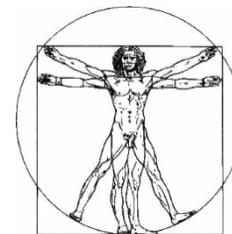




REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES
UNIDAD DE MEDICINA INTERNA
POSTGRADO DE MEDICINA INTERNA



RESUMEN DEL CASO

Paciente: LDM

Motivo de consulta: Disminución de fuerza muscular en hemicuerpo derecho.

Enfermedad actual: se trata de paciente masculino de 34 años de edad, natural y procedente de Bailadores, cuyo familiar refiere inicio de enfermedad actual el día 23 de octubre del 2024 caracterizada por presentar de forma súbita, mientras se encontraba en domicilio, disminución de la fuerza muscular en hemicuerpo derecho con desviación de rasgos faciales hacia la izquierda y disartria. Concomitante alteración del estado de conciencia con alternancia hacia la somnolencia. No había tenido fiebre in afectación del estado general. Es llevado a médico de la localidad quien evidencia cifras de presión arterial de 214/138 mmHg; administrando antihipertensivo oral y refiere a este centro asistencial donde se ingresa por emergencia.

Antecedentes Personales: Nacido el 27 de diciembre de 1990, producto de 3er embarazo, gestación de 8 meses, mediante parto vaginal eutócico sin complicaciones. Peso: 3100 gramos, talla: 56 cm. Recibió lactancia materna hasta los 6 meses.

A los dos años de edad presentó episodio de Neumonía adquirida en la comunidad, que condicionó ingreso en IAHULA. Posteriormente, a los 4 años se inicia protocolo de estudio de síndrome febril prolongado en donde se evidencia etiología en relación a abscesos hepático amebiano. Ese mismo año fue hospitalizado por meningoencefalitis. Entre 1994 y 1999 presentó 3 episodios de neumonía, 2 otitis media agudas, estomatitis por cándida, amigdalitis, conjuntivitis, múltiples abscesos en piel y micosis bucales (candidiasis). El 29 de mayo de 2001 se realiza determinación de la explosión respiratoria de los granulocitos por Citometría de flujo (producción de peróxido de hidrogeno) dihidrorodamina 123 que concluye: "luego de la activación PMA, no se presentó un aumento en el porcentaje de células que emitieran fluorescencia por la reducción de la DHR123."

Hipertensión arterial: diagnosticado hace 2 años en tratamiento con losartan 50 mg VO de forma irregular. Niega diabetes mellitus, asma: niega, alergias, epilepsia.

Antecedentes familiares: Padres aparentemente sanos. Hermanos: 1 varón, fallecido a los 4 años por proceso infeccioso; 1 hembra, aparentemente sana. Hijos: 1 varón aparentemente sano.

En la familia materna, varios niños han fallecido por múltiples procesos infecciosos.

Antecedentes quirúrgicos: Drenaje de absceso hepático en 1994. Corrección de fractura con colocación de material de osteosíntesis en pie izquierdo 2016 secundaria a traumatismo ocurrido en hecho vial.

Hábitos psicobiológicos: Niega hábito tabáquico. Alcohólicos: ocasionales, de preferencia cerveza, los fines de semana, hasta la embriaguez. Niega uso de Chimó, exposición a biomasa y sustancias de abuso.

Inmunizaciones: 3 dosis SARS-COV-2 Sinopharm. PAI: Incompleto no documentado.

Antecedentes epidemiológicos: Reside en bailadores, zona rural; vivienda tipo casa con paredes de bloques, techo acerolit, piso de cerámica, 4 habitaciones, 1 baños, cocina, sala, en la que habitan 2 adultos. Cumple con servicios públicos básicos. Refiere contacto con perros.

Examen funcional: Refiere cefalea de fuerte intensidad holocraneana en relación a cifras tensionales elevada que mejoraba con ingesta de analgésicos y de fármacos antihipertensivos. Niega pérdida de peso, afectación del estado general, procesos infecciosos recientes. Niega otros síntomas.

Examen físico de ingreso:

PA: 200/140mmHg, PAM: 130 mmHg, FC: 95 lpm, Fr: 25 rpm, SaO2: 94% a.a.

Paciente en regulares condiciones clínicas, afebril, hidratado, adecuada coloración cutáneo-mucosa, hiperneico Normocéfalo. Ojos simétricos con pupilas isocóricas normoreactivas a la luz. Escleras con tinte subictérico. ORL: nariz con tabique nasal centrado, fosas nasales permeables, vibras presentes, sin rinorrea anterior. Boca: lábios asimétricos, mucosa oral húmeda, desviación de comisura labial hacia la derecha. Lengua: centrada, húmeda, sin lesiones. Orofaringe: permeable, amígdalas normotróficas sin eritema. Cuello: simétrico, móvil, no doloroso, sin soplo carotídeo ni adenomegalias. Tiroides no visible ni palpable. PVY no ingurgitado. Tórax: simétrico, normoexpansible. Vibraciones vocales presentes disminuidas en ambas bases, ruidos respiratorios audibles en ambos hemitórax, sin agregados. Ruidos cardíacos rítmicos, normofonéticos, sin soplos, sin R3 ni R4. Abdomen: globoso a expensas de pániculo adiposo, blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal. Hepatometría: LPED 18 cm, LMCD 16 cm, LAAD 14 cm. Esplenomegalia Boyd II. Genitales externos: masculinos normoconfigurados, con sonda vesical conectada a bolsa colectora que almacena aprox. 620 ml de orinas claras. Extremidades simétricas, móviles, sin edema. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Neurológico: Somnoliento, disártrico. Se exploran funciones mentales superiores: orientado en persona. Denominación, repetición, lexia, grafía, juicio, memoria inmediata, mediata y tardía así como capacidad de cálculo no valorable por nivel de conciencia. Sensibilidad: estereognosia, grafestesia, lateralidad, discriminación entre dos puntos, praxia y gnosia no valorables. Nervios craneales: alteración de VII nervio craneal derecho dada por desviación de comisura labial hacia la izquierda y borramiento de surco nasogeniano derecho. Trofismo globalmente conservado. Fuerza muscular: 5/5 hemicuerpo izquierdo, 3/5 miembro inferior derecho y 2/5 miembro superior derecho. Reflejo de estiramiento muscular: +++/++++ bicipital derecho, reflejo cutáneo plantar: respuesta flexora izquierda. Babinski positivo derecho. Escala FOUR: E4 M3 B4 R3

Diagnósticos de ingreso:

1. Síndrome piramidal derecho desproporcionado de predominio braqui-facial
 - 1.1. Crisis hipertensiva tipo emergencia con daño a órgano blando cerebro
2. Hipertensión Arterial

Evolución Intrahospitalaria:

Esfera hemodinámica: Primera semana: Ingresó 23/10/2024 al área de estabilización, con presiones arteriales fuera de meta se inicia tratamiento con Nitroprusiato de sodio dada disponibilidad, posteriormente se inicia antihipertensivos orales: Candesartan: 16 mg OD y Nifedipino LP: 30 mg BID. Durante su hospitalización se ajusta régimen hasta la tercera semana con esquema: Candesartan: 32 mg OD, Nifedipino LP: 30 mg BID, Clortalidona: 25 mg OD y Carvedilol: 25 mg BID.

Esfera gastrointestinal: Segunda semana: El día 01/11/2024 En vista de elevación de transaminasas, ictericia y antecedente de absceso hepático, se solicita ecograma abdominal el cual se realiza el 05/11/2024. En la tercera semana el día 12/11/2024 presenta además disminución paulatina de índices de lesión hepática y mejoría de tinte icterico y orinas colúricas. Posteriormente, en la tercera semana el día 14/11/2024, se solicita Ecodoppler esplenoportal control.

Medio Interno: Segunda semana: Dada hipocalcemia el día 01/11/2024 se realiza corrección de calcio sérico según fórmula de CA++ corregido por albúmina. Ese mismo día, se estima déficit de albúmina, resultante en 78 gramos y se inicia reposición el 03/11/2024 con 10 gramos diarios durante 8 días.

Esfera Infecciosa: Segunda semana: Presenta síndrome febril, uroanálisis patológico y procalcitonina elevada en el contexto de paciente con sonda vesical, el día 01/11/2024 se inicia tratamiento con Meropenem que es ajustado el día 05/11/2024 a TFG debido a alteración de la función renal (1 gramo IV c/12 horas). Ese mismo día dados hallazgos en Rx y existencia de clínica respiratoria con crepitantes bibasales se añade cobertura MRSA con Linezolid: 600mg IV C/12 horas. Además, se solicitan pruebas serológicas con resultados de serología micológica, los hallazgos de examen de orina con hifas y pseudo-hifas y la persistencia de fiebre, se inicia manejo con Voriconazol: 200 mg VO c/12 horas en dosis ajustada al 50% en vista de lesión hepática. Tercera semana: El día 09/11/2024 se recibe resultados de urocultivo en donde se constata crecimiento de *E.coli* BLEE se mantiene manejo y se solicita uroanálisis control constatándose el día 10/11/2024 resolución de infección urinaria.

Esfera neurologica: Tercera semana: El paciente cursa con evolución clínica satisfactoria recuperando fuerza muscular en hemicuerpo afectado hasta alcanzar 4/5 pts en escala de Daniels, mejorando la taquipnea, mejoría completa de las funciones mentales superiores e inicia fisioterapia.

Exámenes complementarios:

Tabla 1. Hemograma, química sanguínea, uroanálisis y procalcitonina.

Fecha	HB (gr/dl)	Hto (vol %)	CB xmm3	Seg %	Lyn/EO %	Plt xmm3	Gli (mg/dl)	Urea (mg/dl)	Cre (mg/dl)	Procal (ng/dl)
23/10	14,9	44,8	6800	71	28/ 1	307k	90	29	0,9	
28/10	16,2	48,8	5600	78	21	237k	66			0,4
29/10							176(p/p)	65	2	
01/11	16,3	42,4	4200	67	33	477k	100	33	0,69	1,95
05/11	12,5	37,7	5800	86	12/ 2	86k		39	1,2	0,5
10/11	12,6	37,8	6200	75	24/1	90k		34	1	0,3
13/11	11,9	35,7	5020			110k				
16/11	7,4	22,2	4190	82	18	80k	86	80	1,3	

Tabla 2. Continuación exámenes paraclínicos.

FECHA	FA (U/L)	TGO (U/L)	TGP (U/L)	LDH (U/L)	GGT (U/L)	COL (MG/DL)	LDL (MG/DL)	VLDL (MG/DL)	TG (MG/DL)	BT (MG/DL)	BD (MG/DL)	BI (MG/DL)	PT (G/dL)	ALB (G/dL)	TP (Seg)	TPT (Seg)	Fibri (Mg%)
28/ 10	568	100	88	750		93	40	56	120	1,7	0,9	0,8					
01/11	578	177	97	806	: 830								5,17	1,77			
04/11	526	87	105	780						3,2	2,1	1,1			16	35	749
08/11	423	74	90							2,8	1,8	1	5,8	2,3			
12/11	407	66	88	786									6,1	3,1			
16/11															17	38	410

Tab 3. Ionograma

Fecha	Na+ (meq/DL)	K+ (meq/DL)	Ca++ (mg/DL)
23/10		3,3	10
28/10	135		8,73
01/11		3,7	6,78
03/11	140	4	8,9
08/11			9,1
16/11	136	3,4	7,8

Tab 4. Marcadores inmunológicos.

Fecha	ANCA-P (IU/mL)	ANCA-C (IU/mL)	ANA (IU/mL)	VSG(mm/Hr)
05/11	0,54 (-/20)	2,3 (-/20)	0,43(-/1,1)	
06/11				56

Tab 5. Antígenos febriles.

Fecha	Antígenos febriles
05/11	Salmonella h paratyphi a: negativo Salmonella h paratyphi b: negativo Salmonella typhi h: negativo Salmonella o paratyphi: negativo Proteus ox19: + 1/2dil Brucella abortus: + 1/32 dil

Tab 6. Serologías

Fecha	Serologías
04/11	VIH/ VDRL: No reactivas Herpes simple: Negativo Toxoplasma gondi i:IgG: 0,859 (+)/ IgM: 0,003 (-) Citomegalovirus IgG: 5 (-c9) IgM: 3 (-c9) Epstein barr IgG: 1,04 (+ c/1) IgM: 1,54 (c/1) Ant. Superficie: negativo AntiHBV-core: negativo Anti-HCV: negativo Hepatitis A IgM: negativo Herpes simple IgG: 13,2 +(C/10)
08/11	Aspergillus spp: IgG+ 28 U/ml (<12) IgM: 6 U/ml (<8)

Tab 7. Uroanálisis y Urocultivo

Fecha	Uroanálisis/ Urocultivo
28/10	Leuc: 0-2 xc erit: 2-4 xc, pigmentos biliares
02/11	Leucos:20-24 xc , leucoesterasa: ++, presencia de hifas y pseudohifas, pigmentos biliares
09/11	Urocultivo: crecimiento de más de 100.000 UFC de <i>E.Coli</i> productora BLEE, Sensible a carbapenemicos
10/11	Uroanálisis: 2-4 xc erit: 1-3xc, pigmentos biliares

Ultrasonido abdominal (31/10/2024)

Conclusiones:

1. No se evidencia líquido libre en cavidad abdominal ni pélvica.
2. Hepatoesplenomegalia.

Ultrasonido abdominal (06/11/2024)

Conclusiones:

1. Ascitis en evolución: líquido libre moderado perihepático, perivesicular y pelviano.
2. Esplenomegalia marcada.
3. Esteatosis hepática grado II.
4. Hepatopatía aguda en evolución.
5. Pericolecistitis aguda.

Ultrasonido Doppler portal (14/11/2024)

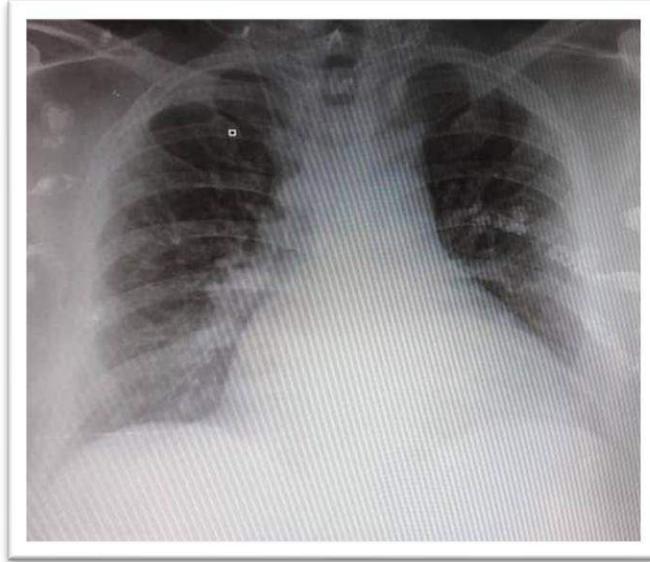
Conclusiones:

1. Hepatoesplenomegalia.
2. Enfermedad parenquimatosa hepática difusa (correlacionar con antecedentes del paciente).
3. Índice vascular hepático disminuido: sugestivo de hipertensión portal por cambios hemodinámicos incipientes.
4. No se evidencian signos de trombosis vascular al momento del estudio.

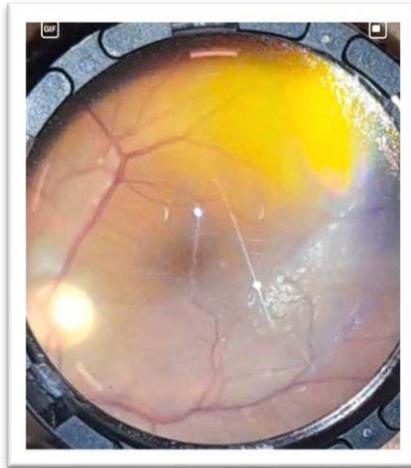
El 16 de noviembre del 2024 en horas de la madrugada comienza con episodios de hematemesis en aproximadamente # 5, de abundante cantidad con descenso de cifras tensionales y de las cifras de hemoglobina rápidamente progresiva. Se inicia transfusión con hemoderivados y aporte de vasopresor de primera línea tipo norepinefrina que fue titulándose a fin de alcanzar metas de presiones arteriales. Es trasladado al área de emergencia, presentando en esta área deterioro ventilatorio y neurológico que condiciona manejo avanzado de vía aérea con conexión a ventilación mecánica invasiva modo controlado. Presenta paro cardiorrespiratorio refractario a maniobras de RCP avanzadas de aproximadamente 25 minutos de duración y se declara su deceso ese mismo día.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

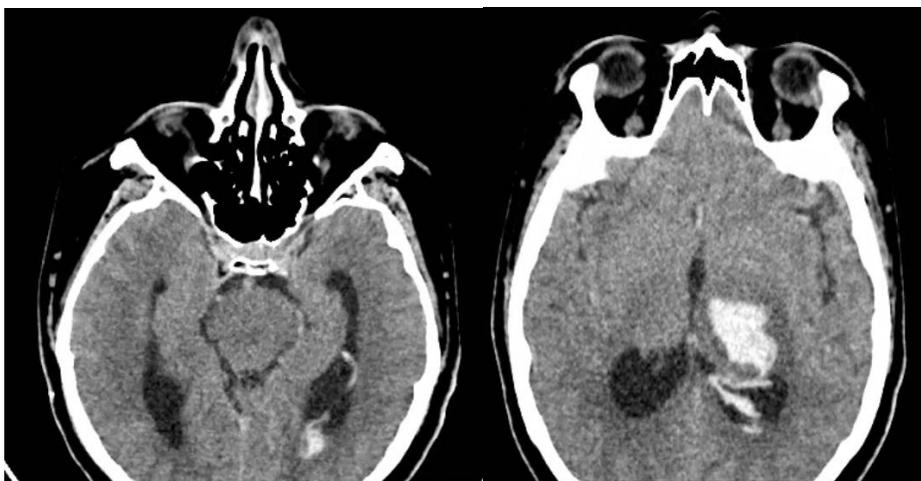
Img 1. Rx de Tórax. 30/10/24. Conclusión: Neumonía basal derecha, cardiomegalia, catéter venoso central aurícula derecha.



Img 2. Fondo de Ojo. Se evidencia retinopatía hipertensiva grado I.



Img 3. Tomografía de craneo: 23 de octubre del 2024. Hematoma intraparenquimatoso en núcleos de la base izquierdos, edema cerebral, ventriculomegalía.



Img 4. Resonancia Magnética 02 de noviembre 2024: Hematoma intraparenquimatoso en núcleos de la base izquierdos en reabsorción.

