

CASO CLÍNICO HMP

Dr. Oscar Méndez

Dr. Carlos Alvarado

Dr. Antonio Valverde

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

- ▣ MUM
- ▣ 66 años
- ▣ Dominancia Izquierda
- ▣ San Juan de Chicué, Oreamuno, Cartago
- ▣ Casada
- ▣ Católica
- ▣ Oficio doméstico
- ▣ Escolaridad Primaria Incompleta

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

▣ FAMILIARES

- Suicidio
 - ▣ 2 hermanos
 - ▣ 1 sobrino
- Síndrome demencial rápidamente progresiva
 - ▣ Padre falleció 1992
 - ▣ Controlado HMP
- Diabetes
 - ▣ Tías

■ HTA

- ▣ Hermano
- Cáncer de pulmón
 - ▣ Sobrino

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

▣ MÉDICOS

▪ HTA

▣ 15 años de evolución

▣ Tratamiento: Verapamilo, Hidroclorotiazida, Metildopa e Irbesartán

▪ Diabetes Mellitus

▣ 5 años de evolución

▣ Metformina 500 mg TID

▪ No exposición a drogas recreacionales

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

- ▣ QUIRÚRGICOS
 - Tiroidectomía por bocio
 - ▣ Hace 5 años
 - ▣ Levotiroxina 100 mcg/d

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

- ▣ GINECOOBSTÉTRICOS
 - Carcinoma de cérvix
 - Diagnóstico hace 4 años
 - Tratada con quimioterapia y radioterapia
 - De alta por oncología
 - Menopausia
 - Edad de instalación?
 - G4P4A0C0

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

- PSQUIÁTRICOS
 - Depresión postparto
 - Posterior al 2º parto (hace 37 años)
 - Cronificado
 - Internamientos en HNP, HCG y HChP
 - Fluoxetina + Clonazepam
 - Intento de autoeliminación
 - Setiembre 2011
 - Sobredosis de antihipertensivos y antidepresivos

MOTIVO DE CONSULTA

- Dos semanas con alteración en estado y contenido de la conciencia
- HISTORIA:
 - Enero 2012 con síntomas depresivos
 - Relacionado con el cuidado de un sobrino joven
 - Mucho estrés en actividades cotidianas
 - Inicia con parafasias fonémicas
 - Deja de hablar en forma progresiva
 - Desarrolla rigidez en las extremidades
 - Dolor al extender las extremidades

MOTIVO DE CONSULTA

- Febrero 2012
 - Trastorno de la marcha con ataxia
 - Se cae en el baño
 - TCE con PC
 - Evaluado en ER HMP con TAC de cerebro normal
 - Se egresa
 - Trastorno de la deglución
 - Consultan por segunda ocasión
 - Ingresa 23 de febrero SEM HMP
 - Ingresa a salón de Medicina 27 de febrero

EXAMEN FÍSICO

- ▣ Alerta, desorientada
- ▣ No verbaliza
- ▣ No sigue órdenes
- ▣ Pupilas simétricas y normorreactivas
- ▣ Facies de temor
- ▣ Hipertonía de las 4 extremidades
- ▣ Reflejos plantares flexores
- ▣ Reflejos miotáticos normales
- ▣ Afebril
- ▣ Rigidez nuchal en todas las direcciones
- ▣ Eupneica
- ▣ FC 70 - PA 170/90
- ▣ Glicemia MM 90 mg/dL

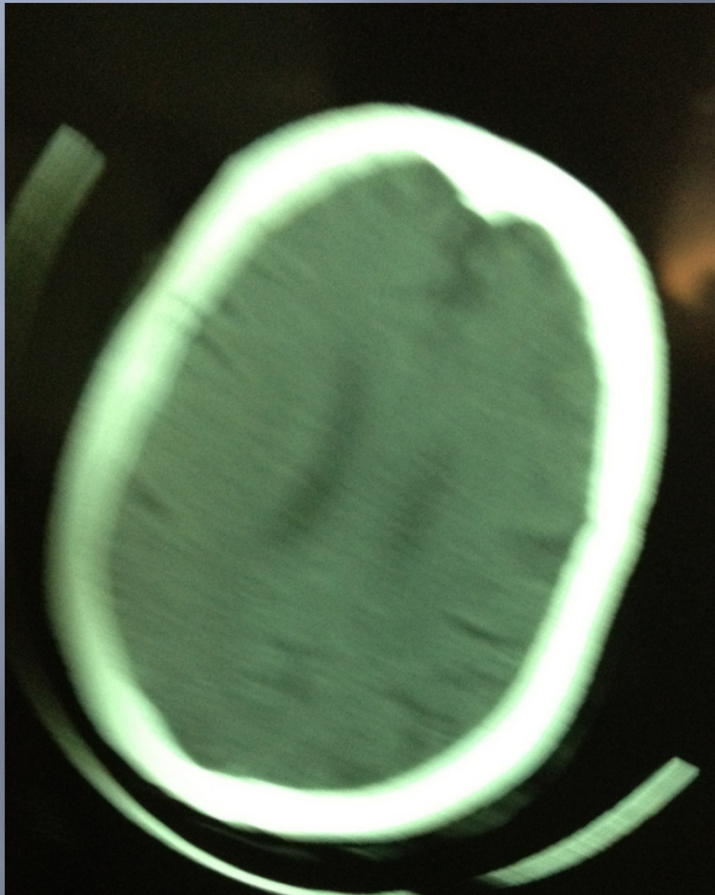
¿DIAGNÓSTICO CLÍNICO?

ENFOQUE EN EMERGENCIAS

- ▣ TCE hace 3 semanas con TAC normal
- ▣ Ahora no mueve MSD, no habla, no micciona desde anoche
- ▣ Alerta pero no atiende al llamado
- ▣ Con franca espasticidad
- ▣ PA 157/77 FC 105 lpm FR 24 rpm
- ▣ SatO2 91%
- ▣ Cardiopulmonar normal, globo vesical
- ▣ Se descartará organicidad
- ▣ IDx: trastorno de la conciencia/HTA/DM/ Antecedente Ca cervix/ trastorno psiquiátrico

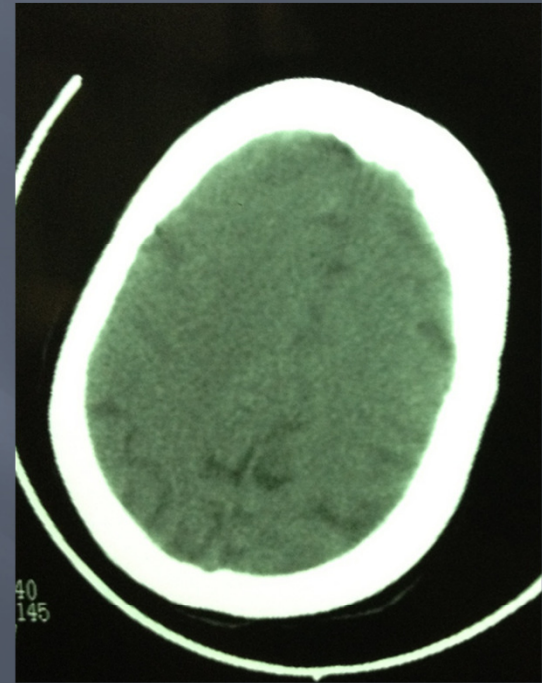
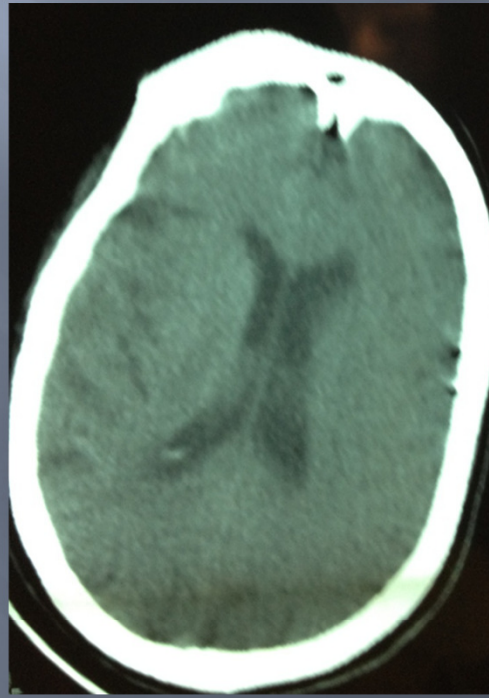
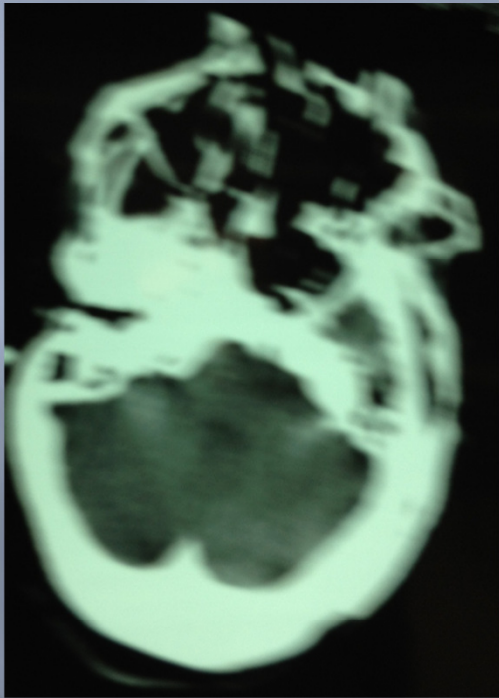
ENFOQUE EMERGENCIAS

23 feb 2012

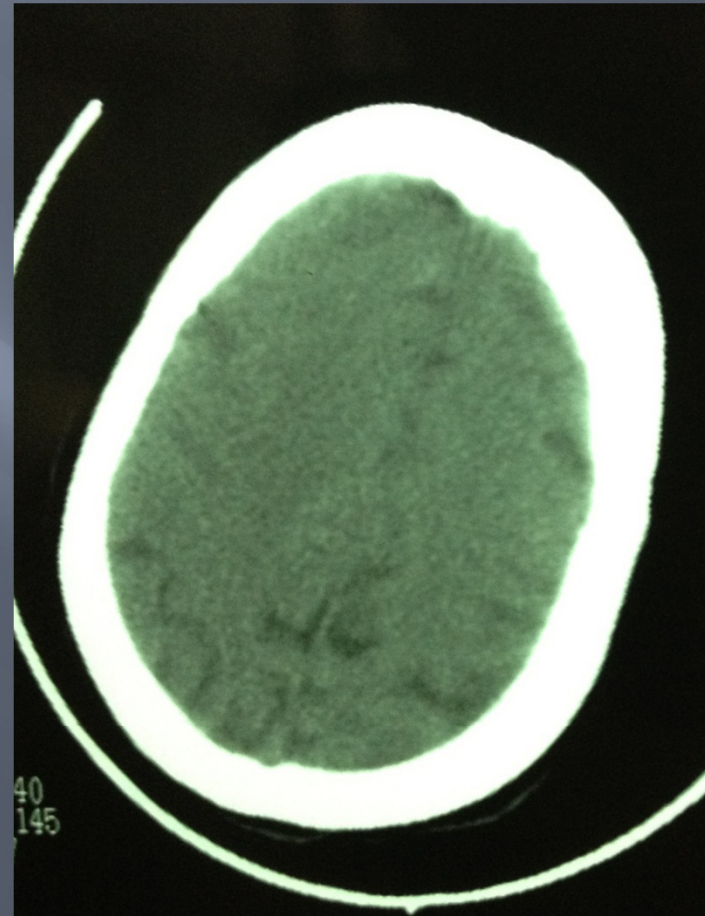
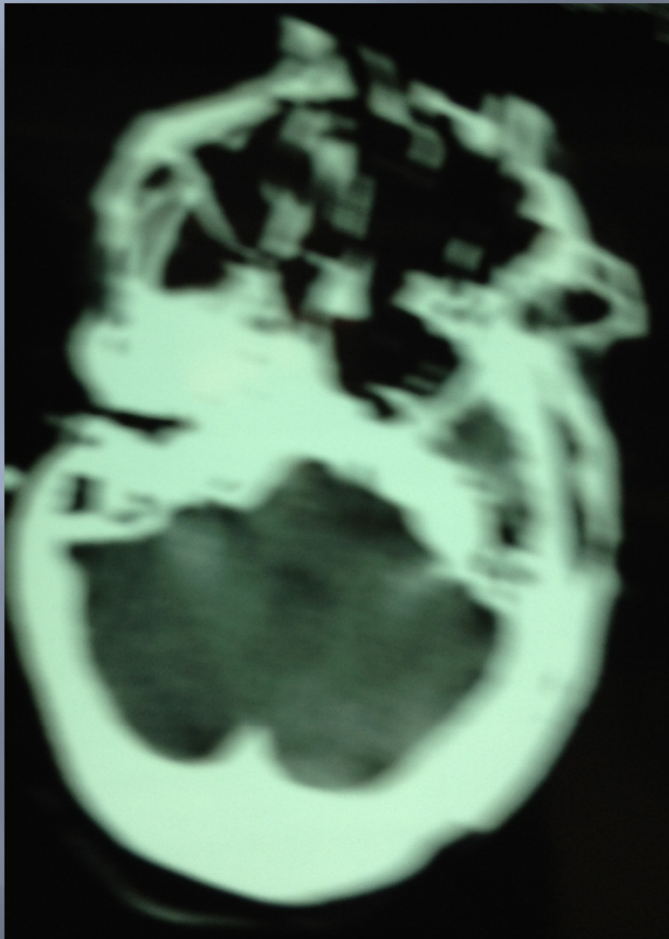


- ▣ LABS
- ▣ BUN: 36.1 mg/dl
- ▣ Sodio: 128.9 mmol/dl
- ▣ Leucocitos: 22110 uL
- ▣ 92% neutrofilos
- ▣ 1% Bandas
- ▣ EGO Normal

TAC INICIAL EMERGENCIAS



TAC INICIAL EMERGENCIAS



ENFOQUE EN EMERGENCIAS

24 feb 2012

- ▣ LCR
- ▣ Microorganismos:
Negativo
- ▣ DHL 56 UI/L
- ▣ Proteínas: 36 mg/dl
- ▣ Glucosa 84 (Sanguinea en 138)
- ▣ Eritrocitos 10
- ▣ Leucocitos 0
- ▣ Crenocitos 0
- ▣ Aspecto: Transparente
- ▣ VALORACION PSIQUIÁTRICA
 - Trastorno conciencia por historia
 - Paciente mutista
 - No hay familiares
 - Na bajo, BUN alto
 - Leucocitosis
 - Dx: Síndr. Confusional
 - Internar y descartar organicidad

ENFOQUE EN EMERGENCIAS

24-26 feb 2014

- ▣ Manejo
 - Soluciones salinas
 - Irbesartan
 - Verapamilo
 - Levotiroxina
 - Heparina profilactica
 - Clonazepam 20 gt HS
 - Fluoxetina 20 BID
 - Benadryl 100 mg HS
 - SNG y SF
- ▣ Mantiene estado confusional vrs catatónico
- ▣ Se documenta ITU y se asocia Keflin
- ▣ Solicita EEG y valoración por neurología

INGRESO A MEDICINA

27-29/2/12

▣ Alteración de la conciencia tóxico vrs metabólico vrs psiquiátrico

- TSH
- Tóxicos en orina
- Disminuye clonazepam
- VDRL

▣ VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA

- Evaluada hace 2 semanas en C. Ext
 - ▣ Compromiso del habla y de la marcha
 - ▣ Ayuda para el baño y la alimentación (no deglute)
 - ▣ Depresión de larga data
- Descartar organicidad

EVALUACIÓN NEUROLOGÍA

01 MARZO 2012

- ▣ Antecedentes de depresión e IAE
- ▣ Cuadro confusional de 4 semanas de evolución
- ▣ Alerta
- ▣ Mutismo akinético
- ▣ Hipertonía
- ▣ No interacciona con el medio
- ▣ Afebril y SV normales
- ▣ Facies de miedo
- ▣ Atiende órdenes sencillas
- ▣ Seguimiento visual
- ▣ Resistencia voluntaria a la exploración de la fuerza
- ▣ Posturas catatónicas
- ▣ Deshidratada
- ▣ No trastorno piramidal

EVALUACIÓN NEUROLOGÍA

01 MARZO 2012

- ▣ BIOQUIMICA
HIPONATREMIA
- ▣ HEMOGRAMA
LEUCOCITOSIS
- ▣ LCR NORMAL
- ▣ TAC CEREBRO
NORMAL
- ▣ TSH NORMAL
- ▣ PEND TAC CONTROL Y
VDRL
- ▣ NO EVIDENCIA CLARA
DE LESION SNC
 - Tóxico-Matabólico?
- ▣ REEVALUAR SI
APARECEN SIGNOS
OBJETIVOS Y CON TAC
DE CONTROL
- ▣ REEVALUAR POR
PSIQUIATRIA
- ▣ EEG
- ▣ CUADRO
CONFUSIONAL AGUDO
VRS ESTADO
CATATÓNICO?

EVOLUCION EN SALON

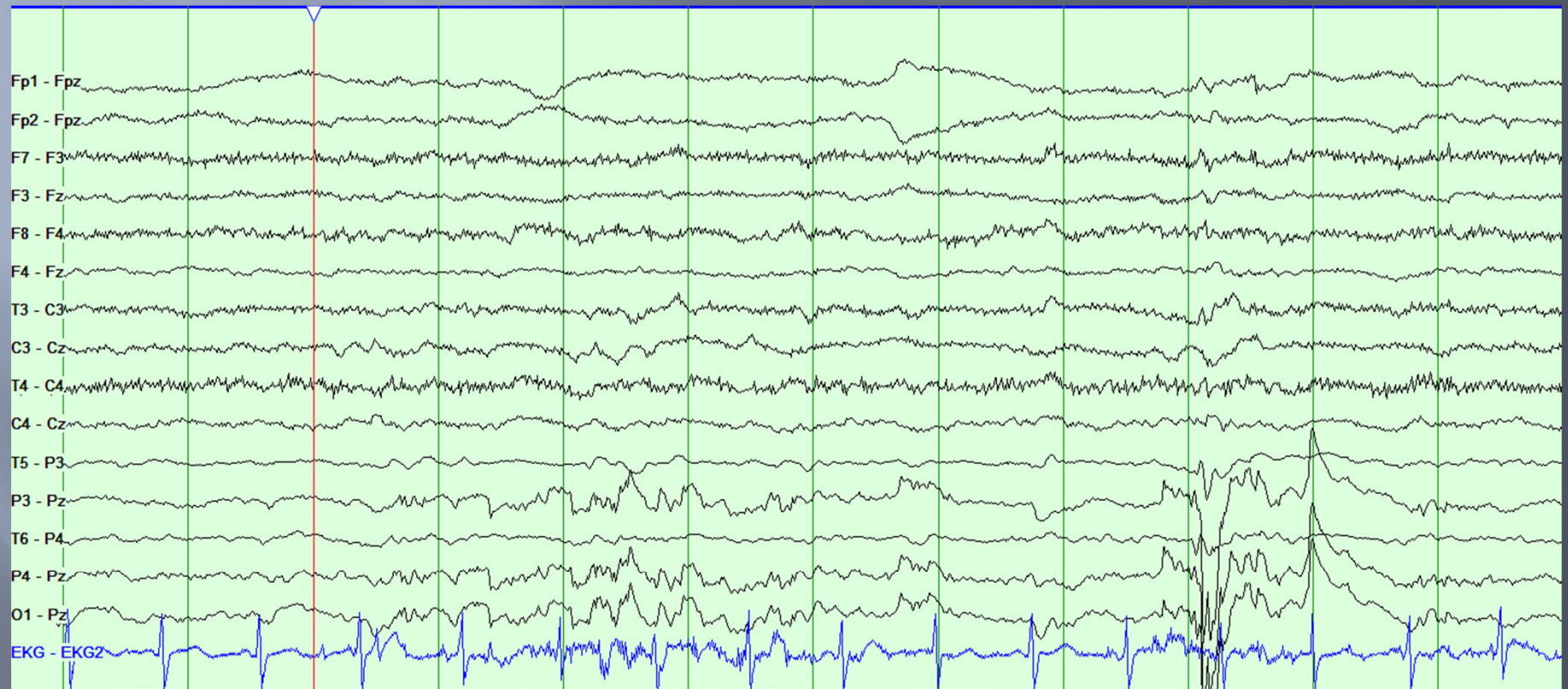
5-3-12

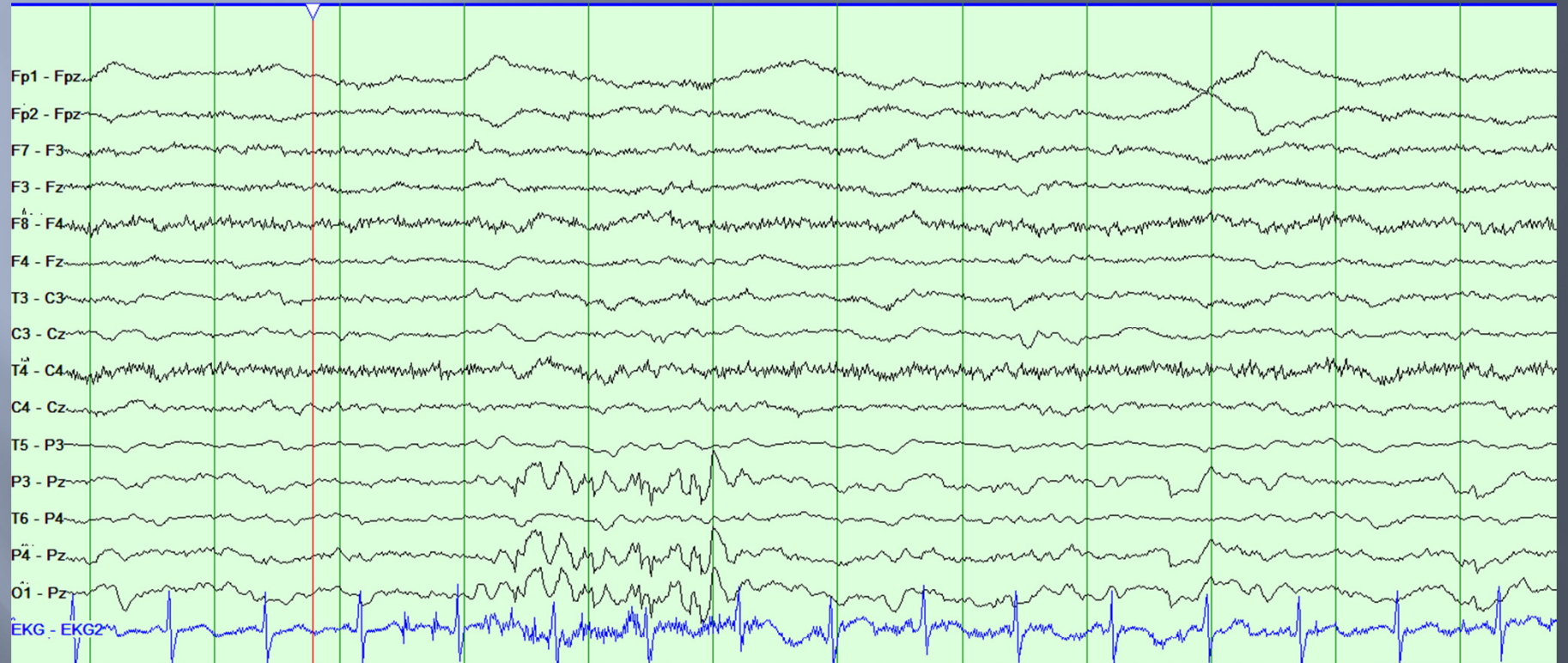
- ▣ Se cambia Keflin por Gentamicina
- ▣ Insulina SC
- ▣ Reevaluación por psiquiatría
 - Historia como anotada
 - Deterioro cognitivo
 - Afasia global
 - Paratonía
 - Mioclonías
- ▣ Muerte paterna por demencia rápidamente progresiva
- ▣ Dx: Demencia rápidamente progresiva
 - EEG seriado
 - Quetiapina
 - MRI
 - LCR x proteína Tau y 14-3-3

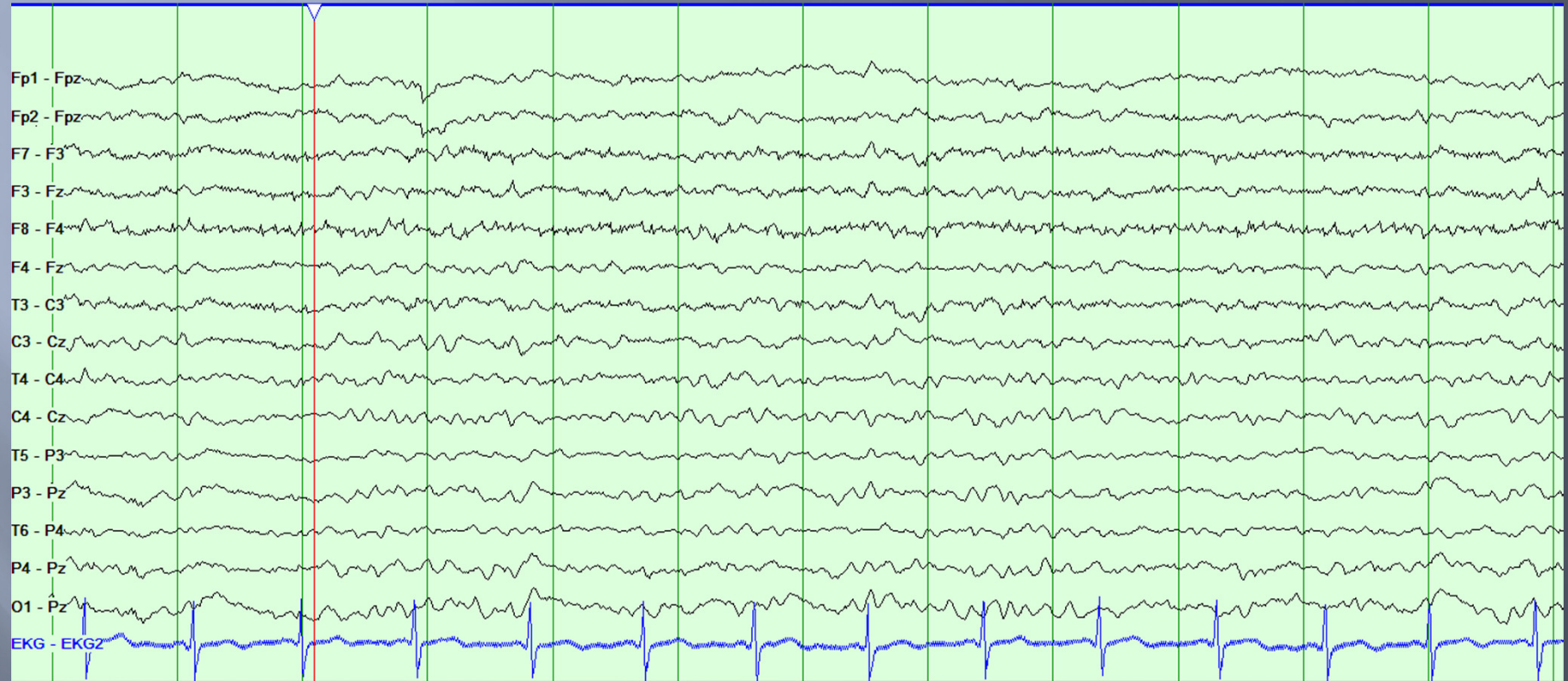
2° VALORACIÓN NEUROLOGÍA

- ▣ Evolución neuropsiquiátrica con nuevos hallazgos en 4 semana de evolución
 - Mutismo
 - Trastorno del movimiento: apráxica
 - Paratonía de 4 extremidades
 - Mioclonías reflejas (startle)
 - Fasciculaciones
 - Piramidalismo bilateral
- ▣ TAC control normal, VDRL NR
- ▣ EEG ritmo de base lento difuso
- ▣ Demencia rápidamente progresiva (enf. Priones vrs encefalitis límbica)
- ▣ MRI, EEG seriado, coord prot. 14-3-3, GGB IV, VPA IV

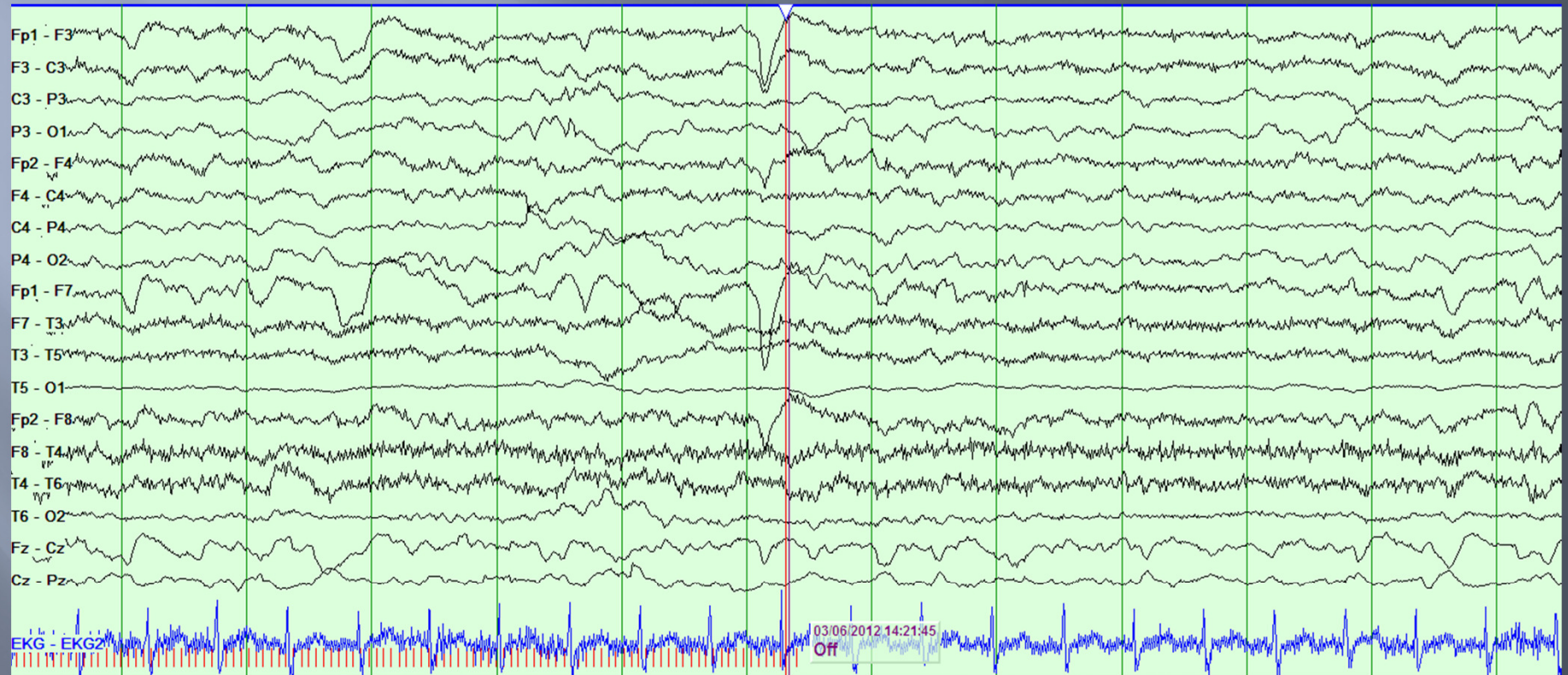
EEG #1 27/02/12

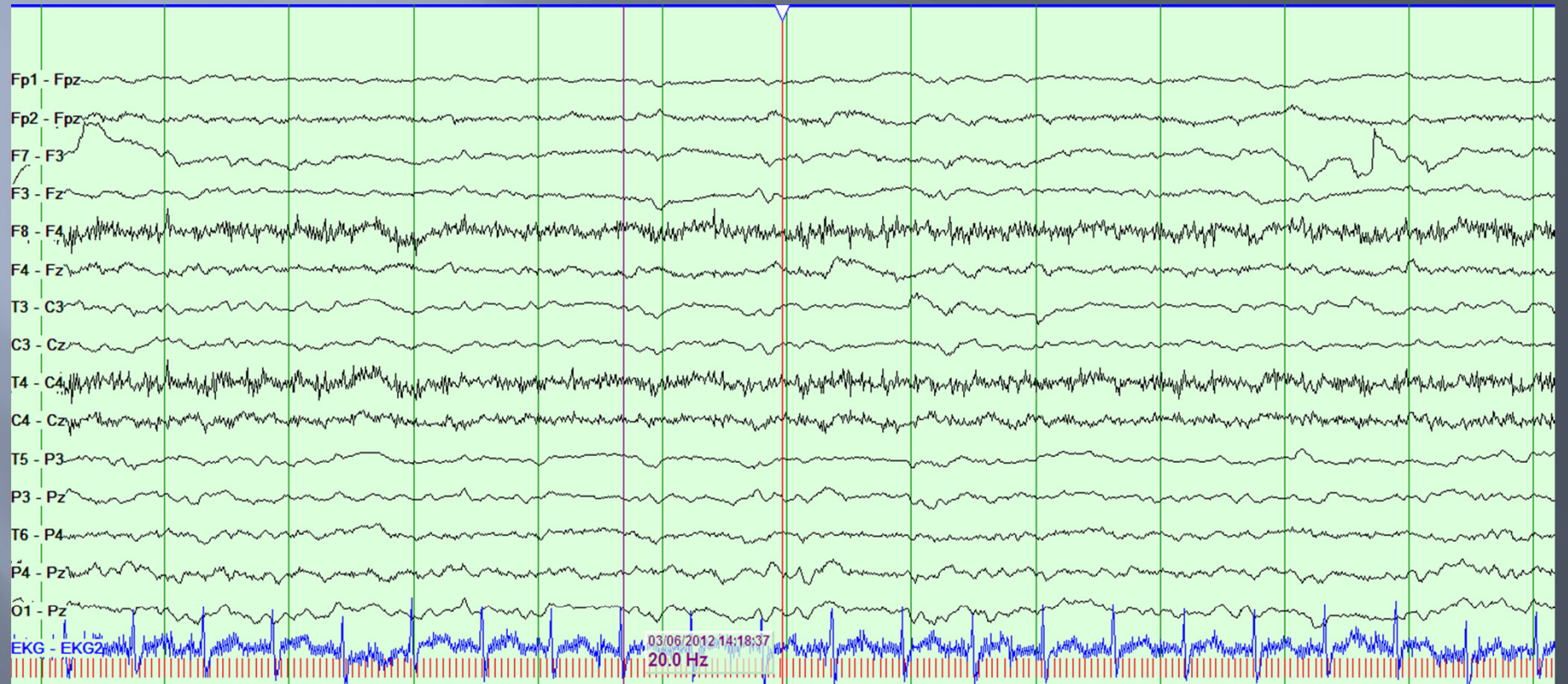


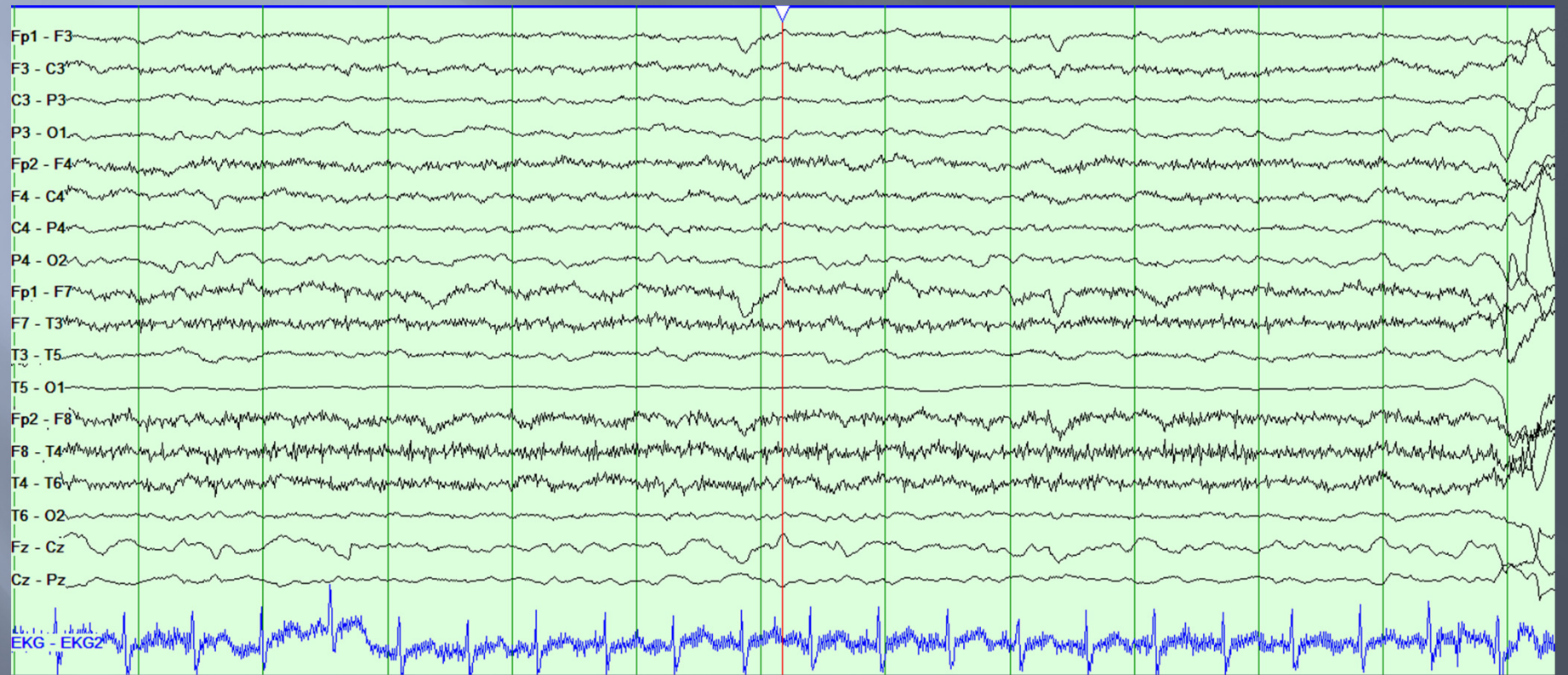




EEG #2

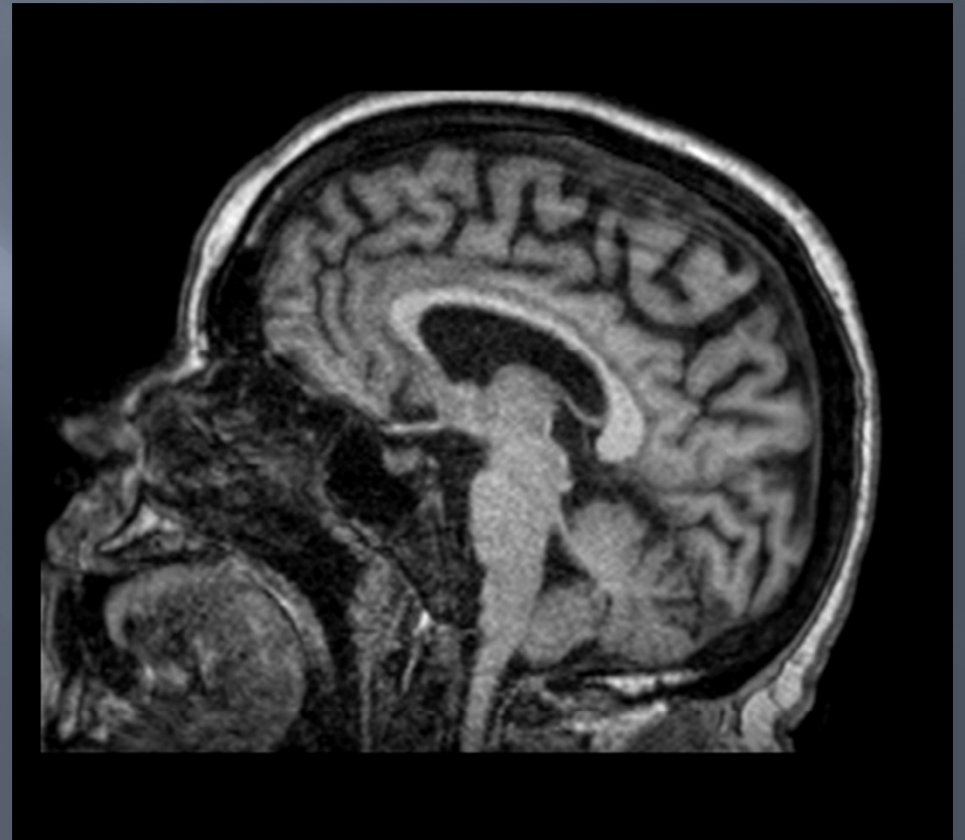
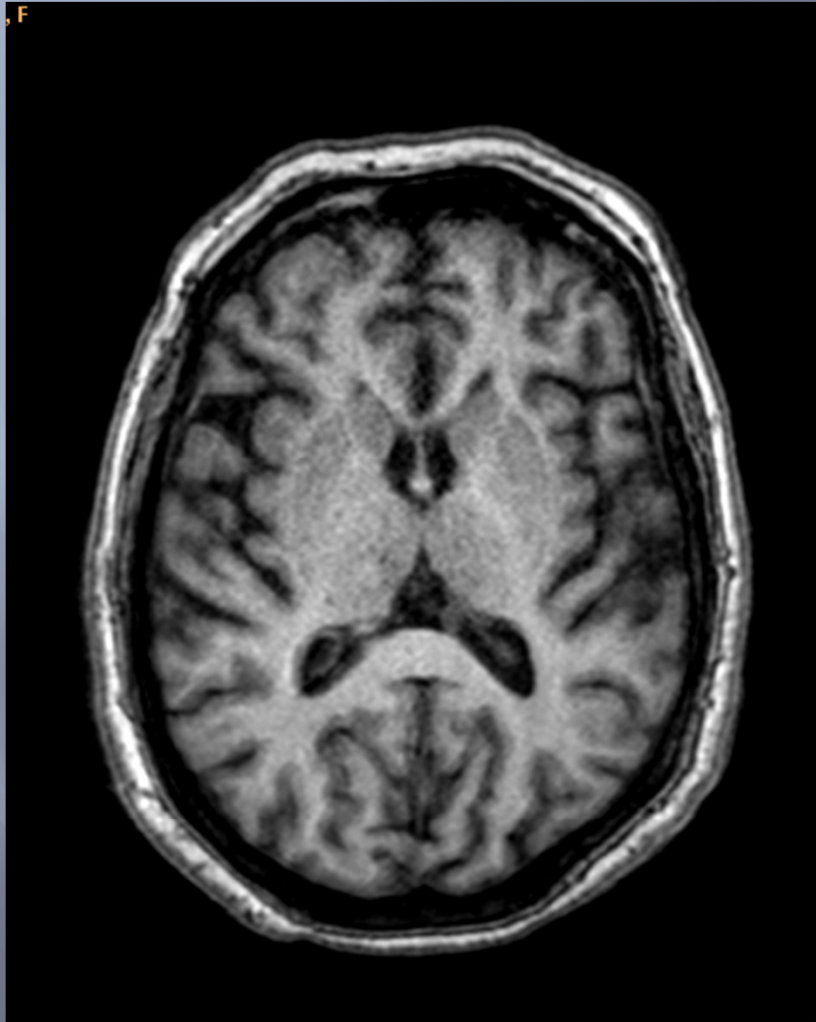




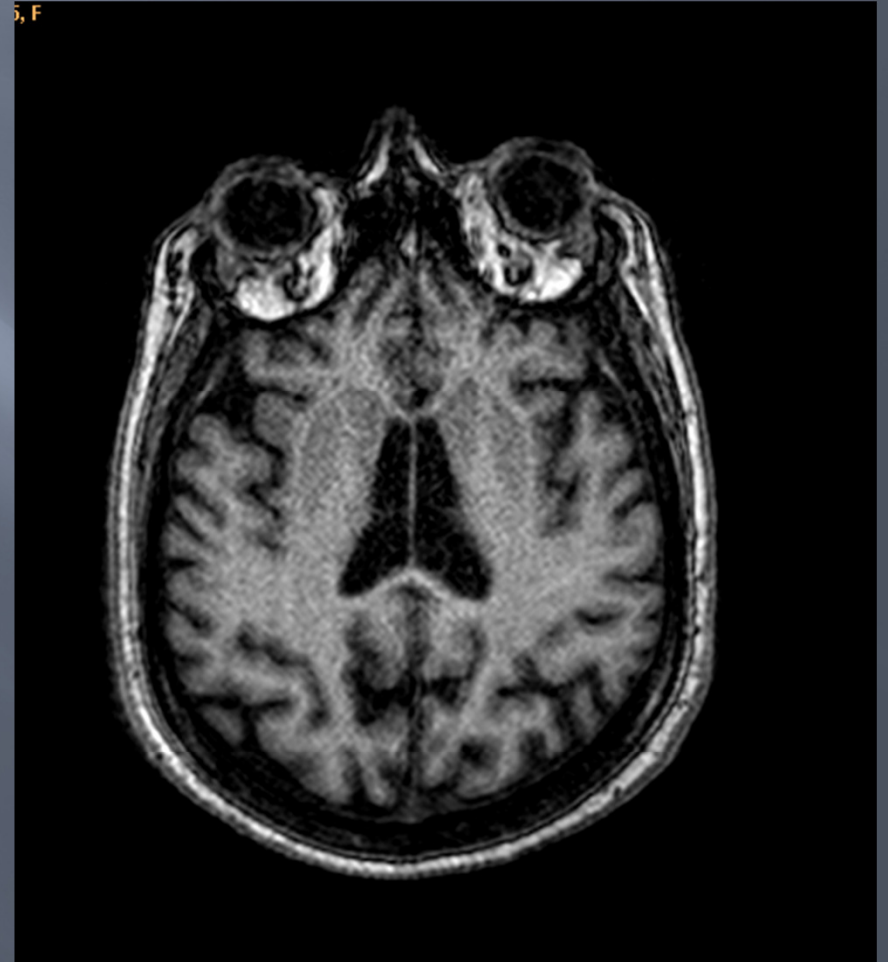
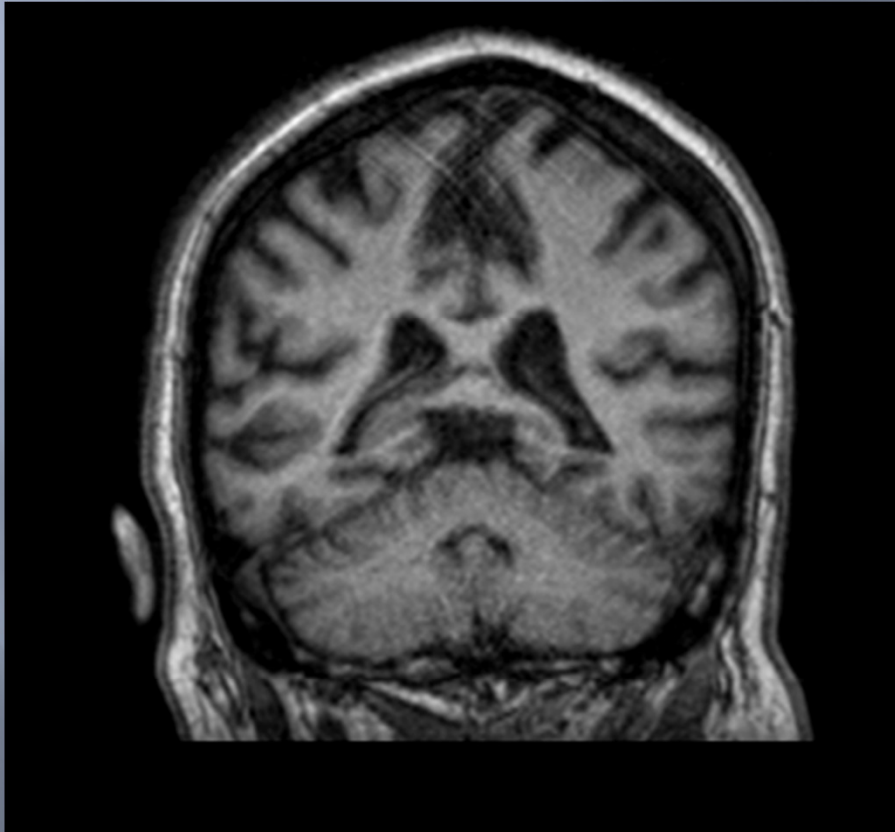


MRI 9/3/12

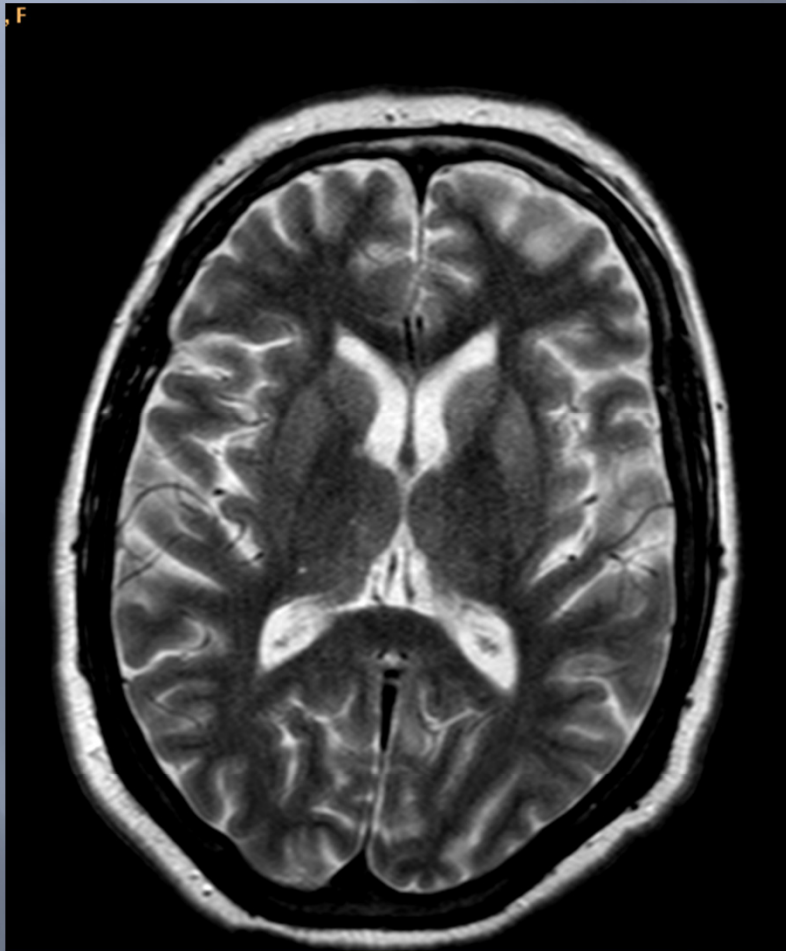
MRI T1



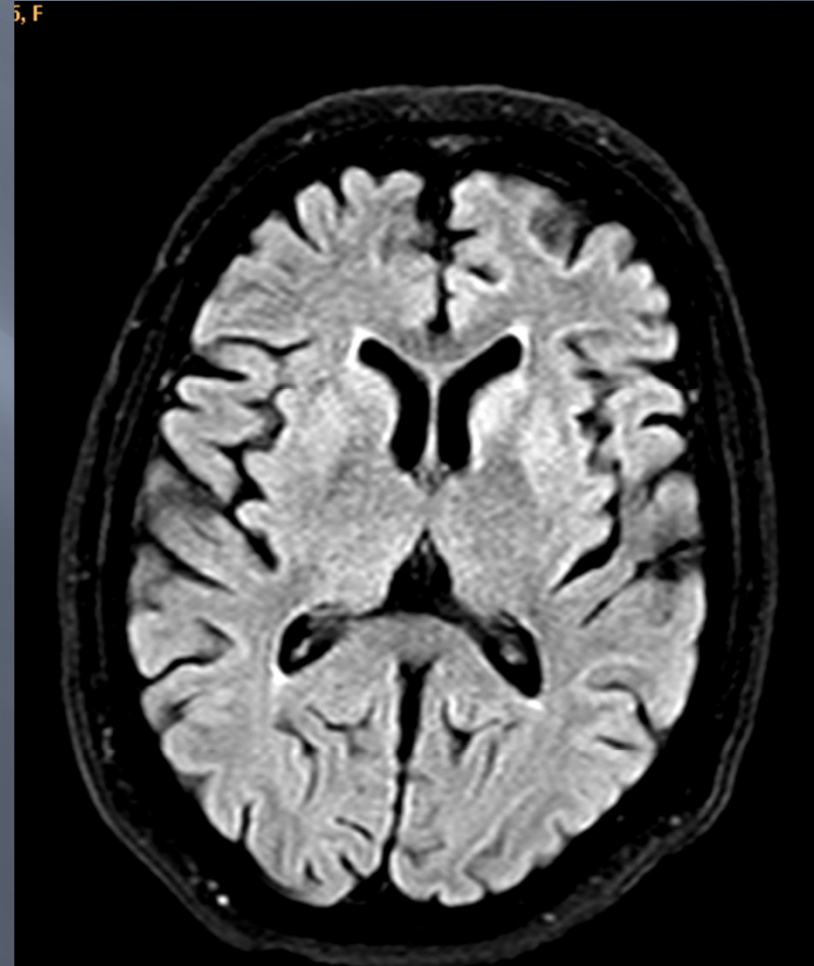
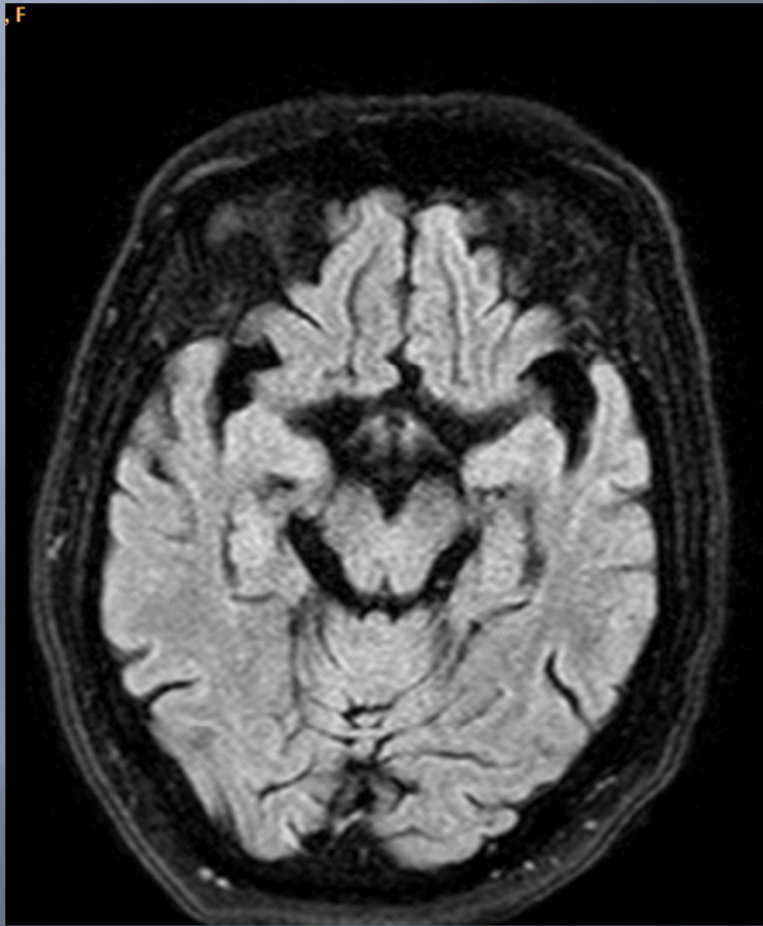
MRI T1



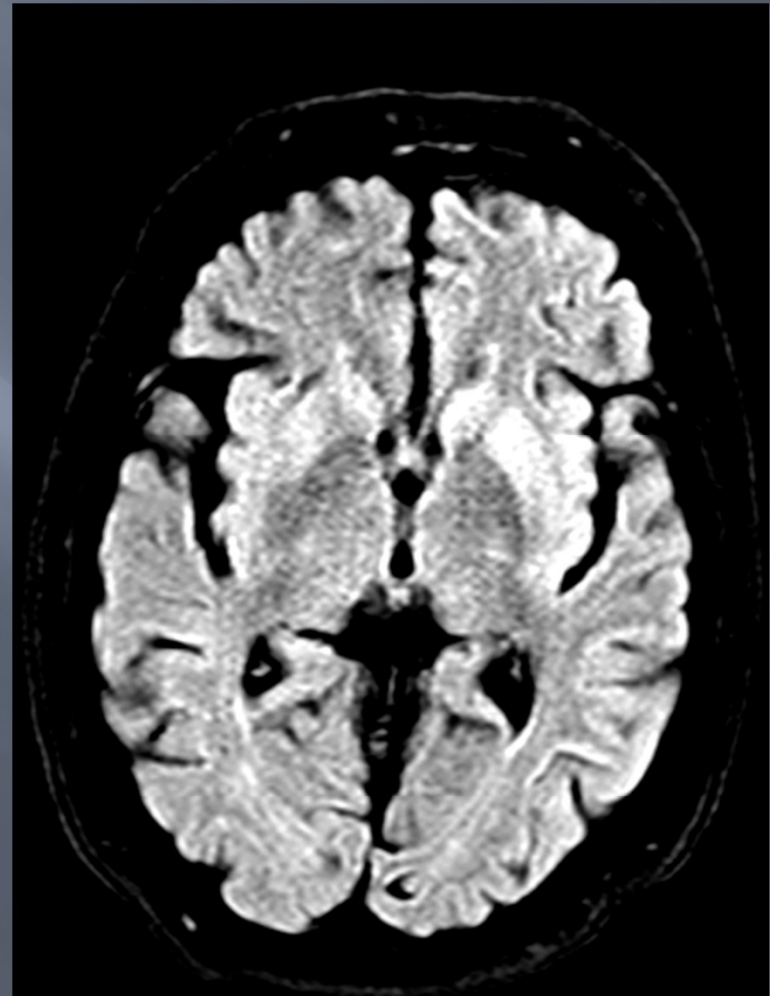
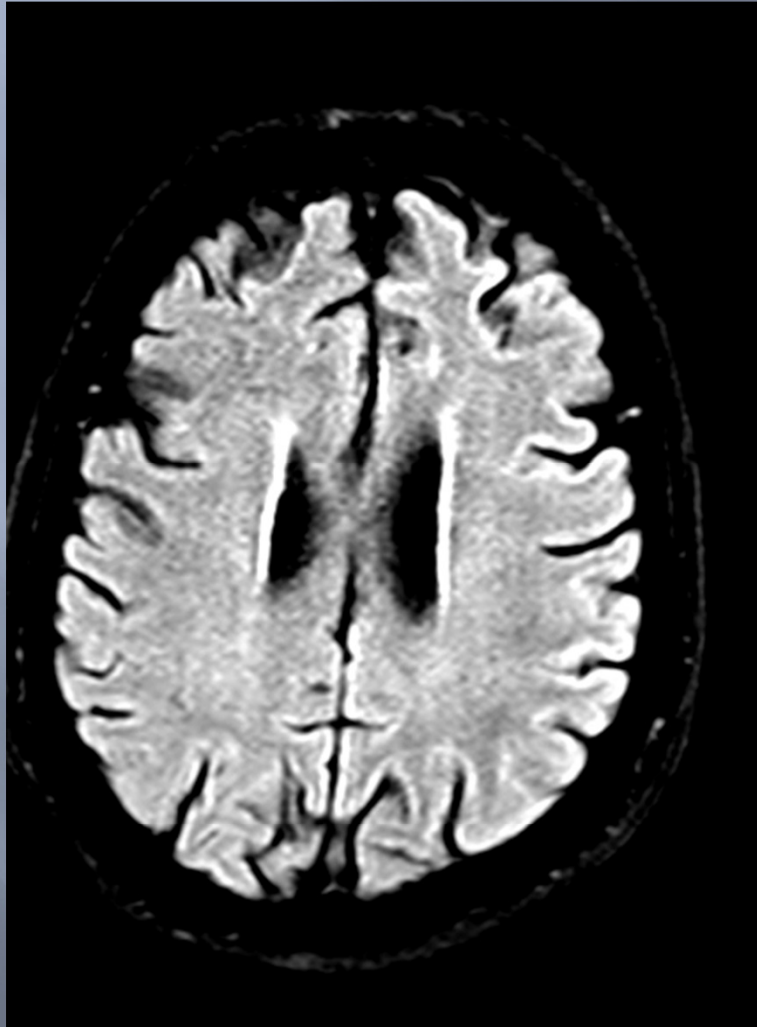
MRI T2



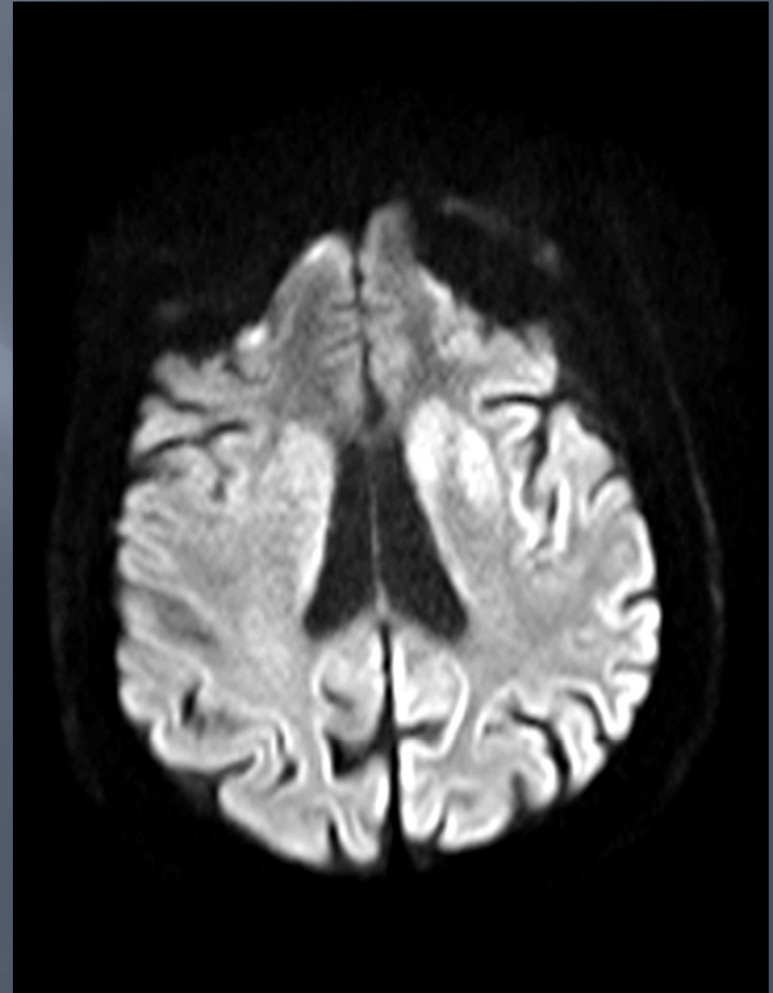
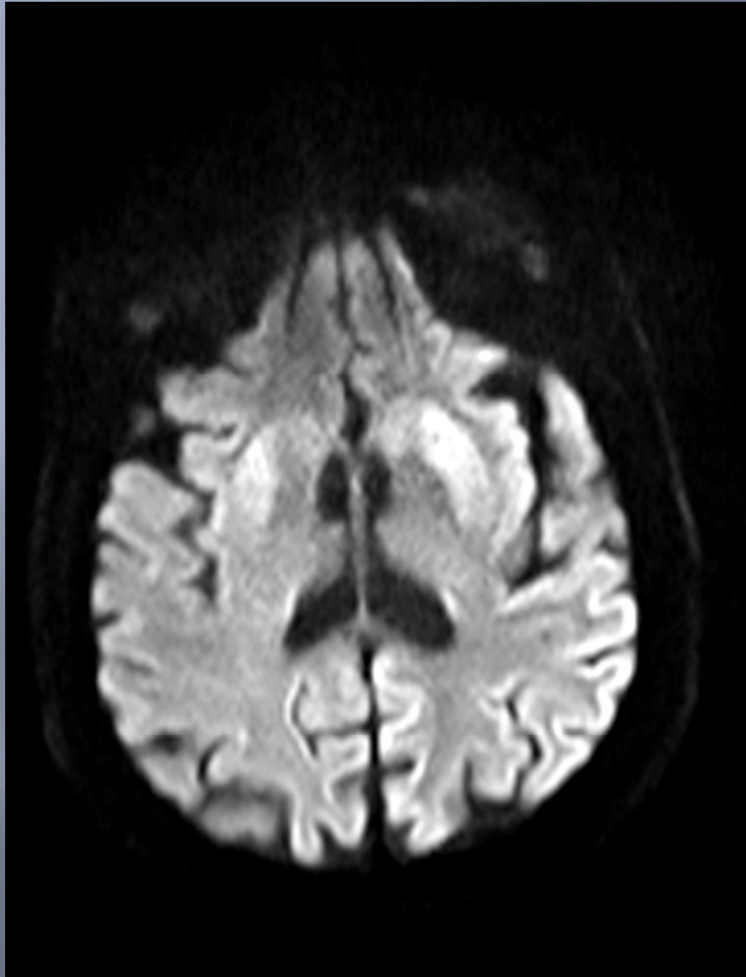
MRI FLAIR



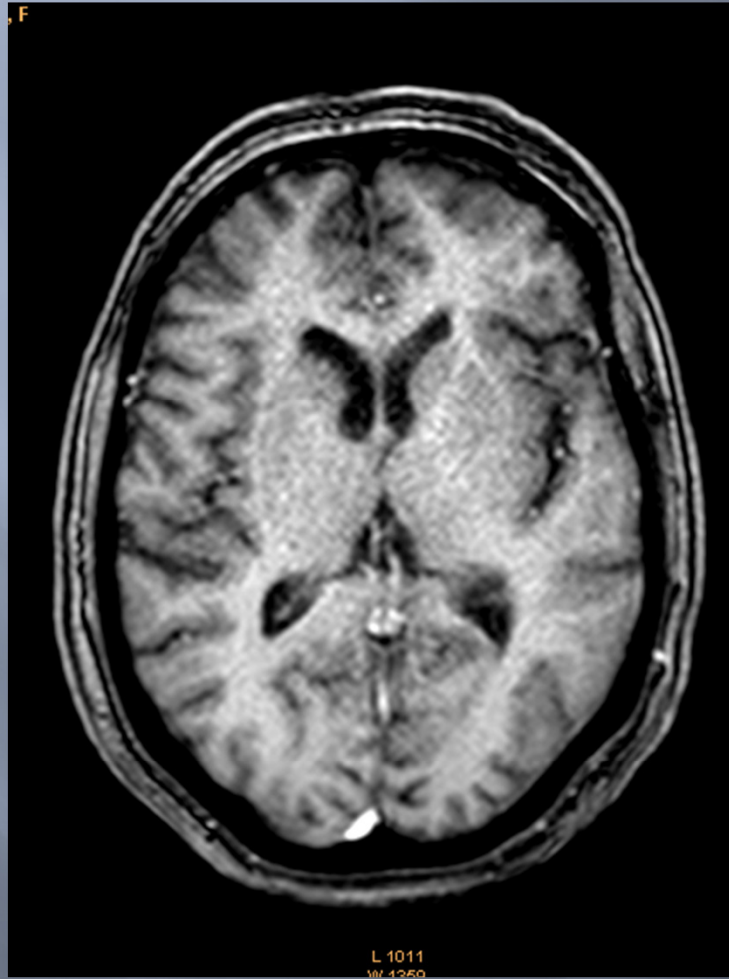
MRI FLAIR



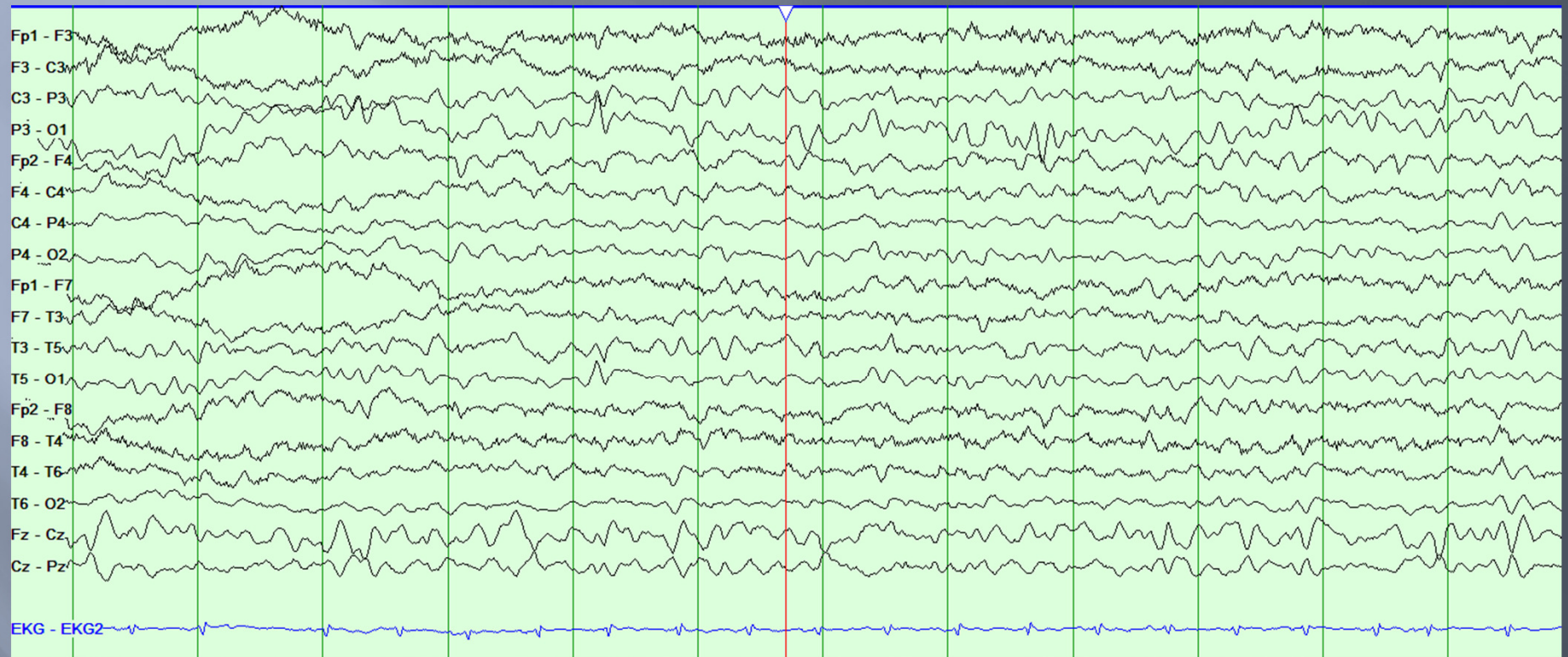
MRI DWI

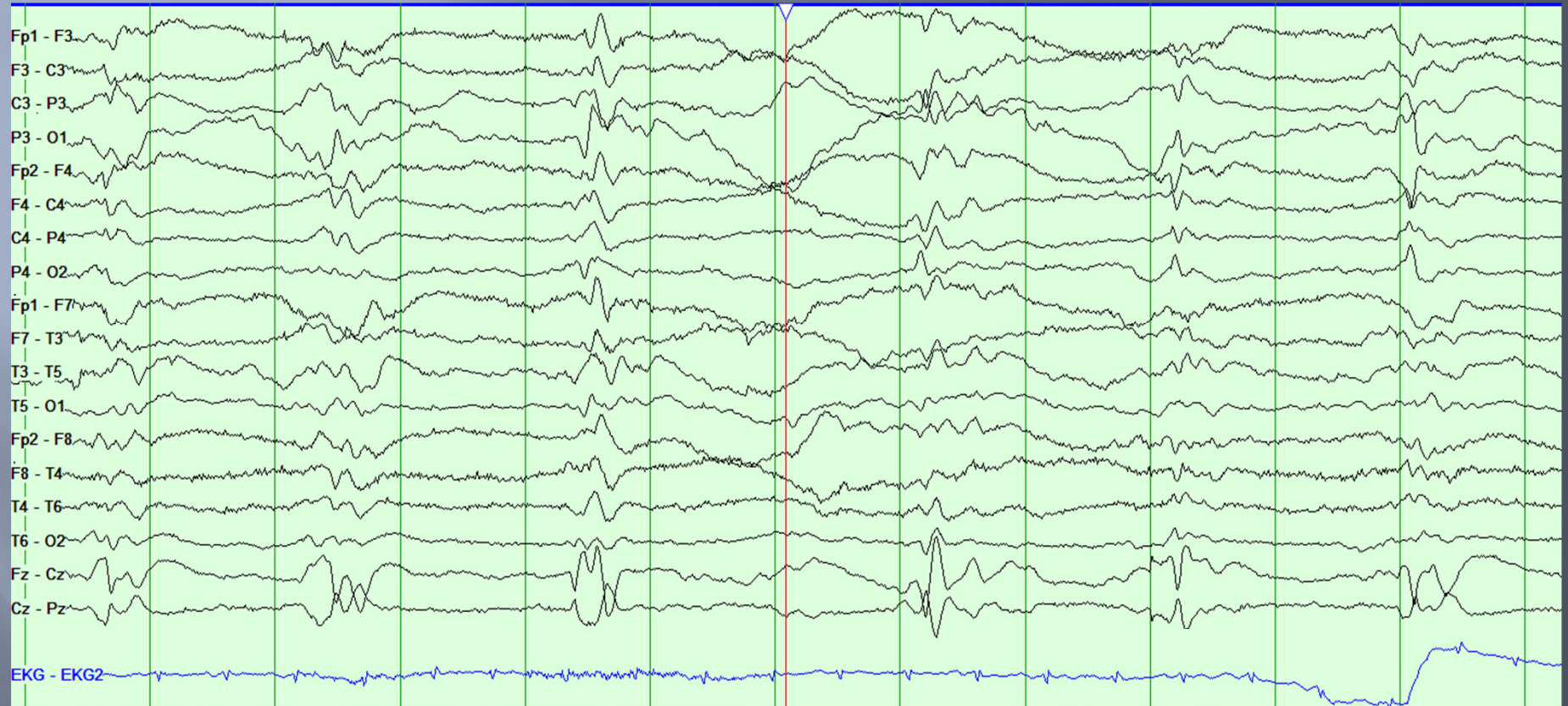


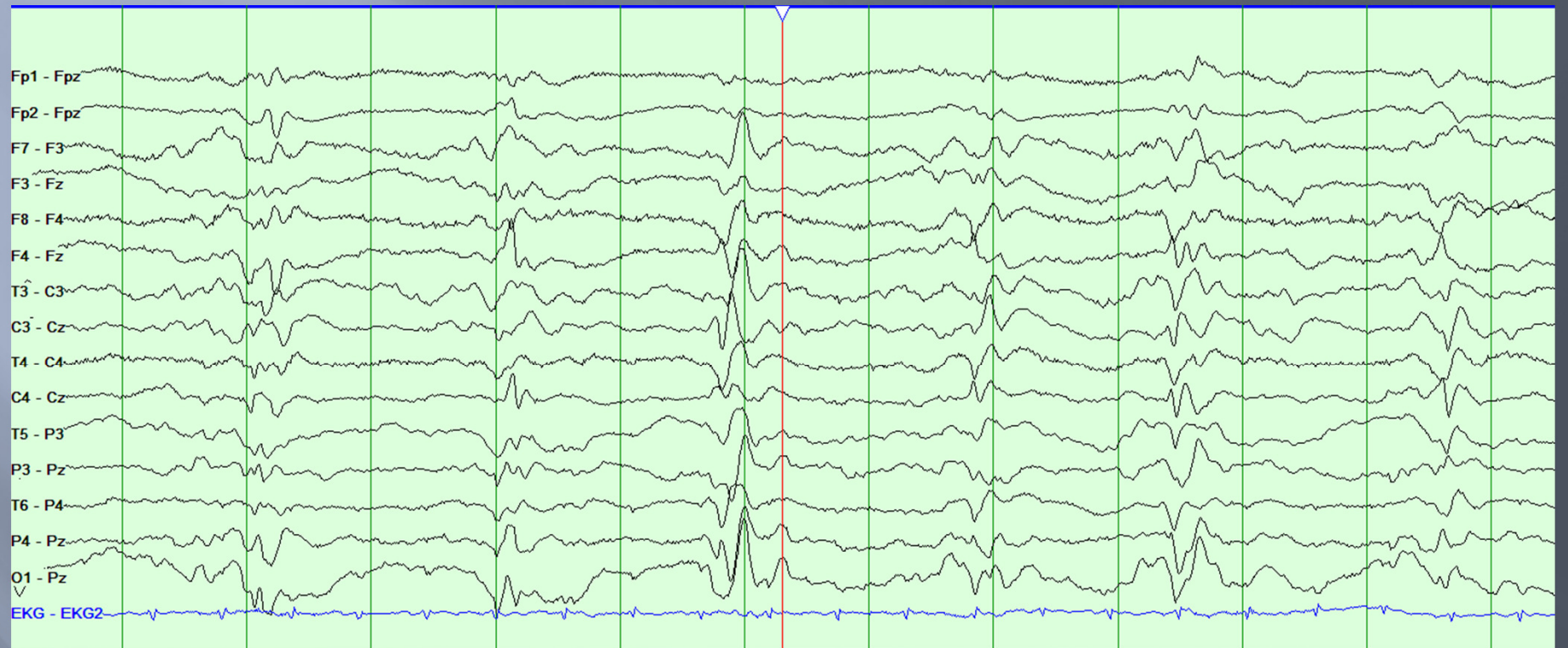
MRI T1 + Gd



EEG #3: 12 marzo 2012







DX: ENCEFALOPATÍA POR PRIONES: ECJ

Incidencia 1-2 : 1.000.000

Variante Familiar

10% de los casos

Table 1

Case definition for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease (sCJD)

Possible CJD

Progressive dementia; and electroencephalogram (EEG) atypical or not known; and duration <2 years; and at least two out of the following four clinical features: myoclonus, visual or cerebellar disturbance, pyramidal/extrapyramidal dysfunction, akinetic mutism

Probable CJD (in the absence of an alternative diagnosis from routine investigation)

Progressive dementia; and at least two of the following four clinical features: myoclonus, visual or cerebellar disturbance, pyramidal/extrapyramidal dysfunction, and akinetic mutism; and a typical EEG, whatever the clinical duration of the disease; or a positive 14-3-3 assay for cerebral spinal fluid and a clinical duration to death <2 years

Confirmed (definite) CJD

Neuropathological confirmation, or confirmation of protease-resistant prion protein (immunocytochemistry or Western blot), or presence of scrapie-associated fibrils

From World Health Organization (WHO). Global surveillance. Diagnosis and therapy of human transmissible spongiform encephalopathies: report of a WHO consultation. Available at <http://www.who.int/csr/resources/publications/bse/GGTSPU-15484-792688-DAT/whoemczdi989.pdf>. Accessed February 3, 2003.