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

**Discute: Hospital Misericordia**
**Presenta: Sanatorio San Gerónimo**

Sexo femenino
83 años
Dependencia funcional moderada, Índice de Barthel intermedio, con cuidadoras domiciliarias

**MOTIVO DE CONSULTA:** DEBILIDAD EN MIEMBRO SUPERIOR E INFERIOR DERECHO + DESORIENTACIÓN

**ANTECEDENTES PERSONALES**

Patológicos:
- Hipotiroidismo.
- Estenosis pulmonar con válvula orgánica (cirugía a los 18 años).
- Insuficiencia pulmonar severa conocida.
- Fibrosis pulmonar congénita.
- Arritmia ventricular no especificada.
- Artrosis con lumbalgia crónica.
- Dependencia funcional moderada (Barthel intermedio, con cuidadoras domiciliarias).
- Dos internaciones en Enero 2026 por infección de piel y partes blandas (IPPB) en región deltoidea derecha, con drenaje quirúrgico y aislamiento de Kocuria rosea (Sanatorio Diagnostico).
- Internación en Sanatorio San Gerónimo del 21 al 27 Febrero 2026 por ACV talámico + IPPB en región deltoidea izquierda con buena respuesta a esquema antibiótico: ciprofloxacina + minociclina.
- Reinternación en Marzo 2026. Evento comicial postvascular con edema ictal asociado. (aproximadamente 12Kgr en el último mes).

Tres semanas antes de la consulta presento odinofagia, asociado a placas blanquecinas para lo que recibió tratamiento con amoxicilina-ac clavulánico con resolución del cuadro.

Alergias: niega

Hábitos tóxicos: niega

Cirugías previas: reemplazo válvula pulmonar con material orgánico

Medicación actual:
- Levotiroxina 50 mcg en ayuno
- Nebivolol 5 mg ½ comprimido por la mañana
- Espironolactona 50 mg martes, jueves y sábados
- Flecainida 50 mg por la mañana y por la tarde
- Indapamida 1,5 mg ½ comprimido lunes, miércoles y viernes
- Aspirina 100 mg 1 comprimido al día
- Rosuvastatina 40 mg 1 comprimido al día
- Clonazepam 0,5 mg por la noche
- Lamotrigina 50 mg 1 comprimido por la noche

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:**

Paciente femenina de 83 años, con Índice de Barthel moderado. Antecedentes patológicos de hipotiroidismo, fibrosis pulmonar congénita, artrosis, lumbalgia crónica y arritmia cardíaca no filiada. Antecedentes quirúrgicos de recambio valvular pulmonar por prótesis biológica debido a estenosis pulmonar congénita. Niega hábitos tóxicos y alergias medicamentosas. Tratamiento habitual con levotiroxina 50 mcg/día, clonazepam 0.5 mg/noche, indapamida 1.5 mg/día, espironolactona 50 mg/día, nebivolol 2.5 mg/día, flecainida y vitamina D.

Curso internación por infección de piel y partes blandas en región deltoidea derecha, sometida a dos limpiezas quirúrgicas, con aislamiento de Kocuria rosea y múltiples esquemas antibióticos.

Reingresa el 21/02/2026 por síndrome confusional agudo con desorientación, ecolalia, anomia y discurso incoherente, asociado a registros febriles. Estudios iniciales sin alteraciones metabólicas, foco infeccioso evidente ni hallazgos agudos en TC de encéfalo; LCR, FilmArray y cultivos negativos. Ante persistencia del trastorno del lenguaje, RMN evidenció ACV isquémico agudo de territorio posterior con compromiso talámico y occipital izquierdo, con sospecha de mecanismo cardioembólico.

Reingresa al mes siguiente por episodio agudo de desorientación témporo-espacial, discurso incoherente, disartria y afasia. TC y RMN de encéfalo descartaron nuevo evento isquémico agudo, evidenciando únicamente secuelas del ACV previo. Se interpretó el cuadro como crisis focal sintomática secundaria a lesión estructural post-ACV. Evolucionó favorablemente, sin recurrencia de episodios. Evoluciona con compromiso cognitivo fluctuante con repercusión sobre la autonomía funcional. Se otorgó el alta con inicio de lamotrigina en titulación progresiva y continuidad del tratamiento habitual.

El 20/05 reingresa a internación por cuadro de debilidad en miembro superior e inferior derechos, asociado a tos con abundante expectoración. Al examen físico se encontraba vigil, desorientada en tiempo, espacio y persona, con comprensión y ejecución parcial de órdenes, pupilas isocóricas y reactivas, pares craneales conservados y hemiparesia derecha 4/5 en miembro superior e inferior. A nivel respiratorio presentaba rales subcrepitantes bilaterales, que se movilizaban con la tos, sin otras particularidades al examen físico.

Ante la presencia de un nuevo déficit neurológico focal, se solicitaron neuroimágenes, que evidenciaron un marcado aumento de tamaño de una lesión redondeada parietal izquierda, con intenso realce tras la administración de contraste, contenido quístico-necrótico y abundante edema vasogénico, de 20 × 30 mm, respecto de 5 × 9 mm en el estudio previo.

Debido a su rápido crecimiento, se planteó como diagnóstico diferencial un proceso neoplásico primario o secundario versus un proceso infeccioso-inflamatorio.

Se realizó abordaje interdisciplinario con los servicios de Oncología, Neurología, Neurocirugía e Infectología.

**EXAMEN FÍSICO**

Ingreso última internación

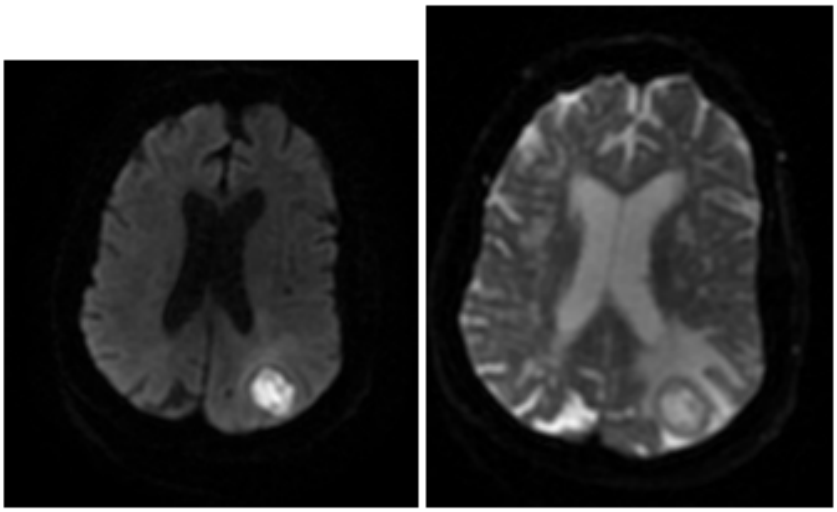
Signos vitales: TA 120/60 mmHg FC 70 lpm T 36°C Sat O2 96% AA FR 14
SNC: Vigil, desorientada en tiempo - espacio y persona. Ejecuta órdenes de manera parcial, no logra comprender órdenes. Pupilas isocóricas reactivas. Pares craneales conservados. Hemiparesia 4/5 en miembro superior e inferior derecho.

Aparato cardiovascular: R1-R2 normofonéticos, silencios libres, ritmo regular, eucárdica
Aparato respiratorio: Buena mecánica ventilatoria sin uso de músculos accesorios. Rales subcrepitantes en ambos campos pulmonares que se movilizan por la tos.
Abdomen: RHA presentes, globuloso, depresible, indoloro a la palpación superficial o profunda
Miembros inferiores: sin edemas periféricos

**ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS**

LABORATORIO INGRESO 3° INTERNACIÓN: GB 10100 N 73 VCM 83 HCM 27 RDW 16 PLAQ 156000 VSG 24 PCR - NA 139 K 4,04 GLUC 0,98 UR 0,49 CR 0,89 TP 13 KPTT 28 GOT 11 GPT 10 FAL 172 BRT 0,45 BRD 0,1 BRI 0,35

RMN de encéfalo: lesión parieto-occipital izquierda, con incremento significativo de tamaño respecto del estudio previo, intenso realce postcontraste, contenido quístico-necrótico y abundante edema vasogénico.



**WhatsApp**
351-3928859

**Email**
medicinainternacordoba@gmail.com