

CASO CLINICO – SESIÓN DE CONJUNTA PATOLOGÍA-MEDICINA INTERNA

Edad: 68 años
Sexo: Masculino
Ocupación: Comerciante
Fecha de ingreso: 4 de Abril 1999
Fecha de egreso: 23 de Abril 1999
Fecha de reingreso: 28 Julio 1999
Muerte : 28 de Julio 1999

MOTIVO DE CONSULTA: Remitido médico particular por somnolencia, fiebre, polidipsia y disminución del volumen urinario.

ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente quien presenta cuadro de 15 días de evolución de edema de miembros Inferiores, disnea de moderados esfuerzos clase funcional II de 3 días de evolución, astenia, adinamia, disuria, polaquiuria, fiebre no cuantificada y somnolencia. Por este motivo consulta al CAMI el día 3 de Abril de 1999, donde deciden hospitalizar, encuentran glucometría 870/mg/dl, Inician manejo no especificado con líquidos endovenosos e insulina, nuevas glucometrías control 640 y 350 mg/dl, deciden remitir para manejo por tercer nivel.

ANTECEDENTES:

Médicos; Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada hace 5 años con tto (Glicazida) que suspendió hace 2 meses. Familiares: Negativos. Quirúrgicos: Faquectomía Izquierda. Farmacológicos: Niega. Tóxicos: Fumador de 40 paquetes /año hasta hace 5 años, bebedor ocasional hasta embriaguez. Alérgicos: Niega. Traumáticos: Quemadura en dedos de manos por ácido. Transfusionales: Niega.

REVISION POR SISTEMAS: Edemas de miembros Inferiores de 6 meses de evolución que aumentó en los últimos 15 días. Disminución progresiva de agudeza visual de 5 años de evolución.

Deposiciones blandas líquidas 3 veces al día de 2 años de evolución.

Hipoestesia -Hiperestesia en patrón guante y bota.

EXAMEN FISICO DE INGRESO: (Datos Positivos)

TA 110/61 Fc: 108x Fr: 20x afebril: Glasgow; 13 / 15, en regular estado general deshidratado, somnoliento, sin signos de dificultad respiratoria.

Cabeza/Cuello: pupilas anisocóricas, por sinequia pupilar izquierda, pupila derecha 3 mm. con opacidad de cristalino reactiva a la luz. Mucosa oral seca, Tórax: Normal.

Abdomen: Hepatomegalia 5 cm por debajo de reborde costal, dolorosa.

Extremidades: Edema blando que deja fovea hasta la rodilla, pigmentación ocre en tobillos, pulsos conservados, perfusión normal.

Neurológico: Somnoliento, orientado en persona, tiempo y espacio, no déficit motor, no focalización, no signos meníngeos.

Paraclínicos reportan acidosis metabólica + cetonuria + glicemia 354 mg/dl.

Se considera paciente con cuadro clínico de cetoacidosis diabética. Se inició manejo con SSN con 3000 cc, Insulina 0.1 U/Kg/h. Se documenta foco séptico urinario. se inicia manejo antibiótico con Ciprofloxacina 200 mg IV cada 12 horas.

EVOLUCIÓN Clínica: 5 de Abril 1999: Paciente presenta hipotensión que no mejora con aporte de Líquidos endovenosos, se decide iniciar apoyo inotrópico y vasopresor con Dopamina. Paciente con abundantes estertores alveolares, Rx de tórax compatible con edema pulmonar se optimiza soporte Dopamina. Mejoría clínica, resolución de edema pulmonar.

6 de Abril 1999: TA: 94 /50 Fc: 91, Afebril, Glasgow: 13/15. Gasto urinario: 9.3 cc / Kg / h, Balance La; 3110, Le: 6060, paciente sin cambios al examen físico. Se inicia destete de dopamina,

7 de Abril 1999: Ta: 120/70 Fc: 92 Fr: 22 Afebril Glasgow 13./15, examen físico sin cambios. Se inicia esquema móvil de Insulina + reposición de Katrol, traslado a piso.

8 de Abril 1999: Fc 70, Ta: 140/85 Fr; 16, Afebril, Glasgow 15/15 paciente con mejoría clínica. Se encuentra al examen físico masa tiroidea, no se especifica tamaño, se decide traslado al piso de Medicina Interna.

10 de Abril 1999: Fc: 72, Fr:16, Ta: 130/80, Afebril, Glasgow 15/15 al examen físico tiroides aumentada de tamaño de forma difusa, edema de miembros inferiores hasta la rodilla, edema escrotal y peneano, deposición diarrea líquida no fétida en dos ocasiones. SS gammagrafía tiroidea.

11 de Abril 1999; Fc 78, Fr: 16, Ta: 130/110, Afebril, Glasgow 15/15, persiste edema escrotal y peneano. SS valoración por urología. Se inicia nueva antibioticoterapia, se suspende Insulina.

15 de Abril 1999; Urología: aumento del tamaño del testículo y epidídimo izquierdo, próstata grado 1, retención urinaria. Idx: Orquiepididimitis Izquierda. Se recomienda: Cipronoxaclna + Metronidazol + cistostomia punción suprapúbica.

19 de Abril 1999: Adecuada evolución clínica, reporte de Gammagrafía tiroidea: Nódulo tiroideo hipocaptante en polo inferior derecho. SS valoración por Endocrinología.

22 de Abril de 1999: Adecuada evolución clínica y control de cifras de glicemia, Endocrinología: Idx: nódulo tiroideo a estudio. Síndrome eutiroideo. Se ajustan dosis de melformina. Programar para Bacaf nódulo tiroideo.

23 de Abril 1999; Se da salida por parte de medicina Interna, control por consulta externa Endocrinología + Urología + Med. Interna. Tratamiento: Gibenclamida 15 mg/ día + Nietformina 500 mg /noche + captopril 12.5 mg, 1 día + furosemida 40 mg / día + cipronoxacina + metronidazol (5 días) + asa 100 mg / día.

30 de Abril 1999; Consulta Externa Urología; Cistostomía normal + aumento del tamaño de testículo y epidídimo izquierdos. Plan: control en 1 mes.

8 de Junio 1999; Consulta externa Endocrinología; (Ulcera talón izquierdo), nódulo tiroideo derecho, plan; Captopril + Asa + netformlna + eco tiroideo + BACAF de tiroides+ ss valoración por rehabilitación.

3 de Junio 1999; Consula Externa Urología; Cistostomia normal+ aumento del tamaño de testículo y epidídimo Izquierdo: plan Cistoscopia + urocultivo, continuar sonda de Cistostomía.

22 de Junio 1999; Eco tiroideo. Masa dependiente de tejidos blandos, se suspende Bacaf.

24 de Junio 1999: Consulta Externa Rehabilitación: Ulcera talón 2 x 2 cm pie Izquierdo, Plan: recomendaciones + SS dopler arterial miembros inferiores.

29 de Junio 1999: Consulta Externa Gastroenterología: Gastroparesla diabética, Plan: Ciprofloxacina x 15 días + Cisaprida. SS EVDA control en 2 meses.

...28 de Julio 1999: Ingresa el paciente por presentar cuadro de 1 día de evolución de astenia, adinamia, hlporexia y dolor torácico con empeoramiento de cuadro clínico en la última hora; es traído por familiar. Al ingreso Ta; 0/0, Fc: 0 Fr: 0, se Inicia reanimación básica, se continúa con RCCP avanzada por 30 minutos sin obtener respuesta. El paciente fallece.

AUTOPSIA:

HALLAZGOS PRINCIPALES:

Edema agudo de pulmón, Síndrome de respuesta Inflamatoria sistémica, Nefropatía diabética, Necrosis papilar aguda con nefrocalcinosis secundaria, Cistitis Aguda y crónica, Pielonefritis crónica reactivada, Bronconeumonía Incipiente, Hepatitis aguda reactiva, Hiperplasia glandulo-estromal de próstata.

HALLAZGOS SECUNDARIOS:

Cardiopatía hipertensiva, Enfermedad coronaria crónica, Hipertensión pulmonar grado II,

Carcinoma papilar de tiroides oculto. Enfisema centrolobulillar secundario a bronquitis crónica, Ulcera gástrica cicatrizada y Prostatitis.

Bibliografía para discusión:

Instrucciones: Copiar el hipervínculo y pegarlo en su navegador

http://infotrac.galegroup.com/itweb/issste?http_rc=400&class=session&sev=temp&type=session&cause=http%3A%2F%2Fweb5.infotrac.galegroup.com%2Fitw%2Finfomark%2F581%2F419%2F60655157w5%2Fpurl%3Drc7_HRCA_0_A113229840_0_A113229841_0_A128061794_0_A113342456_0_A113342457%26dyn%3D24!mrk_list%26bkm_24_18_19%3Fsw_aep%3Dissste&cont=&msg=No+Session+cookies&sserv=no&id=impact