

# CASO CLINICO

VARON 20 AÑOS CON DOLOR INTENSO EN  
PIERNA IZQUIERDA.

# HISTORIA CLINICA

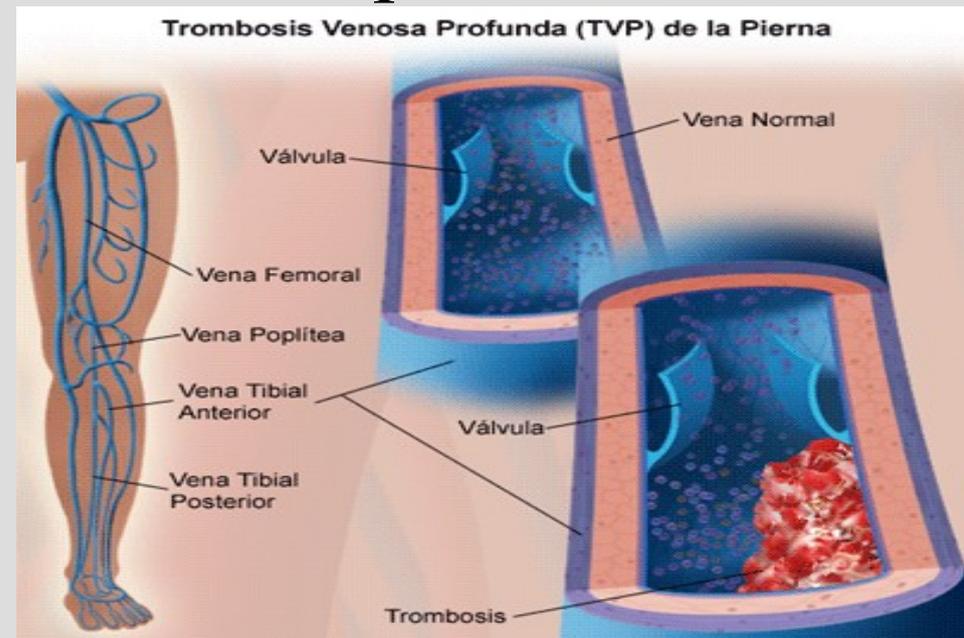
Varón 20 años que acude al servicio de urgencias por presentar **dolor** intenso en pierna izquierda con aumento del **diámetro**, **enrojecimiento** y aumento de la **temperatura**; acudió 4 días antes al SU por dolor en pie izquierdo, pero el dolor no ha cesado, extendiéndose a toda la pierna. Ha permanecido en la cama desde entonces.

# HISTORIA CLINICA

- No presenta alergias medicamentosas, ni hábitos tóxicos;
- Como antecedentes personales cabe destacar el diagnóstico a los 12 años, de síndrome hiperquinético con déficit de atención y trastornos del aprendizaje (retraso psicomotor) en el contexto de bajo peso al nacer y distocia social.
- ASMA BRONQUIAL**
- Consultas desde Noviembre de 2009 por cuadros de **EPIXTASIS** de repetición.
- TRATAMIENTO HABITUAL:**
  - \*risperidona: 0,5 mg/24\_ ebastel forte 20 mg/24h
  - Omeprazol 1c/24h\_ ventolin a demanda

# URGENCIAS

-La historia actual comienza en Diciembre de 2009 con la clínica de **TVP** de pierna izquierda, que a la exploración presentaba empastamiento, eritema, aumento de tamaño hasta tercio medio del muslo, hommans +, con pulsos popliteos, tibial posterior y pedio palpable;



# URGENCIAS

- Al inicio del cuadro acudió (4 DIAS ANTES) al SU donde se pauto ibuprofeno cada 8H y se remitió a domicilio, donde ha presentado aumento progresivo de tamaño de MIII, con aumento de temperatura local y sensación distérmica con escalofríos y **fiebre** de hasta 39°C.
- TA: 140/70 / FC: 102 /Sat: 98% ( GN:2lpm) t<sup>a</sup>: 37
- AC: rítmico sin soplos
- AP: hipoventilación de base izqda.
- ABD: depresible, sin masas ni megalias
- NEUROLOGICO: sin focalidad
- PIEL: no lesiones aparentes; descamado inflamatorio en lóbulos de ambas orejas( infiltrado inflamatorio); no purpura;

# BIOQUIMICA

## -FUNCION RENAL:

Cr: 12,2( previa de 0,87 un mes anterior) /urea: 198/  
Na: 130/ K:5,4

## -HEMOGRAMA:

Hb: 8,9 (previa de 13 un mes anterior)/ VCM: 78,2/  
LEUC: 20,800/ CPK: 27/ PCR: 342/ DIMERO D >  
10.000

## -FUNCION HEPATICA:

INR: 1,2/ T.cef: 32/ Fib: 626/ PQ: 416000/ BT: 0,45

## ORINA:

Sedimento urinario: **hematuria** moedrada, se observan cel. Peñvis renal, se observan **cilindros granulosos**.

# VALORACION:

-**DERMATOLOGIA**: descartar TVP vs celulitis infecciosas.

-**TRAUMATOLOGIA**: TVP vs síndrome COMPARTIMENTAL secundario a TVP o en relación con una posible RABDOMIOLISIS.

-**NEFROLOGIA**: FRA MULTIFACTORIAL:

\*trombosis de venas renales

\*consumo de AINES , pérdidas insensibles por fiebre, escasa ingesta, anemización y sepsis;

TRASTORNO DE LA COAGULACION;

-**QX VASCULAR**: inicio, cuando no exista contraindicación , perfusión continua de HNF 90MG/12H EN 250 ssf Y EN VCAMA  
TRENDELEMBURG

# IMAGEN

-**ECOGRAFIA DE MII**: vena femoral trombosada desde su origen en la raiz del miembro hasta la rodilla. Haces musculares visualizados normales; edema subcutaneo en region profunda

-**ECOGRAFIA ABDOMINAL**:

Riñones moderadamente aumentados de tamaños y de ecogenicidad aumentada sin dilatacion de la via excretora; no liquido libre intraabdominal.

# IMAGEN

## -ANGIO-TAC TORACO ABDOMINAL:

TEP BILATERAL; Infiltrados alveolares bilaterales, peri hiliares, infarto masivo esplenico; vasos renales permeables; trombosis de vena iliaca izqda. Trombosis de vena femoral izqda. desde su origen hasta la practica totalidad del sist. Venoso del MI; no imagenes de necrosis ni gas.

## -INGRESO A CARGO DE UVI-NEFROLOGIA

para estabilizacion y terapia renal sustitutiva;

# UVI: 3 DIAS

- Se inicia tratamiento anticoagulante con HNF que se ajusta según APTT: al alta 17000UI/h
- Se inicia tratamiento con **corticoides** dada la afectación multisistémica: metilprednisolona 100 mg/24h: Se inicia tto con MERONEM 500 mg/12h
- 2 sesiones de hemodialisis ( Cr: 13 \_ingreso/Cr: 7,39 \_alta de UVI)

**-JC:**

- \*TVP MII/ TEP/ ESTUDIO DE HIPERCOAGULABILIDAD PENDIENTE
- \*FRA en tratamiento con TRS
- \*INFILTRADOS PULMONARES A ESTUDIO

# INGRESO EN PLANTA

ESTUDIO DE ANTECEDENTES: epistaxis de repetición; biopsia de nódulo mucoso y violáceo de 0,3-0,4 cm en fosa nasal derecha: fragmento epitelial hiperplásico y úlcera necrótica con **infiltrado de predominio plasmocelular;**

# LABORATORIO

-ESTUDIO DE COAGULACION Y  
TROMBOFILIA: **NO PRESENTA  
ALTERACIONES;**

\*AT III/ PC/ PS/ GEN PT20210-A : **NORMAL**

-CRIOGLOBULINAS: **NEGATIVOS**

-ESTUDIO DE COMPLEMENTO: **NORMAL**

-ANTICUERPOS:

\*ANA/ MUSC.LISO/ MITOCONDRO. / LKM/  
ANTICARDIOLIPINA: **NEGATIVOS**

\*CELULAS PARIETALES 1/60

# LABORATORIO

- PROTEINAS TOTALES: NORMALES
- IgG/ IgM/ IgA: NORMALES
- FROTIS: sin alteraciones morfológicas, moderada anisocitosis, frecuentes acantocitos; reticulocitos: normales
- vit B12/AC. FOL: NORMAL
- INMUNOFENOTIPO EN SANGRE PERIFERICA: no se detectan alteraciones significativas;
- VIH: NEGATIVO
- VHB, VHC: NEGATIVO

# LABORATORIO

P-ANCA: NEGATIVO  
C-ANCA: **POSITIVO** (30.99)

# BIOPSIA

-RIÑÓN?

-PULMON?

-PIEL?

\*NO SE PUDO REALIZAR POR  
TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE;

# RESUMEN TRATAMIENTO RECIBIDO

- **Antibiotico** (Meronem 500 mg/24h iv Septrim 1c/24h vo)
- **Corticoterapia** (Metilprednisolona 100 mg/24h iv),
- Tratamiento con **heparina** (Heparina no fraccionada 25000 U en 250 cc de SSF a 17 ml/h )
- 12 SESIONES DE **HEMODIALISIS** (Cr:5-7)
- PRIMER CICLO DE **CICLOFOSFAMIDA**
- INICIO DE **PLASMAFERESIS (3)**: **disminucion de cifras de C-ANCA y de valores de creatinina a las 2 semanas de metilprednisolona y 5-6 dias de primer bolo de ciclofosfamida;**

# PASO A UNIDAD NEFROLOGIA

## HEMODIALISIS, INMUNOSUPRESION, ANTIBIOTICO Y ANTICOAGULACION:

- 21/01/2010: **hemorragia** de ganglios basales con parálisis facial derecha, plejia de miembro superior e inferior derecho; (PASO A UVI)
- 23/01/2010: colocacion de **filtro cava infrarenal**
- 22/02/2010: **neumonia necrotizante** por pseudomona aeroginosa, con colonizacion por aspergillus ( Ag +) en segmentos posterior de lobulos inferior y superior derecho; con zonas de necrosis y cavitacion; derrame pleural bilateral ( toracocentesis diagnostica y evacuadora con sendos cultivos y citologia)

-1/03/2010: hematoma en linea media en cuerpo calloso abierto a ventriculo lateral derecho

# VASCULITIS...?

- El diagnostico es casi siempre de **sospecha** ante una enfermedad generalizada inexplicable;
- Anormalidades** clinicas que solas o combinadas sugieren el dx de vasculitis: purpura palpable, infiltrados pulmonares y hematuria microscopica, sinusitis inflamatoria cronica, mononeuritis multiple, incidentes isquemicos inexplicables y glomerulonefritis

# WEGENER...?

- Se debería sospechar en pacientes con sintomatología de la cabeza o las vías respiratorias altas **refractarios** y con síntomas constitucionales.
- El diagnóstico definitivo puede hacerse por **biopsia (vasculitis necrosante granulomatosa)** de las lesiones sospechosas junto con análisis **serológico** positivo.
- La biopsia puede **no** ser diagnóstica en un 50% y no es infrecuente la necesidad de repetir la biopsia.

# WEGENER...?

-Vasculitis **necrosante** de las arterias y venas de pequeño calibre y la formación de granulomas que pueden ser intravasculares o extravasculares;

-MANIFESTACIONES CLINICAS:

- \* **SINUSITIS CRONICA 98%**
- \* ALTERACIONES PULMONARES 85%
- \* GLOMERULONEFRITIS RP
- \* ALTERACIONES OCULARES (PROPTOSIS ,ESCLERITIS) 50%
- \* ALTERACIONES CUTANEAS 40%
- \* ALTERACIONES NEUROLOGICAS 20%
- \* ALTERACIONES DEL SNC 8%

# WEGENER...? C-ANCA PR3

- Es un componente importante del diagnostico y seguimiento; son considerados practicamente patognomonicos de la GW
- Cuando se combina IF con ELISA la sensibilidad excede el 90% y la especificidad el 98%
- Se ha observado que ratones a los que se inoculaba ANCA anti MPO desarrollaban GN y vasculitis, por tanto la capacidad de provocar vasculitis, no obstante, no implica siempre el desarrollo de la enfermedad vasculitica
- El aumento de Ac en pacientes ya tratados sugiere la recidiva, pero no debe ser nunca el unico criterio para reiniciar o aumentar en pacientes libres de sintomas.