



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA
"DR. JOSÉ ENRIQUE LÓPEZ"
UC-CHET



CASO CLÍNICO CLUB DE MEDICINA INTERNA OCTUBRE 2026

Caso clínico elaborado por:
Dra. Ma. Laura Mendoza Sosa - R3 de Medicina Interna UC-CHET
Tutora: Dra. Ana Mercedes Chacín, Médico Internista
Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"

HISTORIA CLÍNICA		
NOMBRES Y APELLIDOS: MC CC	EDAD: 61 años	PROCEDENCIA: Valencia
SEXO: femenino	FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO: 01/02/1965. Valencia, Carabobo	
FECHA DE INGRESO: 17/06/2025		
MOTIVO DE CONSULTA: cefalea, disminución de respuesta a estímulos externos, convulsiones		
ENFERMEDAD ACTUAL: se trata de paciente cuyo familiar refiere enfermedad actual de inicio insidioso 15 días previo a su ingreso, caracterizada por presentar cefalea holocraneana de fuerte intensidad (9/10 en la EVA), opresiva, no irradiada, atenuada parcialmente con la automedicación de AINES, sin concomitantes, clínica que persiste con iguales características, asociándose progresivamente disminución de la respuesta a estímulos externos. En vista de asociarse el día de su ingreso crisis tónico clónica generalizada, con relajación de esfínter vesical, de aproximadamente 30 segundos de duración, síntoma que recurre en 5 ocasiones, acude a este centro donde es evaluada y se decide su ingreso.		
ANTECEDENTES		
ANTECEDENTES FAMILIARES:		
<ul style="list-style-type: none">Padre fallecido, CA bucalMadre viva, diabetes e Hipertensión arterialHermanos: 11, 3 fallecidos (IM, ictus, hecho violento). 8 vivos, 2 Hipertensión arterial, resto		

aparentemente sanos

- Hijos: 1 viva, hipotiroidismo

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Hipertensión arterial diagnosticada hace 7 años, sin tratamiento actual.
- Ictus isquémico cerebeloso izquierdo no secuelar (05/2025)
- Histerectomía + ooforosalinguectomía bilateral hace 8 años, colecistectomía hace 16 años, apendicectomía hace 22 años.
- Menopausia 49 años, IGIP0C0A, Sexarquia: 21 años, NPS: 2. Niega uso de terapia de reemplazo hormonal ni anticonceptivos orales o de barrera.
- Niega diabetes, nefropatías, otras patologías endocrino-metabólicas. Niega alergias a medicamentos o alimentos, niega transfusiones sanguíneas.

HÁBITOS PSICOBIOLOGICOS: estado civil: soltera, religión: católica, grado de instrucción: primaria incompleta (4to grado), ocupación: ama de casa. Casa propia, 4 cuartos, 3 baños, paredes de bloques, techo de platabanda, piso de cemento, cuenta con todos los servicios básicos. Hábito tabáquico inactivo hace 7 años, 20 cigarros al día por 30 años (IPA: 30), hábito enólico ocasional tipo cerveza sin llegar a la embriaguez, niega hábito chimoico y uso de drogas ilícitas. Micciones 4 veces al día, amarillo claro, sui generis, sin espuma ni sangre. Evacuaciones 1 vez al día, bristol 3, sin moco ni sangre. Oníricos: 8 horas de sueño reparador, sin uso de inductores de sueño. 1 siesta de 1 hora al día.

EXAMEN FUNCIONAL

- **GENERAL:** refiere pérdida de peso los últimos 6 meses acentuada en el último mes, aproximadamente 8 kg, asociado a hiporexia.
- Resto no contributorio.

EXAMEN FÍSICO DE INGRESO

PA: 150/100 mmHg **FC:** 82 lpm **FR:** 17 rpm **SpO2** 95% FiO2 21%

- **GENERAL:** Paciente en regulares condiciones generales, tolerando aire ambiente y decúbito dorsal, afebril, eupneico, hidratado.
- **PIEL:** morena, sin lesiones, turgor y elasticidad acorde a la edad, llenado capilar <3 segundos. Cabello de distribución ginecoide, cano, resistente a la tracción.
- **CABEZA:** normocéfalo, sin tumoraciones, reblandecimientos, ni puntos dolorosos.
- **OJOS:** párpados simétricos, apertura ocular espontánea, halo senil bilateral. Pupilas isocóricas,

- hiporreactivas a la luz, movimientos oculares extrínsecos presentes, sin alteraciones. Fondo de ojo: disco óptico ovalado, de bordes nítidos y excavación fisiológica central. Emergencia central de vasos, trayecto y calibre conservado, pulso venoso espontáneo, mácula indemne, brillo foveolar presente. No se evidencian hemorragias ni otros exudados.
- **OÍDOS:** pabellones auriculares normoimplantados, sin lesiones ni dolor a la movilización. Conducto auditivo externo permeable, sin secreción.
 - **NARIZ:** simétrica, tabique nasal central, fosas nasales permeables, sin secreción.
 - **BOCA:** labios asimétricos dado por borramiento del surco nasogeniano izquierdo y desviación de la comisura labial a la derecha, sin coloraciones ni lesiones. Mucosa oral rosada, húmeda, se evidencian placas blanquecinas dispersas que se extienden a orofaringe, caries dental en molares inferiores, edéntula parcial sin uso de prótesis. Lengua central, móvil, placa blanquecina en dorso lingual. Úvula central.
 - **CUELLO:** erguido, simétrico, móvil, sin adenomegalias, pulso venoso yugular no visible. Tiroides no visible, no palpable. Sin soplos carotideos.
 - **TÓRAX:** simétrico, normoelástico, normoexpansible, sin signos de dificultad respiratoria. Ruidos respiratorios presentes, sin alteraciones ni agregados en ambos hemitórax. Ápex no visible, no palpable, ruidos cardíacos rítmicos, normofonéticos, sin soplos.
 - **ABDOMEN:** globoso a expensas de panículo adiposo, ruidos hidroaéreos presentes, blando, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, sin visceromegalias, puño percusión y puntos ureterales superiores y medios negativos. Genitales normoconfigurados, no se evidencia leucorrea ni sangrado activo.
 - **EXTREMIDADES:** simétricas, móviles, sin edema, sin lesiones, eutróficas, tonicidad conservada. Signos de trombosis venosa negativos. Pulsos periféricos presentes, regulares, iguales, simétricos.
 - **NEUROLÓGICO:** somnolienta, orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio, bradilálica, bradipsíquica, Nervios craneales: pupilas isocóricas, hiporreactivas a la luz, parálisis facial central izquierda, resto sin alteración. Motor: FM 3/5 global, ROT I/IV global, reflejo cutaneoplantar flexor bilateral, tono y trofismo conservado, sensibilidad superficial conservada. Taxia y marcha no evaluables. Signos meníngeos negativos.

PARACLÍNICOS (DE INGRESO)

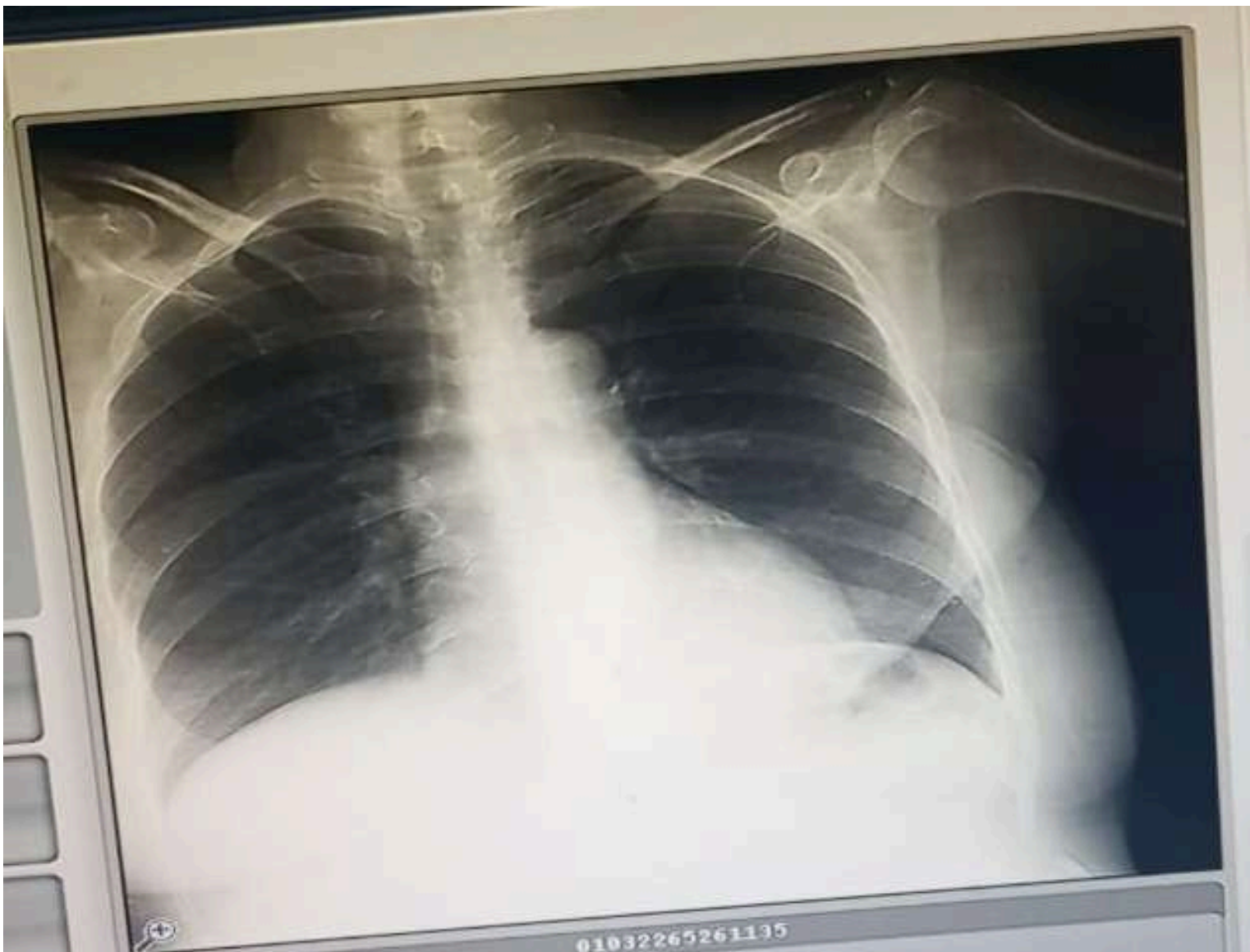
- 17/06/2025
- **HC:** GB 8700 /mm3, Neu: 79%, Linf: 20%, Hb 12,5 g/dl, Hto 39%, Plt 232000 /mm3,
 - **Química sanguínea:** Glicemia: 86 mg/dl. Urea: 24,9 mg/dl, Creatinina: 0,68 mg/dl. Na: 142,6 mEq/L, Potasio: 3.0 mEq/L, calcio 8.9 mg/dl, cloro: 99,9 mEq/L, magnesio 2,4 mg/d, colesterol total 183 mg/dl, TAG 160 mg/dl, ácido úrico 3.1 mg/dl, bilirrubina total: 0.71 mg/dl, bilirrubina

indirecta: 0.40 mg/dl, bilirrubina directa: 0.31 mg/dl. TGO: 38 UI/L, TGP: 33 UI/L.				
<ul style="list-style-type: none">Serología: HIV (prueba rápida): negativo. VDRL: negativo.				
EKG (AL INGRESO)				
RS/94 dpm/0.18/0.06/0.41/0°/Trazo: normal				
RX DE TÓRAX (AL INGRESO)				
RX de tórax en formato digital, proyección AP, mal inspirada, poco penetrada. Campos pulmonares sin focos de consolidación ni atelectasia. Silueta cardíaca aumentada de tamaño, mediastino sin ensanchamiento evidente, senos cardiofrenicos y costodiafragmáticos sin signos de derrame.				
RMN cerebral (previo al ingreso)				
foco cerebeloso izquierdo que restringe a la difusión a considerar evento isquémico reciente. Focos microangiopáticos sugestivos de eventos isquémicos crónicos (microangiopatía vasogénica), cambios involutivos cerebrales corticales incipientes acordes a la edad, sinusopatía maxilo-esfenoidal izquierda.				
EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA				
Paciente quien presenta evolución tórpida, con persistencia de cefalea, crisis focales sin compromiso del estado de conciencia que evolucionan a bilaterales tónico-clónicas frecuentes a pesar de tratamiento anticomicial y estado de consciencia alternante entre obnubilación y somnolencia, sin signos de focalización motora a examen físico. Evidenciando al fondo de ojo control disco óptico ovalado, elevado con hiperemia moderada (papiledema grado 2 según Frisen), bordes borrosos y excavación fisiológica central aplanada, pulso venoso espontáneo ausente. Asimismo, se asocia fiebre y tos con expectoración verdosa no fétida.				
PARACLÍNICOS				
	17/06/2025	29/6/2025	01/07/2025	14/07/2025
GB	8700	5200	4400	5800
Neu	79%	82	87	73
Linf	20%	18	11	25
Hb	12.5	10.9	10.3	11.1
Hto	39	33	30	35
Plt	232000	72000	98000	112000
Glicemia	86	94	127	101
Urea	24.8	19.6	33	28

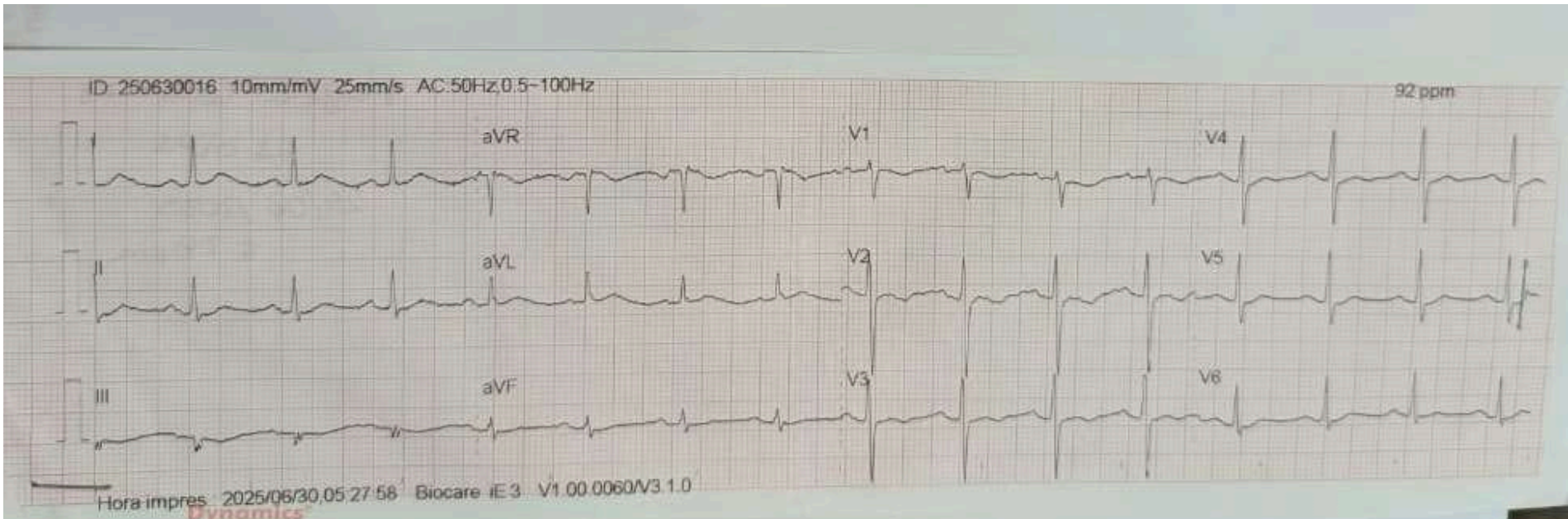
Creatinina	0.68	0.61	0.52	0.60
BT	0.71			
BI	0.40			
BD	0.31			
TGO	38	49		42
TGP	33	31		30
Na	142	146	149	137
K	3.0	1.64	3.0	3.3
Cl	99.9	110.4	99.7	98
Mg	2.40			
PT		0.91		
INR		0.89		
PTT		+ 2.0		
HIV (prueba rápida)	Negativo			
VDRL	Noreactivo			
Colesterol Total	183			
TAG	160			
Ácido úrico	3.1			
19/06/2025: ecografía doppler vertebral y carotídeo: exploración ecográfica sin evidencia de alteraciones.				

ANEXOS

RX de tórax (17/06/2025)



EKG 17/06/2025



TC DE CRÁNEO SIMPLE 13/05/2025

TOMOGRAFÍA DE CRÁNEO

Se practicó estudio Tomográfico Computarizado de Cráneo, simple donde observamos los siguientes hallazgos:

Densidad homogénea del parénquima cerebral supra e infra tentorial sin imágenes de L.O.E, isquemias, hemorragias ni colecciones epi ni sub dural.

Patrón surcal acorde a la edad del paciente.

Núcleos de la base cápsula interna y externa sin alteraciones.

Las cavidades ventriculares infra y supra tentoriales simétricas sin efecto de masa.

Elementos óseos sin alteraciones.

Orbita y contenido sin lesiones.

Aumento de volumen de los cornetes nasales bilaterales.

Desviación septal izquierda.

Leve engrosamiento mucoso de celdillas etmoidales anteriores y antro maxilar izquierdo.

CONCLUSIÓN:

❖ HIPERTROFIA DE CORNETES NAALES BILATERALES. DESVIACIÓN SEPTAL IZQUIERDA. LEVE SINUSOPATIA MAXILAR IZQUIERDA Y ETMOIDAL BILATERAL. DENSIDAD HOMOGÉNEA DEL PARÉNQUIMA CEREBRAL SUPRA E INFRA TENTORIAL SIN IMÁGENES DE L.O.E, ISQUEMIAS, HEMORRAGIAS NI COLECCIONES EPI NI SUB DURAL.

RMN CEREBRAL SIMPLE 27/05/2025

RESONANCIA MAGNETICA CEREBRAL

Se realizó RMN CEREBRAL sin la administración de contraste paramagnético por vía EV, secuencias e incidencias de rutina, observándose:

Una imagen focal redondeada, menor a 5mm que restringe la difusión pesada hiperintensa en T2, isointensa en T1, hiperintensa en FLAIR en el hemisferio cerebeloso izquierdo que pudiera corresponder a evento isquémico de reciente instalación.

Escasos focos hiperintensos en T2 y Flair, subcorticales a nivel fronto-parietal sugestivo de eventos isquémicos antiguos por probable microangiopatía vasogénica.

No se observa colecciones hemáticas intra o extra-axiales ni L.O.E.

El sistema ventricular luce en línea media, simétrico de configuración normal para la edad.

Acentuación en la profundidad de los surcos cerebrales corticales.

Tallo y fosa posterior sin alteraciones.

Ángulos pontos cerebelosos libres.

Sin alteraciones la región selar y supraselar.

Globos oculares y cavidades orbitarias simétricas.

Engrosamiento mucoso sinusal maxilar y esfenoidal izquierdo.

CONCLUSION:

⇒ FOCO QUE RESTRINGE LA DIFUSION PESADA A CONSIDERAR EVENTO ISQUEMICO RECIENTE EN EL HEMISFERIO CEREBELOSO IZQUIERDO.

⇒ FOCOS MICROANGIOPATICOS SUGESTIVOS DE EVENTOS ISQUEMICOS CRONICOS POR PROBABLE MICROANGIOPATIA VASOGENICA.

⇒ CAMBIOS INVOLUTIVOS CEREBRALES CORTICALES INCIPIENTES ACORDES A LA EDAD.

⇒ SINUSOPATIA MAXILO-ESFENOIDAL IZQUIERDA.

Unidad de
Imagología

RIF J-29792572-4