

Progreso - CCC

Fecha de la nota: 17/nov/16

Firmado por el doctor (reumatólogo), el 21/nov/16 a las 11:00 Afiliación: CENTRO MÉDICO

Entradas en la hoja de signos vitales el 17/nov/16: Presión arterial: 123/74. Ritmo cardíaco: 83. Peso: 173 (con ropa). Índice de masa corporal: 26.9. Puntaje de dolor: 0.

Lista de medicamentos vigente al 17/nov/16:

Medicamentos – Receta

FLUOCINOLONA – Fluocinolona al 0.01% en crema tópica. Aplicar en la zona afectada dos veces al día hasta por 2 semanas, dependiendo de la reagudización de los síntomas.

HIDROXICLOROQUINA – Comprimido de 200 mg de hidroxicloroquina Un comprimido diario vía oral

INSULINA LISPRO [HUMALOG] – Humalog 100 unidades/ml en cartuchos para inyección subcutánea Bomba de insulina – (Recetada por otro proveedor)

LEVOTIROXINA – Comprimido de 75 mcg de levotiroxina 1 comprimido por vía oral en las mañanas

LOSARTAN – Comprimido de 50 mg de losartán 1 comprimido vía oral una vez al día por las mañanas

ROSUVASTATINA [CRESTOR] – Comprimido de 40 mg de Crestor 1 comprimido por vía oral en las tardes (recetado por otro proveedor)

Medicamentos – Medicamentos de venta libre

ASPIRINA [ASPIRINA CON RECUBRIMIENTO ENTÉRICO] – Comprimido de 81 mg de aspirina con recubrimiento entérico de liberación lenta. 1 comprimido vía oral una vez al día (sin receta médica)

CETIRIZINA – Comprimido de 10 mg de cetirizina Un comprimido por vía oral una vez al día, según sea necesario – (Recetado por otro proveedor; ajuste de la dosis, sin nueva receta)

COLECALCIFEROL (vitamina D3) – Colecalciferol (vitamina D3), cápsula de 2000 unidades 1 cápsula por vía oral una vez al día (sin receta médica)

LACTOBACILLUS COMBINACIÓN NO.4 [PROBIÓTICO] Dosis no definitiva (sin receta médica)

MULTIVITAMÍNICO – Comprimido multivitamínico 1 comprimido vía oral una vez al día (sin receta médica)

HISTORIA DE ENFERMEDADES ACTUALES: Vi a la señora XXXXX en la Clínica de Reumatología en una cita de seguimiento. La señora XXXXX es una paciente de 57 años que presenta los siguientes problemas:

1. Vasculitis urticarial hipocomplementémica. Presentó urticaria desde principios de 2012; una biopsia de piel confirmó la vasculitis. Sus pruebas de serología en laboratorio dieron resultados negativos para HBV, HCV, ANCA, dsDNA, Ro, La, Sm, RNP, inhibidor de C1 normal, C4 3 y C2 <1.3, índice de urticaria crónica 13.5 (<10.0). Empezó el tratamiento con colchicina en agosto de 2012, aumentó hasta 1.2 mg y lo interrumpió en septiembre de 2012 debido a ineficacia y diarrea. Empezó el tratamiento con prednisona 15 mg en agosto de 2012 y Plaquenil

el 17/sep/12, después de que su oftalmólogo no encontró contraindicación. Para octubre de 2012, había presentado mejoría y se redujo la dosis de prednisona. Para diciembre de 2012, solo tenía unas pocas lesiones transitorias y tomaba 2.5 mg de prednisona y Plaquenil. Para febrero de 2013, se había suspendido la prednisona. En abril de 2013, no presentaba lesiones, se redujo la dosis de Plaquenil a 200 mg y se mantuvo la mejoría. La paciente fue atendida por última vez en septiembre de 2015. Tenía unas pocas lesiones transitorias de corta duración y valores normales de C4. Mi impresión fue que la enfermedad de la paciente remitía con 200 mg de Plaquenil; no hubo evidencia de afectación de los órganos internos. El tratamiento no se modificó.

2. Neuropatía. La paciente informó parestesia en el pie derecho, hipoestesia y sensación de entumecimiento unilateral. Tomando en cuenta que la diabetes *mellitus* causa principalmente una polineuropatía bilateral, se solicitó una EMG para investigar la posibilidad de una mononeuritis múltiple.

3. Monitoreo de Plaquenil. La paciente programó un examen oftalmológico en diciembre.

3. Enfermedad reactiva de las vías respiratorias y apnea obstructiva del sueño. En julio de 2014 informó episodios de falta de aliento y fatiga. No hubo anomalías en el examen, la radiografía del tórax no mostró ninguna enfermedad cardiopulmonar. Las pruebas de la función pulmonar y una tomografía computarizada del tórax fueron normales. Esto descartó que su falta de aliento hubiera sido causada por la afectación de los pulmones como consecuencia de la vasculitis urticarial hipocomplementémica. Fue evaluada en Neumología en septiembre de 2014, se le diagnosticó enfermedad reactiva de las vías respiratorias y se le recetó esteroides inhalados. Un estudio del sueño realizado el 22 de octubre de 2014 mostró una apnea obstructiva del sueño significativa. Inició el tratamiento con CPAP en enero de 2015.

4. Quiste mucoide en la articulación interfalángica distal del dedo medio izquierdo. Si en el futuro representa un problema doloroso, puede ser inyectado o removido quirúrgicamente.

5. Fascitis plantar. Se le aconsejó a la paciente que hiciera ejercicios.

6. Antecedentes de síndrome del túnel carpiano en la mano derecha

7. Diabetes *mellitus*.

8. Profilaxis de enfermedad infecciosa. Pneumovax en 2001 en Joslin; resultados negativos para HBV/HCV en agosto de 2012.

Desde la última visita, se le realizó una EMG a la paciente el 24 noviembre, la cual indicó anomalías. Se recomendó una EMG para las extremidades superiores, la cual se realizó el 29 de enero.

Desde la última visita, la paciente desarrolló una tendinitis de los flexores en el dedo anular derecho, para la cual se aprobó una intervención quirúrgica el 11 de mayo de 2016.

La señora XXXXX acudió hoy a la clínica y manifestó que está recuperándose con normalidad de la operación del tendón. Indicó que solo ha tenido lesiones ocasionales por urticaria que duran horas o un día como máximo. Continúa tomando Plaquenil y manifiesta que no tiene efectos secundarios.

Informa que continúa teniendo una sensación de entumecimiento en la cara lateral del pie derecho que es muy persistente y que en ocasiones sube hasta la pierna. Estos síntomas comenzaron alrededor de mayo de 2015 después de una caminata de 5 millas.

La paciente informa que tiene un entumecimiento intermitente de intensidad variable en las manos, a veces es más predominante en la cara cubital, a veces implica todo la mano, pero no es intensa. En ocasiones, siente entumecimiento en el área de los tríceps derechos. La paciente informa que antes tenía más síntomas relacionados con la neuropatía en los brazos, pero desde su cirugía de columna cervical estos síntomas mejoraron de forma significativa. La paciente niega tener debilidad en las extremidades superiores o inferiores.

REVISIÓN POR SISTEMAS: Sin otros síntomas.

HISTORIA CLÍNICA:

1. Diabetes *mellitus* dependiente de insulina
2. Tiroiditis de Hashimoto.
3. Herpes zóster.
4. Hiperlipidemia
5. Hipertensión.
6. Dolor de espalda baja.
7. Urticaria crónica.
8. Esguince cervical.

ANTECEDENTES DE CIRUGÍAS:

1. Tendinopatía del manguito rotador del hombro derecho. Desgarro del *labrum*. Descompresión subacromial artroscópica del hombro derecho. Desbridamiento del desgarro del *labrum* en marzo del 2004.
2. Pinzamiento del hombro izquierdo con desgarro parcial del manguito rotador. Descompresión subacromial artroscópica del hombro izquierdo. Desbridamiento del desgarro parcial del manguito rotador en mayo de 2001.
3. Discectomía cervical anterior C5-C6, C6-C7. Reconstrucción intersomática cervical anterior en mayo de 2009 con dispositivos biomecánicos C5-C6 y C6-C7.
Artrodesis cervical anterior C5-C6, C6-C7.
Instrumentación de la placa cervical anterior C5, C6, C7.
Autoinjerto local para estimular la fusión.
Placa cervical anterior Globus Providence con fijación por tornillos; placa de 28 mm, tornillos de 12 mm.
Dispositivo biomecánico intersomático Spine VG-2 de DePuy: lordótico, 5/7 mm x2.
4. Cirugía de liberación del túnel carpiano en la mano derecha en julio de 2010.
5. Tenosivectomía, tendón tibial posterior izquierdo, artrotomía en mayo de 1993
6. Sinovectomía, tobillo izquierdo en mayo de 1993. Liberación de la polea A1 del dedo anular derecho y sinovectomía.

HISTORIA SOCIAL: La paciente no fuma; toma dos bebidas alcohólicas a la semana. No usa drogas recreativas. No ha recibido transfusiones. Es gerente de programa en un hospital local. Es soltero sin hijos.

EXAMEN FÍSICO:

GENERAL: La paciente estaba alerta, orientado, sin ningún padecimiento agudo.

CABEZA, OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA: Sin alopecia. Pupilas iguales, redondas y reactivas; músculos extraoculares intactos. Conjuntiva rosada. Con humedad bucal, sin lesiones orofaríngeas.

CUELLO: Flexible, sin afección glandular, bocio ni soplo.

PULMONES: Limpios a la auscultación.

CABEZA: Frecuencia y ritmo regulares, S1 y S2 normales, sin soplos.

ABDOMEN: Suave, no sensible, sin hepatoesplenomegalia.

EXTREMIDADES: Sin cianosis ni edema, pulsos distales 2+.

NEUROLOGIA: Pares craneales intactos II-XII. Fuerza motriz 5/5 proximal y distal. Sensibilidad intacta al tacto y vibración en las extremidades superiores, una sensación de hipoestesia en la cara lateral del pie derecho, percepción reducida de la vibración en el pie derecho.

MUSCULOESQUELÉTICO: Articulaciones no inflamadas ni sensibles.

PIEL: No hay lesiones inflamatorias.

DATOS DE LABORATORIO: Joslin, 1 de diciembre de 2015, BUN 10, creatinina 0.5, ALT 19, AST 20, albúmina 4.4, fosfatasa alcalina 69.

EMG, 24 de noviembre de 2015. Impresión: Estudio anómalo. Hay evidencia electrofisiológica de una polineuropatía sensitiva axonal crónica generalizada. La ausencia de un reflejo motor tibial izquierdo y reflejo sensitivo radial derecho sugieren el diagnóstico de mononeuropatía múltiple subyacente.

EMG, 29 de febrero de 2016. Impresión: Estudio anómalo. Existe evidencia de una leve neuropatía del nervio mediano en la muñeca izquierda como la que se presenta en el síndrome del túnel carpiano. Los datos también sugieren radiculopatías cervicales leves que afectan los miotomas C7-8 bilateralmente. En comparación con el estudio anterior realizado el 24 de noviembre de 2015, los datos electrofisiológicos siguen indicando una polineuropatía generalizada que afecta las fibras sensitivas más que las motoras. Sin embargo, las anomalías que se observan en este estudio son más desmielinizante que axonales. Se obtuvo el mismo reflejo radial derecho ausente que se obtuvo anteriormente. No hubo asimetrías claras o descubrimiento focal que sugirieran mononeuritis múltiple.

EVALUACIÓN Y PLAN: Paciente de 57 años con los siguientes problemas:

1. Vasculitis urticarial hipocomplementémica. El paciente ha estado en tratamiento con Plaquenil 200 mg; esto ha provocado un excelente control de la vasculitis por urticaria, ya que la paciente ha tenido solo algunas lesiones dispersas y transitorias. Su C4 se ha recuperado hasta valores más cercanos a los normales y no ha presentado nefropatía u otra afectación de los órganos internos. Le aconsejé continuar con 200 mg de Plaquenil.

2. Neuropatía. La paciente tiene diabetes *mellitus* y sospechaba que tendrá polineuropatía. Ella tiene estado de espondiloartrosis cervical después de la cirugía. Su EMG mostró evidencia de radiculopatía cervical. También hay evidencia de síndrome del túnel carpiano izquierdo. La EMG en las extremidades superiores no es coherente con una mononeuritis múltiple. No hay respuesta motriz tibial izquierda en una neuropatía axonal. La EMG en las extremidades superiores es más coherente con la polineuropatía desmielinizante. Se esperaría que la neuropatía diabética podría ser más axonal. Teniendo en cuenta estos dos hallazgos, la pregunta es si al menos la respuesta motriz tibial izquierda puede estar relacionada con vasculitis, y si la paciente tiene una neuropatía desmielinizante independiente a la neuropatía secundaria de DM, la radiculopatía cervical y el túnel carpiano. He recomendado a la paciente una evaluación en Neurología para una consulta adicional sobre la naturaleza de estas anomalías. Si se concluye que podrían ser de carácter inmunitario o efectivamente relacionados con la vasculitis, se modificará su tratamiento. La paciente estuvo de acuerdo.

3. Monitoreo de Plaquenil: el último examen oftalmológico se realizó en agosto de 2016.

Estoy planeando ver a la señora XXXXX en seis meses o antes si es necesario el tratamiento para neuropatía.

Dr. (REUMATÓLOGO)

eScription document:1-14393049

Cc: MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA