

*Varón de 58 años
que ingresa en
Medicina
Interna por
deterioro del
estado general
con intensa
astenia y dolor en
cadera izquierda*



~ M. Interna ~

Victoria Muñoz Embuena

Isabel Muínelo Voces

~ A. Patológica ~

Jacques Alzoghby Abi Chaker

Samuel Saéz Álvarez

Javier Martínez Martínez



Antecedentes personales

- No alergias medicamentosas conocidas
- Minusvalía psíquica. Vive solo en medio urbano con ayuda de sus hermanos.
- No hábitos tóxicos.
- FRCV: HTA Grado 2 sin LOD conocida ni ECV asociada.
- Queratocono izquierdo. Desprendimiento retina OD

Tratamiento habitual

Irbesartan 300/12.5 1-0-0

Amlodipino 10 0-0-1

Espironolactona 25 0-1-0



Enfermedad actual

Cuadro de aproximadamente **un mes** de evolución de **dolor en cadera izquierda** sin antecedentes de traumatismo previo que inicialmente mejoraba con el reposo, pero en el momento del ingreso persiste en reposo con escasa respuesta a analgesia.

Durante la última semana importante deterioro, no se levanta de la cama, **intensa astenia, anorexia**, vómitos ocasionales aunque apenas come **y pérdida de peso** no cuantificada.

Su familia lo relaciona con clínica depresiva en relación con el fallecimiento unos meses previos de su madre con la que vivía.

Exploración física

Regular estado general. Obeso. Eupneico en reposo sin O₂. Consciente, orientado, colaborador. Palidez cutánea.

CyC: Cuello corto. No IY. No se palpan adenopatías laterocervicales, supraclaviculares ni axilares.

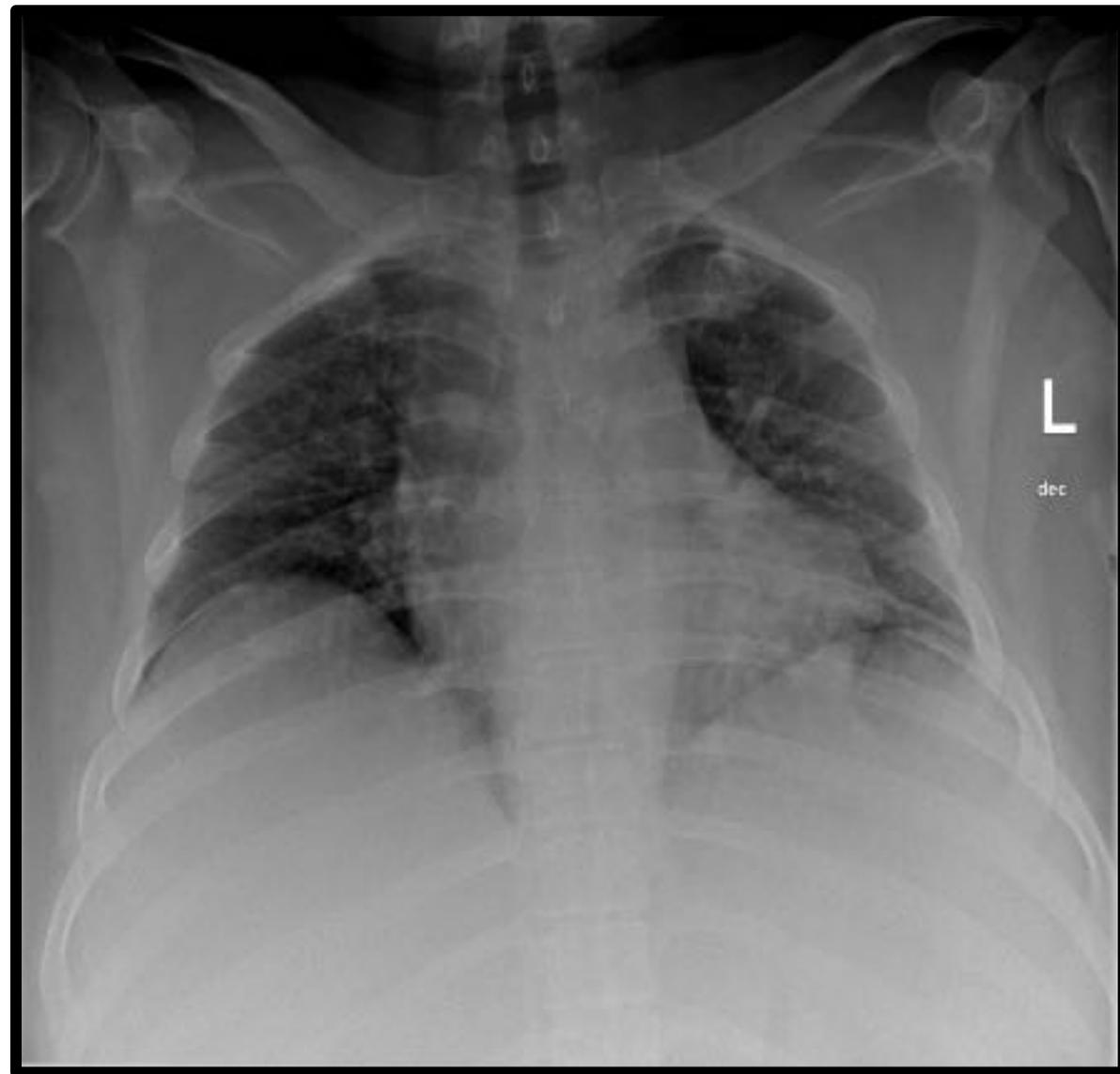
- Constantes: PA 87/52 mm Hg, FC 95 lpm, T^a 36.3°C, SatO₂ 90% basal.
- ACP: Rítmica 100 lpm. Hipoventilación global.
- Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. RHA+.
- EEII: Sin edema ni signos de TVP. Dolor a la movilización cadera izquierda, sin deformidad ni acortamiento.

Pruebas de laboratorio

- Hemograma: 4.500 leucocitos (77%N; 5%L -230-); Hb 11.2; VCM 80; plaquetas 180.000. VSG 76.
- Coagulación: INR 1.30; TP 66%, TTPA 32, ratio 0.95.
- Bioquímica: glucosa 111, urea 191, ácido úrico 17, Cr 3.77, Fg 17. Potasio 5.4, sodio 135, cloro 100, calcio 9.9, fósforo 4.32. GOT 24, GPT 22, FA 174, GGT 96. Bilirrubina total 2 (directa 1.91). Proteínas totales 5.9. Colesterol total 124 (HDL 9, LDL 70), triglicéridos 223. PCR 132. H. tiroideas normales.
- GAB: pH 7.429, pCO2 31.4, pO2 106, Bíc 22.3, SatO2 98.4%.



Radiografía de
tórax



Ecografía abdominal

Se demuestra líquido libre en cantidad considerable alrededor del hígado y en la gotiera paracólica derecha. Ambos riñones son de tamaño normal, con un diámetro craneo caudal estimada del riñón derecho de 11 cm y del riñón izquierdo de 12 cm. Diferencia en córtico-medular.

observa

explorar

Hígado

explora con

dificultad.

de estructura

lesiones de

centímetros

CONCLUSIÓN

Exploración difícil. Líquido libre. Adenopatías (lígamento gastro-hepático), esplenomegalía con lesiones focales.

No logra

da pinzada.

atosís, se

za con

reas ni resto

múltiples

6

craneocaudal estimado en torno a 17 cm. En el bazo se identifican varias lesiones de menor ecogenicidad que el parénquima normal. Sospecha de lesión interpuesta entre el bazo y el riñón (parece extrarrenal).

Al ingreso se retira su medicación habitual, se pauta sueroterapia y analgesia. Se solicita TC que se realiza al 7º día de ingreso, además de toracocentesis que se envía a Bioquímica y Anatomía Patológica para citología.

TC toraco-abdominal

HALLAZGOS

Se realiza TC HMC tras la administración de contraste oral. No se pone contraste intravenoso por Cr: 2,89 y Filtrado de 23. No se dispone de estudios previos para comparar. Estudio artefactado por movimientos que dificulta valorar adecuadamente las lesiones.

CUELLO:

No se identifican otras lesiones. No se ven ganglios submandibulares, ínespe...

TÓRAX (muy artefactado)
Derrame pleural izquierdo.

Atelectasia laminar/ subsegmentaria
en cadenas cardiofrénicas (la...

ABDOMEN (imposible valorar...)
Hígado de atenuación.

Esplenomegalia de 18,5 cm aproximadamente. Líquido libre perihéptico, en gotiera derecha y pelvis. Múltiples adenopatías (algunas superan 45mm eje corto) en la zona del ligamento gastrohepático, retroperitoneales (En tronco celiaco y arteria mesentérica superior), raíz del mesenterio, etc. Aumento densidad de la grasa subcutánea en la región crural izquierda y en la pared anterior del abdomen a valorar linfedema, hipoproteíнемia, etc..

CONCLUSIÓN

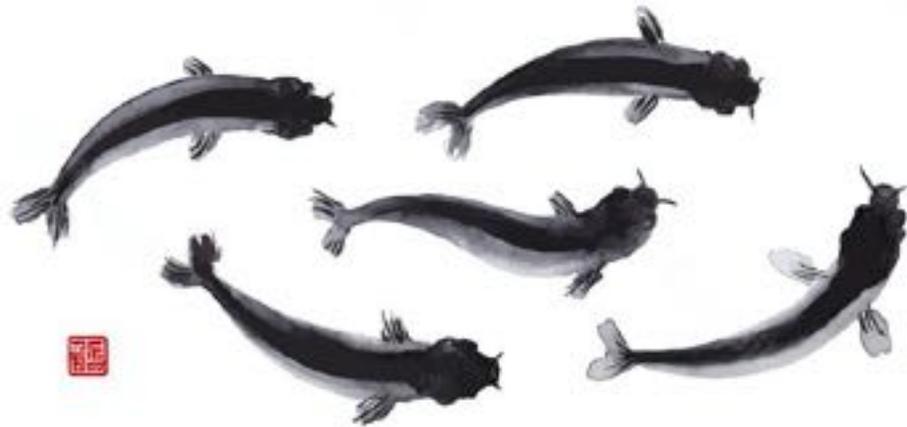
Adenopatías supra e infradiaphragmáticas,
Esplenomegalia. Derrame pleural izquierdo
y ascítis.

Pequeños ganglios

de 0,8 cm en LSD.

así como retrocrurales y
de tamaño patológico.

líquido dilatado. Dúcras suprarrenales sin alteraciones.



Durante los días posteriores persiste importante deterioro con mal control del dolor, mayor postración y escasa ingesta . El 14º día de ingreso avisan en la guardia de MI por éxitus. Se solicita necropsia a sus hermanos que firman el consentimiento para la misma.



En resumen...

Clínicamente...

Síndrome general
+ dolor en cadera
izquierda

Analíticamente...

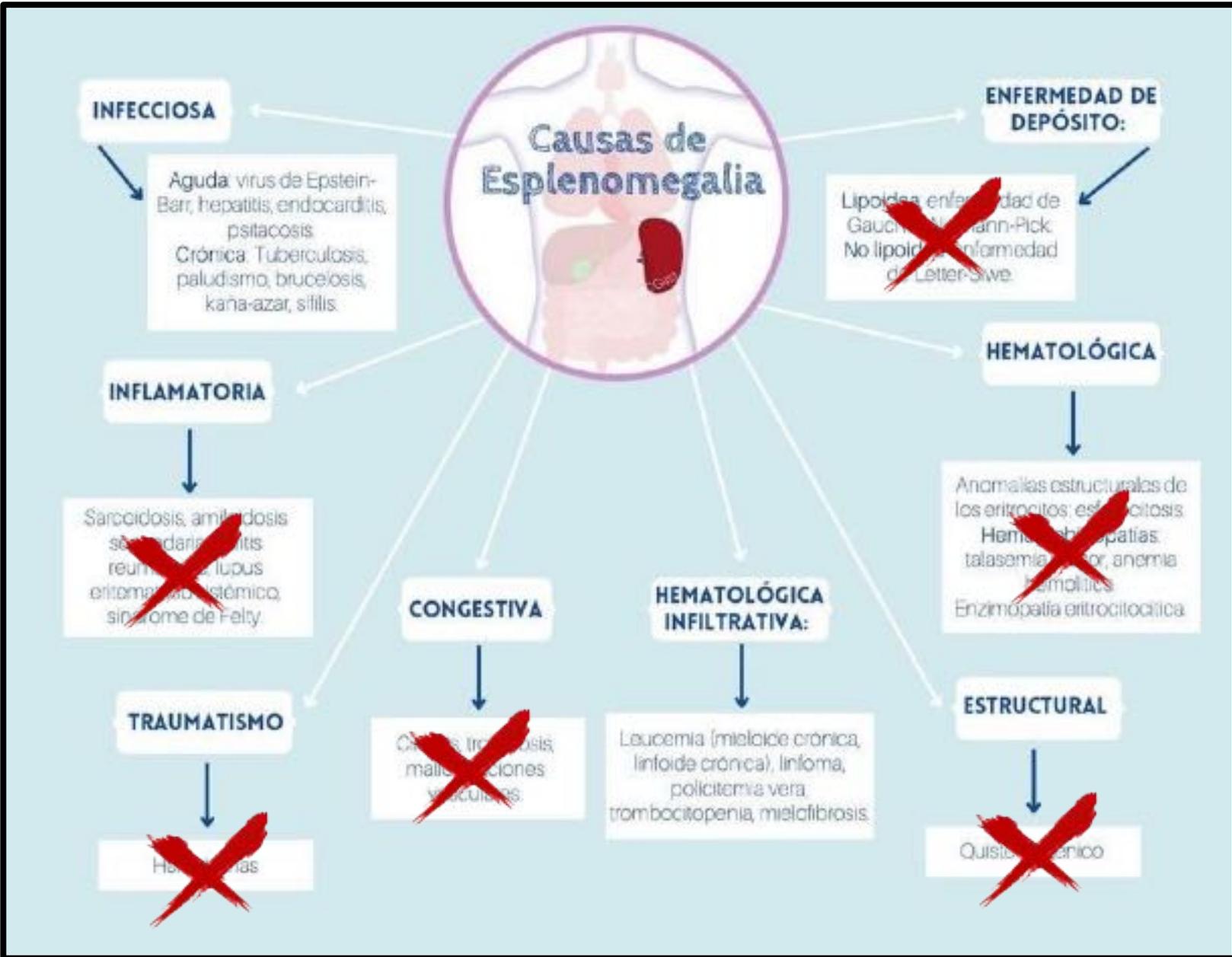
Anemia N-N
Aumento de VSG
Fracaso renal agudo
Hipercalcemia
Colestasis

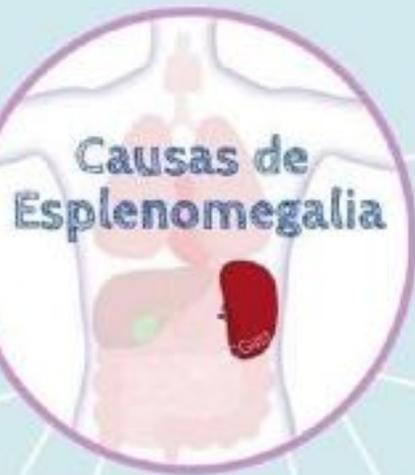
Pruebas de imagen...

Adenopatías supra e
infradiaphragmáticas.
Esplenomegalia.
Derrame pleural izquierdo y
ascítis.

Curso fulminante

Diagnóstico diferencial





INFECCIOSA

Aguda: virus de Epstein-Barr, hepatitis, endocarditis, psitacosis.
Crónica: Tuberculosis, paludismo, bruceosis, kaha-azar, sífilis.

ENFERMEDAD DE DEPÓSITO:

Lipoidea: enfermedad de Gaucher, Niemann-Pick.
No lipoidea: enfermedad de Letter-Siwe.

HEMATOLÓGICA

Anomalías estructurales de los eritrocitos: esferocitosis.
Hemoglobinopatías: talasemia mayor, anemia hemolítica.
Enzimopatía eritrocítica.

INFLAMATORIA

Sarcoidosis, amiloidosis secundaria, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Felty.

CONGESTIVA

Cirrosis, trombosis, malformaciones vasculares.

HEMATOLÓGICA INFILTRATIVA:

Leucemia (mieloide crónica, linfocítica crónica), linfoma, policitemia vera, trombocitopenia, mielofibrosis.

ESTRUCTURAL

Quiste esplénico

TRAUMATISMO

Hematomas



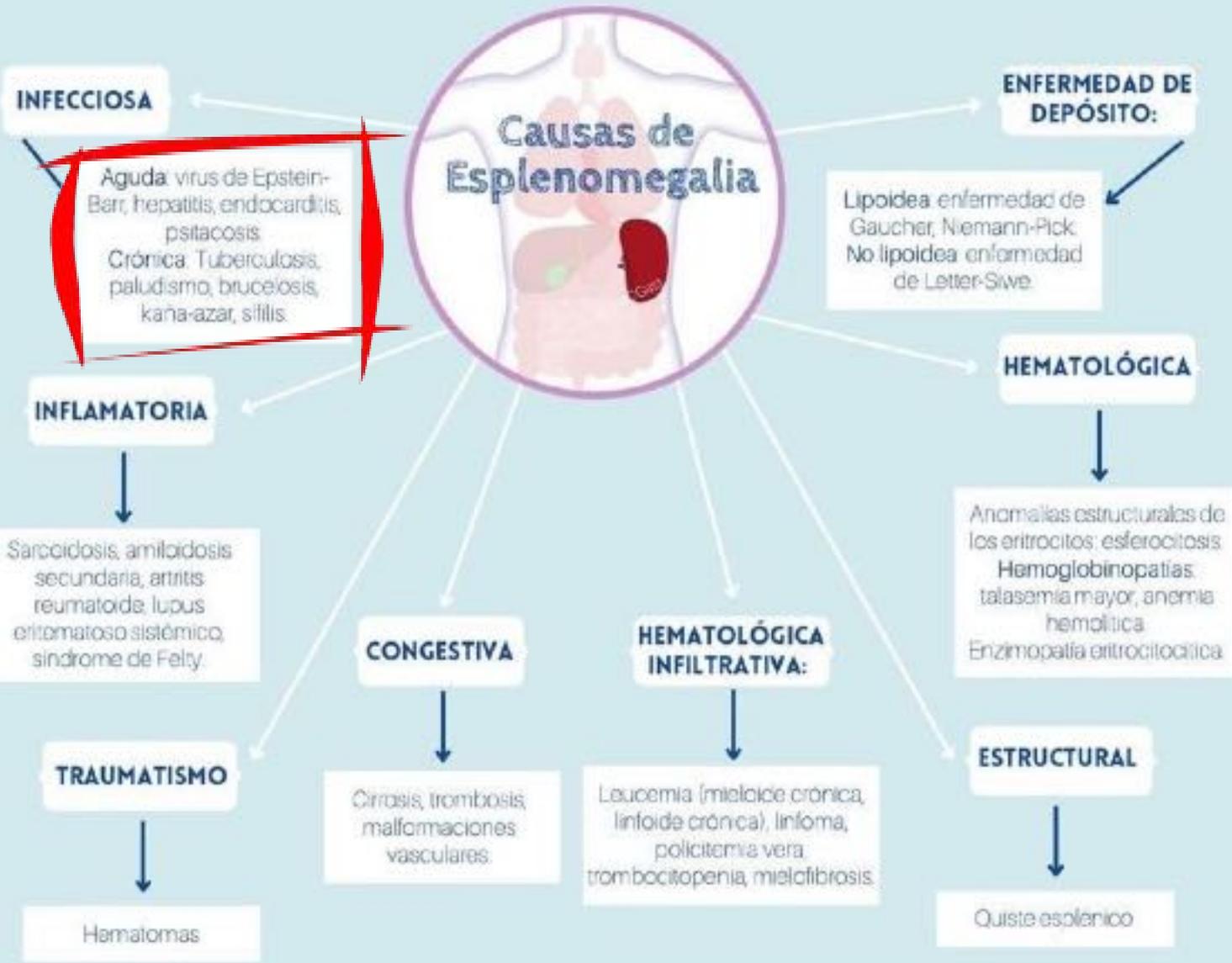
Linfoma

Síndrome general
Adenopatías generalizadas
Esplenomegalia
Presencia de anemia, infecciones e hipercalcemia.



¿Dolor de cadera?

Diagnóstico diferencial





Tuberculosis miliar



No tiene fiebre
 No tiene factores de
 inmunosupresión
 conocidos

¿hipercalcemia?

Hipercalcemia en las enfermedades granulomatosas
 R. Peces
 Servicio de Nefrología, Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Sign	Maartens, 1990	Kim, 1990	Gelb, 1973	Munt, 1971	Proudfoot, 1969
Fever	96*	90	85	84	82
Pulmonary (rales, rhonchi, rubs, signs of effusion)	72	50	51	46	

Symptom	Maartens, 1990
Fever and/or night sweats	96*
Anorexia	92
Weight loss	92
Weakness or malaise	92
Respiratory (cough, dyspnea, pleuritic chest pain)	72
Gastrointestinal (abdominal pain, nausea, vomiting, diarrhea)	21
Headache or central nervous system	25
Musculoskeletal	13

Laboratory finding	Maartens, 1990	Kim, 1990	Munt, 1971	Proudfoot, 1969
Anemia	52*	38	58	12
Leukopenia	15		25	12
Leukocytosis or left shift	4	61	11	1
Thrombocytopenia	23	7		
Thrombocytosis	24			
Hyponatremia	78	68	29	
Elevated alkaline phosphatase	83		34	
Transaminitis	42			
Hyperbilirubinemia	15	8	24	
Elevated ESR >50	68			
Hypoxemia (pO2 <60)	40			
Sterile pyuria	32			

Hepatomegaly	52
Splenomegaly	15
Neurologic (altered mental status, meningismus)	20
Ascites	
Jaundice	
Dermatologic	4
Positive PPD	42

Linfoma

Tuberculosis diseminada

Mis
apuestas...

Diagnósticos secundarios:

Fracaso renal agudo multifactorial (prerrenal + hipercalcemia)

Hipercalcemia leve posiblemente tumoral

Anemia multifactorial con componente hemolítico/hiperesplenismo

Colestasis

Dolor de cadera por infiltración ósea?



Diagnóstico

Completar el estudio de laboratorio:

LDH, perfil férrico, ácido fólico y Vit. B12, frotis, reticulocitos
b2-microglobulina

Proteínograma e inmunoglobulinas

Afinar el diagnóstico del fracaso renal agudo: sistemático y sedimento de orina

Hacer ECG

Ampliar estudio de microbiología con hemocultivos, serología VIH y Mantoux/Quantiferon

Prueba de imagen de la cadera izquierda: Rx/TC > gammagrafía ósea

Biópsia! de las adenopatías



Tratamiento

1. Estabilización hemodinámica: SSF y diuréticos
2. Escalada de analgesia con morfínicos si es necesario
3. Tratamiento etiológico

Bibliografía

1. J. Arévalo Serrano et al., Esplenomegalía, en Diagnóstico y Tratamiento Médico "Green Book", 2019; Capítulo S88: 1359-1373.
2. J. Bernardo, Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of miliary tuberculosis, UpToDate, Literature review current through: Mar 2022. | This topic last updated: Nov 23, 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment-of-miliary-tuberculosis?search=tuberculosis%20miliary&source=search_result&selectedTitle=1~49&usage_type=default&display_rank=1
3. J. Bernardo, Epidemiology and pathology of miliary and extrapulmonary tuberculosis, UpToDate, Literature review current through: Mar 2022. | This topic last updated: Nov 23, 2020. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathology-of-miliary-and-extrapulmonary-tuberculosis?search=tuberculosis%20miliary&source=search_result&selectedTitle=2~49&usage_type=default&display_rank=2
4. R. Peces, Hipercalcemia en las enfermedades granulomatosas, NEFROLOGÍA. Vol. XX. Número 5. 2000. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699500012925>



Muchas gracias

20A3

Sesión Medicina Interna-Anatomía Patológica

Samuel Sáez Álvarez

27/04/22

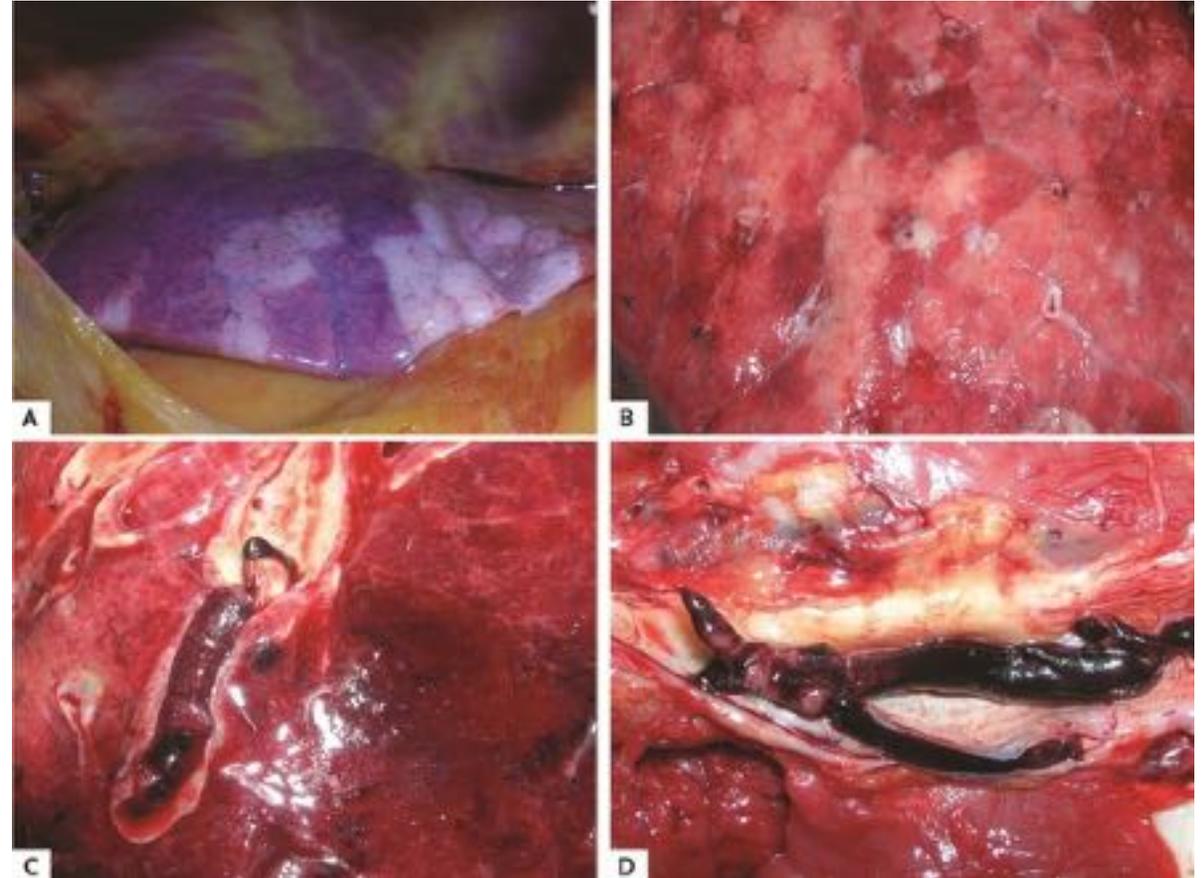
MIR 4º

Enfermedad actual

- Múltiples adenopatías supra e inframesentéricas
- Esplenomegalia
- Deterioro del estado general , coagulopatía e insuficiencia renal
- Exitus

Estudio macroscópico

- **Adenopatías** cervicales aumentadas de tamaño.
- Cavidad torácica:
 - Adherencias y derrame pleural
 - Pulmones congestivos con signos de **TEP periférico**
 - Derrame pericárdico
 - **Ganglios hiliares y mediastínicos**



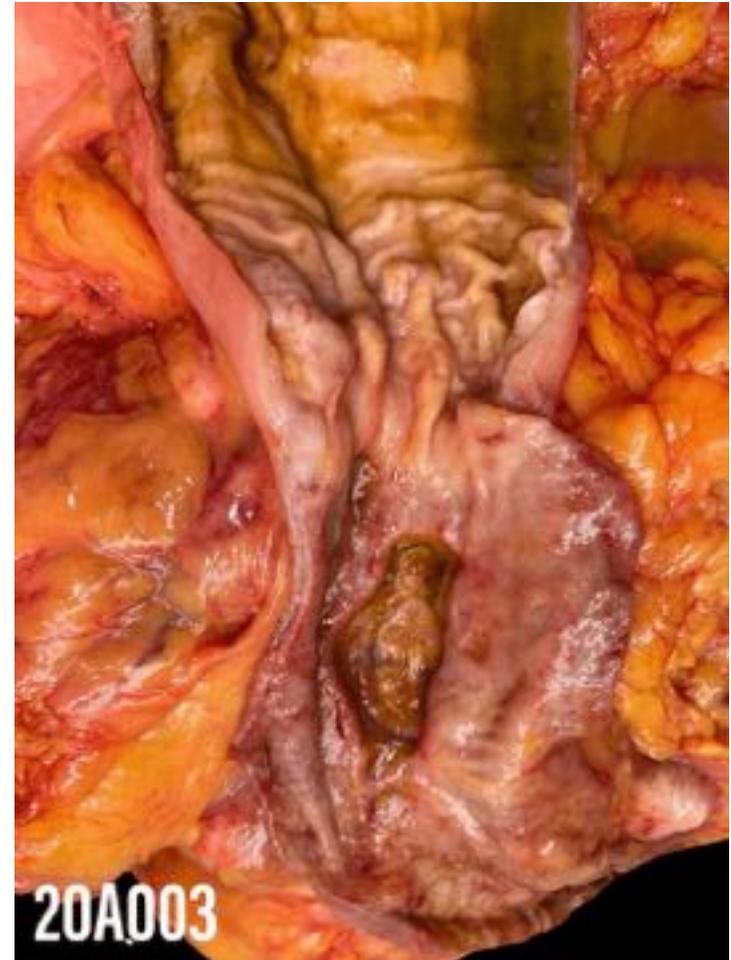
Estudio macroscópico

- Cavidad abdominal:
 - **Ascitis** 7,5 L
 - **Conglomerado adenopático que engloba:**
 - Páncreas
 - Riñón izquierdo
 - Meso, tronco celiaco y mesentérica superior

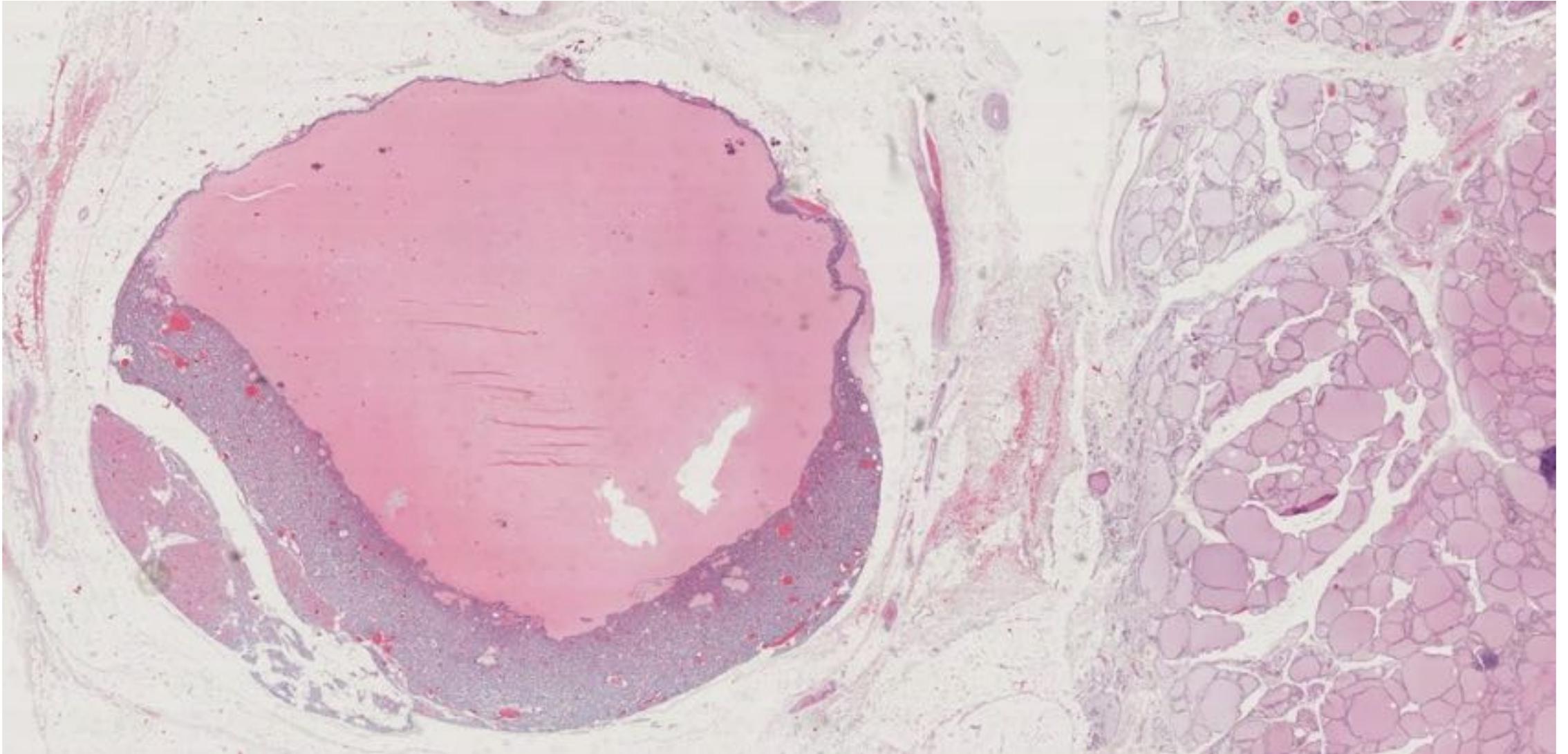


Estudio macroscópico

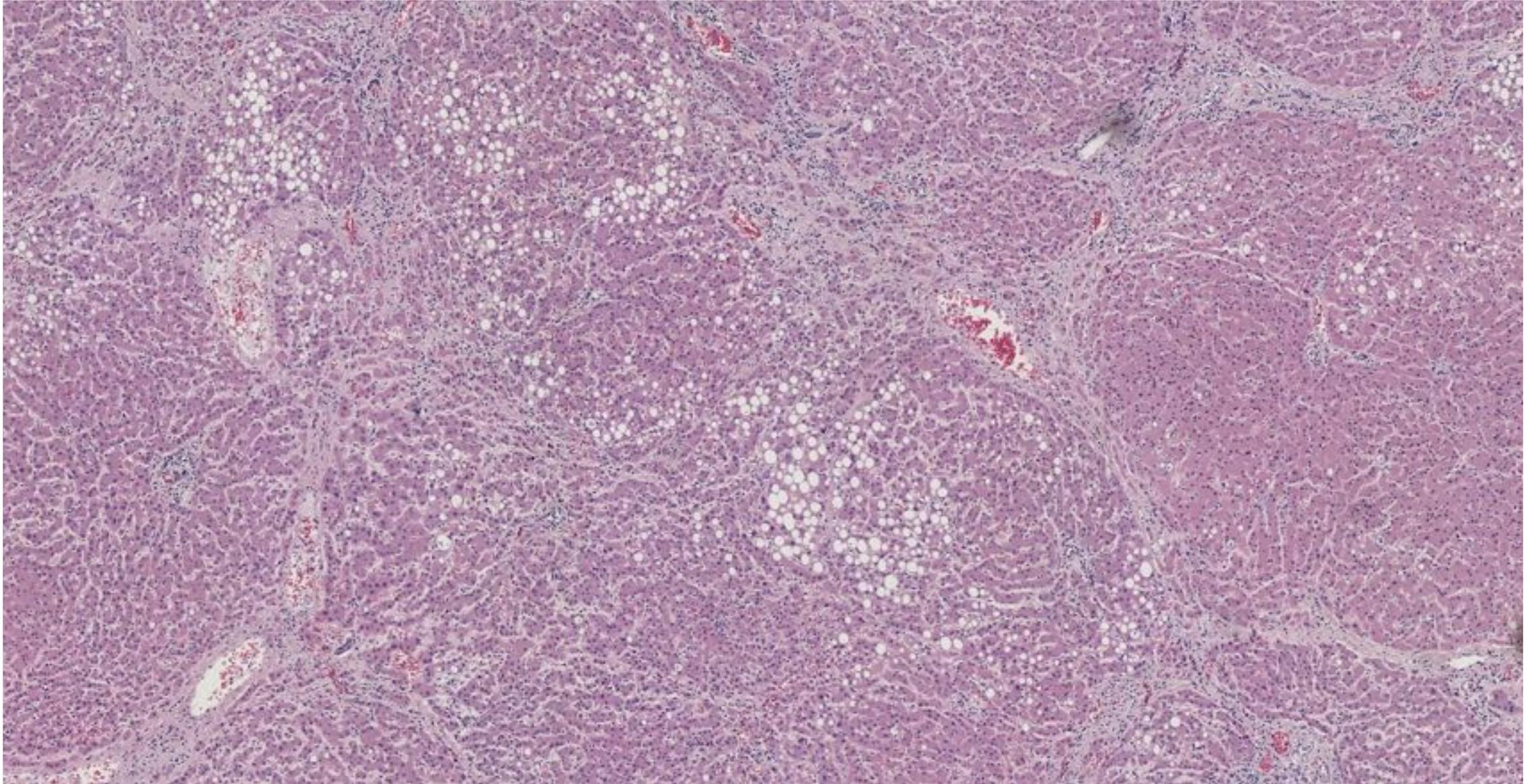
- **Zona ulcerada en duodeno** en relación a la masa adenopática.
- **Bazo con LOES**
- **Hígado micronodulillar amarillento**



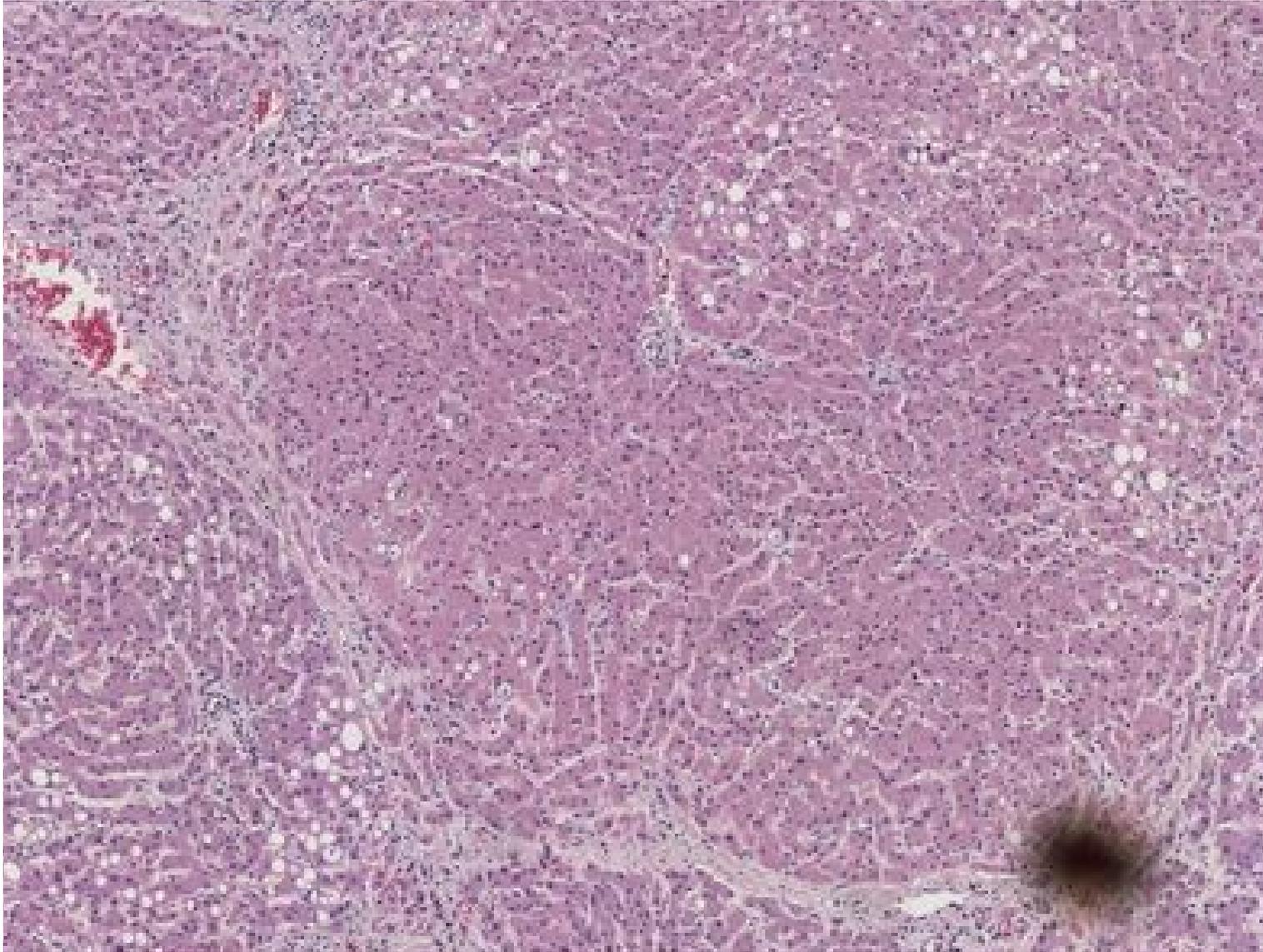
Estudio microscópico



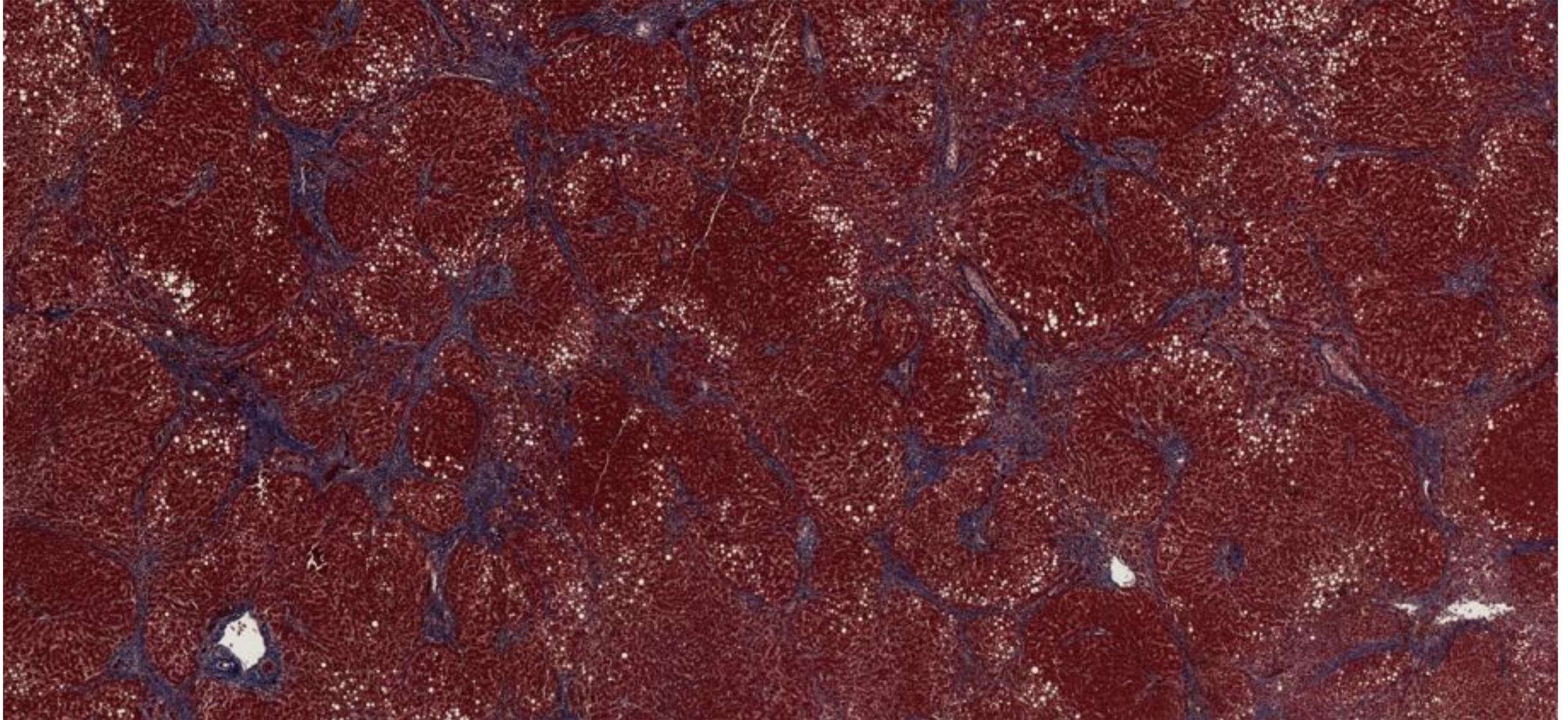
Estudio microscópico



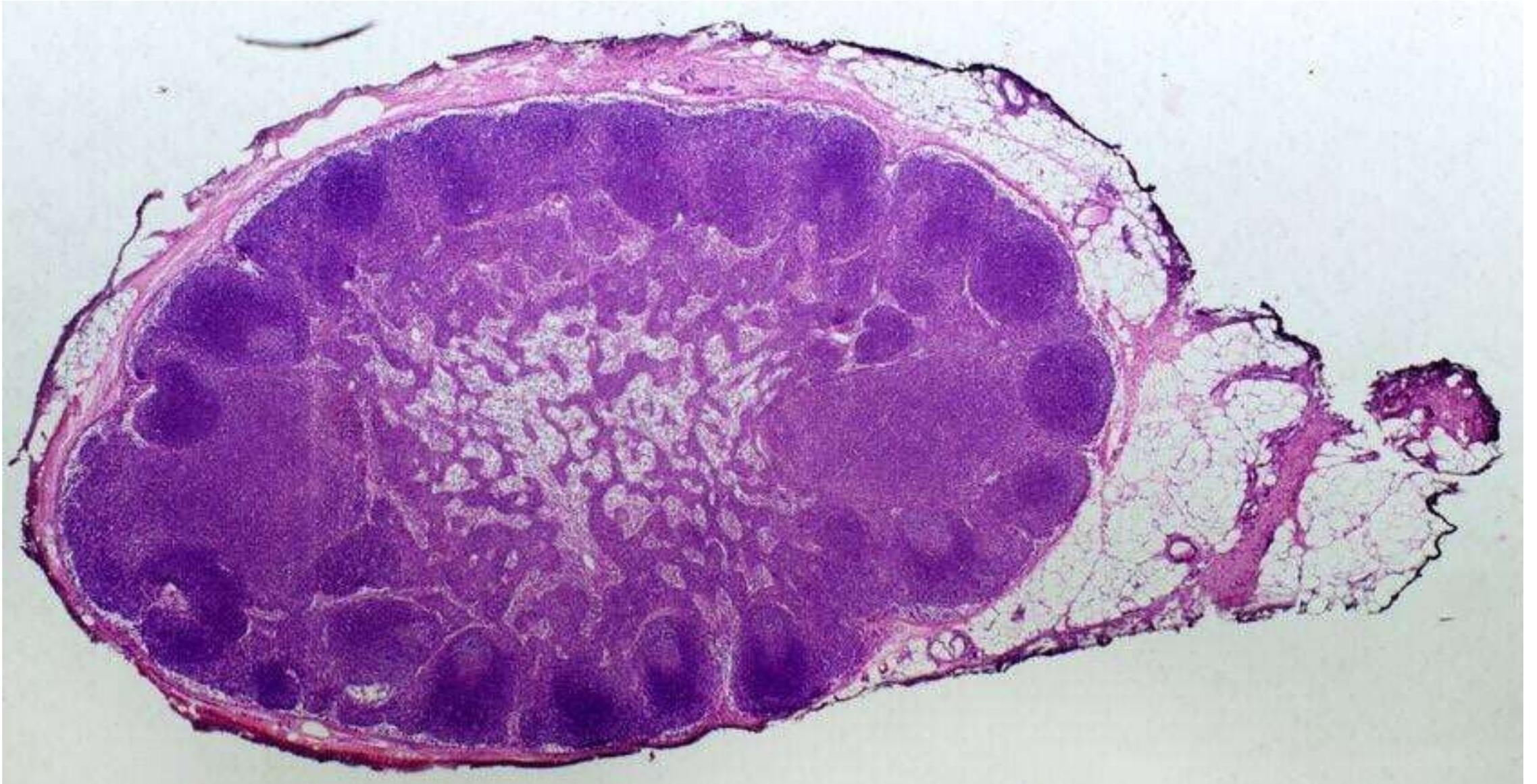
Estudio microscópico



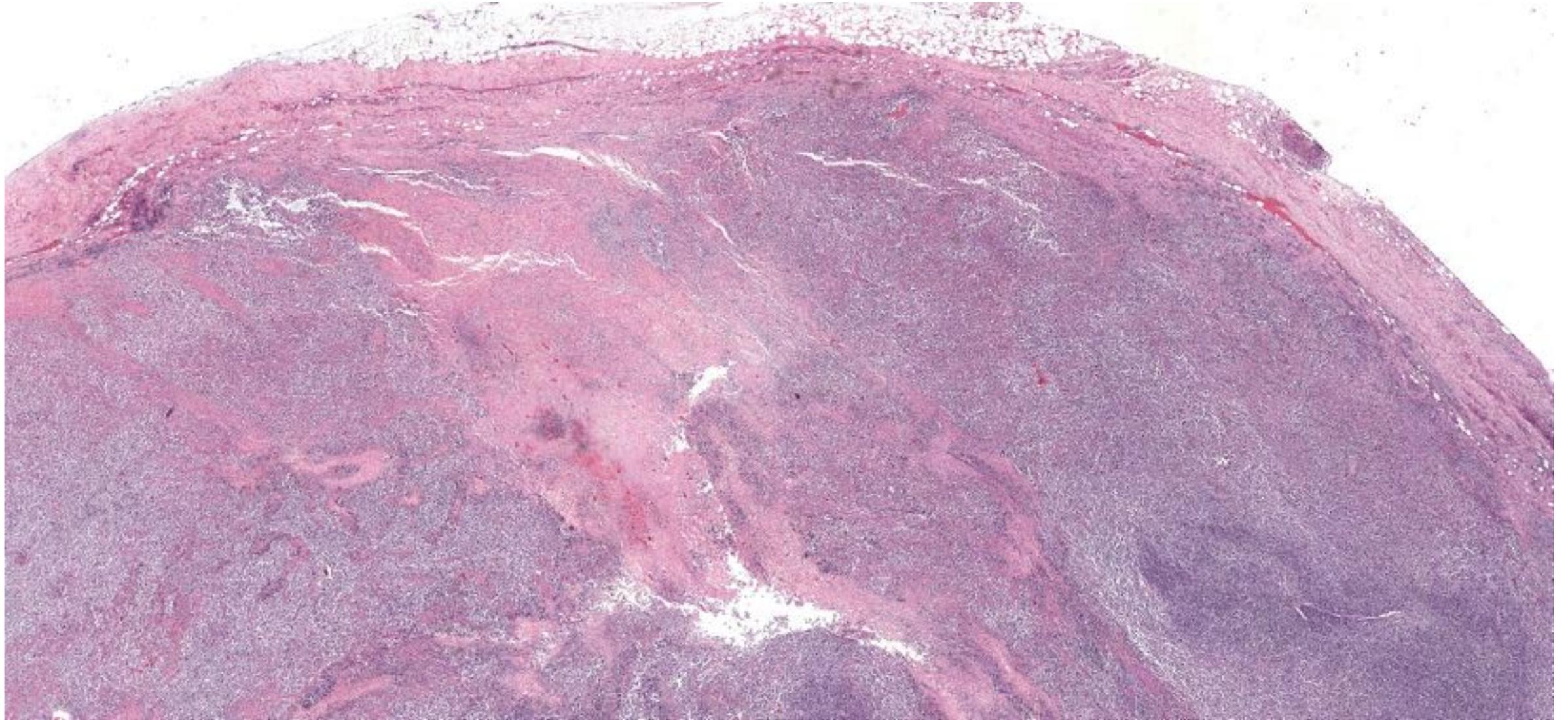
Estudio microscópico



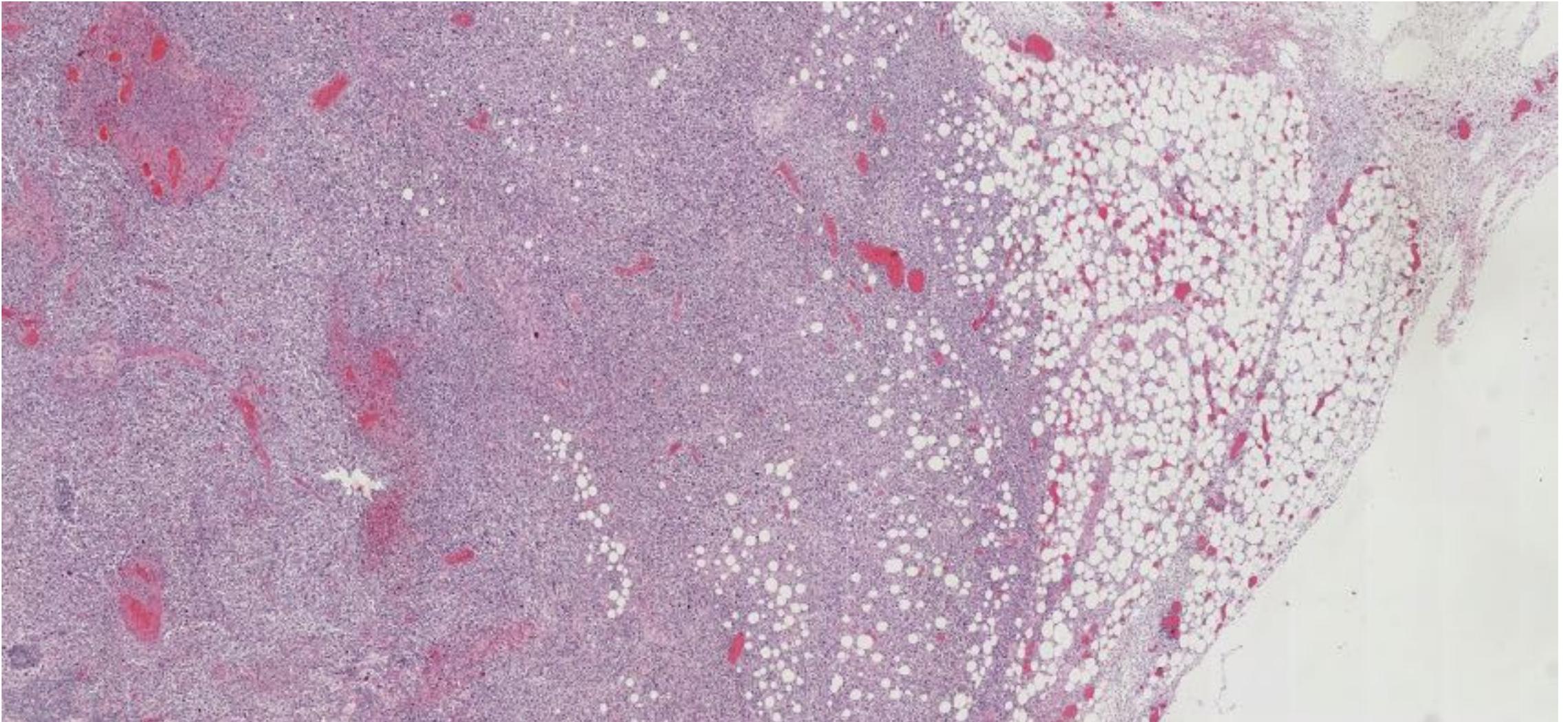
Estudio microscópico



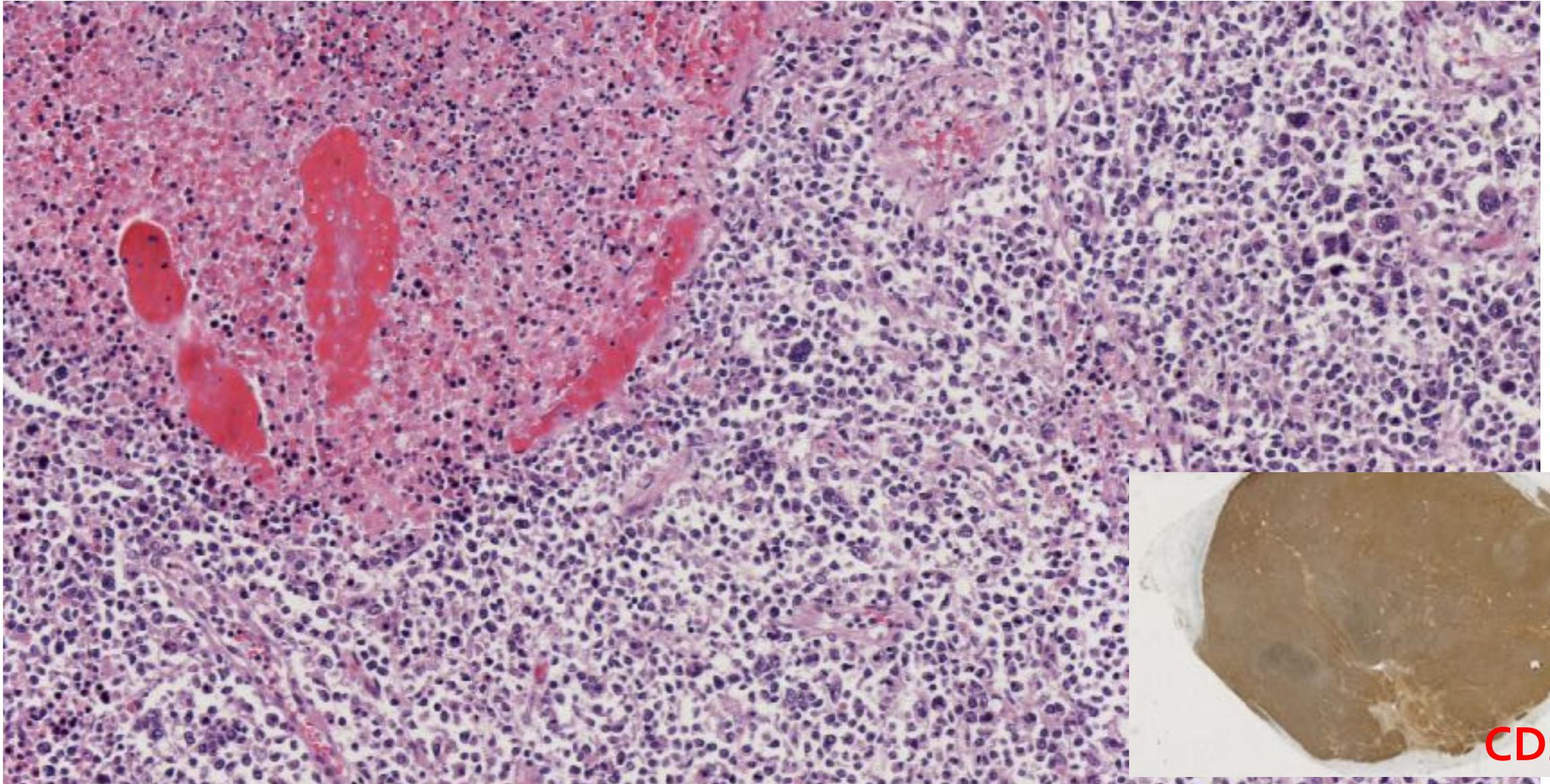
Estudio microscópico



Estudio microscópico

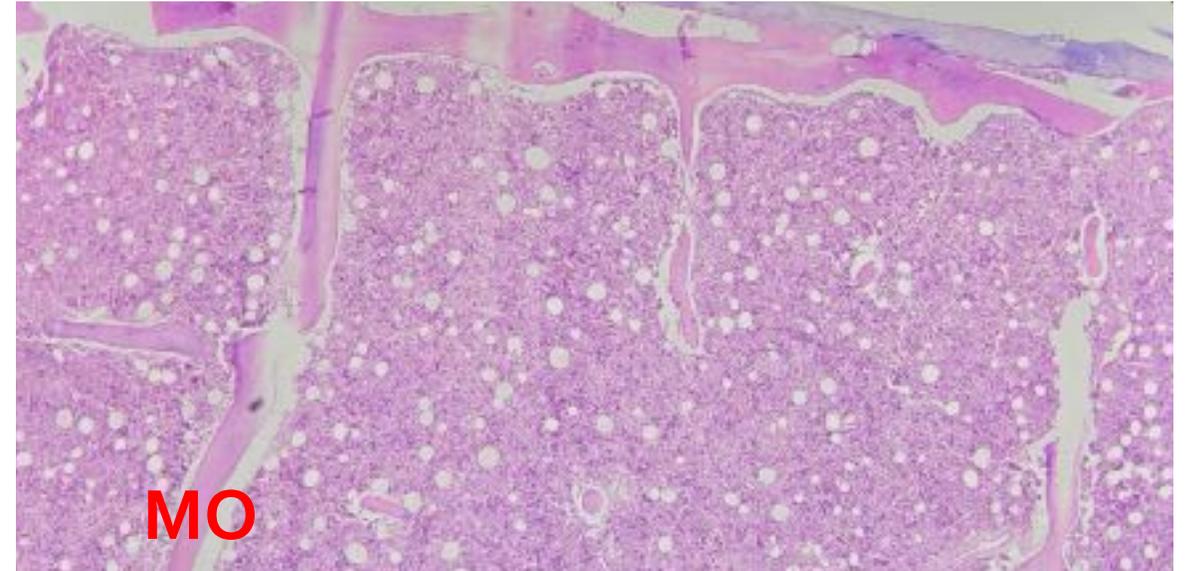
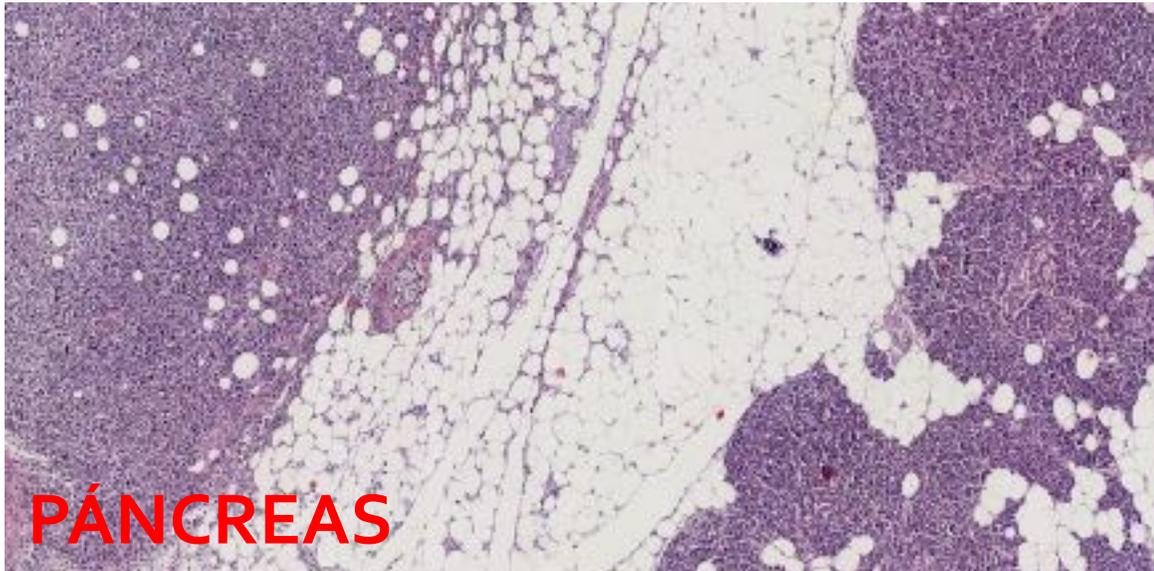
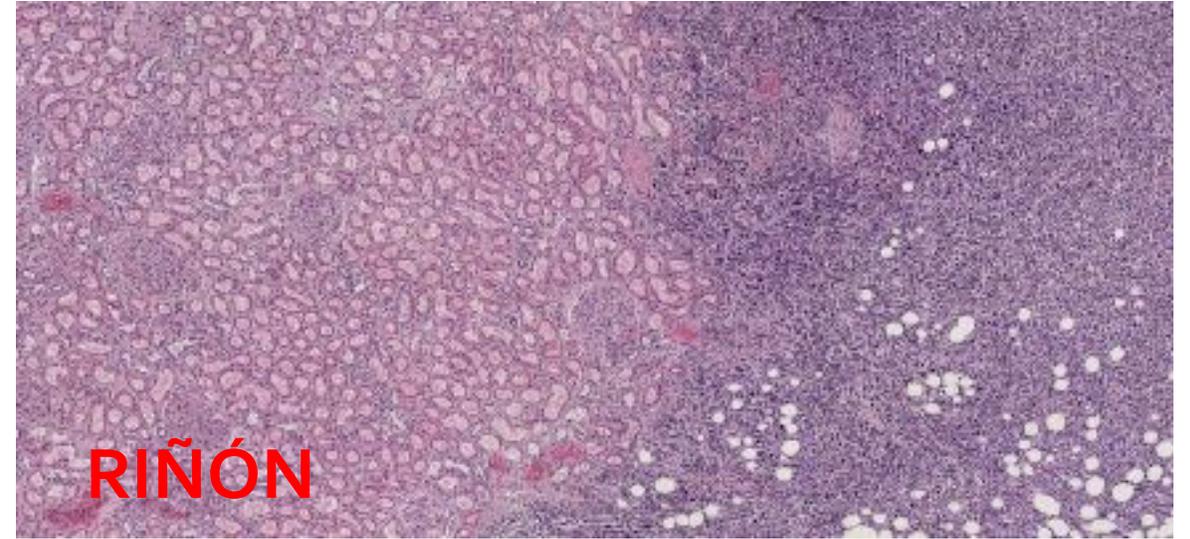
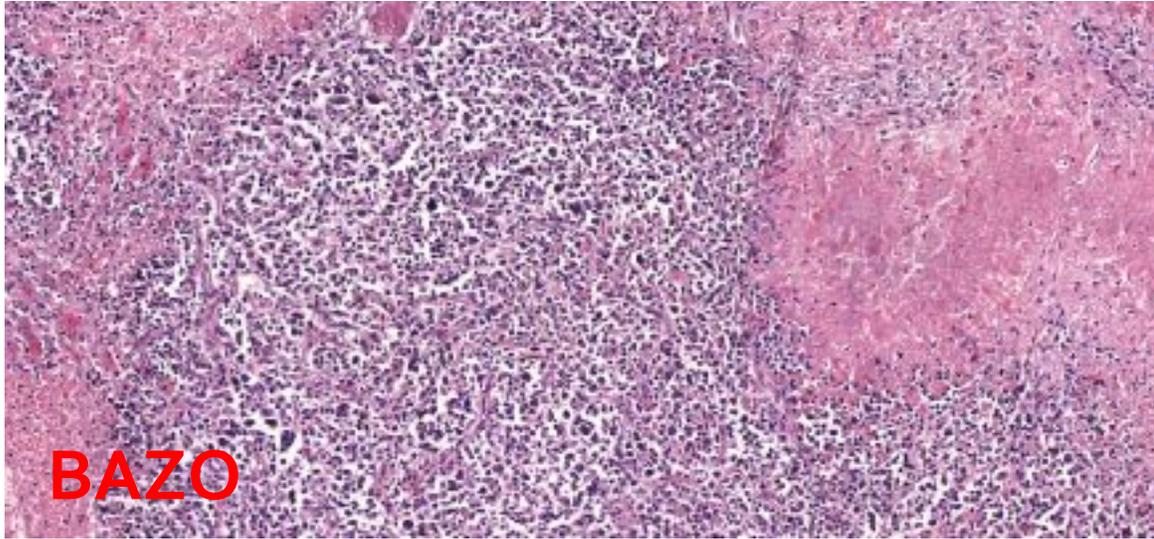


Estudio microscópico

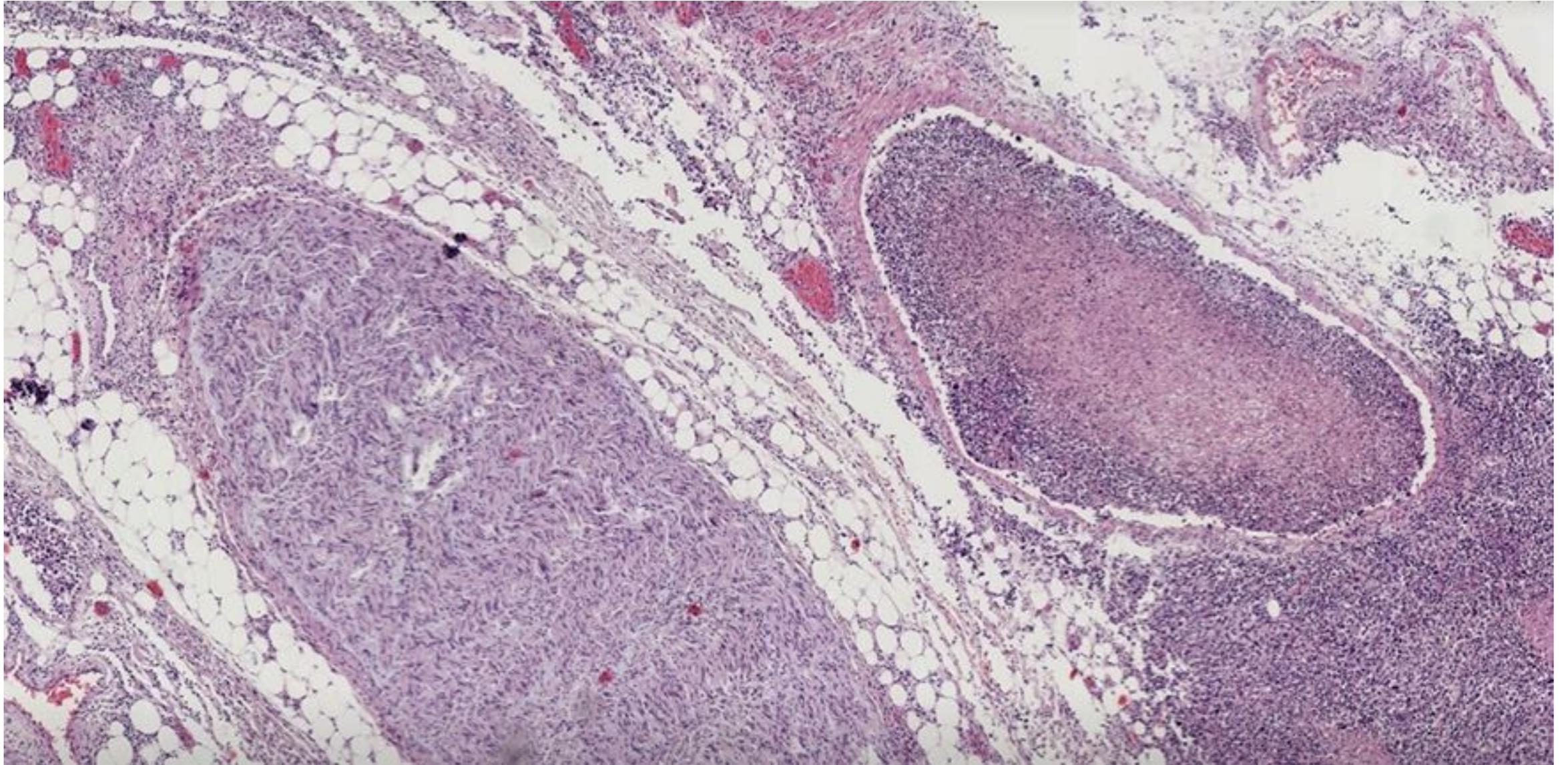


CD20

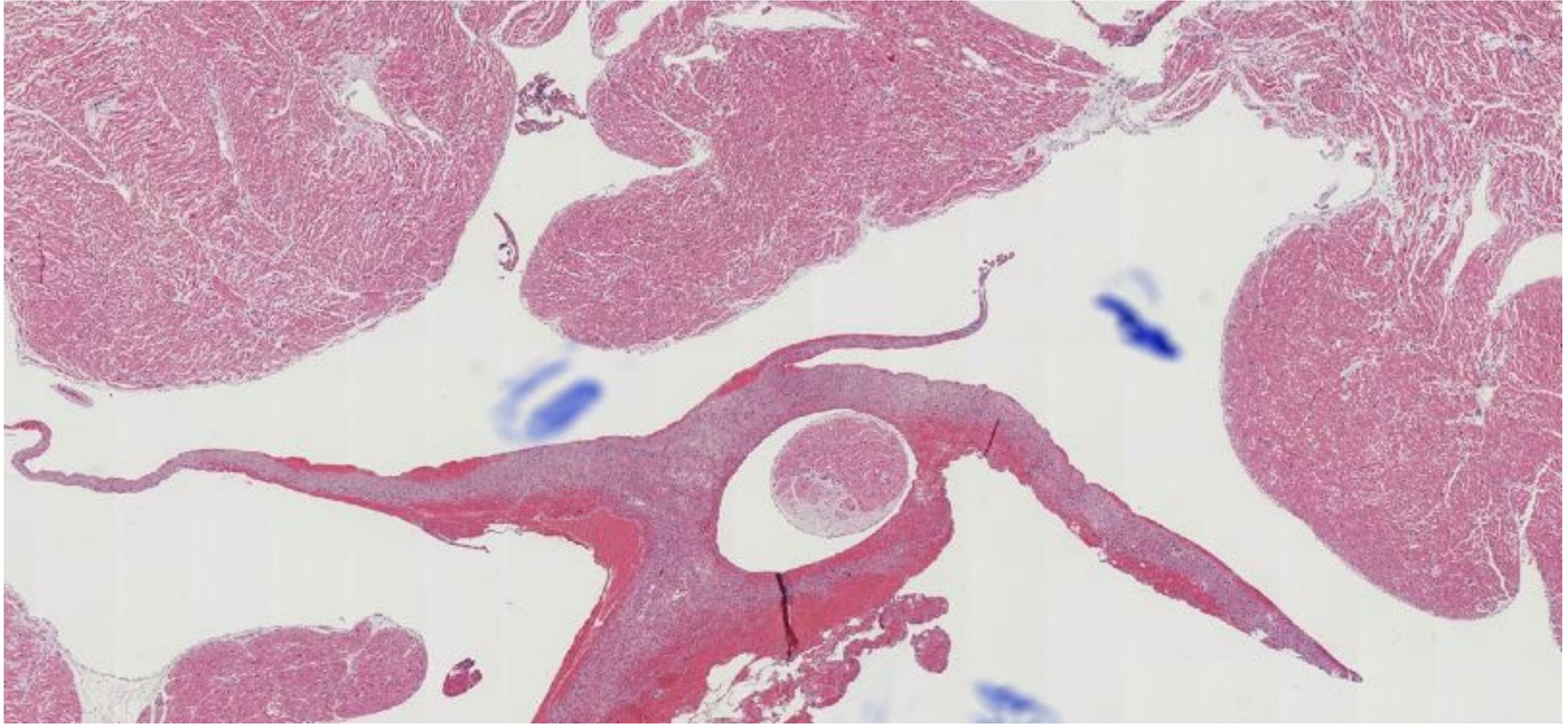
Estudio microscópico



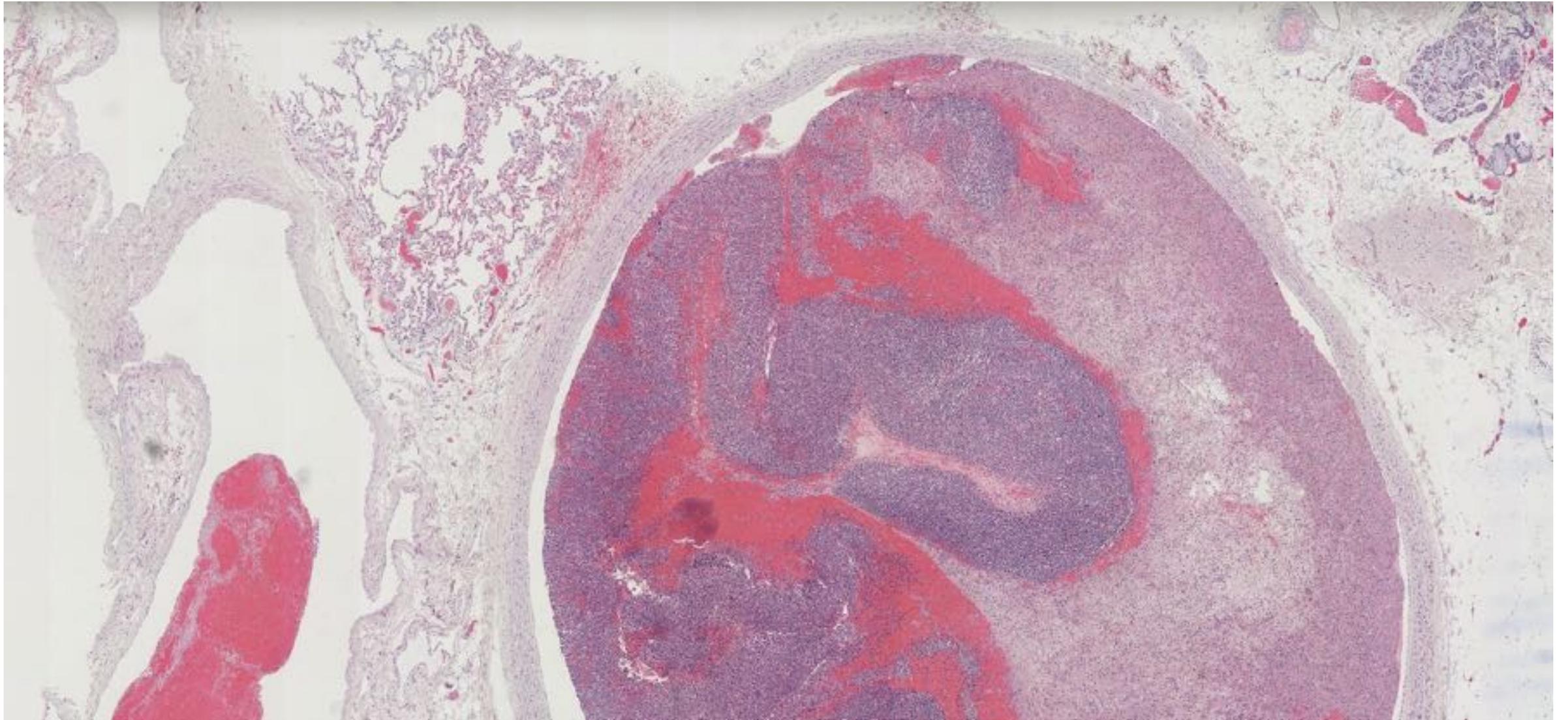
Estudio microscópico



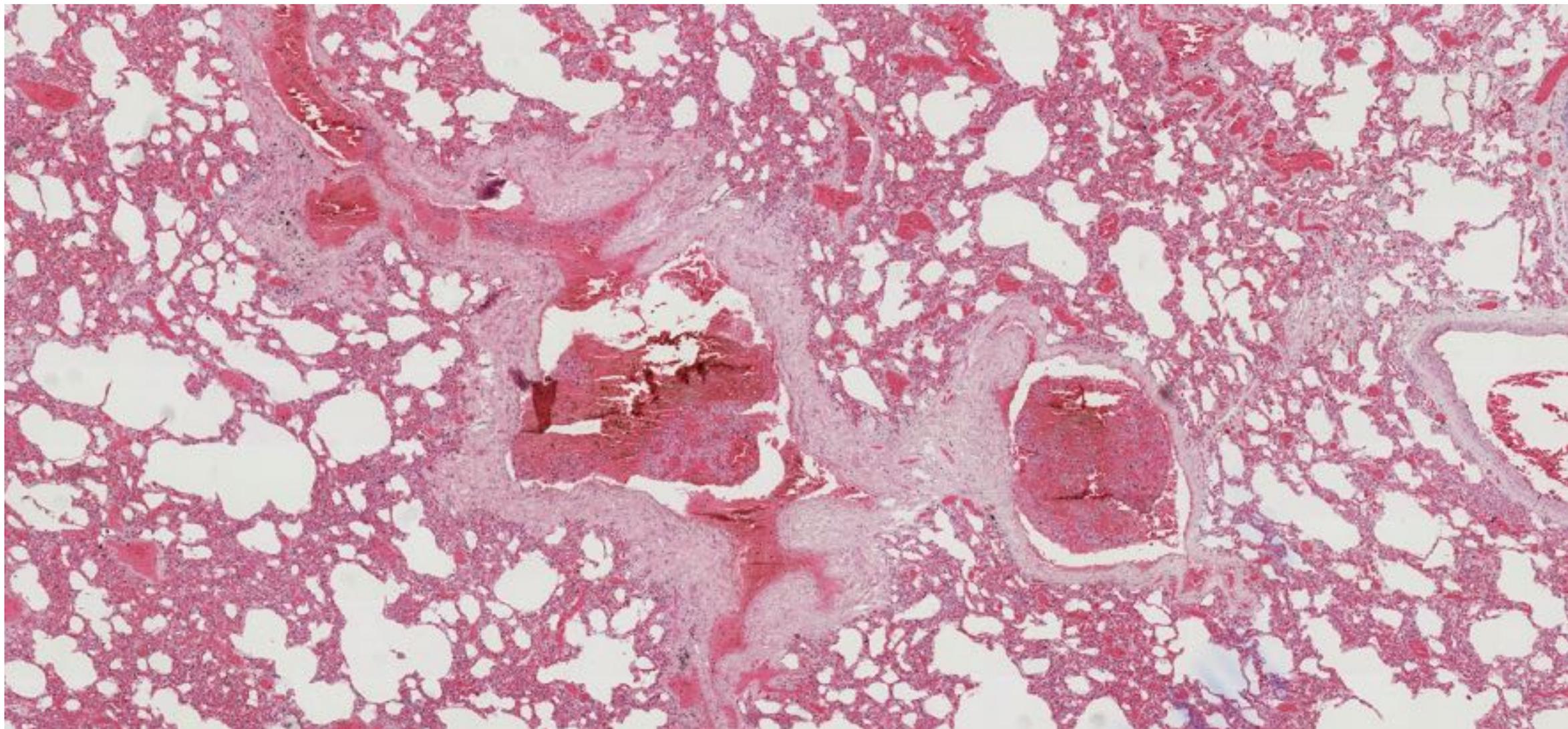
Estudio microscópico



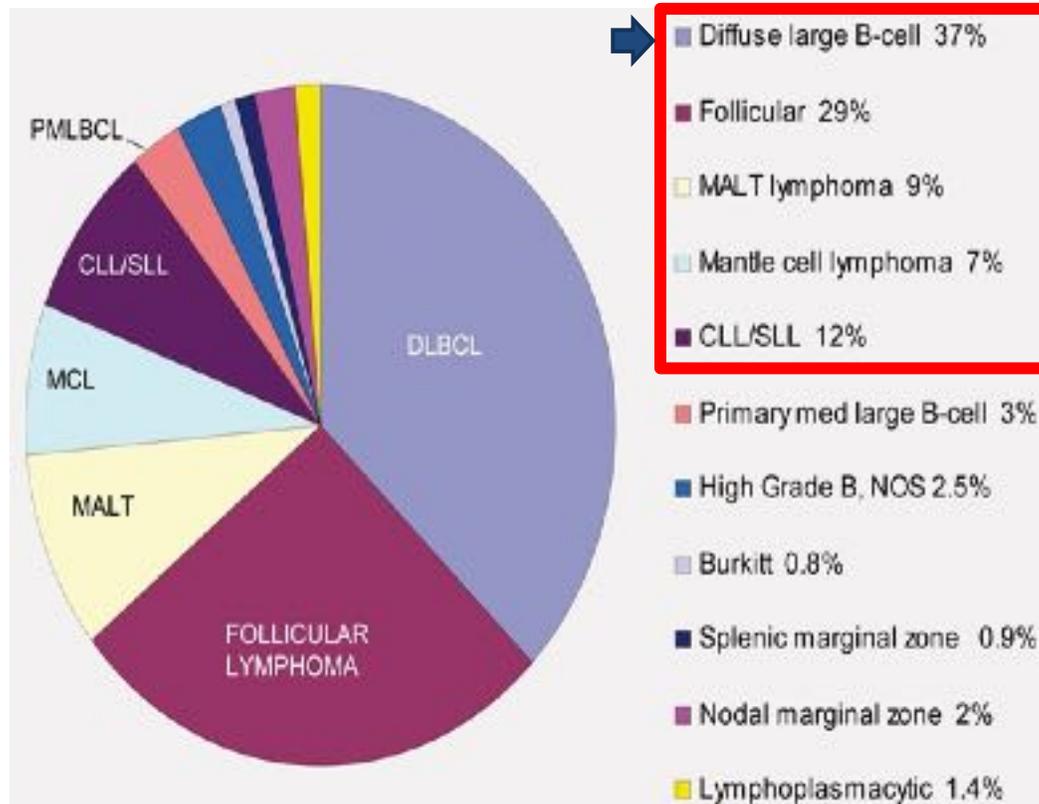
Estudio microscópico



Estudio microscópico



Linfomas difusos de célula grande



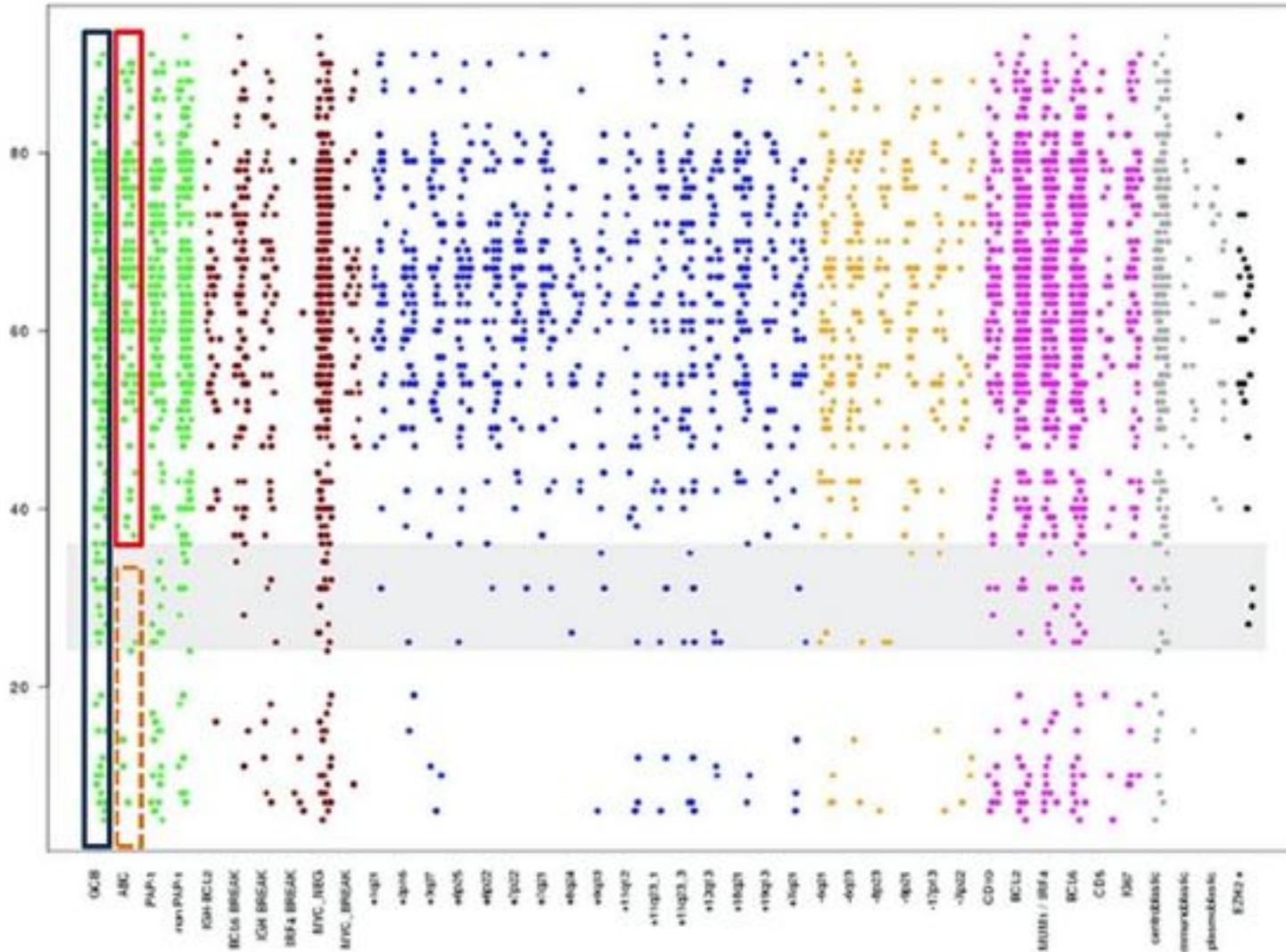
Linfomas de célula grande

- Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), NOS
- Large B-cell lymphoma with IRF4 rearrangement
- T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma
- Primary diffuse large B-cell lymphoma of the CNS
- Primary cutaneous diffuse large B-cell lymphoma, leg type
- EBV-positive diffuse large B-cell lymphoma, NOS
- EBV-positive mucocutaneous ulcer
- Lymphomatoid granulomatosis
- Diffuse large B-cell lymphoma associated with chronic inflammation
- Fibrin-associated diffuse large B-cell lymphoma
- Primary mediastinal (thymic) large B-cell lymphoma
- Intravascular large B-cell lymphoma
- ALK-positive large B-cell lymphoma
- Plasmablastic lymphoma
- Primary effusion lymphoma
- HHV8-positive diffuse large B-cell lymphoma

Linfomas de alto grado

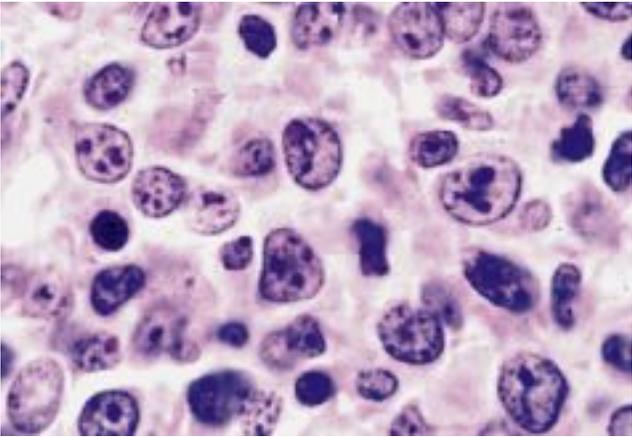
- High-grade B-cell lymphoma with MYC and BCL2 and/or BCL6 rearrangements
- High-grade B-cell lymphoma, NOS

Linfomas difusos de célula grande

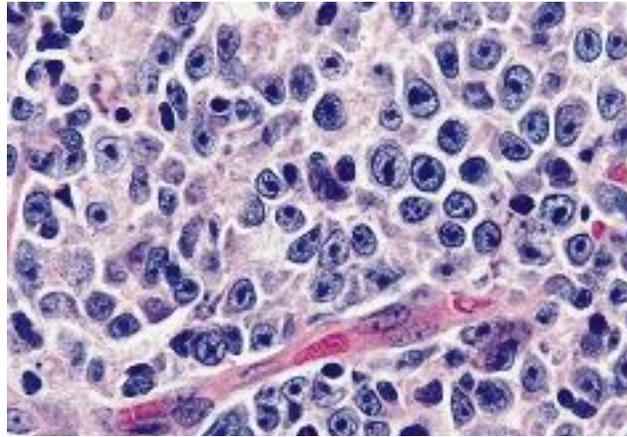


- Clínica:
 - Localización y edad
- **Morfología**
- **Algoritmo de Hans** (GCB, No-GCB/ACB)
 - **CD10**
 - **BCL6**
 - **MUM1**
- Otros marcadores:
 - **CD30 (Dx y Tto)**
 - **CD5 (MZL)**
 - EVB
 - MYD88
 - HHV8
 - ALK
 - LMO2
 - CD23
- Screening DH/Dx
 - **C-MYC**
 - **BCL2**

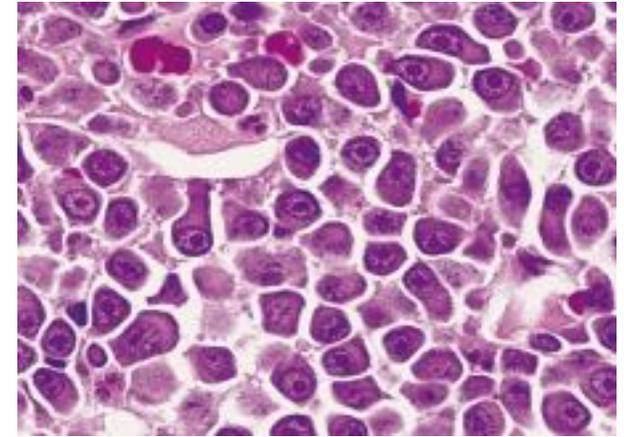
Tipos morfológicos



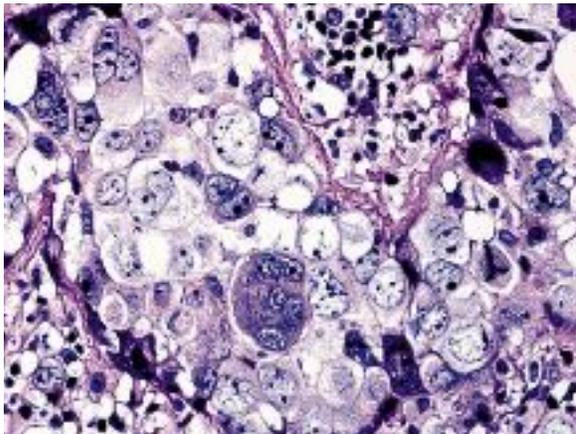
CENTROBLÁSTICO



INMUNOBLÁSTICO

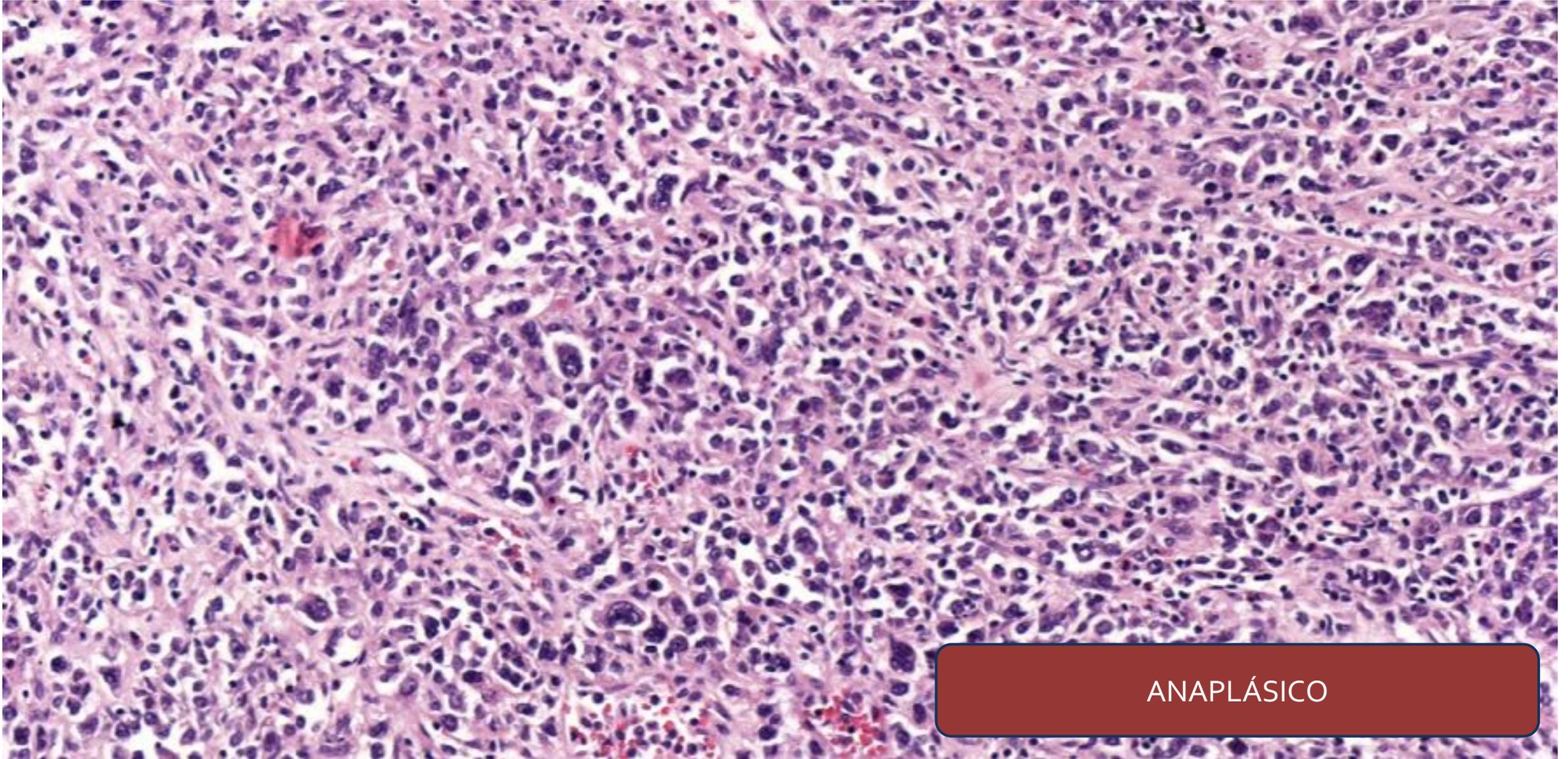


PLASMABLÁSTICO



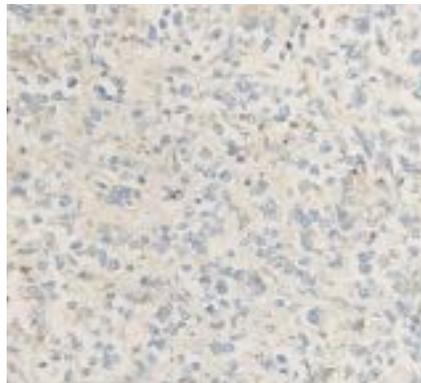
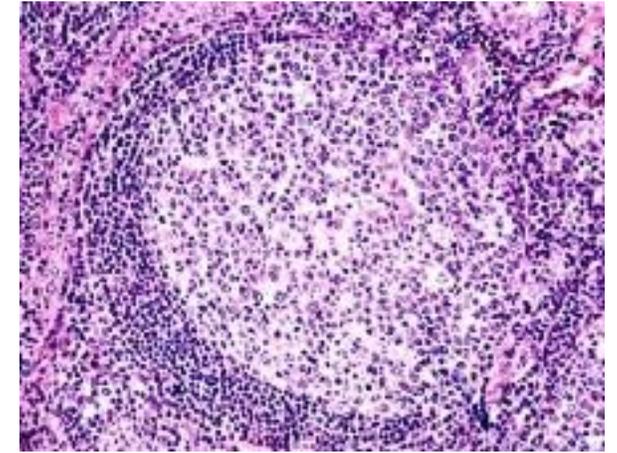
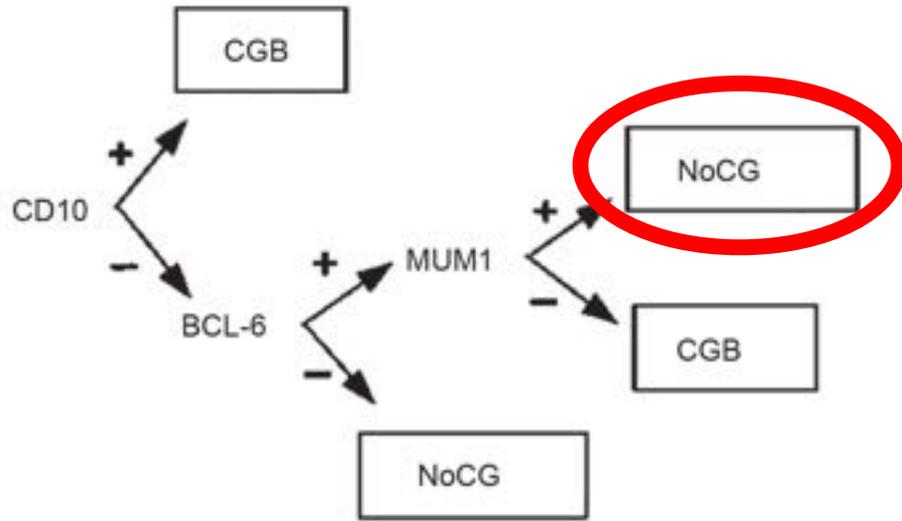
ANAPLÁSICO

Estudio microscópico

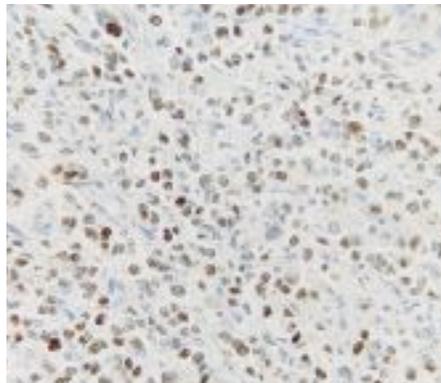


ANAPLÁSICO

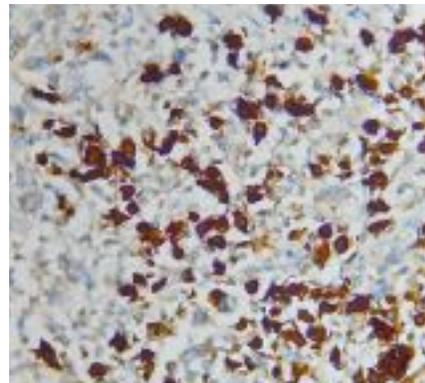
Algoritmo de HANS



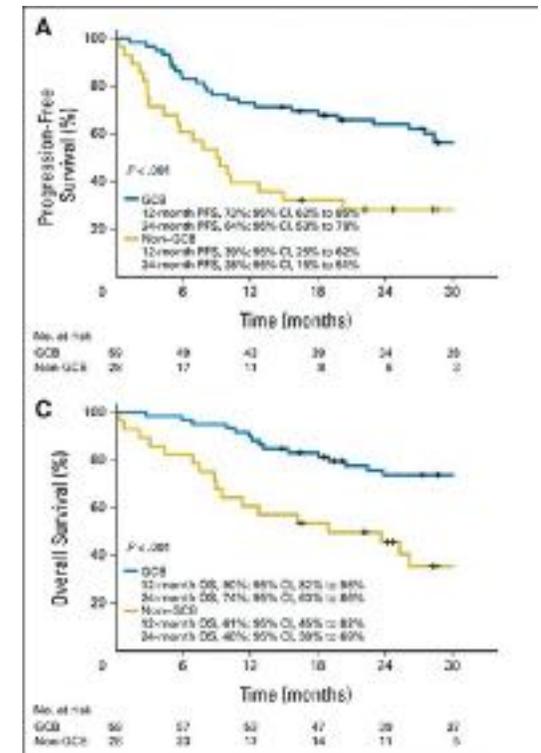
CD10



BCL6



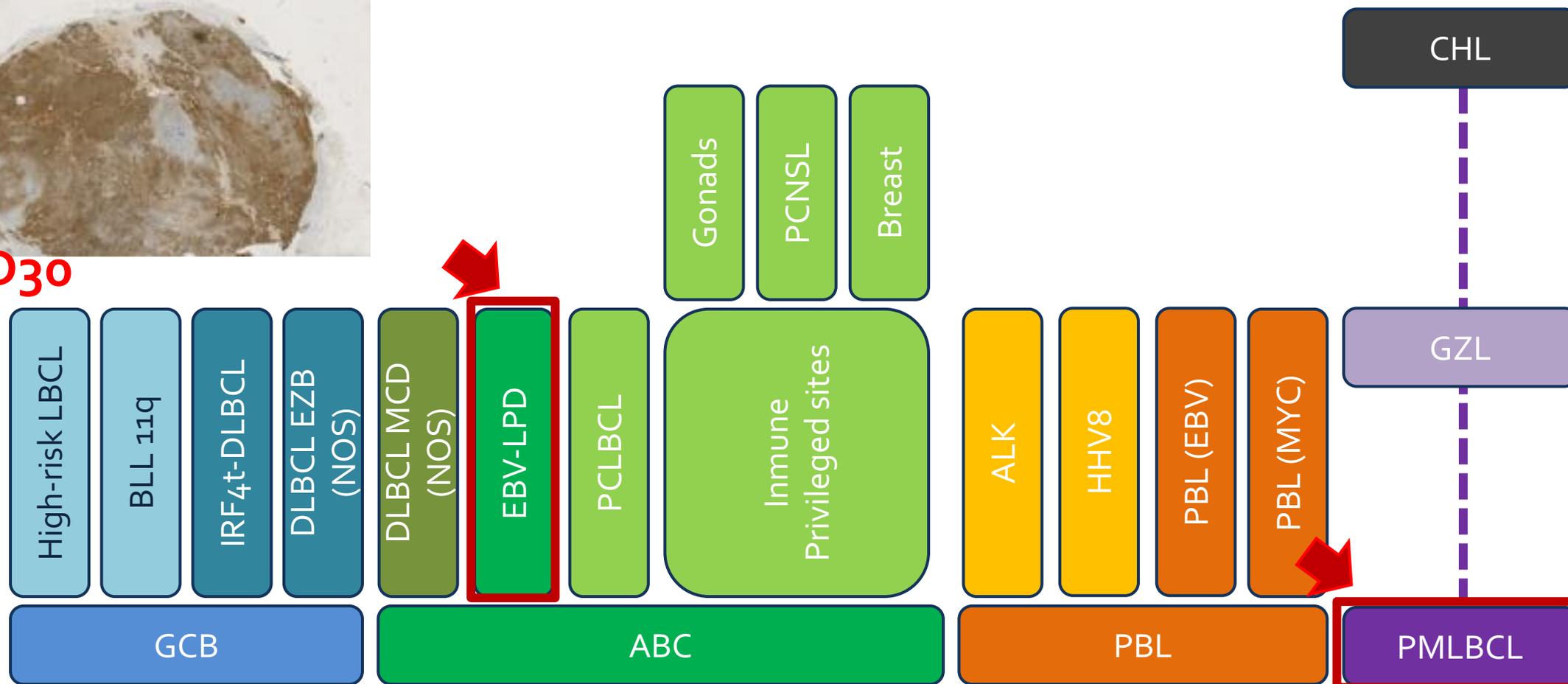
MUM1



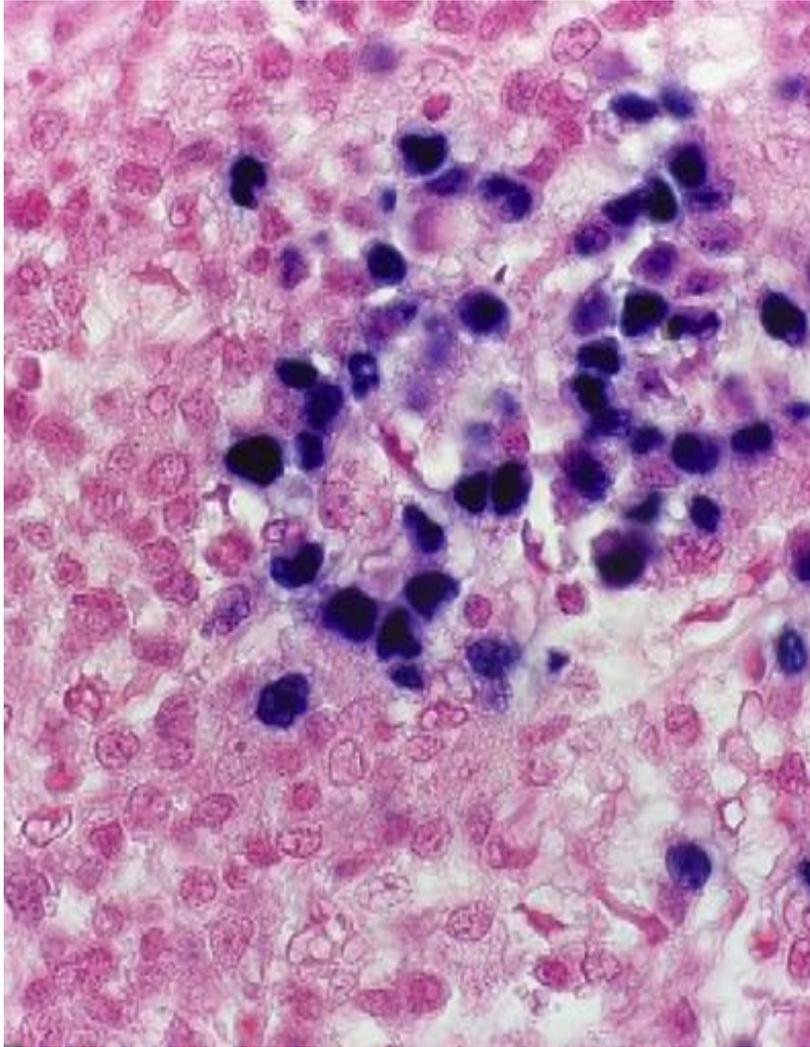
Clasificación



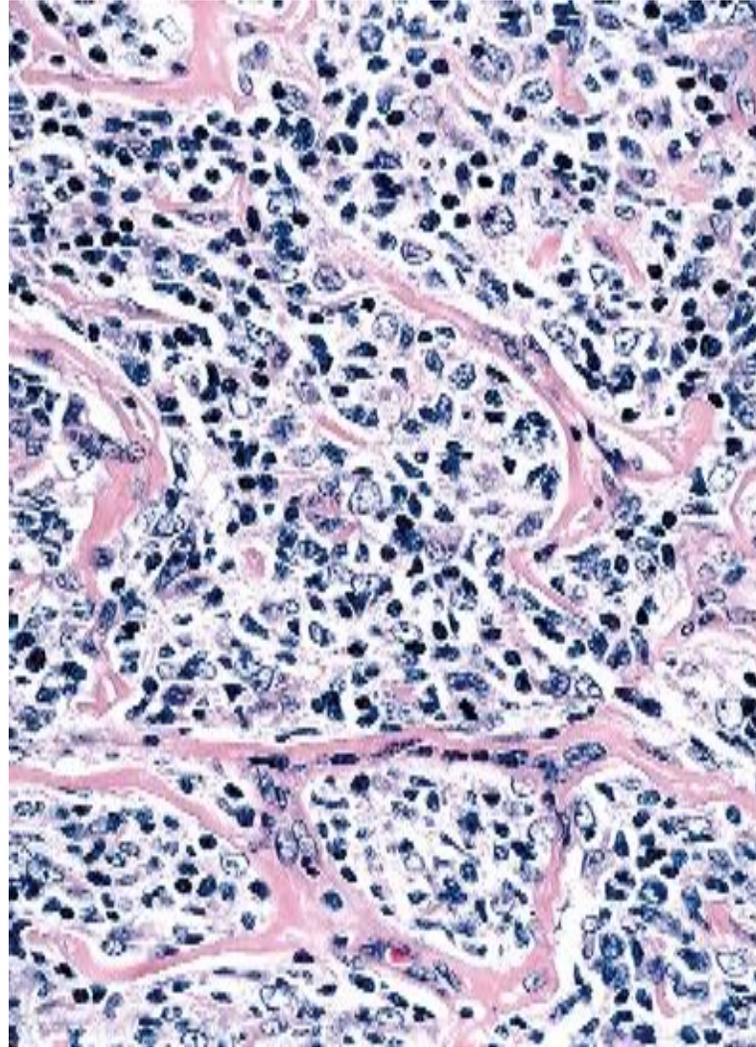
CD30



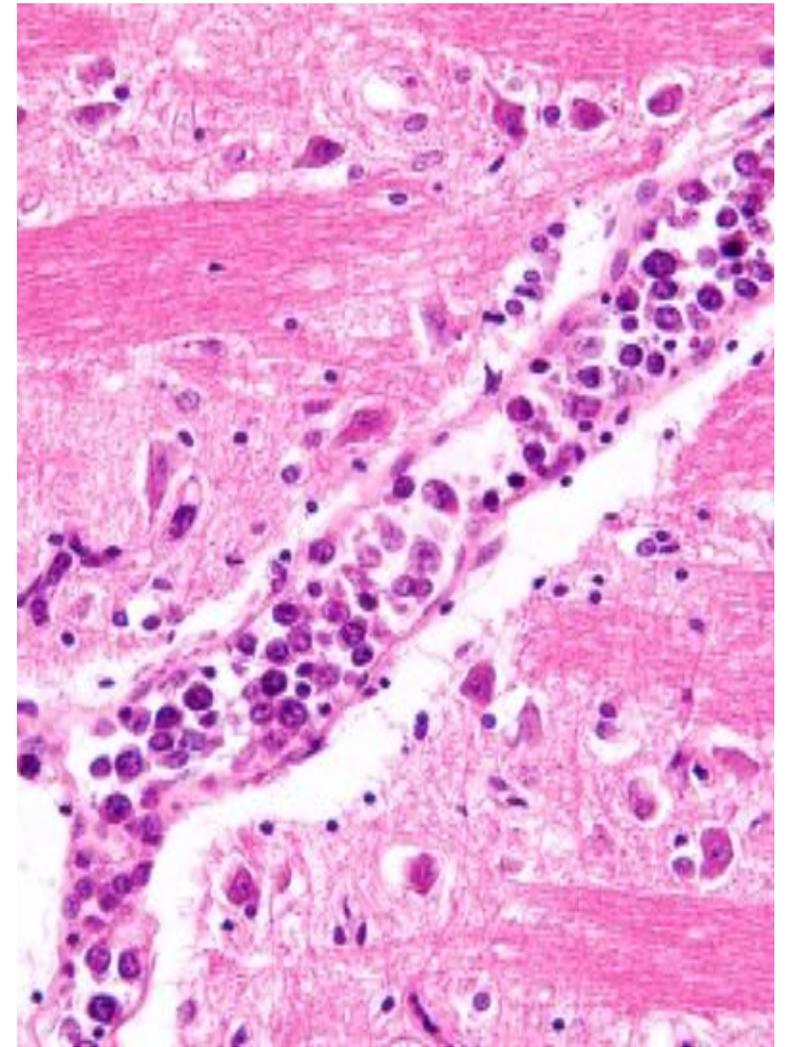
**EBV-positive
DLBCL**



**Primary
Mediastinal LBCL**



**Intravascular
DLBCL**



Correlación anatomoclínica

Linfoma B Difuso de Célula Grande, Anaplásico, Tipo Activado, NOS

Afectación:

- Nodal
- Esplénica
- Extranodal (retroperitoneal, páncreas, riñón, duodeno...)

Estado de hipercoagulabilidad

Inv. Vascular/trombos tumorales

**Tromboembolismo
pulmonar**

EXITUS

Esteatohepatitis no alcohólica con cirrosis septal incompleta