

Caso Hospital Cayetano Heredia-Lima

Historia clínica

Mujer de 20 años, natural de Iquitos y procedente de Lima quien hace 4 semanas presentó aumento de volumen en el borde inferior de párpado superior izquierdo y una semana después del párpado superior derecho. Dos semanas antes del ingreso se agregó crecimiento parotideo bilateral y en región submandibular. Una semana antes de la admisión manifestó otalgia bilateral, disfonía y xerostomía. Durante esa semana también notó aparición de un ganglio axilar derecho, no doloroso, sensación de alza térmica y tos no productiva por lo cual se hospitalizó. En las funciones biológicas tenía hiporexia, sed aumentada, sudoración normal y una pérdida de peso de 4 kilos el último mes. Las deposiciones y orina sin alteraciones y estaba eutímica.

La paciente vivía en Lima hace varios años y era estudiante de administración. No ingería alcohol no fumaba ni usaba drogas. Su historia ginecológica era G0 P0, régimen catamenial 5/30, negaba relaciones sexuales y su FUR fue 2 semanas antes del ingreso. No tenía antecedentes patológicos de importancia y previamente había estado sana. No había tenido cirugías. No presentaba alergias a medicamentos. No tenía hermanos y sus padres no sufrían de enfermedades. En la revisión anamnéstica de sistemas y aparatos negaba xeroftalmia, alopecia, artralgias o lesiones dérmicas.

Al examen físico: Funciones vitales PA: 100/60mmHg FC: 78 FR: 18 T: 36.4 SAT: 97% FIO: 21% w: 54 Kg. T: 1.57cm IMC 22.4. Lucía crónicamente enferma en regular estado general, hidratada, lucida y orientada en 3 esferas, llamó la atención su fascies (figura 1). La piel, TCSC y SOMA sin alteraciones significativas. Se palpó adenopatía axilar derecha de 2 cm, no dolorosa, móvil. Al examen regional se evidenció crecimiento de glándulas lacrimales, parótidas y glándula salivar submandibular. Resto del cuello y mamas sin alteraciones. En tórax el murmullo vesicular pasaba bien ambos campos pulmonares sin rales. En el precordio los ruidos cardiacos eran rítmicos sin soplos y los pulsos estaban conservados. No había ingurgitación yugular. El abdomen era plano, RHA +, sin masas ni visceromegalia. En el sistema nervioso pupilas CIRLA, fuerza 5/5 simétrica, ROTs 2/4, no había rigidez de nuca. Resto del examen era normal.

Los exámenes de laboratorio iniciales mostraron Hb: 11.7 g/dL Hto: 34 VMC: 86 HMC: 29.2, leucocitos: 5780/mm³, plaquetas: 173000/mm³, proteína C reactiva negativa. glucosa 89 mg/dL, creatinina 0.5 mg/dL, DHL 1020 UI/L, electrolitos incluyendo calcio en valores normales. Las proteínas totales 6.8 g/dL, albumina 4 g/dL, y resto del perfil hepático dentro de límites normales. Su examen completo de orina sin anormalidades. Se hicieron pruebas serológicas para VIH, citomegalovirus, Epstein barr y brucella resultando negativas. Se solicitó factor reumatoideo, ANA, ANCA y perfil ENA (anti DNA, Sm, RNP, Ro, La, scl 70, histona y Jo1) los cuales todos resultaron negativos. Los valores de subclases de IgG fueron : IgG1 770 IgG2 363 IgG3 33 IgG4 117, todas dentro del rango de referencia.

Se obtuvieron una radiografía de tórax y una tomografía axial computarizada de tórax y abdomen, las cuales se muestran en las figuras.

Figuras





