

RUT: 19124732-9
Sexo: FEMENINO
Fecha de Ingreso: 12/06/2019 07:36

Fecha de Alta:
Paciente: VALENTINA ROCIO VASQUEZ ANDRADE

HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE
Experiencia que da vida

Alta Médica: 21/06/2019 15:40
Servicio: MEDICINA INTERNA

EPICRISIS

Diagnóstico de Ingreso y Alta

PRINCIPAL AL ALTA: G587 - MONONEURITIS MÚLTIPLE

Resumen de evolución

EPICRISIS MEDICINA INTERNA

Nombre: Valentina Rocío Vásquez Andrade
Edad: 23 años
Rut: 19.124.732-9
Ingreso HCUCH: 12/06/19
Ingreso Medicina Interna: 12/06/19
Egreso HCUCH: 21/06/19
Previsión: FLE

ANTECEDENTES

- 1) Médicos: Asma atópica, Rinitis alérgica, Dermatitis atópica, Conjuntivitis atópica. Nefrolitiasis bilateral no obstructiva
- 2) Quirúrgicos: Amigdalectomía (2016). Extirpación mucocelo lingual (2010)
- 3) Fármacos: Salbutamol SOS, Desloratadina SOS, Neurobionta cada 6 meses, Maltofer (no recuerda dosis)
- 4) Gineco-obstétrico: G0P0A0, amenorrea hace 2 meses. Suspensión de ACO.
- 5) Alergias: ácaros, abejas.
- 6) Vacunas: influenza 2019 (-).
- 7) Hábitos: TBQ suspendido (IPA 1). OH (-), otras drogas (-). Alimentación vegetariana hace 2 años, en control con nutriólogo.
- 8) Familiares: abuela materna epilepsia, fallecida por CA mama. Sobrina DM tipo 1.
- 9) Socioeconómico: vive con pareja. Estudia sociología y trabaja como socióloga.

HISTORIA ACTUAL

Paciente con los antecedentes descritos refiere cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por parestesia en dorso de pie derecho, que en periodo de 1 mes progresa hacia proximal llegando a región infrapatelar, y posteriormente parestesia en región paravertebral (desde lumbar a cervical). En Mayo 2019 se añade parestesia de igual distribución en pie y pierna izquierda que se asocian a inestabilidad de la marcha, y parestesia dorsal que evoluciona a dolor dorsal, localizado en línea media, que migra entre región lumbar y cervical, tipo punzante, EVA 6/10, que interfiere con su vida diaria, que se reproduce al caminar, subir escaleras, y cede levemente con calor local. Además, sensación de rigidez en zona lumbar, constante; como síntomas concomitantes refiere alopecia, úlceras orales dolorosas, polidipsia, urgencia miccional y 1 episodio de incontinencia urinaria nocturna, y rigidez matinal de manos, bilateral, más de 1 hora de duración.

Últimas 2 semanas dolor dorsolumbar en línea media se vuelve inhabilitante, asociado a compromiso del estado general, baja de peso de 6 kg en 3 meses con ingesta conservada sin aumento de pérdidas, episodios aislados de diaforesis nocturna, edema de EEII, debilidad muscular generalizada.

Al interrogatorio dirigido agrega amenorrea hace 2 meses, Convulsiones (-), episodios de desorientación (-), cefalea (-), hematuria macroscópica (-), orina espumosa (-), rash heliotropo o lesiones cutáneas (-), lesiones psoriasiformes (-), dolor pleural (-), fiebre (-), palpitaciones (-), disnea (-), lipotimia/síncope (-), raynaud (-), fotosensibilidad (-), Úlceras Genitales (-), Ojo Rojo (-), Sicca (+). Acude a evaluación ambulatoria con reumatología y nutriología quienes solicitan exámenes en los que destaca C3: 53.5 mg/dL (ref 70-150), C4: 13.1 mg/dL (ref 13.5-45), Alelo HLA-B*27 ausente, VIH: no reactivo, Hgma: leucopenia 3200, morfología normal, Perfil ENA (-), ANA (+) 1/1280, Anti-DNA (-), RxTx: sin derrame, sin condensación ni imágenes nodulares. Dado resultados, se sugiere acudir al servicio de urgencias.

al SU el día 12.06 en regulares condiciones, hemodinamia estable, afebril, eupneica, con dolor dorsal EVA 5/10. Se indica manejo sintomático y se solicita evaluación a neurocirugía quienes describen al examen físico: reflejos disminuidos globalmente, reflejo plantar flexor bilateral, fuerza M4 global, sin nivel sensitivo ni alteración de esfínteres. Se complementa con estudio de laboratorio que destaca GB: 2610 (48% linfocitos), VHS 1, LDH: 177, PCR: 5, resto sin alteraciones.

Dado compromiso polineuropático con alta sospecha de LES con compromiso neurológico, se decide hospitalización en sala para continuar estudio y manejo.

Ingresa a sala en similares condiciones, hemodinamia estable, afebril, eupneica. Evoluciona por sistemas:

Neurológico: al examen físico con compromiso periférico caracterizado por disestesia en calcetín en eei asimétrico, con fuerza de musculatura distal M4 a derecha y M5 a izquierda, además de parestesia en manos que cede durante hospitalización, sin alteraciones sensitivas. Se realiza electromiografía, que informa: Signos de una mononeuropatía peroneal derecha asociado a elementos de una polineuropatía sensitiva de base. Hallazgos sugerentes de mononeuropatía múltiple.

Reumatológico: Impresiona compromiso neurológico en contexto de enfermedad del tejido conectivo: LES vs Sd Sjogren, según hallazgos a la anamnesis reumatológica. Se solicita estudio autoinmune, biopsia de glándulas salivales y test de schirmer. Evaluada formalmente por equipo de reumatología, se define presencia de mesenquimopatía con compromiso de órgano mayor por lo que se indica traslado de la paciente a UPC para iniciar terapia con bolos de corticoides.

El 14/06 se traslada a UPC, con la paciente sin mayores cambios respecto al ingreso. Recibe terapia inmunosupresora mayor durante 3 días con bolos de metilprednisolona (1.5 grs en total), sin complicaciones, por lo que el 17/06 se traslada a medicina interna para completar manejo. Evoluciona según los siguientes problemas:

Neurológico: Clínicamente sin progresión de compromiso neurológico, sin embargo por persistencia de dorsalgia tras bolos corticoidales y duda respecto a temporalidad de aparición, se decide realizar RNM columna total que descarta compromiso medular.

Reumatológica: se decide iniciar terapia con corticoides en dosis altas (20 mg c/8 hrs) y se indica profilaxis con cotrimoxazol. Del estudio, se rescatan resultados: Test de Coombs directo (-), Anticoagulante lúpico (-). VIH (-), VHB: AntiHBc (-), HBsAg (-), VHC: Anti VHC IgG (-), VDRL no reactivo, OC: sin alteraciones, FR (-), ANA (+) 1/320 (granular moteado), C3 52.9 (LN 70), C4 17 (LN 16.3), ELISA anti dsDNA (-), perfil ENA (-), Biopsia glándulas salivales: preinforme sin hallazgos patológicos. Test de schirmer (+). Se conversa con paciente decidiendo tratamiento a largo plazo con ciclofosfamida. El 21/06 recibe primera dosis de 500 mg, sin incidentes.

Nutricional: dado aspecto enflaquecido sumado a antecedente de dieta vegetariana estricta e historia de baja de peso, se solicita evaluación formal por UNIN. Se diagnostica desnutrición calórico-proteica, con sospecha de trastorno de conducta alimenticia, se define evaluación por Psiquiatría al alta. Se indica régimen calórico proteico, suplementación y prevención de síndrome de realimentación. Paciente rechaza suplementos por motivos financieros. Se controla con ELP, sin alteraciones sugerentes de Sd realimentación.

Gastrointestinal: sin deposiciones durante toda la hospitalización. Se realiza tacto rectal el 19/06, con tono conservado, sin deposiciones ni fecaloma. Se optimiza tratamiento con PEG cada 8 horas, con buena respuesta.

Respiratorio: dado antecedente de asma bronquial en tratamiento con salbutamol SOS (con última crisis en febrero/2019, bien controlado) se decide optimizar manejo con Budesonida en dosis bajas. Se mantiene asintomática, sin apremio ventilatorio.

Medicina preventiva: paciente asmática con indicación de vacuna influenza. Se gestiona vacuna durante hospitalización, sin embargo diferida por falta de stock.

Dado que se completa tratamiento inicial y la paciente se mantiene sin elementos de progresión neurológica, con plan nutricional ya trazado, se decide alta con seguimiento ambulatorio por equipo de Reumatología y Nutrición.

DIAGNÓSTICOS DE EGRESO

1) Mesenquimopatía en estudio: Lupus eritematoso sistémico con compromiso neurológico v/s Síndrome de Sjogren con compromiso neurológico:

- ...enia, linfocitopenia e hipocomplementemia.
...neuritis múltiple: Mononeuropatía peroneal derecha + polineuropatía sensitiva de base.
...Desnutrición calórico-proteica.
...Obs Trastorno Conducta Alimentaria
3) Asma/Rinitis Alérgica/Dermatitis Atópica
4) Nefrolitiasis bilateral no obstructiva.

Interna Germainne Anabalon
Dr. Felipe Cayupi - BMI

Detalle Interconsultas

Servicio solicitante: MEDICINA INTERNA, Fecha Solicitud: 13/06/2019 10:56

Servicio destinatario: REUMATOLOGIA , Fecha Realización: 14/06/2019 15:21

Realizado por: ZAMORANO SOTO, PEDRO EMILIO

Servicio solicitante: MEDICINA INTERNA, Fecha Solicitud: 18/06/2019 13:41

Servicio destinatario: REUMATOLOGIA , Fecha Realización: 19/06/2019 07:17

Realizado por: ZAMORANO SOTO, PEDRO EMILIO

Servicio solicitante: MEDICINA INTERNA, Fecha Solicitud: 18/06/2019 14:27

Servicio destinatario: UNIDAD DE NUTRICIÓN INTENSIVA, Fecha Realización: 19/06/2019 11:56

Realizado por: SANDOVAL CORDERO, MARJORIE

Indicaciones (incluye medicamentos prescritos)

INDICACIONES:

Medidas generales:

- Alimentación rica en frutas y verduras.
- Ensure plus advance 220 ml: 2 botellas al día
- Evitar contacto con personas enfermas.
- Lavado frecuente de manos.

Fármacos

- Prednisona 20 mg: 1 comprimido cada 8 horas por boca a permanencia.
- Sulfatrimetoprim forte: 1 comprimido los días lunes, miércoles y viernes a permanencia.
- Elcal D: 1 comprimido una vez al día a permanencia
- Budesonida 200 mcg: 1 puff cada 12 horas por aerocámara a permanencia.
- Zinc sulfato 110 mg: 1 comprimido una vez al día por boca.
- Ácido ascórbico 500 mg: 1 comprimido una vez al día por boca.
- Vacuna contra influenza (se entrega orden)

Exámenes:

- Tomar los siguientes exámenes: Hemograma, perfil bioquímico, perfil hepático, función renal, electrolitos plasmáticos, orina completa (se entrega orden)
- Rescatar resultado de exámenes por página web: inmunoglobulinas, crioglobulinas, anticuerpo anticardiolipinas, B2GP1, anticuerpos anti PR3, anticuerpo anti MPO.

Controles:

Neurología: Control con Dra. Beatriz Urrutia en dos semanas. Debe pedir hora vía Call Center (229770249) y en caso de no tener de horas, solicitar agendar a lista de "demanda insatisfecha".
Objetivo del control: evaluar respuesta a tratamiento y definir fecha de hospitalización para ciclofosfamida.
Llevar resultado de exámenes.
2) Nutrición: Control en policlínico de cirugía con Dra. Papapietro el 09/07/19 a las 12:00 hrs.
-Llevar epicrisis.
3) Psiquiatría: Pedir hora el 25/06 vía Call Center 229788000.
4) Neurología: Pedir hora para control con Dr. Galdames en dos semanas. Debe pedir hora vía Call Center (229770249).

Asistir a servicio de urgencias en caso de: progresión de debilidad muscular o alteraciones sensitivas, tos con sangre, fiebre >38°C, orina con sangre, decaimiento severo u otra razón de gravedad.

Médico Tratante : DIAZ VILCHES, GONZALO ANDRES
Firmado: FELIPE CAYUPI GONZALEZ (RUT:16466038-9)

HOSPITAL CLINICO **RED** UNIVERSIDAD DE CHILE
HCUCH ☎ 2 978 8000 www.redclinica.cl