

Información Paciente

Nombre : Stephania Alejandra Erices Cartes **Rut** : 19.683.170-3 **N° Archivo** : 2206446
Edad : 24a 9m 6d **Fecha Nacto**: 19/07/1997 **Sexo** : Femenino
Dirección : Pje Los Gladiolos 3668 Villa Los Prados **Comuna** : Puente Alto **Teléfono** : 966901106

N° Epicrisis
304775

Información Hospitalización

Unidad de Ingreso : Medicina Cuidados Básicos 5° Piso **Fecha Ingreso** : 05/04/2022 01:09 **Días Estadía**: 20
Unidad de Egreso : Medicina Cuidados Básicos 5° Piso **Fecha Egreso** : 25/04/2022 11:04

Motivo o Diagnóstico de Ingreso

síndrome consuntivo

Comorbilidades

Procedimientos

Intervenciones Quirúrgicas

Epidemiología

Resumen Clínico

EPICRISIS
25/04/22

Nombre: Stephania Alejandra Erices Cartes
RUT: 19683170-3
Edad: 24 años
FI CASR: 04/04/22
FI Sala: 05/04/22

ANTECEDENTES

- Mórbidos: (-)
- Quirúrgicos: (-)
- Fármacos: Yasmin CD (anticonceptivo Drospirenona 3 mg / Etinilestradiol 0,03 mg)
- Alergias: (-)
- Inmunizaciones: COVID-19 (x3)
- Hábitos: TBQ (-), OH (+) muy ocasional, drogas THC diario desde que iniciaron síntomas.
- Hospitalizaciones: (-)
- Viajes: Lican Ray hace 1 mes. Sin viajes a extranjero.
- Social: estudiante de psicología en proceso de tesis, previo a inicio de síntomas vivía sola en Santiago, actualmente vive con padres en Puente Alto por limitaciones dadas por síntomas.

HISTORIA ACTUAL

Paciente con antecedentes descritos, con historia que inició en Noviembre 2021 (5 meses) de dolor bilateral de ambos muslos por cara lateral y medial de carácter urente y punzante, irradiado ocasionalmente a cara posterior de muslo y hacia pierna por posterior, que cede con consumo de marihuana pero que de todas formas es durante todo el día, no se relaciona con actividad y presenta crisis ocasionales que la despiertan en las noches y dificulta el sueño; hace unos meses dolor migró para instalarse sólo en extremidad inferior derecha; aumento progresivo de síntomas hasta que la última semana presenta además debilidad de extremidad inferior derecha predominantemente de muslo. Cuadro anterior se acompaña además de visión doble con necesidad de forzar la vista para lograr congruencia de ambas imágenes (según referido por paciente), mareos ocasionales, baja de peso considerable de aprox 25 kg en total (70 kg inicialmente, baja de 15 kg voluntaria en relación a dieta entre abril y

Fecha Epicrisis : 25/04/2022 12:09

octubre 2021, luego baja de 10 kg sólo en diciembre, finalmente alcanza peso actual entre 40 y 45 kg), calofríos nocturnos y diaforesis nocturna con necesidad de cambio de pijama, alopecia y xerostomía; al interrogatorio dirigido refiere pirosis ocasional, sensación de plenitud postprandial y hubo un período breve que presentó polidefecación de 3 episodios diarios, sin diarrea franca, sin constipación durante otros períodos, y orina concentrada sin síntomas urinarios bajos. Niega, disnea, dolor torácico, tos, expectoración, dolor abdominal, sin xerostomía, sin eritema malar ni lesiones cutáneas, sin artralgias ni artritis, sin lumbago, sin úlceras orales francas aunque sí refiere dolor en lengua por fisuras.

Consulta a extrasistema, desde donde es derivada a SU HSR por síndrome consuntivo en estudio. Ingresa a SU normotensa, taquicárdica hasta 120 lpm, con mucosas pálidas, lesiones costrosas en labios y mucosa oral, con dolor mas hipoestesia pierna derecha pulsos presentes, sin otras alteraciones descritas. En exámenes destaca Hb 11.7 con GB 5600, RAN 4648 con baciliformes levemente aumentados (728) sin blastos, y con linfopenia 672, VHS 39 pruebas hepáticas sin alteraciones significativas, TG 272, TSH 5.21 y T4 normal, Na 132 con función renal normal, SO levemente inflamatorio con nitritos (+). Se toma ECG que muestra taquicardia sinusal y signos de hipertrofia septal que probablemente están en contexto de enflaquecimiento. Se solicita TAC de abdomen y pelvis que informa: ¿adenopatías supra e infra diafragmáticas, inespecíficas. Considerar en el diagnóstico diferencial un síndrome linfoproliferativo¿. Se hospitaliza en Sala Básica para continuar estudio y manejo.

Laboratorio

02/04 (EXTRASISTEMA): Hcto 33,8, Hb 11.7, VCM 90.2, GB 5600, RAN 4680, RAL 670, PLQ 289.000; frotis sin blastos, granulación tóxica de Nts. VHS 39. ferritina 300.7, CT 134, TG 272, GOT 50, TSH 5.21, T4L 1,2, T3 1,76, HbA1c 5,6, glucosa 79, urea 34, Crea 0,52, ácido úrico 5,8, ELP 132/4,6/101, BT 0,26, FA 55, GGT 21, GOT 50, GPT 48, CoIT 134, HDL 38, LDL 41, VLDL 55, TG 272, TP 11,9s/109%, INR 1,00. B12 292,2, VitD 37,9

OC: ligeramente turbio, nitritos +, sedimento de orina: leucos 5-10, bacterias abundantes.

Imágenes

TAC Cerebro (04/04): pendiente informe.

TAC TAP (04/04): adenopatías supra e infra diafragmáticas específicas diagnóstico diferencial un síndrome linfoproliferativo, Como ejemplo una ilíaca externa derecha de 12 x 14 mm. Sin otras alteraciones.

DIAGNÓSTICOS DE INGRESO

- 1.Síndrome consuntivo con síntomas B, en estudio
- 2.Poliadenopatías en estudio
- 3.Debilidad muslo derecho
 - a.Obs radiculopatía L2-3 derecha
- 2.Deshidratación moderada
- 3.Anemia leve normocítica normocrómica
 - a.Obs carencial
- 4.Queilitis angular.

EVOLUCIÓN POR PLANES

Hemodinamia/cardio: paciente persiste con taquicardia discreta, asintomática, sinusal en ECG. Evaluar Holter de ritmo en ambulatorio taquicardia sinusal.

Sd consuntivo/poliadenopatías: Se realiza estudio inicial infeccioso con VDRL, VIH, serología EBV, CMV y Toxoplasma, (todos negativos), hemograma con frotis (destacan leucopenia 4050, Rouleaux +), VHS (90), ANA (+ 1/1280), anti DNA (-) y C3/C4 (disminuido/normal). 14/04 se realiza biopsia de ganglios axilares para CMF y biopsia, que no muestra hallazgos sugerentes de SLP. Pendiente histopatología. Se realiza IC a hematología, (P) respuesta. Respecto a screening de CCU, último PAP en 2019, (-). Considerar ampliar estudio neoplásico con Eco mamaria/mamografía. Evaluar toma de nuevo TAC TAP en 2 semanas.

Reumatológico: en estudio de Sd. consuntivo, 13/04 se informa ANA (+) 1:1280 patrón granular fino, antiDNA (-). Se realiza IC a reumatología, y se complementa estudio con: perfil ENA: SCL70 (-), JO (-), La 47,5, Ro 100, SM (-), RNP 18,3; antiCCP (normal), FR (normal), anticardiolipina y anti B2GP1 (P), anticoagulante lúpico (-) e IPC (normal). Evaluada por reumatología, (P) subir nota a sistema, preliminarmente refieren alta sospecha de Sd. Sjögren por test Schirmer (+).

Neurológico: paciente con historia de déficit neurológico descrito en ingreso. Evaluada con TAC de cerebro, neurólogo de turno informa TAC sin lesiones groseras ni efecto de masa que expliquen síntomas descritos que requiera evaluación de urgencia por Neurología. Se solicitó IC a neurología, para quienes inicialmente cuadro impresiona polineuropatía periférica obs carencial, indican suplementación de tiamina y folato y sugieren realizar EMG + VC de 4 extremidades diferido. Se realiza 18/04, informe evidencia proceso neurológico agudo, obs polirradiculopatía motora pura vs enfermedad de motoneurona. Neuro sugiere: realizar RNM (realizada el 24/04) de médula completa, PL para estudio de LCR (convenio UC ya realizado). PL se realiza el

21/04. En caso de alteración de RNM (p informe), complementar con AC anti AQP-4 y anti-MOG.

Nutricional: al ingreso impresiona Sd. carencial por queilitis angular, anemia e historia de alopecia. Se desestima necesidad de suplementación de Vit B12 y Vit-D al encontrarse en rango normal. Perfil Fe normal. Se suplementan tiamina y folato.

Infeccioso: estudio infeccioso de poliadenopatías (-). Recibió curso de 3 días de Ceftriaxona por OC inflamatoria en SU (completa en 7/4).

Renal/medio interno: 06/04 función renal conservada, ingresa con hiponatremia leve en contexto de deshidratación, resuelta. Durante estadía presenta hipokalemia leve, revierte con carga EV.

Gastroenterológico: por constipación se indica lactulosa con buena respuesta. Familiares traen proctogel por hemorroides no complicados.

Endocrino: exámenes extrasistema muestran TSH 5.21, T4L 1,2, T3 1,76, sin síntomas de hipotiroidismo, evaluar por ambulatorio manejo y seguimiento.

Fonoaudiología: paciente refiere historia de larga data de disfagia a sólidos. Se realiza IC a fonoaudiología, sugieren régimen blando sin granos + líquidos claros, con buena respuesta

Exámenes laboratorio:

21/04: (P) bandas oligoclonales, síntesis intratecal IgG, inmunofijación Ig en suero, Ac anti AQP-4 y anti MOG // (P): baciloscopia, cultivo TBC, PCR M. tuberculosis // LCR: proteínas 0,44, glucosa 57, GB 0, Gram (-), cultivo (P), ADA (P)

20/04: creatinuria 29,4 (VN 47-110), proteinuria 0,07 (VN 0,14), IPC 0,2, anticoagulante lúpico (-)

18/04: antiCCP 0,5 (VN 5), FR 12,8, IPC rechazado, anticoagulante lúpico rechazado. ENA: SCL70 (-), JO (-), La 47,5, Ro 100, SM (-), RNP 18,3, (P) anticardiolipina y anti B2GP1

14/04: ELP 132/4,41/101

13/04: ELP 136/5,68/102

12/04: AU 4,0, Va 8,9, Crea 0,53, BUN 8,9, P 3,7, ELP 136/3,17/104

08/04: VIH NR

06/04: a úrico 3,6, alb 3,2, BT 0,32, FA 54, GGT 32, GOT 28, GPT 45, Ca 8,8, Crea 0,49, BUN 9,2, P 2,7, LDH 72, Mg 1,6, PCR 8,8, proteínas 8,5 (VN 8,3), TP 12,9s/92%, TTPA 31,2, INR 1,05, ELP 132/4,38/102, Fe 126, TIBC 194, Sat transferrina 65%, ferritina 404,5 (VN 4-200), C3 73 (VN 83), C4 15, VHS 90, Hb 11,6, Hcto 33,1, VCM 88, GB 4050, RAL 1280, RAN 2590, PQT 355000. Serología CMV, VEB y toxoplasma (-), VDRL NR, antiDNA (-), ANA (+) 1:1280 patrón granular fino

Imágenes

RNM COLUMNA 24/04 : Pendiente informe

TAC TAP (04/04): adenopatías supra e infra diafragmáticas específicas diagnóstico diferencial un síndrome linfoproliferativo, Como ejemplo una ilíaca externa derecha de 12 x 14 mm. Sin otras alteraciones.

CMF biopsia: no se observan elementos de clonalidad sugerentes de compromiso ganglionar por un SLP de estirpe B o T. Sin embargo, este examen no permite descartar enfermedad de Hodgkin u otra neoplasia de origen no hematopoyético, o un proceso reactivo, indispensable la correlación con estudio histopatológico.

DIAGNÓSTICOS ACTUALES

1.Síndrome consuntivo con síntomas B, en estudio

2.Poliadenopatías en estudio

a.Obs. LES

2.Polirradiculopatía obs. motora primaria

3.Deshidratación moderada resuelta

4.Hipokalemia leve resuelta

5.Hiponatremia leve

6.Anemia leve normocítica normocrómica

a.Obs carencial

7.Queilitis angular resuelta

INDICACIONES AL ALTA:

Reposo relativo asistido

Régimen blando

Continuar con ejercicios según sugerencias kinesiólogo.

Fecha Epicrisis : 25/04/2022 12:09

Medicamentos:

Lactulosa 10cc cada 8h VO SOS

Quetiapina 12,5mg PM VO permanencia

Paracetamol 1 g cada 8h SOS

Pregabalina 75mg, 1 comprimido c/12h permanencia

Tiamina 500mg c/8h VO por 3 meses

Acido folico 5mg cada 24h VO por 3 meses

Control con reumatología, se deja IC para seguimiento. (exámenes pendientes)

Control con neurología para seguimiento, se deja IC. (exámenes pendientes)

Control SOS en servicio de urgencia si fiebre, vómitos, dificultad respiratoria, dolor que no cede con medicación, o según necesidad.

Diagnóstico de Egreso

Sd Consuntivo en estudio -

Condición de Egreso

Alta Domicilio

Egreso con Catéter Doble J:NO

paciente con estudio completo, solo pendientes resultado de exámenes a evaluar por ambulatorio.

HDN estable, buenas condiciones generales, adecuado manejo de dolor.

en condiciones de alta hospitalaria

Plan Post Alta

control con neurologia y reumatologia.

Indicaciones

Tipo de Reposo : Relativo

Régimen Alimentario : Común

Medicamentos :

Controles

INTERNO

Militza Araceli Álvarez Pacheco
Becado/Residente



Ignacio Neumann Burotto
Médico Tratante (Staff)