

XXVI REUNIÓN CIENTÍFICA DE OTOÑO

Sociedad Andaluza de Medicina Interna



Mojácar 23 y 24 Octubre de 2009

Organiza: Servicio de Medicina Interna
Hospital La Inmaculada. (Huércal-Overa, Almería)

Área de Gestión Sanitaria
Norte de Almería

SEDE DE LA REUNIÓN:

Hotel Oasis Tropical
Urbanización Marina de La Torre
04638 Mojácar
(Almería)



JUNTA DE ANDALUCÍA

Sademi

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

PROGRAMA

XXVI Reunión Científica de Otoño Sociedad Andaluza de Medicina Interna

Organiza:

Servicio de Medicina Interna
Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa, Almería)
Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería

Fecha:

23 y 24 de Octubre de 2009

Sede:

Hotel Oasis Tropical
Mojácar (Almería)

Secretaría:

Dr. Francisco Laynez Bretones
Tf 669 148 504
franciscolaynez@hotmail.com

Empresas colaboradoras:

Sanofi Aventis
Astra Zeneca
Tedec-Meiji

Entidades colaboradoras:

Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa, Almería)
Excmo. Ayuntamiento de Mojácar
Excma. Diputación Provincial de Almería

PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes 23 de Octubre de 2009

16,00-17,00 h: Recogida de la documentación.

17,00-17,30 h: Inauguración.

- Dr. Manuel Lucas Matheu. Delegado Provincial de Salud. Almería.
- Dra. Gracia Fernández Moya. Directora Gerente del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería.
- Dr. Alfredo Michán Doña. Presidente de la Sademi.
- Dr. Francisco Laynez Bretones. Jefe de Servicio de Medicina Interna. Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa, Almería).

17,30-18,00 h: Exposición de Casos Clínicos.

Moderador: Dr. Francisco Laynez Bretones.

Caso 1: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos, Sevilla)

Caso 2: Hospital de Poniente (El Ejido, Almería).

18,00-18,30 h: Café.

18,30-19,30 h: Recepción de los nuevos Médicos Internos Residentes de Medicina Interna.

Dr. Alfredo Michán Doña. Presidente de la Sademi.

Dr. Emilio Pujol de la Llave. Tutor Vocal en la Comisión Nacional de Medicina Interna.

19,30-20,15 h: Conferencia Inaugural.

Tratamiento de la hiperglucemia en el paciente hospitalizado.

Dr. Rafael Palomares Ortega.

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

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

21,15 h: Cena.

Sábado 24 Octubre 2009

9,30-10,30 h: Presentación del Libro: "Casos Clínicos de Residentes de Medicina Interna de Andalucía".

Dr. Alfredo Michán Doña. Presidente de la Sademi.

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

Moderador: Dr. Antonio Justo Corrales Torres

Caso 3: Hospital de Antequera (Málaga)

Caso 4: Hospital Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)

Caso 5: Hospital General Básico de Baza (Granada)

11,30-12,00 h: Café.

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

Moderador: Dr. Pedro Luis Carrillo Alascio

Caso 6: Hospital de la Serranía (Ronda, Málaga)

Caso 7: Hospital de Motril (Granada)

Caso 8: Hospital de La Axarquía (Vélez-Málaga, Málaga)

Caso 9: Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa, Almería)

13,30-14,00 h: Despedida.

14,00 h: Almuerzo.

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

VARÓN CON DIPLOPIA Y DOLOR HEMIFACIAL DERECHO

Gómez Hernández M, de la Rosa R, Romero Rivero MJ, Fernández-Moyano A.

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos, Sevilla)

Varón de 48 años con antecedentes personales de anemia ferropénica, que fue atendido en C. Externas de Oftalmología de nuestro centro por diplopia vertical. El paciente refería además dolor punzante supraciliar derecho de una semana de evolución, negando fiebre u otra sintomatología acompañante. No presentaba factores de riesgo cardiovascular a excepción de dislipemia mixta en tratamiento con estatinas. La exploración física puso de manifiesto signos compatibles con paresia del nervio oculomotor común derecho, sin alteración de la reactividad pupilar. La realización de analítica general junto con estudio de neuroimagen mediante TAC craneal con contraste no arrojó resultados patológicos.

Dos semanas después, el paciente consultó de nuevo por empeoramiento clínico con aparición de ptosis palpebral derecha y parestesias en región supraorbitaria. Se objetivó una importante limitación de la motilidad en todos los campos, con afectación severa de la abducción y de la infraversión ocular. Tras comentar el caso con Medicina Interna se decidió estudio compartido.

Se realizaron de las siguientes pruebas complementarias: Hemograma, Coagulación, Bioquímica, VSG, estudio de hipercoagulabilidad, hormonas tiroideas, marcadores tumorales, auto-anticuerpos, ECA, proteinograma, Inmunoglobulinas, serología (VIH, VHC, Borrellia, Treponema), estudio de LCR, valoración ORL (endoscopia nasal y fibroscopia laríngea), Rx tórax, ecocardiografía transtorácica, TAC craneal y tóraco-abdominal. Todos ellos fueron negativos o normales.

La realización de una nueva prueba permitió el diagnóstico del paciente.

MUJER DE 40 AÑOS CON CRISIS COMICIALES PARCIALES DE ORIGEN ISQUEMICO

Rivera Cívico F, Cruz Caparrós G, Rubí Callejón J, Perez Moyano R, Molina MA.

Hospital de Poniente (El Ejido, Almería)

ANTECEDENTES PERSONALES: Fumadora de un paquete de cigarros diario. HTA en tratamiento con Ibersartan 150 mg, hipercolesterolemia en tratamiento con Simvastatina 40 mg. Diagnosticada en consulta de Cardiología de insuficiencia mitral moderada de probable origen reumático. Diagnosticada un año antes en Neurología de crisis parciales de origen isquémico con mal control con diversas tandas de anticomociales y aspirina de 100 mg. Nunca ingresos previos en nuestro hospital.

ENFERMEDAD ACTUAL: Ingresa en planta de Medicina Interna por crisis parciales con generalización secundaria. La exploración física fue normal. Se inicia tratamiento con Lamotrigina con buen control de las crisis.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Analítica completa normal incluyendo perfil vascular con reactantes de fase aguda normales. Radiografías de torax y EKG normales. RMN cerebral con lesiones isquémicas bilaterales de pequeño vaso. Holter donde se apreciaba varias rachas de fibrilacion auricular paroxística asintomática.

EVOLUCION EN PLANTA: Asintomática desde el ingreso. Ante una paciente con HTA, hiperlipemia, fumadora con insuficiencia mitral moderada y varios episodios de FAP con lesiones isquémicas cerebrales de distintos territorios, se decide iniciar tratamiento crónico anticoagulante.

Un mes más tarde la paciente se revisa en consulta y permanecía asintomática. Se recibe el resultado de una prueba que resultó diagnóstica.

MUJER 22 AÑOS CON DOLOR RECURRENTE EN FOSA ILIACA DERECHA DE AÑOS EVOLUCION

**Ruiz Serrato A, Marín García D, Ceballos Torres A, García Hirschsfeld J, De Luna Díaz R, Moreno Ramiro J, Sedeño Díaz J, Vallejo Herrera MJ.
Hospital de Antequera (Málaga)**

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor en FID mas febrícula de horas de evolución.

ANTECEDENTES PERSONALES: NAMC.IQ: amigdalectomía en febrero del 2008 por amigdalitis de repetición. No hábitos tóxicos, no antecedentes socio-epidemiológicos de interés. Antecedentes médicos: Dolor abdominal FID e hipogastrio de 3 años de evolución, evaluada por cirugía, ginecología, urología y digestivo, con laparoscopia diagnóstica en Octubre del 2005 realizada por ginecología (adherencias de epiplon a pared) en blanco. Estudio digestivo con TAC abdominal en abril del 2005 con ausencia de relleno de contraste en asas de ileon terminal y estructura alargada sugerente de ileon. T. Intestinal con espículas en 5 últimos centímetros de ileon y estudio de celiaquía negativo. Urología: urografía y cistouretrografía miccional seriada normales.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude el 07/02/2009 por cuadro de 17 horas de evolución de dolor abdominal en FID, s.d.miccional, polaquiuria y tenesmo vesical junto con febrícula. No vómitos. FUR hace 14 días, ciclos regulares.

EXPLORACION: 130/64. 100 LPM. 37° c. Consciente, normocoloreada, eupneica. Tolerancia decubito. ACR normal. Abdomen: blando, depresible, distendido, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y FID. Blumberg ++. Peritaitismo presente. Extremidades sin alteraciones.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS: Hemograma: leucos 15.100 (PMN 78%), plaquetas: 406.000. Bioquímica: glucosa 108; función renal, iones, perfil hepático y amilasa normales. Rx de tórax y simple de abdomen: sin alteraciones. Test embarazo negativo. Eco de abdomen: aumento de ecogenicidad de la grasa pericecal, con visualización de adenopatias del tamaño de 9 mm. Al final del ciego acúmulo de líquido alrededor con edema y realce de pared. Se divisa estructura tubular de unos 7 mm de diámetro que depende del ciego, que puede ser el apéndice que no se consigue ver en toda su longitud. Todos ellos son signos ecográficos de apendicitis crónica. TAC de abdomen c/c iv: aumento de captación del contraste en región dependiente del ciego, en su parte interna de bordes imprecisos de unos 40 X 20 mm que corresponde a la zona sospechosa en la ecografía y parece estar en relación con hallazgo inflamatorio; no consigue distinguirse el apéndice. Hay que contemplar la posibilidad de EII. Existe abundante cantidad de líquido en Douglas. Hoja consulta cirujano de urgencias: descarta cuadro de abdomen agudo. Ingresada en planta de M. Interna con diagnóstico de dolor abdominal recurrente en FID a descartar EII.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN PLANTA: Hemograma: leucos 11.300. Hb 12.9. plaquetas: 319.000. VSG: 53. Bioquímica: normal. PCR: 3.38. Sedimento orina: normal. Urocultivo: candida. Coprocultivos: flora normal, no parásitos. Serología: Ac Yersinia, ANA, ANCA, complemento, CMV-IgM negativos. Tinción Z-N, baciloscopia, Lowenstein en orina y heces negativos.

EVOLUCION: Durante su estancia en planta con clínica de S miccional sin dolor abdominal espontaneo pero si a la palpación en FID. En TAC de abdomen de control el día 16/02/2009 se aprecia engrosamiento concéntrico del ileon con escasa afectación de la grasa periileal con pequeños nódulos de densidad partes blandas en dicha región ileocecal que impresionan adenopatía satélite. No signos de diverticulosis ileal o engrosamiento nodular que sugiera patología tumoral. Se inicia tto con CE 1 mg/kg/día, ciprofloxacino y metronidazol sin mejoría clínica, realizándose T. Intestinal apreciando enlentecimiento siendo las asas de intestino delgado, de calibre normal, sin defectos de replección con ileon terminal normal. Colonoscopia a nivel de fondo cecal en la región periapendicular la mucosa es eritematosa con pérdida del dibujo vascular y exudados mucopurulentos.

Se realizó un procedimiento diagnóstico.

VARÓN DE 69 AÑOS CON ANEMIA

**Delgado Casado N, Carmona Fuentes F, Recio Úbeda A, Lucena López A, Pinillos Villatoro MD, Tirado Miranda R.
Hospital Infanta Margarita (Cabra, Córdoba)**

Antecedentes personales: Varón de 69 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 y síndrome prostático con un ingreso previo por prostatitis aguda. No intervenciones quirúrgicas previas. Sigue tratamiento domiciliario con metformina 850 mg y repaglinida de 2 mg. No hábitos tóxicos.

Enfermedad actual: Ingresa en nuestro servicio por cuadro de cuatro días de evolución de malestar general, dolor abdominal localizado en hipogastrio, febrícula y descompensación de las cifras glucémicas.

Exploración física: Buen estado general a su ingreso, palidez cutáneo-mucosa con cierta subictericia, bien profundado y bien hidratado, eupneico en reposo. TA 148/66 mmHg, FC 61 lpm, Tmpa. 36,5°C. ACR: tonos rítmicos con soplo sistólico II/VI polifocal, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. El abdomen era blando y depresible con dolor a la palpación en hipogastrio e hipocondrio derecho, con hepatomegalia palpable, sin signos de irritación peritoneal. La puño-percusión renal bilateral fue negativa y los miembros inferiores eran normales.

Exploraciones complementarias: En la analítica a su ingreso presentaba una hematimetría con valores de Hb 6,9 g/dL, Hto 22,7%, VCM 103,2 fL, con leucocitos y plaquetas dentro de los rangos de normalidad. En la bioquímica destacaban valores de glucosa 293 mg/dl, urea 81 mg/dl, creatinina 1,72 mg/dl, bilirrubina total 1,55 mg/dl (directa 0,6), ALT 47 UI/L, GGT 106 UI/L, FA 92 UI/L, ácido fólico, vitamina B12, hierro, ferritina, transferrina normales. El estudio de coagulación mostró un INR de 1,25 con el resto de valores dentro de la normalidad. En la orina, se aislaron eritrocitos, cilindros granulosos y cristales de urato. En el estudio de anemia existían reticulocitos del 6%, haptoglobina 2mg/dl, LDH 2962 UI/dL, con Coombs directo negativo. La determinación de cobre en plasma y orina fue normal. El cultivo de orina fue negativo y en un hemocultivo se aisló *S. Epidermidis*. La beta2 microglobulina fue de 13,8 y el resto de marcadores tumorales digestivos, de próstata y hepáticos fueron normales. En la radiología simple de tórax se evidenció un pinzamiento del seno costofrénico izquierdo y paquipleuritis residual. La ecografía abdominal al ingreso fue normal, pero en la ecografía abdominal de control se evidenció ascitis alrededor del lóbulo hepático izquierdo, en ambas gotieras y en pelvis. La resonancia magnética abdominal mostró hallazgos de hepatopatía crónica en fase atrófica, con líquido libre perihepático y periesplénico, con dudosos signos de hipertensión portal.

Durante la evolución del cuadro clínico se recibió una prueba que resultó diagnóstica.

MUJER DE 73 AÑOS CON HIPOGAMMAGLOBULINEMIA Y LESIONES LÍTICAS EN CRANEO DE LARGA EVOLUCION

Segura Coronil J, Ramos Jiménez A, Gutiérrez Moreno JR, González Martín T, Pérez Alvarez F, Benítez Leon MD, Benavente Fernández A, Mytnik M.

Hospital General Básico de Baza (Granada)

Mujer de 73 años sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Antecedentes de HTA, hipercolesterolemia, colecistectomía por colelitiasis, síndrome ansioso-depresivo y neuralgia del trigémino. Seguía tratamiento con captopril y oxcarbacepina.

Ingresa en Medicina Interna en Junio de 2002 por cefalea e hiponatremia de 116 mEq/L, que se atribuyó al tratamiento con oxcarbacepina. Analítica general, TSH, cortisol, ACTH y ANA normales. Rx de tórax y TAC craneal sin hallazgos. Hipogammaglobulinemia ligera: IgA 79 mg/dL, IgG 325 mg/dL, IgM 9 mg/dL. IgD, proteinuria de Bence Jones, serología de VHB, VHC y VIH negativas. CD4 disminuidos (264) con distribución normal CD4/CD8.

SEGUIMIENTO EN CONSULTA: estable, con hipogammaglobulinemia mantenida y eosinofilia discreta.

En Abril de 2005 acude a consulta con letargia, debilidad generalizada y paraparesia inferior. En la analítica destacaban una creatinina de 4,3 mg/dL, urea 127, Ca 15,4, P 6,4, hemograma normal. VSG 51, marcadores tumorales: Ca 15.3 y Ca 12.5 elevados. P-ANCA positivo a 1/20. Aspirado de médula ósea con 6% de células plasmáticas sin eosinofilia. Proteinuria de Bence Jones negativa. PTH normal. TAC craneal y Rx de cráneo: lesiones líticas difusas. TAC torácico: cardiomegalia, condensación alveolar basal izquierda y pequeño derrame adyacente. TAC abdominal: hipodensidad ósea en columna y cresta ilíaca. Exploración ginecológica y mamografía normales. Con ácido zoledrónico, esteroides y tratamiento sintomático se corrigió la insuficiencia renal y la hipercalcemia. Queda oligosintomática y con buen estado general.

En seguimiento en consulta se mantiene estable con pequeñas dosis de esteroides. Buen estado clínico, hemograma y función renal normales. Hipogammaglobulinemia sin cambios.

En Mayo de 2009 ingresa de nuevo por episodio de desorientación, dolor osteomuscular generalizado, hipercalcemia y deterioro de función renal. IgA<40, IgG<270, IgM<25.

Se realizó una prueba que resultó diagnóstica.

PACIENTE CON SÍNDROME CONSTITUCIONAL Y FIEBRE

**Pérez Rivera AA, Grana Costa M.
Hospital de la Serranía (Ronda, Málaga)**

ANTECEDENTES PERSONALES: Paciente varón de 66 años. Intolerancia a codeína. Ex trabajador del campo. Ex fumador sin criterios de bronquitis crónica, no bebedor. Cardiopatía isquémico hipertensiva estable, dislipemia, artrosis y hemorroides. En los últimos 2 meses se había objetivado insuficiencia renal leve y poliglobulia. Tratamiento habitual con atenolol, AAS, simvastatina, escitalopram, omeprazol, symbicort y montelukast.

ENFERMEDAD ACTUAL: Acude por cuadro de unos dos meses de evolución que comenzó con tos no productiva, diagnosticándose de asma con buena respuesta a corticoides; dolor epigástrico irradiado en cinturón acompañado de estreñimiento, anorexia, astenia y pérdida de más de 10 kilos. En los últimos días había comenzado con sensación febril no termometrada sin focalidad.

EXPLORACIÓN: Aceptable estado general, TA 120/60 mmHg, FC 70 lpm, FR 16 rpm, Tª 38°C. Boca y faringe: candidiasis orofaríngea. Fondo de ojo normal. No adenopatías palpables. Exploración cardiorrespiratoria normal. Abdomen blando, doloroso a la palpación en epigastrio sin defensa y polo de bazo palpable. Piel: lesiones purpúricas no palpables en MMII y residuales de zoster dorsal. Exploración neurológica: no rigidez de nuca ni signos meníngeos. Sin focalidad excepto clonus bilateral en MMII.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Hemograma: Leucocitos 3950 (N2600, L500), plaquetas 119000 (previas normales), Hb 13.1 (previa 17), VCM 85, resto normal. Coagulación y gasometría arterial normales. Bioquímica: Glucosa 165, Cr 1.54, GGT 99, resto de enzimas hepáticas, BB, calcio y PCR normales. VSG 44. Proteinograma normal. IgG 815, IgA 265, IgM 242. Sedimento orina: proteínas 25, eritrocitos 15, resto normal. Proteinuria de 24h: proteinuria 600 mg, Calciuria 340 mg. Rx tórax: sin hallazgos. EGG: RS a 70 lpm, bloqueo bifascicular. Espirometría normal. TAC tóraco-abdominal: hepatoesplenomegalia moderada, trombo en aorta infrarrenal que no compromete circulación. No adenopatías en ninguna cadena.

DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO: Fiebre + hepatoesplenomegalia + Sd. Constitucional + pancitopenia + Inmunosupresión. Se solicitaron nuevas pruebas complementarias para descartar etiología neoplásica (hematológica fundamentalmente), infecciosa o autoinmune.

EVOLUCIÓN: Serologías para virus hepatotropos, VIH, Brucella, Coxiella, Rickettsia y Mycoplasma pneumoniae negativas. Hemocultivos repetidos negativos. Mantoux negativo. Biopsia de MO normal. ANA, ANCAS, FR negativos. Se solicita biopsia hepática en la que se observa la presencia de granulomas no caseificantes, con tinción Zhiel negativa y ausencia de microorganismos, también se realizó tinción para hongos, cultivo bacteriano, hongos y Lowestein y se remitió muestra al hospital de referencia para PCR de TB. Se realizó gammagrafía con Galio donde se aprecia marcado aumento de actividad en hígado, bazo y parénquima pulmonar bilateral, sin existencia de captación adenopática.

Clínicamente el paciente permanece febril con ascenso de temperatura vespertino de hasta 37.8°- 38°, que desaparece con AINES, con aumento de enzimas de colestasis (GGT 400-300, FA 119). Se trató herpes zoster y candidiasis en al menos 2 ocasiones ya que al suspender tratamiento reiniciaba lesiones. A las 3 semanas de su ingreso comienza con ligera ataxia y desorientación. En la exploración no había cambios excepto aumento de base de sustentación de la marcha. Se realiza entonces TAC de cráneo que es normal y punción lumbar con análisis de LCR dentro de la normalidad salvo por un ligero aumento de proteínas (60).

Pendiente aún de resultados se solicitó fibrobroncoscopia y RMN de cráneo y columna con gadolinio pero la familia del paciente decide trasladarlo para continuar su estudio en el hospital de referencia. Allí se realizan dichas pruebas y se informa telefónicamente de la positividad de PCR de TB en biopsia hepática con diagnóstico de hepatitis granulomatosa por TB. Tras inicio de tratamiento tuberculostático se procede al alta.

Dos meses más tarde el paciente acude a nuestra consulta para revisión encontrándose con la misma clínica a pesar del tratamiento, motivo por el que se decide ingreso para reevaluación. Se repiten pruebas básicas (analítica) y se revisan las pruebas realizadas en otro hospital llegando a un diagnóstico definitivo.

PACIENTE CON SÍNDROME CONSTITUCIONAL Y FIEBRE

**Castillo Higuera PL, Palomares Rodríguez J.
Hospital de Motril (Granada)**

Paciente de 53 años, separado hace dos años de su esposa y con antecedentes de cuadro depresivo reactivo, con historial de abuso de alcohol y tabaquismo. Vive sólo desde hace un mes con abandono de autocuidados y es derivado a Urgencias por desnutrición, pérdida de peso y fiebre que habían atribuido a una infección respiratoria un mes antes de su ingreso.

A la exploración se evidencia el mal estado general y la falta de higiene, ictericia subconjuntival, deshidratación, negativismo y ánimo distímico/depresivo. No adenopatías cervicales o supraclaviculares. ACR: roncus dispersos. ABD: doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. Resto de la exploración anodina.

Analíticamente destacaba una neutrofilia sin leucocitosis (6800 leucocitos con 85% PMN) y una anemia de 10.9 g/dL de Hb . PCR 1.7 mg/dL, GGT 85 U/L, fosfatasa alcalina 137 U/L.

Se realizó interconsulta con Psiquiatría que aconsejó descartar organicidad, realizándose TAC craneal que es informado de lesiones múltiples encefálicas (infección VS metástasis). Se ingresa para estudio.

MUJER DE 72 AÑOS CON FIEBRE PROLONGADA Y LESIONES CUTANEAS

Pérez Belmonte LM, Pérez Díaz JM, Blanco Díaz M, Loring Caffarena M, Montero Rivas L, Medina Delgado P, Martínez Delgado C, Algarra Díez R y San Román Terán CM.

Hospital Comarcal de La Axarquía (Vélez-Málaga, Málaga)

Motivo de consulta: Fiebre recurrente e intensa afectación del estado general.

Antecedentes personales: No alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Poliartrosis y dislipemia. Colectectomizada. Tratamiento habitual: Omeprazol y Simvastatina.

Enfermedad actual: Mujer de 72 años que presenta desde hace 4 semanas síndrome febril con escalofríos diarios sin predominio horario y sin clara focalidad infecciosa junto con cuadro constitucional. La paciente aprecia desde hace 2 meses placas subcutáneas dolorosas a nivel intermamario con predominio en mama izquierda y lumbar bilateral. Estreñimiento episódico y molestias inespecíficas en vacío izquierdo.

Exploración física: Tª: 38.8° C. TA: 120/60 mm Hg. Fc: 78 lpm. Fr: 18 rpm. Sensación de postración sin otros datos neurológicos. REG, palidez discreta cutáneo-mucosa. Arterias temporales normales. No bocio ni adenopatías palpables. No signos meníngeos. Exploración cutánea: nódulo infiltrativo dérmico en región submentoniana derecha. Placa inflamatoria cutánea, indurada e infiltrativa en pliegue intermamario, sobre cuadrante inferointerno de la mama izquierda y a nivel lumbar de predominio izquierdo. Exploración articular: sin signos de artritis. Corazón rítmico sin soplos. No ruidos patológicos pulmonares. Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias. No doloroso. Miembros inferiores: no signos de tromboflebitis.

Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina 11.3 gr/dl, Hematocrito 37%, VCM 79 fl, HCM 25.5 pg, leucocitos 2.310 (Neutrófilos: 1.670, linfocitos: 780), plaquetas 226.000. Coagulación: normal. Bioquímica: Glucosa 114, Iones normales. GOT 138, GPT 108, FA 159, GGT 137, LDH 1969, Bilirrubina total: 0.5, Calcio 8.3, PCR 54.9, VSG: 18. Marcadores tumorales: Negativos. Hemocultivos, urocultivo y cultivo de las lesiones: Negativos. Radiografía tórax: Sin hallazgos patológicos. Ecocardiograma: Hipertrofia de VI con función sistólica conservada. FE: 60%. TAC torácico abdominal y pélvico: No adenopatías de tamaño valorable. Parénquimas pulmonares normales. Infiltrados cutáneos en relación con pliegue intermamario con aumento de la densidad grasa subcutánea mal definido. Otras lesiones cutáneas en espalda, flanco derecho e izquierdo, región glútea izquierda y de menor tamaño periumbilicales. Imagen de aspecto infiltrativo en fosa ilíaca izquierda mal definida, con aumento de la atenuación de la grasa en forma de bandas espiculadas con morfología de mesenteritis.

Se realizó una prueba que resultó diagnóstica.

PACIENTE JOVEN EN COMA

Layne F, Carrillo PL, Corrales A, Fernández S, Pérez JM, Baena JC, Martín B.

Hospital La Inmaculada (Huércal-Overa, Almería)

Paciente de unos 35 años de aspecto español que es traído por dos agentes de la policía al Servicio de Urgencias en coma. Refieren los policías que cuando se encontraban de patrulla cerca de un cortijo, observaron al joven que andaba tambaleándose, y al llegar ellos perdió el conocimiento antes de haber informado de lo que le sucedía. Junto al joven había un cadáver de un hombre de unos 60 años. A unos 25 metros de ambos había otro cadáver de un joven de unos 40 años, junto a una cuba agrícola y a diversos botes de plaguicidas. Se solicita a la policía acudir nuevamente al lugar de los hechos para recabar nueva información y buscar a los familiares o compañeros de trabajo.

EXPLORACION FISICA: TA 90/60 mmHg. FC 112 lpm. FR 28 rpm. No presentaba signos externos de violencia. Emanaba de todo su cuerpo un "olor a podrido". Cianosis central. Neurológico: coma 8 puntos en la Escala de Glasgow; pupilas isocóricas reactivas; movilizaba las 4 extremidades al dolor sin aparente focalidad. Cabeza: normal. AC: tonos rítmicos sin soplos. AP: escasos crepitantes bibasales. Abdomen: blando, depresible, no megalias ni ascitis. Extremidades: heridas superficiales en ambas manos.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: Hemograma: hb 17,3, hto 51%, leucocitos 25.100 (83% neutrófilos), plaquetas 224.000. Coagulación: TP 10,5, resto normal. Bioquímica: glucosa 131, urea 31, creatinina 1,39, iones normales; BT 2,01, GOT 44, GPT 53, GGT 80, FA 58, LDH 486, CPK 856 (MB normal), troponina 0,09, resto normal. Colinesterasa: normal. GSA (con O2 al 100%): ph 7,38, pO2 103, pCO2 31, HCO3 18, sat O2 98%. Orina: normal. Rx tórax: sin alteraciones. ECG: ritmo sinusal a 116 lpm, sin alteraciones. TAC craneal: sin alteraciones.

EVOUCION: El paciente ingresa con el diagnóstico de coma de origen incierto. Es tratado con oxígeno, glucosa hipertónica, naloxona, flumazenil y tiamina, sin mejoría inicial. A los 60 minutos del ingreso sufre un deterioro neurológico, seguido de una convulsión tónico-clónica y un empeoramiento de la insuficiencia respiratoria, por lo que es intubado y conectado a ventilación mecánica.

A las 2 horas la policía informa telefónicamente de que el lugar del accidente era una explotación familiar agrícola (limones y tomates) y ganadera (cerdos y pollos); los plaguicidas que pudieron identificar fueron paraquat (herbicida) y metomilo (insecticida carbamato), aunque había otros botes no identificados; no existían restos de alimentos ni de medicamentos ni signos de violencia por los alrededores.

A las 4 horas la policía trae al hospital a una mujer que informa que los dos fallecidos son su marido y su hijo mayor, y el paciente ingresado es su hijo menor. La señora nos aporta las claves para el diagnóstico.

INFORMACIONES DE INTERÉS

Hotel recomendado

Hotel Oasis Tropical (4 estrellas) - Cadena Best Hotels
Avda. del Mar, 1. Urbanización Marina de la Torre
04638 MOJACAR (Almería)
Teléfono 950 397 000. Fax 950 397 070
GPS: 37.157222, -1.825556 | 37° 9' 26" N, 1° 49' 32" W

Cómo llegar

El Hotel Oasis Tropical se encuentra situado en la Urbanización Marina de la Torre, en la carretera que une Mojácar playa con Garrucha, en primera línea de playa.

Tarifas

Tarifa especial para asistentes a la XXVI Reunión Científica de Otoño de la SADEMI en habitación doble, en régimen de alojamiento y desayuno:

- Uso individual: 42 euros.
- Uso doble: 44 euros.
- Descuento 3ª persona: 30%.

Reserva de habitaciones

- Para beneficiarse de estas tarifas, al realizar la reserva deberán identificarse como asistentes a la XXVI Reunión Científica de Otoño de la Sademi.
- Plazo máximo de reserva: martes 20 de octubre.
- La reserva puede realizarse contactando directamente con el hotel, llamando a los teléfonos 950 307 000 (Recepción) ó 950 397 017 (Jefe de Recepción).
- Los Residentes de Medicina Interna de primer año deberán realizar su reserva llamando por teléfono al hotel. El importe de la estancia será abonado por la Sademi.

Normas para la exposición de los casos clínicos

- Los ponentes tendrán un máximo de 10 minutos para la exposición de sus casos clínicos, pasando posteriormente a un turno de debate de 5 minutos.
- Los casos clínicos deberán presentarse en formato *Power Point*, y ser entregados al menos 1 hora antes de la exposición en la Secretaría Técnica de la Reunión.