



**XXIII JORNADA CIENTIFICA DE OTOÑO
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA INTERNA**

17 y 18 de Noviembre de 2.006

**Hotel HUSA Mainake
Torre del Mar (Málaga)**

PROGRAMA

XXIII JORNADA CIENTIFICA DE OTOÑO **Sociedad Andaluza de Medicina Interna**

Organiza: Servicio de Medicina Interna
Hospital Comarcal de la Axarquía
Vélez Málaga (Málaga)

Fecha: 17 y 18 de Noviembre de 2.006

Sede: Salones Hotel HUSA Mainake
Torre del Mar (Málaga)

Secretaría: Servicio de Medicina Interna
34 951067151
Cristina Guzmán Lucena
Francisco J. Martín Campos
Hospital Comarcal de la Axarquía
Urbanización El Tomillar s/n
29740 VELEZ MALAGA
(Málaga)
carlosm.sanroman.sspa@juntadeandalucia.es

Alojamiento: Hotel HUSA Mainake **** 952547245
Hotel Proamar **** 952547970

Viernes 17 de Noviembre:

17,00 horas: Presentación de la Jornada.

17,15 horas: Conferencia:

LA TUBERCULOSIS EN EL CINE.

Ponente: **Javier García Pérez.**
Servicio de Neumología.
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Moderador: **Emilio Santín Piñero**
Servicio de Medicina Interna.
Hospital de la Axarquía, Vélez Málaga (Málaga).

18.00 horas Descanso Café

18,30 horas **Sesión Casos Clínicos I :**
Moderador: **Salvador Peláez Domínguez.**

- 18,35 Caso 1: Hospital San Agustín de Linares (Jaén).
- 18,55 Caso 2: Hospital Santa Ana de Motril (Granada).
- 19,15 Caso 3: Hospital Comarcal de La Serranía de Ronda (Málaga).
- 19,35 Caso 4: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla).

20,00 horas **Asamblea de la SADEMI .**

21,30 horas: Cena.
Salones Hotel HUSA Mainake.

Sábado 18 de Noviembre:

09,30 horas: **Sesión Casos Clínicos II :**
Moderadora: **María Guil García.**

- 09,35 Caso 5: Hospital Infanta Margarita de Cabra (Córdoba).
- 09,55 Caso 6: Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga).
- 10,15 Caso 7: Hospital Comarcal de Montilla (Córdoba).
- 10,35 Caso 8: Hospital General Básico de Antequera (Málaga).
- 10,55 Caso 9: Hospital de Especialidades Jerez de la Frontera (Cádiz).

11,15 horas Descanso Café.

11,45 horas: **Sesión Casos Clínicos III :**
Moderador: **José Manuel Pérez Díaz.**

- 11,50 Caso 10: Hospital Virgen del Camino de Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).
- 12,10 Caso 11: Hospital de Poniente de El Ejido (Almería).
- 12,30 Caso 12: Hospital Punta de Europa de Algeciras (Cádiz).
- 12,50 Caso 13: Hospital Comarcal de La Axarquía de Vélez Málaga (Málaga).

13,15 horas: Fin de la Jornada,

14,30 horas: Comida: Restaurante Trayamar
Puerto de la Caleta de Vélez

PACIENTE DE 30 AÑOS CON ASTENIA CRONICA

López Plaza, A; Olivares Martínez, L; Ibáñez Rivas, J; Martín Armada, M, Garijo Forcada, JM.

Medicina Interna. Hospital San Agustín. Linares Jaén).

Maestro de Profesión. No hábitos tóxicos. Apendicectomizado (1996). No alergias medicamentosas.

Paciente de 37 años de edad que refiere desde 1989 episodios de gonalgia bilateral intermitentes, extendiéndose progresivamente hasta presentar intensas mialgias y artralgiás generalizadas sin signos referidos de artritis. Junto a esto, astenia progresiva de curso oscilante que llega a comprometer más del 50% de la actividad realizada previamente, astenia post-esfuerzo, cefalea y frecuente dolor de garganta.

Exploración física:

TA: 120/80. BEG, apirético, no obeso, no adenopatías periféricas. Piel y mucosas normales. Faringe hiperémica. AC: Corazón rítmico, sin soplos. AR: Buen murmullo vesicular. Abdomen: Blando, depresible no doloroso, no masas ni megalias, Blumberg (-). Aparato locomotor: Normal. No signos de artritis. Exploración Neurológica: Normal. Presenta para el diagnóstico de fibromialgia 2/18 puntos fibrosíticos positivos.

Exploraciones complementarias:

- **Analítica general:** (Hemograma, Bioquímica estándar, VSG, PCR, Factor Reumatoide): Normales
- **Estudio endocrinológico:** (H. Tiroideas, ACTH, Cortisol plasmático basal y libre en orina de 24h): Normales.
- **Estudio Microbiológico:** Serología para VEB, CMV negativos; Mantoux negativo.
- **Estudio Autoinmunitario:** ANA, Autoanticuerpos para la acetilcolina (-)
- **Rx de tórax y Rx múltiples articulares:** Sin hallazgos de interés.
- **TAC toracoabdominal:** Sin hallazgos de interés.
- **Ecocardiograma y ECG:** Normales.
- **Estudio Psiquiátrico:** Síndrome. Depresivo reactivo a su cuadro.
- **Informe ORL:** Faringitis.

Se llegó a una conclusión diagnóstica.

NOTAS:

PACIENTE DE 29 AÑOS CON NEUMONÍA NECROTIZANTE CRÓNICA Y EMPIEMA LOCULADO.

Palomares Rodríguez, J; *Amzouz Amzouz, A; Díaz Chamorro, A; *Morales García, C; Gutiérrez-Ravé Pecero, V; Franco Cebrián J; Fernández Ruiz, JL; Martínez López, G; Castillo Higuera, PL.

Medicina Interna, *Neumología. Hospital Santa Ana. Motril (Granada).

Paciente de 29 años de nacionalidad rumana, trabajador del campo que tiene como antecedentes personales ser fumador de cinco cigarrillos diarios y haber pasado una neumonía en Mayo-05 con tratamiento ambulatorio.

Ingresa en Octubre-05 por tos con expectoración mucosa de 2 semanas de evolución con imagen radiológica de condensación y derrame pleural en base derecha con nivel hidroaéreo. Se realiza toracocentesis diagnóstica obteniendo un líquido mucoso, transparente, con restos blanquecinos floculantes, con glucosa indetectable, LDH 571, pH 7.15, leucocitos 1800 (60% mononucleares). El cultivo bacteriano fue negativo y la citología del líquido fue compatible con exudado inflamatorio agudo. El TAC toraco-abdominal con contraste es informado como una condensación necrotizante en LID con posible cavitación/empiema. El Mantoux es negativo, y en la analítica no hay datos de interés, con PCR 0.2 mg/dl, VSG 2 mm, serología de VIH, CMV, VEB, HVB, HVC, ... negativas, ANA y ANCA negativos. Baciloscopias de esputo (x3) negativas, cultivo de esputo: se aísla Pseudomona aeruginosa sensible a Ciprofloxacino. Se realiza broncoscopia con recogida de broncoaspirado y lavado broncoalveolar con resultados negativos en los cultivos y ausencia de células atípicas en la citología. Con el diagnóstico de neumonía necrotizante por P. aeruginosa se indica tratamiento con Ciprofloxacino durante 3 semanas y revisión en Neumología.

Vuelve a reingresar en Enero-06 por dolor torácico derecho y astenia, manteniendo la misma imagen radiológica que al alta previa. Se realizan las mismas pruebas que anteriormente y se orienta el diagnóstico hacia una etiología tuberculosa (por las variaciones del TAC y el Mantoux que ahora es positivo, por probable efecto Booster y dudosa vacunación con BCG). Ante la ausencia de diagnóstico definitivo y para confirmación histológica de la probable TBC se deriva a Cirugía Torácica para biopsia pleural por videotoracosopia. Tras valoración del paciente no se realiza ninguna prueba invasiva decidiendo derivación a Neumología para seguir evolución y estudio. Ante la duda de etiología micobacteriana se inicia tratamiento específico que se suspende por secundarismo y por la negatividad en todos los cultivos de micobacterias realizados en todas las muestras previas (tanto esputos como BAL y BAS).

En Mayo-06 se ingresa desde consulta por presentar dolor torácico y tos con expectoración abundante (clínicamente compatible con vómica) y broncoespasmo asociado. Se reevalúa de nuevo al paciente mediante técnicas de imagen e invasivas (PAAF, broncoscopia, ...), con ausencia de etiología causante del cuadro. Se solicita una prueba que orienta al diagnóstico.

NOTAS:

PACIENTE CON FIEBRE, DOLOR ABDOMINAL Y DIARREAS.

Godoy Guerrero, M; Muñoz Morente, A; Maíz Jiménez, M; Pérez Rivera, A; Díaz Moránt, V; Grana Costa, M; Salgado Ordóñez, F; Lara Fernández, A; Miramón López J; Ruiz Cantero, A.

Medicina Interna. Hospital de la Serranía. Ronda (Málaga).

Mujer de 40 años de edad, de origen belga, lleva 10 años afincada en España, separada, con dos hijos, alérgica a contraste yodado y penicilina, apendicectomizada y portadora de DIU desde hacía 6 meses, y sin otros antecedentes de interés, que 4 días previos al ingreso comienza de forma brusca con dolor intenso periumbilical y en abdomen inferior, tipo cólico, junto con fiebre de 39°C, con escalofríos y tiritonas, y hasta 20 deposiciones diarreicas diarias, sin productos patológicos. La paciente había estado previamente sana y no tenía ningún síntoma ginecológico.

Atendida en el Servicio de Urgencias presenta tensión arterial de 115/70 mmHg, 38° C de temperatura, regular estado general, abdomen blando y depresible, con dolorimiento y discreta defensa voluntaria a la palpación en abdomen inferior, con 21.010 leucocitos/ μ L con 87% de neutrófilos en analítica, con presencia asas intestinales dilatadas en la ecografía abdominal. Valorada por Ginecología tras realizar una exploración ginecológica y ecografía vaginal no encuentra patología a ese nivel. Tras iniciar sueroterapia en el área de Observación la paciente presenta discreta mejoría, proponiéndose ingreso que rechaza, con el diagnóstico de probable enterocolitis se aconseja tratamiento dietético, volviendo a las 72 horas con importante quebrantamiento del estado general, Tª 39°C, TA 90/60 mmHg, 20 respiraciones por minuto, 120 latidos por minuto, Saturación oxígeno basal 89%, con abdomen distendido, doloroso de forma difusa y defensa abdominal generalizada más acusada en hemiabdomen con escaso peristaltismo.

La Rx de tórax fue normal y en analítica destacaba 2800 leucocitos/ μ L, con una velocidad de sedimentación de 95 mm/hora, proteína C reactiva de 498 mg/L, sin otras alteraciones. Se realizó una TAC abdominal que mostró dilatación de asas intestinales y moderada cantidad de líquido libre peritoneal.

Se decidió su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos iniciándose antibioterapia con ciprofloxacino 400 mg intravenoso (I.V.) cada 12 horas ante la sospecha de una enterocolitis enteroinvasiva, modificándolo a las 24 horas por Vancomicina 1 gramo I.V. cada 12 horas y Gentamicina 240 mg I.V. cada 24 horas al aislarse en hemocultivo bacteriemia por coco Gram positivo. Fue valorada por Cirugía, que decidió tomar una actitud expectante. Se le extrajo el DIU, cuyo cultivo fue negativo. Durante los primeros días la paciente se mantuvo taquicárdica, taquipneica requiriendo fluidoterapia intensa pero sin necesidad de aminas vasoactivas o medidas de soporte ventilatorio, sin deterioro de los parámetros de función renal ni alteración de la coagulación.

A las 48 horas la paciente desarrolló unas lesiones en ambos flancos tumefactas, rojizas, calientes, cuyo análisis anatomopatológico evidenció necrosis isquémica hemorrágica con presencia de eosinófilos. Se realizó entonces una técnica diagnóstica.

NOTAS:

VARÓN DE 49 AÑOS CON FIEBRE Y ARTRALGIAS

Espinosa Calleja, R; Romero Rivero, MJ; Quintana Gallego, Esther; *Escudero Severin, C; y Fernández Moyano, A.

Medicina Interna y *Anatomía Patológica. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla).

Exfumador desde hace 20 años. No consume alcohol ni otros tóxicos. Bombero de profesión. No consumo de productos lácteos no higienizados. No contacto cercano con animales. No viajes recientes al extranjero. Meningitis aguda a los 19 años. No intervenciones quirúrgicas previas. No realizaba tratamiento ninguno de forma habitual. Hija de 23 años diagnosticada meses antes de pleuritis tuberculosa, el paciente se realizó Mantoux, que fue positivo, con RX de tórax normal

Clínica de 2 meses de evolución de febrícula-fiebre con artromialgias generalizadas, sin respuesta a tratamiento. Había motivado varias consultas en Urgencias.

Dos meses antes comienza con cuadro catarral alto, con rinorrea mucosa, comenzándose antibioterapia con Amoxicilina-Clavulanico. En las siguientes semanas se añaden artromialgias generalizadas, sin datos inflamatorios a nivel articular, mejorando la sintomatología ORL, y finalmente fiebre de predominio vespertino de hasta 38º, con tumefacción de los dedos de la mano izquierda, motivo por el que ingresa en planta. Se habían añadido esteroides orales en días previos.

Exploración física:

A su ingreso en planta presenta buen estado general. Consciente, orientado. Faringe y amígdalas hiperémicas-hipertróficas. Sin adenopatías cervicales, submandibulares, claviculares, axilares e inguinales. AC regular controlado con soplo sistólico mesocárdico II/VI no irradiado. FC en torno a 100 lpm. AP murmullo vesicular fisiológico. Abdomen no distendido ni globuloso, blando, depresible, no doloroso, sin hepato-esplenomegalia. Extremidades: Tumefacción e impotencia funcional de hombro derecho. Dedos de mano izquierda en "salchicha" con ligero aumento de la Tª, más llamativo en 2º dedo. Resto de articulaciones sin signos inflamatorios objetivables. Pulsos periféricos palpables - simétricos. Sin lesiones cutáneas ni en mucosas.

Pruebas complementarias iniciales:

Hemograma: 14700 leucocitos (73% PMN.18% linfocitos). Estudio de coagulación, gasometría venosa, perfil renal y hepático normales. Sedimento de orina normal. TAC multicorte de senos paranasales: Hipertrofia de cornetes izquierdos como único hallazgo del estudio. Rx de tórax: Infiltrado tenue reticular en LSD.

Ecografía abdominal y ecocardiografía sin hallazgos patológicos.

Son normales o negativos marcadores tumorales, FR, TSH, sedimento de orina, proteinograma. VGS 59, PCR 29.

Evolución:

Inicialmente se mantiene sin antibioterapia, con esteroides orales y AINE.

Se solicitó TAC de tórax presentando áreas de consolidación parcheadas irregulares y nodulares centrales con predominio en campo medio del pulmón derecho con patrón en vidrio deslustrado perilesional. La fibrobroncoscopia no mostró alteraciones, realizándose biopsia transbronquial y lavado broncoalveolar, mandándose muestras a microbiología. Los hemocultivos fueron negativos.

El paciente permaneció estable los primeros días de ingreso, presentando empeoramiento cínico posterior, con aumento de los dolores articulares, fiebre vespertina y tos con ligera expectoración hemoptoica. Presentó así mismo empeoramiento radiológico de los infiltrados pulmonares por lo que se realizó una nueva broncoscopia.

Se solicitó prueba diagnóstica que junto con la broncoscopia dio el diagnóstico.

NOTAS:

MUJER DE 38 AÑOS DE EDAD CON SINDROME FEBRIL INTERMITENTE Y EPISODIOS RECURRENTE DE DOLOR ABDOMINAL TIPO

Gallardo López, R; Tirado Miranda, R; Zafra Jiménez, C; Solís García, E; Jansen Chaparro, S; Criado Montilla, J.

Medicina Interna. Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba).

Paciente de 38 años de edad sin antecedentes familiares de interés. No refería alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Fue diagnosticada de hernia de hiato por EDA varios años antes, sin clínica de pirosis ni dispepsia en la actualidad. Presentó un ingreso en nuestro hospital 5 años antes por dolor abdominal no filiado y un nuevo ingreso varios meses antes del episodio índice por cuadro de gastroenteritis aguda con ligero aumento de amilasa y lipasa en la analítica realizada. Desde entonces seguía revisiones ambulatorias. No fármacos en la actualidad.

La paciente consulta por episodios recurrentes de dolor abdominal tipo cólico que no respetan el descanso nocturno ni muestran clara relación con la ingesta. Junto a ello refiere hiporexia y pérdida de peso de 5 kg en el último mes, fiebre ocasional de hasta 38°C sin clara sensación distérmica, que no cede con tratamiento convencional.

En la analítica presenta anemia leve con Hb 10.8 g/dl, VCM 90.3 fL y serie blanca y plaquetas normales. La bioquímica muestra unos valores de amilasa de 195 UI/L, calcio 7,11 mg/dl y potasio 3.3 mmol/L. Hormonas tiroideas y ANA normal.

La radiología simple de abdomen evidenciaba la existencia de algunos niveles hidroaéreos en asas de delgado. La ecografía abdominal fue informada como asas de delgado dilatadas y llenas de líquido con muy escaso peristaltismo. El TAC abdominal mostraba un marcado engrosamiento del ileon terminal con adenopatías mesentéricas.

Se realizó una prueba diagnóstica.

NOTAS:

VARÓN DE 59 AÑOS QUE CONSULTA POR DISNEA Y FIEBRE

Mérida Rodrigo, L; Del Arco Jiménez, A; Noureddine López, M; Quirós López, R; Moreno Martínez, F; García Alegría, J.

Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

Antecedente personales: Seis meses antes de su ingreso había sido diagnosticado de infección por VIH en un centro privado nacional y catalogado como categoría C3 del CDC, en función de sus diagnósticos en ese momento de neumonía por citomegalovirus y angiosarcoma de Kaposi cutáneo y nadir de CD4 de 60 células/mm³. Inició tratamiento antirretroviral con Zidovudina, Lamivudina, Lopinavir y Ritonavir así como profilaxis para PCP a días alternos con buena tolerancia. Además fue diagnosticado de infección luética y tratado como tal y de EPOC tipo enfisema grado II-III de la GOLD. Había sido intervenido previamente de desprendimiento de retina, fisura anal y polipectomía colónica. Un mes antes fue ingresado por síndrome anémico severo en otro centro por lo que suspendió tratamiento con AZT y fue transfundido, desarrollando durante su ingreso insuficiencia respiratoria en relación a neumonía por probable *Pneumocystis jiroveci* con buena respuesta a cotrimoxazol. Precisó ingreso en UCI pero la evolución fue satisfactoria y fue dado de alta.

Consultó por urgencias de nuestro Hospital por febrícula y disnea de mínimos esfuerzos de 48 horas de evolución pero sin tos ni expectoración. Así mismo dolor de características mecánicas en columna lumbar.

Exploración física: Frecuencia cardíaca 110/min, taquipnea con 24 rpm así como leves crepitantes y roncus en la auscultación. En el abdomen no existían signos de irritación peritoneal ni visceromegalias. Lesiones de SK en abdomen y miembros inferiores pero no en mucosas.

Exploraciones complementarias: Hemograma con 6590 leucocitos/mm³ (N 85%, L 11%), Hb: 14 g/dl, plaquetas 210.000/mm³. El recuento de CD4 fue de 168 células/mm³. En la bioquímica sólo destaca una LDH de 1053 U/L, siendo las demás determinaciones normales. Gasometría arterial: pH 7.4, pCO₂ 28.5, pO₂ 52.5, Sat O₂ 89%. La Rx de tórax, mostraba infiltrado en LSD y la de columna dorsal, una osteopenia con pérdida de altura de los últimos cuerpos vertebrales (T8-T9-T10-T11). Ante estos datos, se decidió ingreso hospitalario e inicio de tratamiento antibiótico con ceftriaxona y mantuvo cotrimoxazol que ya tomaba desde el alta en otro centro. En los cultivos de esputo repetidos, creció *Staphylococcus haemolyticus*, las baciloscopias seriadas y la identificación de *Pneumocystis jiroveci* fueron negativas. Los hemocultivos seriados negativos. La ecocardiografía transtorácica y ecografía abdominal sin alteraciones relevantes.

Evolución: Tras el resultado de los cultivos inició de tratamiento antibiótico según antibiograma. Existió mejoría evidente desde el punto de vista respiratorio tanto clínica como radiológica; sin embargo se constató anemización progresiva severa (Hb 6.2 gr/dl con VCM 95 fl, HCM 31,8 pg y MCHC 33 g/dl) que requirió transfusión de concentrados de hematíes. El estudio de anemia presentó los siguientes valores: ferritina 967 ng/ml, transferrina 137 mg/dl, folato 19,7 ng/ml, vitamina B12 1069 pg/ml, test de Coombs directo e indirecto negativos. Frotis de sangre periférica sin alteraciones relevantes.

Se realizó un procedimiento diagnóstico.

NOTAS:

VARÓN DE 74 AÑOS CON FIEBRE DE CORTA DURACIÓN Y PANCITOPENIA.

Camacho, M; Velasco, MJ; Gavilán, F; Adarraga, MD; Martínez, L; Zambrana, JL.

Medicina Interna. Hospital de Montilla (Córdoba).

No alergias medicamentosas conocidas. HTA. C. Isquémica (IAM en 1990, no aporta informes). ACVA de repetición con paresia derecha residual y afasia motora. FA paroxística detectada de forma ocasional. Intervenido patología pancreato-biliar hace 15-20 años (no aporta informes). Tratamiento habitual: Nitroglicerina transdérmica, enalapril 20 mg/día, clopidogrel 1 comp. día, acetocumarol según hematología y digoxina 1 comp./día. Consulta por presentar desde 3 días antes deterioro del estado general con postración y fiebre precedida de escalofríos. No refiere tos, expectoración, no dolor torácico ni abdominal.

Exploración física: TA 70/50, Tª 38,8, Saturación 95%, FC 120. REG, consciente, afasia motora pura, normocoloreado. ACR: tonos cardiacos rítmicos a 120 spm. MV conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a palpación, con hepatomegalia no dolorosa de unos 3 traveses de dedo. Extremidades: rigidez en flexión de MSD. No edemas ni signos de TVP SNC: no signos meníngeos ni nuevos déficits neurológicos.

Estudios complementarios:

Hemograma: leucocitos 2340 (66.7%N), Hb 11, 8 g/dl, plaquetas 74000. VSG 46.

Bioquímica: Glucosa 170 mg/dl, LDH 7.8, CPK 419, Na 132, Ca 7.3, AST 499, ALT 97, BT, urea, creatinina, K normales. TSH normal.

Estudio de Coagulación: TTPA 52.5. Tiempo de protrombina 25.

Frotis de sangre periférica: Segmentados 42, Cayados 20, Metamielocitos 2, Mielocitos 2, Linfocitos 24, Monocitos 10. Aumento de la granulación en la serie granulocítica. Anisocitosis de serie roja. Trombopenia aunque se observan algunos megacariocitos.

Rosa de Bengala: Negativo.

Hemocultivos (2): Negativos.

Rx tórax: Sin imágenes de condensación parenquimatosa.

Ecocardiograma: Registro en RS. VI no dilatado, sin hipertrofia significativa y sin claras asinérgias, FE 69%. VD no dilatado, normocontráctil. Raíz aórtica en LSN. No dilatación auricular. Algún foco de calcio en el anillo mitral, sin repercusión funcional, con insuficiencia leve. IT leve con PSAP 23 +PVC. No imágenes sugestivas de vegetación.

TAC torácico y abdominal: Derrame pleural bilateral moderado. No condensaciones alveolares. Discreto infiltrado micronodular basal derecho, poco significativo y que podría deberse a hipoventilación por el derrame adyacente o bien a un infiltrado bronconeumónico en inicio o en remisión. Esplenomegalia de 19 cm sin lesiones focales. Porta y vena esplénica dilatadas y permeables. Calcificaciones vasculares marcadas de aorta, tronco celíaco y sus ramas y arteria mesentérica superior. Hipocaptación e irregularidad de la cabeza pancreática en la zona en que contacta con la segunda y tercera porción duodenal. Riñones poliquísticos aumentados de tamaño. No líquido libre intraperitoneal ni otras colecciones intraabdominales.

Una prueba diagnóstica facilitó el diagnóstico.

NOTAS:

MUJER DE 59 AÑOS CON PRÓTESIS MITRAL, INFARTO CEREBRAL ISQUÉMICO E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO.

Villar Jiménez, J; Moya Benedicto, R; Gómez Lora, D; Sánchez Lora, FJ.

Medicina Interna. Hospital de Antequera (Málaga).

Mujer de 59 años ama de casa.

Comisurotomía mitral abierta en 1979 por estenosis mitral reumática. Edema agudo de pulmón en 1987 realizándose estudio hemodinámico que mostró doble lesión mitral insuficiencia predominante severa, insuficiencia aórtica leve, y función ventricular levemente deprimida, implantándose prótesis de St. Jude en posición mitral. Fibrilación auricular crónica. Revisiones periódicas en Consulta de Cardiología en situación de insuficiencia cardíaca grado funcional II New York Heart Association (NYHA) en tratamiento con Digoxina, Furosemida y Acenocumarol. Último ecocardiograma (marzo 2003): prótesis mitral mecánica bivalva normofuncionante con anillo nativo calcificado y regurgitación leve periprotésica, afectación reumática de válvula aórtica (engrosamiento nodular de borde libre de sigmoideas), con apertura suficiente y sin regurgitación significativa, marcada dilatación biauricular, función sistólica conservada, hipertensión arterial pulmonar leve. Colectomía laparoscópica por colelitiasis en 2001. Diagnosticada de adenocarcinoma gástrico en junio de 2004 realizándose gastrectomía total oncológica por vía laparoscópica, encontrando implantes en mesocolon y múltiples adenopatías en tronco celíaco y borde superior de páncreas que se extirparon. Presentada en Comisión de Tumores Hospital Regional Carlos Haya de Málaga se decidió quimioterapia adyuvante oral paliativa con tegafur. Revisiones en Consulta de Oncología de dicho Centro sin datos de recidiva. Anemia megaloblástica por déficit de vitamina B12. Vida limitada desde intervención quirúrgica de adenocarcinoma gástrico. No alergias conocidas.

Acude a Urgencias el día 30 de mayo de 2005 por presentar de forma brusca pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo y desviación de la comisura bucal a la derecha. Niega otra sintomatología.

TA: 110/60 FC 70 FR 16 Tª 36.5°. Magnífico estado general. Sensorio normal. Lenguaje normal. Paresia facial supranuclear izquierda. Boca: faltan piezas. Cuello normal. Mamas normales. Cicatriz de esternotomía media. AC: arrítmica a 70 l.p.m., clics protésicos normales, soplo sistólico 1/4 en borde esternal izquierdo y punta. AP normal. Abdomen normal. Extremidades: leve hemiparesia izquierda (MSI 2/5, MII 3/5), reflejos osteotendinosos normales, reflejo cutáneo plantar flexor bilateral, insuficiencia venosa en miembros inferiores y edemas maleolares con fóvea +.

Hemograma: hematíes $2,46 \times 10^{12}/L$, hemoglobina 9,4 gr/dl, hematocrito 29,20 %, VCM 118 fL, HCM 38,20 pg, CHCM normal, leucocitos y plaquetas normales. Coagulación: INR 3,9, TPTA normal. VSG 17 mm 1ª hora. Bioquímica completa: ácido úrico 7,8 mg/dl, proteínas totales 4,7 g/dl, GOT 126 U/L, fosfatasa alcalina 207 U/L, LDH 478 U/L, resto normal. Vitamina B12 61 pg/ml, ácido fólico normal. Orina normal. Radiografía de tórax: cardiomegalia a expensas de marcada dilatación biauricular, grapas de esternotomía media. TAC craneal sin contraste: zona de hipoatenuación adyacente a cabeza de núcleo caudado derecho compatible con infarto isquémico a dicho nivel, moderada atrofia cortical. ECG: fibrilación auricular con respuesta ventricular media a 70 l.p.m., eje + 80 °, QRS y repolarización normales.

Ingresa en Medicina Interna donde fue tratada con digoxina 0,25 mg/día, furosemida 40 mg/día, espironolactona 25 mg/día, enalapril 10 mg/día, ranitidina 300 mg/día y acenocumarol 2 mg/día. Magnífica evolución neurológica deambulando con andador a las 48 horas de su ingreso. A las 60 horas de su ingreso avisa por dolor centrotorácico opresivo intenso irradiado a MSI en reposo, realizándose ECG que mostró lesión subepicárdica de 5 mm. en V4 y de 2,5 mm. en V5, y determinación de CK que fue normal y de troponina con valor 8,81 ng/ml. Se consultó con Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos que con el

diagnóstico de infarto agudo de miocardio anterior y contraindicación absoluta para fibrinólisis (infarto cerebral de 48 horas de evolución) trasladaron a la paciente al Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos del Hospital Regional Carlos Haya de Málaga para intervención coronaria percutánea primaria. En dicho Servicio se desestimó dicho procedimiento por enferma pluripatológica, rápida desaparición del dolor torácico y normalización de ECG, y pequeña elevación de CK (pico 300 U/L), evolución con fracaso cardíaco severo (hipotensión que requirió fármacos inotrópicos, congestión pulmonar, derrame pleural bilateral, edemas maleolares) y fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida que requirió perfusión de amiodarona, siendo trasladada 4 días más tarde al Servicio de Medicina Interna de este Centro en tratamiento con enoxaparina sódica 60 mg. subcutánea/12 horas, AAS 100 mg/24 horas, acenocumarol 2 mg/24 horas, digoxina 0.25 mg/día, enalapril 5 mg/24 horas, torasemida 5 mg/día y pantoprazol 20 mg/día.

Evolución satisfactoria, realizándose a las 72 horas de su ingreso una prueba diagnóstica.

NOTAS:

PACIENTE DE 32 AÑOS CON NÓDULOS CUTÁNEOS DOLOROSOS Y ADENOPATÍAS INTRATORÁICAS.

Ruiz Arias, A; García Figueras, C; Reguera García, A; Pérez Cortés, S.

Medicina Interna. Hospital de Especialidades de Jerez de la Frontera (Cádiz).

Se trata de una paciente casada, con dos hijos, empleada de limpieza, con historia familiar y personal de dislipemia. Fue fumadora hasta los 26 años (pasó de 63 a 84 Kg. tras dejar el tabaco) y refería episodios juveniles de anorexia-bulimia para los que no había recibido tratamiento médico. En Julio de 2003, cuando tenía 29 años, fue estudiada en M. Interna por un cuadro agudo de fiebre alta con tiritonas, odinofagia, artralgias invalidantes (caderas y columna cérvico-lumbar), leucocitosis neutrófila e importante elevación de los reactantes de fase aguda: PCR de 25 mg/dl y VSG de 122 mm. Resultaron normales o negativos: bioquímica general, T4/TSH, cultivos de sangre y orina, serologías para múltiples gérmenes, TAC de tórax y abdomen, gammagrafía corporal con ⁶⁷Ga, ecocardiograma, factor reumatoide, ANAs, ANCAs y RNM de columna lumbar. En el proteinograma se observó elevación de α_1 y α_2 globulinas. La ferritina sérica fue de 4.590 ng/ml. Con todos estos datos fue diagnosticada de Enfermedad de Still del adulto. Los síntomas no se controlaron con AINEs, por lo que se le añadió prednisona (1 mg/Kg) con respuesta clínica espectacular y normalización rápida de los reactantes incluyendo la ferritina. En las sucesivas revisiones en la consulta se redujo progresivamente la dosis de prednisona, que fue suspendida en Noviembre de 2004, permaneciendo asintomática y con valores normales de PCR, VSG y ferritina.

En Mayo de 2005 continuaba bien, pero refirió la aparición de tres nódulos dolorosos a la presión, situados en la zona frontal, parietooccipital derecha y pared abdominal. No tenía fiebre ni síntomas articulares. La exploración resultó normal salvo por obesidad (IMC: 31 Kg/m²) y por la existencia, en las regiones citadas, de 3 nódulos subcutáneos de entre 1,5 y 2 cm de diámetro, recubiertos de piel de aspecto normal, moderadamente dolorosos a la palpación. Resultaron normales o negativos: Hemograma, coagulación, ANAs, glucemia, función renal, calcio/fósforo séricos; factor reumatoide, GOT/GPT/GGT/FA/LDH/CPK, y sedimento urinario. VSG: 42 mm. PCR: 1,15 mg/dl. Rx de tórax normal. Rx de cráneo: dudosa lesión osteolítica que no se confirmó en la TAC de cráneo, en la cual se observaron protrusiones de partes blandas correspondientes a los nódulos que presentaba la paciente, sin afectación del hueso subyacente. TAC de tórax: múltiples adenopatías mediastínicas (regiones lateroaórtica izquierda, retrocava, paratraqueal derecha y subcarinal) e hiliares bilaterales. Parénquima pulmonar normal y ausencia de derrame pleural.

Se efectuaron una determinación y una exploración que resultaron diagnósticas.

NOTAS:

38 AÑOS, ADVP, DOLOR LUMBAR, HEMOPTISIS E INFILTRADO PULMONAR.

Barón Ramos, MA; Elvira González, J; López Usares, A; Rosal Obrador, J; Bascuñana Quirell, A.

Medicina Interna. Hospital Virgen del Camino. Sanlúcar de Barrameda (Cádiz).

Paciente de 38 años, albañil de profesión, fumador desde los 13 años de más de 30 cigarrillos/día con antecedentes de drogadicción parenteral en su juventud y promiscuidad sexual. En la actualidad consume Metadona de forma "irregular" no prescrita por ningún facultativo.

Consulta inicialmente en Urgencias por cuadro de un mes de evolución de dolor lumbar bilateral, tos y esputos ocasionalmente hemoptoicos sin fiebre asociada. Se realizó una Rx simple de tórax que reveló un infiltrado alveolar bilateral, de predominio en lóbulo superior derecho, por lo que se recomendó ingreso hospitalario, que fue rechazado por el paciente. Fue evaluado entonces en consultas externas de Medicina Interna, donde a la vista de los hallazgos radiológicos se recomienda de nuevo ingreso que también fue desestimado por el paciente, solicitándose entonces estudios microbiológicos oportunos y se prescribió tratamiento tuberculostático empírico ambulatorio ante la posibilidad de tal entidad, y se recomendando aislamiento respiratorio en domicilio.

Días después, el paciente ingresa en nuestro hospital refiriendo que no tolera la medicación oral y que sigue con dolor lumbar y costal intensos. No ha tenido fiebre en ningún momento, y los esputos continúan herrumbroso y ocasionalmente hemoptoicos.

Exploración clínica al ingreso:

Mal estado general, con sensación franca de enfermedad y caquexia. Afebril, TA 110/70, FC: 100 lpm, FR: 28 rpm. Adenopatías de pequeños tamaño axilares e inguinales. Crepitantes en tercio superior de hemotórax derecho. Ausencia de soplos cardíacos. Palpación abdominal normal. Puñopercusión lumbar dolorosa bilateralmente. Resto normal.

Pruebas complementarias:

- **Hemograma:** Hb 10,4 g/dl, VCM 92, leucocitos 23.000 (86% PMN), plaquetas 390.000.
- **Bioquímica:** glucemia, función renal, transaminasas, Na, K, bilirrubina normales. Fosfatasa Alcalina 360 u/L, LDH 4.600 u/L.
- **Coagulación** normal.
- **Serología VIH, VHC** positivas confirmadas.
- **Linfocitos CD4** 216 cels/ml.
- **Rx tórax:** infiltrados alveolares difusos en ambos hemotórax de predominio en LSD con tendencia a la cavitación. Engrosamiento pleural basal derecho.
- **Ecografía abdominal:** se observa una imagen sugestiva de adenopatía retroperitoneal izquierda de 15 mm de diámetro. En ambas glándulas suprarrenales se observan sendas LOES de entre 8 y 10 cm de diámetro máximo. Resto del estudio sin anomalías.

NOTAS:

MUJER GUINEANA DE 24 AÑOS CON ASTENIA Y ANOREXIA DE MESES DE EVOLUCION

Cotos Canca, R; *Villarejo, A; Salas, J; Cruz, G; Rivera, F.

Medicina Interna y *Radiología. Hospital de Poniente de El Ejido (Almería)

Natural de Guinea - Bissau, lleva tres años en España. Niega patología médica o quirúrgica de interés. No hábitos tóxicos. Trabaja en un almacén de envasadora. Tres embarazos eutócicos sin abortos.

Cuadro de unos dos meses de evolución de astenia, hiporexia y pérdida de tres kilos de peso sin fiebre. Interrogada por órganos y aparatos no presentaba ningún otro síntoma reseñable. De la entrevista se intuía un ánimo depresivo por su situación actual y familiar.

Exploración física

Altura: 165cm. Peso: 51.8kg. No adenopatías. Tiroides normal. Auscultación cardiaca y respiratoria: Eupneica con buen murmullo vesicular sin estertores, tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Abdomen: normal. Extremidades: Normales. Mamas: normales. No lesiones cutáneas, articulares o neurológicas reseñables.

Pruebas complementarias:

Hemograma normal. VSG: 35 mm. PCR: 1,20. Bioquímica general, TSH, Orina/sedimento: Normal. Serología (VIH, VHC, Lúes): negativa; HbsAg: negativo, HbcAc: positivo. HbsAc: positivo. Radiografía de tórax normal.

Evolución clínica: Con el diagnóstico presuntivo de Depresión reactiva se dio de alta y seguimiento por su médico de Atención Primaria. A los 10 meses vuelve a consultar por persistencia y agravamiento de la clínica inicial con una analítica donde destacaba: Hb: 9.7, VCM: 82, VSG: 95mm, PCR: 13. Resto normal. En la exploración física se constató un soplo abdominal en epigastrio sin masa pulsátil, se realizó un Ecocardiograma Transtorácico que sólo reveló una válvula mitral mixomatosa con insuficiencia mitral leve sin otros hallazgos reseñables y un TAC abdómino pélvico informado como normal.

Tras las pruebas de imagen se realizó una prueba diagnóstica que orientó definitivamente el diagnóstico:

Se tomó la tensión arterial constatándose una hipertensión arterial asimétrica de forma significativa (TAD: 155/80, TAI: 200/75); tras este hallazgo se realizó una Angio RMN de aorta torácica comprobándose que efectivamente había una severa afectación de grandes vasos.

NOTAS:

JOVEN CON "HIPERHIDROSIS IDIOPÁTICA".

Aguilar Gallego; J, Bolaños Díaz; A.

Servicio de Medicina Interna Hospital Punta de Europa. Algeciras (Cádiz)

Mujer de 27 años sin antecedentes de interés que ingresa de urgencias por fiebre elevada (hasta 40 grados) y sudoración. En la anamnesis por órganos y aparatos no existía focalidad de la fiebre, pero si una historia previa de sudoración generalizada continua, aunque más acentuada por las noches, lo cual le obligaba a dormir en verano e invierno con un ventilador toda la noche. Por dicho motivo había sido estudiada por Endocrino y Dermatólogo siendo etiquetada de síndrome ansioso e "hiperhidrosis idiopática".

Inicialmente la paciente pasó al área de observación, donde presentó pico febril de 42,5 grados, taquicardia sinusal de 160 y aumento marcado de la sudoración (se cambiaron las sábanas varias veces). Se encontraba normotensa.

Ingresa en planta para estudio de síndrome febril sin focalidad y del cuadro de sudoración de larga data.

Pruebas complementarias iniciales: Analítica. RX Tórax Eco Abdomen, Cultivos de orina, esputo y Hemocultivo negativos.

Se comentará resto de exploraciones y resolución en la sesión.

NOTAS:

MUJER DE 52 AÑOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA DERECHA

Ramos Cantos, M^a Carmen; *Zafra Sánchez, J; **García González, I; Calvo de Mora Redondo, A; Fernández Sepúlveda, S; Guil García, María; Pérez Díaz, JM; Martín Pérez M; San Román Terán, CM;

Medicina Interna, *Cardiología. Hospital de la Axarquía de Vélez Málaga (Málaga). **Anatomía Patológica. Hospital Regional Universitario Carlos Haya (Málaga).

Paciente de 52 años que ingresa por edemas. No alergias medicamentosas conocidas. No diabética, ni hipertensa. No intervenciones quirúrgicas. No hábitos tóxicos.

La paciente presenta clínica de un año de evolución de astenia, malestar general, disnea de medianos esfuerzos, edemas en miembros inferiores y epigastralgias de características inespecíficas.

Ingresada durante el último año en dos ocasiones, con diagnóstico al alta de insuficiencia cardíaca de predominio derecho y discreta hipertensión pulmonar de origen no filiado, para seguimiento y estudio en consultas externas, con mejoría clínica tras la administración de tratamiento deplectivo. Se realizó angioTAC, que fue negativo para TEP; cateterismo, con resultado de coronarias angiográficamente normales y presión telediastólica de ventrículo derecho elevada.

La paciente es ingresada desde consulta por empeoramiento de los edemas y generalización de los mismos, pese al incremento progresivo de las dosis de diuréticos, junto con disnea de mínimos esfuerzos y ortopnea.

Exploración física:

TA: 100/60. FC: 80 lpm. SatO₂ 97%. Afebril. Consciente y orientada. Eupneica en reposo C y C: IY a 90°. Tórax: AC: TR a 80 lpm, sin soplos. AR: disminución del murmullo vesicular en base derecha. Abdomen: hepatomegalia de 5 traveses de dedos, y con reflujo hepatoyugular positivo. Edema de pared abdominal. Extremidades: edemas en miembros inferiores hasta la raíz de los mismos. No signos de TVP.

Exploraciones complementarias:

Hemograma: Hb 14, Hto 42, leucocitos 8960 (fórmula normal), plaquetas 291000. VSG 88.
Bioquímica: glucosa 81, colesterol 347, triglicérido 173, creatinina 1.08, GPT 35, GOT 92, GGT 492, FA 331, BT 0.93, sodio 133, potasio 4.8, ferritina 190.8, hierro 63, PCR 4.4.
Coagulación: TP 14, Act 86%, INR 1.11, TPTA 37.2. **Marcadores tumorales:** CEA 4.3, B2microglobulina 7.04, Ca 19.9 4.3. **Proteinograma:** proteína 4.9, albúmina 1.12, alfa1globulina 0.47, alfa2globulina 1.59, betaglobulina 0.64, componente M en fracción gamma. Cuantificación de proteínas: IgG 1242.5, IgA 146.3, IgM 124, cadenas ligeras K 1840, cadenas ligeras L 182, cociente K/L 10.109, banda monoclonal IgG kappa.
Autoinmunidad: ANA negativo y ANCA negativo. **Orina:** hematíes 52.2, leucocitos 27.7, células epiteliales 58.4, cilindros hialinos 2, bacteriuria moderada, proteína en orina 980.
Orina 24 horas: cadenas ligeras L 37.6, cadenas ligeras K 327, proteínas 8736 mg en 24h.
Hormonas: T4 libre 1.19, TSH 5.39. **Rx tórax:** cardiomegalia ligera. Hilios aumentados, derrame pleural bilateral de predominio derecho, líneas B de Kerley. **EKG:** RS. Onda Q de V1 a V4, y bajo voltaje en todas las precordiales. **Ergometría:** prueba submáxima negativa.
Gammagrafía con talio: normal. **Ecocardiograma:** hipertrofia de ambos ventrículos. Insuficiencia tricuspídea leve con PSP 32. **Ecografía abdominal:** hígado aumentado de ecogenicidad y tamaño. No LOES. Vesícula con ligero engrosamiento de su pared. Riñones que conservan su diferenciación córticomédular sin ectasia. Líquido ascítico perihepático y periesplénico. Derrame pleural bilateral. **Eco-doppler renal:** no se objetiva trombosis de venas renales. **TAC tórax:** derrame pleural derecho ligero. Pequeñas adenopatías próximas a 1 cm a nivel paratraqueal derecho. **AngioTAC:** Negativo para TEP. **Espirometría:** insuficiencia ventilatoria no obstructiva leve con difusión normal. **Hemodinámica:** arterias coronarias lisas, angiográficamente normales. Dominancia derecha. Dimensiones y contractilidad de VI y VD conservados. Ausencia de cortocircuitos. Presión telediastólica de VD aumentado. IC derecha.

Evolución: con el diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca, se inicia tratamiento diurético a dosis altas. Pese a ello, persisten los edemas y la hipoalbuminemia. Se detecta proteinuria en rango nefrótico. La paciente mantiene tensiones bajas y la diuresis se ha ido reduciendo de forma progresiva. Dada la situación de oligoanuria, refractaria al tratamiento y el empeoramiento de la función renal, se somete a la paciente a diálisis de manera urgente.

Se realizó una prueba diagnóstica.

NOTAS:

Entidades que colaboran en la ejecución de la Jornada:

**ALMIRALL
ANDROMACO-GRUNENTAL
ASTRA ZENECA
BOHERINGER INGELHEIM
ESTEVE
GSK
ITALFARMACO
LÜNDBECK
MENARINI
MSD
NOVARTIS
NOVO-NORDISK
PFIZER
SANOFI -AVENTIS
SCHERING
SCHWARTZ
SERVIER
WYETH**

**HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD**

**TENENCIA DE ALCALDIA DE TORRE DEL MAR
EXCMO. AYUNTAMIENTO DE VELEZ MALAGA**