



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA III
CATEDRA CLINICA Y TERAPEUTICA "C"
CARACAS – VENEZUELA



CASO CLÍNICO SEMI PRIVADO

Presenta: Dr. Diego Aguirre.

Paciente femenino de 55 años de edad, natural de Bucaramanga - Colombia y procedente de la localidad con diagnóstico de "Artritis Reumatoide" de cuatro años de evolución, diagnóstico realizado en el contexto de Síndrome Poliarticular inflamatorio, aditivo, simétrico de pequeñas y medianas articulaciones, asociado a rigidez matinal de más de una hora de duración, y positividad a títulos altos de AntiCCP y factor Reumatoideo, iniciando tratamiento con metotrexate 15 mg semanal (se desconoce dosis acumulada), metilprednisolona 16 mg/día y AINES que no precisa, con evolución clínica "no satisfactoria" dada por persistencia de inflamación articular (no se cuenta con información clinimétrica del médico tratante) por lo que en los meses sucesivos se adicionan esquemas de tratamiento con Sulfasalazina y Leflunomide a dosis no precisadas y sin presentar mejoría. Inicia enfermedad actual en septiembre de 2015, cuando comienza a presentar edema en miembros inferiores, simétrico, ascendente, frío, no doloroso que deja fovea y edema bipalpebral bilateral, acude a médico tratante en repetidas oportunidades donde se le realizan estudios complementarios evidenciando entre ellos proteinuria en rango nefrótico, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia, diagnosticando Síndrome Nefrótico e indicando tratamiento con furosemida, enalapril, atorvastatina y ciclofosfamida VEV 750mg (cumpliendo 1 sola dosis) en virtud de la persistencia de síntomas, en febrero de 2016 realiza viaje a Colombia, donde recibe tratamiento ambulatorio con "medicina homeopática" que no precisa durante 1 mes, sin mejoría manteniéndose sin tratamiento y en iguales condiciones generales trasladándose a Venezuela en el mes de abril, y tras presentar aumento de la circunferencia abdominal y disnea a moderados esfuerzos que progresa rápidamente hasta a la ortopnea acude a este centro donde se ingresa.

Pertinentes negativos: Fiebre, Artritis, Oliguria,

Antecedentes Familiares: Padre con diagnóstico de "Artritis Reumatoidea", fallecido a los 54 años de edad, desconoce causa.

Examen físico de ingreso: Signos Vitales: **PA:** 150/80 mmHg (sentada, brazo izquierdo) **FP:** 75lpm, **FR:** 22 rpm, **SatO₂:** 98% (aire ambiente). Medidas antropométricas: **Peso:** 60,9 Kg, **Talla:** 1,57 mt, **IMC:** 24,75 Kg/m², **SC:** 1,60 m² (fórmula Dubois – Dubois)

Piel: Blanca, hidratada, pálidez cutáneo mucosa, con turgor y elasticidad acorde a edad, llenado capilar de 3 segundos. **Ojos:** Edema bipalpebral bilateral, isocorias, reflejos fotomotor y consensual presente y conservados, movimientos oculares conservados, FO: reflejo naranja presente, disco óptico sin alteraciones, relación AV conservada, no exudados ni hemorragias, pulso venoso retiniano espontáneo. **Cardiopulmonar:** Pulsos carotídeos simétricos de amplitud conservada, sin soplos, PVY con seno X dominante, tope oscilante a 3 cm del ángulo de Louis. Tórax: normoexpandible, no tiraje intercostal vibraciones vocales conservadas, ruidos respiratorios presente en ambos hemitórax con crepitantes en tercio inferior bilateral, ápex no visible no palpable, ruidos cardiacos rítmicos normofonéticos, R1 único, sístole silente, R2 único, diástole silente, sin R3 ni R4. **Abdomen:** Globoso a expensas de líquido ascítico, no se evidencia red venosa colateral, ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, no doloroso a la palpación profunda ni superficial, no se palpa visceromegalias, matidez cambiante, onda ascítica positiva, circunferencia abdominal de 100 cm. **Extremidades:** miembros inferiores con edema grado III, duro, no doloroso, frío, que deja fovea, pulsos arteriales de amplitud conservados. Osteoarticular: rangos de movimiento articular conservados, cierre de puño 100%, subluxación reductible de metacarpo falángicas y desvío cubital reductible de 2^{do} a 5^{to} dedo de manos, hiperextensión de interfalángicas proximales con hiperflexión de interfalángicas distales de 2°, 3° y 4° dedo mano izquierda,



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA III
CATEDRA CLINICA Y TERAPEUTICA "C"
CARACAS – VENEZUELA**



3° y 4° dedo mano derecha, pulgares en "Z" reductibles, ausencia de sinovitis. Resto del examen físico anodino.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS / LABORATORIO:

04 mayo 2016

GB: 6.000 mm³, Neu: 71,2%, Linf:24,8%, Mon: 6,7%, **Hb: 6,7 g/dl, Hto:22%**, Plaq:281.000 mm³.
Glic: 66 mg/dl, Urea: 40 mg/dl, Creat: 0,9 mg/dl, **A. Urico: 6,7 mg/dl, Prot. Totales: 3,79 g/dl, Alb: 1,43 g/dl, Calcio Corregido: 7,1 mg/dl**, Fosf: 4,1 mg/dl, **Mag:1,2 mg/dl**, Na: 146 mmol/L, **K: 3,3 mmol/L, Cl: 105 mmol/L, AST: 51 U/L**, ALT: 17 U/L, BT: 0,19 mg/dl, BD: 0,15 mg/dl, BI: 0,04 mg/dl, GGT: 58 U/L, PTT: (razón) 1", PTT (diferencia) + 4,4", CT: 172 mg/dl, TG: 200 mg/dl, LDH: 463 mg/dl.
Uroanálisis: Densidad: 1020, pH: 6.0. Proteínas 2+, Esterasa leucocitaria: 3+, Hemoglobina 4+. Leucocitos: +50 xcpo, Hematíes: +50 xcpo (no reportan morfología), Bacterias abundantes. Sedimento: cilindros hialinos: 0-2 xcpo.

20 mayo 2016

GB: 4.400 mm³, Neu: 71%, Linf:20%, Mon: 0,6%, **Hb: 10,1 g/dl, Hto:31,6%, Plaq:516.000 mm³, VSG: 90 mm, Urea: 78 mg/dl, Alb: 2,15 g/dl**, Na:146 mmol/l, **K: 3,3 mmol/L, Cl: 105 mmol/L, AST: 26 U/L; ALT: 10 U/L, ALP: 202 mg/dl, GGT: 60 U/L,**

31 mayo 2016

GB: 4.620 mm³, Neu: 54,2%, Linf: 35,9%, Mon: 8%, Hb: 11,6 g/dl, Hto: 37,3%, Plaq: 214.000 mm³, Glic: 83 mg/dl, Urea: 77 mg/dl, Creat: 0,9 mg/dl, **A. Urico: 8,0 mg/dl, Alb: 1,99 g/dl, Calcio Corregido: 7,0 mg/dl**, K: 4,1 mmol/l, **Cl: 105 mmol/L, BT: 0,40 mg/dl, LDH: 560 mg/dl.**

EKG (04/05/16): RS / 70 lpm / 0,14 / 0,04 / + 25 ° / 0,36 Trazado no patológico.

Radiografía de tórax (04/05/16): Estudio radiológico simple de tórax en proyección PA, rotada, silueta cardiaca con ICT menor a 0,5. Aorta no calcificada. Senos costofrénicos y costodiafragmáticos libres. No se evidencian imágenes de consolidado, ni derrame pleural en ambos campos pulmonares.

Eco abdominal con énfasis renal (05/05/16): "Enfermedad parenquimatosa renal bilateral, Hígado: Tamaño disminuido (HD: 12,27 cm) Borde romo, Ecogenecidad aumentada. Sin evidencia de lesión focal intraparenquimatosa, vasos portales y vena suprahepática de calibre normal, vías biliares intra y extra hepática de calibre normal. Ascitis".

Sangre oculta en heces (05/05/2016): Negativo.

Perfil tiroideo (06/05/16): T4 Libre: 0,88 ng/ml (0,70-1,48 ng/ml) TSH: 5,810 uU/ml (0,350-4,940 uU/ml)

Ferrocinetica: (06/05/16): Ácido fólico: 4,6 ng/ml (3,1-20,05 ng/ml) **Ferritina: 725,4 ng/ml** (4,9-232,3 ng/ml) Vitamina B12: 560 pg/ml (239-931 pg/ml)

Serologías (09/05/2016): **Hepatitis:** Anti Core VHB: Negativo, Ag de superficie hepatitis B: No reactivo Anticuerpo Hepatitis C: No reactivo **HIV:** Negativo **VDRL:** No reactivo.

Depuración de creatinina y proteinuria 24 horas (09/05/16): Volumen: 3.800ml/24 horas, Depuración de creatinina: 50,26ml/min, Proteinuria: 8,56gr/24 horas

Ecocardiograma TT (09/05/2016): "FE: 60%, función sistólica global del VI normal, contractilidad segmentaria conservada, grosor de paredes de VI normales. Cavidad ventricular izquierda de tamaño



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA III
CATEDRA CLINICA Y TERAPEUTICA "C"
CARACAS – VENEZUELA**



normal. Cavidad ventricular derecha de tamaño normal. Disfunción diastólica leve (patrón de relajación anormal). Derrame pericárdico ligero posterior y retroauricular. Hipertensión arterial pulmonar ausente”.

Uro cultivo 10/05/2016: “No hubo crecimiento bacteriano”

PPD (16/05/16): Unidad de Neumotisiología HUC: Cero milímetros.