Caso clínico

Javier Balaguer Germán R3 Medicina Interna H. Universitario de León Clara Crespillo Andújar LES Enfermedades Infecciosas H. Universitario Ramón y Cajal

- Mujer 20 años
- No fumadora. No bebe alcohol.
- Sin AP de interés
- Nunca intervenciones quirúrgicas



- AP familiares: Padre y madre naturales de Perú, aunque viven en España desde hace más de 20 años. Ella nació en España.
- Hermana fallecida a los 3 años en Perú por enfermedad exantemática.
- Padre fallecido en Dic/2019 por complicaciones asociadas a mielitis transversa secundaria a LES.

- Factores de riesgo: Pareja estable, no usa métodos de barrera. No viaja a Perú desde que tenía 5 años. No viajes internacionales recientes. No picaduras de garrapata. No contacto con personas enfermas.
- **Situación basal**: Vive con su familia. Hace vida activa. Estudia un módulo de diseño gráfico. Tiene novio y sale con sus amigos.
- Tratamiento habitual: Anticonceptivos orales.

Motivo Consulta:

Fiebre de semanas de evolución y mal estar general.

Acudió a su MAP, quien realizó dos ciclos completos de Amoxi/clavulánico y Azitromicina, sin mejoría.

Fiebre de predominio matutino y vespertino, con sudoración nocturna. Pérdida de peso subjetiva, no cuantificada.

No disuria ni síntomas respiratorios ni alteraciones intestinales.

Exploración física:

Normocoloreada, no lesiones cutáneas. 2 adenopatías cervicales bilaterales móviles de 1 cm. TA: 100/60mmHg. Sat: 96% basal, eupneica. Tº:38º. FC: 112 lpm. Peso: 65kg

ORL: Mucosa oral sin lesiones. Amígdalas normales.

AP: mvc, AC: sin soplos, rítmico. Abdomen sin megalias, no doloroso. Mmii sin edemas ni signos de TVP. Expl neurológica: PC normales, fuerza y sensibilidad conservadas. Normal.

Analítica básica

HEMOGRAMA y COAGULACIÓN

Leucocitos 4 x 1000/microL (3.9-11.1) Neutrófilos 1.9 x 1000/microL (1.7-7.5) Linfopenia 1.5 x 1000/microL (1.7-7.5) Anemia 10.7 g/dl /(12-15.8) 92.3 fl (80-98) **VCM HCM** 32 pg (27.3-32.6) Coagulación Normal

ESTUDIO ANEMIA

Hierro sérico	89 micr/dl (50-170)
Transferrina	67 mg/dL (176-336)
Ferritina	200 ng/mL (15-120)

BIOQUÍMICA

Creatinina	0.7 mG/dl (0.5-1.3)
FG	95 mL/min
Iones	Sin alteraciones
AST	97 U/L (10-37)
ALT	54 U/L (0-53)
GGT	66 U/L (10-36)
FA	120 U/L (25-128)
LDH	400 U/L (100-243)
PCR	35 mg/L (0-8)

RX TÓRAX

Sin infiltrados ni claro derrame pleural.

MICROBIOLOGÍA

Mantoux	negativo
---------	----------

Anti-treponema pallidum	negativo
CMV VEB	IgG:positivo/Ig M:negativo
Anti-VIH 1,2	negativo
Anti-VHC	negativo
Ac VHBc	negativo
Parvovirus B19 lgG-lgM	negativos
Paul-Bunnell	negativa

HC	negativos
(varias ocasiones)	
UC	negativo

PCR CMV	negativa
PCR Leishmania	negativa
Rosa Bengala	negativa
Brucella	negativa
Coxiella	negativa
Rickettsia	negativa
Toxoplasma	negativa

22 Nov/19. Reevaluación en consulta M. Interna:

Persistencia de fiebre diaria de más de 38º.

Exploración física: Persisten adenopatías laterocervicales. No clara hepatomegalia.

PLAN: TAC body

TAC abdominopélvico (26/11/19)

- Múltiples adenopatías cervicales submandibulares, en cadenas yugulares, espacios cervicales posteriores, supraclaviculares.
- Conglomerados adenopáticos en hilios mediastínicos bilaterales.
- Bullas en ambos vértices pulmonares -> enfisema centroacinar leve.
- Patrón en vidrio deslustrado

 Ocupación de pequeña vía aérea (inflamatoria +/- infecciosa)
- Derrame pleural y pericárdico leves
- Nódulos hipodensos inespecíficos en bazo, sin esplenomegalia.

PET-TAC (28/11/19)

- Adenopatías hipermetabólicas occipitales, cervicales, supraclaviculares, mediastínicas, en ventana aortopulmonar hiliares bilaterales. Afectación infradiafragmática
- Aumento difuso del metabolismo en parénquima esplénico
- Aumento difuso de la captación bilateral de partes blandas peritrocantéreas en relación con bursitis.
- Derrame pleural derecho, imágenes pseudonodulares en todos los lóbulos, en probable relación a etiología inflamatoria.
- <u>Conclusión:</u> Afectación supra e infradiafragmática. Captación esplénica inespecífica.

DD:

Sdr linfoproliferativo ¿?

Enfermedad autoinmune ¿?

Etiología infecciosa ¿?

FIEBRE

ADENOPÁTIAS SUPRA E INFRA DIAFRAGMÁTICAS

DERRAME PLEURAL Y PERICÁRDICO

BURSITIS TROCANTÉREA BILATERAL

BICITOPENIA

PLAN:

Ingreso para estudio en Hematología

NOV 2019

NOV-DIC 2019





CONSULTA MEDICINA INTERNA:

Fiebre y adenopatías

HEMATOLOGÍA

Estudio de sdr linfoproliferativo

HEMATOLOGÍA H. GUADALAJARA

Biopsia ganglio cervical posterior (29/11/19)

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Ganglio con zonas de **necrosis** irregulares y confluentes formadas por material eosinofílico en torno al cual se observan histiocitos, inmunoblastos activados y células plasmáticas monocitoides

LINFADENITIS NECROTIZANTE

Sugiere enfermedad de KIKUCHI

E. Kikuchi-Fujimoto

- Descrita en Japón en 1972.
- Linfadenitis necrotizante histiocitaria.
- Respuesta de las células T a un agente infeccioso.
- Poco frecuente, etiología desconocida, curso benigno.
- Clínica: adenopatías+fiebre +/- neutropenia
- Médula ósea: aumento de macrófagos.
- Analítica: ANA y FR negativos

Diagnóstico diferencial – LES

Linfadenitis tuberculosa

Kawasaki

Linfoma

HEMATOLOGÍA H. GUADALAJARA

ASPIRADO MÉDULA ÓSEA 30/11

- Médula ósea hipocelular para la edad de la paciente.
- Cociente megacariocitos/eritrocitos conservado.
- SIN displasia.
- SIN datos de infiltración por proceso linfoproliferativo.
- Inmunofenotipo: alteraciones en la serie de monocitos.

HEMATOLOGÍA H. GUADALAJARA

Evolución: Durante el ingreso se inicia indometacina con desaparición de la fiebre. Se solicita estudio de autoinmunidad. **Alta** para seguimiento ambulatorio.

JC:

Sdr. constitucional, poliadenopatías, bicitopenia a estudio.

Tratamiento:

Indometacina 25 mg c/8 horas, Omeprazol c/24h.

2/1/2020

- MC: Persistencia de la fiebre diaria con empeoramiento del estado general. Astenia. Edema palpebral y ojo rojo. Retirada la indometacina hacía 10 días por intolerancia gástrica.
- Exploración física: TA: 100/60 mmHg, FC: 110 lpm, Sat 96% basal. Tº:38º. Mal estado general, postración, edema palpebral bilateral. AC: taquicárdica, sin roce ni soplos. AP: sin añadidos. Abdomen sin megalias. No focalidad neurológica. Tendencia al sueño.
- PLAN: Ingreso en Medicina Interna

Analítica básica

HEMOGRAMA y COAGULACIÓN ESTUDIO ANEMIA

Leucopenia	2.20 x 1000/microL (3.9- 11.1)
Neutropenia	1.6 x 1000/microL (1.7-7.5)
Linfopenia	1 x 1000/microL (1.7-7.5)
Hb	7.4 g/dl /(12-15.8)
VCM	92.3 fl (80-98)
НСМ	32 pg (27.3-32.6)
Coagulación	TTP, TTPA, APT, fibr

Hierro sérico	89 micr/dl (50-170)
Transferrina	67 mg/dL (176-336)
Ferritina	7011 ng/mL (15-120)
Haptoglobina	285 mg/dl (35-250)
Frotis sp 64% segm 10% cayandos 1% meta 16% linfo 9% monocitos	Neutrófilos con granulacióin grosera Serie roja: anisiciocitosis con algún dianocito. No esferocitos ni esquistiocitos

Bioquímica y orina

Creatinina	0.7 mG/dl (0.5-1.3)	
FG	95 mL/min	
Iones	Sin alteraciones	
AST	683 U/L (10-37)	
ALT	251 U/L (0-53)	
GGT	962 U/L (10-36)	
FA	686 U/L (25-128)	
LDH	1300 U/L (100-243)	
TGLICRDS	332 mg/dL (30-150)	
PCR	35 mg/L (0-8)	

IgA	300 mg/dL (70-310)
IgG	1300 mg/dL (640-1350)
IgM	145 mg/dL (60-350)
СРК	978 U/L (21-215)
Inmunocomplejos	normales
B2glicoproteína IgG, IgM	negativas

SEDIMENTO ORINA	Proteinuria 3.5 gr/dl
Albúmina sérica	18.1 gr/L (34-50)

ECOGRAFÍA ABDOMINAL:

Hígado y bazo de tamaño y características normales.

Riñones con alteración ecoestructural, compatible con nefropatía.

ECOCARDIO TRANSTORÁCICO:

Taquicardia sinusal durante todo el registro. Válvulas normales. Sin alteraciones de la contractilidad. **Derrame pleural y pericárdico ligeros**, similares a los objetivados en TAC de noviembre.

INTERCONSULTA A OFTALMOLOGÍA:

Hemorragia subconjuntival.

Fondo de ojo normal



INTERCONSULTA NEFROLOGÍA

Proteinuria nefrótica e hipoalbulinemia.

Función renal conservada.



Indicada biopsia renal → No realizada

Estudio autoinmunidad

ANA	Positivo 1/640
Ac ANCA PR3 y MPO	negativos
Ac antiDNA	negativos
Complemento	Normal

Anti histona	negativo
Anti SM	negativo
Anti RNP	negativo
Anti SSB/SSA	negativo
Anti SLC-70	negativo
Anti Jo-1	negativo
Anti Ribosoma	negativo
Ac lúpico	PTE
Crioglobulinas	PTE











Clinical domains and criteria	Weight	Immunology domains and criteria	Weight
Constitutional Fever	2	Antiphospholipid antibodies Anti-cardiolipin antibodies OR	
Hematologic Leukopenia	3	Anti-beta-2GP1 antibodies OR Lupus anticoagulant	2
Thrombocytopenia Autoimmune hemolysis	4 4	Complement proteins Low C3 OR low C4	3
Neuropsychiatric		Low C3 AND low C4	4
Delirium Psychosis Seizure	2 3 5	SLE-specific antibodies Anti-dsDNA antibody¶ OR Anti-Smith antibody	6
Mucocutaneous Nonscarring alopecia Oral ulcers Subacute cutaneous OR discoid lupus Acute cutaneous lupus	2 2 4 6	+ ANA titulos > 1/80	
Serosal Pleural or pericardial effusion Acute pericarditis	5		
Musculoskeletal Joint involvement	6		
Renal Proteinuria >0.5 g/24 hours Renal biopsy Class II or V lupus nephritis Renal biopsy Class III or IV lupus nephritis	4 8 10		
Total score:		•	14
	—		

Classify as systemic lupus erythematosus with a score of 10 or more if entry criterion fulfilled



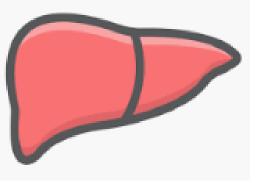












Ferritina

7011 ng/mL (15-120)



¿Sdr hemofagocítico?

Síndrome de activación macrofágica (SAM)

- Linfohistiocitosis hemofagocítica asociada a enf reumatológicas.
- Descrita 1977 → insuficiencia hepática, coagulopatía + AR juvenil¹.
- Más descrito en niños que en adultos.

Fisiopatología
 Actividad celular citotóxica reducida
 Disminución de los linfocitos T y NK.

Diagnóstico ("criterios modificados"):

3 criterios clínicos + 1 criterio analítico

Síndrome de activación macrofágica (SAM)

3 CRITERIOS CLÍNICOS

Fiebre, esplenomegalia, citopenias, hepatitis.

1 CRITERIOS INMUNOLÓGICO:

Hemofagocitosis, elevación ferritina (>500), coagulopatía, ausencia o elevación de la función NK.

Tratamiento:

De la causa subyacente → CORTICOIDES

Ciclosporina inmunosupresor con más experiencia (efecto estabilizador membrana del macrófago)

Tratamiento:

Se inicia **dexametasona** 10 mg/m2 \rightarrow 5 mg/m2 \rightarrow 2.5 mg/m2 \rightarrow 1.25 mg/m2

Ciclosporina 150 mg cada 12 horas

Hidroxicloroquina 400 mg 1 cada 24 h

Septrim forte 1 comprimido L, X, V

Mejoría clínica y analítica → ALTA 16/en/19

NOV **NOV-DIC** 2019 2019 **CONSULTA HEMATOLOGÍA MEDICINA** Estudio de sdr **INTERNA**: linfoproliferativo Fiebre y adenopatías

2-16 **ENERO** 2020 1º INGRESO EN MI Empeoramiento del estado general

18/1/2020

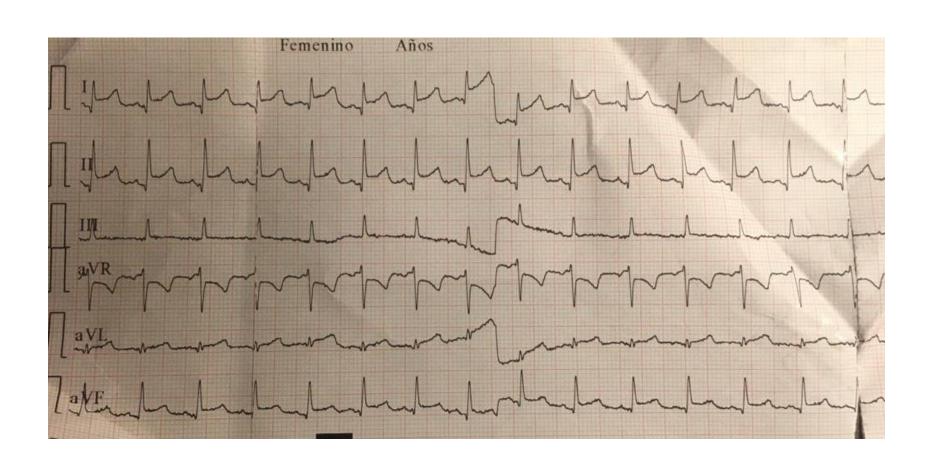


- MC: Mal estar general y dolor costal izquierdo de inicio súbito que empeora con los movimientos. No fiebre. Tos con ligera expectoración.
- Exploración física: TA: 112/76 mmHg, FC: 110 lpm, Sat 99% basal. Leve flebitis en MSD. AC: sin soplos, AP: mvc. Abdomen sin megalias. Sin edemas en mmii.

18/1/2020

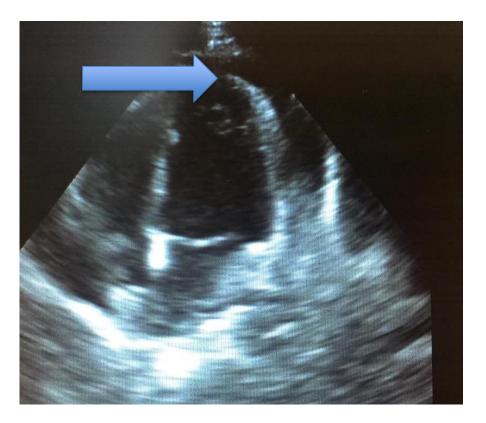
• Rx tórax: sin alteraciones

Coagulación	Normal
PCR	315.6 mg/L
Troponina I	46
Hb	8.7 g/dl /(12-15.8)
Neutrófilos	19 x 1000/microL
Leucocitos	20 x 1000/microL



- Diagnóstico de pericarditis aguda en el contexto de LES
- Tratamiento→
- Inicio de bolos de 125 mg metilprednisolona cada 24 h
- Transfusión de 2 CH
- AINES
- Ciclosporina 150 mg cada 12 horas
- Hidroxicloroquina 400 mg 1 cada 24 h
- Septrim forte 1 comprimido L, X, V
- Se realiza Ecocardio a las 48 horas del ingreso....

Derrame pericárdico global severo con criterios de taponamiento





2º INGRESO EN MEDICINA INTERNA H. GUADALAJARA

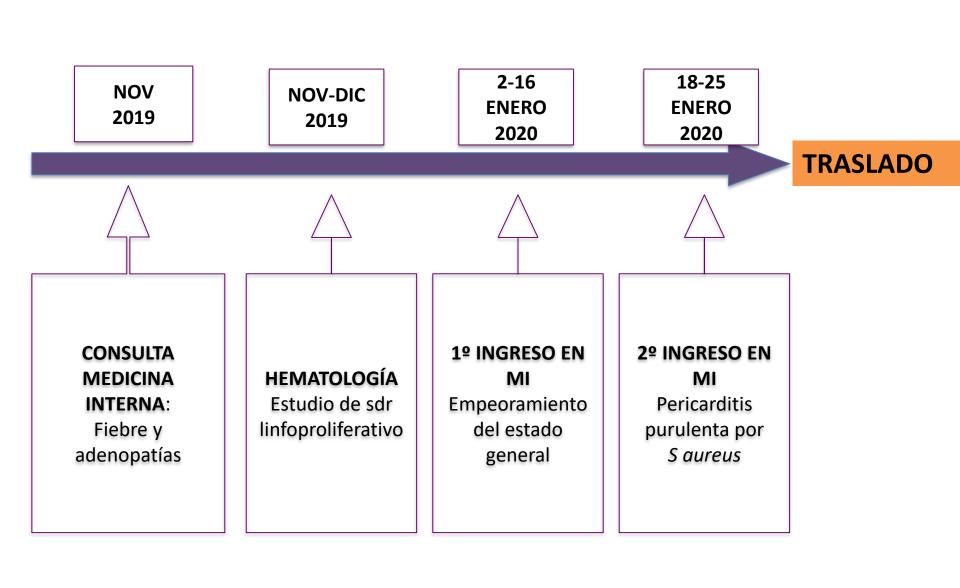
• <u>24/1/20:</u>

 Pericardiocentesis con obtención de 480 cc de líquido purulento con mal olor Colocan drenaje pericárdico.

Microbiología: S aureus

Inician tratamiento con Amoxi/clavulánico + Linezolid

Dada inestabilidad hemodinámica, taquicardia, se decide traslado a nuestro hospital para valoración por parte de Cirugía cardiaca.



TRASLADO A NUESTRO HOSPITAL

Juicio clínico:



Lupus eritematoso sistémico (serositis+ sdr nefrótico+citopenias+ANA+fiebre)

Síndrome de activación macrofágica secundario

Pericarditis purulenta por Staph aureus pendiente de antibiograma

Taponamiento cardiaco con necesidad de pericardiocentesis y colocación de drenaje pericárdico

25/1/20:

Exploración física en urgencias:

- AC: Rítmica y sin soplos
- AP: MVC sin ruidos patológicos sobreañadidos
- Pruebas complementarias
 - Troponinas $25/1/20 \rightarrow 8$
 - ETT a pie de cama donde NO se evidencia derrame pericárdico importante y buena contractibilidad de VI

Troponinas en Urgencias del RyC → "0" proBNP en urgencias del Ryc → "675"

Radiografía de tórax





Valoración por cirugía cardiaca

• <u>Ecocardio:</u> En el momento actual mantiene mínimo derrame pericárdico con el drenaje pericárdico.

 No hay en el momento actual componente de afectación miocárdica.



Valoración de cardiología



INGRESA a cargo de infecciosas



ANAMNESIS

- La paciente describe parestesias generalizadas que asocia a la infusión de antibióticos.
- Según describe la madre ha presentado movimientos involuntarios de MMII.
- Presenta tos con expectoración de 5 días de evolución sin mejoría con autoescucha de ruidos respiratorios.
- Refiere deposiciones diarreicas desde el ingreso en el hospital de Guadalajara.









Glucosa	81 mg/dL
Microalbuminuria	365.81 mg/L
Creatinina	0.59 mg/dL
Microalbumina/Crea (Ratio)	610.78 mg/g
TFG Estimada (MDRD 4 - IDMS)	128.66 mL/min
Urea	52 mg/dL
lones	Sin alteraciones



Creatinquinasa (CK)	55 U/L
Fósforo	2.6 mg/dL
Proteínas Totales	4.6 g/dL
Bilirrubina Total	0.57 mg/dL
AST/GOT	28 U/L
ALT/GPT	34 U/L
GGT	320 U/L

LDH	294 U/L
Fosfatasa Alcalina	214 U/L
Colesterol	137 mg/dL
HDL Colesterol	23 mg/dL
LDL Colesterol calc.	42 mg/dL
Triglicéridos	358 mg/dL
Albúmina (nefelometría)	1.28 g/dL



HEMOGRAMA

HEMATOCRITO	3.20
HEMOGOBINA	9.8
VCM	92.1
PLAQUETAS	262000
LEUCOCITOS	22100
NEUTROFILOS	21100
LINFOCITOS	780
EOSINÓFILOS	30



PERFIL FÉRRICO

Hierro	93 ug/dL
Saturacion de Transferrina calculada	67.8 %
Vitamina B12	>2000.00 pg/mL
Ferritina	5599.62 ng/mL
Acido Fólico	2.30 ng/mL
Reticulocitos %	1.40 %
Reticulocitos (valor absol.)	40.4 (10\\$\3/μΙ) 10^3/μL
Frac.Retic.Inmaduros (FRI)	0.51 Ratio



- HC + CULTIVO DE LÍQUIDO PERICÁRDICO→
- PCR de virus Influenza A→ POSITIVO
- PLAN:
 - SOLICITAMOS TAC CRANEAL URGENTE→ PL
 - ECOCARDIO urgente
 - Solicitamos TAC body

HEMOCULTIVOS DEL 25/1
Staphylococcus aureus.

Antibióticos CMIs
PENICILINA R (>0.25)
OXACILINA S (<=0.25)

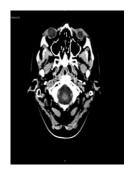


Ecocardiograma

- No se aprecia derrame pericárdico en el momento actual.
- No ha datos concluyentes de constricción pericárdica.
- Resto del estudio normal.



TC craneal urgente

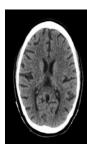


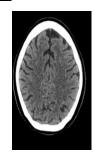


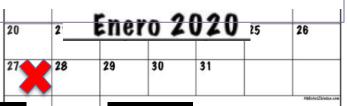














PUNCIÓN LUMBAR

20	2	Ene	ro 2	020	25	26
27	28	29	30	31		
				- I		#Mishel/Shinder

PRESIÓN LCR	14 mmHg
LACTATO	2.66mM/L
LEUCOCITOS	0 cels/cm3
HEMATÍES	0 cels/cm3
GLUCORRAQUIA	47 mg/dl
PROTEINORAQUIA	12.7 mg/dl
ADA	1.1 u/l



Tinción gram no se observan leucocitos ni microorganismos, Cultivo aerobiosis

Tinción tinta china →. muestra insuficiente, v. herpes y enterovirus (pcr) determinacion no realizada. muestra insuficiente

LÍQUIDO PERICÁRDICO Y HC

<u>Líquido pericárdico</u>

GLUCOSA EN LÍQUIDO	7mg/dl
PROTEÍNAS EN LIQ	4.7 g/dl
LDH EN LIQ	>7500 U/L
ASPECTO	PURULENTO
рН	6.8

Antibióticos CMIs
PENICILINA R (>0.25)
OXACILINA S (<=0.25)

Tinción gram se observan abundantes leucocitos polimorfonucleares y cocos gram (+),

- Tinción ziehl-auramina no se observan BAAR
- Cultivo larga incubación mismo resultado que en cultivo de aerobiosis.
- V. Herpes simplex I/II (PCR) negativo , V. Herpes (PCR MULTIPLEX) negativo

LÍQUIDO PERICÁRDICO Y HC

Núm.Petición:

11244934

F.Extracción:

28/01/2020 14:31:08

Solicitante : CLARA CRESPILLO ANDUJAR

Servicio : ENFERMEDADES INFECC. HOSPIT.

MUESTRA SANGRE / 1ª Extracción

MICROBIOLOGÍA

Resultado

Unidades

V. Referencia

Fac. Resp.

HEMOCULTIVO

SE AÍSLA:

Staphylococcus aureus. ANTIBIOGRAMA IGUAL QUE 1124118502 GFS

TRATAMIENTO:



Cambio antibioterapia
 Augmentine y linezolid → linezolid+cloxacilina → CLOXACILINA

- Oseltamivir.
- Bolos 125 metilprednisolona → Disminuir prednisona oral a 1mg/kg/día
- Disminuir dolquine a 200 mg diario.
- Resto sin cambios

Anamnesis y exploración



- Encontramos a la paciente con aumento del temblor esencial
- Persiste bradipsíquica
- Alteración de la motilidad a nivel proximal de los cuatro miembros y distal de miembros inferiores; cabe destacar alteración en la relajación a nivel MMII



INTERCONSULTA A NEUROLOGÍA:

El temblor postural objetivado puede atribuirse a la ciclosporina. Parece inatenta y muestra un aumento en el tiempo de latencia en las respuestas. Comportamiento pueril e infantiloide. El discurso es parco, a veces parece que no sabe encontrar las palabras adecuadas para expresarse. Balance motor: Impresiona con esta maniobra una debilidad de predominio proximal.

PLAN: RM craneal y un EEG. NORMAL

INTERCONSULTA PSIQUIATRÍA

Hipotimia reactiva a situación vital. No alter. de la capacidad hedónica. Risa nerviosa en algún momento. Afecto congruente, resonancia conservada. No ideación autolítica. Juicio de realidad conservado.

Juicio Clínico: Reacción vivencial normal

Plan: Rivotril 0,5mg 1/2 comprimido si precisa por ansiedad.



INTERCONSULTA A REUMATOLOGÍA:

Se reevalua a la paciente, similar estado general. Refiere sensación disneica y persistencia de expectoración no purulenta. Describe que esta mañana tuvo la sensación " de haberse muerto y estar paralizada". A la anamnesis persiste bradilalia y bradipsiquia con temblor distal.

PLAN:

- -Por nuestra parte, hoy cambio de colchicina a colchimax para intentar disminuir diarrea, si persiste valoraremos suspensión
- Se solicita inmunidad
- Se mantiene misma pauta inmunosupresora



ESTUDIO AUTOINMUNIDAD

INMUNIDAD

AC. BETA GLICOPROTEINA	1.42 U/ml
CARDIOLIPINA IgG/IgM	6.41/1.51
ANTICUERPOS ANTÍGENO Sm	364.00 U/ml
	30 1100 0/1111
AN CUERPOS ANTI-RO	6.00

FACTOR REUMATOIDE	<10
AC. ANTINUCLERARES (ANA)	POSITIVO
DNA	1.00 IU/ml
FACTOR C3	111.0
FACTOR C4	24.20
P-ANCA	0.91

ANTICOAGULANTE LÚPICO Positivo

SEROLOGÍAS

CMV IgG	52.10 (POSITIVO)
VHC Ac	0.11 (NEGATIVO)
VHB, SEROLOGÍA. Ag Superf VHB	0.15 (NEGATIVO)
VHB, SEROLOGÍA. Ac Core	VHB 0.15 (NEGATIVO)
VHB Ac Superf	0.56 (NEGATIVO) UI/mL
VHA IgM	0.09 (NEGATIVO)
VHA IgG	9.83 (POSITIVO)
V. HERPES Y ENTEROVIRUS (PCR)	NEGATIVO

CMV IgM	0.13 (NEGATIVO)
VIH Ag, Ac (ELISA)	0.13 (NEGATIVO)
VEB. Anti-VEB (NA)	IgG 3.78 (POSITIVO)
V. PARVOVIRUS B-19 IgG (ELISA)	0.52 (NEGATIVO)
V. PARVOVIRUS B-19 IgM (ELISA)	0.38 (NEGATIVO)
TRYPANOSOMA CRUZI IgG (ELISA): IgG CHAGAS	0.03 (NEGATIVO)
STRONGYLOIDES IgG	NEGATIVO



ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN:

- Empeoramiento del comportamiento
- Comenta que ha sido poseída y tiene movimientos involuntarios, además no controla su cuerpo.
- Durante la anamnesis comienza con movimientos de los brazos y la boca que puede controlar si se solicita, manteniéndose consciente y conectada con el entorno en todo momento.
- Además comenta que no siente la región baja dorsal y tiene pérdida del control de esfínteres.
- Parece que ha comentado ideación autolítica en presencia de neurología.

PLAN:

Avisamos de nuevo a psiquiatría y solicitamos RMN craneal y de columna preferentes





- Además presenta edema facial de aparición brusca
- Se cambió la colchicina por colchimax > pautamos colchicina de nuevo.





Comentado con la Dra. Chacón del Hospital de Guadalajara, parece que la madre de la paciente administró a su hija tratamientos de

naturopatía en su hospital.



TAC TÓRAX URGENTE

DESDE CARDIOLOGÍA SE REVISAN LAS IMÁGENES DEL ECOCARDIOGRAMA DEL 27/1/20

20	2	Enero A	2020 ₂₅	26
27	28	29 30	31	

Y SE SOLICITA TO DE **TÓRAX PARA DESCARTAR ABSCESO CONTIGUIDAD EN LA PLEURA**



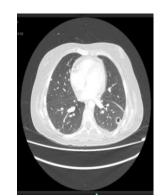














DD alteración del comportamiento

	ENCEFALOPATÍA POR CICLOSPORINA	NEUROLES (delirium)	PSICOSIS POR CORTICOIDES
A FAVOR	-Niveles de Mg bajos -Temblor -Dolor en mmii	-Instauración rápida -Ideas delirantes poco estructuradas -Fluctuación del nivel de atención	-Tratamiento prolongado -Sintomatología (alteración del sueño, estado de ánimo)
EN CONTRA	-Niveles normales -No crisis comiciales	-No crisis comiciales -Diagnóstico tras descartarse otras alternativas	-Empeoramiento con el descenso de la dosis -Inicio brusco

DD alteración del comportamiento





NEUR

¿susto o muerte?

REUM

- susto -BUHHH -OHH , !QUE SUSTO! -Pues aver elegido muerte ender ciclosporina

orina



Pautamos BOLOS DE CORTICOIDES DE 250 mg
 DURANTE 5 DÍAS





 <u>Eco-Doppler venoso MSD</u>: Sistema venoso profundo y superficial permeables. Se descarta TVP de MSD.

Pediatr Crit Care Med. 2010 May;11(3):e32-5. doi: 10.1097/PCC.0b013e3181b806cb.

Lemierre-like syndrome caused by community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus complicated by hemorrhagic pericarditis.

Hoehn KS¹, Capouya JD, Daum RS, Glikman D, Gossett JG, Hafzalah M, Johnson D, Marcinak J.

Author information

Abstract

OBJECTIVE: To describe an infant with Lemierre-like syndrome caused by community-associated methicillin-resistant Staphylococcus aureus whose course was complicated by hemorrhagic pericarditis.

DESIGN: Case report.

SETTING: A 30-bed, pediatric intensive care unit at a tertiary care children's hospital.

PATIENT: A 7-month-old infant presented with fever and torticollis attributable to a retropharyngeal abscess and left internal jugular venous thrombosis. He was treated with antibiotics and anticoagulation, and his course was complicated by hemorrhagic pericarditis and cardiac tamponade.

INTERVENTIONS: Resuscitation of shock; video-assisted thoracoscopic drainage of bilateral empyema with pleural decortication; vancomycin and clindamycin treatment of methicillin-resistant Staphylococcus aureus; incision and drainage of retropharyngeal abscess; treatment of internal jugular venous thrombus with anticoagulation; and treatment of pericardial tamponade by insertion of pericardial drain.

MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus from blood and pleural fluid peel cultures were multilocus sequence type 8, Panton-Valentine leukocidin-positive, and contained SCCmec IV, findings consistent with USA300 pulsotype. There was complete recovery from this life-threatening infection.

CONCLUSIONS: Septic jugular venous thrombophlebitis complicating upper airway infections is a rare but serious acute medical condition. We present an infant with methicillin-resistant Staphylococcus aureus infection and clinical features that overlapped those described by Lemierre, in whom hemorrhagic pericarditis developed while receiving anticoagulation therapy. Anticoagulation, if used, should be closely monitored in this population.

4º DÍA DE INGRESO



Cardiología inicia uriquinasa intrapericárdica 200Ul x 3 días



PII: S0967-2109(02)00067-4

Cardiovascular Surgery, Vol. 10, No. 5, pp. 508–511, 2002 © 2002 The International Society for Cardiovascular Surgery Published by Elsevier Science Ltd. All rights reserved 0967-2109/02 \$22.00

CASE REPORT

Intrapericardial urokinase irrigation and systemic corticosteroids: an alternative to pericardectomy for persistent fibrino-purulent pericarditis

M. Schafer*, M. Lepori*, A. Delabays†, P. Ruchat‡, M-D. Schaller* and A. F. Broccard*

*Intensive Care Division, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 1011 Lausanne CHUV, Switzerland, †Cardiology Division, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 1011 Lausanne CHUV, Switzerland and †Department of Internal Medicine and Cardiovascular Surgery Department, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 1011 Lausanne CHUV, Switzerland

5º DÍA DE INGRESO



20	2	Ene	10 4	UZU 25	26
27	28	29	30	3:	
					#Michel/blade

- Disminuye el componente ansioso-depresivo que ha ido presentado desde el comienzo ingreso ☺
- Hoy han estado presentes el novio y la prima de la paciente que han observado como la madre de la paciente está tirando parte o toda la medicación que se le administra en el hospital, sin dársela a su hija, ya que dice que le viene mal...

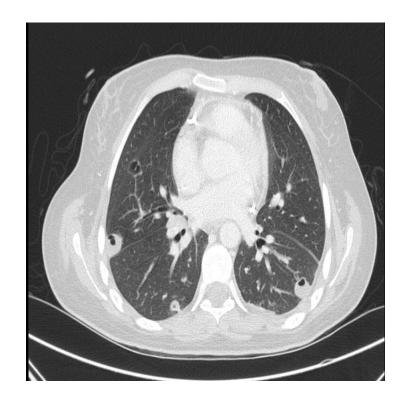




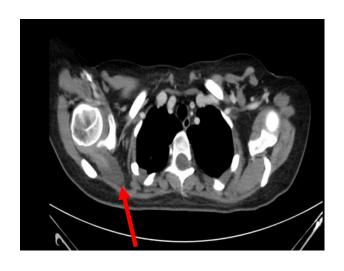
INICIAMOS TRATAMIENTO DIRECTAMENTE OBSERVADO

TAC BODY





TAC BODY





Estos hallazgos sugieren poliserositis con abscesos musculares

2º SEMANA DE INGRESO

- Mejoría clínica
- Difícil anamnesis, pero ausencia de ideas delirantes
- La paciente refiere debilidad generalizada, con temblor esencial en el contexto de tratamiento con ciclosporina; comienza a pasear con ayuda.
- Confirma estar tomando toda la medicación y unas vitaminas que le aporta la madre.
- Drenaje pericárdico seroso y escasa cuantía.
 - Se valora por Reumatología la posibilidad de traslado a su servicio, medida que la madre de la paciente rechaza

VALORACIÓN POR NEFROLOGÍA

- Proteinuria 190.60 mg/dL
- Proteinuria/Crea 4334.77 mg/g=ug/mg → PREVIA DE 1610.78 mg/g
- Creatinuria 43.97 mg/dL (80 100)
- 03/02/20 Proteinuria excretada , Volumen Diuresis (Orinas) ,
 Volumen Diuresis Muestra Reciente mL

A PESAR DE PRESENTAR UNA PROTEINURIA EN RANGO NEFRÓTICO NO ESTÁ INDICADO LA REALIZACION DE BIOPSIA RENAL.

2º SEMANA DE INGRESO→ EVOLUCIÓN CLÍNICA

• DESTACAR LA MEJORÍA CLÍNICA DE LA AFECTACIÓN NEUROLÓGICAS TRAS AL ADMINISTRACIÓN DE BOLOS DE CORTICOIDES INTRAVENOSOS



2º SEMANA DE INGRESO→ EVOLUCIÓN CLÍNICA





2º SEMANA DE INGRESO

- 6/2/20
 - Pérdida de drenaje, día previo a su retirada reglada por Cardiología

- 7/2/20
 - Intento fallido de ETE

2º SEMANA DE INGRESO→ PRUEBAS PENDIENTES

- ANTICUERPOS ANTINEURONALES
 - NEGATIVOS

- PET TAC
 - -15/2/20
 - Negativo

RESUMEN PAUTA INMUNOSUPRESORA

URBASON 125 MG

• DURANTE 1 DÍA

URBASON 65 MG

- DURANTE 4 DÍAS
- VIA ORAL

BOLOS DE 250 MG DE URBASON

- DURANTE 5 DÍAS
- INTRAVENOSOS

Urbason 60 mg
INTRAVENOSOS

CICLOSPORNA100 MG CICLOSPORINA 75 MG

EVOLUCIÓN RFA

PCR				
184.3	25/1/20			
105.3	26/1/20			
64.6	27/1/20			
107.0	30/1/20			
68.4	1/2/20			
23.6	7/2/20			

LEUCOCITOSIS				
22100	25/1/20			
16300	26/1/20			
13000	27/1/20			
14200	30/1/30			
11500	1/2/20			
6110	7/2/20			



HEMOCULTIVOS				
25/1/20	POSITIVOS			
28/1/20	POSITIVOS			
2/2/20	CONTAMINACIÓN			
10/2/20	ESTÉRILES			

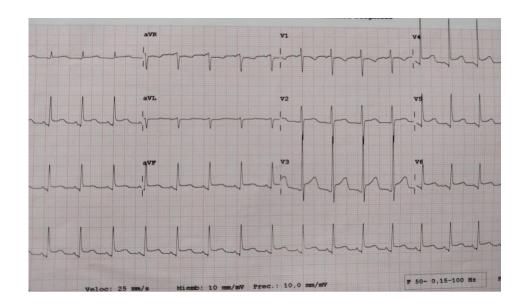
DIAGNÓSTICOS HASTA EL MOMENTO

- 1. PERICARDITIS PURULENTA POR *STHAP. AUREUS* CON REPSUESTA A TRATAMIENTO CON CLOXACILINA 2G/4H IV
- 2. TAPONAMIENTO CARDIACO CON DRENAJE PERICÁRDICO
- 3. EMBOLOS SÉPTICOS PULMONARES Y MUSCULARES
- 4. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO
- 5. NEUROLUPUS
- 6. SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA

PERICARDITIS PURULENTA

La pericarditis purulenta:

 Infección localizada del espacio pericárdico caracterizada por pus macroscópico en el pericardio o > 20 leucocitos por campo



Factores predisponentes

- En el período preantibiótico, la mayoría de los pacientes tenían una enfermedad infecciosa primaria.
- En la práctica moderna, el 78 % tenía una o más patologías no infecciosas predisponentes.
- Otros factores predisponentes incluyen:
 - Inmunosupresión
 - Abuso de alcohol
 - Cirugía torácica
 - Traumatismo torácico

PATOGÉNESIS DE LA PERICARDITIS

- Propagación directa de la infección desde un foco intratorácico.
- Propagación hematógena
- Extensión desde un foco miocárdico
- Lesión perforante o cirugía
- Extensión de la infección desde un foco supurativo subdiafragmático

MICROBIOLOGÍA

- Sthaphylococcus Aureus es la causa más común de pericarditis purulenta,
 22 31 %.
 - Los organismos grampositivos causaron aproximadamente del 40 al 45 % de todas las infecciones.
- S. pneumoniae es la causa más común → Propagación directa de la infección.
 - La bacteriemia por Salmonella también puede provocar pericarditis purulenta.
 - Casos aislados de infección con bacterias anaerobias.
- Los patógenos fúngicos en pacientes con factores predisponentes de la candidemia.
- La tuberculosis es la causa más común de pericarditis purulenta subaguda o crónica VIH.

SIGNOS Y SÍNTOMAS



SIGNOS Y SÍNTOMAS

 Un roce pericárdico de fricción está presente en 35 a 45 % de los pacientes con pericarditis purulenta

- La incidencia de taponamiento cardíaco ha variado del 42 al 77 %
 - El uso concomitante de terapias antiagregantes y anticoagulantes no está asociado con un mayor riesgo de taponamiento cardíaco NO está aclarada

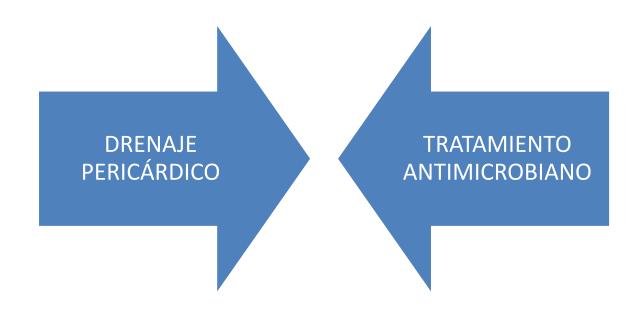
PRUEBAS DIAGNÓTICAS

- Hallazgos de laboratorio:
 - Las pruebas de laboratorio generales no son específicas en la pericarditis purulenta.
 - La anemia y la leucocitosis están presentes en la mayoría de los pacientes, aunque los que reciben quimioterapia pueden ser leucopenicos.
- Alteraciones en la radiografía de tórax. Los hallazgos incluyeron:
 - Cardiomegalia
 - Infiltrados pulmonares
 - Derrames pleurales
 - Ensanchamiento mediastínico

PRUEBAS DIAGNÓTICAS

- <u>Electrocardiografía</u>: la mayoría de los pacientes con pericarditis purulenta tienen hallazgos electrocardiográficos típicos de la pericarditis aguda.
 - ✓ Sin embargo, el electrocardiograma puede ser normal en 10 a 35 %.
- <u>Ecocardiografía</u>: la ecocardiografía es muy útil para detectar líquido en pacientes con pericarditis purulenta, pero no puede distinguir entre colecciones purulentas y derrames inflamatorios estériles

TRATAMIENTO



DRENAJE PERICÁRICO

Pericardiocentesis:

- ✓ La formación de fibrina parece ser un paso esencial en la evolución hacia la pericarditis constrictiva y la pericarditis purulenta persistente.
 - ✓ Fibrinólisis intrapericárdica durante la pericardiocentesis puede considerarse para prevenir la pericarditis purulenta persistente y la pericarditis constrictiva

Pericardiotomía:

✓ Sin embargo, si la pericardiocentesis no es factible o si la fibrinólisis falla, la pericardiectomía sigue siendo la opción principal para la erradicación completa de la infección.

• <u>Terapia antimicrobiana</u>:

- Debe iniciarse tan pronto como se sospeche el diagnóstico de pericarditis purulenta.
- El tratamiento antibiótico empírico inicial debe incluir cobertura para los patógenos probables o sospechosos.

Los posibles regímenes incluyen:

- Vancomicina (15 a 20 mg / kg / dosis cada 8 a 12 horas, sin exceder 2 g por dosis); El objetivo es un nivel sérico mínimo de vancomicina de 15 mcg / ml
- <u>Ceftriaxona</u> (2 g IV una vez al día), <u>cefotaxima</u> (2 g cada ocho horas) o <u>gentamicina</u> (3 mg / kg por 24 horas divididas por igual en dos o tres dosis) O
- Un <u>carbapenem</u>, como imipenem (500 mg IV cada seis horas) o meropenem (1 g IV cada ocho horas)
- Un inhibidor de betalactamasa más betalactámico, como ticarcilina-clavulanato (3.1 g IV cada cuatro horas), piperacilina-tazobactam (4.5 g cada seis horas) o ampicilina-sulbactam (3 g IV cada seis horas) O
- > Cefepima (2 g IV cada 12 horas)
- Además, se recomienda la terapia empírica con <u>fluconazol</u> (200 a 400 mg por vía intravenosa una vez al día)
 - > Pacientes con inmunodepresión grave
 - Unidad de cuidados intensivos
 - > Terapia antimicrobiana de amplio espectro reciente.

- Terapia dirigida a patógenos:
 - La terapia debe dirigirse al patógeno específico aislado.
- Si se recupera un S. aureus susceptible a la meticilina de cultivos de sangre y / o líquido pericárdico, la nacomilina u oxacilina (2 g IV cada cuatro horas)
 - La instilación pericárdica del antibiótico no tiene ningún papel, ya que los niveles terapéuticos en el líquido pericárdico se logran mediante la administración intravenosa de antibióticos.

- Duración de la terapia: la duración de la terapia debe ser individualizada.
 - Fiebre
 - Signos clínicos de infección
 - Recuento leucocitario.
- En general consiste en un total de aproximadamente dos a cuatro semanas de terapia.
- Dependiendo de la adecuación del drenaje y la susceptibilidad antimicrobiana de las bacterias infectantes.

PRONÓSTICO

- La pericarditis purulenta es una enfermedad potencialmente mortal.
- Las tasas de mortalidad reportadas son entre 20 y 30 %.
- La pericarditis constrictiva ocurre durante el curso de la pericarditis purulenta hasta el 20 al 30 %.
 - EL RECONOCIMIENTO Y EL TRATAMIENTO PRECOZ SON FUNDAMENTALES PARA OBTENER MEJORES RESULTADOS Y PREVENIR EL DESARROLLO DE LA CONSTRICCIÓN.

iiMUCHAS GRACIAS!!

