



CURSO DE RAZONAMIENTO - TALLER DE DISCUSIÓN CLÍNICA PARA RESIDENTES CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA INTERNA (AGOSTO 2026)

Discute: Hospital Córdoba

Presenta: Clínica Universitaria Reina Fabiola

DATOS FILIATORIOS

- Sexo: Masculino
- Edad: 22 años
- Profesión: Estudiante de informática

ANTECEDENTES PERSONALES

- Patológicos: Miocardiopatía hipertrófica obstructiva - Infarto agudo de miocardio tipo 2 (noviembre de 2025) - Neumonía adquirida en la comunidad (2024).
- Quirúrgicos: Niega.
- Alergias: Efedrina
- Toxicos: Alcohol social.
- Antecedentes Transfusionales: Niega.
- Medicación habitual: Mavacamten 5 mg/día - Atenolol 50 mg/día.

MOTIVO DE CONSULTA

Dolor en miembro inferior izquierdo

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente masculino de 22 años con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica obstructiva e IAM tipo 2, en seguimiento por Cardiología y en programa de rehabilitación cardiovascular.

Una semana antes del ingreso reinicia actividad física (tenis). Siete días previos había presentado un episodio autolimitado de mialgia en muslo derecho durante el ejercicio, con buena respuesta al reposo y AINEs.

El día del ingreso, luego de realizar actividad física, comienza con dolor intenso en pantorrilla izquierda asociado a aumento de volumen local y dificultad para la marcha, motivo por el cual consulta en Guardia Central.

Al interrogatorio dirigido niega disnea, dolor torácico, tos, síntomas urinarios o digestivos.



WhatsApp

351-3928859



Email

medicinainternacordoba@gmail.com



EXAMEN FÍSICO

Signos vitales: FC 95 lpm TA 110/80 mmHg T 36,3° SAT 98%AA FR 18 rpm

Lúcido, sin signos de foco motor o meníngeo.

Buena mecánica ventilatoria. Murmullo vesicular conservado bilateralmente. Sin ruidos agregados.

R1-R2 normofonéticos. R2 normofonéticos. Soplo eyectivo mesosistólico en foco aórtico 3/6 que irradia al cuello. Soplo holosistólico regurgitante mitral 3/6 que irradia a axila. Pulsos periféricos presentes y simétricos. IY negativa.

Abdomen blando, depresible, indoloro. Sin reacción peritoneal ni defensa. No se palpan masas ni organomegalias.

PPRB / PRU negativos

MMII izquierdo levemente edematizado en región gemelar/poplítea. Signos de Homans y Olow(+).

Dolor al apoyo y movilización.

Resto del examen físico sin particularidades.

ESTUDIOS REALIZADOS

- Laboratorio de ingreso Leucocitos: Hb 12,9 · Hto 39,3 (HCM 26,2 · VCM 79,7 · CHCM 32,8 · RDW 14,6). GB 14.900 (NC 0 · NS 10.730 · B 0 · E 150 · L 2.980 · M 1.040) · PCR 85 · Glu 91 · Ur 38 · Cr 1,08 · Na 137 · K 4.020 · Cl 100 · GPT 31 · GOT 28 · LDH 203 · Uricemia 4,3 · CPK 40 · Prot. totales 7,52 · Albúmina 4,36 · APP 96 · KPTT 32. GSV: pH 7,381 · pCO₂ 39,9 · pO₂ 30,3 · SatO₂ 57,9 · HCO₃ 23,1 · EB -1,8.

- Orina completa: 0-5 leucocitos por campo.

- ECG: Ritmo sinusal. FC 75 · PQ 0,16 · QRS 0,1 · QT 0,4 · Eje +60. Conclusión: signos de sobrecarga ventricular sistólica con hipertrofia ventricular por MCH.

- Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos.

- Eco Doppler venoso de miembro inferior izquierdo: Trombosis venosa profunda infrapatelar subaguda, oclusiva, localizada en plexo sóleo izquierdo.



WhatsApp

351-3928859



Email

medicinainternacordoba@gmail.com



EVOLUCIÓN

Se decide internación para monitorización e inicio de anticoagulación. Solicitándose valoración por el Servicio de Hematología.

Durante la internación, en el reinterrogatorio dirigido, el paciente refiere presentar desde aproximadamente cuatro meses episodios intermitentes de febrículas, predominantemente nocturnas, acompañadas en una oportunidad de sudoración profusa y pérdida ponderal cercana a 4 kg, previamente atribuidas a modificaciones en su actividad física y alimentación.

Ante estos nuevos hallazgos se amplía el estudio. Se realiza tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis, evidenciándose hepatoesplenomegalia leve y homogénea, sin otros hallazgos significativos.

Los controles de laboratorio muestran persistencia de reactantes de fase aguda elevados y anemia leve arregenerativa. Se solicitan hemocultivos seriados, serologías virales, frotis de sangre periférica, ecocardiograma transtorácico y estudio inmunológico. Los hemocultivos iniciales no presentan desarrollo, las serologías y el estudio inmunológico no evidencian hallazgos de relevancia, y el ecocardiograma transtorácico no demuestra alteraciones significativas.

Ante la persistencia del síndrome inflamatorio sin foco evidente, se solicita valoración por los Servicios de Infectología y Reumatología, ampliándose el estudio con fondo de ojo, PPD, tomografía computada de senos paranasales, ecografía Doppler testicular, nuevas serologías y ecocardiograma transesofágico, sin hallazgos concluyentes.

Por persistencia del dolor en el miembro inferior izquierdo, a pesar de la mejoría clínica general, se realiza un nuevo Eco Doppler venoso de miembros inferiores al cuarto día de internación ante la sospecha de progresión trombótica. Llama la atención la ausencia de trombosis venosa residual, persistiendo la discordancia clínico-imagenológica con el dolor referido.

Durante la evolución presenta mejoría progresiva del dolor en el miembro inferior izquierdo y descenso de los reactantes de fase aguda, manteniéndose afebril durante la internación, excepto por un único episodio de febrícula de 37,7 °C registrado al tercer día. Al encontrarse clínicamente estable y sin una etiología definida, se decide el alta hospitalaria luego de ocho días de internación, con seguimiento ambulatorio. Obteniendo días posteriores el diagnóstico definitivo.



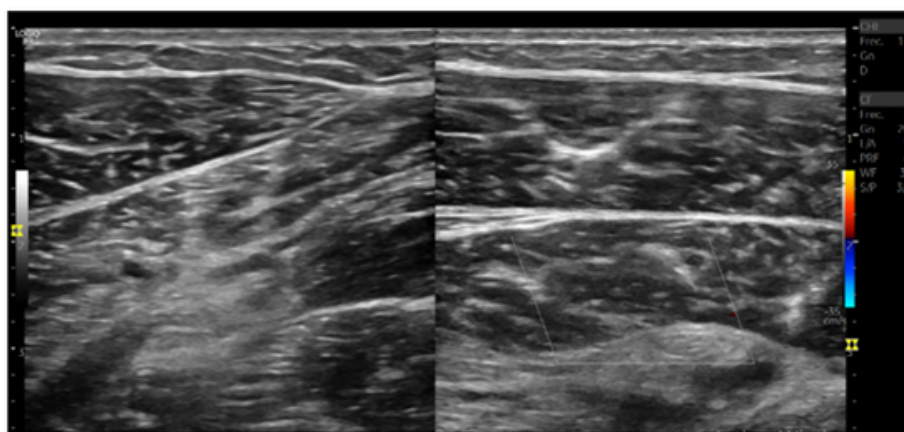
WhatsApp

351-3928859



Email

medicinainternacordoba@gmail.com



WhatsApp
351-3928859



Email
medicinainternacordoba@gmail.com