



**Sociedad Venezolana
de Medicina Interna**

J30117281-7

Paciente P.A.A.

Edad: 27 años

Sexo: femenino

Natural y procedente de Apure

RESUMEN CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 27 años, natural y procedente de Elorza estado Apure quien en 2010 presenta cuadro de afectación del estado general caracterizado por astenia, adinamia, fiebre intermitente, cuantificada mayor a 38,5 grados, acompañada de dolor osteomuscular generalizado; así como aumento de volumen de ganglios linfáticos en región cervical, acompañado de pérdida progresiva de peso de 8 kg en 3 meses por lo que acude en múltiples ocasiones a facultativos quienes indican manejo sintomático sin presentar mejoría.

En enero de 2012 consulta al servicio de Hematología de nuestra institución donde es valorada y hospitalizada. Su examen físico de ingreso muestra como único dato positivo ganglios linfáticos cervicales duros, móviles y no dolorosos, diámetro 0.5 cm de iguales características en regiones axilares e inguinales bilaterales, no adheridos a planos profundos.

Dado las características de su cuadro clínico plantean realizar biopsia de ganglio linfático cervical. El estudio histológico mostró cambios compatibles con Linfoma no Hodgkin. Solicitan realización de inmunohistoquímica de dicho bloque la cual informa Linfoma Hodgkin Nodular de predominio Linfocítico. El 15 de febrero de 2012 se realiza aspirado de médula ósea reportada como normocelular, sin infiltración por leucemia o linfoma. Por indicación del servicio de Hematología se decide iniciar en Febrero de 2012 protocolo AVDB consistente en Doxorubicina, Cardioxane, Bleomicina, Dacarbazina, Vinblastina.

En octubre del año 2014 en control sucesivo por el servicio de hematología se concluye que presenta recaída de enfermedad hematooncológica, expresada en persistencia de las adenopatías y alzas térmicas, procediendo al inicio de terapia de rescate con protocolo GNC consistente en Gemcitabina, Navelbine, Doxorubicina Liposomal, planificándose 3 ciclos. Se agrega el diagnóstico de hiperuricemia, iniciándose manejo con Alopurinol 100 VO OD. Para la fecha 25 de enero de 2015 presentó 2 episodios de hematemesis por lo cual ingresa a este centro siendo hospitalizada por el servicio de Medicina Interna en conjunto con el servicio de Gastroenterología diagnosticándose síndrome de Mallory-Weiss, por lo que permanece ingresada durante 3 días, egresando sin complicaciones.

Para el mes de septiembre de 2016 presentó cuadro clínico caracterizado por edema progresivo en miembros inferiores, al inicio vespertino y luego permanente, que deja fovea, acompañado de edema palpebral matutino, concomitante aumento de temperatura, de forma intermitente cuantificada mayor a 38,5 grados centígrados; asociada a artralgias y mialgias generalizadas, con limitación para la deambulación, con mayor compromiso de articulaciones distales, siendo valorada e ingresada por parte del servicio de Nefrología de nuestra institución el 6 de octubre de 2016.

ANTECEDENTES

Familiares: padres vivos, madre diabética, padre hipertenso. Sin antecedentes restantes de importancia



**Sociedad Venezolana
de Medicina Interna**

J30117281-7

Personales: niega comorbilidades. Niega enfermedades cardiometabólicas y neurológicas. Niega antecedentes de traumatismos. Refiere resección de nódulo mamario hace 5 años sin estudio histopatológico.

Ginecológicos: nulípara. Ciclos irregulares. Menarquia a los 12 años. Sexarquia a los 18 años. Hábitos psicobiológicos: niega alcohólicos y tabáquicos. Caféinicos 2 tazas/día. Vive en casa con 2 habitaciones, 1 baño, techo de metal. Con todos los servicios. Ocupación: no labora actualmente. Epidemiológicos: contacto con animales fuera de la vivienda con porcinos, caninos y aves.

EXAMEN FUNCIONAL: pérdida de peso de 4 kilos en 1 mes, orinas espumosas y polaquiuria, parestesias en miembros inferiores, y lumbalgia acompañado de cialgia derecha.

EL EXAMEN FÍSICO DE INGRESO

Signos vitales: TA: 110/70 mmHg. FC: 75 l.p.m. FR: 17 r.p.m. En regulares condiciones clínicas, palidez cutánea mucosa. Se aprecia disminución de la turgencia cutánea. Normocéfala sin lesiones. Edema palpebral. ORL: mucosa oral húmeda con limitación a la apertura bucal. Cuello móvil sin bocio y sin adenopatías. Tórax simétrico, normoexpansible. Ruidos respiratorios presentes con agregados estertores en base pulmonar izquierda. Ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos. Abdomen blando, sin dolor y con hepatomegalia palpable. Ruidos intestinales presentes. Extremidades eutróficas con edema grado I en miembros inferiores. Neurológico: consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Sin déficit motor ni sensitivo. Pares craneales sin focalización. Fondo de ojo sin alteración. Relación a/v conservada.

Durante su estancia hospitalaria, presenta aumento de edema hasta hacerse generalizado, con acentuación de la afectación articular de grandes y pequeñas articulaciones con mayor acentuación en interfalángicas proximales y distales de manos que le limita su cuidado personal, cambios de coloración en piel de manos y pies. El servicio de Nefrología solicita evaluación por **Medicina Interna**, quien asume manejo de la paciente siendo trasladada a nuestra área.

A la exploración física se encontró disminución de turgencia de piel, limitación de apertura bucal menor a 3 cm secundario a disminución de la turgencia cutánea, fenómeno de Raynaud en los 4 miembros, ganglio linfático latero cervical izquierdo aumentado de tamaño de 1 x 1 cm, no doloroso, no adherido a planos profundos, frote pericárdico leve. Se realizan los exámenes mostrados a continuación:

PARACLÍNICA DE INGRESO

ESTUDIO HEMATOLÓGICO

FECHA	HB.	HCTO.	PLT.	GB.	GRAN	LINF.	MON.	EOS.
13.10.16	10 MG/DL	30%	15000 0	24000	68%	30%	2%	0%

FROTIS DE SANGRE PERIFÉRICA
SERIE ROJA: normocítica y normocrómica.
SERIE BLANCA: granulaciones tóxicas presentes. Resto cantidad y morfología adecuada.
SERIE PLAQUETARIA: cantidad deficiente con presencia de macroplaquetas.

FECHA	CREAT	UREA	PROT T	ALB	COL T	TAG	AU
6.10.16	1.8	73.3	6.4	2.8 mg/dL	138 mg/dL	284	



**Sociedad Venezolana
de Medicina Interna**

J30117281-7

ESTUDIO IMAGENOLÓGICO		
FECHA	ESTUDIO	RESULTADO
03.10.16	US. ABDOMINAL	HEPATOMEGALIA ENFERMEDAD PARENQUIMATOSA RENAL DERECHA Y PERICOLECISTITIS.
03.10.16	RX DE TORAX	DERRAME PLEURAL ESCASO BILATERAL

FECHA	UROANALISIS	PROTEINURIA 24 HORAS
6.10.16	PROTEINURIA ++ CILINDROS MIXTOS 0-1XC	2.52 GRAMOS