Sesión Clínica

07-08-2019

Ángela Crespo Rubio Esther Fernández Pérez







Resumen

- Varón de 91 años con HTA con RCV muy elevado por ECV establecida a varios niveles que ingresa por disnea progresiva (CF II/IV a III/IV) en la últimos 3 meses, sin síntomas congestivos, tos con escasa expectoración y sin fiebre
- En la exploración → crepitantes finos en ambas bases
- No elevación de reactantes de fase aguda. ↑ D Dímero (11000)
- Insuficiencia respiratoria con hipoxemia e hipocapnia
- Rx Tórax, TC → Consolidaciones periféricas
- Ingresa con dco de Infección respiratoria baja con incipiente consolidación bibasal y en LSD. Se pauta Levofloxacino desde el servicio de Urgencias y en planta se añade Azitromicina







Pruebas complementarias

- Pro BNP 342
- HbA1c 7,9%
- Ag. S. pneumoniae, Ag Legionella orina: Negativos. Virus respiratorios: negativos. Cultivo esputo: negativo.
- ECOCARDIOGRAMA: ventrículo izquierdo de tamaño normal con FE conservada, sin anomalías segmentarias de la contractilidad. Disfunción diastólica (estadío I), con velocidad de onda E inferior a 50 cm/s (muy baja probabilidad de presiones de llenado elevadas). Regurgitación aórtica ligera. No otras anomalías







Pruebas complementarias (TCAR)





Pruebas complementarias (TCAR)





Pruebas complementarias, TCAR

Persisten consolidaciones en vidrio deslustrado de localización periférica en segmentos apicales y posteriores de ambos lóbulos superiores, segmento anterior de LII y posterobasales bilaterales, que probablemente se han reducido discretamente respecto al estudio previo. Infiltrado reticulares periféricos subpleurales de distribución difusa y predominio posterobasal bilateral, que asocia bronquiectasias y bronquiolectasias por tracción en segmentos declives e imágenes quísticas sugestivas de panalización, más evidentes en el lado derecho. Secreciones en tráquea y bronquios principales.

Hallazgos que sugieren *exacerbación de enfermedad pulmonar intersticial difusa no conocida previamente,* (*probables focos de neumonía organizativa secundaria*). Valorar antecedentes del paciente (patrón de NIU: FPI vs. enfermedad del tejido conectivo). Dilatación de aorta torácica descendente







Pruebas complementarias

- ESPIROMETRÍA: normal.
- Autoinmunidad: ANAS + (1/160, patrón nucleolar), ANCAS, antiDNA, ENAS: negativos. Complemento: normal.
- INTERCONSULTA NEUMOLOGÍA: probable enfermedad intersticial de base con focos de neumonía organizativa. Se pauta corticoide a dosis de 1mg/kg de peso.







Diagnóstico

- Enfermedad intersticial pulmonar difusa no clasiflicable patrón NIU y focos de neumonía organizativa.
- Enfermedad renal crónica estadío 3a.
- DM descompensada secundaria a tratamiento esteroideo

Tratamiento:

- ✓ Insulina Lantus:10-0-0
- ✓ Dacotin 30 mg: 2 comprimido en el desayuno durante 1 mes y posteriormente 1 comprimido durante otro mes.
- ✓ Acrel 35 mg: 1 comprimido semanal.
- ✓ Resto de tratamiento como venía realizando







Evolución:

Tras el alta hospitalaria, intenso dolor agudo en región aquílea bilateral



Tendinosis severa aquílea y rotura de tendon izquierdo en probable relación con toma de Levofloxacino.



Valorado por Traumatología. Recibió tratamiento con HBPM (Hibor 3500 U) y 8 días con Apixaban 2.5 mg cada 12 horas, inicialmente junto a Clopidogrel por aumento de diámetro a nivel de pantorrilla de EID y sospecha de TVP.

Ante la persistencia de la inflamación y el dolor en dicha extremidad acude a consulta.







Evolución:

PA 95/55, FC 85 x', T 35.9 °C. Eupneico basalmente. No IY. Cor rítmico con tonos apagados 72 lpm. AP: hipofonesis generalizada. EEII: empastamiento en MID con hematoma en región de tobillo y en toda extremidad inferior derecha. Pulsos distales presentes





Hemograma: 9000 L (75 % Ne), **Hb 15**, VCM 95, plaquetas 119000. Coagulación: TP 95 %, INR 1.03.

Bioquímica: glucosa 188, urea 88, úrico 3.81, creatinina 1.35, FG 46, HbA1c 9.5 %.

Ecografía MMII: compatible con *gran hematoma a nivel de músculo soleo derecho*. Tendinosis de ambos aquíleos con rutura subtatal de lado izquierdo.



Se coloca drenaje por parte de Radiología y vendaje compresivo con anemización hasta 10.7 gr/dl.



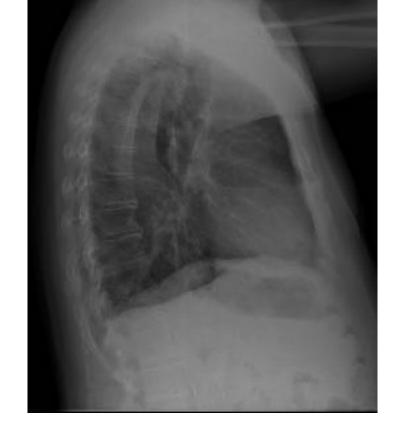




Evolución:

• Reducción progresiva de dosis Prednisona hasta suspender (6 meses)











Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID):

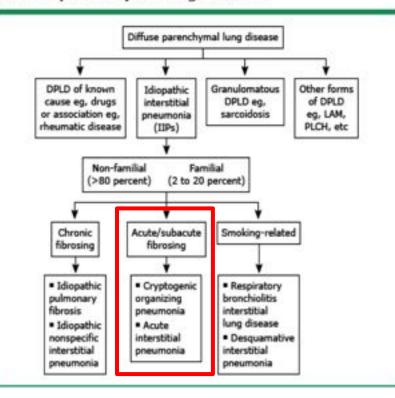
- Forupo heterogéneo de trastornos que se clasifican juntos debido a manifestaciones clínicas, radiográficas, fisiológicas o patológicas similares. "Intersticial" refleja que comienza en el intersticio, aunque la mayoría asocia una alteración extensa de la arquitectura alveolar y de las vías respiratorias.
- La evaluación inicial de pacientes con EPID tiene como objetivo identificar la etiología y gravedad. Los resultados de laboratorio, radiográficos y función pulmonar guían la decisión sobre realizar un lavado broncoalveolar o una biopsia transbronquial, toracoscopia o pulmonar abierta.
- ➤ Los glucocorticoides son efectivos en algunos casos (probablemente menos de la mitad), y la probabilidad de respuesta depende en parte del tipo de EPID. Definir el tipo es esencial para evaluar el papel potencial del tratamiento con glucocorticoides.
- <u>Buena respuesta en</u>: EPID asociada con la enfermedad del tejido conectivo, Neumonitis por hipersensibilidad, Neumonía intersticial linfocítica, *Neumonía organizativa criptogénica* Neumonía eosinofílica, Sarcoidosis, Capillaritis







Diffuse parenchymal lung diseases



Diffuse parenchymal lung diseases consist of disorders of known causes (rheumatic disease, environmental or drug related) as well as disorders of unknown cause. The latter include idiopathic interstitial pneumonias, granulomatous lung disorders (eg, sarcoidosis), and other forms of interstitial lung disease including lymphangioleiomyomatosis, pulmonary Langerhans cell histiocytosis/histiocytosis X, and eosinophilic pneumonia. The interstitial pneumonias are further categorized as chronic fibrosing, acute or subacute fibrosing, or smoking related. Lymphoid interstitial pneumonia is typically associated with other disease processes, such as rheumatic disease or immunosuppression; idiopathic lymphoid interstitial pneumonia is rare.

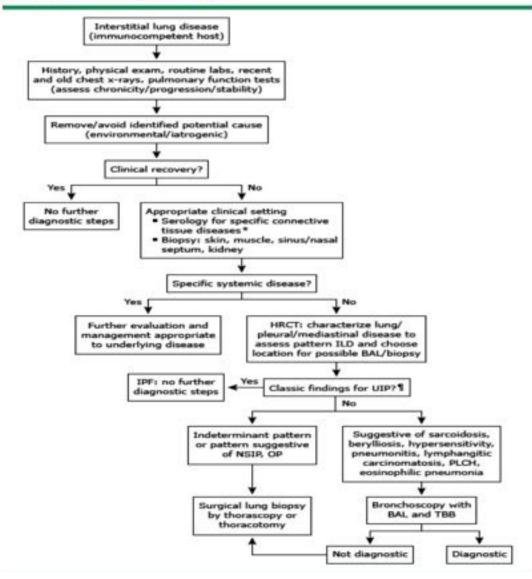
DPLD: diffuse parenchymal lung disease; IIP: idiopathic interstitial pneumonia; LAM: lymphangioleiomyomatosis; PLCH: pulmonary Langerhans cell histiocytosis/histiocytosis X.







Interstitial lung disease



PFT: pulmonary function tests; HRCT: high resolution computed tomography; ILD: interstitial lung disease; BAL: bronchoalveolar lavage; UIP: usual interstitial pneumonia; IPF: idiopathic pulmonary fibrosis; NSIP: nonspecific interstitial pneumonia; OP: organizing pneumonia; PLCH: pulmonary Langerhans cell histiocytosis; TBB: transbronchial lung biopsy.

- * Serology as indicated by clinical findings: rheumatoid factor, anti-cyclic citrulinated peptide, antinuclear antibody, antisynthetase antibodies, creatine kinase, aldolase, Sjögren's antibodies and scleroderma antibodies.
- ¶ Classic HRCT features of UIP:
 - 1. Reticular opacities in basal and peripheral distribution.
 - Traction bronchiectasis.
 - Honeycombing (clustered airspaces 3 to 10 mm diameter) in subpleural location.
 - Ground glass opacities may be present but are less extensive than reticular opacities.

Adapted from: Raghu G. Am J Respir Crit Care Med 1995; 151:909.









Laboratory testing in the evaluation of interstitial lung disease

Laboratory tests to order in the majority of patients with interstitial lung disease

Complete blood count and differential

Urinalysis

Alkaline phosphatase

Alanine aminotransferase (ALT, SGPT) and aspartate aminotransferase (AST, SGOT)

Blood urea nitrogen (BUN)

Creatinine

Tests for possible rheumatic disease

- Antinuclear antibody (ANA)
- · Rheumatoid factor (RF)

Laboratory tests to order in selected patients with interstitial lung disease

Additional possible tests for systemic rheumatic disease*

- Anti-cyclic citrullinated peptide (Anti-CCP)
- · Creatine kinase (CK), aldolase
- Myositis-associated antibodies (eg. anti-tRNA synthetases lo-1, PL-7, PL-12)
- · Anti-neutrophil cytoplasmic antibody (ANCA)
- Anti-topoisomerase (Sci-70) antibody, anti-PM-1 (PM-Sci) antibody
- · Anti-double stranded (ds) DNA antibodies

Sicca features or positive anti-extractable nuclear antigen (ENA): Check anti-RO (SS-A), anti-La (SS-B), antiribanudeoprotein (RNP), serum protein electrophoresis, serum IgG4

Sciendactyly, prominent GERD: Check anti-centromere, anti-topoisomerase I (anti-Sci-70)

Mechanics hands: Anti-BNA synthetases (eg. 3c-1, PL-7, PL-12, and others)

Amyopathic dermatomyositis: Anti-melanoma differentiation-associated gene 5 (MDA-5)

Suspicion of heart failure or pulmonary hypertension: Brain natriuretic peptide (BNP) or N-terminal proBNP (NT-

Anemia and/or hemophysis: Coagulation studies, anti-glomerular basement membrane (GBM) antibodies, antiphospholipid antibodies, serum IgA endomysial or tissue transglutaminase antibodies in patients who may have idiopathic pulmonary hemosiderosis

Mediastinal lymphadenopathy: serum protein electrophoresis

Beryllium exposure: Peripheral blood beryllium lymphocyte proliferation test

Risk factors for HIV: HIV test

Testing for hypersensitivity pneumonitis antibodies based on patient exposures

Laboratory tests that are unlikely to be helpful in the diagnosis of interstitial lung disease

Angiotensin converting enzyme (ACE)

Erythrocyte sedimentation rate (ESR)*

C-reactive protein (CRP)*

GERD: gastroesophageal reflux disease; IgA: immunoglobulin A; IgG4: immunoglobulin G4.

- * Additional tests are obtained when rheumatic disease is suspected based on clinical features, positive antinuclear antibody (ANA) test, positive rheumatoid factor (RF), or presence of pleural disease on chest imaging.
- 1 These tests are nonspecific. Occasionally, patients will have elevated values for ESR or CRP that are twice normal in the setting of an idiopathic intenstitial pneumonia (IIP). So, these tests may be obtained to assess for undifferentiated rheumatic disease in a patient with IIP.







HRCT patterns in interstitial lung disease

Airspace opacities

Haze or ground glass attenuation

Hypersensitivity pneumonitis

Desquamative interstitial pneumonia

Respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease

Drug toxicity

Pulmonary hemorrhage

Lung consolidation

Chronic or acute eosinophilic pneumonia

Cryptogenic organizing pneumonia (bronchiolitis obliterans with organizing pneumonia)

Aspiration (lipoid pneumonia)

Alveolar carcinoma

Lymphoma

Alveolar proteinosis

Reticular opacities

Idiopathic pulmonary fibrosis

Asbestosis

Connective tissue disease

Hypersensitivity pneumonitis

Nodules

Hypersensitivity pneumonitis

Respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease

Sarcoidosis

Pulmonary langerhans cell histiocytosis

Silicosis

Coal workers' pneumoconiosis

Metastatic cancer

Isolated lung cysts

Pulmonary langerhans cell histiocytosis

Lymphangioleiomyomatosis

Chronic Pneumocystis carnii (P. jirovecii) pneumonia



HRCT patterns in interstitial lung disease

Normal	
Hypersensitivity pneumonitis	
Sarcoidosis	
Bronchiolitis obliterans	
Asbestosis	
Distribution of disease within the lung	
Peripheral lung zone	
Idiopathic pulmonary fibrosis	
Asbestosis	
Connective tissue disease	
Cryptogenic organizing pneumonia	
Eosinophilic pneumonia	
Central disease (bronchovascular thickening)	
Sarcoidosis	
Lymphangitic carcinoma	
Upper zone predominance	
Granulomatous disease	
Sarcoidosis	
Pulmonary histiocytosis X (eosinophilic granuloma)	
Chronic hypersensitivity pneumonitis	
Chronic infectious diseases (eg, tuberculosis, histoplasmosis)	
Pneumoconiosis	
Silicosis	
Berylliosis	
Coal miners' pneumoconiosis	
Lower zone predominance	
Idiopathic pulmonary fibrosis	
Rheumatoid arthritis (associated with usual interstitial pneumonia)	
Asbestosis	