

XXV Reunión Científica de Otoño

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

7 y 8

Noviembre 2008

Hospital San Juan de Dios
del Aljarafe
Bormujos (Sevilla)

Programa Científico

Resúmenes de comunicaciones
Información de interés
Programa social

Organiza:
Unidad de Medicina Interna
Servicio de Medicina



CONSORCIO SANITARIO PÚBLICO DEL ALJARAFE

HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS
DEL ALJARAFE



CONSORCIO SANITARIO PÚBLICO DEL ALJARAFE
www.hsjda.es

Lugar de celebración:
Salón de Actos del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (planta -1)

Organiza:
Unidad de Medicina Interna. Servicio de Medicina del
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

Edita:
Departamento de Comunicación.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Programa Científico

Viernes 7 de Noviembre

17:00: Recepción e inauguración.

- Dr. José Luis García Garmendia, Director Gerente Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.
- Dr. Felipe Diez García, Presidente de la SADEMI.
- Dr. Antonio Fernandez Moyano, Jefe de Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

17:10-17:55: Exposición de Casos Clínicos.

- **Paciente joven con disnea, tos, hemoptisis y picos aislados de fiebre.**
Dra. Eva Lozano Loaliza. Hospital Juan Grande. Jerez de la Frontera.
- **Varón de 57 años con insuficiencia cardiaca e hipopotasemia.**
Dr. Francisco Laynez Bretones. Hospital La Inmaculada. Huércal-Olvera Almería
- **Síndrome de Turner, DM1 e hiperémesis.**
Dr. Jaime Galbarro Muñoz. Hospital de Riotinto. Huelva.

17:55-18:10: Café

18:10-19:00 Recepción de residentes.

Dr. Felipe Diez García, Presidente de la SADEMI
Dr. Emilio Pujol de la Llave, tutor vocal en la Comisión Nacional de Medicina Interna.

19:00-19:45 Conferencia: Limitación del esfuerzo terapéutico: tomar decisiones desde la incertidumbre.

Dr. Manuel de los Reyes, Presidente de la Sociedad Española de Bioética Fundamental y Clínica.
Doctor en Medicina. Magíster en Bioética. Instituto de Cardiología, Madrid

19:45-21:00 Asamblea de la SADEMI.

21:45 Cena-Espectáculo en Casa Palacio de los Guardiola.

Sábado 8 de Noviembre**9:30-11:30: Exposición de Casos Clínicos.**

- **Mujer de 57 años con asma bronquial, debilidad motora y parestesias en cuatro miembros, nódulos cutáneos y fiebre.**
Dr. Antonio Ruiz Serrato. Hospital de Antequera. Málaga
- **Paciente varón de 69 años con LLC que presenta pancitopenia datos de encefalitis y fiebre.**
Dr. Jorge Marín Martín. Hospital de la Merced. Osuna.
- **Varón con lesiones óseas.**
Dra. Teresa González Martín. Hospital de Baza. Granada
- **Varón de 37 años con síndrome anticolinérgico.**
Dr. Ildefonso Pulido Ruiz. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.
- **Mujer de 63 años con melanoma avanzado.**
Dra. Rocío Fernández Ojeda. Hospital San Juan de Dios Aljarafe.
- **LOES hepáticas en paciente joven.**
Dra. Carolina Luque Amado. Hospital de la Serranía de Ronda. Málaga
- **Un caso de fiebre y disfagia.**
Dr. Enrique B. Romero Sánchez. Hospital Central de Faro.

11:30-12:00: Café**12:00-13:40: Exposición de Casos Clínicos.**

- **Varón de 70 años con síndrome febril.**
Dr. Cristóbal Pavón López. Hospital Infanta Margarita. Córdoba
- **Lesiones eritematoescamosas en miembros inferiores y glositis en mujer de 46 años.**
Dra. Mónica Loring Caffarena. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga.
- **Mujer de 58 años con inmunodeficiencia celular y lesiones cutáneas.**
Dr. Daniel Marín Dueñas. Hospital de Jerez de la Frontera.
- **Mujer de 33 años atendida en varias ocasiones en urgencias por crisis de ansiedad.**
Dra. Gema María Granados. Hospital Infanta Elena. Huelva
- **Mujer de 37 años con fiebre, síndrome de Horner y esplenomegalia.**
Dra. Mariam Noureddine López. Hospital Costa del Sol. Marbella.

14:00: Almuerzo

Resúmenes de comunicaciones

PACIENTE JOVEN CON DISNEA, TOS, HEMOPTISIS Y PICOS AISLADOS DE FIEBRE

Autor: Eva Lozano Loaiza

Otros autores: Serrano A., Clavo A., Garcia J., Tinoco MJ. , Herrán M., Sasián S. Hospital Juan Grande (Jerez de la Frontera, Cádiz)

Paciente de 44 años que consulta por disnea, tos y hemoptisis de una semana de evolución, acompañado de un pico febril en los días previos, sin respuesta favorable al tratamiento antibiótico empírico que se había iniciado ambulatoriamente.

Como antecedentes personales destacan: fumador de 20 cigarrillos/día, bloqueo aurículo-ventricular completo con colocación de marcapasos definitivo en el año 2000 y recambio del mismo en julio de 2007, sufriendo como complicación una infección del lecho quirúrgico en el postoperatorio inmediato.

La exploración física no mostraba alteraciones de interés. Analíticamente: HB.11.3gr/dl, hematocrito: 25% y ligera neutrofilia, sin otros hallazgos.

Radiológicamente, se apreciaba una condensación cavitada a nivel del segmento posterior del lóbulo superior izquierdo, confirmada por TAC torácico, donde se observa además la existencia de otras lesiones nodulares periféricas. Se le realizó ecocardiograma transtorácico y transesofágico que no evidenciaron lesiones vegetantes. Las serologías y los estudios inmunológicos realizados así como la ecografía abdominal y la fibrobroncoscopia tampoco aportaron datos de interés.

A pesar de ello y en el contexto clínico del paciente, se decidió iniciar tratamiento con vancomicina, rifampicina y gentamicina durante 6 semanas como tratamiento de embolismos sépticos secundarios a una posible infección en relación al marcapasos.

Tras un mes asintomático, inicia nuevamente cuadro de fiebre, por lo que reingresó para estudio. Durante el mismo se realizó una exploración complementaria que resultó diagnóstica.

VARÓN DE 57 AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA E HIPOPOTASEMIA

Autor: Francisco Laynez Bretones

Otros autores: Martín Revellés B., Carrillo Alascio PL., Corrales Torres AJ., Pérez Serrano JM., Baena Delgado JC.

Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa, Almería)

Varón de 57 años de edad que consulta por disnea.

Antecedentes: Dislipemia, hiperuricemia, apendicectomizado e intervenido de fisura anal. Fumador de 20 paquetes/año, sin otros hábitos tóxicos. Sigue tratamiento domiciliario con Fenofibrato, Alopurinol y AAS. No alergias conocidas.

Enfermedad actual: Consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por disnea de moderados esfuerzos, junto con tos no productiva. En las dos últimas semanas el cuadro se acompaña de disnea paroxística nocturna, ortopnea, nicturia y edematización de extremidades inferiores.

Exploración Física: TA 170/90 mmHg. Afebril. Buen estado general. Consciente y orientado, no focalidad neurológica. Eupneico en reposo. Tolera el decúbito. No ingurgitación yugular. No bocio ni adenopatías. AC: tonos rítmicos sin soplos. AP: disminución global del murmullo vesicular, mínimos crepitantes en bases. Abdomen: normal. Extremidades: ligeros edemas maleolares sin fóvea.

Pruebas Complementarias HEMOGRAMA: leucocitos 16.000 mil/mm³ (neutrófilos 88%). **BIOQUÍMICA:** creatinina 0,8 mg/dl, urea 42 mg/dl, sodio 144 mmol/l, potasio 2.3 mmol/l, CPK 64 UI/l. **GASOMETRIA ARTERIAL:** pO₂ 65 mmHg, pCO₂ 34 mmHg, pH 7.65, HCO₃ 34 mmol/l, satO₂ 95%. **ECG:** ritmo sinusal a 70 lpm, signos de sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo. **Rx TORAX:** ligera cardiomegalia

Evolución: El paciente se diagnostica de: 1) Hipertensión arterial. 2) Insuficiencia cardíaca. 3) Hipopotasemia. Se aconseja tratamiento ambulatorio con Enalapril 20 mg/d y Espironolactona 100 mg/d. Transcurrida 1 semana, consulta nuevamente ante la falta de respuesta clínica, por lo que ingresa en planta de Medicina Interna.

SÍNDROME DE TURNER, DM1 E HIPEREMESIS

Autor: Galbarro Muñoz, J.

Otros autores: González Lobato, M.J.; Arroquia Gomez, J.M., Villalba Lopez, J.L., Pinto Sánchez, M.M. Chacon Serrano J.A. y Palomo Gil, S.
Hospital de Riotinto (Huelva)

Paciente de 19 años de edad afecta de Síndrome de Turner y antecedentes de DM 1 desde los 8 meses de vida, enfermedad celíaca e hipotiroidismo primario.

Ingresa en nuestro servicio con cuadro de anorexia, vómitos de repetición, dolor abdominal y pérdida de 6 Kg. en un mes.

En la exploración física destacamos: rasgos propios de Síndrome de Turner, abdomen doloroso a la palpación en ambas fosas ilíacas sin que se palpase nada anormal. TA: 80/66. El resto de exploración física fue compatible con la normalidad.

Las determinaciones analíticas a su ingreso fueron normales salvo: Glucosa basal: 216 mg/dl, HB1 Ac: 8,4%, Prolactina 127,6 ng/ml., Macroprolactina: 85%.

Las pruebas de imagen (Rx de Tórax, Rx de abdomen, Ecografía abdominal, FG, Transito intestinal baritado, TAC craneal) no mostraron alteraciones significativas.

Se practicaron otras exploraciones que nos proporcionaron el diagnóstico.

La respuesta al tratamiento fue favorable con remisión de toda la sintomatología.

MUJER DE 57 AÑOS CON ASMA BRONQUIAL, DEBILIDAD MOTORA Y PARESTESIAS EN CUATRO MIEMBROS, NÓDULOS CUTÁNEOS Y FIEBRE

Autor: Antonio Ruiz Serrato

Otros autores: Raquel Moya Benedicto, Pilar Macias Mir, Antonio Pedrajas Jiménez, Jesús Villar Jiménez, Miguel Ángel García Ordóñez.

Hospital de Antequera (Málaga)

Diagnosticada hace 8 años de asma bronquial moderada-severa con frecuentes exacerbaciones que requerían tratamiento con esteroides orales. Mala cumplidora de tratamiento. Pruebas cutáneas para alergenitos inhalantes positivas para gramíneas. IgE total 176,4 UI/ml. IgE específica para ácaros y alternaria negativa. Eosinófilos $0,95 \times 10^9/L$. FVC 1700 ml (57%), FEV1 950 ml (42%), FEV1/FVC 55,76, MMEF 75/25 260 ml (7%). Tratamiento habitual con tiotropio, salmeterol /fluticasona y terbutalina inhalada a demanda. Última revisión 5 meses antes agregándose nuevo ciclo de esteroides orales y montelukast por mala respuesta al tratamiento previo.

Acude a Urgencias por cuadro de 3 meses de evolución de debilidad progresiva en cuatro miembros de predominio distal hasta dificultarle seriamente la deambulación, acompañada de parestesias y disestesias a dicho nivel, poliartalgias y rigidez en manos, apareciendo en las últimas 48 horas nódulos cutáneos pruriginosos en ambos tobillos, tos escasamente productiva mucosa y fiebre de 38,5°C.

Tª 38,5 °C, TA 145/87, FC 110 l.p.m., FR 25 r.p.m. Sat. O2 respirando aire ambiente 95.

Obesa. Leve taquipnea. Sibilantes audibles. Facies cushingoide. Telangiectasias nasomales bilaterales. Cuello normal. AC: tonos rítmicos a 110 l.p.m. interferidos por ruidos respiratorios. AP: sibilantes espiratorios diseminados. Abdomen normal. Extremidades: rigidez en ambas manos, amiotrofias muy marcadas en interóseos de ambas manos, nódulos cutáneos rojo-vinosos no dolorosos de entre 1,5-2,5 cm. en ambos tobillos, marcada debilidad motora en cuatro miembros de predominio distal con parálisis de la dorsiflexión del pie derecho y la flexión plantar del pie izquierdo, hipoestesia en guante y calcetín y arreflexia universal. Marcha muy dificultada por debilidad motora referida. Resto de examen neurológico normal.

Hemograma: leucocitos 55,30 $\times 10^9/L$ (N 14,21 $\times 10^9/L$, L 3,9 $\times 10^9/L$, E 36,05 $\times 10^9/L$, M 0,99 $\times 10^9/L$); serie roja, plaquetas y coagulación normales. VSG: 10 mm 1^h. Frotis de sangre periférica: eosinofilia confirmada, no se observan alteraciones morfológicas en ninguna serie.

Bioquímica completa: GOT 80 U/L, GPT 87 U/L, fosfatasa alcalina 244 U/L, GGT 111 U/L, LDH 455 U/L, proteínas totales 6,0 g/dl (albúmina 2,30 g/dl, alfa-1 0,48 g/dl, alfa-2 1,11 g/dl, beta 0,59 g/dl, gamma 1,50 g/dl), PCR 14,33 mg/dl. Inmunoglobulinas normales. C3 y C4 normales. Factor reumatoide 169,0 UI/ml. ANA negativo. Gasometría arterial respirando aire ambiente: pH 7,43, pO₂ 75,0 mmHg, pCO₂ 49,6 mmHg, bicarbonato 30,7 mmol/L, EB 6,1 mmol/L, saturación O₂ 95,3 %. Orina: proteínas 200 mg/dl, Hb >1 mg/dl, frecuentes cilindros granulados, frecuentes cilindros hialinos, 20-30 leucocitos/campo, 20-50 hematíes/campo. Urocultivo negativo. Hemocultivos negativos. Cultivo de esputo: abundante crecimiento de Haemophilus influenzae biotipo I sensible a ampicilina. ECG: taquicardia sinusal 110 l.p.m. sin otras alteraciones. Rx de tórax normal. TAC torácico de alta resolución: escasos tractos fibrosos en base derecha con algunas pequeñas bronquiectasias asociadas. TAC de senos paranasales normal. Ecografía abdominal normal.

Ecocardiograma transtorácico normal. Electroneurograma: signos de polineuropatía sensitivo-motora mixta de predominio axonal severa con mayor afectación de nervios ciático poplíteo externo derecho y ciático poplíteo interno izquierdo

Se realizaron pruebas diagnósticas.

PACIENTE VARÓN DE 69 AÑOS CON LLC QUE PRESENTA PANCITOPENIA DATOS DE ENCEFALITIS Y FIEBRE

Autores: Jorge Marín Martín, Jesús Álvarez Suero, Eduardo Carmona Nimo, Luis Castilla Guerra, Antonio Espino Montoro, Francisca Pozuelo del Rosal, Luis Miguel Álvarez Aragón, Jorge Sánchez Villegas y Manuel Merino Rumin Hospital de la Merced (Osuna, Sevilla)

Antecedentes: DM 2, HTA, Obesidad, Paresia de deltoides derecho tras sección traumática del nervio. Intervenido de cataratas y apendicetomía. LLC desde hace unos años tratada con Leukeran hasta hace 5 meses que por duplicación de linfocitos, esplenomegalia y plaquetopenia se decide inicio de tratamiento con Fludarabina completando 4 ciclos HPB. Tratamiento previo al ingreso con Omnic 0.4, Neourgenin, Unidiamicron, Famvir 250, Septrim forte, Omeprazol, Orfidal, levofloxacino y Augmentine.

Historia actual: Desde hace más de 6 semanas deterioro progresivo con febrícula y desde hace 20 días fiebre, tos diseñada de esfuerzo y polaquiuria. Se realiza TAC toracoabdominal con hepatoesplenomegalia y adenopatías abdominales y se comprueba analítica con pancitopenia moderada, decidiéndose suspender la Fludarabina y realizar tratamiento. Para un herpes nasal/palpebral con Famvir y ciclo de hasta 19 días de Septrim a dosis de TTO: de P. Jirovecii y levofloxacino/Cefditoren este último con mala tolerancia.

Persiste febrícula y mantiene anorexia, astenia intensa, inversión de ritmo de sueño y bradipsiquia. Episodio de polaquiuria y tenesmo con orina normal calificado de trigonitis tras ECO normal urológica. Persiste somnolencia con Na 124 en una determinación pero TAC normal, reapareciendo la fiebre y decidiéndose ingreso.

Como otros síntomas episodios ocasionales de temblor en reposos y también intencional en MSD.

Exploración: TA 110/60 mmHg. Temp.38.5° Peso 85 Kg. Consciente y colaborador pero tendencia al sueño y respuestas lentas. No signos meníngeos. Auscultación CR normal. Abdomen globuloso no doloroso. Leve edema maleolar. ROT presentes, Babinski flexor.

Pruebas complementarias: Hgb 10.6, VCM 100.6, Leucocitos 3830 (N 1400, L 2100), Pla_q 42.000. PH 7.40, Cpk 47, Glucosa 102, Urea 35, Na 132, K 4.5, Bil 1.17, GOT 43, LDH 974, PCR 26.6 y 39.9 R. Bengala negativo Orina normal Coombs negativo. Ferritina 509, aslo 11 TSH 1.42, B12 435, Folico 2.3, PSA, CEA, CA 19.9 negativos CD4 25% (muestra coagulada),Cortisol 7.4 Alb 3.3Beta-2 microglobulina 0.34 (0-0.22) EB CMV negativos. Ag criptococo negativo en sangre y LCR. Lues RPR suero puro resto negativo en sangre y LCR. Proteinograma con hipogamma globulinemia Baciloscopias x 3 negativas así como P. Carinii. LCR (tras transfusión de plaquetas):40 células 85% linfocitos. Cultivo y tinciones gram, tinta china y ZN negativas. ADA normal pendiente de LW.

Eco abdominal: hepatoesplenomegalia moderada con algo de líquido libre peritoneal sin otros focos inflamatorios.

Rx Tórax: ICT en límite superior. Ausencia de infiltrados

FONDO de OJOS: normal.

RMN Cerebral: moderada atrofia corticosubcortical que condiciona una ligera dilatación ventricular pasiva.

Evolución: Rápida progresión de la pancitopenia con HGB 7.4, Pla_q 19.000 y Neutrof. 400, junto con fiebre. Se transfunden plaquetas para PL y Hematíes grupo B (-). Pese a Fluconazol/flucitosina, Cefepime, Levofloxación y Aciclovir 800 /4 h por herpes sigue muy postrado con bradipsiquia y sólo mejora la fiebre a febrícula, iniciando Neupogen. Presenta mioclonias evidentes en MSD que mejoran con Valproico. Se reciben resultados diagnósticos y se ensaya tratamiento.

VARÓN CON LESIONES ÓSEAS

Autora: Teresa González Martín

Otros autores: Soto Ferrer F, Benítez MD, Gutiérrez JM, Ramos A, Pérez P, Mytnik M.

Hospital de Baza (Granada)

Varón de 75 años, con antecedentes HTA. Hernia hiatal, RGE y enfermedad de Paget. No alergias. Lesiones líticas, dolorosas a nivel distal de radio derecho de varios meses de evolución en estudio.

Ingresa procedente de urgencias por dolor lumbar y en cadera derecha de meses de evolución sin respuesta analgésico. Edemas en ext. Inferiores y cuadro constitucional.

Exploración: apirético. TA: 160/80, aceptable estado general. No adenopatías palpables, AP: sibilancias espiratorias. AC: rítmico, sin soplos. Abdomen: blando no doloroso, sin masas ni megalias. Edemas +++ ext. inferiores sin signos de patología vascular aguda. Aumento de partes blandas de bordes nodulares, caliente y dolor que se incrementa a la palpación superficial de muñeca derecha. No focalidad neurológica

Leucocitos 13.300, N 86.8 %. Dímero-D 859. FA 184. TSH 5.14.
ECG: RS, 87 lpm.

Ecocardiografía: Cavidades derechas algo dilatadas. Insuficiencia tricuspídea ligera. PAP 75 mmHg, FE normal.

RX de Tórax: pinzamiento de SCI, leve cardiomegalia

Ecografía abdominal adenopatía en hilio hepático. Quiste interpolar renal derecho.

TAC abdominal derrame pleural bilateral, lesiones hipodensas en bazo, adenopatías a nivel de hilio, paraaorta y paracava. Líquido libre subhepático, gotiera paracólica derecha y pelvis menor

TAC de carpo derecho: lesiones líticas con despegamiento cortical en el extremo distal del radio y pseudoquisticas en hueso grande, escafoides y semilunar

Gammagrafía ósea aumento de captación en extremo distal de radio derecho en las 2 primeras fases. Intensa hipercaptación en cráneo y tercio distal de radio derecho que corresponde a enfermedad de Paget en fase metabólicamente activa y captación irregular de menor intensidad en pelvis y 9ª vértebra dorsal en relación con enfermedad de Paget esclerótica.

RMN de muñeca derecha: desestructuración con cambios sugerentes de osteolisis en tercio distal del radio con gran masa de partes blandas a descartar cambios osteomielíticos.

Dado de alta con diagnóstico de insuficiencia cardíaca, HTPu severa, hipotiroidismo y de enfermedad de paget polioestótica con lesiones líticas en radio derecho y lesiones en partes blandas.
Se solicita prueba diagnóstica

Reingresa por disnea de esfuerzo, ortopnea, edemas difusos y disminución de la diuresis.

Evoluciona desfavorablemente con alteración progresiva de estado general. Refiriendo dolorimiento abdominal y observándose en Rx de abdomen edema de pared intestinal por lo que se repite TAC abdomen: derrame pleural bilateral. Masa de gran tamaño que engloba y estenosa fundus gástrico, conglomerado adenopático paraaórtico y paracava, lesiones hipodensas esplénicas. Se plantea realizar endoscopia digestiva, desestimada por la familia dado el mal estado general del paciente.

VARÓN DE 37 AÑOS CON SÍNDROME ANTICOLINÉRGICO

Autor: Ildefonso Pulido Ruiz.

Otros autores: María Teresa Cáceres Redondo, José Luis Casado Chocán
Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

Presentamos el caso de un varón de 37 años con un síndrome anticolinérgico. No tenía antecedentes de interés salvo alergia primaveral. Mostraba un cuadro clínico progresivo de 5 días de evolución de fiebre, cefalea, lumbalgia, visión borrosa, estreñimiento, dificultad para orinar e intolerancia alimentaria. En la exploración física destacaba una midriasis arrectiva marcada sin otros datos a nivel neurológico ni por aparatos salvo un abdomen distendido, con escasos ruidos hidroaéreos. Las pruebas iniciales mostraron una insuficiencia renal y datos de hemoconcentración en la analítica y una distensión de asas en la Rx de abdomen.

El diagnóstico diferencial se planteó, en base a un síndrome anticolinérgico, con botulismo, intoxicación por setas o fármacos y el amplio grupo de neuropatías con afectación autonómica. El análisis de LCR, la bioquímica general, las pruebas de imagen cerebral (TAC y RM), EKG, los marcadores tumorales, los autoanticuerpos y antineuronales, las porfirinas en orina; fueron negativos. Los cultivos y serologías no demostraron datos de infección reciente. Se realizó también un TAC de tórax y abdomen para descartar una neoplasia oculta y 2 electroneurogramas que fueron normales. La función renal se normalizó con sondaje y rehidratación. Durante 2 semanas requirió NPT por íleo.

Se inició tratamiento con inmunoglobulinas iv y 7 sesiones de plasmaféresis con mejoría lentamente progresiva, aunque sólo parcial de los síntomas. El paciente es diagnosticado finalmente de una entidad muy infrecuente, la neuropatía autonómica autoinmune, en este caso con afectación colinérgica exclusiva.

El pronóstico de esta enfermedad es incierto por la recuperación lenta e incompleta y el tratamiento no ha sido plenamente establecido por la ausencia de estudios clínicos.

MUJER DE 63 AÑOS CON MELANOMA AVANZADO

Autora: Rocío Fernández Ojeda.

Otros autores: Antonio Fernández Moyano, María Nicolás Benticuaga.
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos, Sevilla)

Paciente de 63 años diagnosticada de Melanoma con invasión ganglionar regional en 2007, sin valoración ni seguimiento periódico especializado a petición familiar. Acude a Urgencias de nuestro centro por hemorragia a nivel de lesión cervical izquierda refractaria a tratamiento tópico. A la exploración objetiva destaca la existencia de una lesión latero-cervical baja izquierda (similar a "pelota de rugby") con región necrótica central sangrante ("en sábana"), siendo el resto de la exploración anodina.

En datos complementarios, se evidencia un descenso significativo de las cifras de Hemoglobina (en rango de hemotransfusión) así como lesiones nodulares pulmonares bilaterales en la radiografía de tórax realizada al ingreso.

Tras valorar el caso en sesión clínica compartida con Oncología RT y Médica de nuestro Hospital de Referencia (HUVR) se ofrece la posibilidad de RT hemostásica, que la familia rechaza de forma reiterada al mismo tiempo que se opone a que proporcionemos dicha alternativa a la paciente.

El caso es valorado de forma conjunta en sesión compartida con el Comité de Ética de nuestro centro, consensuando necesidad de información y de valoración especializada de la paciente. Programamos reuniones repetidas con la familia y posteriormente en consenso informamos a la paciente que acepta dicha opción terapéutica valorando y asumiendo riesgo/beneficio.

Establecimos un plan de asistencia continuada con Atención Primaria, acordándose valoración al menos semanal de la paciente por enfermería comunitaria de enlace, iniciándose dichas sesiones de RT de forma ambulatoria y valorando de forma periódica la derivación a hospital de día en caso de necesidades transfusionales o ingreso reglado en su caso, previo contacto telefónico con Internista de Referencia.

LOES HEPÁTICAS EN PACIENTE JOVEN

Autora: Carolina Luque Amado.

Otros autores: M^a Ángeles González Benítez, Montserrat Godoy Guerrero, María Maíz Jiménez, Adelina Muñoz Claros, Miguel Á. Barón Ramos, Alberto Ruiz Cantero.

Hospital de la Serranía de Ronda (Málaga)

Varón de 26 años. Exfumador. Condilomas acuminados hace años. Peluquero. Vive en el campo, donde hay gallinas y cabras. No consume agua no potable ni lácteos no higienizados. No viajes recientes. No contacto con enfermos febriles. Acude por diarrea de dos meses de evolución de hasta 6-8 deposiciones líquidas al día, sin productos patológicos y fiebre casi a diario de hasta 38°C. Pérdida de 5Kg en los dos últimos meses. Tos productiva desde hace una semana.

En la exploración destaca fiebre 40°C, caquexia, lesiones eritematosas tenues, redondeadas, no sobreelevadas de 5mm de diámetro, sin descamación, en palmas, plantas y espalda. Lesión ulcerada de bordes sobreelevados, indolora en paladar blando. Crepitantes finos en vértice pulmonar derecho. Hepatomegalia lisa dolorosa a la palpación y esplenomegalia.

En urgencias de realizó un hemograma, bioquímica y coagulación, hallándose linfopenia (linfocitos totales 900, con resto de hemograma normal), LDH 356 y PCR: 87,3; Rx de tórax en la que se observó condensación a nivel del vértice del LID y ecografía abdominal que mostró hepatomegalia con múltiples imágenes nodulares de pequeño tamaño y esplenomegalia. Se ingreso en planta de medicina interna y se inició tratamiento antibiótico con metronidazol, ceftriaxona y levofloxacino.

Solicitamos serologías, hemo y coprocultivo, cultivo de esputo y TAC toracoabdominal obteniéndose los siguientes resultados. Serología VIH positivo. PRP y TPHA positivas. CMV positivas (IgG e IgM). VHB,VHC, toxoplasma, brucella, hidatidosis, criptococo, ameba negativas. Estudio de heces negativos a parásitos y cristosporidium. TAC toracoabdominal con condensación parenquimatosa con broncograma en segmento 6 derecho y múltiples infiltrados parcheados en vidrio deslustrado en ambos lóbulos superiores, hepatomegalia con lesiones múltiples, pequeñas compatibles con abscesos y esplenomegalia homogénea sin signos de HTP. Dada la positividad para VIH se inició

asoció al tratamiento clotrimoxazol y fluconazol para cubrir la posibilidad de *P. jiroveci* y microabcesos micóticos. El cultivo de esputo resultó positivo a *Candida rugosa* sensible a fluconazol. Durante la estancia en nuestro servicio remitió la fiebre y la diarrea y mejoró de forma notable la clínica respiratoria, persistiendo las lesiones hepáticas sin cambios.

Finalmente se realizó una prueba que nos dio el diagnóstico.

UN CASO DE FIEBRE Y DISFAGIA

Autor: Enrique B. Romero Sánchez

Otros autores: Eva María Navarro Gómez, Andrey Kristopchuk, José Ferreira, Pastor Santos Silva.

Hospital Central de Faro (Portugal)

Los autores describen el caso de una paciente de 21 años de edad, sexo femenino, caucasiana, soltera, de profesión bombera y residente en Loule (Algarve). Como antecedentes personales: Tuberculosis a los 4 años de edad y cuadro de disfonía con aparición de tumoración en la región cervical anterior derecha, seis meses antes del ingreso. En esa altura fue realizada ecografía y estudio de la función tiroidea que reveló: quiste tiroideo con función tiroidea normal-sic. Niega DDMM, HTA, alergias conocidas o cirugías previas.

Historia enfermedad actual: Paciente admitida en el Servicio de Medicina I del Hospital de Faro por un cuadro de fiebre con escalofríos, cefaleas e disfagia para sólidos con 4 días de evolución con pérdida ponderal de unos 10kg en los últimos 8 -10 meses . Relaciona el cuadro descrito con un aumento progresivo de la tumoración en región cervical derecha. Fue realizada punción aspirativa de tiroides, 2 a 3 semanas antes del ingreso.

Al examen objetivo reveló fiebre, tiroides aumentada y dolorosa, más a la derecha, donde se palpa voluminosa masa con diámetro de unos 5 cms, de consistencia elástica, móvil con la deglución, extremadamente dolorosa, sin otros signos inflamatorios. Adenopatías supraclaviculares y axilares a derecha dolorosas. Sin alteraciones del sistema cardiorrespiratorio, gastrointestinal o genito-urinaria.

De las pruebas complementarias, fue realizada ecografía de tiroides que reveló asimetría del tiroides, con nódulo en lóbulo derecho, heterogéneo, quístico con cerca de 50 mm de mayor diámetro.

Analíticamente parámetros de infección con función tiroidea normal. Fue realizada punción aspirativa del nódulo con examen bacteriológico del mismo y hemocultivos. Fue realizado posteriormente TAC que reveló lesión 41x30 mm, de baja densidad y sin realce post-contraste.

Se plantea el diagnóstico y tratamiento.

VARÓN DE 70 AÑOS CON SÍNDROME FEBRIL

Autor: Cristóbal Pavón López

Otros autores: Raimundo Tirado Miranda, Inmaculada Mejías Real, Ana Lucena, Arantxa Recio, Francisco Ibáñez Bermúdez.

Hospital Infanta Margarita (Córdoba)

Presentamos el caso de un varón de 70 años, ATS de profesión con diagnóstico de HTA, alteración del metabolismo hidrocarbonato, pieloplastia por estenosis ureteral, cefaleas ocasionales de características tensionales y portador de serología positiva para VHB.

Consultó por cuadro de varios meses de evolución de disfonía asociada posteriormente con fiebre de hasta 39 °C. En la anamnesis dirigida el paciente refirió haber presentado un herpes labial, así como lesiones en mucosa geniana en los meses previos al ingreso que se autolimitaron.

La exploración física puso de manifiesto la existencia de disfonía, temperatura de 37,7° C y aftas en borde lingual izquierdo, siendo el resto normal

En la analítica destacaba un estudio básico de orina con hematuria microscópica (20-25 eritrocitos/c). La bioquímica mostró unos valores de ácido úrico 7.8 mg/dL, proteínas totales 6.3 g/dL, GGT 178 UI/L, FA 199 UI/dL, PCR 21.7 mg/dL, siendo el resto de parámetros del autoanalizador incluyendo glucosa, colesterol, triglicéridos, creatinina, bilirrubina total, sodio, potasio, calcio, AST, ALT y LDH normales. El hemograma mostró unos valores de hemoglobina de 12 g/dL, hematocrito de 36,9%, VCM 92fL, 8360 l/uL (75N; 12.4 L). La VSG fue de 110 mm. Los parámetros de coagulación básica mostraron un TP 63% y un Fb 9.59 g/L. Los marcadores tumorales estaban dentro de la normalidad. La serología de VIH, VHA y VHC fue negativa, mientras los anticuerpos frente al HBsAg y HBcAg fueron positivos. Los estudios serológicos para infección por brucela, fiebre Q, EB, CMV y legionela fueron negativos.

Los estudios de autoinmunidad estuvieron dentro de la normalidad. En el proteinograma destacaba una fracción alfa-1 8,6% y beta de 17,7%, mientras que los valores de inmunoglobulinas fueron normales. El estudio de función tiroidea mostró unos valores de tiroxina 1,71 ng/dL

(0,94-1,63) y tiotropina 0,21 mint.u./L (0,48-3,9). Durante el ingreso se extrajeron hemocultivos y urocultivo que fueron negativos. El Mantoux no mostró reactividad en su lectura a las 48 y 72 horas. Así mismo, la Rx de tórax, TAC craneal y toraco-abdominal y ecocardiografía no mostraron alteraciones relevantes.

El paciente fue valorado por el servicio de ORL que informó de la existencia de una disfonía secundaria a parálisis cordal izquierda.

Se realizó una prueba diagnóstica.

LESIONES ERITEMATOESCAMOSAS EN MIEMBROS INFERIORES Y GLOTISIS EN MUJER DE 46 AÑOS.

Autora: Mónica Loring Caffarena

Otros autores: José Manuel Pérez Díaz, Magdalena Martín Pérez, Carmen Ramos Cantos, Lorena Montero Rivas, Pedro Medina Delgado, Carmen Martínez Delgado y Carlos M. San Román Terán.

Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

Mujer de 46 años sin antecedentes personales de interés, que consulta por una pérdida ponderal de aproximadamente 12-14 Kg. desde hace 6 meses, con astenia y sin pérdida de apetito.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Niega enfermedades relevantes ni tratamientos habituales. No bebedora ni fumadora.

Enfermedad actual: Desde hace seis meses la enferma comienza con una pérdida ponderal de 12 a 14 kg y astenia. Hace una semana comienza con inflamación y prurito en la lengua así como lesiones cutáneas papuloeritematosas pruriginosas en miembros inferiores, glúteos y región peribucal. No historia de fiebre ni ninguna otra clínica respiratoria o alteración en el hábito intestinal.

Exploración Física. TA 100/60. Afebril. FC 90 lpm. Consciente, hidratada y perfundida. Complexión delgada. Cabeza y cuello: Carótidas simétricas y sin soplos. No ingurgitación yugular. No rigidez de nuca. Glositis moderada. Lesiones eritematosas peribucales similares a las de miembros inferiores. Tórax ACP: Tonos rítmicos a 90 lpm sin soplos. MVC. Abdomen: Blando y depresible. No se palpan megalias ni masas. EEII: No edemas. Exantema maculopapuloso en los miembros inferiores con lesiones eritematosas con un centro costroso que no se blanquean a la presión de predominio en el tercio inferior de ambas piernas y en región perianal.

Pruebas complementarias: Analítica: HB: 108, VCM: 91, GOT: 61, GPT: 157, resto de la bioquímica normal. Serologías para el VHA, VHB y VHC: negativas. Marcadores tumorales: negativos. RX de tórax y abdomen: normales. ECO abdominal: hígado de tamaño normal que presenta varias LOES de aspecto quístico multiseptado. Páncreas de ecogenicidad normal.

A nivel teórico de la raíz del meso existe una lesión mal definida de contornos irregulares de 42 cm. de diámetro con áreas quísticas en su interior. Resto normal.

Se realizan varias pruebas que resultan definitivas para el diagnóstico.

MUJER DE 58 AÑOS CON INMUNODEFICIENCIA CELULAR Y LESIONES CUTÁNEAS.

Autor: Daniel Marín Dueñas.

Otros autores: Antonio Reguera García; Sara Hueso Monge; Víctor González Doce; M^a del Carmen Bocanegra Muñoz; Juan Carlos Anglada Pintado; Ángel Zapata López.

Hospital de Jerez de la Frontera

Mujer de 58 años, sin antecedentes relevantes salvo leucolinfopenia de más de 10 años y seguida por Hematología. Estudiada en 2006 por Dermatología por lesiones nodulares rojo-violáceas en piernas y tobillos interpretadas como probable vasculitis leucocitoclástica (sin biopsia) e iniciando tratamiento esteroideo con desaparición de las mismas. Tras reducir el tratamiento, reaparecen las lesiones, efectuándose biopsia e iniciando nueva oleada de corticoides con mejoría clínica progresiva.

En enero de 2007 ingresa por primera vez por nuevo rebrote de las lesiones al disminuir esteroides y pico febril aislado sin focalidad evidente. La biopsia cutánea fue informada como vasculitis nodular (Mantoux con booster y PCR para DNA de Mycobacterium Tuberculosis, negativas). Se completa estudio inmunológico objetivándose menos de 150 CD4 y casi inexistentes linfocitos B CD19+, con moderada disminución de IgG e IgM. Se remitió al Servicio de Inmunología determinándose actividad enzimática en eritrocitos de ADA y PNP y valoración exhaustiva inmunológica concluyéndose como linfopenia severa no específica que afecta a linfocitos T, B y NK y concentraciones de IgG e IgM discretamente disminuidas con estudio del complemento normal.

En febrero de 2007 reingresa por fiebre de menos de 24 horas autolimitada sin focalidad y con cultivos negativo (Mantoux volvió a ser negativo). Días después del alta consulta por reaparición de la fiebre con aparición de lesiones cutáneas costrosas, hemorrágicas en cara y tronco compatible con herpes simple facial con diseminación en relación con su inmunodeficiencia celular con espectacular respuesta a aciclovir. En el curso evolutivo aparecieron lesiones de diferente aspecto a las de ingreso, redondeadas, de 1 a 2 cm de diámetro, rojovinosas y sobre elevadas, sitas en la espalda.

Se realizó una prueba que resultó diagnóstica.

MUJER DE 33 AÑOS ATENDIDA EN VARIAS OCASIONES EN URGENCIAS POR CRISIS DE ANSIEDAD

Autora: Gema María Granados Reyes

Otros autores: Manuel Jesús Romero Jiménez, Juan Ignacio Ramos-Clemente Romero, Fernando Díaz Narváez, Adelaida Cabrera Núñez y Elena García González.

Hospital Infanta Elena (Huelva)

Resumen: Mujer de 33 años que acude al servicio de urgencias de forma reiterada con sensación de hormigueo en ambos pies y episodio presincope. Diagnóstico al alta de crisis de ansiedad en 3 ocasiones. En última valoración añade dificultad para la marcha y se ingresa con el diagnóstico de debilidad de MMII a estudio.

A.P: Fumadora activa, trabaja en la recogida de la naranja. Realiza tratamiento con sertralina, trankimazin, hidroxil.

Exploración: Balance muscular con fuerza 4/5 de predominio distal. Disimetría dedo-nariz. Hipoalgesia en guante y calcetín. ROT abolidos excepto estiloradial y aquileo izquierdos. Marcha atáxica con aumento de la base de sustentación e imposibilidad para realizar el tándem y marcha punta-talón.

Pruebas complementarias: EMG: polirradiculopatía desmielinizante. Punción lumbar: Disociación albúmino-citológica. Serología: CMV IgM positivo.

Se realizó diagnóstico diferencial entre Guillain-Barré, intoxicación por organofosforados y la histeria. Según los resultados obtenidos el diagnóstico fue Sd Guillain-Barré de origen viral.

Evolución: Favorable y no precisó tratamiento.

Conclusiones: El trastorno de ansiedad es una patología relativamente frecuente en un servicio de Urgencias. Se trata del grupo de trastornos psiquiátricos más frecuente en la población general y la crisis de angustia la urgencia psiquiátrica más frecuente.

Del 60-70% de la población que presentan estos síntomas sólo el 20-30% son verdaderos trastornos, siendo el resto síntomas que enmascaran otra patología. En toda crisis de ansiedad se debe realizar una detallada anamnesis y exploración.

MUJER DE 37 AÑOS CON FIEBRE, SÍNDROME DE HORNER Y ESPLENOMEGALIA.

Autora: Mariam Noureddine López
Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga)

Mujer de 37 años, natural de Colombia. Antecedentes personales: síndrome ansioso depresivo en tratamiento (paroxetina, bromazepam), sin hábitos tóxicos. Profesión: ama de casa. Acude por cuadro de dos meses de evolución consistente en malestar general, anorexia, pérdida de 20 Kg. de peso, fiebre diaria vespertina de hasta 39° y sudoración nocturna.

En la exploración, destaca la presencia de ptosis, miosis y enoftalmos izquierdos y esplenomegalia de 4 traveses de dedo. En las pruebas complementarias, encontramos: hemoglobina 8,4 g/dl, 4090 leucocitos/mm³ (fórmula normal), 150.000 plaquetas/mm³, PCR 4, VSG 20. El estudio serológico de virus (VIH, VHC, VHB, CMV, VEB) y Toxoplasma, Shigella, Salmonella, Coxiella, Leishmania y Treponema resultó negativo. Mantoux negativo. ANA, ANCA, ECA e inmunoglobulinas normales. Punción lumbar sin datos patológicos. Aspirado medular con representación normal de las tres series hematopoyéticas.

Como pruebas de imagen se realizaron: radiografía de tórax con mínimo pinzamiento de ambos senos costofrénicos; TC toraco-abdominal, que mostró pequeño derrame pleural bilateral, adenopatías paratraqueales no significativas, esplenomegalia, imagen hipodensa en polo anterior de bazo compatible con infarto esplénico y conglomerado adenopático de aproximadamente 5×4 cm en hilio esplénico; Gammagrafía con captación del radiotrazador en hilio esplénico; RM craneal y columna cérvico-torácica sin hallazgos patológicos.

Se realizó laparotomía exploradora con estudio anatomopatológico no concluyente. Se solicitó una exploración que aportó el diagnóstico.

Información de interés

Hoteles recomendados

Hotel Abba Triana ****S

Plaza Chapina, s/n. 41010 Sevilla

Tlf: +34 954 268 000 Fax +34 954 268 001

Cómo llegar



Hotel Vértice Aljarafe****

Avda República Argentina s/n 41930 Bormujos- Sevilla

Tlf: +34 955 06 31 00 Fax: +34 955 06 32 00

Cómo llegar



Sábado 8 Almuerzo

14.00 Almuerzo de clausura en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

16.30 Traslado en autobús a hoteles (Abba Triana y Vértice Aljarafe)

Cómo llegar al Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe está situado en el municipio de Bormujos, en la Salida 6 (Bormujos-Gines) de la A-49 sentido Huelva.



Más información

www.hsjda.es/sademi

www.sademi.com

Teléfonos de interés

Secretaría Técnica 955 05 91 55

Radio Taxi Aljarafe 954 17 11 11

Radio Taxi Sevilla 954 58 00 00

Notas

Notas

Notas

Notas

Notas

Colabora:



Organiza:
Unidad de Medicina Interna
Servicio de Medicina



AREA DE SERVICIOS

HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS
DEL ALJARAFE



CONSORCIO SANITARIO PÚBLICO DEL ALJARAFE
www.hejda.es