

CASO CLÍNICO

4/9/2019

MIRIAM LIÑÁN ALONSO
MANUEL MARTÍN REGIDOR

En resumen...

- Mujer 80 años, ingreso prolongado por infección respiratoria
- Tratamiento con esteroides, diuréticos y antibióticos (ceftriaxona, levofloxacin y voriconazol) y anticoagulada (dabigatrán)
- Anemia ferropénica leve: gastroscopia y colonoscopia (divertículos)
- Debilidad progresiva en MMII + hipotensión + alteraciones iónicas (hipoNa+ hiperK leve) → suspensión de esteroides

- Exploración física

- Afebril PA 86/57 FC 79 lpm SatO2 96% basal. Eupneica. Deshidratación de mucosas.
- EN: PIN. No rigidez de nuca. Meníngeos negativos. Dificultad para apertura ocular. Lenguaje lento pero entendible. Disminución de fuerza en MMSS, no moviliza contra resistencia, no moviliza MMII, ROT en MMII ausentes, en MMSS disminuidos.
- ACP: rítmico a 80 lpm sin soplos, hipoventilación global.
- Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalias, RHA presentes.
- No edemas en MMII. Pulsos distales

- **Analítica:**

- Hemograma: 8800 L, 88%N, Hb 14,2 VCM 90,6 171.000 plaquetas. **TP 43% INR 1,83**
- Bioquímica: Glu 111 U 07 Cr 0,93 FC 59 mmHg de función hepática normales.
Na 129 K 3,8 Cl 102 Ca 1,02 P 2,8 Mg 0,76 Urea 14,4 O 1,4
- Orina:





- **TAC craneal:** No veo alteraciones en la densidad la morfología del parénquima cerebral. No se ve tampoco dilatación ventricular ni signos de proceso expansivo. Cambios degenerativos en ATM derecha

- **Punción Lumbar:**

- Leucocitos 1
- Hematíes 2
- Xantocromía negativa
- Glc 92
- PT 20

- **EMG:**

- explorados nervio ciático poplíteo externo y tibial posterior de MMII y cubital de MSI y ondas F.
- estudios de conducción motora con potenciales de amplitud con VCM dentro de los límites normales. Ondas F a latencias en el límite de la normalidad en el momento actual
- **CONCLUSIÓN:** estudio neurofisiológico de ENMG de los nervios explorados evidencia datos compatibles con valores dentro de la normalidad

Rectorragia abundante



Analítica: Hb 11,9 TP 28% INR 2,56 U 151 Cr 1,29 Na 121 PCR 110,8 PCT 0,21



Colonoscopia: Restos de sangre - coágulos y heces teñidas con sangre. No se observa sangrado activo. Se lava la zona de restos y se observa un divertículo perforado / penetrado por lo que se suspende la exploración **Diagnóstico:** DIVERTICULOSIS. PROBABLE DIVERTÍCULO PERFORADO



TAC Abdomen: Perforación de colon en unión rectosigma



Quirófano



Exitus

DIAGNÓSTICO



- Shock séptico de origen abdominal: perforación de sigma, peritonitis por Klebsiella pneumonia BLEE +
- Síndrome de disfunción multiorgánica
- Bacteriemia por Enterococcus faecalis
- Miopatía esteroidea

Miopatía esteroidea

- Reconocida como efecto secundario del tratamiento con glucocorticoides desde 1950
- La miopatía puede ocurrir con cualquiera de las preparaciones de glucocorticoides.
- El riesgo puede aumentar en pacientes de edad avanzada y en aquellos con neoplasia de base

Clínica

- Debilidad muscular progresiva a nivel proximal junto con atrofia muscular. No mialgias ni alteración de la sensibilidad
- Es posible presentación con afectación de músculos respiratorios en pacientes oncológicos.
- Variabilidad en el curso temporal del inicio de los síntomas determinada, en parte, por la dosis de glucocorticoides.
- A mayor dosis, mayor probabilidad de desarrollar miopatía y más rápido el inicio de la debilidad.
 - 40 a 60 mg / día de prednisona o su equivalente pueden inducir debilidad clínicamente importante en dos semanas y casi siempre ocasionar cierto grado de debilidad muscular cuando se continúa durante más de un mes.
- Inusual en pacientes tratados con menos de 10 mg / día de prednisona o su equivalente.

Diagnóstico

- No existe una prueba diagnóstica definitiva
 - Las enzimas musculares son normales
 - la electromiografía (EMG) suele ser normal, pero puede mostrar potenciales de unidad motora de baja amplitud
 - la biopsia muscular revela atrofia inespecífica de fibras tipo IIb sin signos de necrosis o inflamación
- El diagnóstico se basa en la historia y el momento de la exposición a los glucocorticoides y en la ausencia de otras causas de miopatía.
- Mejoría en la fuerza 3-4 semanas después de una disminución de dosis (<10mg/día)

Evolución

- La fuerza muscular comienza a mejorar dentro de 3-4 semanas después de una reducción suficiente de la dosis, y finalmente se resuelve en prácticamente todos los pacientes si la terapia con glucocorticoides puede suspenderse
- Se debe usar la dosis efectiva más baja y, si los síntomas persisten, se deben considerar terapias alternativas.