CASO SADEMI 14/04/2020.

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ, HUELVA.

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.

F.E.A. ENRIQUE LÓPEZ HERRERO

TÍTULO:

RETENCIÓN AGUDA DE ORINA. ATAXIA, Y TETRAPARESIA, DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN. EPILEPSIA REFRACTARIA DESDE LA JUVENTUD.

ANTECEDENTES PERSONALES:

-Mujer de 51 años.
-Epilepsia temporal izquierda con crisis polimorfas, desde la juventud, refractaria. Rechazó tratamiento quirurgico de su epilepsia.

-Fumadora
-Dislipémica
-Déficit de vitamina D

-Hipotiroidismo

-Salpinguectomía izquierda por embarazo ectópico.

-No antecedentes de enfermedades neurológicas familiares.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Atendida en Urgencias por dolor hipogástrico agudo, irradiado a la fosa renal izquierda, con estranguria, y tenesmo vesical, objetivándose, tras sondaje vesical en urgencias, se produjo el vaciamiento de la vejiga persistiendo el dolor en la fosa renal.

En la anamnesis por órganos y sistemas, refería además una marcada astenia basal, con calidad de vida cama-sillón en el último año y algias osteomusculares generalizadas, y pérdida de fuerza en todos los grupos musculares, situación que le impedía llevar una vida normal, siendo dependiente para el aseo y resto de las actividades básicas de la vida diaria. Pérdida de peso de unos 15 kg en el último año. Andaba de la cama al sillón, con dificultad para mantener una marcha estable, habiendo presentado varias caídas.

Se procedió al ingreso en Medicina Interna.

EXPLORACIÓN:

Alerta, orientada, colaboradora.
Constantes normales.
Postrada.
Fuerza simétrica en miembros 3/5. Abolición de los reflejos tendinosos.

Ataxia de tronco y de miembros. No alteraciones sensitivas.

Habla escándida. Pupilas normales. No alteración en pares craneales oculomotores, no nistagmus. No déficit campimétrico por confrontación. Diplejia facial. No paresia del velo del paladar, ni palatal. Reflejo nauseoso presente bilateral.
No fasciculaciones ni amiotrofias. No espascticidad. Dismetría muy marcada, de predominio en brazo izquierdo. Alodinia en zona distal de miembros superiores e inferiores.

Reflejos cutáneo plantares indiferentes. No explorable la marcha por ataxia marcada de tronco al intentar la sedestación.

Auscultación cardíaca y respiratoria, sin anormalidades.

Dolor al palpar la fosa renal izquierda. Resto del abdomen sin anormalidades. En ecografía no reglada, dilatacion pielocalicial izquierda ligera-moderada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS BÁSICAS:

-Hemograma y coagulación sin alteraciones. Bioquímica: Urea 86.3 mg/dL, Lactato deshidrogenasa 707 U/L, Creatina quinasa 1597 U/L, Sodio 147 mmol/L, Proteinas totales 5.5 g/dl, resto de parámetros sin alteraciones. En controles ulteriores se normalizaron las anomalias referidas.
-Rx de tórax sin anormalidades.

-TAC de cráneo: No se identifican colecciones hemorrágicas intra o extraaxiales ni signos de lesión isquémica aguda. Tampoco se visualizan signos directos o indirectos de lesiones ocupantes de espacio. Línea media centrada. Sistema ventricular y cisternas de la base de tamaño y morfología normales. Ligera atrofia de predominio cortical. Fosa posterior sin alteraciones reseñables. Leve ateromatosis calcificada de ambas carótidas internas. Hiperostosis frontal. Resto de estructuras óseas incluidas en el estudio sin hallazgos radiológicos significativos.

-TAC tórax y abdomen: Múltiples quistes parapiélicos bilaterales, más llamativos en el riñón izquierdo. Lesión sólida ovalada y de bordes bien definidos anexial izquierda sin claro realce tras la administración de contraste y con calcificaciones periféricas de unos 53x34 mm, que ha aumentado de tamaño respecto a estudio previo de 2015 donde medía unos 40x29 mm, de comportamiento inespecífico por TC. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. Resumen: Sin dilatación de sistemas excretores. Lesión anexial izquierda, que ha aumentado de tamaño desde 2015, inespecífica por TC.

SE PLANTEÓ EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO CLÍNICO QUE SE DETALLARÁN EN LA SESIÓN, EN SU CONTEXTO SINDRÓMICO DE RETENCIÓN AGUDA DE ORINA, Y DE ATAXIA Y TETRAPARESIA DE UN AÑO DE EVOLUCIÓN, EN PACIENTE CON EPILEPSIA REFRACTARIA, LLEGÁNDOSE A UN PROBABLE DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO, TRAS LA REALIZACIÓN DE NUEVAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.