

SESION 22-01-2020



Dra. M^a Rosario Pérez Simón Adj. M. Interna
Dr. Alberto Ferreras García R5 M. Interna
Dr. Laura Prieto Dominguez R1 A. Patológica

MOTIVO DE INGRESO

- Varón de 78 años de edad que ingresa el 04-03-2018 por fiebre.



ANTECEDENTES PERSONALES

- No AMC. Vive en medio urbano
- Independiente ABVD. Trabajó en un taller mecánico
- Ex -fumador de unos 20 cigarrillos más una faria / día hasta hace 20 años. No bebedor
- FRCV: HTA. Dislipemia. Hiperuricemia
- Pericarditis aguda idiopática en Julio 1998. Polimialgia Reumática en tratamiento corticoideo desde Junio 2017.
- IQ: Hernia inguinal 2008. Hipertrofia benigna de próstata 2006.

TRATAMIENTO HABITUAL

- Blopress (Candesartán) 8 mg: 1-0-0
- Alapanzol 40 mg: 1-0-0
- Metilprednisolona 4mg: 1-0-0
- Ideos 1250 mg/400UI: 0-1-0
- Simvastatina 10 mg: 0-0-1.

ENFERMEDAD ACTUAL

- Desde hace una semana tos seca y febrícula. En las últimas 48 horas presenta fiebre de 39 °C junto con escalofríos, tiritona y sudoración.
- No clínica digestiva, ni miccional.
- No dolor torácico, sí astenia y fatigabilidad precoz.
- Debilidad a nivel de cintura pelviana, que refiere como “en otras ocasiones”
- La fiebre no responde a la toma de Paracetamol
- Pasea por el campo. No tiene animales, no come carne de caza.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Tª: 39,7°C ; TA: 195/65 ; Sat. O2: 89% ; FC: 90 lpm.
- COC. Eupnéico, bien perfundido, nutrido e hidratado. Buen color de piel y mucosas. Pares craneales normales
- Boca: lengua húmeda, faringe normal. LCS, No bocio, no IY, no adenopatías periféricas palpables, no rigidez de nuca, no signos meníngeos
- Cor: Rítmico 90 lpm, tonos normales, no se auscultan soplos
- Tórax: configuración normal, sonido claro a la percusión, MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. Se palpa borde hepático a 3 cm del reborde costal decho, MH: 8 cm. No se palpa bazo. PPRB negativa. Peristaltismo intestinal presente
- EEI: No edema ni signos de TVP. No focalidad neurológica. Marcha normal. No lesiones cutáneas

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- HEMOGRAMA: L 14800 (FN), Hb: 14,5. VCM 85,8. Plaquetas 138000 VSG 68 mm.
- COAGULACION: **INR 1,57; TP 53%**. Fibrinógeno 729.
- BIOQUIMICA: Gluc 92, U 58, úrico 9.55, Cr 1.4, FG 49, **GOT 311, GPT 318, ALP 235, GGT 225, LDH 2407** Col tot 139, TG 163.6, Ca 9.4, P 3.77, Bil tot 0.67, Na 132, K 4.7, Cl 93, Hb A1C: 6,1%. **PCR 203,8; PCT 6,43.**
- Gasometría arterial: **PH: 7.534, PO2: 49.7**, PCO2 33, Bicarbonato 29,1

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Ecografía abdominal:** Hígado de tamaño y morfología normales, de contorno liso y ecoestructura homogénea.
- En segmento VI se identifica una lesión focal hiperecogénica de morfología redondeada de aproximadamente 14 mm, sugestiva como primera posibilidad de hemangioma. **No** visualizo otras **LOES**.
- Vena porta permeable y de calibre normal, con flujo hepatópeto.
- Vesícula biliar de pared fina, sin identificar lesiones endoluminales ni litiasis. Vía biliar no dilatada.
- Páncreas y bazo de características ecográficas normales.
- Ambos riñones son de tamaño, morfología y ecogenicidad normales, con buena diferenciación corticomedular y grosor de parénquima conservado. Vía excretora no dilatada.
- Aorta abdominal de calibre normal.
- Vejiga vacía, no valorable.
- No se observa líquido libre intraperitoneal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Proteinograma: Proteínas totales 6,4 ; Albúmina 3,39 ; Alfa-1: 0,54; Alfa-2 : 0,84 ; Beta : 0,72 ; Gammaglobulinas : 0,91 g/dl. Leve perfil inflamatorio.
- IFN-TB: Negativo.
- Sistemático de orina: sin alteraciones. Nitritos negativos. Sedimento urinario: 2-3 hematíes/campo; 2-3 leucocitos/campo. Bacteriuria moderada.
- Rx Tórax 2P: Aumento del índice cardiotorácico. Ateroma y elongación aórtica. Parénquima pulmonar sin alteraciones groseras.
- ECG: RS. Eje QRS: +90° ; Trazado normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Hemocultivos x6** : Negativos.
- **Urinocultivo**: Negativo.
- **Esputo**: Cultivo habitual y Mycobacterias : negativos.
- **Serologías** : VHB, VHC, VHA (IgM), VHE, VIH, Lúes, CMV (Ig M), Mycoplasma pneumoniae, Brucella, Leishmania, Borrelia burgdorferi, Leptospira : Negativos. Coxiella burnetti FI IgG e IgM Negativos. FII IgG Negativos. **IgM 1/64**. PCR CMV en sangre: Negativo.
- **Autoinmunidad**: Ac antinucleares, anti DNA Nativo, anti Músculo liso, anti LKM, anti Mitocondriales, anti citoplasma neutrófilo y anti ENAS: negativos. CH50 , C3 y C4 : cifras normales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Ecocardiograma:** Ventrículo izdo con hipertrofia concéntrica moderada, con fracción de eyección conservada. Disfunción diastólica tipo 1. Esclerosis aórtica sin disfunción valvular significativa. No se detectan imágenes sugestivas de endocarditis infecciosa ni complicaciones locales derivadas de una posible endocarditis.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **TAC Cuello-Tórax – Abdomen - Pelvis con contraste:**
- No se observan adenopatías laterocervicales ni en cadenas supraclaviculares.
- No se observan masas faringolaríngeas.
- Eje carotídeo permeable. Tiroides aumentado de tamaño, nodular, que sugiere bocio multinodular.
- **Adenopatía subcarinal de 1,2 cm**, no se observan otras adenopatías hiliares, mediastínicas ni axilares.
- **Nódulo de 7 mm** de atenuación en vidrio deslustrado en segmento apicoposterior de LSI. No se observan otros nódulos pulmonares.
- Pequeño lipoma intramuscular en pared posterior costal izquierda.
- En hígado segmento VI se observa un nódulo milimétrico (8 mm) de baja atenuación y contornos mal definidos que en principio sugiere quiste o hemangioma. **Esplenomegalia con un diámetro máximo del bazo en anteroposterior de 17,8 cm con varias lesiones de baja densidad periféricas compatibles con infartos.**
- Páncreas, suprarrenales y riñones sin alteraciones.
- No se identifican adenopatías mesentéricas, retroperitoneales ni en cadenas ilíacas.
- Ateromatosis del eje aortoiliaco.
- Próstata heterogénea con zona de baja densidad que sugiere cambios post RTU. Vejiga poco repleccionada con dudoso engrosamiento en su cara posterior probablemente en relación con crecimiento prostático hacia suelo vesical.

EVOLUCIÓN

- Al ingreso se instauró tratamiento antibiótico con Ceftriaxona y Azitromicina, (ésta última fue sustituida por Levofloxacino al cabo de 4 días por mala tolerancia). Tras 9 días, al recibir los resultados de las serologías se sustituyeron estos antibióticos por Doxiciclina.
- El paciente continuó con **fiebre vespertina, sudoración y astenia marcada**. Al cabo de 10 días de ingreso comienza con ictericia cutáneo-mucosa.
- El paciente fallece a los 17 días del ingreso.
- Se solicita a sus familiares el estudio necrópsico que autorizan

EN RESUMEN...

- Varón de 78ª con fiebre
- Alteración de las PFH y LDH
- Procalcitonina elevada
- Pruebas complementarias poco concluyentes
- Mala evolución clínica

Less common diagnoses of fever of unknown origin

Infections	Malignancies	Systemic inflammatory diseases	Miscellaneous
Abscesses (especially intra-abdominal)	Aleukemic leukemia	Allergic granulomatous angiitis	Disorders of temperature regulation (neurologic and dermatologic)
African tick bite fever*	Atrial myxoma	Antiphospholipid syndrome	Drug fever ^Δ
Amebic liver abscess*	Colon cancer	Behçet's disease	Environmental (metal and polymer fume fevers)
Anaplasmosis/ehrlichiosis*	Hepatocellular carcinoma or other tumors metastatic to the liver	Giant cell arteritis	Factitious fever
Babesiosis*	Kaposi's sarcoma	Granulomatosis with polyangiitis (formerly Wegener's disease)	Familial Mediterranean fever
Brucellosis*	Leukemia	Granulomatous hepatitis	Inflammatory bowel disease
Castleman's disease	Lung cancer	Hypersensitivity vasculitis	Neuroleptic malignant syndrome
Chikungunya*	Lymphoma, especially non-Hodgkin's	Inflammatory bowel disease	Periodic fever
Chronic active hepatitis	Multiple myeloma	Panaortitis	Pulmonary emboli
Culture-negative endocarditis [†]	Myelodysplastic syndromes	Polyarteritis nodosa	Retroperitoneal hematomas
Cytomegalovirus	Renal cell carcinoma	Reactive arthritis (formerly Reiter's syndrome)	Chronic fatigue syndrome
Dental abscesses	Sarcoma	Sarcoidosis	Thyroiditis
Dengue*		Still's disease	
Diskitis		Systemic lupus erythematosus	
Epididymitis		Takayasu's arteritis	
Fascioliasis*			
Filariasis*			
Gonococcal arthritis			
Herpes simplex encephalitis			
Infectious mononeucleosis			
Kala azar (visceral leishmaniasis)*			
Kikuchi's disease			
Lassa fever*			
Leptospirosis*			
Lyme disease*			
Osteomyelitis			

Causes of an elevated serum lactate dehydrogenase level

Cardiac	<p>Myocyte injury</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Demand ischemia ■ Trauma, cardiovascular surgery ■ Toxins ■ Infection (myocarditis, rheumatic fever) ■ Drugs (alcohol, chemotherapy, cocaine, methysergide, carbon monoxide) <p>Hepatic congestion</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Heart failure <p>Hemolysis</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Prosthetic valves
Central nervous system disorders	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bacterial meningitis ■ Cerebral hemorrhage ■ Cerebral venous thrombosis
Drug-induced	<ul style="list-style-type: none"> ■ Neuroleptic agents (neuroleptic malignant syndrome) ■ Withdrawal of L-Dopa or dopamine agonist ■ Serotonin syndrome ■ Malignant hyperthermia ■ Recreational drugs ■ Myopathies (colchicine, antimalarials, cholesterol-lowering drugs, cocaine, alcohol, glucocorticoid)
Endocrine	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hypothyroidism ■ Acromegaly ■ Cushing's syndrome ■ Diabetic muscle infarction
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Acute pancreatitis ■ Intestinal obstruction ■ Early acute hepatitis ■ Ischemic hepatitis
Hematologic	<p>Hemolytic anemias</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Inherited (spherocytosis, sickle cell disease, deficiency of red blood cell enzymes) ■ Acquired (microangiopathic hemolytic anemia, PNH, immune hemolysis) <p>Ineffective erythropoiesis</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pernicious anemia, folic acid deficiency ■ Iron deficiency ■ Primary myelofibrosis
Infection	<p>Community-acquired (CA)</p>

Infection	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pneumocystis pneumonia (late) ■ Tuberculosis ■ Malaria ■ Parasitic ■ Legionnaires disease ■ Histoplasmosis ■ Toxoplasmosis
Malignancy	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leukemias ■ Lymphomas ■ Solid tumors (testicular germ cell tumors) ■ Tumor lysis syndrome (large tumor burden)
Neuromuscular	<ul style="list-style-type: none"> ■ Myopathies (inherited, acquired, drug) ■ Periodic paralyses
Pregnancy	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preeclampsia ■ Adnexal mass in pregnancy ■ HELLP syndrome
Pulmonary	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pulmonary embolism, infarction ■ Pulmonary alveolar proteinosis
Renal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Renal infarction
Rheumatologic	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dermatomyositis ■ MCTD ■ Rheumatoid arthritis ■ Scleroderma ■ Sjögren's syndrome ■ SLE
Trauma	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rhabdomyolysis ■ Surgery
Vasculitis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Polyarteritis nodosa ■ Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss vasculitis) ■ Granulomatosis with polyangiitis [Wegener's] ■ Behçet's syndrome ■ Sarcoidosis
Idiosyncratic LDH elevation	The presence of macro-LDH (LDH combined with an immunoglobulin), not associated with any symptoms or particular disease

PNH: paroxysmal nocturnal hemoglobinuria; HELLP: hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets; MCTD: mixed connective tissue disease; SLE: systemic lupus erythematosus; LDH: lactate dehydrogenase.

FIEBRE Q

- Cuadro gripal
- Sin alteraciones cutáneas
- Clínica neumónica >50% (infiltrados alveolares en campos inferiores)
- Hepatitis granulomatosa (33%)
- El con HMC neg
- Hepato esplenomegalia

LINFOMA HEPATO-ESPLENICO

- Most patients with HSTL present with marked hepatosplenomegaly and thrombocytopenia **without lymphadenopathy**. Common signs and symptoms at presentation include
 - Splenomegaly (100 percent)
 - Hepatomegaly (40 to 71 percent)
 - Systemic B symptoms of fever, night sweats, or weight loss (67 to 80 percent)
 - Thrombocytopenia (64 to 100 percent)
 - Anemia (57 to 73 percent)
 - Neutropenia (36 to 57 percent)
 - Abnormal liver function tests (38 to 57 percent)
 - Abnormal lymphocytes in the peripheral blood (10 to 27 percent)
 - Adenopathy (0 to 13 percent)

PETICIONES

- Beta 2 microglobulina
- Biopsia MO
- Biopsia hepática

BIBLIOGRAFIA

- Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of hepatosplenic T cell lymphoma
- Approach to the adult with fever of unknown origin
- Approach to the patient with abnormal liver biochemical and function tests
- Intravascular large cell lymphoma
- Clinical manifestations and diagnosis of Q fever