



Paciente: **SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ**

Data Nac: **01 / 10 / 1967**

Sexo: **Hombre**

NHC: **79726**

CIP: **671001PDEO1026**

Réxime: **PENSIONISTA**

NSS: **15/10260791/85**

Enderezo: **AVDA. DE CASTRELO 54 - 36630 CAMBADOS (PONTEVEDRA)**

Teléfono: **686643477**

INFORME DE ALTA DE URXENCIAS

SERVIZO: URXENCIAS

Data de entrada (dd/mm/aaaa) 20 / 10 / 2013 Hora de entrada (hh:mm) 11:55

Data de atención (dd/mm/aaaa) 20 / 10 / 2013 Hora de atención (hh:mm) 12:15

PROCEDENCIA DO PACIENTE Iniciativa propia

MOTIVO DE ASISTENCIA

Dolor e inflamación bucal.

ANAMNESE

Antec.pers.No AMC pero refiere intolerancia a múltiples agentes (benzodiacepinas, latex, lanulina, paracetamol, enentyum...). No hábitos tóxicos. #). No en vano, el paciente tiene diagnóstico de Hipersensibilidad Química Múltiple o SQM. No hábitos tóxicos. Es portador de un implante capilar realizado a los 30 años de edad con mala cicatrización (no antecedentes familiares de calvicie).

-Diagnosticado en 2005 de intoxicación por mercurio como causa desencadenante del deterioro de su salud (desde la retirada de sus 4 amalgamas dentales en diciembre de 2005 han ido descendiendo sus niveles en sangre y orina de Hg). En 2007 se establece que dicha intoxicación fue secundaria al hecho de haber portado empastes dentales de amalgama de plata desde 1988 hasta 2005 (el paciente no es alérgico al mercurio). En 2008, el INSS señala que esa intoxicación ya la padecía el paciente al menos desde 1998. Los síntomas de su intoxicación mercurial dental crónica se agudizan a partir de 1998-1999.

-El paciente está afecto de un hidrargirismo crónico secundario a amalgamas dentales, del cual se han derivado una serie de pluripatologías, entre las que destacan: inflamación sistémica crónica de bajo nivel (conjuntivitis, blefaritis, rinitis, sinusitis, estomatitis, gingivitis, periodontitis, gastritis, cistitis, otitis, faringitis, duodenitis, antritis, esofagitis, tendinitis, epitrocleitis#); síndrome de fatiga crónica en relación con malfunción mitocondrial/hipometilación (mitocondropatía de novo) diagnosticada por determinación de ácido láctico y pirúvico pre y post prueba de esfuerzo, así como por biopsia muscular; leucopenia moderada (3000-4000 leucocitos); síndrome fibromiálgico; síndrome seco (incluido síndrome de ojo seco, faringitis crónica seca y xerostomía); duodenitis, esofagitis, pequeñas úlceras gástricas, RGE, diarreas crónicas, herpes virus humano tipo 6, pequeña hernia de hiato, incremento de bacterias prevotella y clostridium, ausencia de lactobacilos y bifidobacterias; aftas bucales, estomatitis y eccemas crónicos; síndrome de apnea-hipoapnea de sueño (principalmente apneas centrales) tratada con CPAP que el paciente tuvo que abandonar por mala tolerancia-empeoramiento; síndrome IRN crónico; hipersensibilidad química y electromagnética; hipotiroidismo subclínico; síndrome dispéptico; síndrome uretral; subfertilidad, síndrome vertiginoso; candidiasis crónica; síndrome digestivo; enfermedad degenerativa musculoesquelética; enfermedad de Scheuermann; síndrome calambres-fasciculaciones.

-En cuanto a los pasos para tratamiento desintoxicante del paciente, el informe del médico internista del CHUS, Dr. Arturo González Quintela, del 21 de julio de 2010, señala: "Paciente con intoxicación crónica por mercurio para el que se recomienda quelación con EDTA y ácido Alfa-Lipoico. Remitido anteriormente al Hospital Río Hortega, que no dispone de este procedimiento. Consta en el CHUS que el Hospital General Universitario de Valencia (Unidad de Toxicología Clínica) tampoco dispone del citado procedimiento. El paciente tiene intoxicación crónica por mercurio por amalgama dental". El paciente no consigue tratamiento quelante en la medicina pública, de modo que privadamente le realizaron algunos 'tratamientos naturales' con alga chlorella, selenio, zinc y otros suplementos orales,

COPIA PARA O PACIENTE



Paciente: **SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ**

Data Nac: **01 / 10 / 1967**

Sexo: **Hombre**

NHC: **79726**

CIP: **671001PDEO1026**

Réxime: **PENSIONISTA**

NSS: **1510260791/85**

Enderezo: **AVDA. DE CASTRELO 54 - 36630 CAMBADOS (PONTEVEDRA)**

Teléfono: **686643477**

INFORME DE ALTA DE URXENCIAS

así como oxigenoterapia, inmunoterapia, etc., sin resultados aparentes. A finales de 2012 (parte de octubre y diciembre) se inicia tratamiento de suplementación mineral y vitamínica a modo de sueros intravenosos diarios, de lunes a viernes, que incluyen (en octubre) el quelante natural ácido alfa-lipoico y, en diciembre, también ALA más un par de sesiones del quelante químico EDTA. El paciente comenta que ese tratamiento comenzaba a aportarle cierta mejoría (leve incremento de energía y apetito), pero no pudo continuarlo por motivos económicos.

Seguido en consultas externas por múltiples especialidades entre los que destacan:

-CGD por dolor abdominal. Incluido en lista de espera para resección de la cicatriz de la apendicectomía.

-Digestivo por sospecha de SII.

-NRC: mínimas hernias discales D5-d6 y D6-D7 sin compromiso radicular. Pendiente RNM lumbar.

-Neurología, última consulta: acude para valorar si puede ser enviado al H. Gregorio Marañón para realizar plasmaféresis.

Intervenciones quirúrgicas: Amigdalectomía. Adenoidectomía. Apendicectomía. Fractura en húmero izquierdo.

Tratamiento actual: no refiere.

Enfermedad actual:

: Varón de 46 años con los antecedentes descritos que presenta inflamación y dolor en encía izquierda y derecha superiores con halitosis y supuración, lo cual también se extendió a parte del velo del paladar. Después de episodio similar en encía superior derecha en 2007 (que el paciente indica que nunca mejoró del todo), y de episodios en febrero y noviembre de 2012, y en junio de 2013, el problema bucal actual se reinició lentamente desde comienzos de septiembre de 2013 alcanzando su punto álgido a principios de octubre. Refiere, además de dolor, sensación de adormecimiento y acorchamiento hemicraneal derecho (acudió al dentista el 9/10/13 donde le pautaron clorhexidina y ác. hialurónico sin mejoría). El paciente presenta de base aftas bucales crónicas con varios episodios anteriores de periodontitis, gingivitis, aftas en genitales esporádicas, eccemas crónicos, diarreas crónicas, pequeños espasmos, tics faciales, fasciculaciones en brazos y piernas, etc. No dolor torácico ni disnea. No refiere fiebre, pero hace notar que con Tª superior a 35.5°C ya puede sentir acaloramiento, estando actualmente su Tª corporal habitual en torno a los 35°C (34.2°C termometrados en Hospital Puerta de Hierro el 20/12/12) y oscilando su Tª corporal habitual antes de la intoxicación entre 36 y 36.5°C. El paciente adjunta informes de médicos de la sanidad pública, junto a fotografías de sus patologías y un relato de la patología bucal por la cual acude a urgencias.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA máx/mín (mm Hg)	121/85	FC (latidos/min)	72
Tensión arterial		Frecuencia cardíaca	
Tª (°C)	35,9 Axial	Pulsioximetría (%)	98
Temperatura	Localización		

Buen estado general. Consciente, orientado y colaborador. Normohidratado y normoperfundido. Buena coloración de piel y mucosas. Eupneico en reposo. Tembloroso, realiza pequeños movimientos espasmódicos que el paciente refiere tene de base. Fibrilaciones y fasciculaciones musculares.

COPIA PARA O PACIENTE





Paciente: **SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ**

Data Nac: **01 / 10 / 1967**

Sexo: **Hombre**

NHC: **79726**

CIP: **671001PDEO1026**

Réxime: **PENSIONISTA**

NSS: **15/10260791/85**

Enderezo: **AVDA. DE CASTRELO 54 - 36630 CAMBADOS (PONTEVEDRA)**

Teléfono: **686643477**

INFORME DE ALTA DE URXENCIAS

CyC: pulsos temporales conservados. No se palpan adenopatías. No IVY. Orofaringe: aftas bucales diseminadas. Inflamación periodontal con exudado purulento en encía superior derecha. Halitosis.

NRL: sin focalidad neurológica aguda. PICNR. Pares craneales conservados. Fuerza, tono y sensibilidad sin alteraciones. No disimetrías D-N. No nistagmo. No rigidez de nuca ni signos meníngeos.

AC: rítmica, no se auscultan soplos. AP: murmullo vesicular fisiológico sin ruidos sobreañadidos.

Abdomen: defensa aparentemente voluntaria y/o reactiva a la palpación (dice que no le duele, que son como contracciones que le dan). Molestia en epigastrio. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de peritonismo ni timpanismo. RHA +. Blumberg-. Murphy-. Pulsos femorales conservados. PPRB-.

Extremidades: sin edemas ni exantemas. No signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos. Lesiones descamativas no eritematosas en manos y pies. No presentan enrojecimiento al rascado.

PROBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica

Radioloxía

Hematimetría: Eritrocitos Reconto $5.55 \cdot 10^{12}/L$ (4.5-5.9), . Hemoglobina 15.9 g/dL (13.5-17.5), . Hematocrito 45 % (40-50), . Volumen Corpuscular Medio 80.2 fL (80-98), . Hemoglob. Corpusc. Media 28.6 pg (26-32), . Concent. Hb Corpus. Media 35.7 g/dL (31-37), . Ancho Distrib. Hematíes 12.4 % (11.5-15.5), Plaquetas $198 \cdot 10^9/L$ (130-400), . Volumen Plaquetario Medio 10.1 fL (9-13), . Ancho Distrib. Plaquetas 11.4 (9-17), Leucocitos Reconto $4.5 \cdot 10^9/L$ (4.5-11), . Neutrófilos 48.5 % (40-72), . Neutrófilos $2.2 \cdot 10^9/L$ (1.8-8), . Linfocitos 40.3 % (24-44), . Linfocitos $1.8 \cdot 10^9/L$ (1.1-4.8), . Monocitos 9.2 % (2-8), . Monocitos $0.4 \cdot 10^9/L$ (0.1-0.9), . Eosinófilos 1.8 % (0-5), . Eosinófilos $0.08 \cdot 10^9/L$ (0.05-0.5), . Basófilos 0.2 % (0-2), . Basófilos $0.01 \cdot 10^9/L$ (0.01-0.2).

Hemostasia: Tempo de Protrombina 12.5 seg. (11-13), . Actividade Protrombina 102 % (70-130), . I N R 0.99 (0.8-1.2), T. P. T. A. 29 seg (25-37), Fibrinóxeno 409 mg/dL (170-400).

Análise Xeral Soro: Glicosa 97 mg/dL (75-110), Urea 27 mg/dL (17-45), Creatinina 0.92 mg/dL (0.4-1.2), Sodio 138 mmol/L (134-145), Potasio 4.3 mmol/L (3.3-5.1).

TC craneal: Sin alteraciones significativas.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Aftas bucales. Periodontitis. Los previos.

TRATAMIENTO ADMINISTRADO EN URXENCIAS

Nolotil.

TRATAMIENTO E RECOMENDACIÓNS AO ALTA

Nolotil 1 cáps/8h.

Flagyl 2 comp./8 h. durante 10 días.

Mycostatín solución 6cm/8h. durante 15 días.

Si no hay mejoría y/o aparecen nuevos síntomas volver a consultar. Dado la presencia de una enfermedad sistémica, damos cita para Medicina Interna (descatar Beçhet).

Control y seguimiento por odontología.

COPIA PARA O PACIENTE





Paciente: **SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ**

Data Nac: **01 / 10 / 1967**

Sexo: **Hombre**

NHC: **79726**

CIP: **671001PDEO1026**

Réxime: **PENSIONISTA**

NSS: **15/10260791/85**

Enderezo: **AVDA. DE CASTRELO 54 - 36630 CAMBADOS (PONTEVEDRA)**

Teléfono: **686643477**

INFORME DE ALTA DE URXENCIAS

Control y seguimiento por su médico de cabecera.

Liliana Doval Oubiña MIR-1

ALTA

A domicilio

Seguimento por:

Atención primaria

No caso de seguimento por especialista hospitalario:

Data de saída(dd/mm/aaaa) **20 / 10 / 2013**

Vilagarcía de Arousa, 17 de novembro de 2013

Asdo. Dr./a Francisco Javier Serantes Pombo

COPIA PARA O PACIENTE

