativo tanto en mesenterio como en retroperitoneo, periaórticas y cadenas ilíacas siendo el resto de la exploración normal. Laparotomía con toma de biopsia ganglionar intraoperatoria con contenido graso. Biopsia ganglionar seleccionada: Nódulos de necrosis grasa envueltos parcialmente por tejido adiposo viable con ausencia de células neoplásicas.

Durante hospitalización: Hemograma: anemia microcítica hipocrómica con Hb 8,9 gr, VSG 78 mm. Bioquímica: destaca CT 97 mg/dl (HDL 16 mg/dl / LDL 55mg/dl), con triglicéridos 129 mg/dl. Perfil hepático y renal sin alteraciones, iones normales. Proteínas 6 g/dl, albumina 2,9 g/dl. PCR 5,6. Autoinmunidad negativa: ANA/ANCA/Anti DNA. Serología: luética, VIH, VHC, VHB negativa. Estudio celiaquía negativo: antigliadina, antiendomiso y transglutaminasa normales. Coprocultivos negativos. Análisis de heces: gránulos de almidón sin digerir, digestión de grasas y proteínas completa. Tránsito intestinal sin hallazgos patológicos. RM abdominal: adenopatías mesentéricas (máxima de 11mm), retroperitoneales paraaórticas y interaortocavas. Adenopatías retrocrales (9mm). Ligera dilatación de intestino delgado con engrosamiento concéntrico de su pared de aspecto inflamatorio y/o edematoso. Resto sin interés.

Finalmente se realizó una prueba que resultó diagnóstica.

