

SESIONES SADEMI EN RED.

RESUMEN CASO CLINICO HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA VICTORIA (MÁLAGA).

Ponente: Ana Laura Blanco Taboada (FEA Medicina Interna)

-MOTIVO DE CONSULTA: Deterioro del estado general, astenia e hiporexia de tres semanas de evolución asociado a sensación febril no termometrada.

-ANTECEDENTES PERSONALES: Alergia a Penicilina. Exfumador. Consumidor de 3 copas de vino al día los fines de semana de muchos años de evolución. No consumidor de otros tóxicos. Hipertensión arterial y dislipemia. Síndrome del tracto urinario con hematuria macroscópica estudiado por Urología en Marzo de 2024 con cistoscopia normal.

Independiente para las ABVD. Nacionalidad: Reino Unido.

Tratamiento habitual: Amlodipino 10 mg cada 24 horas, Perindopril 8 mg cada 24 horas, Atorvastatina 20 mg cada 24 horas, Dutasterida 500mcg/tamsulosina clorhidrato 400mcg cada 24 horas.

-ENFERMEDAD ACTUAL.

Paciente de 78 años de edad que acude por deterioro del estado general, hiporexia y astenia de tres semanas de evolución. Previamente paciente totalmente independiente para las ABVD (ha estado recientemente de viaje en Nueva York con su hijo). Reducida ingesta en domicilio desde hace aproximadamente 7-10 días. Refiere sensación febril no termometrada de 48 horas de evolución, con sudoración asociada, de predominio nocturno. No disnea, no dolor torácico ni abdominal. No náuseas ni vómitos. No síncope ni presíncope. No semiología neurológica ni alteraciones en la marcha. No pérdida de visión. No refiere pérdida de peso. No otra sintomatología acompañante.

EXPLORACIÓN FÍSICA AL INGRESO:

Estable hemodinámicamente: TA 122/90, FC 86 lpm, SatO₂ 98% basal. Fiebre 38°C.

Paciente consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Bien hidratado y perfundido. No lesiones en mucosa oral. No palpación de adenopatías sospechosas a nivel laterocervical bilateral. Auscultación cardiaca: tonos rítmicos, sin soplos.

Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen

Abdomen depresible, no doloroso a la palpación profunda. No signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos conservados. No edemas en miembros inferiores ni signos de trombosis.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS:

-Analítica de sangre: Hemoglobina 11.5 g/dL, VCM 86.4, Plaquetas 37.000, leucocitos $1.66 \times 10^3/\mu\text{L}$, Neutrófilos $960 \times 10^3/\mu\text{L}$. Glucosa 124 mg/dl, Cr 1.35mg/dl, FG 50, urea 58mg/dl, Na 127 mEq/L, K 4.31mEq/L, LDH 470U/L, AST 470U/L, AST 171U/L, Bilirrubina total 4.17mg/dL, Bilirrubina directa 2.85mg/dL, PCR 37mg/L

-Rx de Tórax: ICT conservado. No signos de infiltrados ni derrame pleural.

- Ecografía de Abdomen urgente: Hígado de tamaño aumentado a expensas de LHD, con ecogenicidad homogénea y aumentada levemente de manera difusa, sugestiva de esteatosis leve. No se observan lesiones focales. Vesícula de tamaño y grosor de pared normales, sin cálculos. Murphy ecográfico negativo. No se observa dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Venas suprahepáticas y porta permeables.

Esplenomegalia homogénea de 17,3 cm, que ha aumentado de tamaño respecto a uroTC previo. Ambos riñones presentan una situación, tamaño y grosor de parénquima normales. No se observa imagen de cálculo evidente, ni signos de ectasia pielocalicial. Quistes corticales simples bilaterales.

-Ante la fiebre, pancitopenia y esplenomegalia de novo se decide ingreso en planta de Medicina Interna para continuar estudio.