

Estíbalitz Garrido García

Alfonso Estrella Alonso

Belén Collado Hernández

Síndrome General





Definición y Clínica

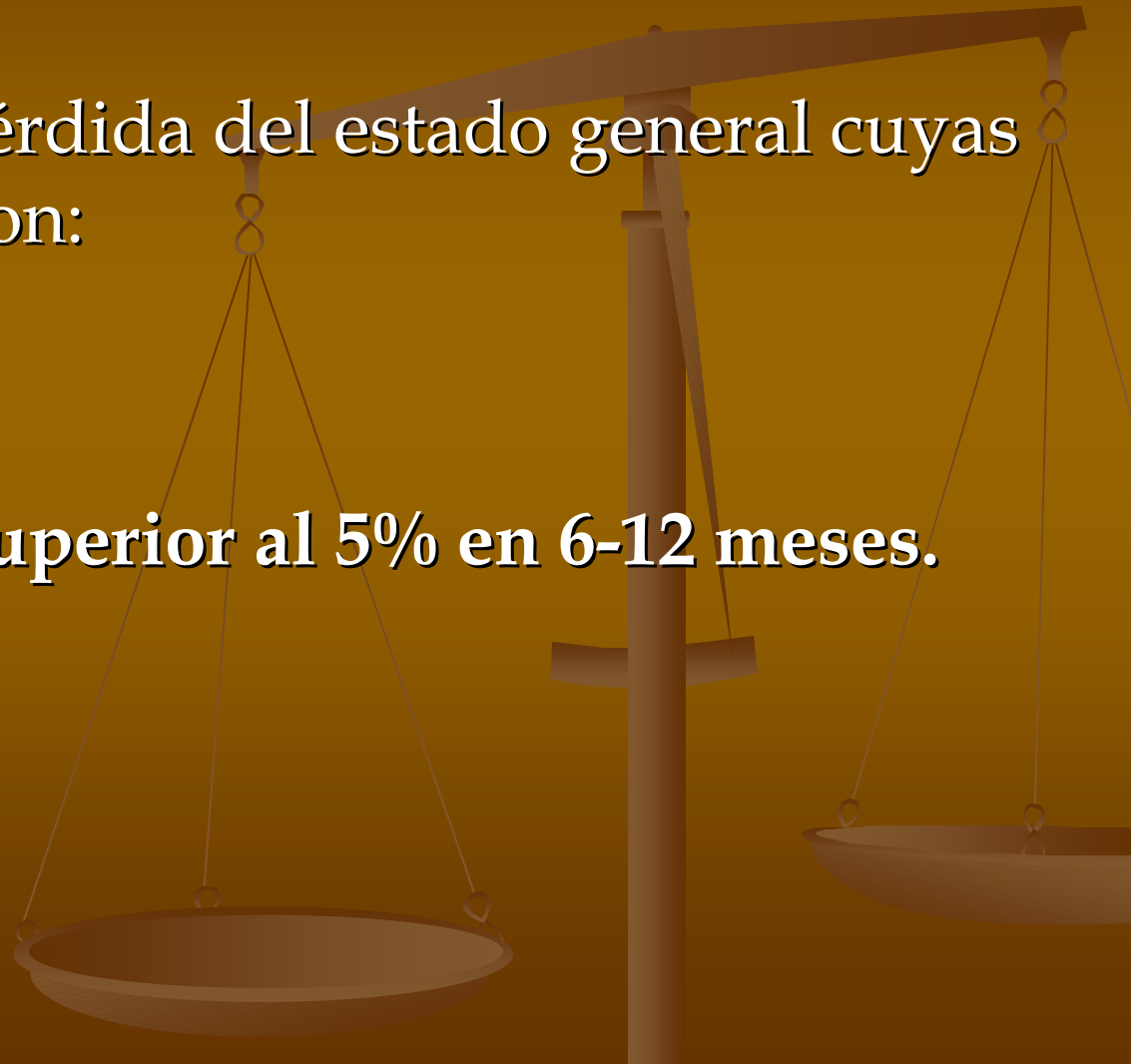
¿Qué se entiende como tal?

- Se define por la pérdida del estado general cuyas manifestaciones son:

Astenia

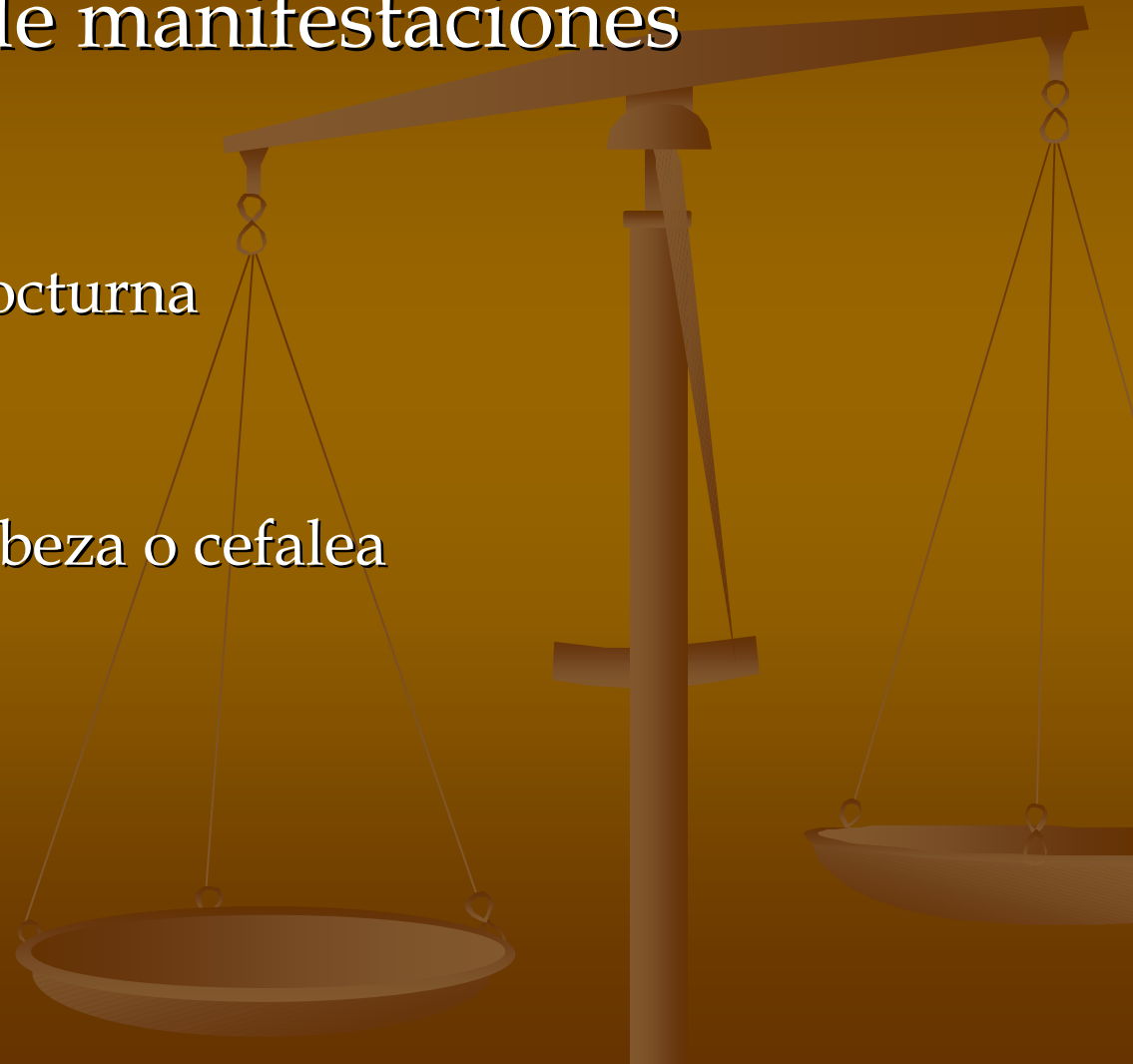
Anorexia

Pérdida de peso superior al 5% en 6-12 meses.

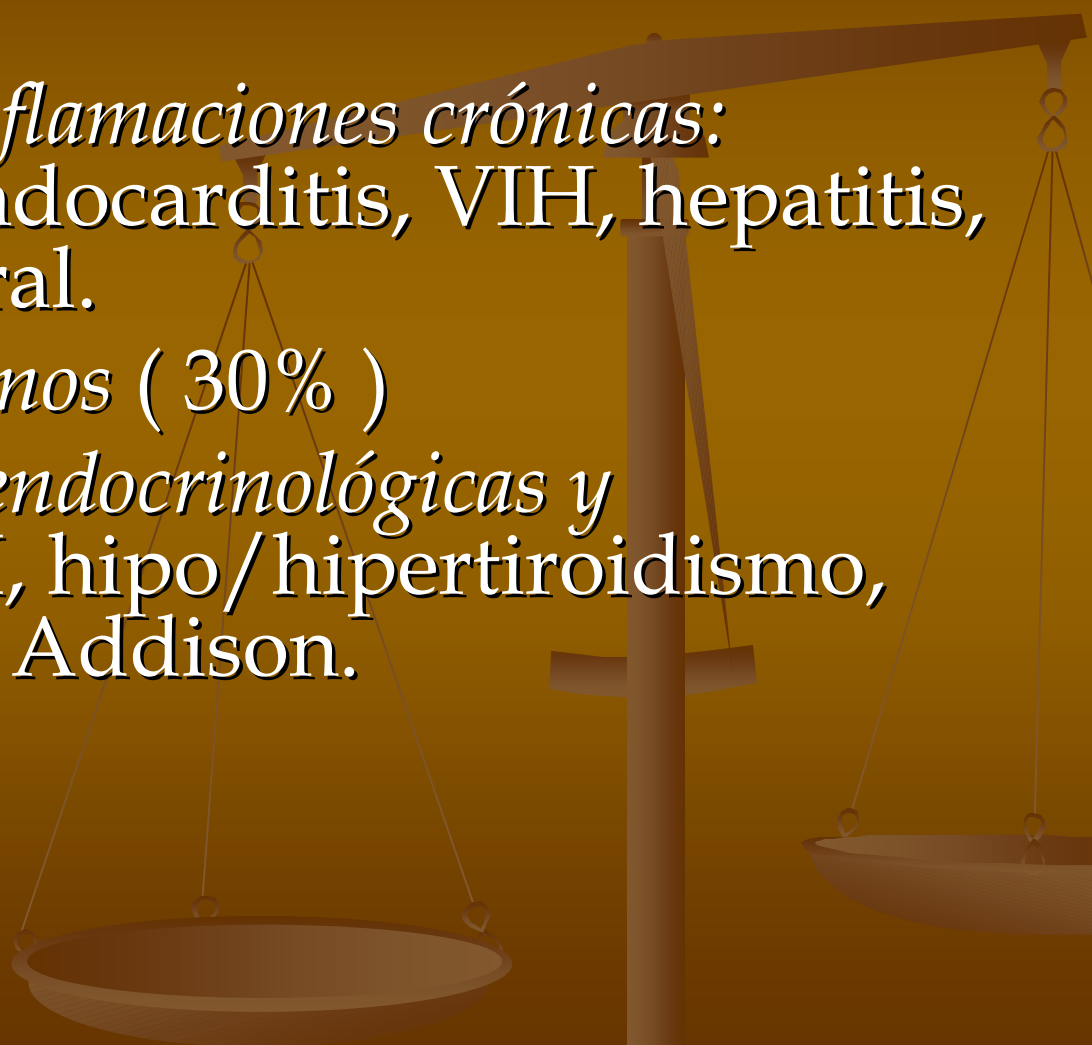


■ Se acompaña de manifestaciones inespecíficas:

- Fiebre
- Sudoración nocturna
- Artralgias
- Mialgias
- Pesadez de cabeza o cefalea



I. Enfermedades en las que el Sd. General es su forma de presentación:

1. *Infecciones e inflamaciones crónicas:* tuberculosis, endocarditis, VIH, hepatitis, arteritis temporal.
 2. *Tumores malignos (30%)*
 3. *Enfermedades endocrinológicas y metabólicas:* DM, hipo/hipertiroidismo, enfermedad de Addison.
- 

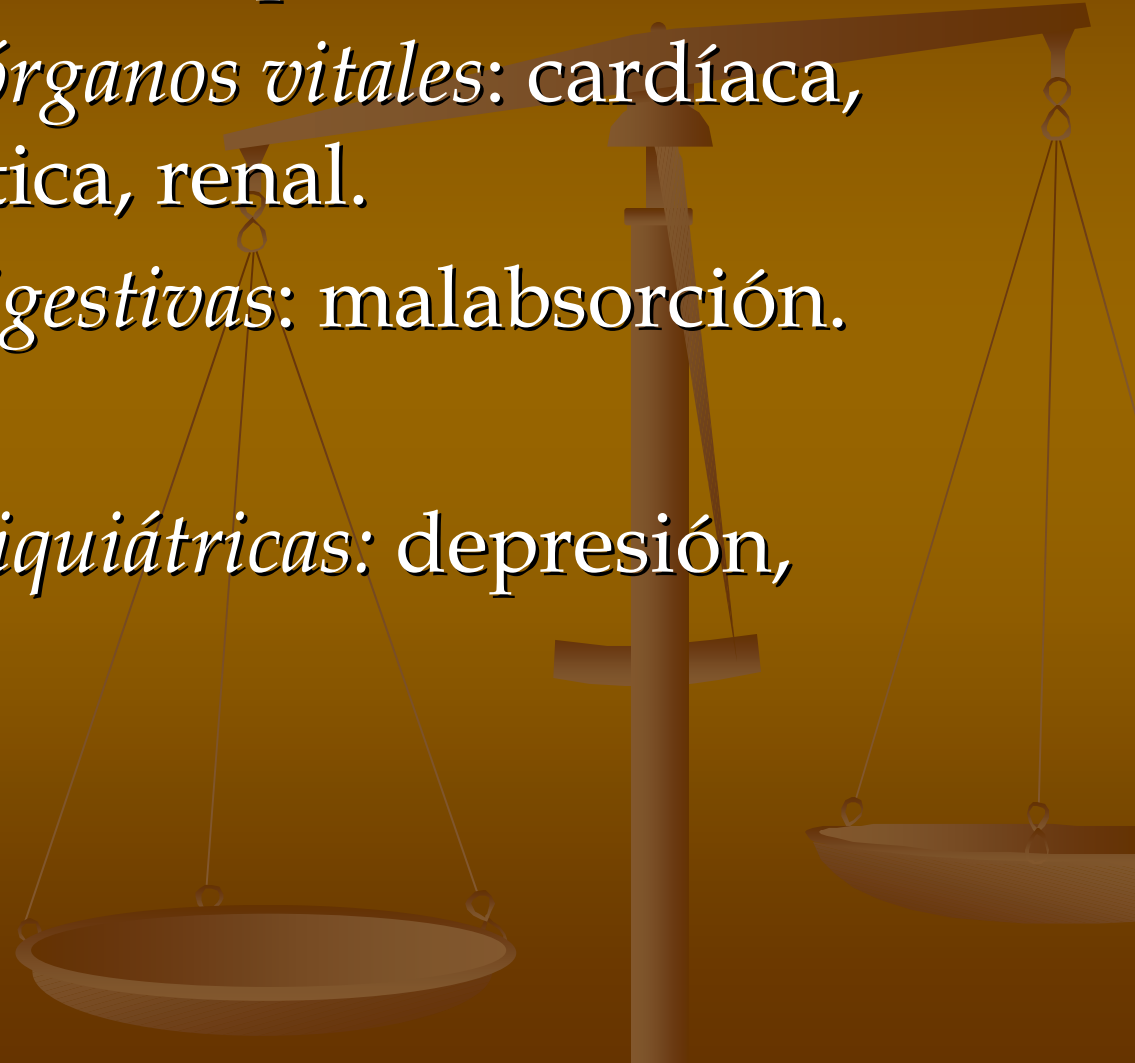
II. Enfermedades en las que el Sd. General es manifestación acompañante:

1. *Insuficiencia de órganos vitales:* cardíaca, pulmonar, hepática, renal.

2. *Enfermedades digestivas:* malabsorción.

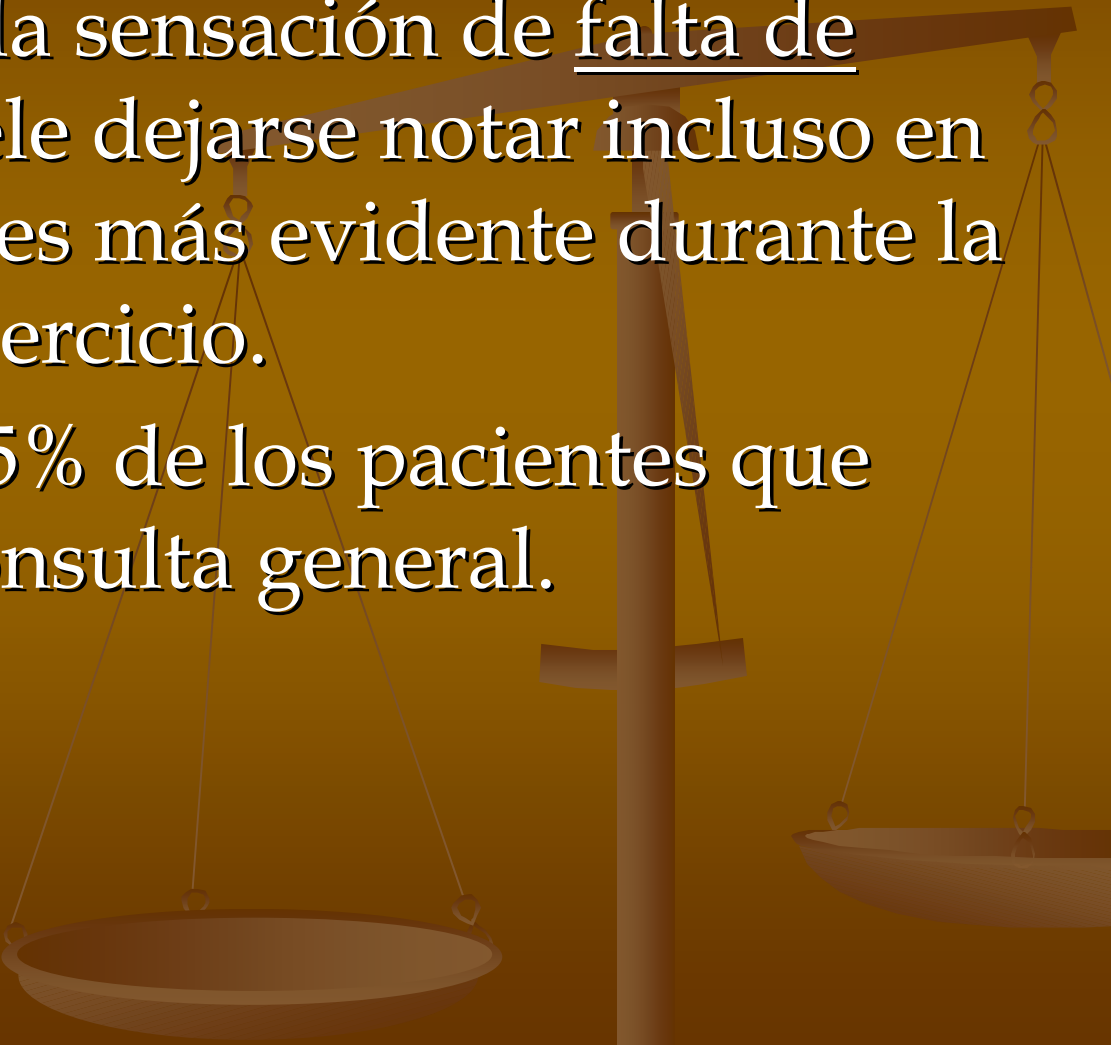
3. *Tóxicos.*

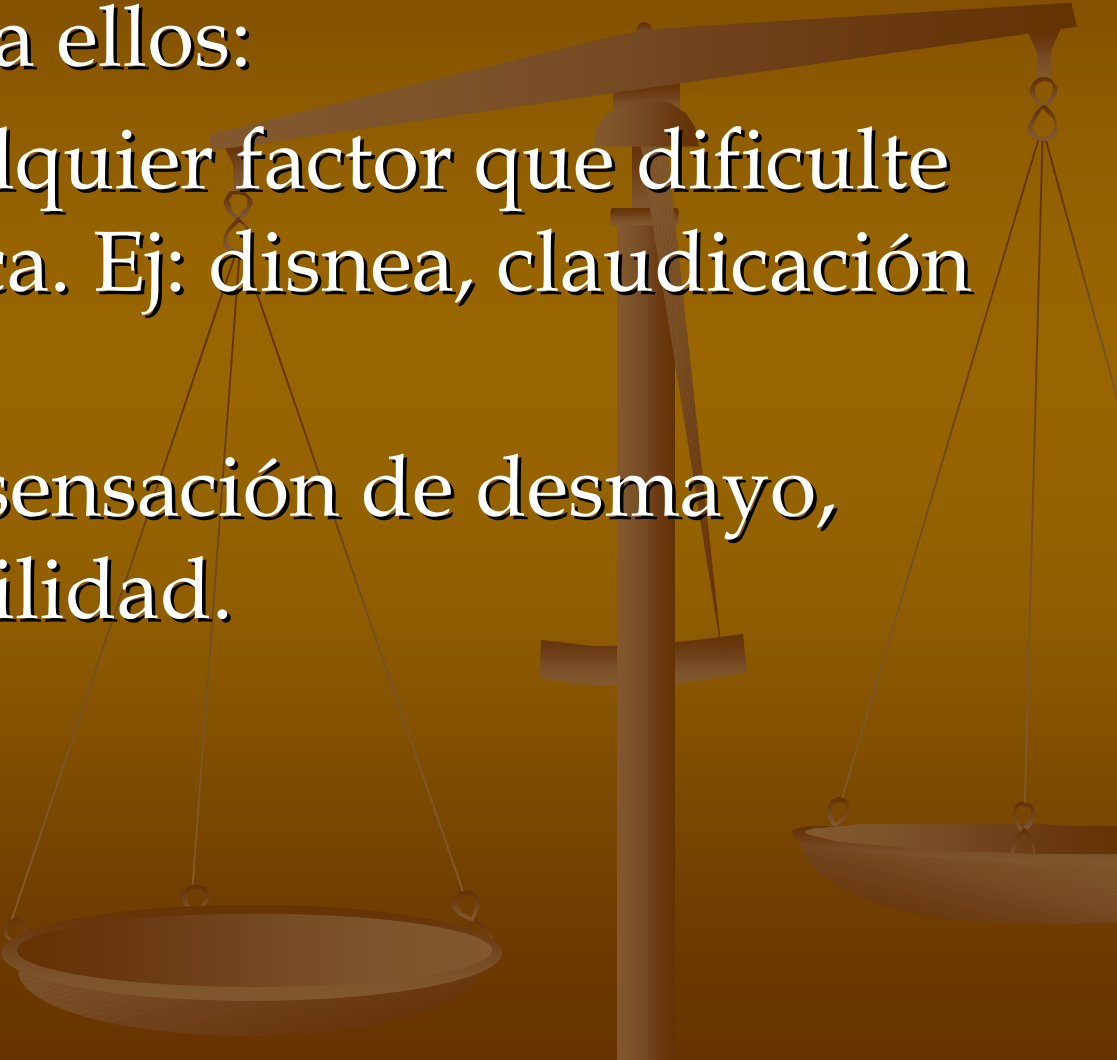
4. *Enfermedades psiquiátricas:* depresión, ansiedad.





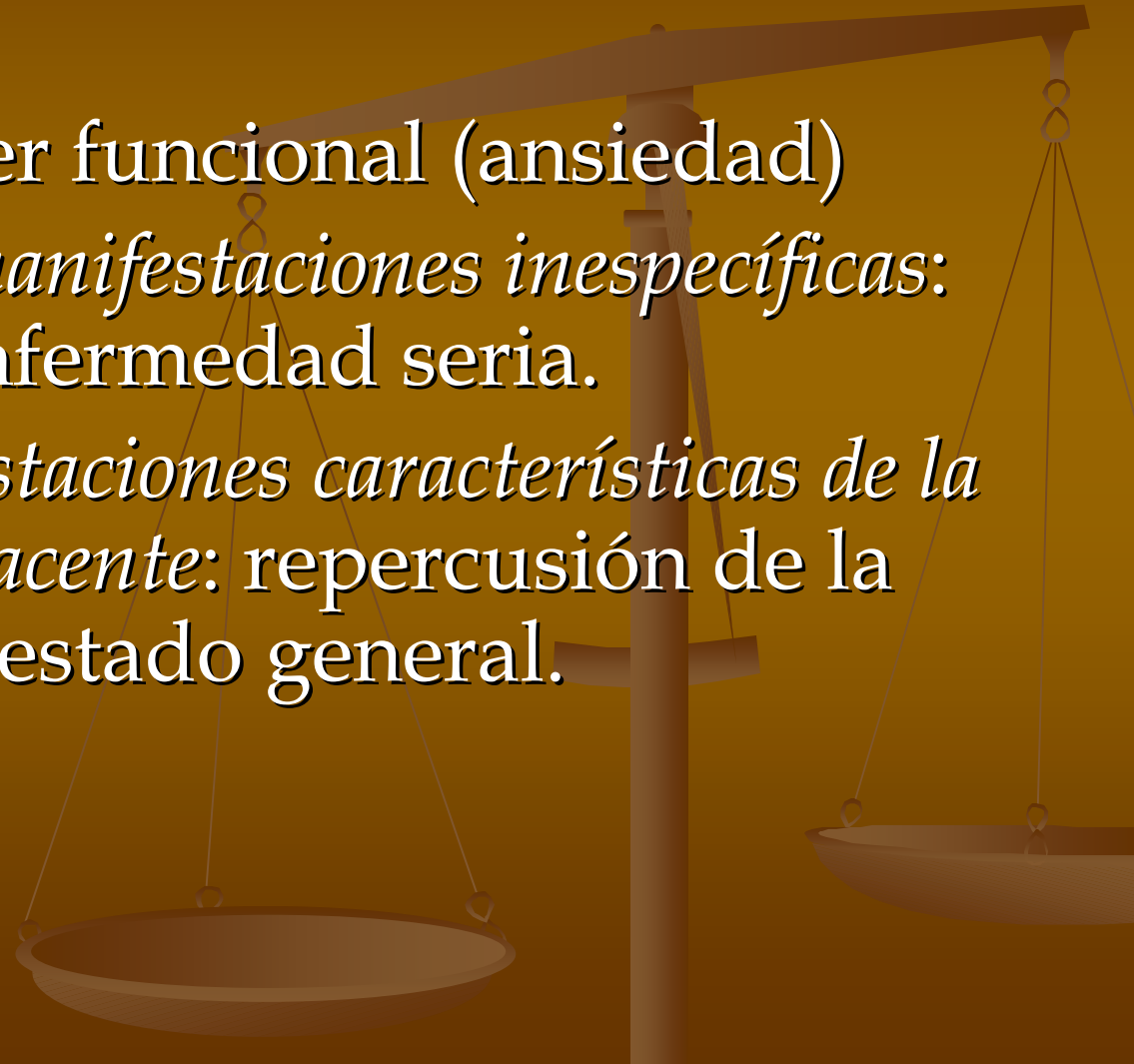
Astenia

- 
- Se define como la sensación de falta de energía, que suele dejarse notar incluso en reposo, aunque es más evidente durante la realización de ejercicio.
 - Presente en el 25% de los pacientes que acuden a una consulta general.

- 
- Los enfermos intercambian este término por debilidad o fatiga con diferentes significados para ellos:
 - Fatiga como cualquier factor que dificulte la actividad física. Ej: disnea, claudicación intermitente...
 - Debilidad como sensación de desmayo, mareo o inestabilidad.

■ Pueden aparecer de forma:

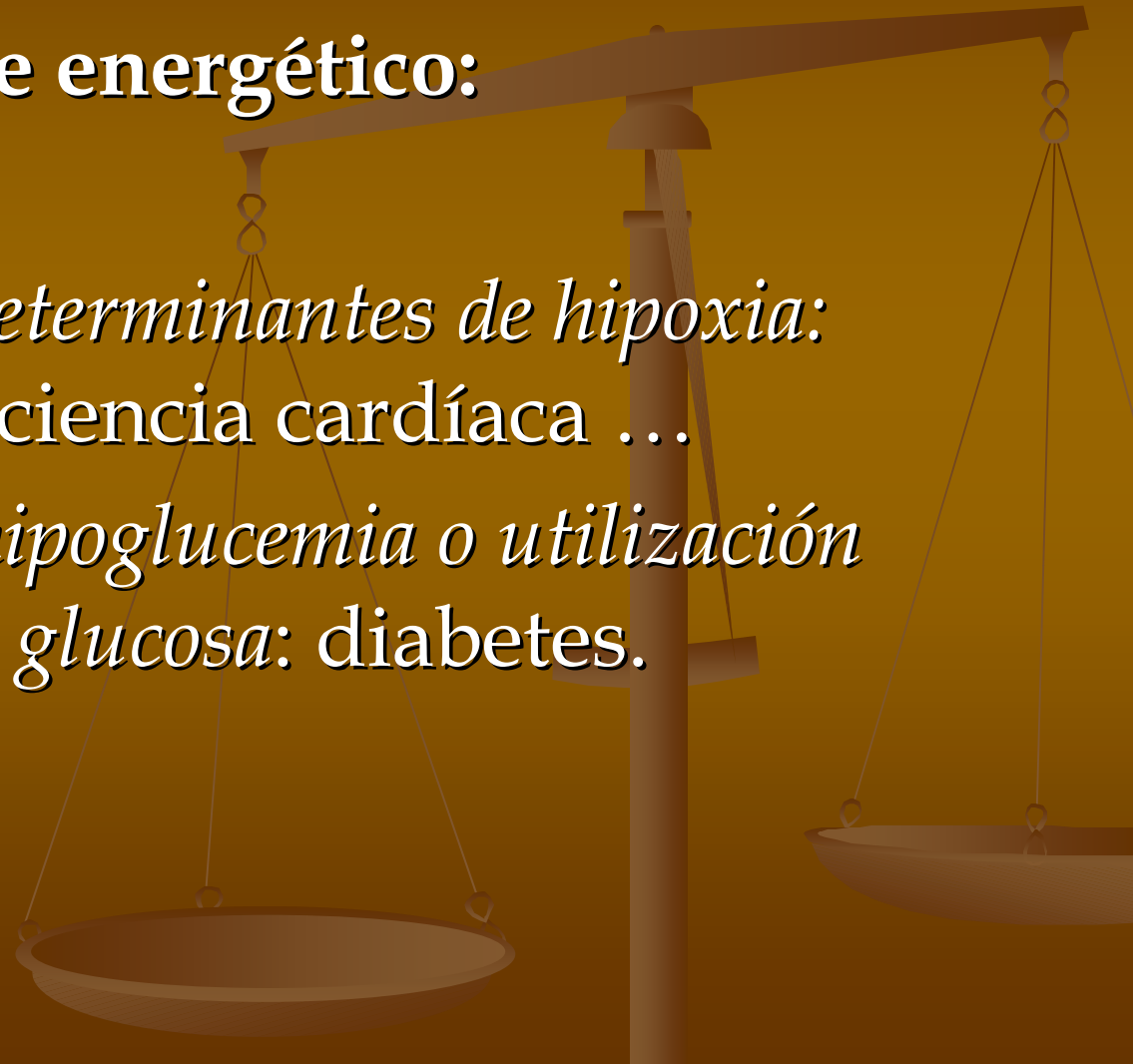
- *Aislada*: carácter funcional (ansiedad)
- *Unida a otras manifestaciones inespecíficas*: presencia de enfermedad seria.
- *Unida a manifestaciones características de la enfermedad subyacente*: repercusión de la misma sobre el estado general.



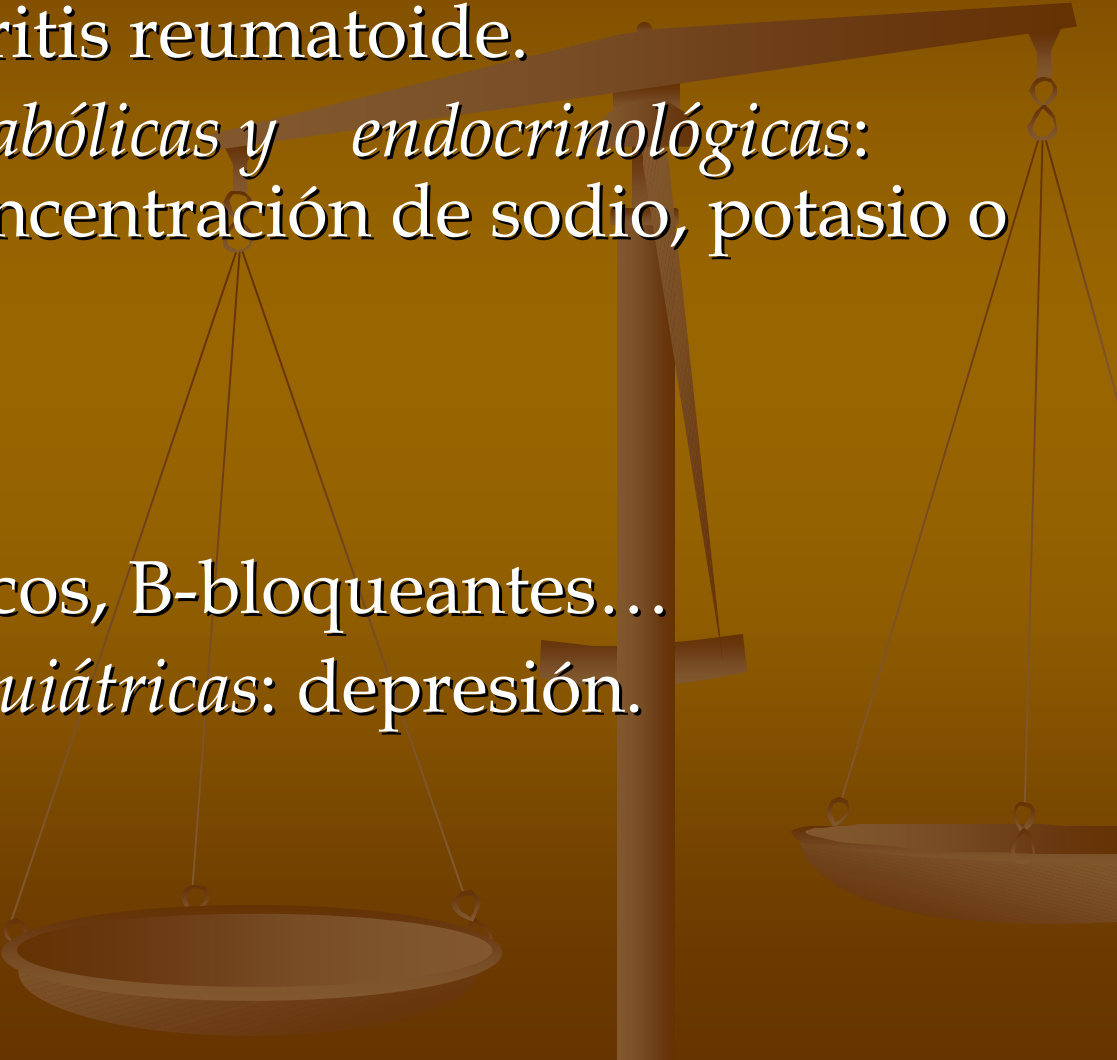
Etiología:

1. Falta de aporte energético:

- *Enfermedades determinantes de hipoxia: anemia, insuficiencia cardíaca ...*
- *Situaciones de hipoglucemia o utilización defectuosa de la glucosa: diabetes.*



2.Mecanismo desconocido:

- *Infecciones*: tuberculosis ...
 - *Inflamaciones*: artritis reumatoide.
 - *Enfermedades metabólicas y endocrinológicas*: alteración de la concentración de sodio, potasio o calcio.
 - *Tumores*
 - *Tóxicos*: alcohol.
 - *Fármacos*: diuréticos, B-bloqueantes...
 - *Enfermedades psiquiátricas*: depresión.
- 



	ORGÁNICA	FUNCIONAL
<u>ETIOLOGÍA</u>	Enfermedades somáticas	Fatiga fisiológica o psíquica
<u>DURACIÓN</u>	1-2 meses	Varios meses o años
<u>EJERCICIO/ REPOSO</u>	↑ con ejercicio ↓ con reposo	No relación
<u>CURSO</u>	Progresiva	Fluctuante
<u>SÍNTOMAS ASOCIADOS</u>	De la enfermedad subyacente	Mal definidos



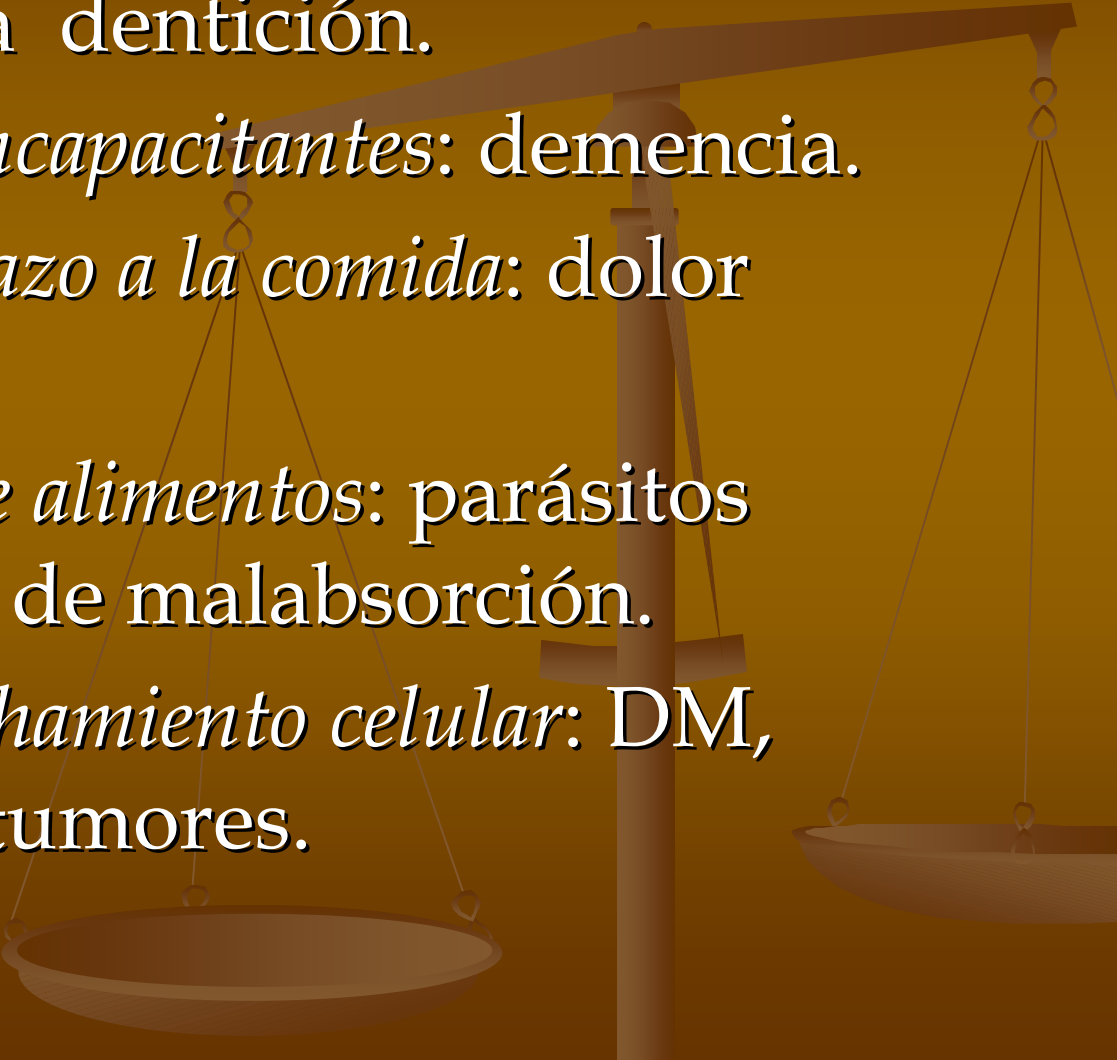
Adelgazamiento

- Pérdida de peso por disminución de tejido graso y a veces acompañada de disminución de masa muscular.
- Es signo de gravedad la pérdida de peso superior al 5% en menos de 6 meses.

Etiología:

1. Adelgazamiento por disminución de la ingesta:

a) *Falta de apetito: Anorexia nerviosa.*

- 
- b) *Alteraciones del aparato digestivo:* trastornos de la deglución, vómitos, alteraciones de la dentición.
- c) *Enfermedades incapacitantes:* demencia.
- d) *Sitofobia o rechazo a la comida:* dolor postprandial.
- e) *Malabsorción de alimentos:* parásitos intestinales o sd. de malabsorción.
- f) *Falta de aprovechamiento celular:* DM, inflamaciones y tumores.

2. Adelgazamiento por aumento de consumo:

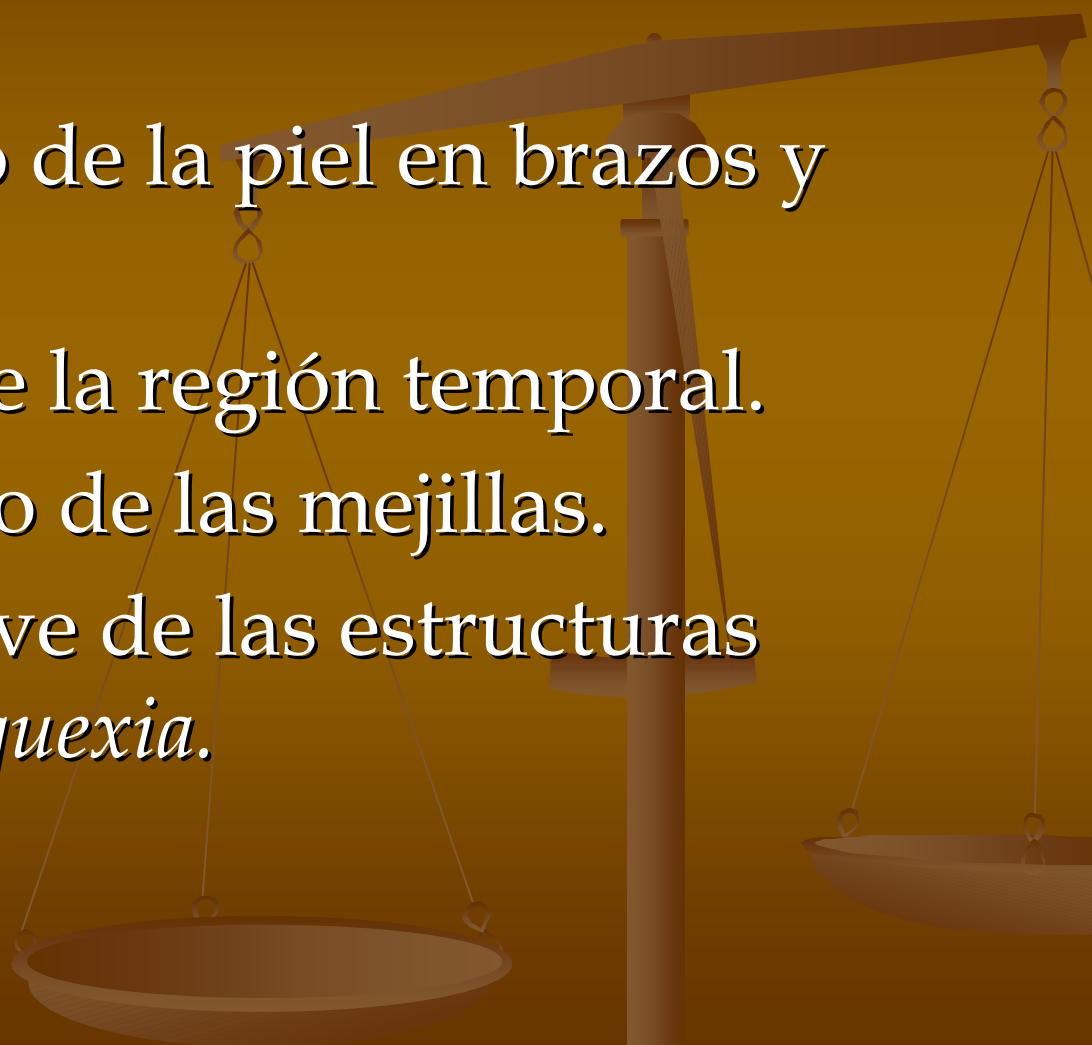
a) *Consumo excesivo de energía:*

hipertiroidismo, feocromocitoma, abuso de anfetaminas.

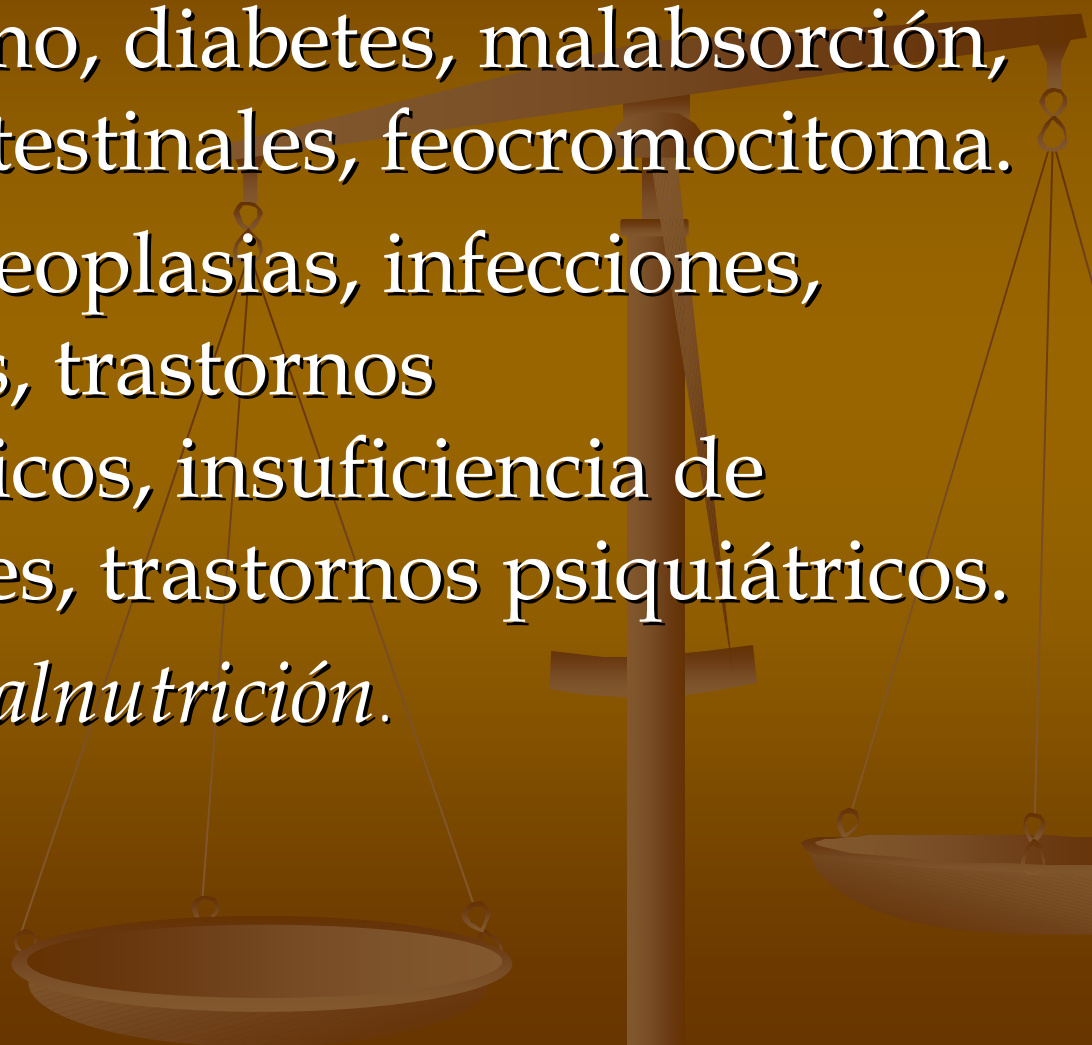
b) *Hipercatabolismo:* sepsis, traumatismos graves.

c) *Aumento de consumo:* neoplasias.

d) *Pérdida de nutrientes:* enteropatía con pérdida de proteínas, sd. nefrótico, DM.

- **Manifestaciones clínicas:** varían en función de la pérdida de panículo adiposo.
 - 1^a) Aspecto laxo de la piel en brazos y abdomen.
 - 2^a) Depresión de la región temporal.
 - 3^a) Hundimiento de las mejillas.
 - 4^a) Intenso relieve de las estructuras esqueléticas: *caquexia*.
- 

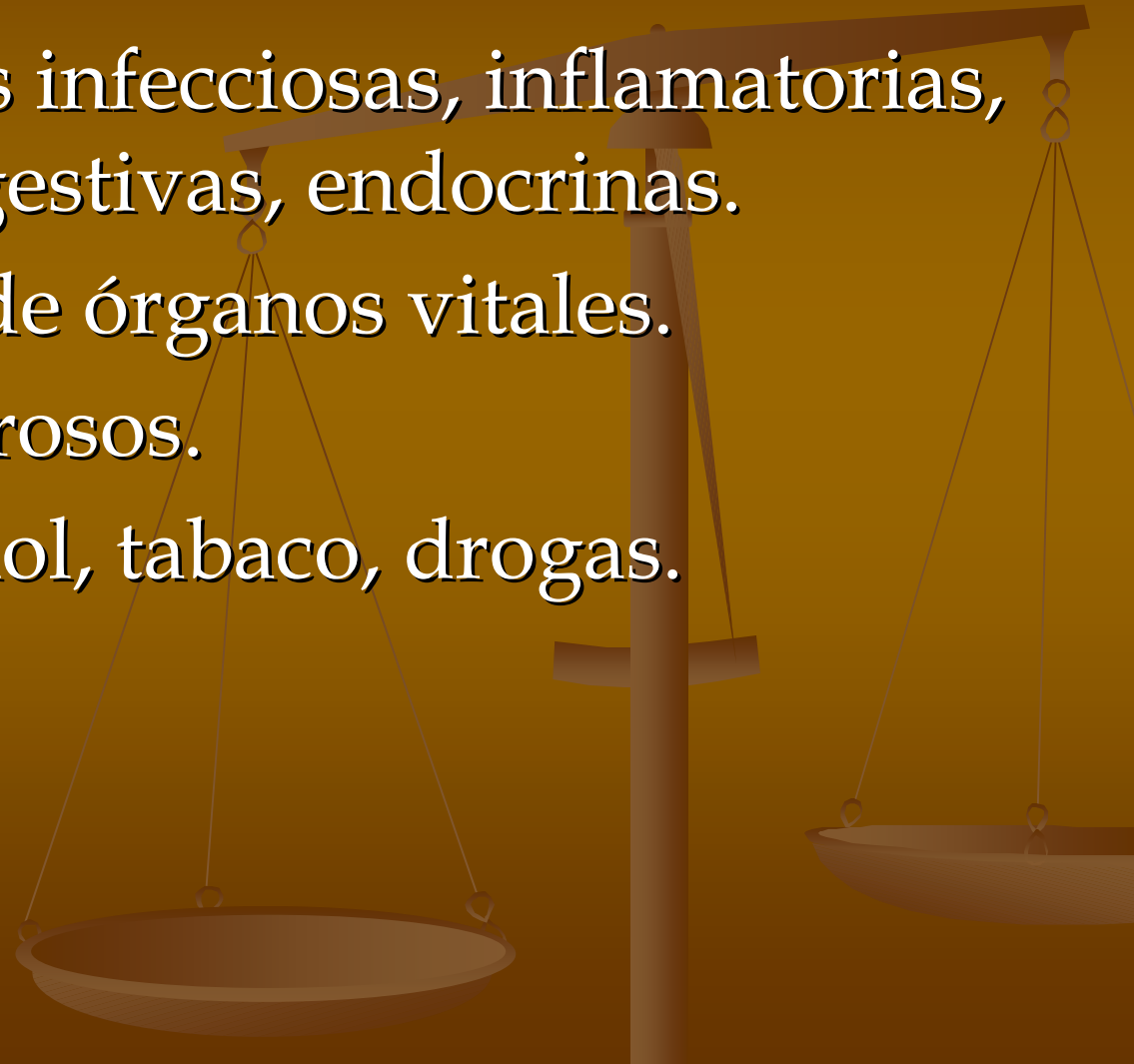
■ Otras manifestaciones

- a) *Apetito normal o aumentado*: hipertiroidismo, diabetes, malabsorción, parasitosis intestinales, feocromocitoma.
 - b) *Anorexia*: neoplasias, infecciones, inflamaciones, trastornos endocrinológicos, insuficiencia de órganos vitales, trastornos psiquiátricos.
 - c) *Signos de malnutrición*.
- 

Anorexia



- **Disminución del apetito.**
- **Es frecuente en:**
 - Enfermedades infecciosas, inflamatorias, neoplásicas, digestivas, endocrinas.
 - Insuficiencia de órganos vitales.
 - Cuadros dolorosos.
 - Tóxicos: alcohol, tabaco, drogas.
 - Fármacos.





Historia Clinica

Santander 23/10/2006

*Varón de 77 años con enfermedad vascular renal; transplantedado renal desde enero de 2000 que ingresa desde consulta de trasplante renal por **astenia, adelgazamiento + inestabilidad** a estudio.*

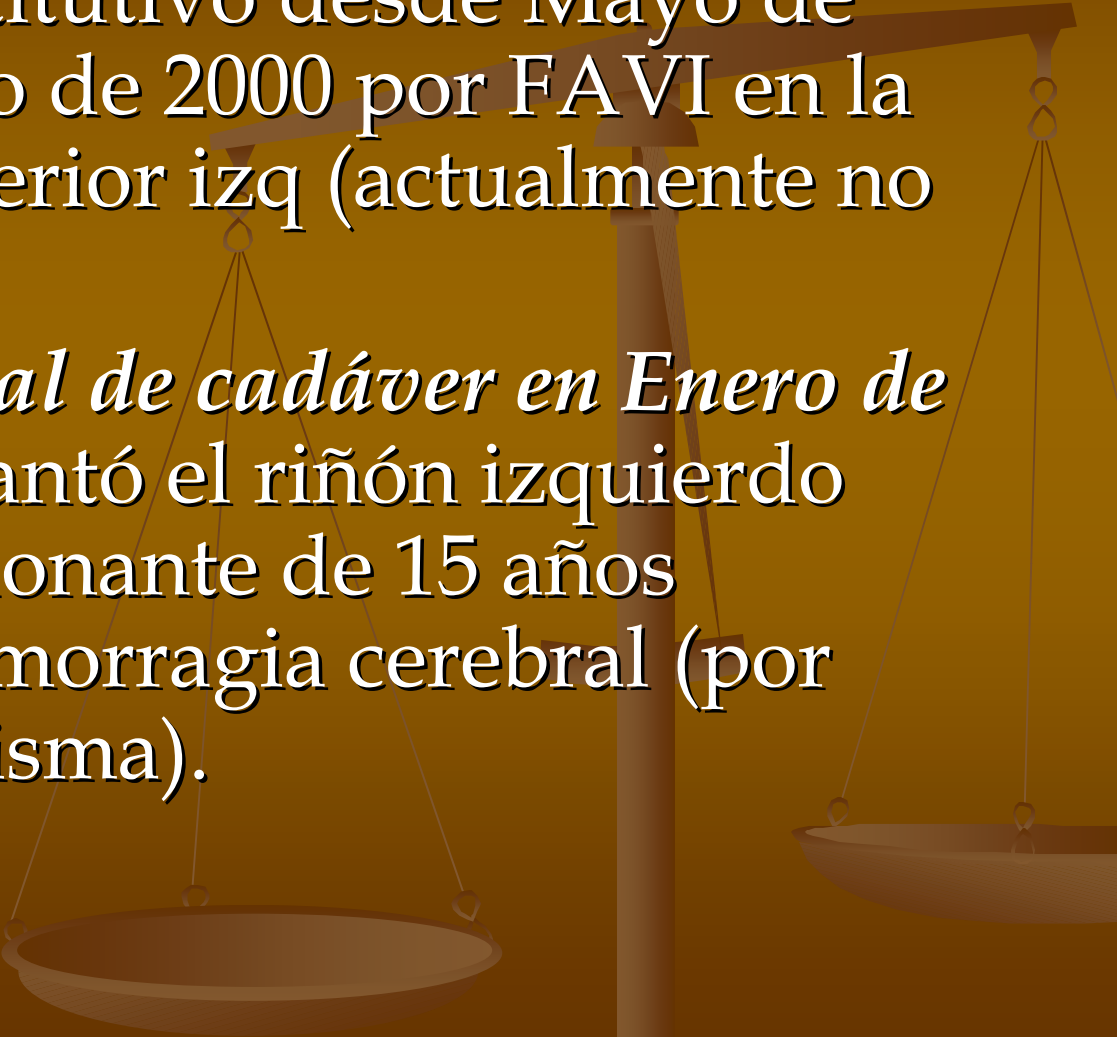
*Vive en Santoña con su mujer. Jubilado, trabajaba como funcionario de prisiones. Vida activa, que se ha visto limitada por la **astenia**.*



Antecedentes personales

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- HTA en tratamiento de larga evolución.
- Dislipémico en tratamiento.
- No DM
- Coriorretinitis en 1970
- Intervenciones quirúrgicas:
 - *Apendicectomía (1985)*
 - *Adenoma de próstata con RTU (resección trans-uretral) en 1995*

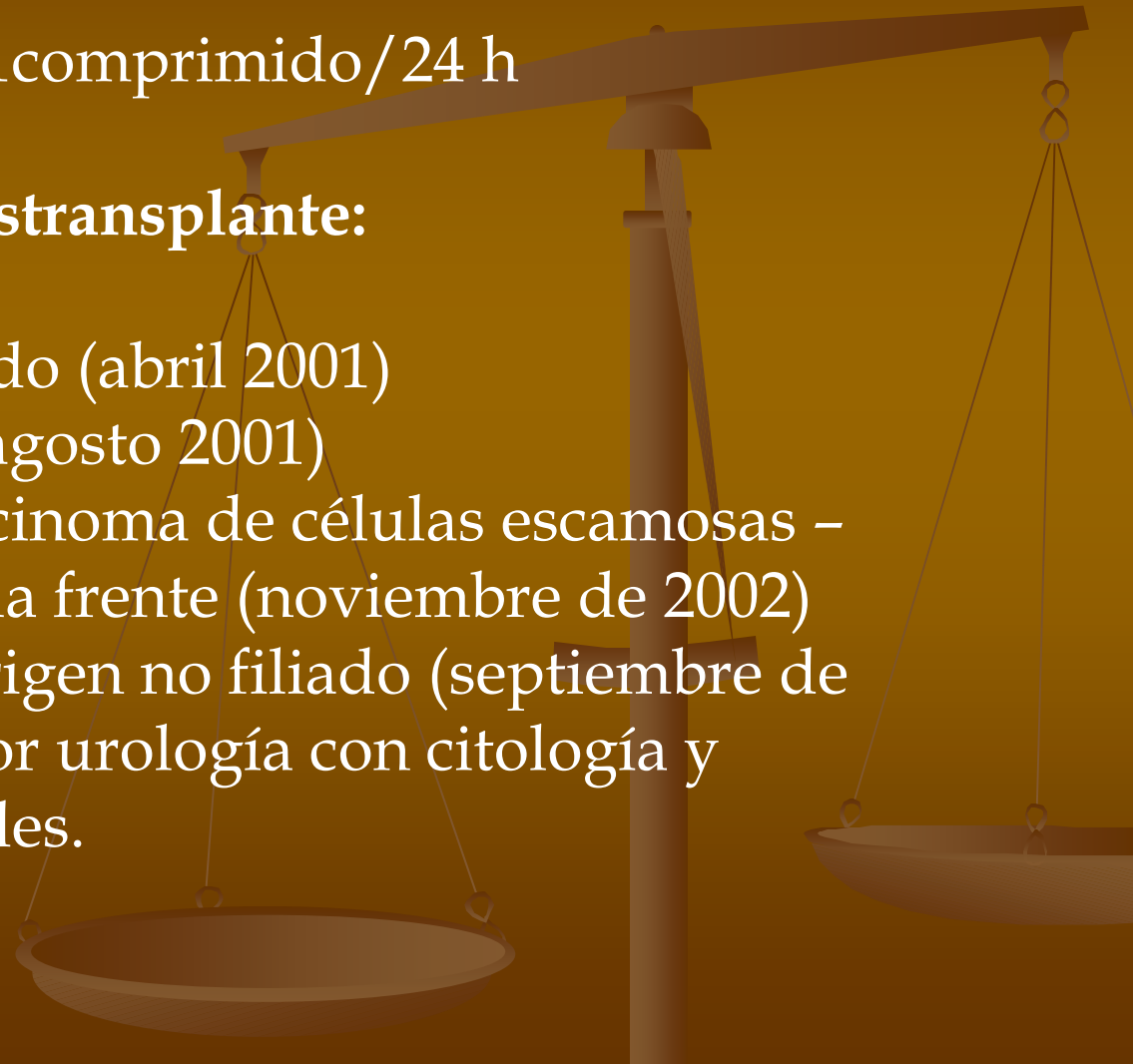
- 
- *IRC secundaria a enfermedad vascular renal* (sin especificar). Estuvo en tratamiento sustitutivo desde Mayo de 1999 hasta Enero de 2000 por FAVI en la extremidad superior izq (actualmente no funcionando)
 - *Transplante renal de cadáver en Enero de 2000*. Se transplantó el riñón izquierdo procedente de donante de 15 años fallecido por hemorragia cerebral (por rotura de aneurisma).

➤ Inmunosupresión actual:

- ✓ Sandimmun neoral 75 mg/12 h (*ciclosporina Neoral*)
- ✓ *Prednisona* 5mg 1comprimido/24 h

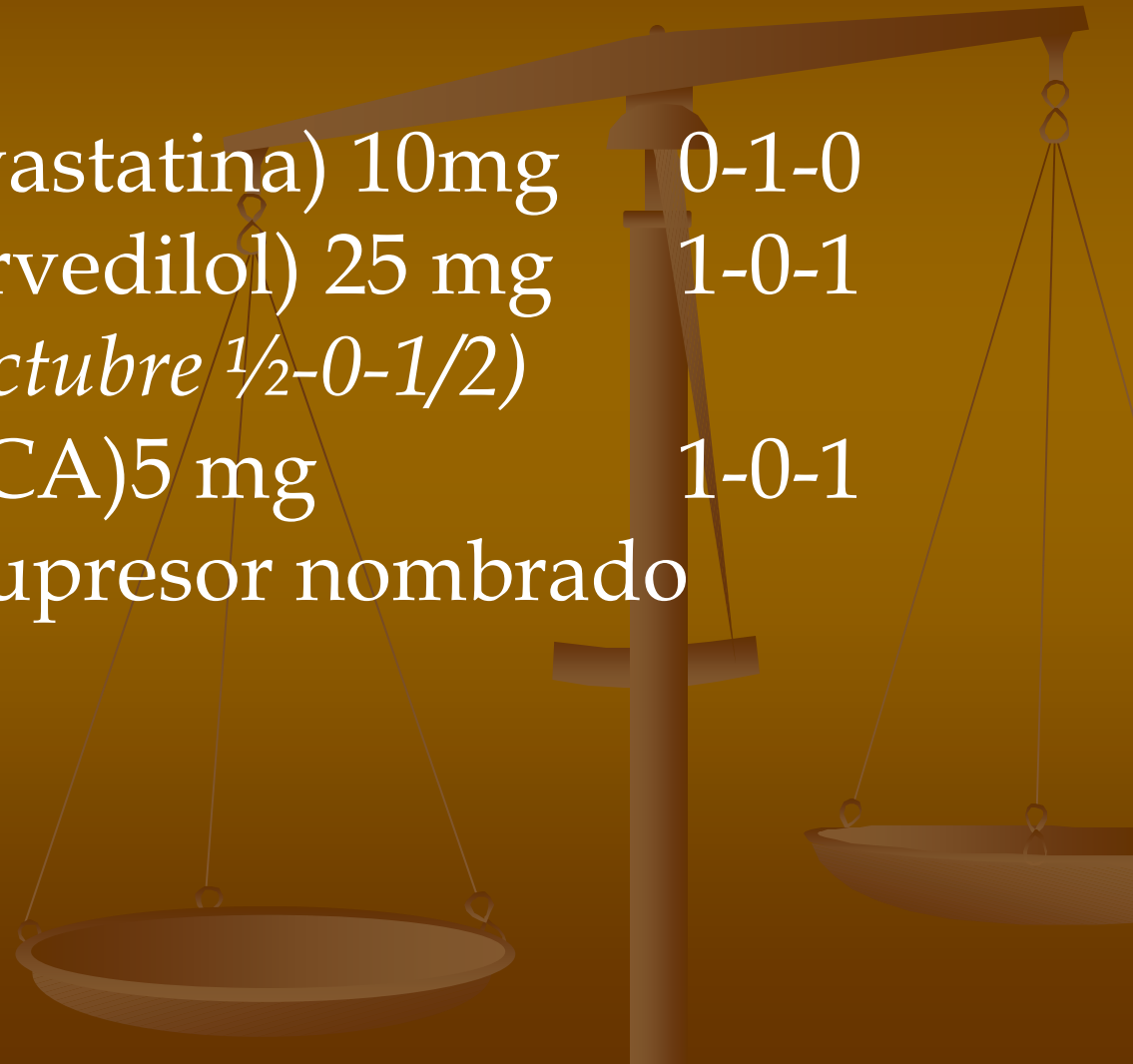
➤ Complicaciones postransplante:


- ✓ Temblor no filiado (abril 2001)
- ✓ Plaquetopenia (agosto 2001)
- ✓ Neo de piel (carcinoma de células escamosas – epidermoide-) en la frente (noviembre de 2002)
- ✓ Hematuria de origen no filiado (septiembre de 2004) estudiada por urología con citología y cistoscopia normales.



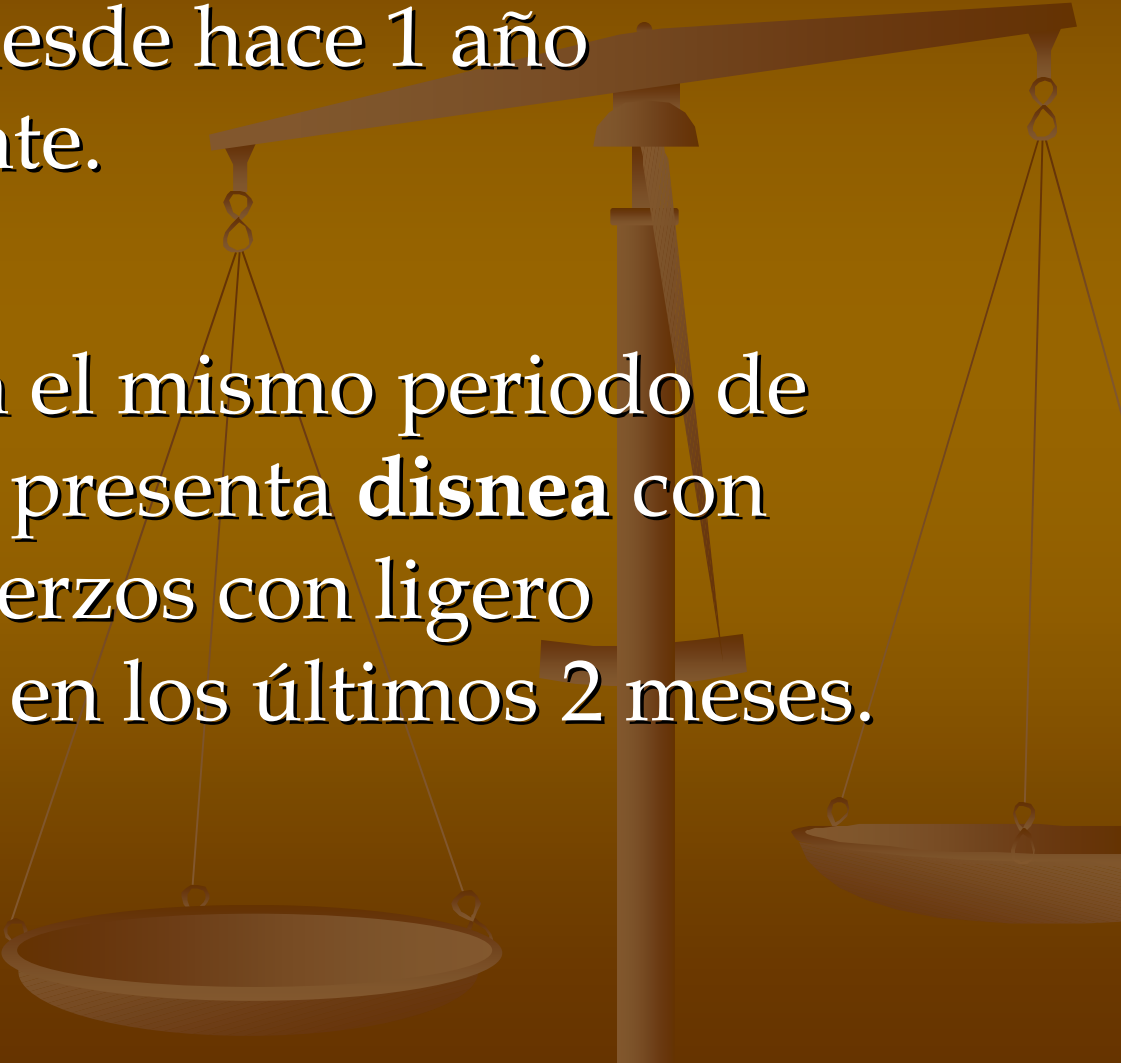
• **Tto habitual:**

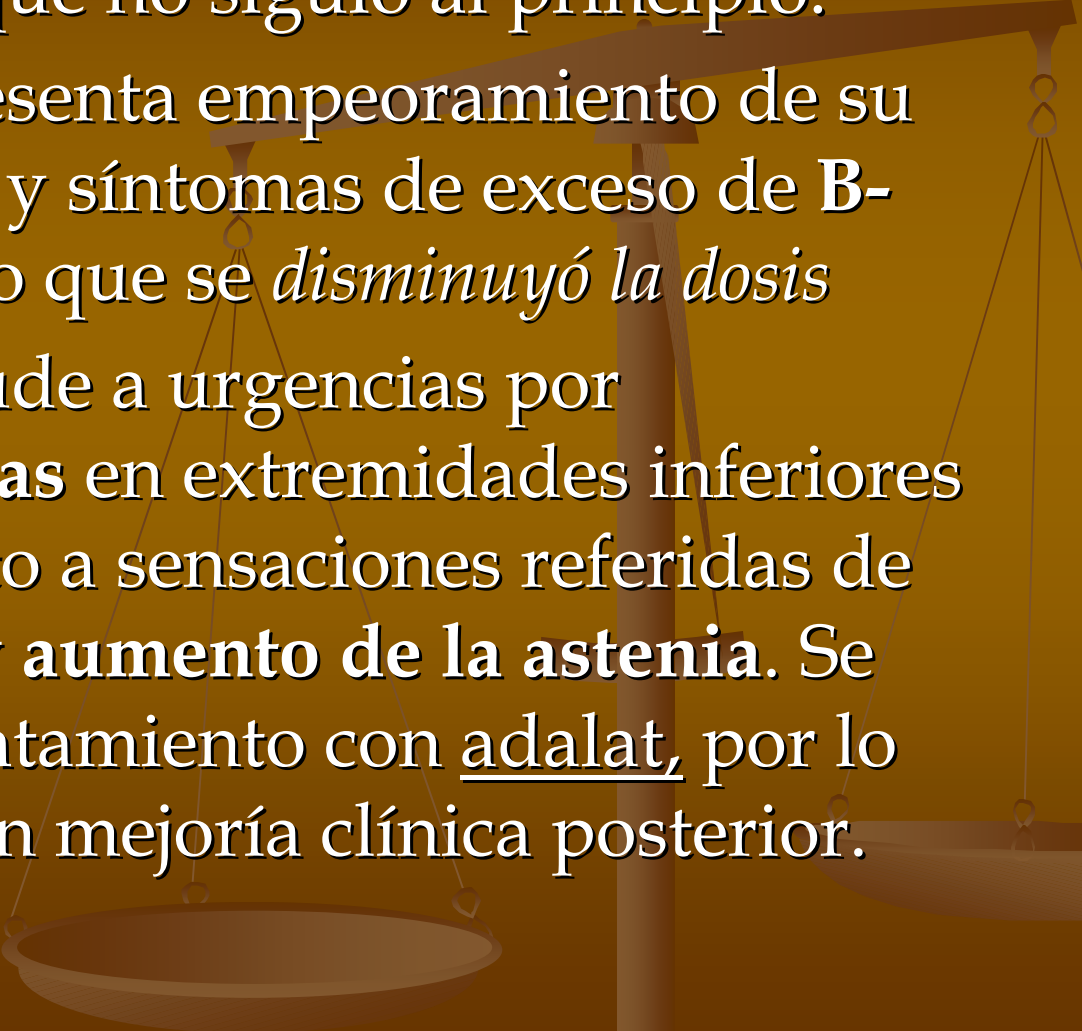
- ✓ Cardyl (atorvastatina) 10mg 0-1-0
- ✓ Coropres (carvedilol) 25 mg 1-0-1
(desde el 18 de octubre $\frac{1}{2}$ -0- $\frac{1}{2}$)
- ✓ Enalapril (IECA) 5 mg 1-0-1
- ✓ Tto inmunosupresor nombrado

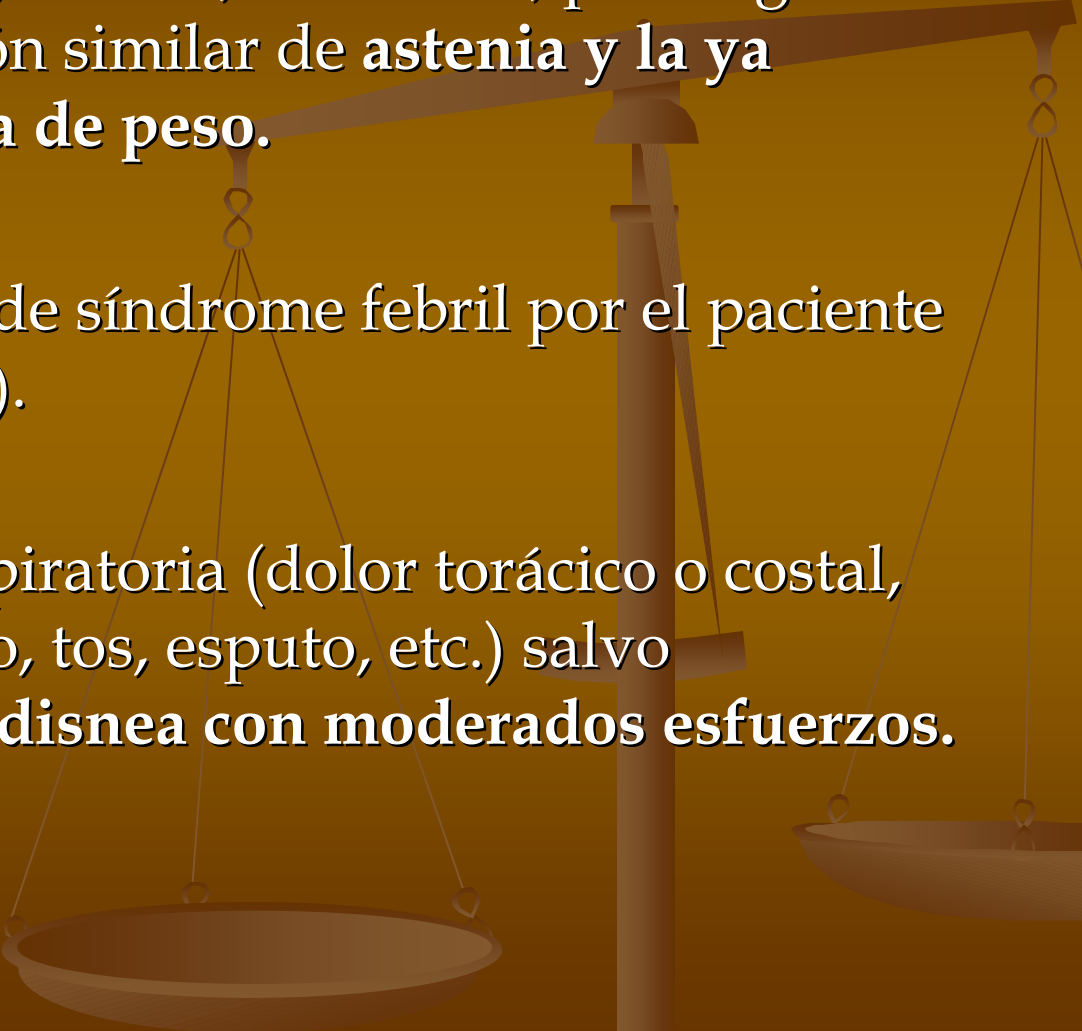


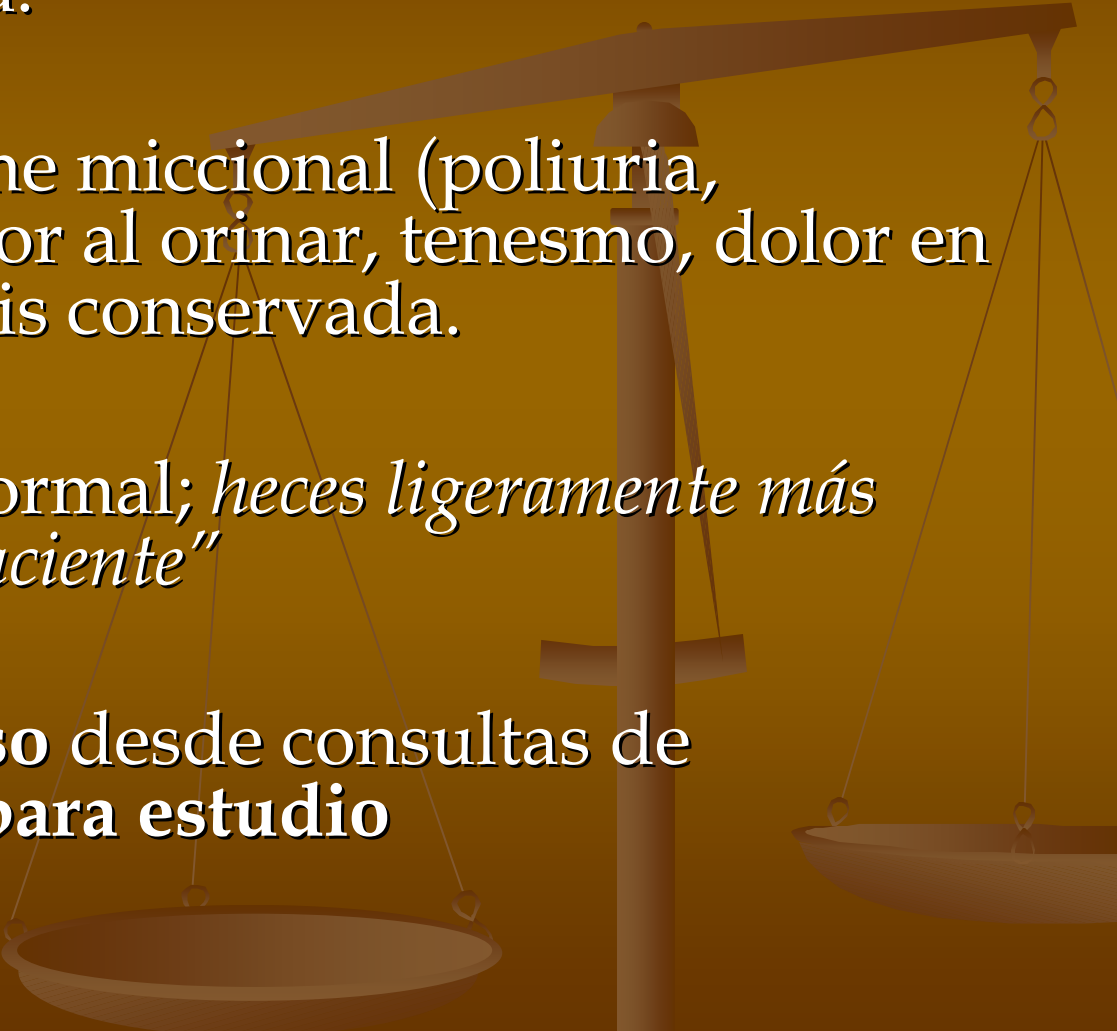


Enfermedad actual

- 
- El paciente refiere **pérdida de peso moderada**, y **astenia** con mareos e **inestabilidad**, desde hace 1 año aproximadamente.
 - Comenta que en el mismo periodo de tiempo también presenta **disnea** con moderados esfuerzos con ligero empeoramiento en los últimos 2 meses.

- 
- *Hace 2 meses* acude a consulta de trasplante renal donde se comienza tratamiento con **Adalat** oros (nifedipino) que no siguió al principio.
 - *El 11 de octubre* presenta empeoramiento de su astenia con signos y síntomas de exceso de **B-bloqueantes** por lo que se *disminuyó la dosis*
 - *El 18 de octubre* acude a urgencias por importantes **edemas** en extremidades inferiores y palpebrales, junto a sensaciones referidas de **mareos, cefaleas y aumento de la astenia**. Se relaciona con el tratamiento con adalat, por lo que se suspende con mejoría clínica posterior.

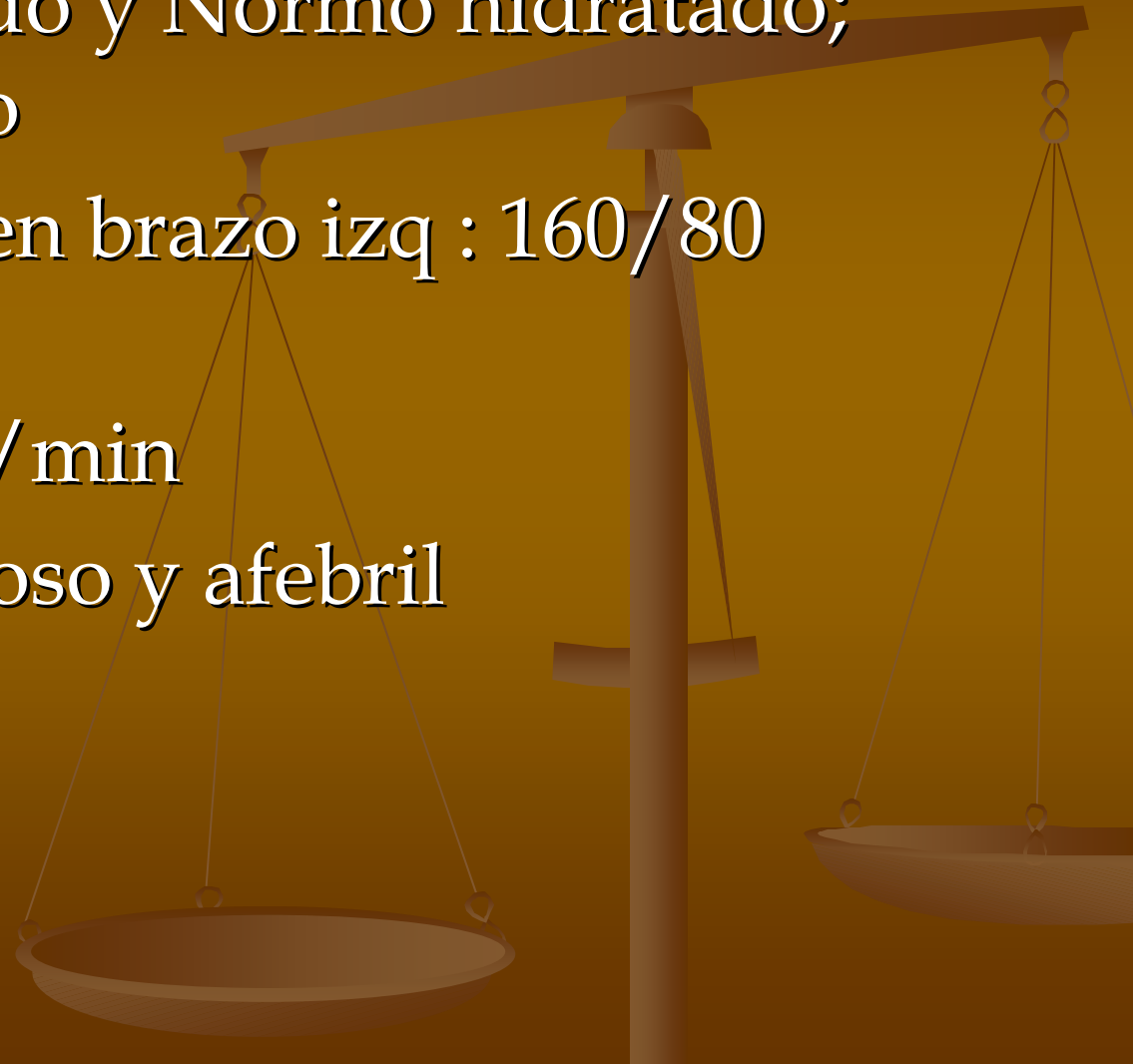
- 
- *El día 26 de octubre (día de la historia) acude a la consulta de tranplante renal para revisión.*
 - No refiere edemas, cefalea, ni mareos, pero sigue refiriendo sensación similar de **astenia** y la ya **nombrada pérdida de peso.**
 - No hay sensación de síndrome febril por el paciente (no termometrada).
 - No hay clínica respiratoria (dolor torácico o costal, trabajo respiratorio, tos, esputo, etc.) salvo **persistencia de la disnea con moderados esfuerzos.**

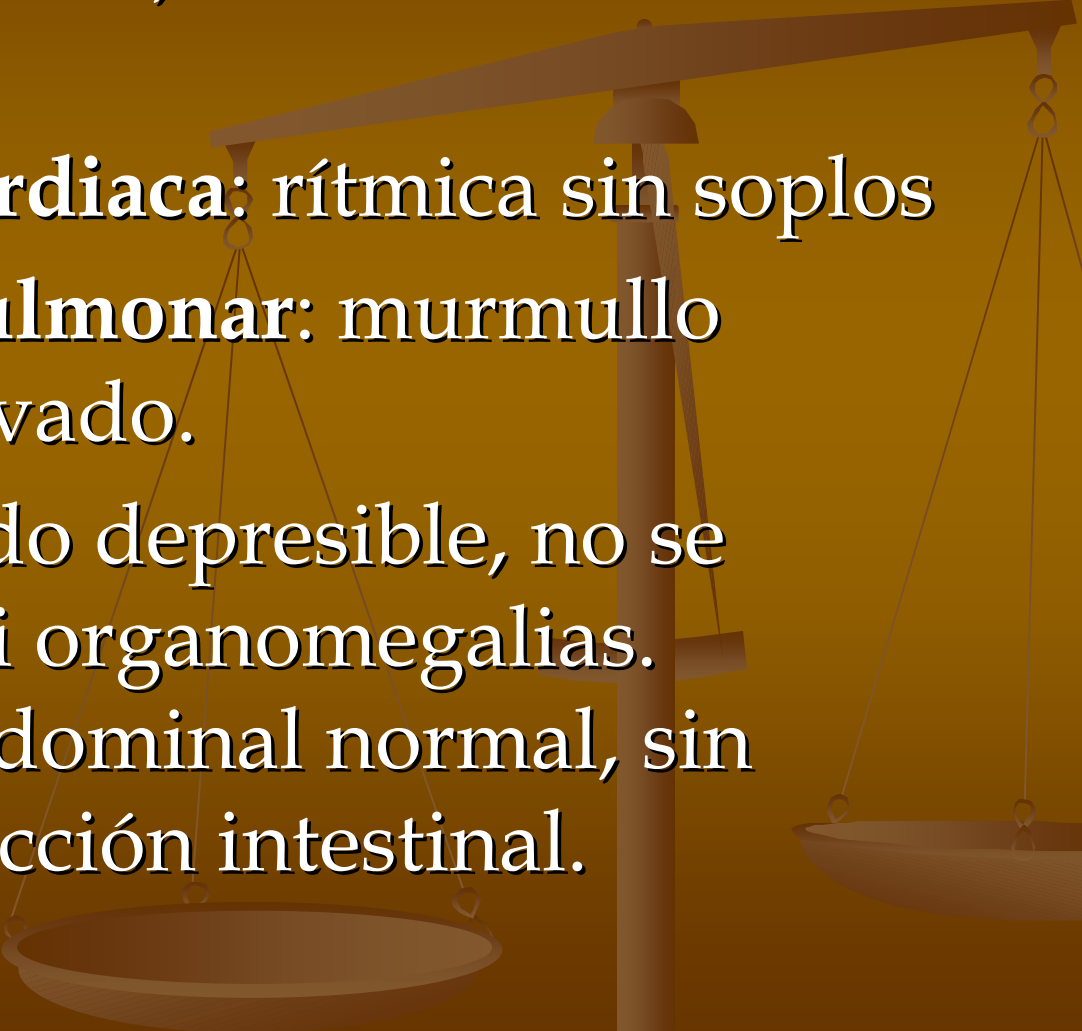
- 
- No refiere palpitaciones, dolor precordial con los esfuerzos (tipo angina) ni otros síntomas de afectación cardíaca.
 - No refiere síndrome miccional (poliuria, polaquiuria, escozor al orinar, tenesmo, dolor en fosa renal). Diuresis conservada.
 - Ritmo intestinal normal; *heces ligeramente más oscuras “según el paciente”*
 - Se decide el **ingreso** desde consultas de **transplante renal para estudio**



Exploración Física

- Consciente y Orientado en los 3 espacios
- Normo coloreado y Normo hidratado; bien perfundido
- *Tensión arterial* en brazo izq : 160/80 mmHg
- *F.C.* : 60 latidos/min
- *Eupneico* en reposo y afebril

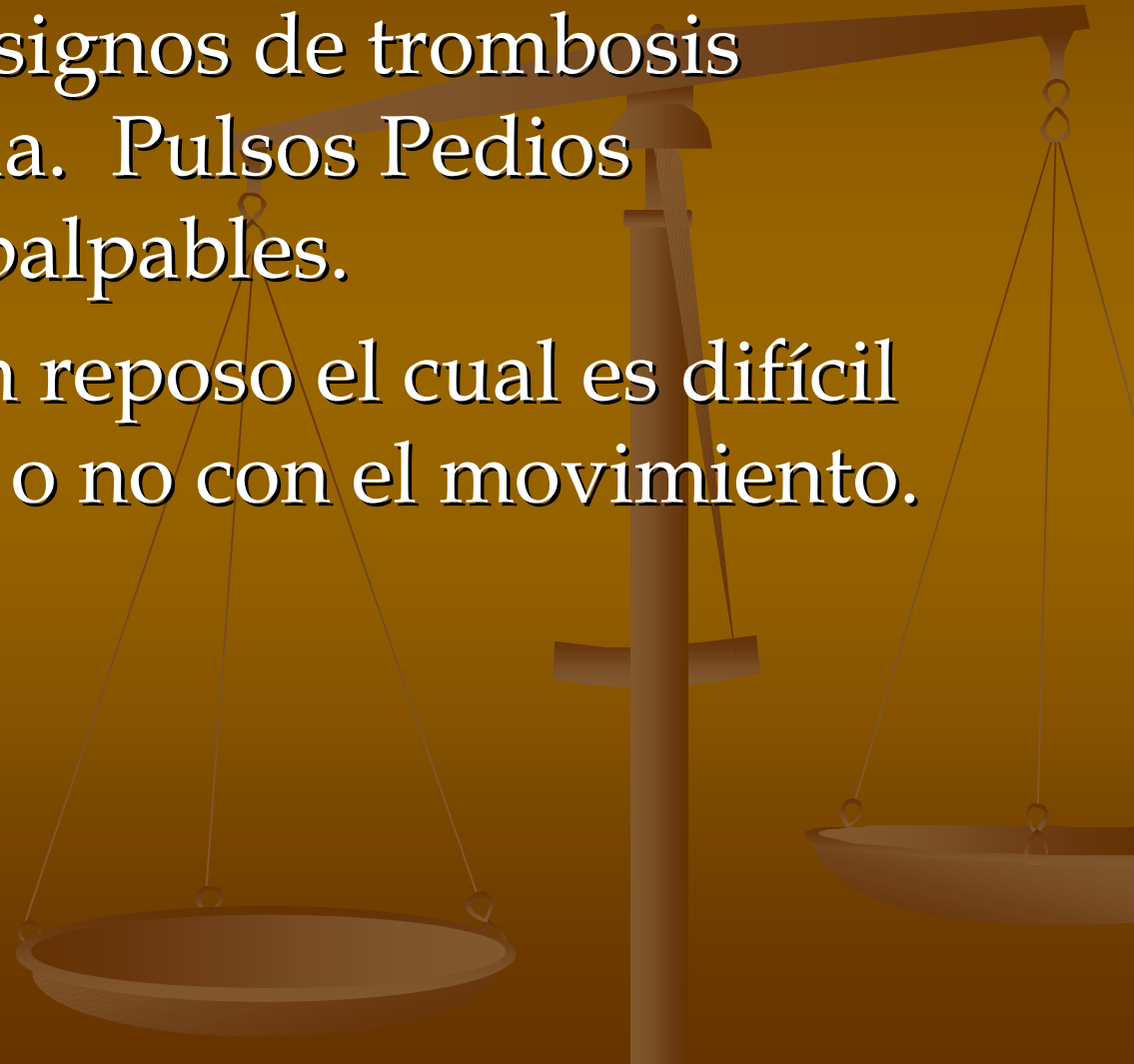


- 
- **Cabeza y cuello:** Carótidas presentes rítmicas y simétricas; no bocio ni adenopatías.
 - **Auscultación cardiaca:** rítmica sin soplos
 - **Auscultación pulmonar:** murmullo vesicular conservado.
 - **Abdomen:** blando depresible, no se palpan masas, ni organomegalias. Auscultación abdominal normal, sin signos de obstrucción intestinal.

- **Extremidades superiores e inferiores:** no hay edemas en zonas declives.

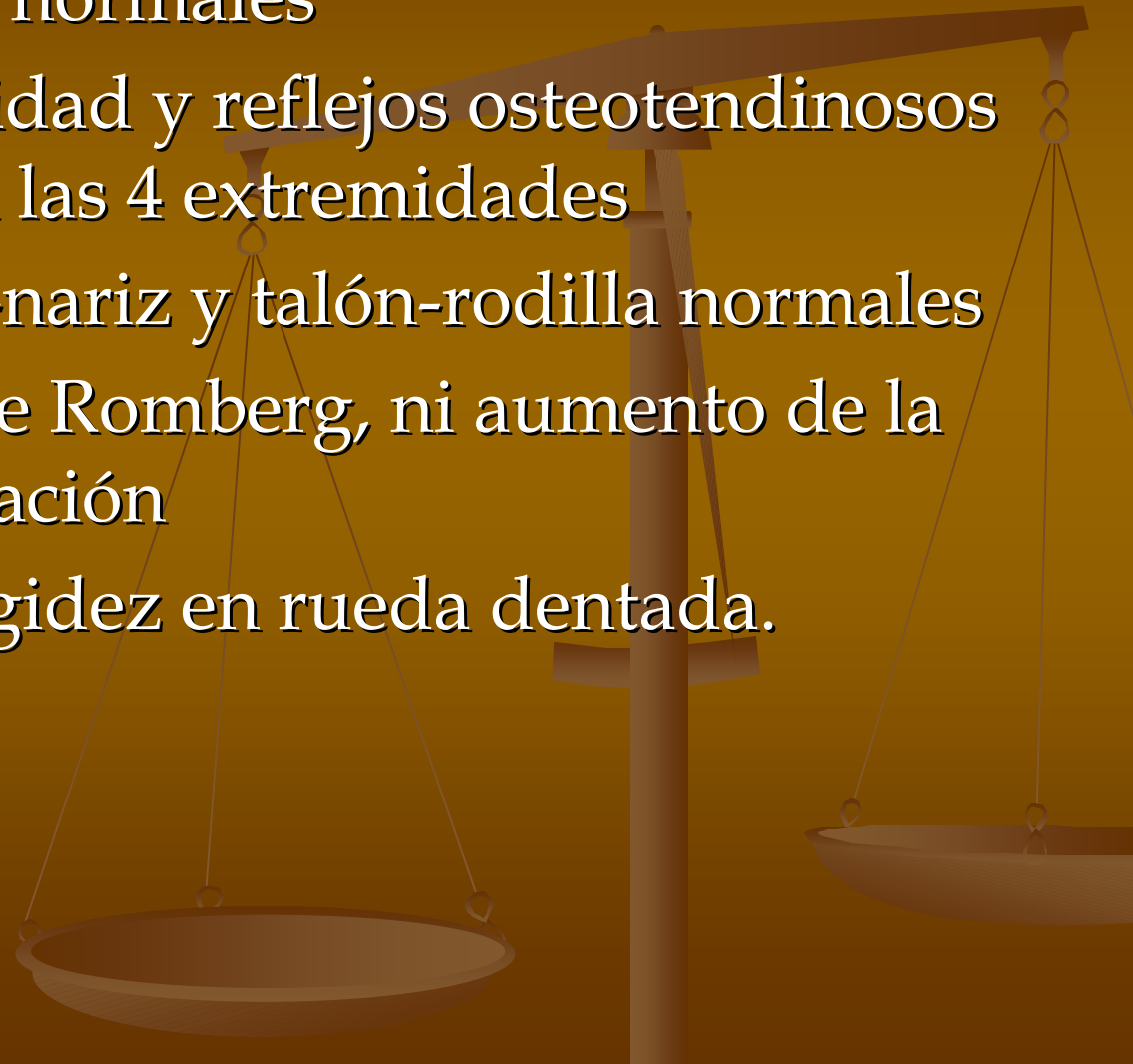
En EEII no hay signos de trombosis venosa profunda. Pulsos Pedios conservados y palpables.

Leve temblor en reposo el cual es difícil apreciar si cede o no con el movimiento.



■ Exploración neurológica:

- Pares craneales normales
- Fuerza sensibilidad y reflejos osteotendinosos conservados en las 4 extremidades
- Precisión dedo-nariz y talón-rodilla normales
- No hay signo de Romberg, ni aumento de la base de sustentación
- Muy dudosa rigidez en rueda dentada.

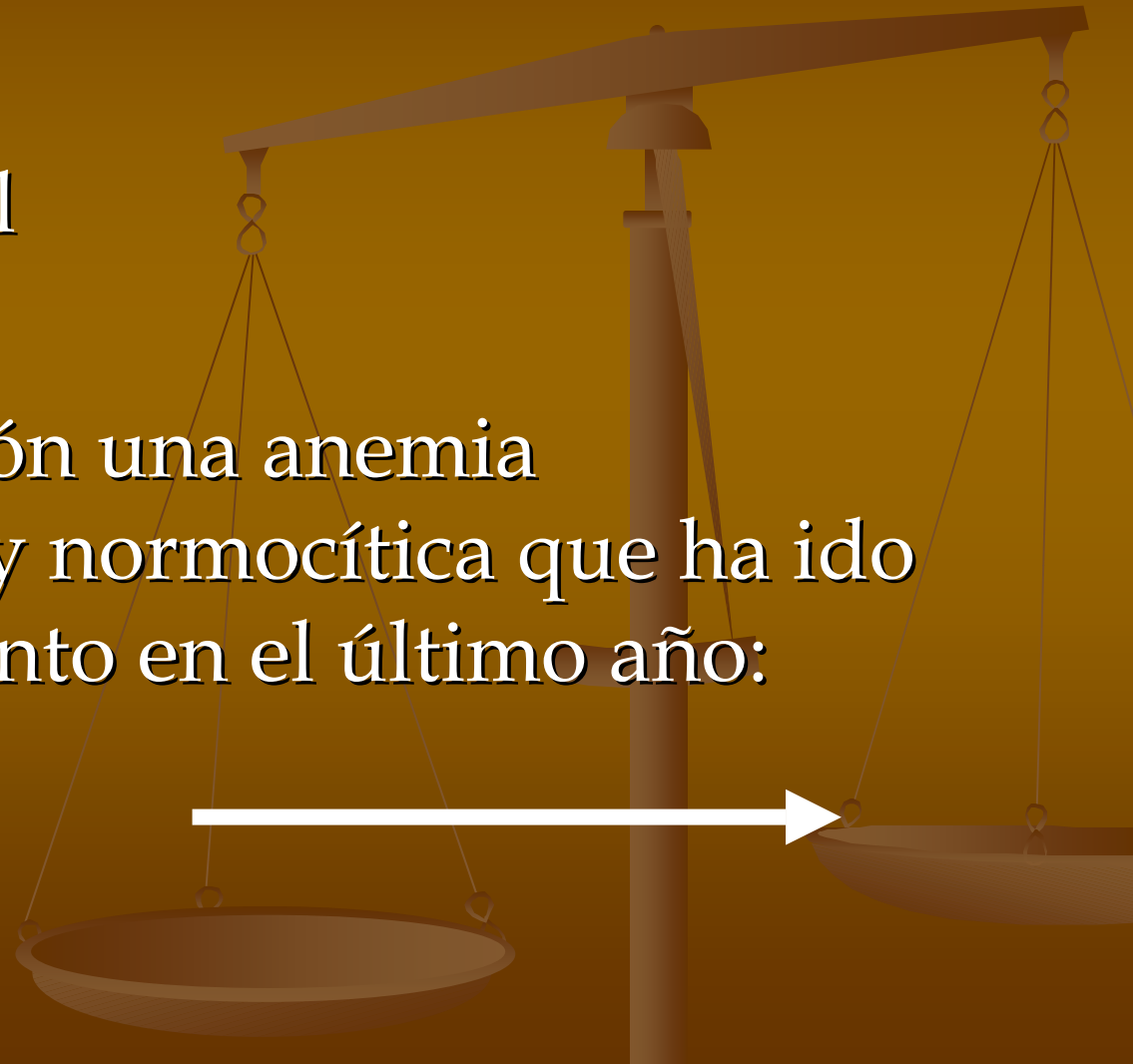




Pruebas complementarias

A destacar:

- Cr: 1,7 mg/dl
- Urea: 96 mg/dl
- Na: 133 mEq/dl
- K: 4,1 mEq/dl
- Llama la atención una anemia normocrómica y normocítica que ha ido en empeoramiento en el último año:



	<u>Enero 04</u>	<u>Diciembre 04</u>	<u>Agosto 05</u>	<u>Enero 06</u>	<u>Septiembre 06</u>
Hg	14,3	12,4	11,6	11,6	11,4 mg/dl
Hto	41.6%	35,5%	34,6%	34,4%	34,6%

El 11 de octubre de 2006 el paciente tiene en una analítica de control 12,2 g/dl de hemoglobina y 36,8% tras tto con Fe v.o.

- Se observa un deterioro de la función renal también en el último año:

	<u>Abril 2005</u>	<u>Enero 2006</u>	<u>Sept2006</u>	<u>Octubre 06</u>
Cr :	1,1 mg/d	1,2 mg/dl	1,5 mg/dl	1,7 mg/dl
Urea:	85 mg/dl	58 mg/dl	89 mg/dl	96 mg/dl

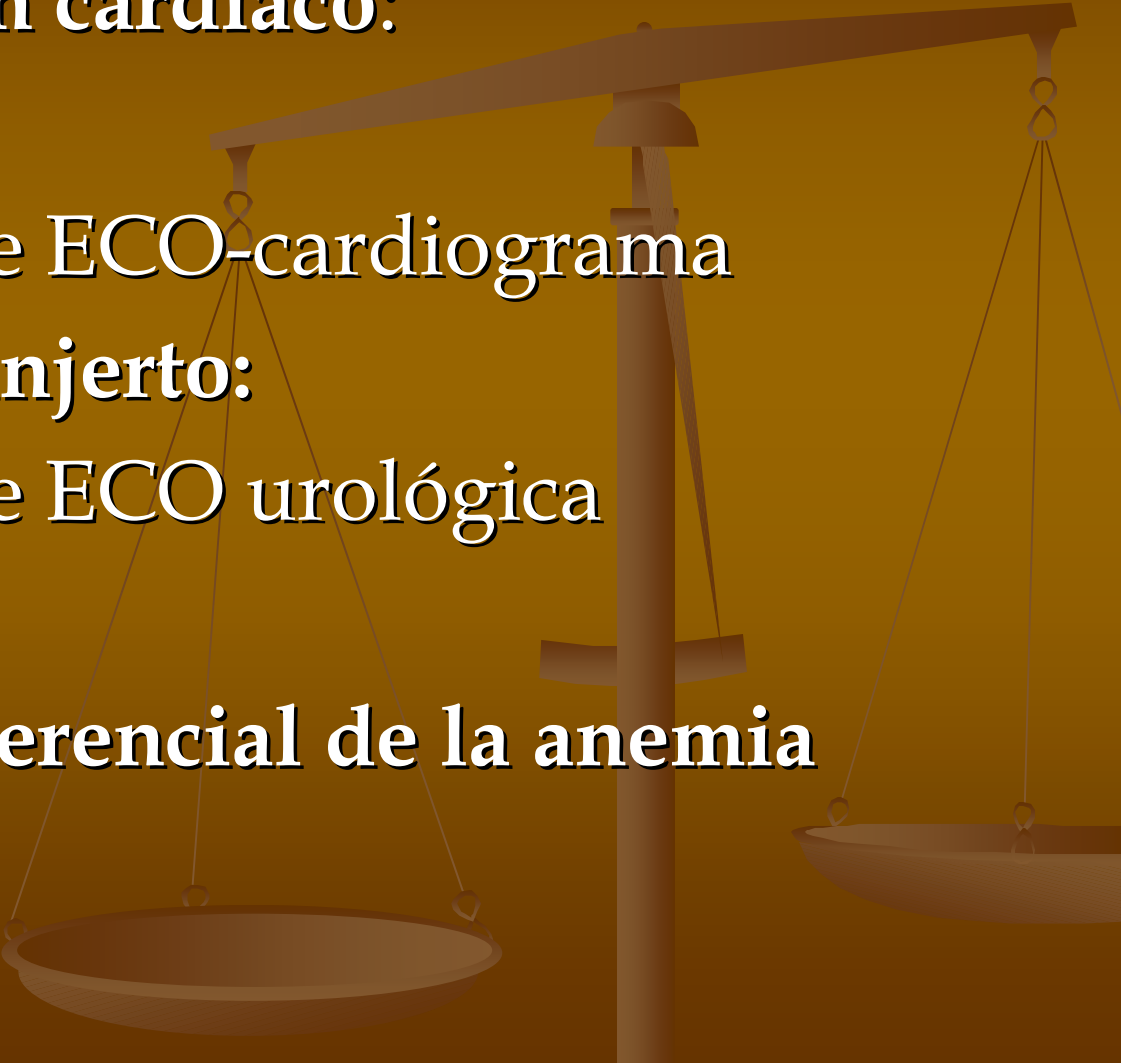


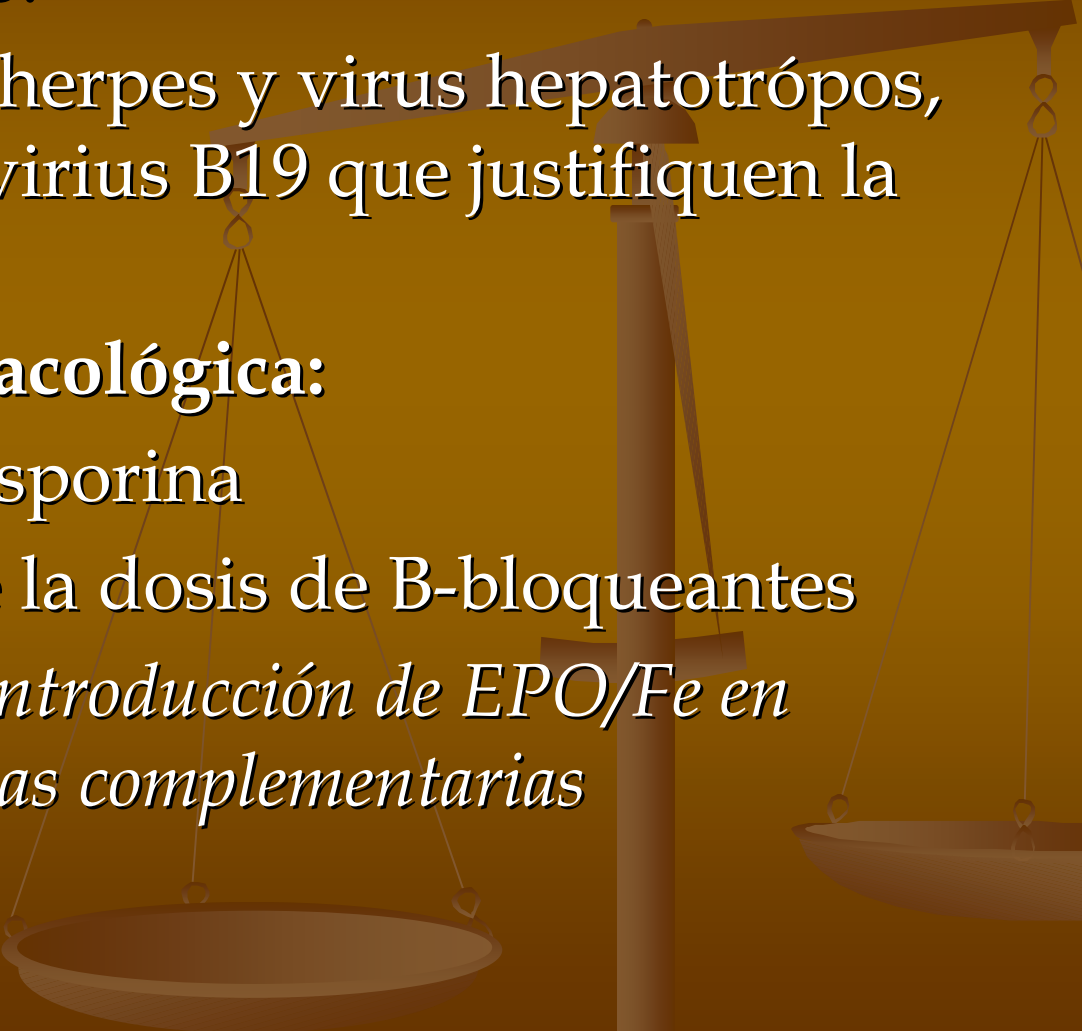
Juicio Diagnóstico

Astenia, anorexia y adelgazamiento a estudio, en paciente transplantado renal desde Enero del 2000, en relación con:

- Reacción farmacológica (B-bloqueantes y/o ciclosporina)
- Anemia secundaria a un posible deterioro de la función renal (nefropatía crónica del injerto)
- Origen cardiaco

Plan a seguir

- **Descartar origen cardiaco:**
 - ECG
 - Solicitación de ECO-cardiograma
 - **Ver estado del injerto:**
 - Solicitación de ECO urológica
 - **Perfil completo**
 - **Diagnóstico diferencial de la anemia**
- 

- 
- **Descartar infección en paciente inmunosuprimido:**
 - Ag CMV, virus herpes y virus hepatotrópos, así como Parvovirus B19 que justifiquen la anemización.
 - **Intoxicación farmacológica:**
 - Niveles de ciclosporina
 - Disminución de la dosis de B-bloqueantes
 - ***NOTA: Valorar la introducción de EPO/Fe en función de las pruebas complementarias***

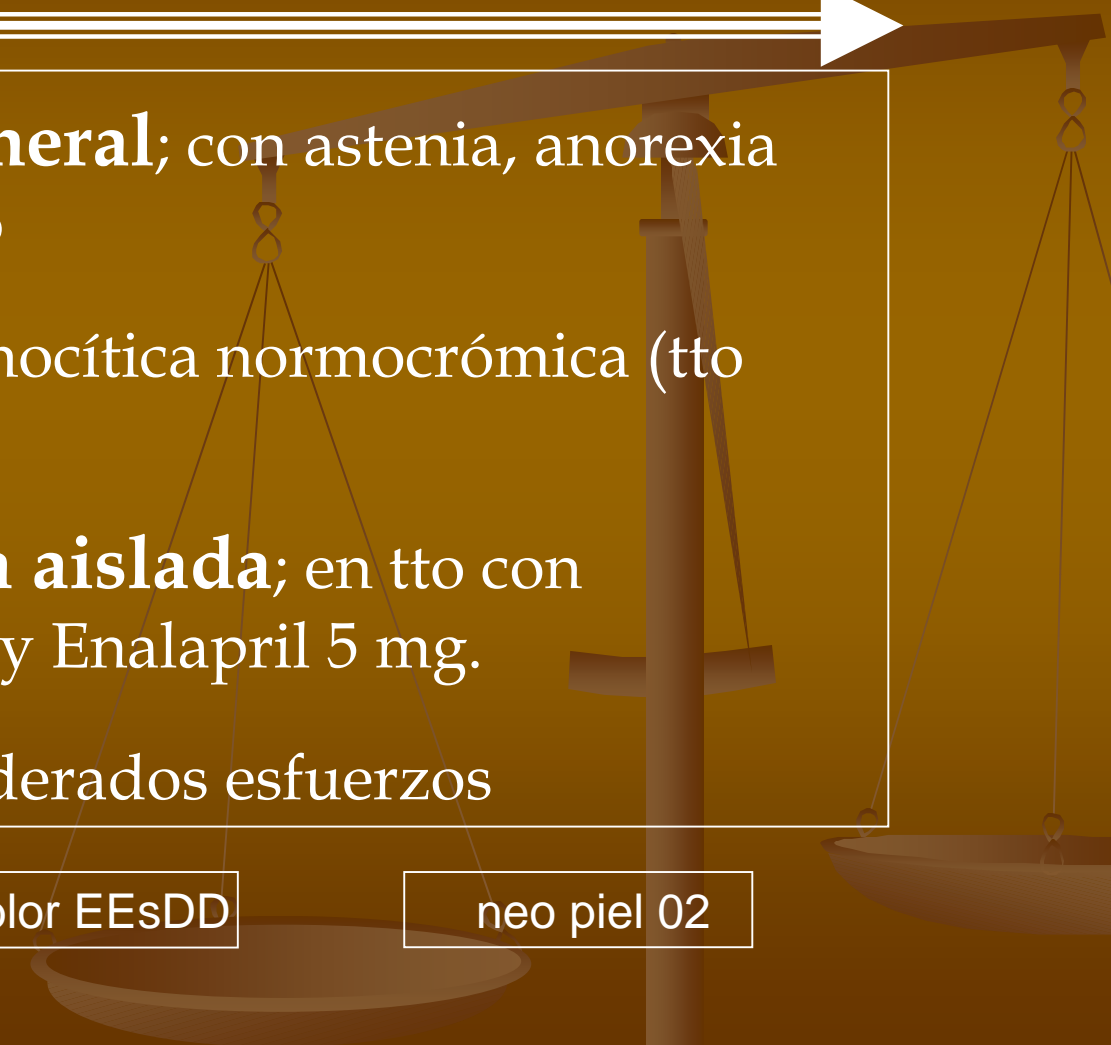


Diagnóstico Diferencial

■ Diagnóstico diferencial: cuadro clínico

Inicio

1 año después

- 
- **Síndrome general**; con astenia, anorexia y adelgazamiento
 - **Anemia**: Normocítica normocrómica (tto con Fe)
 - **HTA sistólica aislada**; en tto con Coropres® 25mg y Enalapril 5 mg.
 - **Disnea** de moderados esfuerzos

Tcxs RI 00

temblor EEsDD

neo piel 02

Síndrome General:

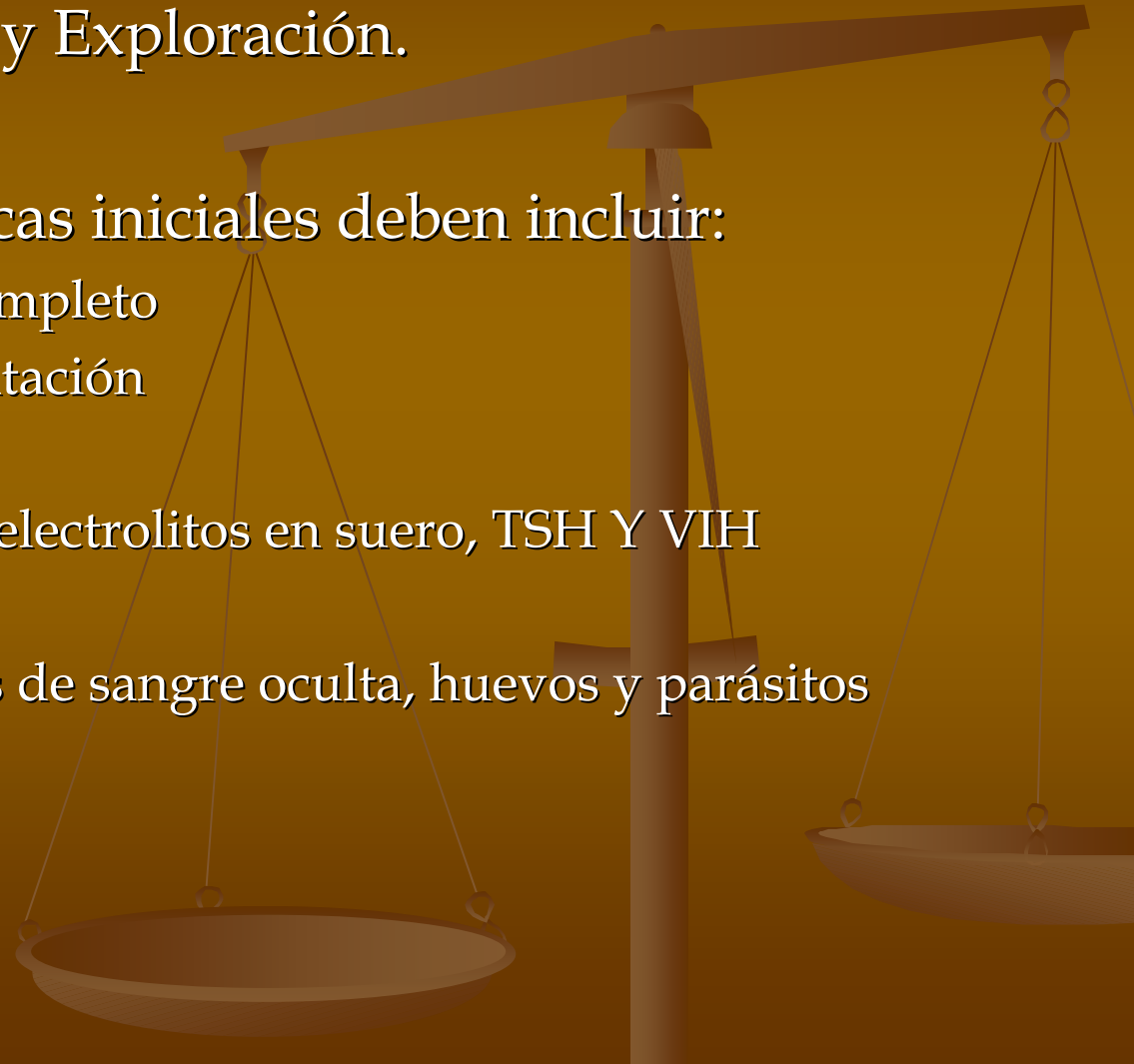
- Las causas de síndrome general (astenia, anorexia, pérdida de peso) son variadas.
- A menudo esas manifestaciones evocan la posibilidad de que exista un tumor maligno → en 2/3 no es neoplásico.

Síndrome general

- Tumores (30% aproximadamente)
- Infecciones: Tbc, endocarditis, hepatitis, VIH
- Enfermedades renales (NCI), hepáticas, digestivas: malabsorción, discrasias sanguíneas
- Trastornos metabólicos: diabetes, Addison, hiper/hipotiroidismo, hiperparatiroidismo
- Otras enfermedades: IC, EPOC, discrasia sanguínea
- Psiquiátricos: depresión, ansiedad

Orientación diagnóstica:

- Es prácticamente imposible investigar cada causa del S. General → H^a Clínica y Exploración.
- Las prueba diagnosticas iniciales deben incluir:
 - Recuento hemático completo
 - Velocidad de sedimentación
 - Análisis de orina
 - Pruebas bioquímicas, electrolitos en suero, TSH Y VIH
 - Glucemia en ayunas
 - Investigación en heces de sangre oculta, huevos y parásitos
 - Radiografía de tórax



■ Pérdida de peso y anorexia (DD):

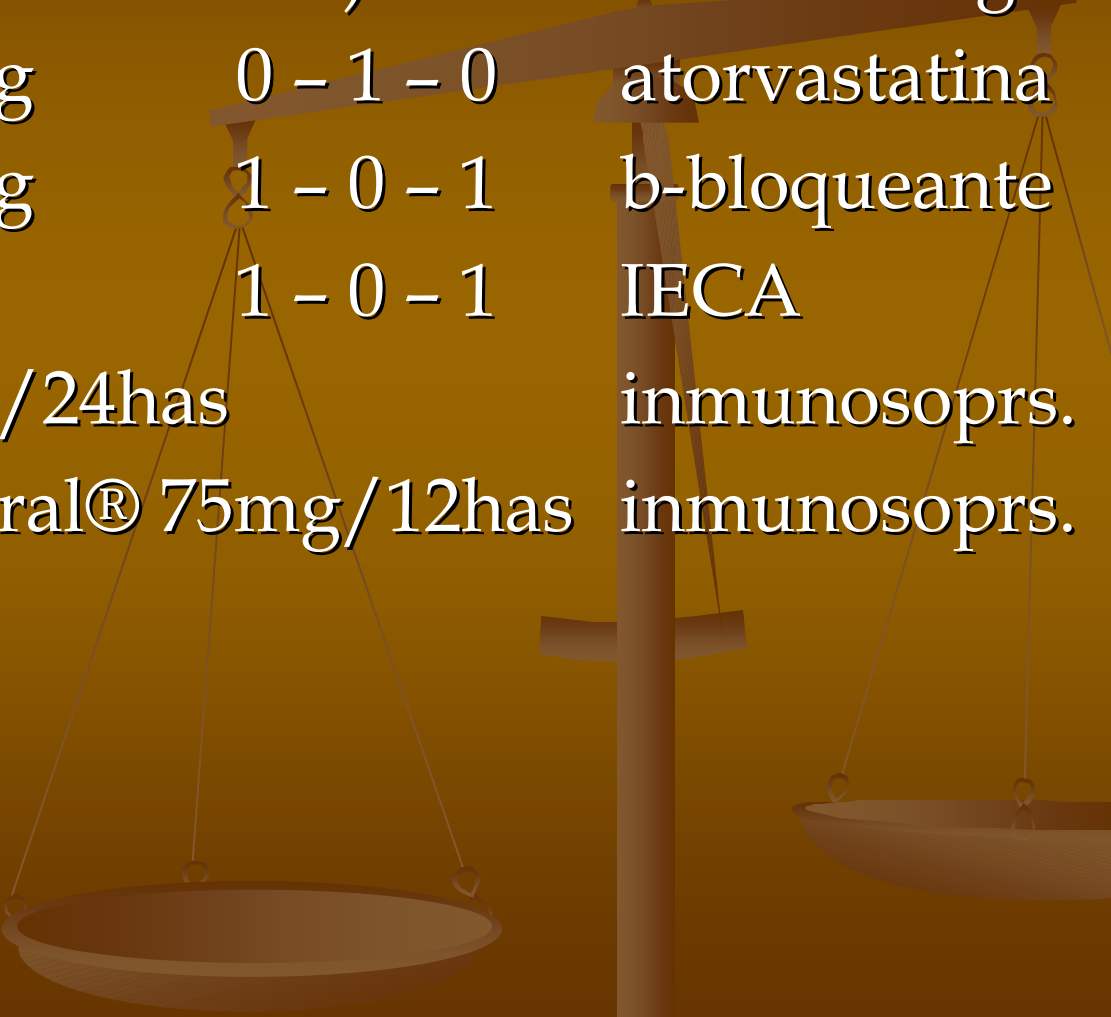
- Comprobación de que la ↓ peso ha sido reciente
- Aumento o disminución del apetito
- Composición de la dieta y los hábitos dietéticos
- Presencia de cualquier síntoma GI, por vago que sea
- Completa H^a. clínica social y psiquiátrica

■ Analizamos:

- Alteraciones psíquicas
- Causas dietéticas
- Afecciones de la boca y la faringe
- Efecto de los medicamentos
- Trastornos asociados con metabolismo acelerado y ↓ peso
 - Neoplasias, fiebre, ICC, infecciones crónicas, etc.

Efecto de los medicamentos:

■ Tt°. habitual:

- | | | | |
|------------------------------|------------|-----------|----------------|
| ■ Adalat® (tomó sólo un mes) | | | calcio-antagnt |
| ■ Cardyl® | 10mg | 0 - 1 - 0 | atorvastatina |
| ■ Coropres ® | 25mg | 1 - 0 - 1 | b-bloqueante |
| ■ Enlapril | 5mg | 1 - 0 - 1 | IECA |
| ■ Prednisona | 5mg/24has | | inmunosoprs. |
| ■ Sandimmun Neoral® | 75mg/12has | | inmunosoprs. |
- 

■ *Antecedentes personales* → *relación con medicamentos:*

- El 11/10/06 → empeoramiento de su astenia con signos y síntomas de exceso de B-bloqueantes → se ↓ la dosis
- En agosto del 06 comienza tt^o. con Adalat®
- El 18/10/06 → acude a urgencias por importantes edemas en EEII y palpebrales, junto a sensaciones referidas de mareos, cefaleas, aumento de la astenia. Se relaciona con el tratamiento con adalat ® → se suspende con mejoría clínica posterior.
- El 23/10/06 se le ingresó y el 24/10/06 → se le reduce la dosis de b-bloqueantes y de IECAS
- Temblor en ambas EEES desde que inició tt^o. con ciclosporina, no ha ↑ en el último mes.

■ Posibles reacciones adversas del tt^o:

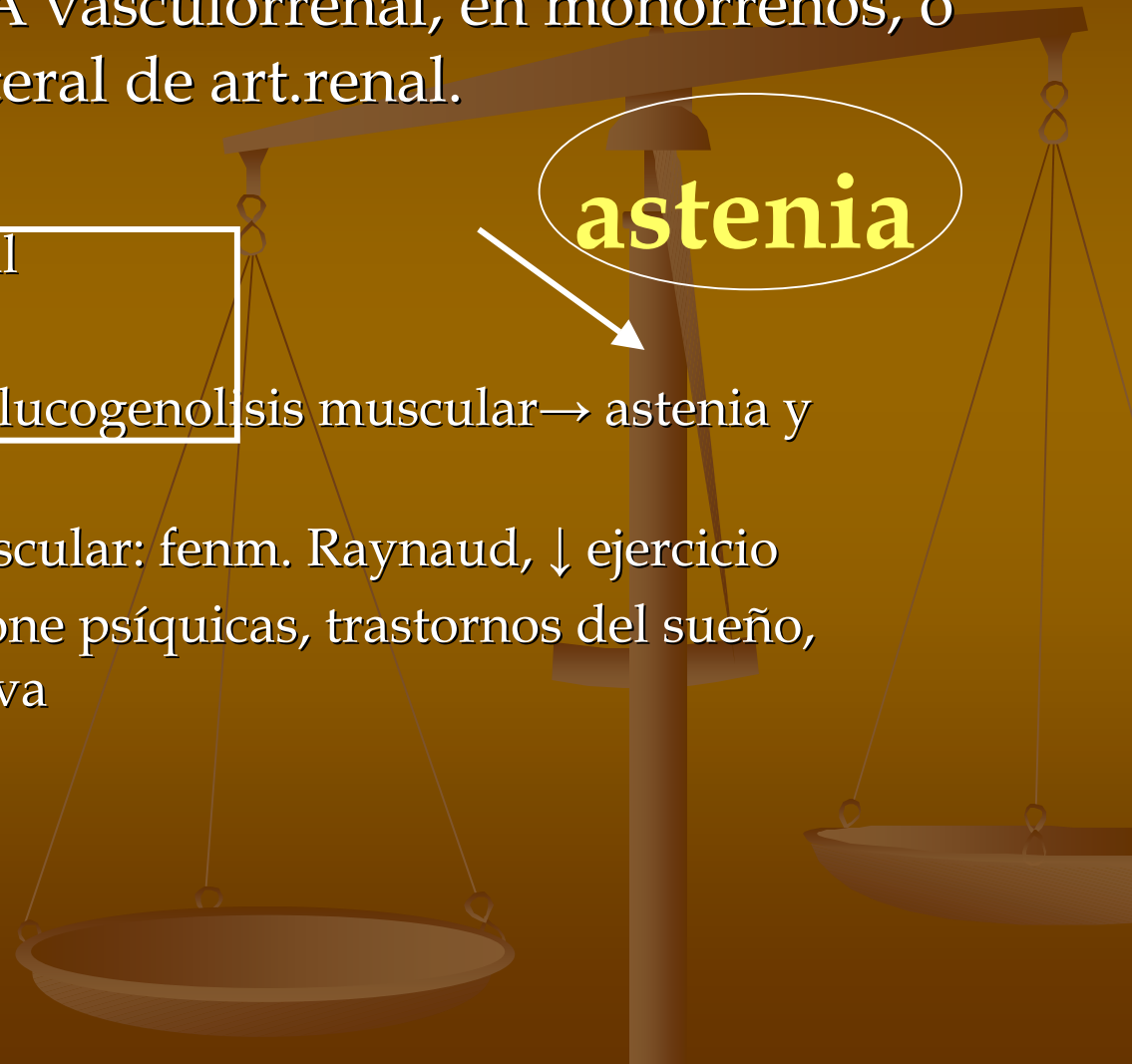
- *IECAs* → pueden precipitar fracaso renal agudo en pacientes con HTA vasculorrenal, en monorrenos, o con estenosis bilateral de art.renal.

- *B-bloqueantes* →

- ↓Q sanguíneo renal
- ↑ VLDL
- Activación de la glucogenólisis muscular → astenia y cansancio
- ↓Q sanguíneo muscular: fem. Raynaud, ↓ ejercicio
- SNC: manifestaciones psíquicas, trastornos del sueño, tendencia depresiva

cansancio

astenia



Anemia:

Hbg 11,4

Ht° 33,3%

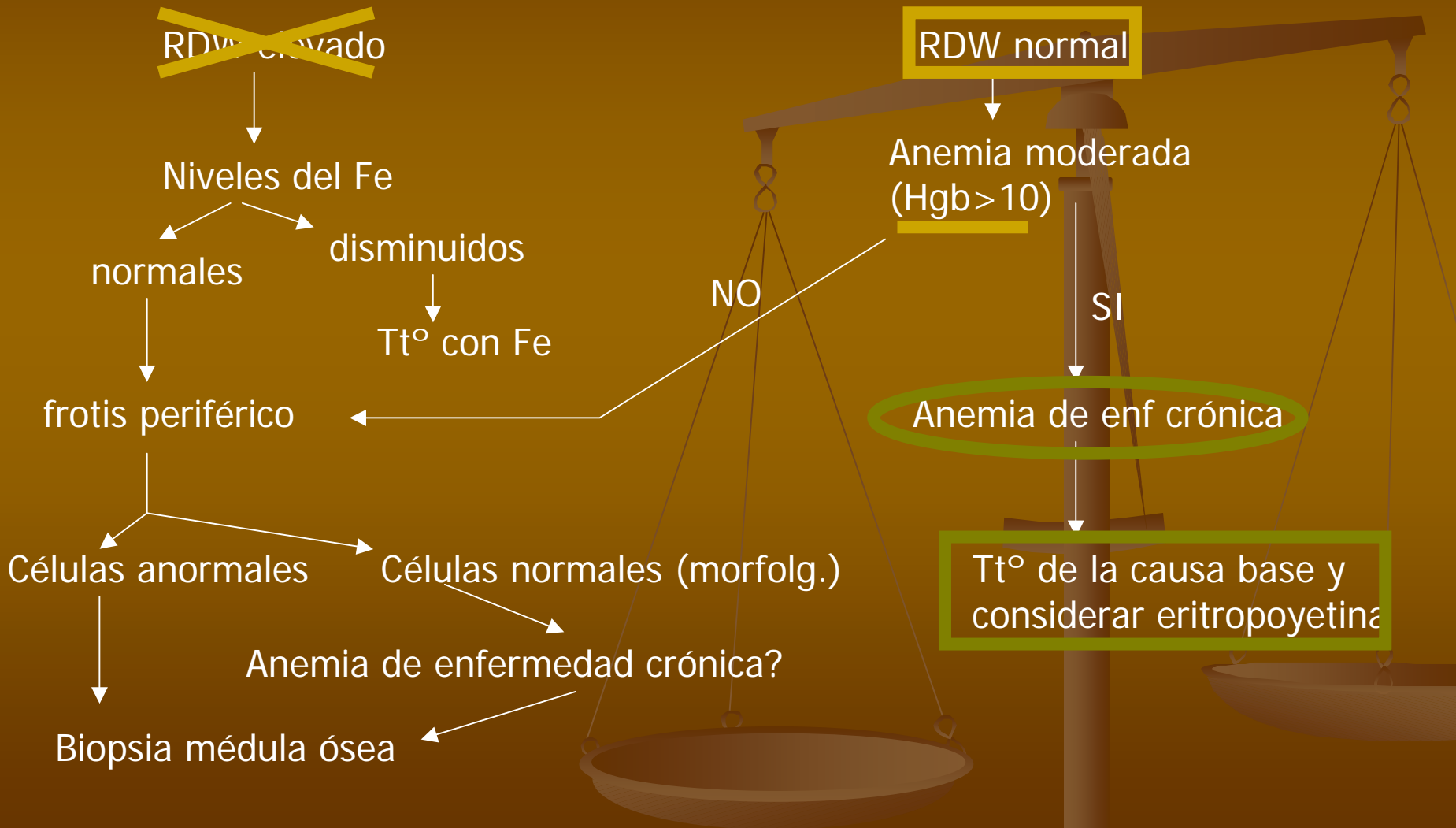
Antecedentes personales relacionados:

- *En Sept 04:* hematuria de origen no filiado, estudiado por urología ; citología + citoscopia → normales
- La anemia era normocítica-normocrómica. Desde el 11/10/06 está tomando Fe.
- Resumen de hematología y bioquímica general: (datos relevantes)
 - Bilirrubina total 0,7 mg/dl (0,1 - 1,2) normal
 - Creatinina 1,4 mg/dl (0,6 - 1,3) ↑
 - Hematias 3,49 10⁶/μl (4,5 - 6,2) ↓
 - Hierro 48 μg/dl (59 - 158) ↓
 - Monocitos 17,5% (1,0 - 13,0) ↓
 - Transferrina y cap.total fija. Fe
- *Diagnóstico de la anemia:*



Anemia normocítica:

VCM 80-100



En función de la analítica sospechamos:

■ Anemia secundaria a:

- Fallo renal: deterioro del transplante.
- Infección: CMV, virus herpes, hepatotrópos, parvovirus B19...
- Tumores: digestivo, alteración medular de tipo Mielodisplásico

Se piden como pruebas complementarias:

- *Rx de tórax*: normal
- *ECG y ecocardiograma*: PR en límites de la normalidad (0.20sg)

■ *Determinaciones bioquímicas:*

1. una bioquímica de orina, orina elemental y especial:

- | | | | |
|----|--------------------------------|------------|-----------------|
| 1. | Glucosuria | 1,0mg/ dl | (6,0 – 20,0) |
| 2. | Sodio orina | 25,0 mEq/L | (40,0-220,0) |
| 3. | Hb | + | |
| 4. | <i>Sedimento</i> : Htíes/campo | 10-12→1-3 | (<1H/campo400x) |

2. Hematología: ↓ de Ht°, hites, hb y ↑ligero de monocitos



- los monocitos estaban ligeramente elevados:
14,0 % (1.0 – 13,0)%

- Se le solicitó:

- Ag CMV
- Virus herpes
- Virus hepatotrópos
- Parvovirus B19

Que justifique la

ANEMIA

Total = Resultados normales

↑**monocitos**: inflamaciones, infartos, tumores, trast. Metabólicos (cetoacidosis agudas), SMD y hemorragias recientes.

3. Determinación de sangre oculta en heces:
negativa
4. Electroforesis de proteínas séricas: normal

Determinaciones de hematología:

Velocidad: a la 1^a hora 50 mm (0-10mm)

- Con tales resultados, la anemia tenía características de anemia secundaria a un fallo renal; nefropatía crónica del injerto (NCI). No había sangrado macro/microscópico en heces, sí hematuria: explicable por la NCI.

NCI:

- diagnóstico por exclusión
- diferentes causas de disfunción crónica del injerto:
*rechazo crónico, glomerulopatía del trasplante,
glomerulonefritis de novo, glomerulonefritis recurrente o
recidiva*

■ Signos y síntomas

- Deterioro gradual renal
- HTA
- Proteinuria

■ Clasificación de Banff

CLASIFICACION DE BANFF (RESUMEN)

GRADO I (AGUDO LEVE)

- 1.- INFLAMACIÓN INTERSTICIAL MAYOR DEL 25% DEL PARÉNQUIMA.
- 2.- TUBULITIS >4 CÉLULAS MONONUCLEADAS POR SECCIÓN TUBULAR O GRUPO DE 10 CÉLULAS TUBULARES.

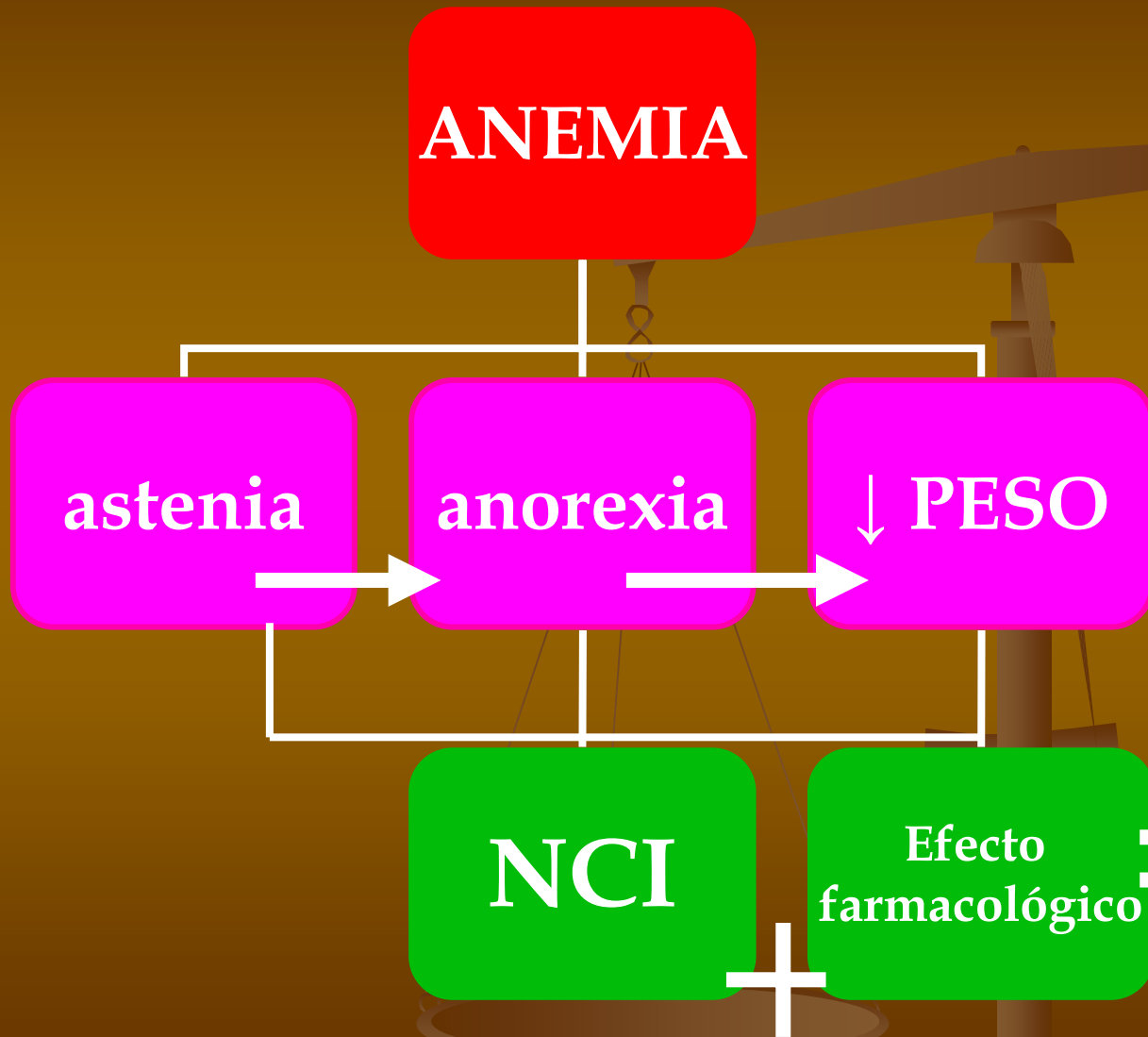
GRADO II (AGUDO MODERADO)

- 1.- INFLAMACION INTERSTICIAL EVIDENTE Y TUBULITIS >10 CÉLULAS MONONUCLEARES POR SECCIÓN TUBULAR Y/O
- 2.- LEVE-MODERADA ARTERITIS DE LA INTIMA.

GRADO III (SEVERA)

- 1.- ARTERITIS SEVERA TRANSMURAL CON CAMBIOS FIBRINOIDES Y/O NECROSIS DE LA MEDIA Y/O
- 2.- INFARTO FOCAL O HEMORRAGIA INTERSTICIAL.

■ Conclusiones:



Síndrome General



**Causado por la NCI
+
Efecto adverso de los B-Bloqueantes**

■ TRATAMIENTO:

- dormodor® (Flurazepam) 0-0-1
- Prednisona 5 mg 1 comp/d
- Sandimmun neoral ® (ciclos) 75mg/12h
- Enalapril 5 mg 1-0-0
- Aranesp 30 mg (darbepoietina) 1 iny/sem
- Losec ® (omeprazol) 0-0-1
- Control ingesta diuréticos (hábitos de vida)
- Dieta sin sal

NOTA: “El paciente se derivó a neurología”



- SINDROME GENERAL



- BALANCE DE SIGNOS Y SINTOMAS



- DIAGNÓSTICO CORRECTO