



HISTORIA CLÍNICA

Nombre y apellido: R. A.	Edad: 61 años	CI: 8.444.259
FN: 15/12/63.	Ocupación: Médico internista	NH: 1191285
Dirección: Ciudad Bolívar	Fecha de ingreso: 15/01/25	Ubicación: 142 F

Motivo de consulta: paraparesia

Enfermedad actual: Paciente masculino de 61 años, natural y procedente del estado Bolívar, médico internista de profesión, sin antecedentes patológicos conocidos, quien refiere inicio de enfermedad actual el 15/12/24 cuando presenta dolor lumbar de aparición progresiva de moderada intensidad, no irradiado, concomitante parestesias, hipoestesia y disminución de fuerza muscular en segmento proximal de miembros inferiores. En 48 horas presenta ascenso de hipoestesia y parestesia en banda a nivel abdominal y cambios en el patrón evacuatorio dado por estreñimiento. Síntomas persisten por lo que el 24/12/24 automedica con dexametasona 8 mg VEV y AINES con mejoría parcial de sintomatología. Sin embargo, el 26/12/24 por exacerbación de clínica acude a centro médico donde realizan TAC abdominopélvica evidenciando múltiples imágenes densas nodulares tipo masa dispersas que ocupan región retroperitoneal y cadena ganglionar iliaca derecha. El 29/12/24 presenta exacerbación de síntomas dado por extensión de hipoestesia a todo el miembro inferior derecho, por lo que acude a centro médico nuevamente y realizan RM lumbosacra evidenciando discopatía desde L2 hasta S1 y enfermedad ganglionar de aspecto retroperitoneal con múltiples adenomegalias. El 10/01/25 paresia de miembros inferiores condiciona limitación funcional y dificultad para la marcha, por lo que nuevamente autoadministra dosis de dexametasona 16 mg VEV y acude a este centro de salud el 17/01/25 donde es evaluado por servicio de neurología quien realiza PL y es presentado a nuestro servicio donde se evalúa y se ingresa.

Antecedentes personales: Niega HTA, diabetes, asma, convulsiones, niega alergia a medicamentos.

Infecciosos: IRB: NAC por *Mycoplasma pneumoniae* tratada con claritromicina por 10 días en septiembre 2024.

ITU en noviembre 2024 tratado con ciprofloxacina 500 mg VO BID por 7 días.

Antecedentes familiares: Madre, viva 84 años, Aps. Padre: fallecido por Ca. desconocido. Hermanos: 3 (2 APS, 1 fallecido por Histoplasmosis), Hijos: 6 APS.

Habitos psicobiológicos: Café: niega. Tabáquicos: niega. Etilicos: niega. Ilícitos: niega.

Epidemiológicos: Vivienda tipo casa, 3 habitaciones, 1 baño, 2 personas, con servicios básicos, niega mascotas y vectores. Refiere ultimo viaje en 2023 a Brasil. Refiere inmunización contra SARS COV2, 2 dosis, antecedente de COVID -19 en 2023. Grado de instrucción: Universitario. Estado civil: casado.

Examen funcional: niega pérdida de peso. Habito miccional: 6/1 veces por día, sin disuria, ni tenesmo. Habito evacuatorio: 1 vez al día, marrones, sin moco ni sangre.

Examen físico

Signos vitales	PA:130/80mmHg. FP: 85 ppm. FR: 16 rpm. SatO2: 97 % AA.
SOLO DESTACA AL EXAMEN FÍSICO LO SIGUIENTE:	
Cardiopulmonar	Tórax simétrico, normoexpansible, ruidos respiratorios presentes en ambos hemitórax, sin agregados. PVY a 3 cm de AL con seno X dominante, ápex no visible, no palpable, ruidos cardíacos rítmicos, regulares, R1 único, sístole silente, R2 único, diástole silente.
Neurológico	Consciente, orientación alopsíquica y autopsíquica conservada. Nervios craneales indemnes. Eutrofia, hipotonía miembros inferiores, FM según escala de Daniels: 1/5 miembro inferior derecho distal, 2/5 proximal; 2/5 miembro inferior izquierdo distal y proximal, 5/5 miembros superiores. ROT II/IV bicipital, rotuliano bilateral y aquileano izquierdo, I/IV aquiliano derecho, reflejo cutáneo plantar presente bilateral, reflejos cutáneo-abdominales y cremasteriano presentes. Esfínter anal normotónico. Sensibilidad profunda: hipopalestesia en miembro inferior derecho. Superficial: Hiperalgnesia a nivel de T10, reflejos cutaneoabdominales presentes. Termoalgnesia, grafestesia y barognosia conservadas. Hipoestesia en miembro inferior derecho.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

	08/01/25	17/01/25	28/01/25		08/01/25	17/01/25	28/01/25
Hgb (g/dl)	13,3/45	13,8/43	15,4/47,5	Glicemia (mg/dl)	-	93	98
VCM (fl)	90,6	86,9	85,6	Urea (mg/dl)	29	28	49
HCM (pg)	26,8	27,7	27,7	Creatinina (mg/dl)	1	1,1	1,1
CHCM (g/dl)	29,5	32,1	32,4	Ac Urico (mg/dl)	-	5	4
GR (mm3)	4.970	4,98	-	Na/K/Cl (mEq/L)	-	142,9/5,01/100	142,4/4,12/98,7
Leu (mm3)	8740	10.830	12.990	Ca/Cac/P/Mg (mEq/L)	-	9/9,1/3,8/2,7	8,7/8,9/2,9/-
Neut (%)	85	84,5	87	BT/BD/BI (mg/dl)	-	1,1/0,1/1,0	1,5/0,5/1
Linf (%)	15	11,5	5	AST/ALT (U/L)	26/23	36/31	43/132
Eo (%)	-	-	-	TGG/FA (U/L)	-	-	-
Bas/Mo(%)	-	-	-	PT/Alb/Glo (g/dl)	-	7,2/3,9/3,3	6,6/3,8/2,8
PLTs (mm3)	253.000	283.000	321.000	LDH/Amilasa (U/L)	-	-	-
VPM (fl)	-	7.50	6,8	TP/INR/TPT(seg)	-	-	-
VSG (mm H)	-	30	-	PCR/procalcitonina	-	-	-
HIV/VDRL	-	-	NR/NR	Coolest T/TRIG	-	-	213/130

TC ABDOMINOPÉLVICA SIMPLE 26/12/24: crecimiento prostático hipodenso heterogéneo a descartar hiperplasia prostática vs TU de próstata. Múltiples lesiones densas nodulares tipo masa dispersas ocupando el retroperitoneo y la cadena iliaca derecha principal y cadena iliaca externa e interna del lado derecho a descartar MT ganglionares por ca de próstata vs otra etiología. Vejiga urinaria con muesca de compresión extrínseca en su piso dado por la próstata aumentada de tamaño. Impactación fecal. Espondilo artrosis lumbar.



DISCUSIÓN DE RADIODIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL: Hepatomegalia. Cambios degenerativos óseos propios de la edad. Aumento de volumen de glándula prostática, homogénea, de bordes bien definidos. Tc abdomino pélvica: múltiples imágenes compatibles con adenomegalias que recorre todo trayecto de la aorta, paraaórticas paraaórticas y paraaórticas de características indeterminadas, mayor tamaño de 3.4 x 3.6 adyacente a la iliaca derecha. Masa en fosa iliaca derecha heterogénea de bordes lobulados de 3.6 x 5.7 en relación a plastron adenomegalico. Prostata volumen 5.3 x 6.3 x 6.3 vol 110cc

RM COLUMNA LUMBOSACRA 3/01/25: Incurvación escoliótica dorso lumbar. Rectificación antalgica de la lordosis lumbar osteoartritis lumbar. Enfermedad de las plataformas terminales entre L2-L3. Discopatía L5-S1 con disminución del espacio intervertebral y una protrusión central deja un defecto central no tiene extensión foraminal y permite la salida radicular normal, forma parte de un patrón de discopatía degenerativa lumbar multinivel. Discopatía L4-L5 con disminución del espacio intervertebral y una hernia discal central protruida al centro del canal contacta y comprime la cara ventral del saco dural tiene leve extensión foraminal algo mas izquierda que derecha y contacta la raíz L5 izquierda. Discopatía L3-L4 con hernia discal central tiene extensión lateral bilateral y contacta centralmente las raíces L4 bilaterales. Discopatía L2-L3 con disminución del espacio intervertebral y una protrusión central deja un defecto central no tiene extensión foraminal y permite la salida radicular normal, esta menos protruida que la de los segmentos L4-L5 y L3-L4 y forma parte de un patrón de discopatía degenerativa lumbar multinivel. **Enfermedad ganglionar de aspecto tumoral retroperitoneal con múltiples adenomegalias retroperitoneales peri aórticas y peri cabales descartar proceso linfoproliferativo no hay afectación ósea de los cuerpos lumbares ni masas tumorales en el canal lumbar.**

DISCUSIÓN RADIODIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL: protrusión de discos vertebrales L2- L3, L3-L4. Canal medular no se observa obstruido, cambios osteodegenerativos. Columna cervical rectificadas, cambios osteodegenerativos, disminución de los espacios intervertebrales sin interrupción del canal medular.

PSA TOTAL Y LIBRE 3/01/25: PSA TOTAL 1,49. PSA LIBRE: 0,26.

UROANÁLISIS 3/01/25: aspecto turbio, color amarillo, reacción acida, densidad 1030, proteínas trazas, hemoglobina, glucosa, cetonas, nitritos, bilirrubina y urobilinógenos negativos. Leucocitos: 10-12 xcpo, hematíes: 0-2 x cpo, Células epiteliales escasas. Bacterias moderadas.

EKG 17/01/25: RS/83/0,16/0,08/0,32/-10. Trazo no patológico.

ELECTROMIOGRAFÍA 16/01/25: Musculatura explorada: Pedio, tibial anterior, peroneo lateral, gemelo interno, Cuadriceps crural, Trapecio, Deltoides, Biceps, supinador largo, 1 er interóseo dorsal de la mano y ABCP de ambos lados. -Se realiza exploración electromiografica en el musculo pedio, tibial ant y Cuadriceps crural del lado derecho, no se observan Potenciales espontáneos de denervación y al esfuerzo voluntario el trazado es neurogeno medianamente simplificado. o En el musculo pedio, tibial anterior y CC del lado izquierdo y gemelo interno de ambos lados no se observan PED y al esfuerzo voluntario el trazado es levemente simplificado. En el musculo ABCP, 1 er interóseo dorsal, Deltoides, Biceps, supinador largo, de ambos lados no se observan PED y al esfuerzo voluntario el trazado es normal. Conclusión: Los siguientes hallazgos son sugestivo de: -Polirradiculoneuropatia Desmielinizante a predominio de miembro inferior derecho a correlacionar con clínica.

CITOQUÍMICO Y CITOMORFOLÓGICO DE LCR 17/01/25: Volumen 12 cc, aspecto límpido, células 2, hematíes 43, proteínas 84, glucosa 50, PANDY ++, NONE+, Linfocitos 90%, reticulomonocitos 10%.

LCR 17/01/25: ZN, TINTA CHINA, BK, GRAM NEGATIVOS. **LCR 17/01/25:** PCR MYCOBACTERIUM TBC Y NO TBC NEGATIVO. ADA 5,30U/L. (VR: 0-4,50)

LCR 17/01/25 MULTIPLEX VIRAL NEGATIVO

ANTIACUAPORINA 4 17/01/25: NEGATIVO

BANDAS OLIGOCLONALES LCR 17/01/25: Zona gamma ligeramente aumentada y de aspecto policlonal

BANDAS OLIGOCLONALES SUERO 17/01/25: Zona gamma aumentada y de aspecto policlonal.

ELECTROFORESIS DE PROTEÍNAS LCR 17/02/25: Prealbumina 4,4% (VR: 3,5-9,9); albumina: 64,3% (VR: 45,1- 67,1); alfa 1: 1,4% (VR: 2,7- 6,1); alfa 2: 1,3 % (VR: 4,1-11,2); beta: 7,6 % (VR: 6,3 - 13,5); TAU 4,5% (VR: 3,3 - 7,3); GAMMA 16,5% (VR: 6,7 - 13,4)

EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA:

Paciente quien durante evolución presenta variabilidad al examen físico de sensibilidad superficial y profunda así como fuerza muscular de miembros inferiores. Se reciben citoquímico y citomorfológico de LCR que reporta hiperproteinorraquia, con cultivos y tinciones para gérmenes negativos. Asi mismo, se recibe electromiografía que reporta polirradiculoneuropatia desmielinizante por lo que el 21/01/25 se inician pulsos de metilprednisolona 1 g VEV OD que se mantienen por 5 días y posteriormente se continúa tratamiento con prednisona 50 mg VO OD, con mejoría de síntomas. El 24/01/25 se realiza procedimiento diagnóstico, en espera de resultados.