

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

5 SEMESTRE GRUPO: B

MATERIA; MEDICINA INTERNA

**CATEDRATICO: DR. ALEXANDRO ALBERTO TORREZ
GUILLEN**

CASO CLINICO

ALUMNO; PABLO ADOLFO JIMENEZ VAZQUEZ

HISTORIA CLINICA

Nombre: Ricardo Martínez Cabrera

Fecha de nacimiento: 10/09/1948

Edad: 76 años Peso: 54kg

Estado civil: Viudo

Paciente de 76 años, jubilado, procedente de Lima, con instrucción secundaria completa fue admitido en nuestro servicio de medicina por haber presentado cansancio, fatiga, astenia, hiporexia, disnea a pequeños esfuerzos, dificultad para ponerse de pie. Desde hace dos meses familiares observaron moretones de manera espontánea, cambios en el comportamiento, irritabilidad, negativismo, agitación psicomotora, delirio de persecución, baja de peso 6 kg.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: úlcera gástrica hace 40 años, hemorroides hace 30 años, accidente de tránsito en el 2004. Sin antecedente de enfermedad mental. Examen físico : presión arterial : 105/60 mmHg , frecuencia cardiaca : 60 x m , frecuencia respiratoria: 22 x m, temperatura : 36.4o C , peso 54 Kg, talla 1.54 m . Aparente regular estado general. Aparente regular estado de nutrición. Buen estado de hidratación. Piel tibia, seca, elástica, palidez marcada, equimosis en extremidades superiores, máculas hipocrómicas en dorso y planta de pies, en región de glánde. No adenopatías. Tejido celular subcutáneo: normal. Pulmones murmullo vesicular pasa bien en ambos hemitorax.

CARDIOVASCULAR: ruidos cardiacos de buena intensidad, rítmicos, no soplos. Abdomen semiológicamente sin alteraciones,

GENITOURINARIO: normal.

NEUROLÓGICO: despierto desorientado en tiempo y espacio. Funciones mentales alteración del cálculo, memoria reciente y praxia. Marcha incremento de base de sustentación Glasgow 15/15. Reflejos osteotendinosos: rotuliano +/++, aquiliano 0/++. 24/30 con un test del reloj ordenado (TRO) de 4 /10

Exámenes auxiliares:

Hematocrito	14.70%	Bilirrubinas total	2.44 mg%
Hemoglobina	5.10 gr/dL	Bilirrubina directa	1.43 mg%
Leucocitos	3020 x mmc	Bilirrubina Indirecta	1.01 mg%
Abastonado	4%	Grupo y Factor	A RH +
Segmentado	58%	VGM	102.80 fL
Neutrófilo	62%	HGBM	37.70
Eosinofilos	2%	CHBGM	36.60 %
Monocitos	1%	FSP	Anisocitosis 3+
Macroцитosis 3+	35%	DHL	Macroцитosis 3+
Linfocitos	35%	DHL	4066 U/L
Plaquetas	90.000 x mmc	AC anti células parietales	49.3 positivo >15
(Elisa)	20.6 %	Ferritina	(Elisa)
Hierro sérico	44.9 ug/dL	Transferrina	218 ug/dL
Índice de saturación de transferrina	20.6 %	Ferritina	964.5 ng/ml
B12	55.75 pg/ml	ácido fólico	14.70 ng/ml
Reticulocitos	0.4 %	Hormonas tiroideas	Normal
Glucosa	87 mg/dL	Urea	46 mg/dL
Creatinina	0.72 mg/dL	Albumina	3.32 gr /dL
TSH	4.37	T4L	1.06
HAPTOGLOBINA	<5		

Radiografía de tórax sin alteraciones parénquima. Ecografía abdominal: hepatopatía difusa, esteatosis hepática leve a moderada. Litiasis vesicular múltiple. HBP II. Se realizó endoscopia digestiva alta : fue informado como pan gastritis atrófica, esofagitis no erosiva. Biopsia gástrica mostró : gastritis crónica moderada, daño mucoso moderado, metaplasia intestinal. Escasas glándulas parietales y leve infiltrado linfocítico. Fueron los diagnósticos del servicio: Anemia perniciosa manifestada principalmente por pancitopenia y demencia megaloblástica, vitíligo, litiasis vesicular, HBP II.

EVOLUCIÓN: presentó episodios de agitación psicomotriz, negativismo, actitud de huida, se aplicó haloperidol, llegándose a controlar, durante su estancia en emergencia le transfundieron

Se transfunde 1 PG de lo cual se inicia manejo

tratamiento con B12 IM más ácido fólico se solicitó recuento de reticulocitos encontrándose 20%, se evidenció mejoría clínica, una valoración por psiquiatría concluyó en el momento de la evaluación tratarse de un delirium más deterioro cognitivo. Dos semanas después se tomó un control hematológico encontrándose Hb 9.20 g% Hto 31 % Leucocitos 6,380 x mmc , plaquetas 495,000 x mmc , desde el punto de vista clínico se observó un paciente tranquilo orientado en las tres esferas, colaborador se evaluó la parte neurológica presentaba aún dificultad para la marcha , lo hacía con ayuda, hiporreflexia tendinosa, se reevaluó MMSE obteniéndose 25/30 y con mejores resultados en TRO 9.5 /10, como se puede observar en la figura 2. Una semana después de su alta en el control ambulatorio se observó a un paciente orientado en tiempo espacio, persona, colaborador, tranquilo sólo con indicaciones de cobalamina IM y ácido fólico por vías oral.

Diagnóstico: **Demencia reversible por déficit de vitamina B12 en un adulto mayor**

CONCLUSIÓN

Presento el caso de un paciente adulto mayor con un cuadro clínico de demencia por déficit de vitamina B12, cuya reversibilidad fue observada tras la reposición de cobalamina y ácido fólico intramuscular diariamente por una semana , luego cobalamina IM semanal y ácido fólico por vía oral, durante su hospitalización , es importante valorar cambios del estado mental por más sutiles que fuesen a fin de no catalogar al anciano como portador de una enfermedad neurodegenerativa o vascular como causa de síndrome demencial