

**INSTITUTO VENEZOLANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA**

HISTORIA CLINICA

I. DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS: J.H. **EDAD:** 35 AÑOS

FECHA DE INGRESO: 19/01/23

II. MOTIVO DE CONSULTA:

“Disminución de la Fuerza Muscular en hemicuerpo derecho”

III. ENFERMEDAD ACTUAL:

Se trata de paciente masculino de 35 años edad, natural y procedente de la localidad, sin antecedentes patológicos conocidos, cuyo familiar refiere inicio de enfermedad actual el día 18/01/2023, cuando presentó cefalea de aparición súbita, holocraneana, de carácter opresivo, de moderada intensidad, continua, que no atenúa con la administración de AINES; 24 horas después se asocia al cuadro clínico disminución de la fuerza muscular en el hemicuerpo derecho y dificultad para articular palabras, en vista de persistencia de sintomatología deciden acudir a nuestro centro donde posterior a evaluación se decide su ingreso.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES (datos aportados por familiar):

- Médicos: niega hipertensión arterial, niega diabetes mellitus, abscesos en región glútea, muslos y axilas en febrero y diciembre de 2022, tratado con drenaje y antibioticoterapia, no especificada.
- Quirúrgico: Niega.
- Transfusiones: niega.
- Traumatológicos: niega.
- Infectocontagiosos: Refiere infección por SARS-CoV 2 de curso leve en 2021. Niega infección por VHB, VHC, VHI, VHS, niega infecciones respiratorias.
- Vacunación: refiere 4 dosis con Sinopharm, última en diciembre de 2022.
- Alergias: niega

V. ANTECEDENTES FAMILIARES (datos aportados por familiar):

- Madre: fallece a los 65 años con Ca uterino.
- Padre: fallece a los 70 años con Ca gástrico.
- Hermanos: 3, vivos. Apparentemente sanos.
- Hijos: niega.

VI. HÁBITOS PSICBIOLÓGICOS (datos aportados por familiar):

- Hábito tabáquico: refiere consumo de cigarrillo desde los 20 años, hasta la actualidad, en número de 20 al día. IPA: 15 paquete/año.

- Ilícitos: niega.
- Hábito alcohólico: refiere consumo de alcohol ocasional (2 veces al mes), tipo cerveza o ron desde los 18 hasta la actualidad, sin llegar a la embriaguez.
- Hábito Cafeínico: 5 taza, diarias.
- Hábito del Sueño: 8 horas diarias.
- Sexualidad: HSH y HSM, refiere uso de método de barrera de forma ocasional. Inicio de vida sexual: 18 años. Número de parejas sexuales: 6, última refiere hace 1 año.
- Religión: cristiano.
- Ocupación: Analista de Recursos Humanos.
- Graffar: apartamento, 3 habitaciones, 1 baño, 1 sala, 1 comedores, 1 cocina, piso de cerámica, techo cemento, habitantes: 3 personas, todos los servicios básicos. Sin mascotas.

VII. EXAMEN FUNCIONAL (datos aportados por familiar):

- **General:** Niega variaciones ponderales. Niega fiebre, diaforesis nocturna, niega temblores.
- **Piel:** Niega prurito, petequias, erupciones, cianosis.
- **Cabeza:** Refiere cefalea frontal bilateral de leve intensidad, de forma ocasional, que atenuaba con la ingesta de AINES, hace aproximadamente 6 meses, niega mareos, síncope, efлюvio capilar, traumas.
- **Ojos:** Niega uso de anteojos, niega diplopía, amaurosis, fotofobia.
- **Oídos:** Niega hipoacusia, otalgia, otorrea, otorraquia, tinitus, vértigo.
- **Nariz:** Niega rinorrea, sinusitis, epistaxis, obstrucciones, anosmia.
- **Boca:** Niega halitosis, aftas, sialorrea.
- **Garganta:** Niega odinofagia, disfagia, afonía, disfonía.
- **Respiratorio:** Niega hemoptisis, tos, expectoración, disnea.
- **Osteomuscular:** Niega artralgias, debilidad, dolores óseos, deformidades.
- **Cardiovascular:** Niega disnea, palpitaciones, dolor torácico, claudicación.
- **Gastrointestinal:** Niega dolor abdominal. Apetito conservado, 3 comidas principales. Hábito evacuatorio diario, 1 vez/día, Bistol II-III, color marrón, sin moco ni sangre. Niega diarrea, emesis, hematemesis, melenas, hematoquecia, pirosis, flatulencia.
- **Genitourinario:** Refiere hábito miccional 7 veces, color amarillo claro, no fétido, sin espuma. Niega anuria, disuria, piuria, hematuria, ulceraciones.
- **Nervioso y Mental:** Niega movimientos tónico-clónicos, tics, temblores. Niega cambios en la conducta.

VIII. EXAMEN FÍSICO DE INGRESO:

Signos vitales:

TA: 130/80 mmHg **FC:** 92 lpm **FR:** 18 rpm **Spo2:** 97% FiO2 21%. **T°:** 37° C axilar.

Peso: 65 kg **Talla:** 1.7 m **IMC:** 22,4 kg/m².

General: Se evalúa paciente en regulares condiciones generales, eupneico, afebril al tacto, tolerando la vía oral y decúbito.

Piel: Fototipo IV según Fitzpatrick, turgor y elasticidad conservada, llenado capilar menor de 3 segundos, uñas normoimplantadas, sin onicodistrofia ni lesiones en piel.

Cabeza: Normocéfala, sin presencia de masas, tumoraciones o reblandecimiento. Cabello de implantación androide, resistente a la tracción.

Ojos: Simétricos, apertura ocular espontánea, escleras blanquecinas, presencia de isocoria normorreactiva a la luz, no nistagmus, no ptosis.

Oídos: Pabellones auriculares normo implantado, simétricos, conductos auditivos externos permeables, sin salida de secreciones, ni obstrucciones, mastoides no doloroso.

Nariz: Pirámide nasal normo implantada, tabique nasal central, fosas nasales permeables, sin salida de secreciones, vibrisas presentes.

Boca: Comisura labial simétricas, mucosa oral húmeda, edentula completa, paladar blando y duro indemne, sin evidencia de ulceraciones, aftas orales, lengua sin alteraciones. Úvula central. Amígdalas eutróficas.

Cuello: Simétrico, cilíndrico, movilidad activa y pasiva conservada, Glándula tiroides no visible ni palpable, tráquea central, pulsos carotídeos presentes, sin soplos.

Ganglios Linfáticos: no se palpan adenopatías occipitales, cervicales, supraclaviculares, axilares, ni inguinales.

Tórax: Tórax simétrico, normoexpansible, respiración toracoabdominal, no se observa uso de musculatura accesoria. No se palpa frémito, maniobra base – base 2 cm. Vibraciones vocales presentes. Resonante a la percusión.

Mamas: Complejo areola-pezones indemne, sin salida de secreciones.

Respiratorio: Ruidos respiratorios presentes, sin presencia de agregados.

Cardíaco: Ápex no visible, palpable en 5to espacio intercostal, línea media claviclar, dinámico. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares, R1 único sístole silente, R2 único diástole silente, no soplo, no galope.

Abdomen: blando, plano, ruidos hidroaéreos presentes, no se palpan visceromegalias, no doloroso a la palpación superficial y profunda, sin signos de irritación peritoneal.

Genitales: genitales normo configurados acorde a edad y sexo, sin salida de secreción a través del meato uretral, se observa lesión verrugosa a nivel glándula, blanquecina, de superficie lisa, con bordes irregulares y diámetro aproximado de 5 mm, no dolorosa a la palpación.

Recto: Sin evidencia de lesiones a nivel de la región perianal.

Huesos, articulaciones, músculos: No se evidencia deformidades, ni signos de flogosis en áreas articulares.

Extremidades: Simétricas, eutróficas, sin evidencia de edema.

Neurológico: vigil, consciente, trastorno del habla: disartria, lenguaje poco fluido, coherente, comprende, repite. Agnosia digital. Nervios craneales: I: no evaluable. II: agudeza visual y visión de colores no evaluables, pupilas 5 mm en penumbra y 3 mm en luz, isocóricas, reflejo fotomotor y consensuado presentes, campimetría no evaluable. FDO: ojo derecho: vasos oculares presentan disposición radiada, disco óptico redondo, con borde netos, color rojizo, mácula indemne, retina sin alteraciones, pulso venoso presente, ojo izquierdo de iguales características, III, IV, VI: mirada primaria central, movimientos oculares en mirada monocular y binocular conservada, reflejo de acomodación: conservado, V: reflejo corneal presente, reflejo glabellar presente, sensibilidad superficial termoalgésica conservada en región facial, movilidad mandibular conservada, reflejo maseterino presente. VII: parálisis facial central derecha. VIII: audición no evaluable. IX y X: reflejo palatino y faríngeo presentes, úvula central, pilares amigdalinos simétricos, sin presencia de hemiatafiloparesias, XI: trofismo y tono de músculo esternocleidomastoideo y trapecio conservado, XII: lengua trófica, móvil, sin presencia de fasciculaciones. heminegligencia derecha, Tono y trofismo: conservado, Fuerza muscular: hemicuerpo izquierdo 5/5 proximal y distal, hemicuerpo derecho 2/5 proximal y distal. ROT +++/++++. Sensibilidad superficial termoalgésica presente, pero no objetivada, sensibilidad profunda no evaluable, no signos meníngeos.

IX. EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA:

Paciente quién es ingresado a nuestra institución, por clínica descrita, se solicitan paraclínicos (indicados en tabla 1) y estudios de neuroimagen tipo TAC de Cráneo Simple, la cual reporta en corte axial presencia de imagen hipodensa homogénea a nivel parieto-temporal izquierdo, sin desplazamiento de línea media, sin compromiso de tabla ósea e imagen hipodensa en cabeza del núcleo caudado izquierdo.

Se le solicita laboratorios de ingreso donde se evidencia un test simple para VIH positiva.

Se plantean los siguientes diagnósticos de ingreso:

1. Síndrome hemiparético derecho directo más agnosia digital y heminegligencia derecha, secundario a:
 - 1.1 Vascular: Evento Cerebro Vascular Isquémico en Territorio de Arteria Cerebral Media Izquierda segmento M4 en paciente joven. NIHSS: 20 puntos, Barthel: 50 puntos, Rankin: 4 puntos.
2. Infección por VIH de Reciente diagnóstico

El 20/1/23: Se realiza Punción Lumbar, obteniendo los siguientes resultados: Presión de apertura 15 cmH₂O, presión de cierre 13 cmH₂O. Volumen 3 ml, color: incoloro, Aspecto: limpio, Aspecto después del centrifugado: limpio con ligero botón hemático. Hematíes: 0-1 x cpo, Células: no se observaron. Glucosa: 65,8 mg/dl, Proteínas: 34.2 mg/dl. Pandy: negativo, Cloruros: 127,5 mmol/l. ADA: 2,9 UI/L

24/1/23: US Doppler Carotídeo: Sin alteraciones.

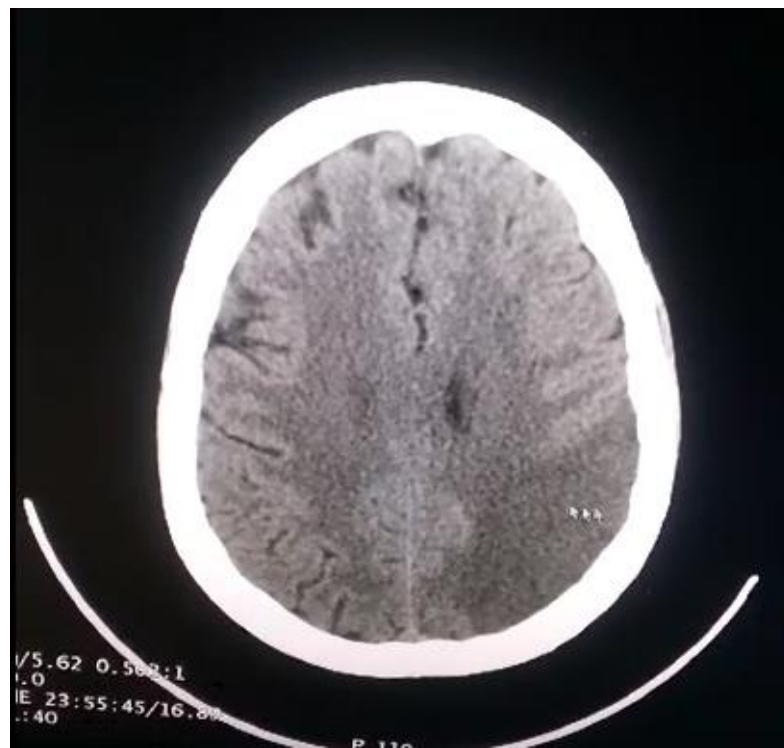
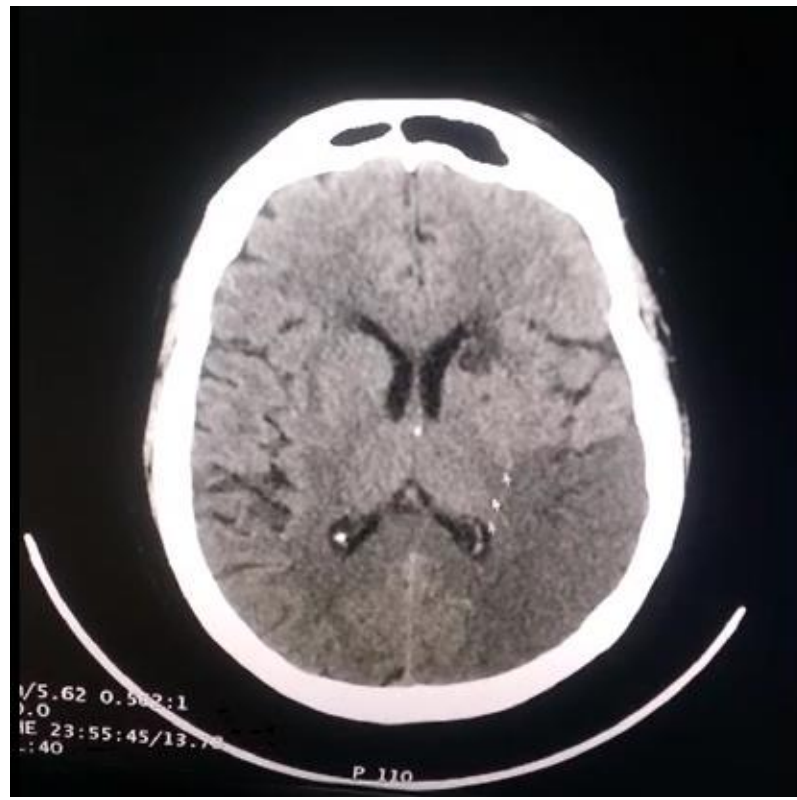
25/1/23: FSP: Glóbulos blancos: 8000, Segmentados: 60%, Plaquetas: 300.000, Hcto: 38%. No se observa alteración de ninguna de las 3 líneas celulares.

X. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

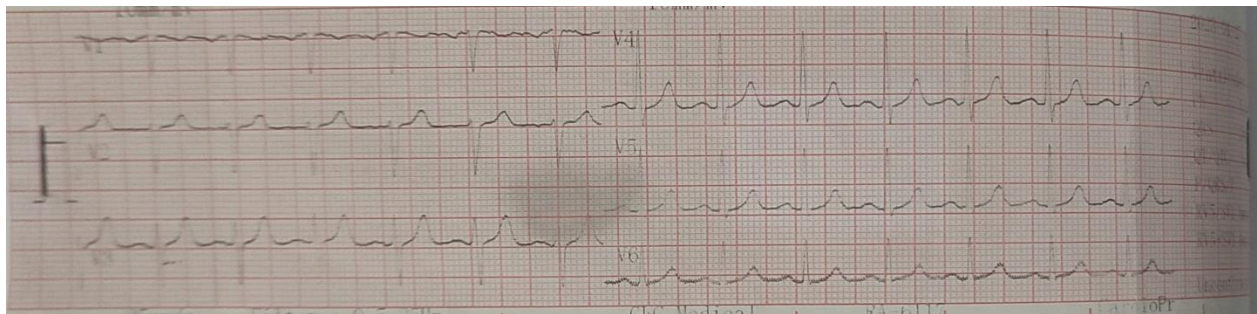
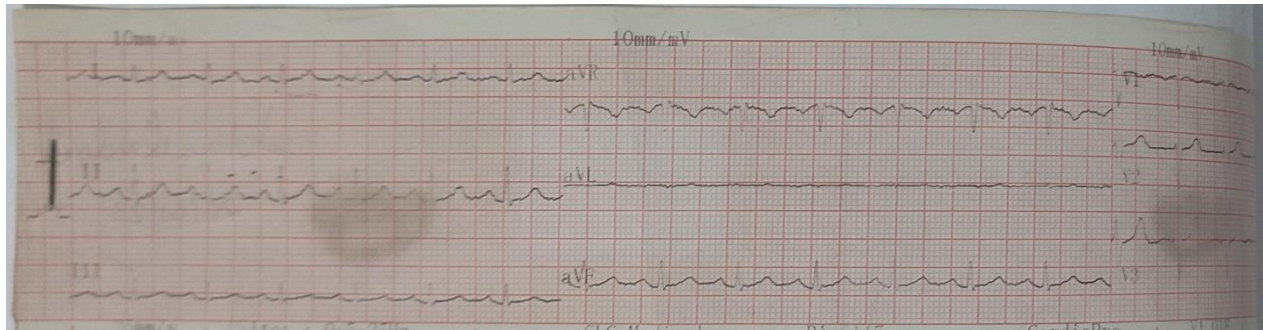
TABLA 1

LABORATORIOS				
	19/01/2023	27/01/2023	30/01/2023	03/02/2023
GB	3500	4700	4660	5050
SEG	55%	67%	52%	67%
LINF	42%	25%	40%	28%
HB	13,7	13,3	13,8	13,5
HCTO	41,7%	40,4%	41,9%	41,04%
VCM	96	95	97	96
HCM	29,4	29	29,8	29,5
PLT	282000	280000	272000	292000
GLICEMIA	90	92	85	91
BUN	9,1	31	33	29
CREATININA	0,7	1,33	1,19	1,06
SODIO	145	136	138	136,9
CLORO	102	99	105	96,2
POTASIO	3,8	4,2	3,9	4,15
PT	14,4		12,2	
RAZON	1,15		0,98	
PTT	20		25	
DIFERENCIA	-6		-1	
TGO	24			60
TGP	20			35
COLESTEROL	140			156
HDL	26			35
LDL	100			100
TRIGLICERIDOS	199			204
HIV	POSITIVO	4ta +		
VDRL	REACTIVO DÉBIL			
FIBRINÓGENO	300			250
DIMERO D	3,36	9,9	2,5	0,9
ÁCIDO ÚRICO	5,7			5,8
PROTEINAS T	8,2		6,7	
ALB	5,2		4	
GLOB	2,8		2,7	
A/G	0,45		0,9	
VHC		NEGATIVO		
VHB		NEGATIVO		

TAC DE CRÁNEO



EKG



RX DE TÓRAX

