

CASO CLÍNICO

12.11.25

Dra Alicia Romero Calvo – Dra A. Lucía Sevilla Sempere

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 68 años que acude a urgencias por disnea.



ANTECEDENTES PERSONALES

- Dislipemia.
- Osteoporosis.
- TVP con trombectomía.
- Isquemia arterial aguda en 2017 con obstrucción completa de arteria femoral común derecha con recanalización de femoral superficial, poplítea y troncos tibioperoneos.
- Síndrome ansioso-depresivo.
- Fractura de radio distal derecho.
- QX previas: prótesis de cadera en 2007.

TRATAMIENTO HABITUAL

- Acenocumarol 4mg según pauta
- Alprazolam 0.25mg 1-1-1
- Aripiprazol 5mg 1-0-0
- Ideos 500mg/400UI 1-0-0
- Esomeprazol 20mg 1-0-0
- Nistatina 5ml/8h
- Paracetamol 650mg 1-1-1 si precisa
- Trazodona 100mg 0-0-1
- Venlafaxina 150mg 2-0-0.



ENFERMEDAD ACTUAL

Mujer de 68 años que ingresa por **aumento progresivo de disnea** hasta hacerse de mínimos esfuerzos, **disnea paroxística nocturna**, mareo y **molestias torácicas inespecíficas**. No refiere náuseas o vómitos, sudoración, palpitaciones o dolor torácico. Anticoagulada con sintrom por isquemia arterial aguda estando pautado por parte de su MAP.

EXPLORACIÓN FISICA

BEG, Paciente consciente, orientada y colaboradora.
Palidez cutánea con deshidratación leve. Eupneica en reposo sin O2 suplementario. AC: rítmica, no ausculto soplos. AP: mvc, **leves crepitantes en pulmón derecho**
Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No palpo masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. RHA presentes. **EEl: no edemas**, no signos de TVP. Pulsos pedios presentes y simétricos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ANALÍTICA EN URGENCIAS

- Glucosa 98 mg/dl Urea 39 mg/dl Creatinina 0.84 mg/dl FGe 72 ml/min
- GOT 77 UI/L GPT 41 UI/L **LDH 517 UI/L** CK 107 UI/L PT 6 g/dl
- Na 139 mmol/l K 4.09 mEq/l Cl 107 mEq/l **proBNP 8474 pg/ml PCR 215.2 mg/l PCT 0.15 ng/ml**
- **Leucocitos 12.300/mm³ (9.310 neutrófilos, 2.120 linfocitos)** Hb 6.4 gg/dl VCM **61.2 fL** HCM 19.3 pg ADE 22% Reticulocitos 3% **Plaquetas 497.000/mm³**
- Rtpa 1.09 INR 2.63 **Dímero D 1399 ng/ml**

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

GASOMETRÍA ARTERIAL

- Ph 7.357 PCO₂ 28.1 mmHg **Po₂ 50.3 mmHg** HCO₃ 17 mmol/l **SpO₂ 79.6%**

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Urgencias (01)



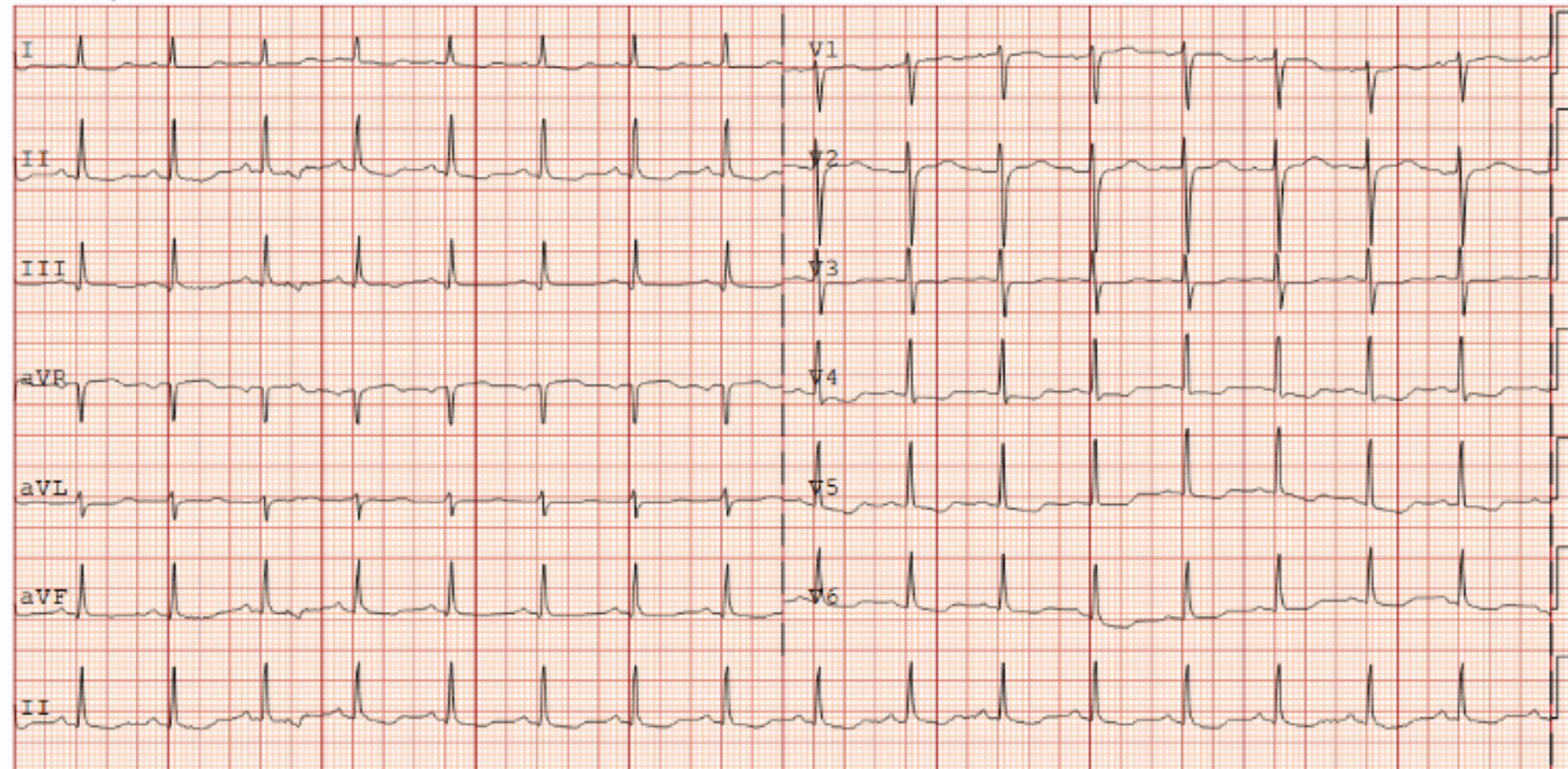
HR 100 . Edad y sexo no introducidos, se considera varón 50 años para interpret. ECG
. Taquicardia sinusal
PR 148 . Anomalia de repolarización en el limite
QRSD 81
QT 335
QTc 432

-- AXIS --
P 59
QRS 63
T 259

- ECG EN EL LIMITE -

Previous Study:06-Jun-2022 10:33:24 AM - Abnormal Unconfirmed

12 Lead; Standard Placement Not confirmed



Device: Speed: 25 mm/sec Limb: 10 mm/mV Chest: 10 mm/mV P 50~ 0.15-40 Hz PH110C P?

HR 100 . Edad y sexo no introducidos, se considera varón 50 años para interpret. ECG
. Taquicardia sinusal
PR 148 . Anomalia de repolarización en el límite
QRSD 81
QT 335
QTc 432

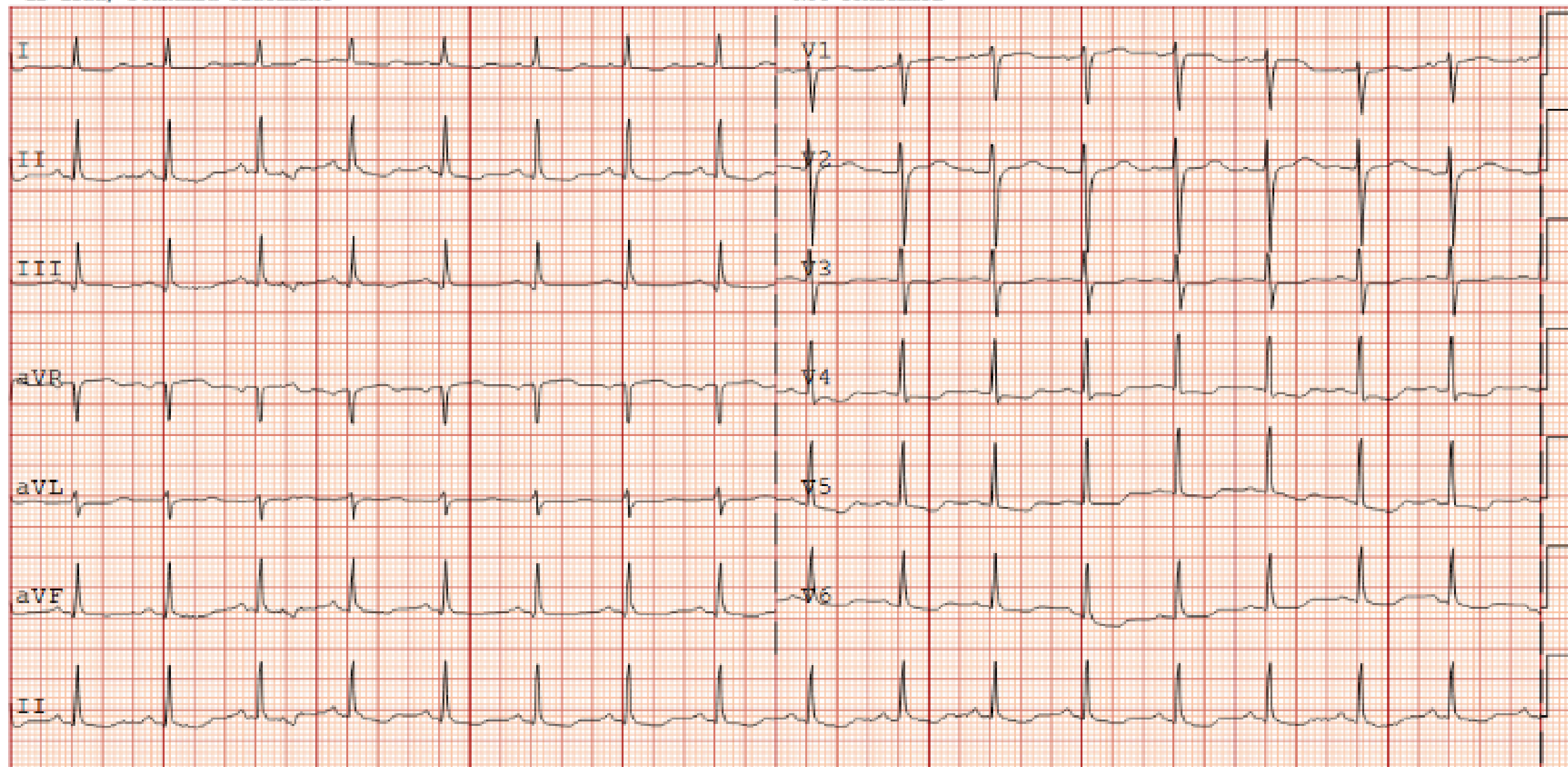
-- AXIS --
P 59
QRS 63
T 259

- ECG EN EL LIMITE -

Previous Study:06-Jun-2022 10:33:24 AM - Abnormal Unconfirmed

12 Lead: Standard Placement

Not confirmed



Device:

Speed: 25 mm/sec

Limb: 10 mm/mV

Chest: 10 mm/mV

F 50~ 0.15-40 Hz

PH110C

P7

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

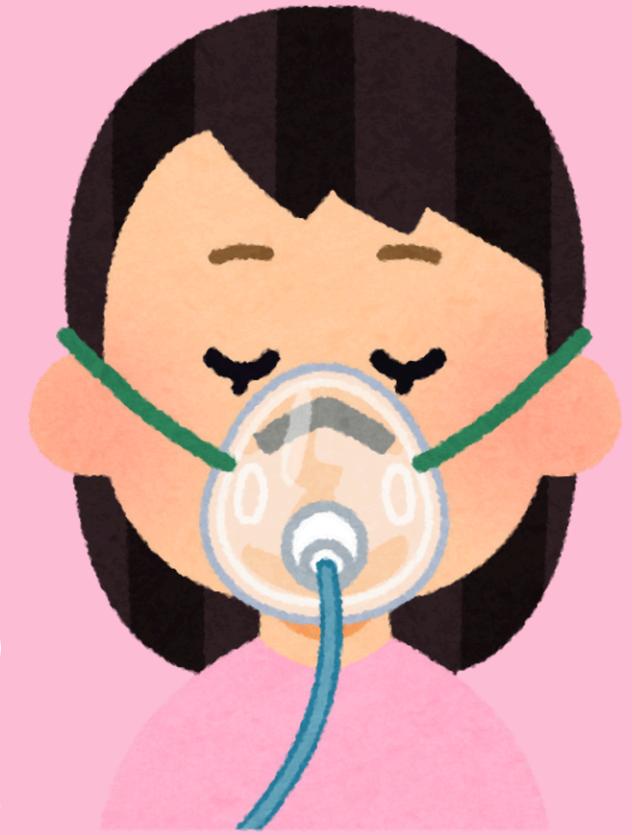
TC PROTOCOLO TEP

- Conclusión: dilatación de cámaras derechas asociado a reflujo de vena cava superior, derrame pleural bilateral y vidrio deslustrado de predominio central, sugestivo de sobrecarga cardíaca derecha. Estudio sin evidencia de tromboembolismo pulmonar.

No identifico defectos de repleción en arterias pulmonares principales lobares o segmentarias que pudieran sugerir la presencia de un tromboembolismo pulmonar agudo o crónico. Aorta torácica y arteria pulmonar de calibre normal. Llama la atención una aparente dilatación ventricular derecha con rectificación e inversión del tabique interventricular y reflujo de contraste a vena cava superior, hallazgos compatibles con sobrecarga cardiaca derecha. Asocia una mínima cantidad de líquido pericárdico del margen anteroinferior y moderados derrames pleurales bilaterales de aspecto cóncavo y en la región declive, probablemente en relación con Trasudado. Moderada ateromatosis coronaria y leve ateromatosis aórtica a la altura del cayado. Pequeña hernia de hiato. Distensión esofágica. En los campos pulmonares se identifica y Enfisema de predominio centrolobulillar y en lóbulos superiores rodeado de abundante atenuación en vidrio deslustrado de predominio en las regiones centrales asociada engrosamiento de cisuras. Todos estos hallazgos podrían estar relación con la sobrecarga cardiaca derecha. Numerosas adenopatías calcificadas hiliares y mediastínicas. Conclusión: dilatación de cámaras derechas asociado a reflujo de vena cava superior, derrame pleural bilateral y vidrio deslustrado de predominio central, sugestivo de sobrecarga cardíaca derecha. Estudio sin evidencia de tromboembolismo pulmonar.

No identifico defectos de repleción en arterias pulmonares principales lobares o segmentarias que pudieran sugerir la presencia de un tromboembolismo pulmonar agudo o crónico. Aorta torácica y arteria pulmonar de calibre normal. Llama la atención una aparente **dilatación ventricular derecha con rectificación e inversión del tabique interventricular y reflujo de contraste a vena cava superior, hallazgos compatibles con sobrecarga cardiaca derecha.** Asocia una **mínima cantidad de líquido pericárdico** del margen anteroinferior y **moderados derrames pleurales bilaterales** de aspecto cóncavo y en la región declive, probablemente en relación con **Trasudado.** Moderada ateromatosis coronaria y leve ateromatosis aórtica a la altura del cayado. Pequeña hernia de hiato. Distensión esofágica. En los campos pulmonares se identifica **enfisema de predominio centrolobulillar y en lóbulos superiores rodeado de abundante atenuación en vidrio deslustrado de predominio en las regiones centrales asociada engrosamiento de cisuras.** Todos estos hallazgos podrían estar relación con la sobrecarga cardiaca derecha. **Numerosas adenopatías calcificadas hiliares y mediastínicas.** Conclusión: dilatación de cámaras derechas asociado a reflujo de vena cava superior, derrame pleural bilateral y vidrio deslustrado de predominio central, sugestivo de sobrecarga cardíaca derecha. Estudio sin evidencia de tromboembolismo pulmonar.

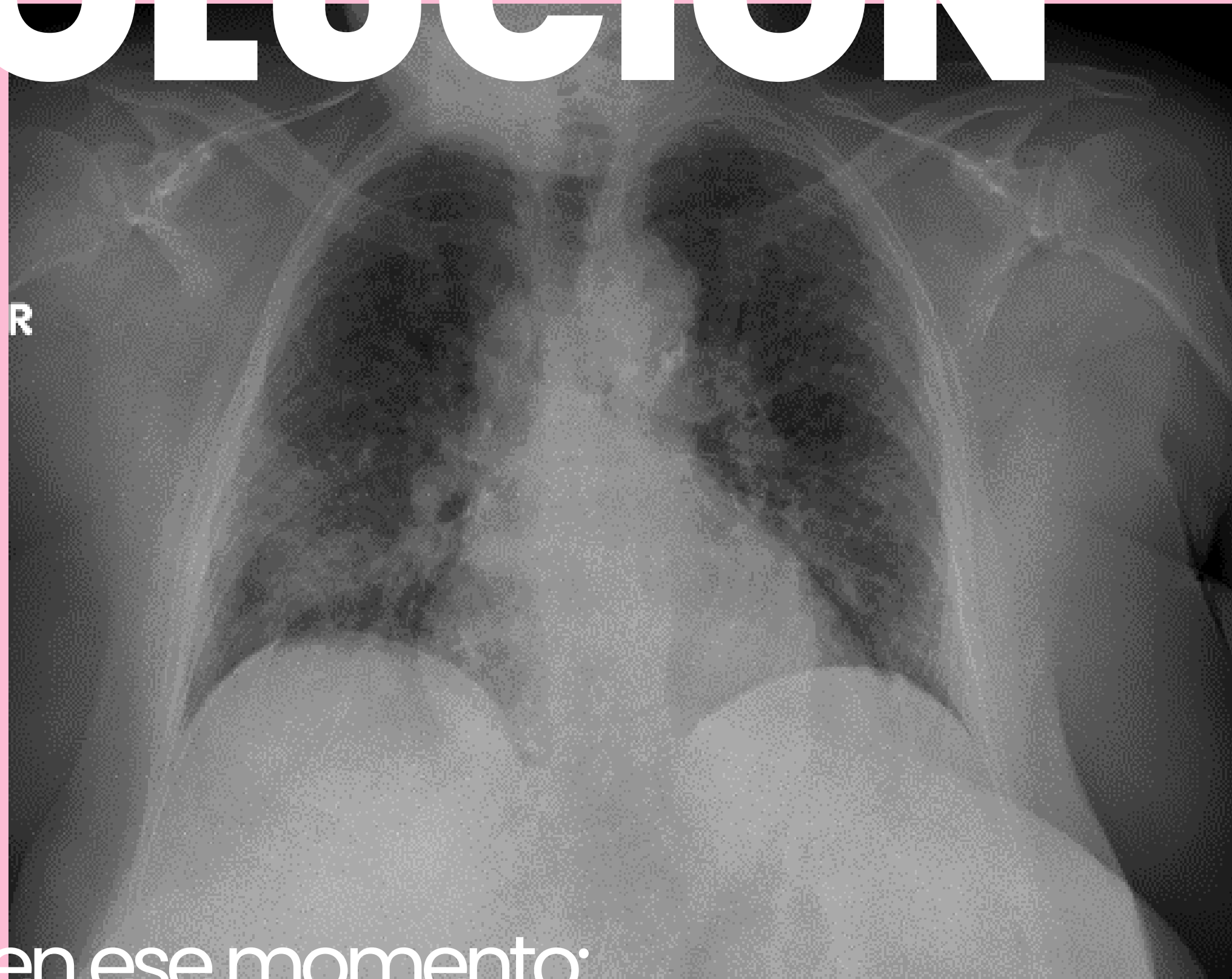
EVOLUCIÓN



La paciente ingresa, se inicia **oxigenoterapia, diurético** (furosemida 80 → 120 mg/día y aldactone 25 mg/día), **ceftriaxona iv, se transfunden 2 concentrados** de hematíes y se suspende sintrom.

- Tras 72 horas de ingreso la paciente persiste con **insuficiencia respiratoria que requiere altos flujos (VK a 10–15L) y disnea de reposo.**

EVOLUCIÓN



Rx tórax en ese momento:

EVOLUCIÓN

Análítica ordinaria:

Glucosa 103 mg/dl Urea 40 mg/dl Ácido úrico 7 mg/dl Creatinina 0.78 mg/dl FGe 78 ml/min

GOT 82 UI/L GPT 106 UI/L ALP 266 UI/L GGT 510 UI/L PT 7.3 g/dl colesterol 189 mg/dl Triglicéridos 140 mg/dl HDL 50 mg/dl LDL 111 mg/dl Bilirrubina total 0.71 **LDH 503 U/L**

Ca 9.6 mg/dl P 2.8 mg/dl IgG 778 mg/dl IgA 253 mg/dl IgM 170 mg/dl **IST 26%**
Ferritina 221 ng/ml Na 143 mmol/l K 3.2 mmol/l Cl 95 mmol/l **PCR 285.4 mg/l**

Haptoglobina 498 mg/dl ácido fólico 2.2 ng/ml Vitamina B12 637 pg/ml

Leucocitos 12.400/mm³ (9.200 neutrófilos, 1.980 linfocitos) **Hb 10.3 g/dl** VCM 65.4 fl
HCM 20.8 pg Reticulocitos 162.19 (3.3%) ADE 26.9% **Plaquetas 586.000/mm³ VSG 120**

mm

Rtpa 0.89 INR 1.36

Proteinograma: compatible con proceso inflamatorio.

RESUMIENDO



Mujer de 68 años con **antecedentes protrombóticos/procoagulantes** con patrón en vidrio deslustrado en el scanner y **anemia microcítica de origen desconocido** que ha desatado una **¿insuficiencia cardiaca?** que no mejora con diureticos y oxigenoterapia a lo que se suma que en la analítica de control encontramos una **alteración de las pruebas de función hepática**

CAUSAS INFECCIOSAS

TUBERCULOSIS PULMONAR



- Disnea progresiva, anemia inflamatoria, VSG y PCR muy altas.
- Adenopatías mediastínicas calcificadas (podrían ser residuales o reactivadas).
- Alteración hepática leve (puede haber afectación hepática por TB diseminada).
- Derrames pleurales bilaterales posibles.
- Refractariedad a diuréticos si hay compromiso parenquimatoso.



- Ausencia de fiebre, sudoración nocturna o pérdida ponderal.
- TC sin cavitaciones ni nódulos miliariformes, más bien patrón de vidrio deslustrado central.
- PCT baja (no típica de infección activa bacteriana).
- No hay linfocitosis (predomina neutrofilia)

CAUSAS INFECCIOSAS

NEUMONÍA ATÍPICA



- Disnea con patrón en vidrio deslustrado central, sin TEP.
- Inflamación elevada pero PCT baja (típico de infección no bacteriana).



- No hay fiebre ni clínica respiratoria aguda.
- Duración más larga y cuadro más sistémico que neumonía simple.
- No se describen linfopenia ni marcadores virales positivos.

CAUSAS AUTOINMUNES

SARCOIDOSIS SISTÉMICA



- Mujer de edad media-avanzada.
- Adenopatías mediastínicas calcificadas (típicas de sarcoidosis previa o inactiva).
- Patrón en vidrio deslustrado bilateral y afectación intersticial en TC.
- Elevación de enzimas hepáticas con predominio colestásico (afectación hepática granulomatosa posible).
- Insuficiencia cardíaca derecha --> ¿sarcoidosis cardíaca (miocardiopatía restrictiva)?
- PCR elevada y anemia inflamatoria.



- Ausencia de hipercalcemia (Ca normal).
- No se menciona eritema nodoso, uveítis ni lesiones cutáneas.
- IgG normal-baja (no policlonal alta).
- Adenopatías calcificadas suelen indicar enfermedad antigua o inactiva.

CAUSAS AUTOINMUNES

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA



- Anemia aguda severa sin sangrado externo
- Disnea, hipoxemia, vidrio deslustrado bilateral
- INR alto inicial (2.63) por acenocumarol
- Falta de respuesta a diuréticos
- LDH alta, GGT/GPT elevadas (daño alveolar y hepático reactivo)



- No hemoptisis franca descrita ??
- No hay hematuria ni insuficiencia renal --> descartar formas renopulmonares.
- No explica la inflamación sistémica por sí sola.
- No hay infiltrados en "alas de mariposa" típicos.

CAUSAS AUTOINMUNES

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO



- Mujer con antecedentes protrombóticos/procoagulantes.
- Anemia inflamatoria.
- PCR y VSG elevadas.
- Pequeño derrame pericárdico.
- Afectación multiorgánica (hígado, pulmón, corazón).



- Edad tardía (inicio a los 68 años --> raro).
- No hay citopenias a otros niveles (solo anemia).
- No se manifiestan manifestaciones típicas (rash, artritis, proteinuria, fotosensibilidad).
- IgG no elevada.

CAUSAS NEOPLASIAS

LINFOMA



- Edad compatible.
- Adenopatías mediastínicas (¿calcificadas? --> podrían ser residuales).
- Inflamación sistémica intensa (PCR, VSG).
- Anemia de enfermedad crónica.
- LDH elevada (índice de actividad tumoral).
- Hepatopatía colestásica por infiltración linfomatosa o compresión portal.
- Pulmonar: infiltrados intersticiales o linfangíticos.



- Ausencia de síntomas B (fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso).
- No adenopatías periféricas palpables.
- No masas mediastínicas en scanner.

CAUSAS NEOPLASIAS

CARCINOMA METASTÁSICO



- Edad compatible.
- Anemia + reactantes de fase aguda altos.
- Hepatopatía colestásica --> metástasis hepáticas.
- Pulmón con vidrio deslustrado central --> linfangitis carcinomatosa o metástasis.
- Disnea refractaria y derrames pleurales bilaterales.



- No se describen lesiones focales hepáticas ni masas pulmonares.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A SOLICITAR

PATOLOGÍA INFECCIOSA

- Cultivo de esputo
- Ag en orina
- PCR virus respiratorios
- Hemocultivos
- Ecocardiograma

-----> PCR multiplex, BAL...

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A SOLICITAR

PATOLOGÍA AUTOINMUNE

- ANA, ENAS, ANCA, Complemento, AF
- ANTI-MBG
- ECA

-----> BAL

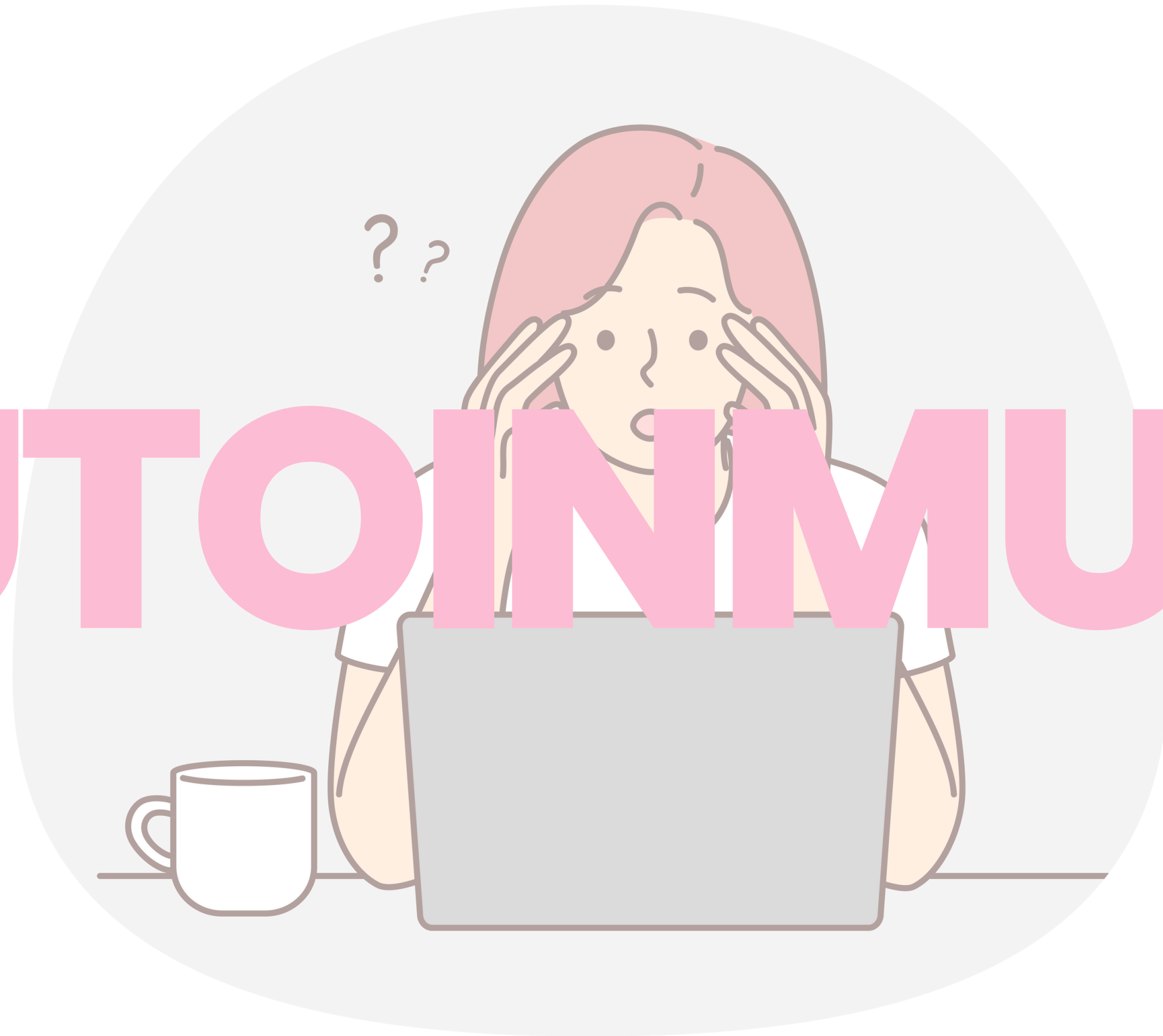
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS A SOLICITAR

PATOLOGÍA NEOPLÁSICA

- Frotis
- β 2-microglobulina, marcadores tumorales (CEA, CA 19-9, CA 15-3, AFP).
- Ecografía abdominal → BodyTC



AUTOIMMUNE



**iMUUCHHAS
GRACIAS!**

A. LUCIA SEVILLA