SEMINARIO ANATOMOCLÍNICO AMIR – 18 DE NOVIEMBRE DE 2026

"VARÓN DE 26 AÑOS CON ANISOCORIA, PTOSIS UNILATERAL Y PARAPARESIA PROGRESIVA"

Antecedentes personales:

Edad: 26 años

Género: Masculino

Lugar de procedencia: Córdoba

Ocupación actual: Mecánico

Escolaridad: Secundario incompleto

Antecedentes patológicos del adulto: Niega enfermedades del adulto. Niega internaciones previas. Niega antecedentes traumáticos.

Antecedentes de la infancia: Enuresis nocturna hasta los 10 años. Paperas en la infancia. Testículo en ascensor con descenso espontáneo al año de edad.

Antecedentes quirúrgicos: Niega.

Antecedentes familiares: Niega.

Alergias: Niega alergias medicamentosas.

Medicación habitual: Niega.

Vacunación: Completa.

Hábitos: Tabaquismo: 6 paquetes/año. Niega consumo de alcohol y otras drogas. Sueño, catarsis y diuresis conservadas al ingreso.

Enfermedad actual:

Paciente masculino de 26 años de edad, derivado desde otro nosocomio por cuadro de 45 días de evolución caracterizado por parestesias en 5to dedo de mano izquierda que progresaron a brazo homolateral, asociado a ptosis palpebral izquierda con anisocoria homolateral y cefalea holocraneana de intensidad 5/10 de 1 mes de evolución. En las últimas 3 semanas presenta debilidad en miembro inferior izquierdo, agregando en la última semana a debilidad de miembro inferior derecho, motivo por el cual consulta su localidad, donde realizan estudios complementarios (abajo descriptos) y deciden su derivación a nuestro efector.

Al interrogatorio dirigido refiere haber presentado un cuadro de neumopatía infecciosa de 1 mes de evolución por el cual realizó tratamiento antibiótico empírico con azitromicina durante 7 días. Niega traumatismos, dolor torácico, disnea, tos y fiebre.

Examen físico:

- **Impresión general:** Buen estado general.
- **Signos vitales:** TA 150/90 mmHg, FC 95 lpm, FR 14 rpm, T° 36°C, SatO2 98% (0.21 AA). IMC < 25.
- **Piel y faneras:** Sin alteraciones pigmentarias, sin cicatrices.
- **Cabeza y cuello:** Ojos: **ptosis palpebral izquierda leve**, conjuntivas rosadas, escleras blancas, movimientos oculares no dolorosos. Fosas nasales permeables sin secreciones ni epistaxis, puntos sinusales negativos. Cavidad bucal: mucosas húmedas, lengua central sin lesiones. Cuello cilíndrico, simétrico, no se palpan adenopatías ni bocio tiroideo. Sin ingurgitación yugular. Pulsos carotídeos simétricos, sin soplos.
- **Aparato respiratorio:** Respiración costo-abdominal, sin utilización de músculos accesorios, sin reclutamiento abdominal, tiraje intercostal/supraclavicular ni aleteo nasal. Expansión y excursión de bases conservadas. Sonoridad conservada. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos agregados.
- **Aparato cardiovascular:** Ritmo cardíaco regular, ruidos normofonéticos, sin soplos ni R3/R4. Pulsos periféricos palpables en los 4 miembros
- **Tronco y columna:** Diámetro anteroposterior normal, sin cicatrices. Columna sonora, indolora. Puño-percusión bilateral negativa.
- **Abdomen:** Abdomen plano, sin estigmas de circulación colateral ni cicatrices. Blando, depresible e indoloro. Sin visceromegalias. Timpanismo conservado, espacio de Traube libre. Ruidos hidroaéreos conservados.
- **Examen neurológico:** Vigil, orientado en tiempo, espacio y persona. Lenguaje: nomina y repite; comprende comandos y órdenes complejas. Pares craneales: **pupilas anisocóricas, reactivas a la luz; ptosis palpebral izquierda leve**. Movimientos oculares externos completos. Reflejos osteotendinosos: **arreflexia de ambos miembros inferiores**. Sensibilidad: sensibilidad táctil conservada, **parestesias infrapatelar bilateral**. Coordinación: sin alteraciones. Reflejo de Hoffman negativo bilateral. Sin signos meníngeos.
- **Miembros / Extremidades:** Superiores: tono, trofismo y movilidad conservados. Pulsos conservados. Sin edemas ni adenopatías. Inferiores**: paraparesia de miembros inferiores 2/5,** con tono y trofismo conservados. Signos de Homans y Ollows negativos. Sin edemas ni adenopatías.
- **Región perineal y genital:** esfínter rectal tónico.

Laboratorios:

Parámetro	Ingreso	Día 4	Día 6	Día 7
HEMOGRAMA				
Hemoglobina (g/dL)	14.5	14.4	12.8	13.0
Hematocrito (%)	40.0	41.0	37.0	37.0
VCM (fl) / HCM (pg)	80.6 / 29.1	-	-	-
Glóbulos blancos (/mm³)	7.830	6.590	6.600	5.780
Plaquetas (/mm³)	223.000	240.000	224.000	250.000
METABOLISMO Y FUNCIÓN RENAL				
Glucemia (mg/dL)	114	82	91	120
Urea (mg/dL)	35	42	49	41
Creatinina (mg/dL)	0.68	0.83	0.80	0.65
Uricemia (mg/dL)	-	-	-	3.4
IONOGRAMA				
Sodio (mEq/L)	139	139	137	141
Potasio (mEq/L)	4.13	4.32	3.72	4.95
Cloro (mEq/L)	100	99	98	101
Calcio / Fósforo / Magnesio	-	-	9.0 / 4.3 / 1.9	9.7 / 4.5 / 2.1
HEPATOGRAMA Y ENZIMAS				
Bilirrubina Total (mg/dL)	0.21	0.40	-	-
TGO / AST (UI/L)	15	15	-	-
TGP / ALT (UI/L)	24	29	-	-
FAL (UI/L)	93	84	-	-
GGT (UI/L)	29	29	-	-

Amilasa (UI/L)	76	65	-	-
Proteínas Totales (g/dL)	7.4	7.2	-	-
Albúmina (g/dL)	4.3	4.1	-	-
CPK (UI/L)	83	53	-	-
LDH (UI/L)	161	165	154	-
REACTANTES DE FASE AGUDA				
VES (mm/1ª hora)	37	40	-	-
PCR (mg/L)	2.6	0.9	-	-
COAGULACIÓN				
TP (seg)	13.3	-	-	-
KPTT (seg)	30	-	-	-

Orina Completa y Toxicológico

- **Orina completa (Día 0):** Color amarillo, aspecto límpido, densidad 1014, pH 7. Proteinuria no detectable, glucosuria no detectable, cetonuria no detectable, pigmentos biliares no detectables, urobilina normal, hemoglobinuria no detectable. Sedimento urinario: hematíes 0-1 por campo de 400x, leucocitos 1-3 por campo de 400x, células epiteliales 1-2 por campo de 400x; no se observan piocitos ni cilindros.
- **Tóxicos en orina (Día 1):** Negativos.

Líquido Cefalorraquídeo (LCR)

Parámetro	**Día -1 (Efector previo)**	**Día 1**	**Día 5**
Aspecto / Color	Cristal de roca	Ligeramente opalescente; sobrenadante límpido incoloro post-centrifugación	Cristal de roca (se constata presencia de sangre en la muestra)
Recuento de elementos	10 /mm³	96 /mm³ (PMN 10%, MN 90%)	788 /mm³ (PMN 1%, MN 99%)

Glucorraquia	13 mg% (0.13 g/L)	0.30 g/L (30 mg/dL)	0.08 g/L (8 mg/dL)
Proteinorraquia	3.20 g/L	1.15 g/L	0.53 g/L
Reacción de Pandy	No informada	1 +	1 +
LDH en LCR	72 UI/L	No evaluado	No evaluado
VDRL en LCR	-	No reactivo	-

Serologías, Microbiología, Autoinmunidad y Marcadores Tumorales

- **Serologías infecciosas (Día 1):**
- VIH no reactivo;
- VHB (HBsAg) no reactivo;
- VHC no reactivo;
- VDRL no reactiva
- Serología para brucelosis: Huddleson negativa, Rosa de Bengala negativa.
- **Panel molecular y microbiológico en LCR (Días 1 y 5):**
- FilmArray en LCR: no detectable.
- GeneXpert MTB en LCR: no detectable.
- ADA en LCR: 5.9 (VN: 0.0 a 10.0)
- Antígeno de Cryptococcus en LCR: negativo.
- Cultivos de micosis profundas y tinta china en LCR: no se observan levaduras capsuladas; cultivo negativo.
- Cultivo bacteriológico de LCR: negativo.
- **Inmunología y complemento (Día 1):**
- FAN: negativo.
- ANCA: negativo.
- Fracción C3 de complemento: 171 mg/dL
- Fracción C4 de complemento: 25 mg/dL
- **Marcadores tumorales y vitaminas (Día 6):**

- Alfa-fetoproteína (AFP): 0.90 ng/mL.
- Subunidad beta de Gonadotrofina Coriónica Humana (β-hCG): < 1 mUI/mL.
- Dosaje de ácido fólico y vitamina B12: no se procesó por falta de reactivo.

Estudios por imágenes:

Electrocardiograma (Día 1): ritmo regular sinusal, FC 73 lpm, eje cardíaco 82°, intervalo PR 0.16 seg, segmento QRS 0.08 seg, intervalo QT 0.32 seg.

Resonancia Magnética de Columna Cervical sin contraste (1 mes previo al ingreso):

Imagen focal hiperintensa en T2-STIR a nivel del cordón medular cervical, a la altura de C6-C7, con compromiso medial y del cordón lateral izquierdo, impresionando otra pequeña imagen focal de similar característica de señal en sector posterolateral izquierdo de la médula cervical a la altura de C4-C5, hallazgos que como probabilidad diagnóstica sugieren descartar lesiones de origen desmielinizante, a correlacionar con antecedentes clínicos. Lordosis cervical fisiológica conservada. Morfología de cuerpos vertebrales cervicales preservada. Leve hipointensidad en secuencia T1 en la señal de médula ósea de los cuerpos vertebrales que podría estar en relación a predominio de médula roja. Discos intervertebrales cervicales C3-C4 y C6-C7 hipointensos en T2 por desecación. Ligera protrusión discal posteromedial C3-C4 que impronta la cara ventral del saco tecal sin compromiso foraminal. Conducto raquídeo con diámetro adecuado en los segmentos explorados.

Tomografía Axial Computarizada de Cráneo sin contraste (1 mes previo al ingreso):

No se observan sangrados axiales ni extraaxiales. Línea media respetada. Las cavidades ventriculares son de tamaño y morfología normal. La relación sustancia blanca/gris no está alterada. Los surcos corticales son visibles. A nivel de fosa posterior, el cuarto ventrículo está en línea media y presenta tamaño normal. Cavidades aéreas del cráneo libres. Sin lesiones óseas evidentes.

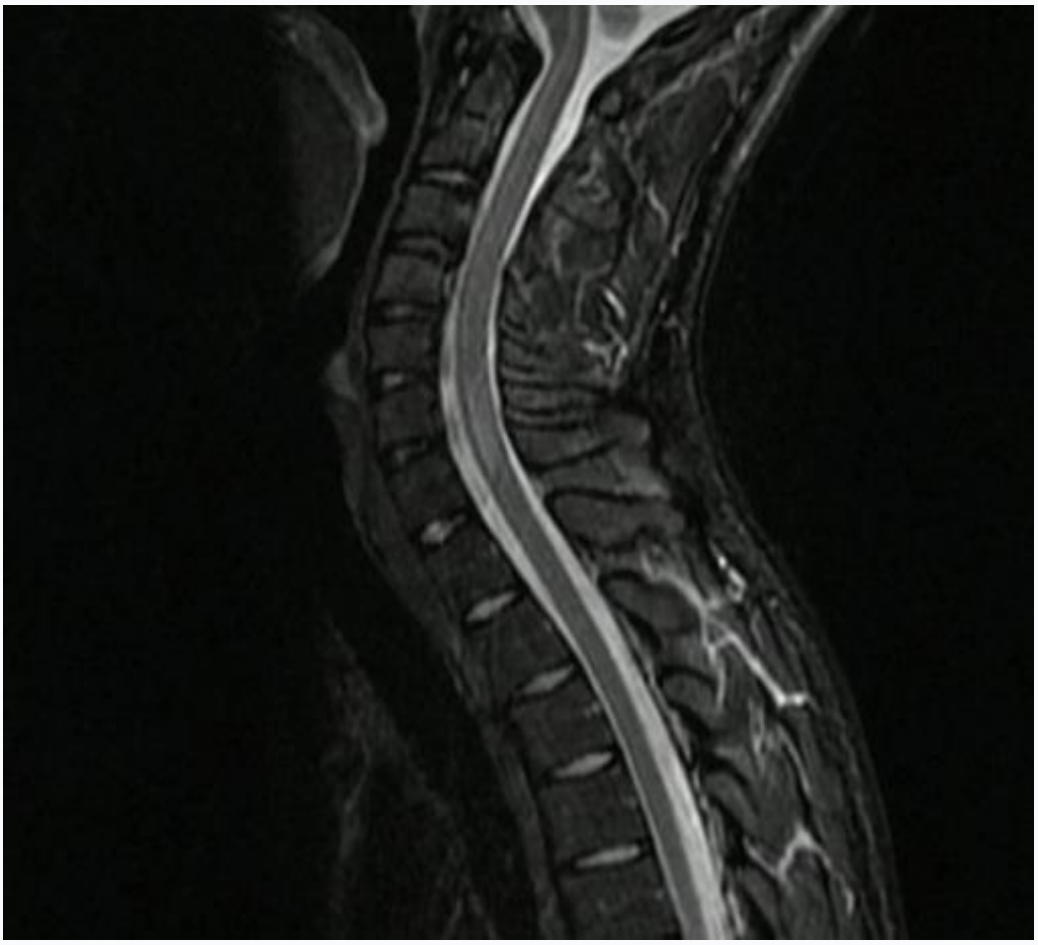
Resonancia Magnética de Cráneo con contraste EV (Día 1):

No se observan alteraciones en el parénquima cerebral. Las regiones ganglio basales son de características habituales. El sistema ventricular supratentorial es de forma tamaño y situación normal. En la fosa posterior el 4º ventrículo es de forma tamaño y situación normal. No se observan alteraciones en la intensidad de la señal hemisferios cerebelosos los cuales son de morfología habitual. El tronco encefálico no mostró alteraciones. No se observan refuerzos patológicos tras la administración de contraste e.v.



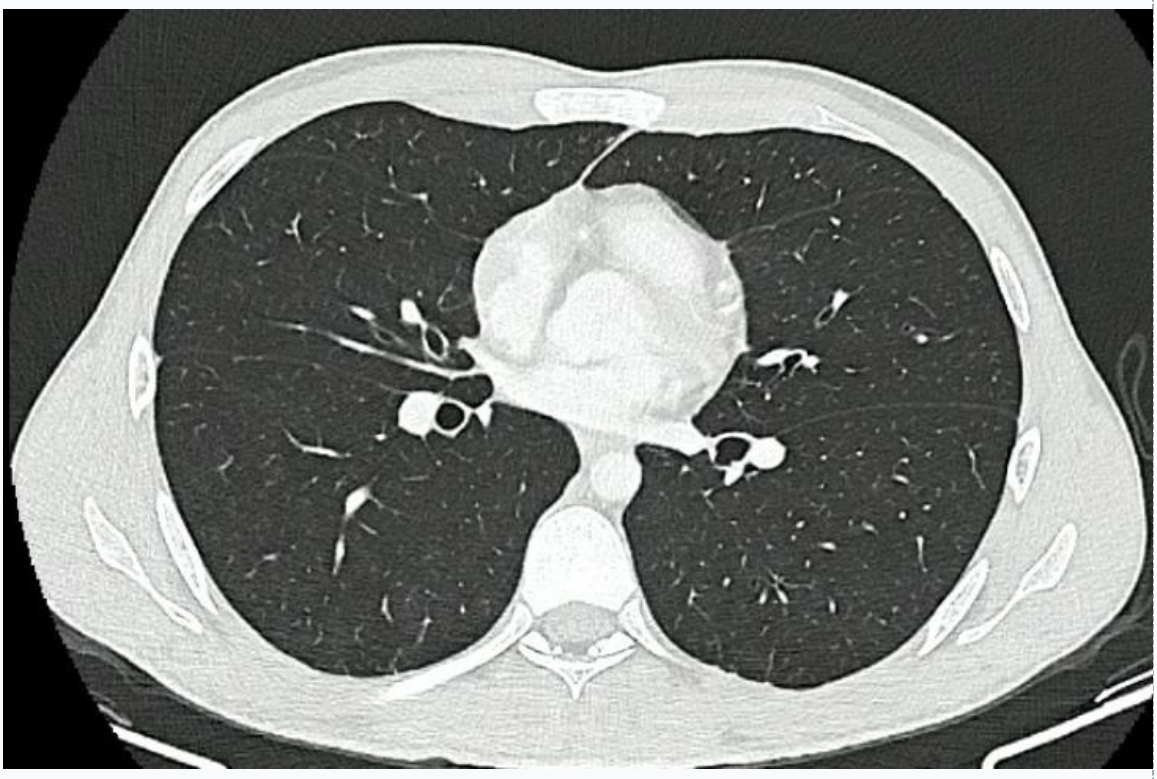
Resonancia Magnética de Médula Cérvico-Dorso-Lumbar con contraste EV (Día 1)

A nivel de C6-C7, se observa una hiperintensidad en T2 y STIR centromedular, que no presenta realce tras la administración de contraste E.V., ni restricción en DWI/ADC. No determina ensanchamiento medular. Se sugiere descartar etiología inflamatoria y correlacionar con estudios previos, si los hubiera. Los discos intervertebrales son de altura, morfología e intensidad de señal habitual. No presentan protrusiones ni hernias discales. Los cuerpos vertebrales son de morfología e intensidad normal de la señal. No se observan alteraciones a nivel de los arcos posteriores, siendo las articulaciones interapofisarias posteriores de características normales. El conducto raquídeo es de dimensiones normales. No se observan alteraciones de la señal a nivel del cono medular ni en la cauda equina. No se observan alteraciones a nivel de los tejidos blandos perivertebrales. No se observan refuerzos patológicos tras la administración de contraste E.V.



Tomografía de Tórax con contraste VO y EV (Día 4)

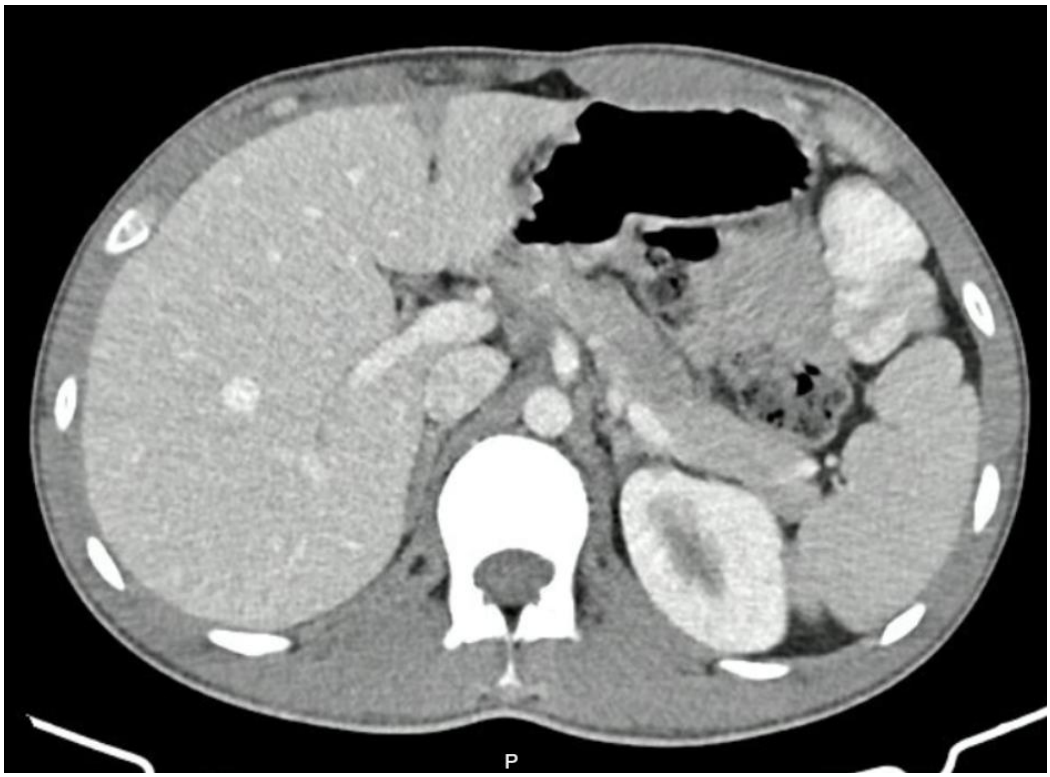
Se visualiza enfisema biapical, el mayor de 10 mm en lóbulo superior derecho. Se visualiza engrosamiento de las paredes ventriculares y tabique interventricular. Correlacionar con estudio dirigido. La porción visualizada de la glándula tiroides es de características normales. Las estructuras vasculares supraaórticas son de características normales, permeables. La aorta ascendente, el cayado y la aorta descendente son de calibre y trayecto conservados, permeables. Las estructuras venosas mediastinales: vena cava superior, vena cava inferior, venas pulmonares superiores e inferiores y venas ácigo-hemiácigos, son de calibre y trayecto conservado, permeables. La arteria pulmonar y sus ramas son de calibre y trayecto conservados, permeables. Relación aórtico-pulmonar conservada. El corazón es de tamaño normal. El pericardio es de espesor conservado. El esófago es de calibre y trayecto normales. El mediastino está en posición central. No se observan adenomegalias mediastinales, axilares o hiliares. El árbol traqueobronquial no presenta alteraciones. No se observa engrosamiento o derrame pleural. No se observan alteraciones en las estructuras que componen la pared torácica.



Tomografía de Abdomen y Pelvis con contraste VO y EV (Día 4)

Se visualizan multiples áreas hipodensas corticomedulares que se extienden hacia la capsula renal, algunas de ellas en forma de cuña y otras redondeadas, de mayor acentuación en riñón derecho, las mismas persisten hipodensas en fase tardía. Estructuras ganglionares aumentadas en número y tamaño, intercavo y lateroaórticas, que miden13.5 mm y 15 mm en su eje corto. Ambos riñones son de forma, tamaño y situación habituales. Concentran y eliminan normalmente la sustancia de contraste e.v., sin dilataciones calicopielicas ni ureterales. Dichos hallazgos sugieren áreas de hipoperfusión o de isquemia. El hígado es de forma, tamaño y situación habituales. Sus bordes son agudos. En fase venosa se visualiza un área hipodensa en segmento IVb, que mide 16 mm x 12 mm aproximadamente y se homogeniza en fase tardía. Impresiona artefacto de flujo sin poder descartar otra causa. Reducción en la densidad del parénquima hepático en probable relacion a esteatosis. La vía biliar intra y extrahepática es de calibre conservado. La vesícula biliar es de forma, tamaño y situación normales, sin imágenes que sugieran la presencia de litiasis. Tener en cuenta que este método puede pasar por alto litiasis colesterínicas. El bazo es de forma, tamaño y situación normales. El eje esplenoportal es de calibre y trayecto conservado. Área hipodensa en cuerpo pancreático de márgenes mal definidos. El conducto de Wirsung es de calibre conservado. Las glándulas adrenales son normales. No se observan adenomegalias intraperitoneales, retroperitoneales, ilíacas ni inguinales. No se observan alteraciones a nivel del tracto gastrointestinal. La vejiga es de paredes lisas, sin presentar efectos de masa endoluminales ni

parietales. La próstata y las vesículas seminales son de características normales. No se observa líquido libre ni neumoperitoneo. No se observan alteraciones en las estructuras que componen las paredes abdomino-pelvianas. Isla ósea en cabeza femoral derecha. No se identifican alteraciones en las estructuras óseas visualizadas.





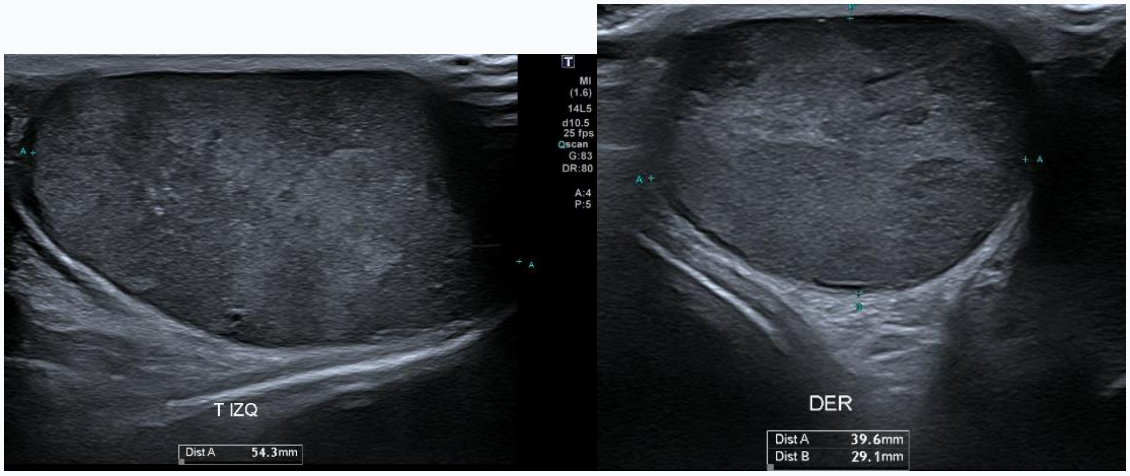
Ecocardiograma Doppler (Día 4):

Ventrículo izquierdo de dimensiones y espesor parietal normales. Índice de masa normal. Contractilidad global conservada, con función sistólica preservada. Aurículas izquierda y derecha normales. Ventrículo derecho normal con función sistólica preservada. Aparatos valvulares aórtico, mitral, pulmonar y tricúspide normales con aperturas y cierres conservados. Raíz aórtica, aorta ascendente y cayado normales. Pericardio sin derrame. Vena cava inferior de dimensiones normales con colapso respiratorio inspiratorio conservado. Flujos mitral bifásico laminar y aórtico laminar normales. Conclusión: Sin cardiopatía estructural evidente. Sin alteraciones significativas de los flujos analizados.

Ecografía Testicular Bilateral (Día 4):

TESTÍCULO DERECHO: presenta forma, tamaño y contornos conservados. Mide: 54 cm x 35 mm x 32 mm. Parénquima heterogéneo, sin lesiones definidas. Epidídimo de características ecográficas conservadas. No se observa varicocele ni hidrocele.

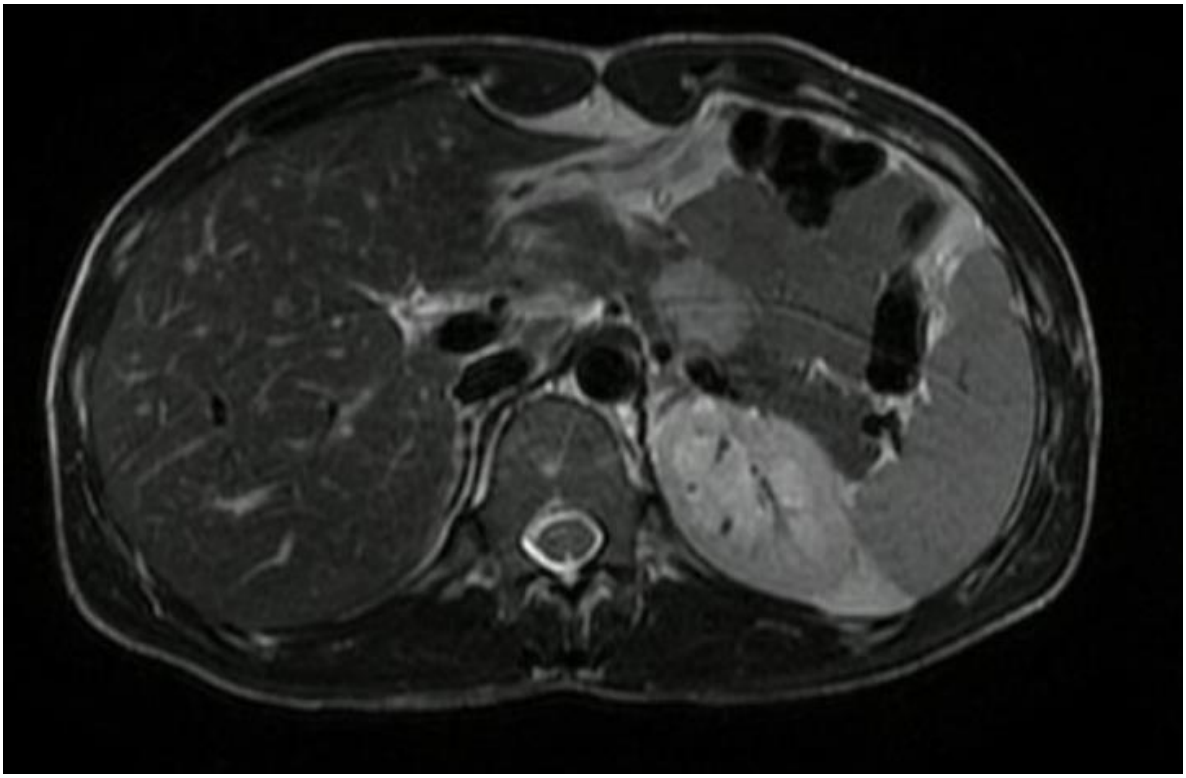
TESTÍCULO IZQUIERDO: presenta forma, tamaño y contornos conservados. Mide: 60,5 cm x 40 mm x 29 mm. Parénquima heterogéneo, sin lesiones definidas. Epidídimo de características ecográficas conservadas. No se observa varicocele ni hidrocele.



Resonancia Magnética de Abdomen y Pelvis con contraste EV (Día 5):

Se cuenta con estudio de TC previo a fines comparativos. Se observa en región corpocefálica del páncreas una lesión sólida ovoidea que mide 27 mm (CC) x 32 mm (AP) x 23 mm (T), que se muestra hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con respecto a parénquima pancreático, con marcada restricción a la difusión del movimiento libre del agua en secuencias DWI/ADC, con realce tardío al contraste e.v. El conducto de Wirsung es de calibre conservado. Otras lesiones de

similares características se observan en ambos riñones, de mayor jerarquía y compromiso en riñón derecho, estas imágenes comprometen al espesor córtico-medular y presentan igual comportamiento a la previamente descripta. Se observa además múltiples estructuras adenomegálicas retroperitoneales, de localización intercavoaórticas y lateroaórtica derecha que comparten igual comportamiento en DWI/ADC y secuencias post contraste e.v. No se evidencian alteraciones demostrables por esta metodología a nivel de las bases pulmonares. No se identifica derrame pleural. El hígado es de forma, tamaño y situación normal. La superficie es lisa, los bordes son agudos, sin evidencia de efectos de masa. El eje esplenoportal es de calibre y trayecto conservado, permeable. La vesícula biliar presenta paredes finas, de tamaño morfología habitual, sin imágenes de defecto de relleno en su interior que sugiera la presencia de litiasis. Vía biliar intra y extrahepática de calibre y trayecto conservado, sin defectos de relleno en su interior. El bazo es de forma, tamaño y situación normal, sin efectos de masa focales. Las glándulas adrenales son de forma, tamaño y situación normal, sin efectos de masa. La aorta abdominal y las arterias iliacas primitivas son de trayecto y calibre normal La vena cava inferior y las venas iliacas primitivas son de trayecto y calibre normal. No impresionan alteraciones a nivel del tracto gastrointestinal. No se observan alteraciones a nivel de los grupos musculares de la pared a abdominal. No se identifican alteraciones a nivel de las estructuras óseas visualizadas.





Evolución clínica durante la internación:

Durante la internación, el paciente presentó un curso clínico tórpido caracterizado por fluctuación y empeoramiento progresivo del foco neurológico motor y sensitivo. Persistió con ptosis palpebral izquierda y anisocoria, sumando paresia distal en el miembro superior izquierdo asociado a dolor neuropático y episodios de cefalea y vómitos. Con el transcurso de los días, sufrió un deterioro motor progresando a paresia crural bilateral 1/5, perdiendo la capacidad de desplazamiento en el plano horizontal. Se realiza procedimiento diagnóstico.