

Ateneo de Departamento

Servicio de Clínica Médica

Paciente: A.M. Sexo: M Edad: 55 años FI: 16/03/16

Nacionalidad: Paraguay Residencia: Argentina (hace 20 años)

Ocupación: Obrero de la construcción

Motivo de internación:

Trastornos visuales + debilidad en hemicuerpo izquierdo.

Enfermedad actual:

Paciente de 55 años TBQ que comienza 2 semanas previas a la consulta con debilidad en hemicuerpo izquierdo asociado a trastornos visuales.

El 14/3 es evaluado en CESAC donde se constata paciente con hemiparesia braquiocrural izquierda leve, con persistencia de trastornos visuales. Se interpreta el cuadro como probable ACV y es derivado al Hospital Argerich para diagnóstico y tratamiento.

Examen físico a su ingreso a guardia: TA: 150/90mmHg, hemiparesia izquierda leve y visión borrosa en ambos ojos, sin otros hallazgos. Se realiza laboratorio que no evidencia alteraciones y TAC cerebro que informa: imagen redondeada en pedúnculo cerebral derecho, que se extiende sobre tálamo, con efecto de masa sobre el 3° ventrículo sin obliterarlo y con importante edema vasogénico. Otra lesión hipodensa a nivel del polo occipital cortico-subcortical derecho.

Es evaluado por servicio de neurocirugía quienes descartan conducta quirúrgica, se interpreta cuadro como LOE cerebrales, (con diagnóstico presuntivo de probable secundarismo de SNC) por lo que inicia tratamiento con Dexametasona 8mg c/8hs EV.

El día 16/3 con mejoría parcial de los síntomas, se decide su pase a clínica médica para diagnóstico y tratamiento.

Antecedentes Personales: TBQ 34 paquetes/año.

Examen físico:

TA: 100/60mmHg **FC:** 60lat/min **FR:** 16ciclos/min **T°:** 36° **Sat. O2:** 97%(0.21)

Sistema nervioso: Vigil, orientado en persona y espacio, desorientado en tiempo. Pupilas isocóricas y reactivas. Motilidad ocular extrínseca conservada, con visión borrosa y sin diplopía. Asimetría facial secuelar (secundaria a traumatismo facial hace 25 años). Hemiparesia braquiocrural izquierda 4/5. Nistagmo horizontal agotable hacia la izquierda. Sin clonus, ni Babinski. Tono muscular, ROT, sensibilidad y pares craneales: sin hallazgos patológicos.

Cardio-vascular: R1 y R2 normofonéticos en 4 focos, silencios impresionan libres. Sin edemas ni ingurgitación yugular. Adecuada perfusión periférica.

Respiratorio: Buena mecánica ventilatoria, buena entrada bilateral de aire, sin ruidos agregados. Sonoridad a la percusión de campos pulmonares.

Abdomen: Blando, depresible, indoloro, RHA +. Bazo e hígado no palpables.

Piel y mucosas: Mucosas normocoloreadas y húmedas. Sin lesiones a nivel cutáneo.

Sistema linfoganglionar: Sin adenomegalias palpables.

Laboratorio 16/3

Hto: 47%, GB: 15800mm³, Pla: 274000mm³; Glu: 77mg/dl, Ur: 41mg/dl, Creat: 0.97mg/dl; Ionograma: Sodio 141mEq/l/Potasio 4,02mEq/l/Cloro 100mEq/l, Ca iónico: 1.25mmol/l; BT: 0.54mg/dl, BD: 0.13mg/dl, GOT: 16UI/l, GPT: 13UI/l.

Rx de tórax: Partes óseas y blandas sin particularidades, ICT < 0,5. Campos pulmonares sin radio-opacidades patológicas.

ECG: Ritmo sinusal. FC 60x'. Eje 60°. Adecuada progresión de R de V1 a V6. Sin Q patológicas.

El paciente presenta mejoría del déficit neurológico, sin paresia, con mejoría tardía de síntomas visuales y en la deambulación.

Se realizan **Serologías** para HIV (en 2 oportunidades), VHB, VHC, Chagas, VDRL, Neurocisticercosis: negativas. IgG antiVHA (+) e IgG para CMV y Toxoplasmosis (+).

Con sospecha de lesión MTS de Tumor primario desconocido vs. patología infecciosa diseminada se realiza **TAC cerebro, tórax, abdomen y pelvis con doble cte.**

Cerebro: 2 lesiones ocupantes de espacio redondeadas, occipital y en pedúnculo cerebral derechas, con edema vasogénico y efecto de masa. Esta última impronta en 3° ventrículo sin obliterarlo. Realce periférico al contraste.

Tórax: Enfisema centrolobulillar. Resto sin hallazgos patológicos.

Abdomen: Imagen nodular hipodensa en glándula suprarrenal izquierda, realza en forma periférica luego de la administración de contraste, de 30 mm.

Marcadores tumorales: AFP: 2,19 CA19-9: 3.73 CEA: 2.85 HCG: -0.6

PSA: 19/3: 1.37. 28/4: 3,19

23/3: **ESD:** 1mm **PCR:** 0.4mg/l

Ecocardiograma(28/3): Patrón de relajación prolongada, insuficiencia tricuspídea leve PSAP 27mmHg, válvulas normales (sin evidencia de vegetaciones).

Fondo de ojo: normal.

Cortisol: 1g/dl.

PAAF Suprarrenal izquierda(4/4/2016): AP: no representativo. **Citológico:** negativo.

2da. PAAF Suprarrenal izquierda (13/4/2016): AP: no representativo y por escasez de material no se puede enviar muestra a cultivo.

Ecografía tiroidea: Normal.

Con objetivo de caracterizar las lesiones de SNC se realiza **RMN Cerebro con espectroscopía:** que evidencia 2 lesiones ocupantes de espacio redondeadas, con realce periférico al contraste, en región occipital y en pedúnculo cerebral derechas, con edema vasogénico. Esta última impronta en 3° ventrículo sin obliterarlo.

Con sospecha de TBC diseminada extrapulmonar se realiza **PPD:** anérgica.

18/4: Intercurre con dolor en puntada de costado derecho, sin otros síntomas asociados.

Examen físico: hemodinámicamente estable, afebril. Crepitantes aislados en campo medio lateral derecho y axila derecha. Sin alteraciones al resto del examen físico.

Rx Tórax: Radio-opacidad homogénea, en campo medio derecho, sin derrame pleural asociado.

TAC tórax: que evidencia 3 consolidaciones, 1 en LSD, 1 en LMD con broncograma aéreo y cavitación, y 1 en LID. **Protocolo para TEP:** negativo.

Se interpreta cuadro como probable Neumonía cavitada vs. Impactos sépticos pulmonares vs. MTS cavitadas y sobreinfectadas vs. TBC o Micosis sistémica (reactivadas por corticoides sistémicos); se realizan HC, UC y Cultivos de esputos (no representativos) que resultan negativos para gérmenes comunes, BAAR y hongos, y completa 28 días de Vancomicina + PTZ con regular respuesta al tratamiento, sin dolor en puntada de costado y sin clínica respiratoria.

Dada la evolución clínica del paciente y los hallazgos de compromiso del SNC, pulmón, suprarrenal y próstata (luego de 1 mes de tratamiento con CTC) adquiere mayor relevancia el diagnóstico presuntivo de TBC diseminada vs Micosis profunda vs. Nocardiosis.

El 21/4 se realiza **PET:** lesión pulmonar LSD, LID (probable primario), LMD cavitado (infeccioso?), adenopatías mediastinales, adrenal (secundarismo), Próstata: (Probable proliferativo).

TACAR tórax (25/4): enfisema. Tractos densos. Granulomas calcificados 7 mm LID. Comparativo a TAC 18/4, sin cambios significativos.

El 26/4 se realiza **BAL: AP tinción y citología:** negativo. **Bacteriología: Directo:** gérmenes comunes, BAAR y hongos: negativos. **Cultivo:** Negativo para gérmenes comunes, pendiente resultados para BAAR y hongos.

Por resultados BAL negativo el 29/4 se decide realizar **PAAF de lesión cavitada de LMD pulmón, AP:** negativo. **Bacteriología, Directo:** gérmenes comunes, BAAR y hongos: negativos. **Cultivo:** cierra negativo para gérmenes comunes, BAAR y hongos: negativos a la fecha.

Ecografía reno-vesico-prostática(5/5): RD 113x47x45. RI 112x57x54, forma tamaño y ecoestructura conservada. Sin ectasia ni macrolitiasis. Vejiga de paredes finas, de contenido anecoico. Próstata heterogénea 35x32x42, peso 25 grs.

Ecografía testicular: Normal.

Tacto Rectal: que impresiona lóbulo derecho aumentado de tamaño y consistencia, **PSA** con aumento leve (de 1 a 3), por lo que se decide **Punción Biopsia Prostática:** Pendiente

El 17/5 se realiza **Punción Lumbar:** Físicoquímico: límpido, incoloro. Glucosa 67mg/dl (Glucemia 120mg/dl); Proteínas 0.5g/l. Leucocitos: 1 célula mononuclear.

2/6: **ESD:** 75mm y **PCR:** 263mg/l

El 3/6 inicia tapering de corticoides

05/06: Intercurre con fiebre asociada a dolor costal, disnea y desaturación por lo que se realizan HC y UC (negativos) y cultivo de esputo para gérmenes comunes, BAAR y hongos.

TAC tórax que evidencia progresión de imágenes pulmonares. Inicia tratamiento con PTZ + Vancomicina.

10/6 **ESD:** 55mm **PCR:** 97mg/l.

Se recibe resultado de Directo de Esputo que informa: Paracoccidiomicosis. Asimismo se recibe informe verbal de Anatomía Patológica: impresiona Paracoccidioidomicosis (pendiente resultados de tinciones).

Se reinterpreta cuadro como paracoccidioidomicosis diseminada con compromiso de SNC, Pulmón, Glándula Suprarrenal y Próstata por lo que inicia tratamiento con Anfotericina B deoxicolato 50mg/día EV.

Por evolucionar con respuesta inflamatoria sistémica y efectos adversos a la Anfotericina se decide rotar tratamiento a TMS + Voriconazol.

El paciente evoluciona con mejoría, disminuyendo signos y síntomas pulmonares.