

# IV SESIÓN INTERUNIVERSITARIA

# Casos Clínicos Cerrados

Universidad de Alcalá  
Universidad Autónoma de Madrid  
Universidad Complutense de Madrid  
Universidad Rey Juan Carlos

2022

EN

25 de Febrero 10-13h  
Anfiteatro Ramón y Cajal  
de la Facultad de Medicina UCM





# ÍNDICE

---

PRÓLOGO		Pág. 3
PROGRAMA		Pág. 5
CASO	1	Pág. 7
CASO	2	Pág. 13
CASO	3	Pág. 17
CASO	4	Pág. 21
AGRADECIMIENTOS		Pág. 25
CÓMO LLEGAR		Pág. 27



## Prólogo

El razonamiento clínico es una competencia básica que debe adquirir todo estudiante de Medicina. Consiste en la capacidad para integrar y aplicar distintos tipos de conocimiento, además de sopesar de manera crítica los datos disponibles, para con ello conseguir un diagnóstico y propuesta terapéutica lo más certeros posible. Entre las estrategias educativas que pueden emplearse para entrenar el razonamiento clínico, destaca el uso de Sesiones Clínicas de Casos Cerrados. En base a un proyecto iniciado en el año 2019, tenemos la suerte de contar con una sesión colaborativa entre las facultades de Medicina de las cuatro universidades públicas de Madrid: Alcalá, Autónoma, Complutense y Rey Juan Carlos. La citada colaboración añade un elemento de enriquecimiento y amplitud de miras, que supone una singular motivación para el aprendizaje y creo que potencia enormemente la utilidad formativa de la actividad.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense le cabe el placer de acoger la IV edición de esta Sesión Interuniversitaria de Casos Clínicos Cerrados, que se celebre el 25 de febrero de 2022, y quisiera aprovechar este prólogo para agradecer la colaboración de los equipos decanales de las cuatro universidades participantes, el trabajo de los profesores que han tutorizado los casos, así como el esfuerzo y entusiasmo de los estudiantes que participarán de manera más directa. Me queda por último darles la bienvenida a nuestra Facultad, esperando que tengan una estancia agradable en la misma y una jornada provechosa.

Javier Arias Díaz  
Decano



## Programa

➤ **10 h. Presentación de la I Sesión Casos Clínicos Cerrados InterUniversitarios**

*Prof. Dr. D. Javier Arias Díaz*

Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid

➤ **10:15-10:55 h. Presentación y Discusión Caso 1**

*Estudiantes del Grado de Medicina de las Universidades de Rey Juan Carlos y Complutense de Madrid*

➤ **10:55-11:35 h. Presentación y Discusión Caso 2**

*Estudiantes del Grado de Medicina de las Universidades Complutense de Madrid y Alcalá*

➤ **11:35-12:15 h. Presentación y Discusión Caso 3**

*Estudiantes del Grado de Medicina de las Universidades de Alcalá y Autónoma de Madrid*

➤ **12:15-12:55 h. Presentación y Discusión Caso 4**

*Estudiantes del Grado de Medicina de las Universidades Autónoma de Madrid y Rey Juan Carlos*

➤ **13 h. Despedida y Clausura**



# CASO 1



# Diarrea y Pérdida de Peso

Estudiantes Grado de Medicina URJC y UCM

**<sup>1</sup>PROPONE:** F. Ciencias de la Salud, U. Rey Juan Carlos

**<sup>2</sup>DISCUTE:** F. Medicina U. Complutense de Madrid

**Motivo de Consulta:** Varón de 77 años remitido para estudio de cuadro diarreico y pérdida de peso

**Antecedentes personales:**

- No alergias a medicamentos conocidos. Exfumador desde los 57 años. N° paquetes x año:32.
- Consumo de 16 gr alcohol / semana.
- DM tipo 2 de > 10 años de evolución, dislipemia, hipertensión arterial.
- Ictus hemisférico izquierdo a los 57 años. Recuperación funcional completa.
- Tendinosis del manguito rotador (Síndrome Subacromial).
- Estenosis de canal lumbar con claudicación neurógena (discopatía severa L5-S1 y artropatía facetaria). En seguimiento por rehabilitación y unidad del dolor.

**Situación basal:** IAVBD, jubilado (industria textil)

**Enfermedad actual:** El paciente refiere que desde 3-4 meses presenta periodos de diarrea líquida de 7-8 deposiciones predominantemente nocturnas y tras la ingesta con aspecto graso, sin sangre moco o pus. Actualmente deposiciones más formadas de consistencia semisólida, pálidas y con abundante grasa en todas ellas. Se acompaña de una pérdida de peso de unos 10 kg en 3 meses. El paciente atribuyó el cuadro inicialmente a la toma de un nuevo medicamento (Clortalidona + Espironolactona), pero tras su suspensión el cuadro no mejoró.

No refiere fiebre, dolor abdominal, náuseas, o vómitos. No clínica miccional. Niega viajes, otros cambios de medicación ni alimentarios y/o actividades no habituales realizadas en los últimos meses. Sin otra clínica de interés por aparatos y sistemas.

**Tratamiento habitual:**

- Atorvastatina 40mg (0-0-1), Doxazosina 8mg (0-0-1)
- Amlodipino/HCT/Olmesartán 40/10/25mg (1-0-0)
- Omeprazol 20rmg (1-0-0)
- AAS 300mg (0-1-0)
- Zolpidem 10mg (0-0-1)
- Glimepirida 2mg (1-0-0)
- Insulina Lantus 100U (0-0-32)
- Gabapentina 100 mg (1-1-1)
- Lometazepam 2mg (0-0-½)
- Metamizol 575mg (1-1-1)
- Tramadol/Paracetamol 175/650mg (1-1-1)

**Exploración física:**

- Peso 77.4kg (previo 88.4kg); Talla 158 cm; IMC 30.96 (previo 35.6); Obesidad. Buen estado general. Normocoloreado y perfundido. Eupneico en reposo, tolera decúbito y sedestación.
- Afebril, TA 174/107, FC 59, SatO 94%. Consciente y orientado en las tres esferas.
- CyC: No ingurgitación yugular. No adenopatías cervicales ni supraclaviculares, no bocio.
- ACP rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen blando y depresible. No masas ni megalias, RHA aumentados, no signos de irritación peritoneal, puño percusión renal bilateral negativa.
- MMII no edemas ni signos de TVP

**JUICIO CLINICO SINDRÓMICO.** Diarrea subaguda y cuadro constitucional en evolución  
Se ajusta tratamiento farmacológico y se realizan pruebas diagnósticas:

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** (en orden de información):

ANALÍTICA SANGUÍNEA (01/Diciembre)

-Hemograma: LEU:  $6.51 \times 10^3/\mu\text{L}$  (3.50-11.00), %Neut: 63.90 % (40.0-75.0); %Linfo: 23.30 % (20.0-45.0); %Monoc: 7.90 % (2.0-10.0); %Eosin: 2.30 %; %Basóf: 0.40 % ( $\leq 2$ ); Hb 11.20 g/dL (13.0-17.0); HTCO: 33.80 % (39.0-50.0); VCM: 86.50 fL (78.0-100.0); HCM: 28.50 pg (27.0-32.0); CHCM: 33 g/dL (31.5-34.5); RDW-CV: 13.40 % (11.6-14.0); HDW: 2.44 g/dL (2.20-3.20); Plaquetas:  $136 \times 10^3/\mu\text{L}$  (130-450).

-Estudio de Coagulación: Tiempo de Protrombina: 16.6 segundos (9.0-13.0); Actividad de protrombina 57.9 % (80-120); INRa: 1.38 ( $\leq 1$ ); Tiempo parcial de tromboplastina activada / cefalina: 30.2 seg (25-35); Fibrinógeno-derivado: 504 mg/dL (150-400)

-Bioquímica general: Glucosa 96 mg/dl (70-110); Creatinina 0.79 mg/dl (10-50); Albúmina 3.3 g/dl (3.5-5.2); Na: 142 mmol/L (135-147); K: 3.2 mmol/L (3.5-5.0); Cl: 107 mmol/L (95-106); Mg: 1.8 mg/dl (1.7-2.5).

-Perfil hepático: GPT 21 U/L ( $\leq 41$ ); GOT 16 U/L ( $\leq 37$ ); GGT 21 U/L (11-50);

-Serología: Gliadina deaminada IgA 4.00 U.A./L ( $< 7.00$ ), Transglutaminasa, Ac. IgA 1.40 U.A./L ( $< 7.00$ ), Ac.Anti VIH Negativo.

-Otras determinaciones: 25-OH-Vitamina D: 13.3 ng/ml (30.0-100.0); T.S.H.: 0.254  $\mu\text{U/ml}$  (0.55-4.78); T4 libre: 1.30 ng/dl (0.78-2.19); Proteína C reactiva 14.44 mg/L ( $\leq 5$ ), Ig A 404 mg/dl; Prealbúmina: 18 mg/dl (21-41). B12: 259 pg/ml (179-1100); Fólico: 3.7 ng/ml ( $> 5$ ).

HECES: Coprocultivo: No se detectan los siguientes microorganismos: Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia y Aeromonas. No se aísla *Clostridium difficile*.

PRUEBA DE XILOSA : Xilosa en suero (120 minutos): 24.7 mg/dl ( $> 25.0$ ); Xilosa en orina (5 horas tras la carga): 1.5 % g excretado (20.0 - 32.0); Diuresis orina 5 horas (prueba de xilosa): 200 ml.

Test de grasa en heces no disponible

TRÁNSITO GASTROINTESTINAL (2/Diciembre): Se administra contraste baritado por vía oral siguiéndose su tránsito intestinal hasta su paso a marco cólico. Mínimo reflujo gastroesofágico con maniobras de valsalva. Las asas intestinales estudiadas no presentan alteraciones en pliegues, morfología ni disposición. Íleon terminal dentro de límites normales. CONCLUSIÓN: Mínimo reflujo gastroesofágico con maniobras de valsalva. Resto sin hallazgos

COLONOSCOPIA: (30/Noviembre)

-INSPECCIÓN PERIANAL y TACTO RECTAL: Sin alteraciones.

-INFORME ENDOSCÓPICO: Se introduce el endoscopio hasta el fondo de ciego. Intubación cecal. Valoramos en retirada toda la mucosa colónica sin poderla apreciar en su totalidad debido a la presencia de restos fecales semisólidos y sólidos en algunos tramos imposibles de aspirar. Podemos descartar lesiones grandes - groseras sin embargo por el grado de preparación no podrían descartarse lesiones de mediano-pequeño tamaño. No otras alteraciones en el trayecto evaluado. Hemorroides internas. JUICIO DIAGNÓSTICO: HEMORROIDES INTERNAS. COLONOSCOPIA COMPLETA CON PREPARACIÓN DEFICIENTE.

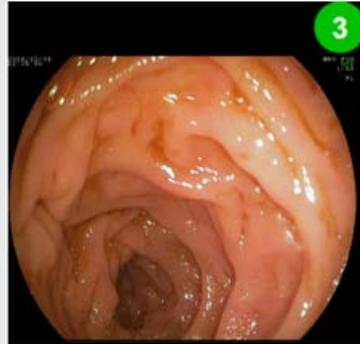
GASTROSCOPIA (01/Diciembre):

-ESÓFAGO: Mucosa, luz normal. Hernia de hiato por deslizamiento

-ESTÓMAGO: Fundus, cuerpo normales. En antro se aprecia una mucosa pálida y deslustrada, con eritema parcheado en su superficie y visualización de vasos submucosos. Píloro centrado y permeable DUODENO: Bulbo y 2ª porción accesible normales. JUICIO DIAGNÓSTICO: Hernia de hiato de pequeño tamaño. Imagen endoscópica compatible con gastritis antral.

SE REALIZÓ UN PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO







# CASO 2



# ¿Veó algo que no está?

Estudiantes Grado de Medicina UCM y UAH

**<sup>1</sup>PROPONE:** F. Medicina, U. Complutense de Madrid

**<sup>2</sup>DISCUTE:** F. Medicina y Ciencias de la Salud U. de Alcalá

**Motivo de Consulta:** Paciente con pérdida de peso y dolor torácico.

**Antecedentes personales:** Sin alergias medicamentosas conocidas. HTA de reciente diagnóstico. Dos cesareas. - Ligadura de trompas. Esplenectomía en la adolescencia por traumatismo.

**Tratamiento habitual:**

- Sitagliptina 25mg, 1-0-0
- Omeprazol 20mg, 1-0-0
- Enalapril 20mg, 1-0-0
- Atenolol 50mg, 0-0-1
- Bromazepam 1.5mg, 1-0-0
- Paracetamol 1g, 1-1-1 si precisa por dolor

Estudio ALERGIAS: No RAMC

**Enfermedad actual:** Mujer de 58 años que acude a Urgencias por presentar desde la noche anterior dolor en hemitórax izquierdo irradiado a espalda, de características punzantes, que aumenta con la inspiración. Sin fiebre, dificultad respiratoria ni otra sintomatología. Refiere pérdida de 6 Kgrs de peso, en los dos últimos meses, con dolor en la parte posterior del cuello y cefalea.

**Exploración física:** Constantes: TA 140/83 mmHg, FC 66 lpm, satO<sub>2</sub> 100% basal, T<sup>a</sup> 36.7 °C  
Bien hidratada, nutrida y perfundida. Eupneica.

CyC: no bocio ni adenopatías.

TÓRAX: AC rítmica, sin soplos ni extratonos. AP murmullo vesicular conservado.

Exploración mamaria sin alteraciones. Apofisalgias y dolor en musculatura paravertebral de manera difusa en región cervical, lumbar y dorsal.

ABD: Cicatriz de Laparotomía. RHA+, blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni megalias.

MMII: no edemas ni signos de TVP. No se palpan adenopatías inguinales.

EN: Consciente y orientada en las tres esferas. Funciones superiores conservadas.

Pares craneales normales. Fuerza, tono, y sensibilidad conservada en las 4 extremidades. Coordinación y marcha sin alteraciones. Romberg negativo.

Pruebas complementarias:

\*EN URGENCIAS

-ANALÍTICA: Hb 13.2, plaquetas 350000, leucocitos 8900 (59.4% N), PCR 1.33, urea 27, Cr 0.54, FG 104.2, Na 130, K 4.2, Cl 94, LDH 317, CK 84, CKMB 0.6, TnI <0.01,

NTproBNP 152, ALT 23, AST 20, GGT 41, FA 57, bilirrubina total 0.3, amilasa 57, lipasa <3

-ECG: ritmo sinusal a 60 lpm. Eje normal. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización.

-RX TÓRAX: Pequeño derrame pleural izquierdo. No infiltrados.

-RX COLUMNA CERVICAL-DORSAL-LUMBAR: sin patología ósea aguda.

-TC TÓRAX CON CONTRASTE:

Diagnóstico radiológico: Sin signos de tromboembolismo pulmonar. Adenopatías patológicas

mediastínicas e hiliares bilaterales. Masa extrapulmonar, probablemente pleural, en el seno

costofrénico posterior izquierdo. Comentario radiológico: No se observan defectos de repleción en las

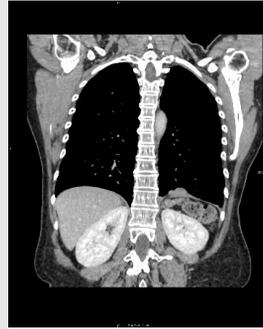
arterias pulmonares principales, lobares y segmentarias que sugieran la presencia de

tromboembolismo pulmonar. Nódulo tiroideo en el LTD de baja atenuación de unos 16 mm.

Se observan varias adenopatías mediastínicas de tamaño patológico: una paraaórtica de 16 mm , y conglomerado adenopático en el ángulo cardiofrénico izquierdo en el ligamento pulmonar, siendo la mayor adenopatía de unos 22 mm . Adenopatías hiliares bilaterales, de 14 mm en el lado izquierdo y de 12 mm en el derecho. Se observa un pequeño derrame pleural izquierdo. En el seno costofrénico posterior izquierdo se observa una masa de unos 4 cm de diámetro máximo, de apariencia extrapulmonar, probablemente pleural. Asimismo en la pleura posterior izquierda del lóbulo inferior se identifica un nódulo con base de implantación amplia, de unos 13 mm , probablemente pleural. En conjunto, los hallazgos son sugerentes de neoplasia, a valorar proceso linfoproliferativo. En el parénquima pulmonar no se observan nódulos ni consolidaciones. No se ven lesiones óseas relevantes.



**Imagen de TAC toracoabdominal coronal a nivel de aorta torácica descendente**



**Imagen de TAC toracoabdominal coronal a nivel de la columna torácica**



**Imagen de TAC toracoabdominal parasagital izquierda a nivel de aorta torácica ascendente**

# CASO 3



# Edema en Cara y Artralgias

Estudiantes Grado de Medicina UAH y UAM

**<sup>1</sup>PROPONE:** F. Medicina y Ciencias de la Salud, U. de Alcalá

**<sup>2</sup>DISCUTE:** F. Medicina, U. Autónoma de Madrid

**Motivo de consulta:** Edema en cara y artralgias

## **Antecedentes personales**

- No alergias medicamentosas conocidas
- No HTA, no DM, no DL conocidas
- No hábitos tóxicos
- En seguimiento en consulta de Ginecología por dificultad para gestación.
- No intervenciones quirúrgicas previas.

**Antecedentes familiares:** no refiere de interés

**Situación basal:** Natural de Perú, reside en España desde hace más de 17 años. Vive con su pareja en El Casar. Trabaja en una oficina en recursos humanos. No otros antecedentes laborales previos. Tiene mascotas (perros) de los cuales uno tuvo el año pasado leptospirosis, están en jardín habitualmente.

**Enfermedad actual:** Mujer de 35 años que acude a consulta refiriendo un cuadro que comienza hace aproximadamente un mes con dolor muscular en cuello, brazos y piernas “tipo agujetas”.

Posteriormente comenzó con edema en manos y pies y dolor en articulaciones interfalángicas, y codos y rodillas. No rubor en las mismas. Refiere además edema facial, sin claras lesiones cutáneas hasta el momento. No refiere fiebre en ese momento, no cefalea. No atragantamiento ni dificultad para tragar. No antecedentes familiares de interés. No viajes recientes. Dejo anticonceptivos orales hace un año para intentar gestación. (No ha sido tratada aun con estimulación ovárica).

No refiere pérdida de peso. No alteración del ritmo ni de las características de las deposiciones. No clínica miccional. Astenia intensa. No disnea ni clínica respiratoria salvo tos seca muy ocasional.

A los 5 días de la primera visita en consulta, comienza con un cuadro de fiebre, intenso dolor centrotorácico pleurítico brusco de 24 horas de evolución. Se modifica con la posición, aumentando con los cambios de postura, pero no se exagera claramente en decúbito ni mejora significativamente en sedestación. Empeora con la inspiración profunda. No palpitations ni cortejo vegetativo. El dolor calma parcialmente con analgesia de primer escalón. Refiere en los dos últimos días tos seca, no productiva. Desde que calma el dolor torácico, empeoramiento de disnea, que se hace de reposo, incluso entrecorta la respiración. Es valorada en Urgencias e Ingresa en Medicina Interna.

**Exploración física:** TA:129/85mmHg FC:105lpm FR:22rpm SatO<sub>2</sub>: 98% ggnn 2l T<sup>a</sup>: 37,4°

Consciente y orientada en las 3 esferas. Comprende, nombra, obedece órdenes. No apraxias ni afasias. Normoperfundida, normohidratada. Taquipnea en reposo a 22rpm. Entrecorta frases largas.

Facies algo hipomímica, edematosa. No rash, exantema ni otras lesiones cutáneas.

CyC: Carótidas rítmicas y sin soplos. No bocio ni adenopatías. No IVY

AC: Rítmica, no soplos ni extratonos. NO se ausculta roce pericárdico.

AP: crepitantes gruesos bibasales, de predominio derecho. Resto de parénquima sin RSA.

ABD: RHA+. Blando, depresible, no doloroso a la palpación, no palpo masas ni visceromegalias.

No signos de peritonismo. Murphy negativo. PPRN

EEII: Pulsos presentes y simétricos. Edemas en ambos MMII sin fovea. Llama la atención

edema en cara dorsal de manos sin poder extender completamente. Lesiones eritematosas

pretibiales y en muslos, ligeramente induradas, con lesión central costrosa. La paciente refiere

que son secundarias a picaduras. No signos de TVP.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

### Analiica:

**Hemograma;** Leucocitos: 5.90 5.90 x1000/ $\mu$ l (3.9 - 11.1) N 4.90 x1000/ $\mu$ l (1.7 - 7.5) 83.2 % \* (40.0 - 74.0) L 0.60 x1000/ $\mu$ l \* (1.1 - 4.5) 9.9 % \* (19.0 - 48.0) M 0.20 x1000/ $\mu$ l (0.2 - 1.0) 2.7% \* (3.4 - 9.0) E 0.20 x1000/ $\mu$ l (0.00 - 0.67) 4.1 % (0.0 - 7.0) B 0.00 x1000/ $\mu$ l (0.00 - 0.2) 0.1 % (0.0 - 1.5);

Hemoglobina: 10.7 g/dl (12.0 - 15.8) Volumen corpuscular medio 81.5 fl (80 - 98.0) Hemoglobina corpuscular media 28.5 pg (27.3 - 32.6) rdw 13.2 % (11.6 - 13.9) Plaquetas 413.0 x1000/ $\mu$ l \* (100.0 - 400.0) Velocidad Sedimentacion Globular 85 \*\* (1 - 15).

**Coagulacion:** Tiempo de Protrombina (segundos) 11.92 segundos (9.6 - 12) actividad de protrombina 104 % (70 - 120) inr 1.08 (0.8 - 1.2) Fibrinogeno (calculado) >350 mg/dl \* (180 - 350).

**Bioquímica:** Glucosa serica 93 mg/dl (70 - 100), Perfil renal: Creatinina serica 0.71 mg/dl (0.5 - 1.3) Na 133 mmol/l \* (135 - 145) K 4.9mmol/l (3.5 - 5.1) Perfil hepatico: ALT 54 u/l \* (0 - 53) AST 76 u/l \* (10 - 37) GGT 98 u/l\*\* (10 - 36) LDH 261 u/l \* (100 - 243) FA 147 u/l \* (25 - 128) Bilirrubina total sérica 0.5mg/dl (0.2 - 1.2) albumina serica 34.9 g/l (34 - 50)

Proteinas totales 73.0 g/l (60 - 80), PCR 150.0 mg/l \*\* (0 - 8.0); **Perfil férrico:**

Hierro serico 27  $\mu$ g/dl \*\* (50 - 170) Transferrina 214 mg/dl (176 - 336) saturacion de transferrina 9.0 % \*\* (20 - 50) ferritina 210 ng/ml \*\* (15 - 120); Vitamina B12 y Acido folico NORMALES

**Inmunologico:** Inmunoglobulinas: IgA 295 mg/dl (70 - 310) IgG 2073 mg/dl \*\* (640 - 1350) IgM 46 mg/dl \* (60 - 350) Subtipos IgG: IGG2: 236 IGG1: 1526 IGG3: 66 IGG4: 60

(NORMALES); Factor reumatoide 20.2 ui/ml (0 - 30) Peptido ciclico citrulinado <0.5 U/mL (0 - 5), Complemento C3 73 mg/dl \* (80 - 180) Complemento C4 6 mg/dl \*\* (15 - 45)

Serologias: VIH, LUES, CVM, VHA, VHB, VHC, VEB, Parvovirus B19 negativos

**Sedimento de orina en urgencias:** Densidad 1017 (1005 - 1025) Proteinas 10 mg/dL (0 - 30)

Hematies (Hemoglobina) Negativo Leucocitos (Esterasa) Negativo Nitritos Negativo, Sedimento de orina en ingreso: Densidad: 1040 \* PH: 6 Glucosa: Negativo Cetonicos: Negativo Bilirrubina:

Negativo, Proteinas: 100 \* Hematies: Negativo Leucocitos: Negativo Nitritos: Negativo, Orina de 24 horas: VOLUMEN ORINA 24 HR: 1.800 L \* PROTEINURIA 24 HR: 0.46 g/vol \* (0 - 0.15)

**TC DE TORAX SIN/CON CONTRASTE :** Se aprecian adenopatías en ambas axilas, todas ellas con hilio graso (reactivas), exceptuando una adenopatía axilar derecha de 1 cm de eje corto que no presenta hilio graso y que es de carácter inespecífico. Mediastino centrado. Se aprecian adenopatías prevasculares de hasta 8 mm, que aunque son de tamaño normal, son numerosas. No se identifican otras adenopatías en el resto de territorios ganglionares mediastínicos. Moderada cardiomegalia expensas de cavidades izquierdas. Grandes vasos mediastínicos sin alteraciones valorables. En el parénquima pulmonar se observan múltiples quistes bilaterales distribuidos de forma difusa por ambos pulmones aunque son más numerosos en ambas bases y en el campo pulmonar superior derecho. Los quistes tienen una distribución predominantemente paraseptal aunque también se identifican quistes en el centro del parénquima pulmonar. El mayor de ellos mide 23 mm y se localiza en segmento basal medial del lóbulo inferior derecho. También se observan engrosamiento del intersticio con un patrón reticular en el lóbulo superior derecho y lóbulo medio así como en la base izquierda.

**ECOCARDIOGRAMA:** Dilatación moderada de arteria pulmonar. IP fisiologica ligera. Ventrículo derecho de tamaño y contractilidad normal. No datos de hipertensión pulmonar (indirectos por tiempo de aceleración pulmonar). Ventrículo izquierdo no dilatado con FEVI normal. Derrame pericárdico global muy ligero (4mm).

# CASO 4



## Aumento Perímetro MSD e Hinchazón Hemicara

Estudiantes Grado de Medicina UAM y URJC

**1 PROPONE:** F. Medicina, U. Autónoma de Madrid

**2 DISCUTE:** F. Ciencias de la Salud, U. Rey Juan Carlos

**Motivo de Consulta:** Varón, de 92 años de edad, que acudió al Servicio de Urgencias por aumento del perímetro del miembro superior derecho, de cuatro semanas de evolución, asociando dudosa hinchazón de la hemicara ipsilateral

**Antecedentes personales:** no presentaba alergias medicamentosas ni alimentarias conocidas. No fumador, bebedor de una cerveza y dos vasos de vino al día. Presentaba obesidad central, sin diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial ni dislipemia conocidas. Había padecido un ataque isquémico transitorio (AIT) hacía dos años, motivo por el cual el paciente había estado antiagregado hasta 5 meses antes del presente episodio, en el que ingresó por insuficiencia cardíaca de predominio derecho, iniciando tratamiento con eplerenona, furosemida y ribaroxaban por fibrilación auricular permanente. Cuatro meses antes del actual episodio, el paciente fue diagnosticado de posible parkinsonismo vascular, motivo por el que recibió levodopa y carbidopa, que fueron finalmente retirados tras 2 meses. Entre los antecedentes oncológicos, destacaba un adenocarcinoma de próstata, con diagnóstico a los 79 años, tratado con triptoterina y abandonado voluntariamente a los 90 años. Como antecedente infeccioso cabe destacar paludismo durante servicio militar. En relación a su situación basal, el paciente era independiente para actividades básicas e instrumentalizadas de la vida diaria, viviendo en domicilio con su mujer y una cuidadora, precisando ayuda de andador o bastón para caminar, y sin deterioro cognitivo conocido.

En la **anamnesis dirigida**, el paciente no refirió sensación distérmica ni otras manifestaciones clínicas sugestivas de infección en las semanas previas. No había presentado dolor torácico, disnea, ortopnea ni disnea paroxística nocturna. No padecía tos ni expectoración de forma habitual. No mareos, síncope ni otra sintomatología neurológica. A nivel del MSD, el paciente no refería antecedente traumático ni presencia de eritema, rubor o dolor en ningún momento de la evolución. El resto de la anamnesis no aportó otros datos.

En la **exploración clínica realizada** en urgencias el paciente mostraba: TA 116/60; T<sup>3</sup> 36°C; 75 lpm; SAT, O<sub>2</sub> 97%. Buen estado general, estando consciente y orientado temporoespacialmente. Se encontraba normohidratado, normocoloreado y normoperfundido, no impresionando de gravedad. La hemicara derecha presentaba, especialmente en su mitad inferior, un leve edema, sin signo de fovea asociado. No se objetivaba ingurgitación yugular, bocio ni adenopatías. La auscultación cardiopulmonar fue rítmica, sin soplos, con murmullo vesicular conservado con sibilancias sobreañadidas de forma aislada. El abdomen se encontraba blando, sin dolor a la palpación, ausencia de masas y organomegalias, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos presentes y puñopercusión renal bilateral negativa. El miembro superior derecho presentaba edema con signo de fovea positivo hasta nivel del codo. Ambos miembros inferiores presentaban edemas perimaleolares, así como signos de insuficiencia venosa crónica.

**Se solicitó** un hemograma destacando Hb 8,2 g/dl; VCM 83,7; leucocitos y plaquetas normales. Además, el paciente presentaba una urea elevada (80 mg/dL), creatinina sérica elevada (2'04mg/dL, siendo la basal del paciente de 0'8mg/dL), así como un NT-proBNP (1836pg/mL), proteína C reactiva (51'7mg/L) y dímero D 3549 ng/ml. El análisis de orina confirmó leucocituria (1+) y hematuria (3+), sin otros datos patológicos.

En base a los hallazgos mencionados, **se decidió ingreso** en el Servicio de Medicina Interna.

A su valoración en planta, se había producido una mejoría espontánea del edema de hemicara derecha, así como una remisión espontánea del edema del miembro superior derecho. En región costal derecha, a nivel de la línea axilar media y en el nivel correspondiente a T4

- aproximadamente, se objetivó la presencia de una masa de consistencia elástica y móvil, de 5x2'5cm de tamaño. No se palpaban adenopatías axilares. La exploración halló también la presencia de probables epitelomas basocelulares y queratosis actínicas en espalda y región posterior de ambos miembros superiores. Los edemas perimaloleares bilaterales persistían y, además, habían aparecido lesiones petequiales palpables en el tercio distal de ambos miembros inferiores. (Figura).

Se realizó un tacto rectal, en el que no pudo valorarse la próstata por volumen de heces, las cuales presentaban características normales y sin productos patológicos asociados.

El análisis de sangre y orina realizado al ingreso en planta de hospitalización mostró una VSG de 33, frotis en sangre periférica con aislados rouleaux, persistencia de elevación de urea (77 mg/dL), empeoramiento de las cifras de creatinina sérica (2'47 mg/dL), Filtrado Glomerular estimado (CDK-EPI) de 22 mL/min/1'73m<sup>2</sup>, EFNa > 1%, proteinuria en orina de 24 horas: 1,25 g/24 h. LDH 290 U/L, transaminasas y hormonas tiroideas en rango de normalidad.

Se solicitó un electrocardiograma, que mostró fibrilación auricular a unos 84 lpm. Entre las pruebas de imagen, la radiografía simple de tórax objetivó un ICT aumentado, con senos cardiofrénicos ligeramente borrados y leves signos de congestión vascular; el eco-doppler de miembro superior derecho halló signos compatibles con edema subcutáneo antebraquial, flujo fásico, con venas compresibles y permeables sin signos de trombosis; la ecografía urológica objetivó la presencia de un único quiste en corteza de riñón derecho, así como hipertrofia benigna de próstata; el TC toraco-abdomino-pélvico sin contraste intravenoso objetivó una masa axilar-costal derecha sugestiva de adenopatía, nódulos pulmonares milimétricos escasos, lesión ocupante de espacio hepática inespecífica de 3 cm en segmento IVb, un engrosamiento difuso de ambas glándulas suprarrenales, y un crecimiento global prostático sin signos sugestivos de metástasis óseas; y una ecocardiografía que mostró FEVI normal, insuficiencia mitral leve, ausencia de derrame pericárdico. Entre las pruebas microbiológicas cabe destacar una serología compatible con infección por el virus de hepatitis B pasada, así como hemocultivo y cultivo de exudado de punción venosa para *Staphylococcus aureus* meticilin-sensible, compatible con bacteriemia asociada a catéter, que fue tratada con amoxicilina clavulánico, seguida de daptomicina, y seguida finalmente de cefazolina, hasta su completa resolución. Se realizó prueba de Mantoux e IGRA, que fueron positivas, sin BAAR en orina. Entre las pruebas inmunológicas, el factor reumatoide fue negativo, las inmunoglobulinas fueron normales. IgG4 60,2 (4-86), las fracciones C3 y C4 del complemento se encontraban en rango normal, ANA negativos, anti-beta2 gp IgG 74,2 e IgM 90,9, anticoagulante lupico +, anti-ENA JO1 negativos, anti-ENA Scl 70 negativos, anti-ENA SS-B/La negativos, anti-ENA U1 RNP negativos, anti-ENA RNP-70 negativos, anti-ENA Sm negativos, anti-dsDNA positivos (61), anti-RO negativos, c-ANCA negativos, p-ANCA negativos, crioglobulinas negativas. El PSA se encontraba elevado (32'9 ng/mL, con PSA libre de 2'78 ng/mL), aunque sin cambios respecto a previos.

Se solicitó una PAAF de la masa axilar-costal derecha, que únicamente halló material necrótico, no siendo concluyente. Las lesiones compatibles con capilaritis, a pesar de extenderse al principio en sentido proximal, presentaron posteriormente una remisión espontánea casi total. Se realizó un procedimiento diagnóstico.



## *Agradecimientos*

- *Estudiantes, Profesores, Personal de Administración y Servicios, Becarios de Apoyo a la Docencia y Equipos Decanales de las Facultades de Medicina y de Ciencias de la Salud de:*
- *Universidad de Alcalá*
- *Universidad Autónoma de Madrid*
- *Universidad Complutense de Madrid*
- *Universidad Rey Juan Carlos*



## Cómo llegar

- **Autobuses EMT:** Líneas 82, 132, F, G y U  
82 (Moncloa-Barrio de Peñagrande)  
132 (Moncloa-Hospital de la Paz)  
F (Cuatro Caminos-Ciudad Universitaria)  
G (Moncloa-Ciudad Universitaria)  
U (Avenida de Séneca-Paraninfo)
- **Coche:** La Facultad de Medicina se encuentra en la Plaza Ramón y Cajal, s/n, cerca de dos de las arterias principales de la ciudad, como son la M-30 y la A6.

Hay un aparcamiento de vehículos bajo la plaza Ramón y Cajal, las entradas están señalizadas en la imagen con las flechas azules.



- **Metro:** Ciudad Universitaria. Línea 6 (circular)

