



CASO CLÍNICO CLUB DE MEDICINA INTERNA MARZO DE 2025

Nombre y Apellido: D.A.S.G

Edad: 17 años

Natural y Procedente: La Guaira

Sexo: Masculino

Grado de instrucción: Bachiller

Ocupación: Estudiante de administración de empresas.

Motivo de Consulta: "Edema facial, dificultad para respirar y convulsiones"

Enfermedad actual: Se trata de paciente masculino de 17 años de edad, cuya madre refiere inicio de enfermedad actual 2 meses previos a su consulta caracterizado por presentar edema en región facial de predominio bipalpebral de predominio matutino, manteniéndose sintomático en el tiempo y 15 días posteriores presenta disminución progresiva del volumen urinario sin llegar a la anuria acompañado de astenia y adinamia, motivo por el cual, acude a médico particular, evidencia cifras tensionales elevadas e indica tratamiento antihipertensivo, persistiendo síntomas en el tiempo hasta que 20 días posteriores se asocia a cuadro clínico disnea de aparición progresiva de leve intensidad a moderados esfuerzos físicos, concomitante dolor torácico en punta de costado izquierdo de aparición insidiosa de moderada intensidad que exacerba con la inspiración profunda, por lo que acude a centro médico donde evalúan y hospitalizan por 10 días, realizando toracotomía mínima no invasiva izquierda y asocian antibioterapia por 10 días sin mejoría clínica. 24 horas previos a su consulta por presenta movimientos tónicos clónicos generalizados en número de tres acompañado de retroversión ocular con relajación de esfínter anal y vesical acompañado de disminución del nivel de conciencia dado por estupor, por decisión familiar es trasladado a este centro donde es ingresado en unidad de terapia intensiva.

Antecedentes Personales:

Médicos:

- Hipertensión arterial de recién diagnóstico tratado a base de ramipril 10 mg VO BID, clortalidona 25 mg VO OD, amlodipina 10 mg VO OD, carvedilol 6,25 mg VO OD, sin mejoría clínica.
- Amigdalitis aguda, sin aislamiento microbiológico diagnosticado hace 3 meses en centro médico de su localidad tratada con amoxicilina / ácido clavulánico 875 / 125 mg VO BID por 7 días con mejoría clínica.
- Niega asma, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, patologías tiroideas.
- Niega transfusiones sanguíneas
- Niega hipersensibilidad a medicamentos o alimentos.
- **Quirúrgicos:** Niega.
- **Traumáticos:** Niega.

Antecedentes Familiares:

- Madre, viva, aparentemente sana.
- Padre vivo, aparentemente sano.
- Hermanos: 01, masculino, aparentemente sano. Niega hijos

Hábitos Psicobiológicos

- Tabáquicos: Niega
- OH: tipo vino, ocasional, sin llegar a la embriaguez CAGE: 0 puntos.
- Café: 1 taza al día.
- Ilícitos: Niega.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA
SEDE: HOSPITAL MILITAR UNIVERSITARIO "DR. CARLOS ARVELO"



- Grado de instrucción: Bachiller.
- Ocupación: Estudiante de administración de empresas.

Antecedentes Epidemiológicos:

- Niega viajes recientes
- Niega contacto con sintomático respiratorio
- Vivienda: Vive en La Guaira, tipo apartamento, 3 habitaciones, 2 baños, 4 habitantes.
- Niega mascotas intradomiciliarias.
- Vacunación para SARS-CoV-2: 2 dosis de Verocell, ultima dosis 2022.
- Heterosexual. PS: 0

Examen funcional:

General: Niega perdida o ganancia de peso, hiporexia. **Piel:** Palidez cutáneo mucosa generalizado hace 3 meses. Niega ictericia, cianosis. **Cabeza:** Refiere caída de cabello desde hace 4 meses. Niega cefalea, traumatismos, reblandecimientos. **Ojos:** Niega epifora, amaurosis. **Oídos:** Niega hipoacusia, niega otalgia, tinnitus, otorrea, vértigo. **Nariz:** Niega epistaxis, hiposmia, anosmia **Boca:** Niega halitosis, gingivorragia, aftas, halitosis. **Garganta:** Niega disfagia, niega odinofagia, niega disfonía. **Respiratorio:** Niega tos. **Cardiovascular:** Niega palpitaciones, angina, síncope. **Gastrointestinal:** Habito evacuatorio 1 vez al día, Bristol 3, heces marrones, sin evidencia de moco, ni sangre. Niega cambios en el patrón evacuatorio. **Genitourinario:** Habito urinario de 5 veces al día, orinas amarillas, claras, suigéneris. Niega disuria, pujo vesical, tenesmo **Osteoarticular:** Niega artralgias, mialgias, deformidades. **Neurológico:** Paciente independiente de familiares para aseo personal previo a enfermedad actual. Niega tics, cambios en el estado de animo, tristeza.

Examen Físico:

Signos vitales: PA: 150/89 mmHg PAM: 109 mmHg FC: 107 LPM FR:29 RPM

T: 36.3°C (axilar) **Complementario:** SatO₂: 89% FiO₂ 0.21 SatO₂: 94% FiO₂ 0,33 Glicemia capilar: 102 gr/dl **Medidas antropométricas:** Talla: 1,70 m Peso: 60 kg IMC: 20 kg/m²

General: Se evalúa paciente en área de UTI-A en malas condicionales generales, hipertenso, normotérmico, taquicárdico, taquipneico, con requerimientos de oxígeno suplementario por cánula nasal a 4 litros por minuto, con facie abotagado con edema en región facial a predominio palpebral.

Piel: Fototipo IV/VI según Fitzpatrick, turgor y elasticidad acorde a edad, se evidencia hiperpigmentación con xerosis cutánea generalizado con áreas hiperpigmentadas con áreas descamativas finas en áreas fotoexpuestas de extremidades superiores e inferiores. Palidez cutáneo mucosa generalizada, llenado capilar menor de 3 segundos. Uñas: normoimplantadas, lechos ungueales sin alteraciones.

Cabeza: Normocéfalo, cabello normoimplantado, corto, con áreas de efluvio capilar, prueba de la resistencia positivo, en ausencia de masas, tumoraciones y reblandecimientos.

Ojos: cejas simétricas, normoimplantadas, apertura ocular a estímulos dolorosos, párpados superiores e inferior con presencia de edema blando, conjuntivas pálidas, escleras blancas, pupilas isocóricas hiporreactivas a la luz. Reflejo fotomotor, directo y consensual conservado.

Fondo de ojo: Disco óptico redondo, bordes definidos, excavación de 0,3 emergencia central de vasos, relación A/V 2/3, maculas indemne, brillo foveolar presente, sin evidencia de hemorragia o exudados retinianos en ambos ojos. No se evidencia papiledema. **Oídos:** pabellones auriculares normoimplantados, conducto auditivo externo permeable, sin secreciones. Hélix y antihélix no impresionan dolorosos a la tracción, trago no impresiona doloroso a la digitopresión.

Nariz: pirámide nasal indemne, simétrica, tabique nasal centrado, narinas permeables sin secreciones, sin estigmas de sangrado o presencia de úlceras. **Boca:** Labios simétricos, mucosa oral seca, sin lesiones, pálida, lengua central, úvula central, déntula total, amígdalas eutróficas,



orofaringe no congestiva. **Cuello:** simétrico, longilíneo, tráquea central, móvil, sin lesiones. Movilidad pasiva sin limitaciones activa no evaluable. **Ganglios linfáticos:** No se palpan adenopatías en sitios de exploración; submandibular, submaxilar, retroauricular, supraclavicular, axilar, inguinal ni poplíteo. **Respiratorio:** Tórax simétrico, con uso de musculatura accesoria dado por músculos intercostales. Se evidencia abordaje de acceso venoso subclavia derecho y cicatriz quirúrgica de 2cm, afrontado con sutura sin salida de secreción en 5to espacio intercostal con línea axilar media. Hipoexpansible a predominio de hemitórax izquierdo, vibraciones vocales no evaluables, submatidez en tercio medio izquierdo e hiperresonante en base ipsilateral. Ruidos respiratorios abolido en base izquierda con agregados tipo crepitantes finos en tercio medio de hemitórax izquierdo. **Cardiovascular:** PVY a 2 cm del ángulo de Louis, seno X dominante, retracción sistólica paraesternal izquierda presente, ápex visible, palpable en 5to espacio intercostal con línea medio clavicular izquierda, hiperquinético. Ruidos cardiacos rítmicos, regulares, taquicárdicos, hipofonéticos, R1 único, sístole silente, R2 único, diástole silente, sin R3, ni R4. Pulsos periféricos simétricos en amplitud y forma: braquial, radial, inguinal, poplíteo, tibial y pedio grado ++/++++. **Abdomen:** Plano, ruidos hidroaéreos presentes. Resonante, hepatometría: LPED: 10 cm, LMCD: 12 cm, LAAD: 13 cm, Bazo: Boyd 0. Blando, deprimible, no impresiona doloroso a la palpación superficial ni profunda, puntos ureterales superior y medio impresionan no dolorosos, sin signos de irritación peritoneal, puño percusión lumbar bilateral no impresiona dolorosa. **Genitales:** Masculinos, de aspecto y configuración acorde a edad, con presencia de sonda vesical, con evidencia de orinas turbias color ámbar. **Extremidades:** Asimétricas por edema grado II/IV, blando frío, que deja fóvea en miembros superiores a predominio de miembro superior izquierdo, eutróficas, móviles. Extremidades inferiores sin presencia de edema, ni várices. **Neurológico:** Estuporoso, funciones superiores no evaluables, no hace contacto visual con el examinador, no obedece ordenes simples ni complejas, localiza el dolor, memoria retrograda y anterógrada no evaluable, fuerza muscular moviliza extremidades de forma espontánea global, ROT II/IV global, marcha no evaluable, maniobras de Kernig y Brudzinski negativas, Babinski y sucedáneos negativos. Signos cerebelosos no evaluables, marcha no evaluable. Escala de coma de Glasgow: 9/15 pts, RO: 2 RV:2 RM: 5

Nervios craneales:

I Nervio olfatorio: No evaluable.

II Nervio oftálmico: Campimetría por confrontación no evaluable, agudeza visual no evaluable.

II,IV, VI Nervio motor ocular común, troclear y abducen: Reflejo fotomotor y consensual conservado, movimientos oculares no evaluable, simétricos.

V Nervio trigémino: Sensibilidad de hemicaras no evaluables, músculos maseteros con tono conservado. Masticación, no evaluable. Reflejo corneal presente.

VII Nervio facial: Sin evidencia de desviación de rasgos faciales, identificación de sabores no evaluable.

VIII Nervio vestíbulo coclear: Rinné y Weber no evaluable. Audición no evaluable.

IX Nervio glossofaríngeo: Reflejo nauseoso presente bilateral.

X Nervio vago: velo de paladar simétrico, móvil, úvula central.

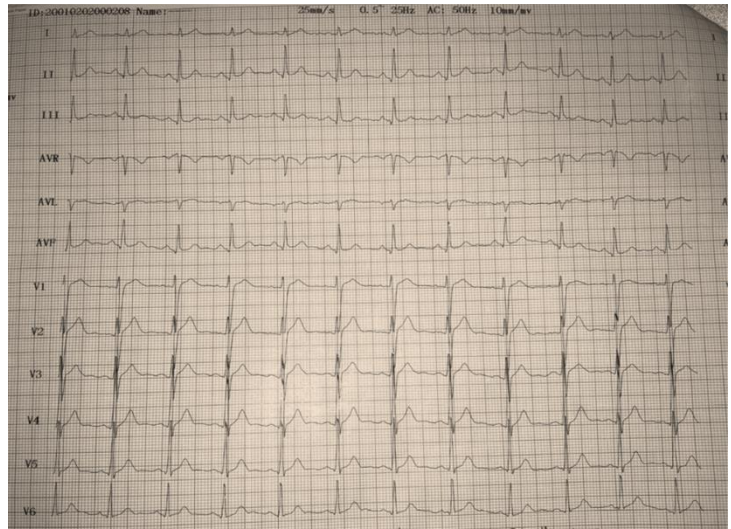
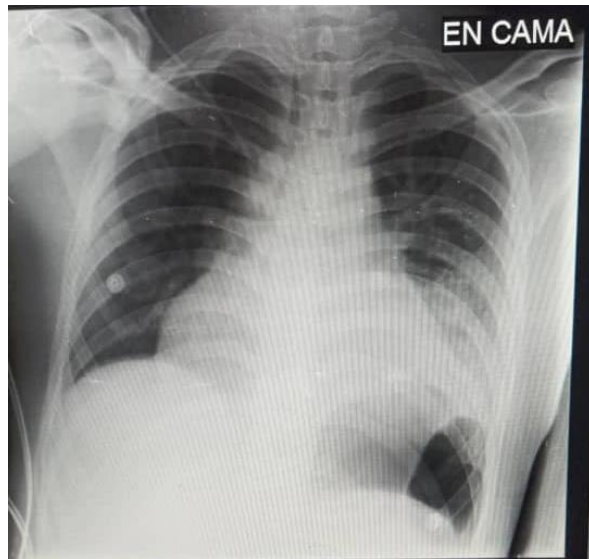
XI Nervio espinal: Se evidencia músculos esternocleidomastoideos tónicos trapecio eutróficos, hombros simétricos.

XII Nervio hipogloso: Movimientos de la lengua no evaluable.



Paraclínicos:

| | VN | Ingreso | Control |
|-----------------|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| HB | 11,7-15 | 8,2 g/dL | 7,2 g/dL |
| HTO | 37-47% | 24,4 % | 22% |
| VCM | 80,4-95 | 84,4 fl | 85,2fl |
| CHCM | 32,5-35 | 33,6 gr/dL | 32,5gr/dL |
| HCM | 27,2-33 | 28,4 pg | 27,7pg |
| LEU | 4,1-11,2 | 26,450 mm ³ | 13,500mm ³ |
| NEUT | 39,9-73 | 91,4 % | 76% |
| LINF | 18,8-50 | 4,9 % | 24% |
| MON | 4,1-12,2 | 3,3 % | |
| PLQ | 159-388 | 319,000mm ³ | 197.000mm ³ |
| VSG | | | Mayor de 100 mm/h |
| Glicemia | 60 – 100 gr/dl | | 98 mg/dL |
| UREA | 10-30 mg/dL | 120 mg/dL | 61,3 mg/dL |
| CREA | 0,6-1,3 mg/dL | 1,57 mg/dL | 4,2 mg/dL |
| TFG | | 74ml/min/1,73m ² | 22mL/min/1,73m ² |
| Prot T | 6,4 - 8,9 gr/dL | 5,4 gr/dl | |
| Albúmina | 3,5 – 5,7 gr/dL | 3,1 gr/dl | |
| Glob. | 2,5 - 4,8 gr/dL | 2,3 gr/dl | |
| Rel. A/G | 1,1 - 2 | 1,3 gr/dl | |
| LDH | 114 – 253 UI/L | 463 UI/L | |
| Na ⁺ | 136-142 mEq/L | 138mEq/L | 131 mEq/L |
| K ⁺ | 3,5-5 mEq/L | 5,6mEq/L | 5 mEq/L |
| Cl ⁻ | 98-108 mEq/L | 113 mEq/L | 110 mEq/L |
| Bil. Total | 0,10 – 1,2 mg/dL | 1,1 mg/dl | |
| Bil. Dir | 0,00 – 0,30 mg/dL | 0,9 mg/dl | |
| Bil. Ind | 0,10 – 1,2 mg/dL | 0,3 mg/dl | |
| PCR cuant. | 0,0 - 1 mg/dl | 11 mg/dl | |
| HIV | | Negativo | |
| VDRL | | No reactivo. | |
| ASTO | <200 UI/ml | | 360 UL/ml |



US abdominal:

- Moderada cantidad de líquido libre en espacio retrovesical y escaso en perirrenal derecho, periesplénico e interasa.
- Riñones aumentados de tamaño con cambios parenquimatosos bilateral II/IV.
- Derrame pleural bilateral y pericárdico