

SESIÓN CASO CLÍNICO

DR BALAGUER

DR ARTO



DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Mujer de 79 años que ingresa por fiebre.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **ANTECEDENTES PERSONALES:**

- Sin alergias/intolerancias conocidas.
- Vive en León, sola. Independiente ABVD.
- No hábitos tóxicos.
- No FRCV conocidos.
- Síndrome nefrítico en la infancia.
- Ca de mama izquierda en 2005: cuadrantectomía, QT y RT.
- Colectomizada. ooforectomía derecha por quiste.
- Amigdalectomizada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **AF:** Madre y una hermana fallecidas por cáncer de mama.
- No tratamiento habitual.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **HISTORIA ACTUAL:** cuadro de **fiebre** de hasta 38º desde hace tres días, con **cefalea** asociada a los picos febriles, tos con **expectoración amarillenta**. Niega disnea, ortopnea ni DPN. No dolor torácico ni palpitaciones. Refiere **mareo** desde hace un mes, asocia **inestabilidad**, no refiere giro de objetos, no dolor cervical, con caídas sin pérdida de conocimiento ni TCE. **Astenia** importante, **pérdida de peso** sin clara pérdida de apetito, que relaciona con haber estado cuidando los últimos meses a una hermana, recientemente fallecida. Hace unos meses se ha notado un **ganglio en la axila derecha**. No contacto con pacientes COVID+.
- **ANAMNESIS POR APARATOS:** **Poliartralgias** ocasionales sin signos inflamatorios. no sangrados macroscópicos, clínica digestiva ni a nivel de otros aparatos o sistemas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** TA 130/79. Tª 36.3º. SATURACIÓN 96% (FIO2 24%). CONSCIENTE, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, COLABORADORA. EUPNEICA EN REPOSO. DESNUTRIDA. PALIDEZ CUTÁNEA, NORMOHIDRATADA, NORMOPERFUNDIDA.
 - **CYC:** NO IY. **ADENOPATÍA AXILAR DERECHA**, BLANDA, MÓVIL, NO DOLOROSA; **ADENOPATÍAS INGUINALES BILATERALES**, DE LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS, LA MAYOR DE UNOS 2 CM EN INGLE DERECHA. NO MASAS EN MAMAS.
 - **AC:** RÍTMICA A 90 LPM.
 - **AP:** **HIPOVENTILACIÓN** GLOBAL, MÁS ACUSADA EN BASE DERECHA.
 - **ABDOMEN:** BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, NO MASAS NI MEGALIAS, NI SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
 - **EXTREMIDADES:** NO EDEMAS NI SIGNOS DE TVP.
 - **NEUROLÓGICO** NORMAL.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- ANALÍTICA

- BIOQUÍMICA: glucosa 85, cr 0.5, FG 92, **GOT 52**, proteínas totales 6, **albúmina 2.65**, **Na 130**, Cl 94, K 3.6, resto normal. Fe 24, transferrina 122, IST 20%, **ferritina 1573**. vit b12 187, fólico 11.90. **PCR 80.1**. TSH 3.88.
- HEMOGRAMA: **leucocitos 12600 (62%n, 31%c)**, **Hb 9**, VCM 71.7, plaquetas 191000. reticulocitos 1.3%. frotis: granulación tóxica moderada, vacuolización plasmática leucocitaria en cantidad moderada. coagulación: Tp 85%, INR 1.11, **Dímero d 15597**.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- SISTEMÁTICO Y SEDIMENTO DE ORINA: sin alteraciones.
- ECG: ritmo sinusal a 100 lpm. qrs estrecho a 60°. onda p e intervalo PR normales. Progresión tardía de la onda r. Segmento ST supradesnivelado en v3 y v4.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

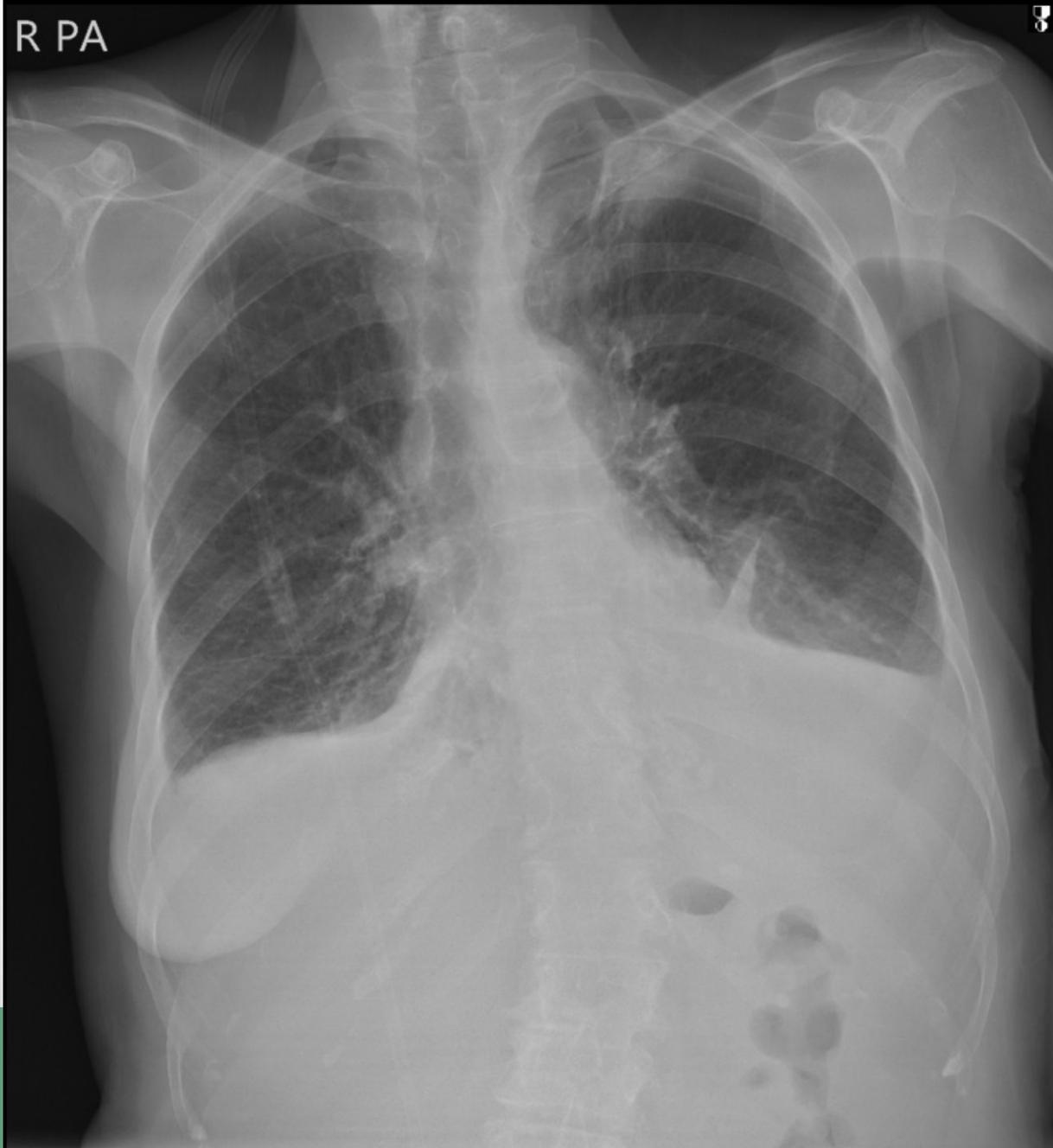
- ANTÍGENOS DE LEGIONELLA Y NEUMOCOCO EN ORINA: Negativos.
- CULTIVO DE ESPUTO: FLORA HABITUAL. AURAMINA NEGATIVA. NO SE AÍSLAN MICOBACTERIAS.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

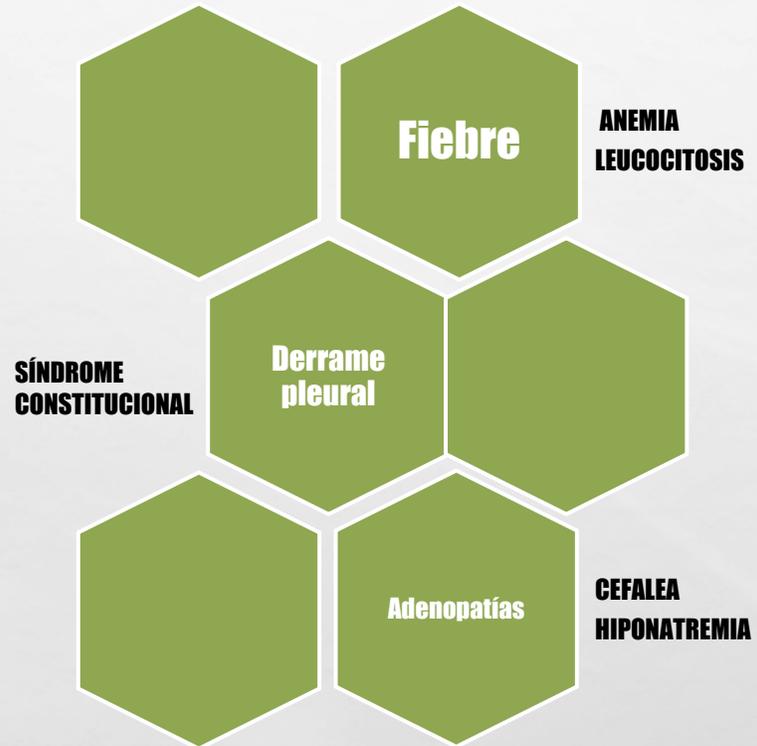
- **LÍQUIDO PLEURAL.**

- BIOQUÍMICA: GLUCOSA 104, PROTEÍNAS 2.4, LDH 143, ADA 25.2, PH 7.44.
- CÉLULAS: LEUCOCITOS 436 (32%N, 58%L, 10%MO), HEMATÍES < 10000, HCTO <10. AURAMINA: NEGATIVA.
- CULTIVO: NEGATIVO.
- CITOLOGÍA: LÍQUIDO PLEURAL NEGATIVO PARA MALIGNIDAD; COMPATIBLE CON HIPERPLASIA MESOTELIAL REACTIVA, ASOCIADO A INFLAMACIÓN AGUDA Y CRÓNICA.

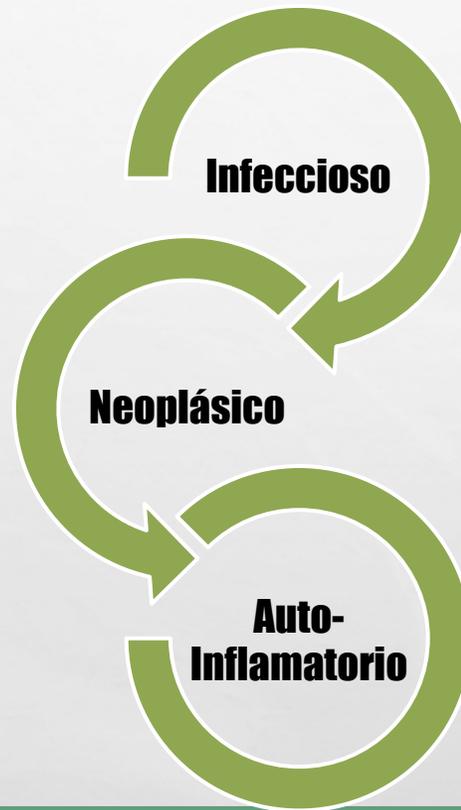
DESCRIPCIÓN DEL CASO



DESCRIPCIÓN DEL CASO



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- FACTORES DE RIESGO DE RECURRENCIA TRAS 5 AÑOS:
 - LA EDAD DE LA PACIENTE
 - EL ESTADIO DEL CÁNCER EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO
 - EL ESTADO DE LOS RECEPTORES HORMONALES, LA INFORMACIÓN GENÉTICA
 - LA AFECTACIÓN DE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **TRASUDADOS**
- FRECUENTES:
 - INSUFICIENCIA CARDIACA
 - CIRROSIS Y OTRAS HEPATOPATÍAS GRAVES
 - HIPOALBUMINEMIA (MALNUTRICIÓN, SÍNDROME NEFRÓTICO, ETC.)
 - EMBOLIA PULMONAR
 - OTROS:
 - URINOTÓRAX
 - **SÍNDROME DE MEIGS (TUMOR OVÁRICO BENIGNO)**
 - HIPOTIROIDISMO
 - ATELECTASIA PULMONAR
 - DIÁLISIS PERITONEAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

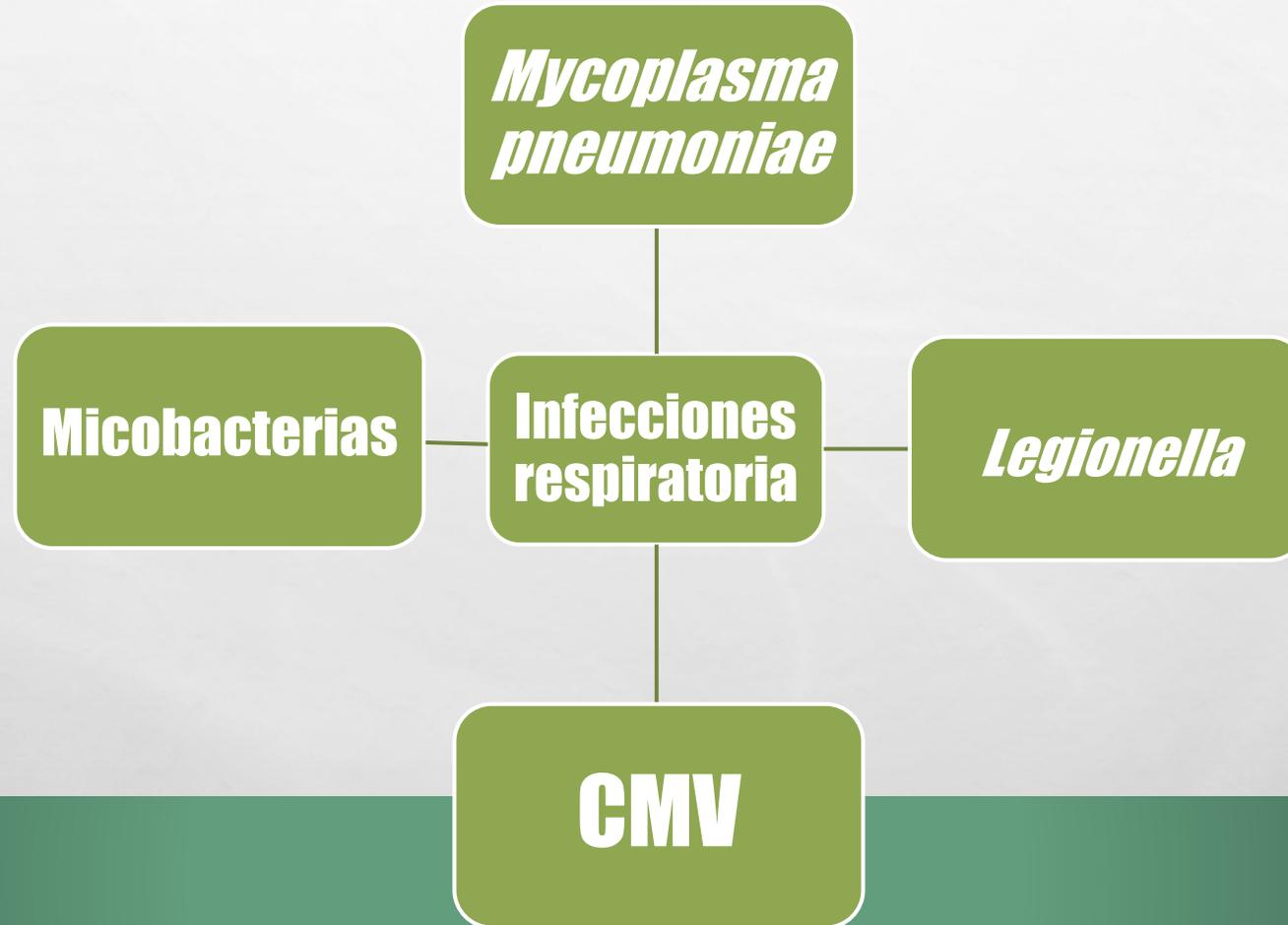
- **LINFOMA DE CÉLULAS B VS LINFOMA DE CAVIDADES.**



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **PRUEBAS A REALIZAR**
 - **TAC → CEREBRAL**
 - **RM/TAC ABDOMINO PÉLVICO**
 - **ECOCARDIOGRAMA**
 - **MARCADORES TUMORALES CA 12.5, CA 15.9, CEA**
 - **GAMMAGRAFÍA/PET-TAC**
 - **BX GANGLIONAR**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **ESTUDIO SEROLÓGICO**
- **MANTOUX O TB-INF**
- **FROTIS SANGUÍNEO**
- **HEMOCULTIVOS**
- **BX ADENOPATÍAS Y PCR MULTI-TEST: MICOBACTERIAS NO TUBERCULOS COMPLEX, CMV, ATÍPICAS...**
- **LBA**

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **ENFERMEDADES AUTOINMUNES**



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **HISTOCITOSIS**

- GRUPO L:
 - HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS Y LA ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER
- GRUPO C:
 - HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS NO-LANGERHANS QUE INVOLUCRAN LA PIEL
- GRUPO M:
 - HISTIOCITOSIS MALIGNOS
- GRUPO R:
 - ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN
- GRUPO H:
 - LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **HISTOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGUERHANS**

La histiocitosis pulmonar de células de Langerhans es la proliferación de células de Langerhans monoclonales en el intersticio pulmonar y los espacios aéreos. Se desconoce la etiología, pero el hábito de fumar desempeña un papel primordial. Los síntomas son disnea, tos, astenia y dolor torácico pleural. El diagnóstico se basa en los antecedentes y los estudios por la imagen, y a veces en los hallazgos del lavado broncoalveolar y la biopsia. El tratamiento consiste en dejar de fumar. En muchos casos se administran corticoides, pero se desconoce la eficacia. El trasplante de pulmón generalmente es curativo cuando se combina con el abandono del tabaquismo. La supervivencia a 5 años es de alrededor del 74%. Los pacientes tienen un riesgo mayor de cáncer.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **ASOCIACIÓN DE DERRAME PLEURAL EN EL CONTEXTO DE ENFERMEDAD AUTOINMUNE DE BASE**
 - **AR**
 - **SD SJOGREN**
 - **LUPUS**

Mujer con artritis reumatoide y derrame pleural

A woman with rheumatoid arthritis and a pleural effusion

Robert Hurtado García^{a,??}, J.R. José Raúl Noguera Pons^b, V.M. Víctor Miguel Cánovas García^a, Alberto Martín-Hidalgo^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

^b Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España

REVISTA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA

Volumen 21 • Número 3 • Julio-Septiembre 2018

NOTA CLÍNICA

Derrame pleural asociado a síndrome de Sjögren

A. Cerezo Lajas, M.C. Rodríguez Guzmán, J. de Miguel Díez

Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Rev Patol Respir. 2018; 21(3): 101-104

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
- **ESTUDIO SEROLÓGICO DE AUTOINMUNIDAD: ANA, DNA, ENAS, AR , PC, ANTI-SSA/RO, ANTI SSB-LA**
- **PRUEBA DE IMAGEN TAC TORÁCICO**
- **BX TRAS BRONCSCOPIA.**

CONCLUSIÓN



GRACIAS



SESIÓN CLÍNICA 13 OCTUBRE 2021

Dr. Javier Balaguer

Dr. Luis María Arto

Servicio Medicina Interna

CAULE

- TAC TORACO ABDOMINAL: - Derrame pleural bilateral, de moderada cuantía el derecho y moderado-severo el izquierdo. - Adenopatías axilares e hiliares derechas. - Bronquiectasias bilaterales con lesiones de aspecto cicatricial también bilaterales. - Nódulo subpleural milimétrico en LII de naturaleza indeterminada. – Lesiones fibróticas post-RT en LSI y língula. - Leve dilatación de las vías biliares, probablemente en relación con status postcolecistectomía.
- Ecografía mamaria: adenopatías axilares derechas en todos los niveles de Berg y supraclaviculares derechas. PAAF de una adenopatía axilar del nivel I Berg - No se objetivan hallazgos sospechosos de malignidad en el estudio de ambas mamas.
- Biopsia ganglio axilar: sin alteraciones destacables

- Hemograma: leucocitos 5800 (71.1%N, 14.9%L), Hb 9.6, VCM 71.9, plaquetas 270000. VSG 30. Coombs directo positivo (++/++++).
- PCR 6.8. FR <10, ANA p1/1280, antiDNA 1.7, anti Ro (SS-A): positivo, antiRNP 70, anti La, anti Sm, antiRNP: negativos. Antipéptido citrulinado 8.3 (normal). Anticardiolipina y anticoagulante lúpico: negativos. CH50 76, C3 100, C4 23.8 (normales). Proteínas en orina de 24 h.: 0.196 g.

- Gastroscofia: incompetencia cardial, sin otras alteraciones.
- Colonoscopia: se avanza hasta ciego por un colon que presenta restos fecales semisólidos a lo largo de todo el recorrido no evidenciando alteraciones mucosas groseras a excepción de un pólipo sésil de unos 2 cm a 15 cm del ano de aspecto incierto que se biopsia.
- Anatomía patológica: adenocarcinoma infiltrante sobre adenoma tubulovelloso.
- RM PÉLVICA: en recto medio lesión de morfología polipoidea con base de implantación en la pared anterior, que crece hacia la luz ocupandola casi por completo de forma focal. Tiene una señal intermedia en secuencias T2 y T1 con respecto a la pared rectal, y presenta restricción en el estudio de difusión. Infiltra las capas mucosa-submucosa sin aparente infiltración de la capa muscular. Tiene un diámetro aproximado de 1,5 cm en el plano longitudinal y el margen inferior de la implantación en la pared rectal se encuentra aproximadamente a 11 cm del margen anal externo. No se identifica la reflexión peritoneal anterior. Se identifica algún ganglio en el mesorrecto de dudoso valor patológico. CONCLUSIÓN: Ca. de recto medio-superior, probable estadio T1.

DIAGNÓSTICO

- Adenocarcinoma infiltrante sobre adenoma tubulovelloso
- LES según criterios SLICC (ANA+artritis+serositis pleural+Coombs directo + (++)/++++)+ leucopenia)