

CASO CLINICO PATOLÓGICO PARA ESCUELA DE VERANO RESIDENTES MEDICINA INTERNA 2013 PUESTO POR LA TUTORA BEATRIZ POMBO VIDE

Se trata de una paciente de 41 años entre cuyos antecedentes destaca antecedente de aborto en primer trimestre y otro neonato muerto por cardiopatía congénita y una hija sana de interés. Fumadora desde la adolescencia de 20 paquetes /año. Diagnosticada de colitis ulcerosa 12 años antes tratada con mesalazina durante 9 años. Cirugía de descompresión del nervio mediano bilateral 5 años antes. Histerectomía simple tres años antes por miomas. Un año antes resección de papiloma intraductal no maligno en estudio de galactorrea.

Es atendida en urgencias por tromboflebitis en vena basilica dcha y se pauta Bemiparina sc a dosis preventiva.

11 días más tarde acude por tromboflebitis en antebrazo dcho en vena superficial cambiando a Enoxaparina 60 mgr/día y nuevamente es alta.

Por tercera vez acude al servicio de urgencias una semana más tarde relatando disnea, náuseas y dolor retroesternal. La exploración no revela otras anomalías; en la analítica destaca plaquetas 90000mDD 7617, TPI 1'13 siendo el resto de hemograma, coagulación y bioquímica de urgencias normal, EKG y RX de tórax fueron normales y en angioTAC tiene TEP central bilateral así como nódulo LSI con adenopatías mediastínicas prevasculares entre 1-1'5cm. Se completó el estudio con eco-doppler de miembros inferiores sin TVP y en brazo dcho trombosis venosa superficial en flexura del codo.

En la analítica ordinaria incluido ANA y proteinograma todo fue normal incluido anticardiolipina, (IgM e IgG) así como antiglicoproteína (IgM e IgG).

Se realiza broncoscopia que fue normal así como BAI y BAS con cultivo ordinario y de BK negativos y citología negativa para malignidad. Se realiza ecocardiograma sin datos de sobrecarga dcha. Se mantiene Enoxaparina 70/12 h.

Durante el ingreso presenta afasia transitoria con exploración posterior y TAC cerebral sin alteraciones.

Se realiza TAC abdominal con hallazgo de lesiones subcentimétricas en páncreas que pudieran sugerir tumor mucinoso intraductal o más raro adenocarcinoma; además lesiones triangulares periféricas en bazo sugestivas de infartos esplénicos.

Se repite ecocardiograma TT sin datos de endocarditis.

A las 2 se manifiesta dolor torácico con cortejo vegetativo y elevación ST en precordiales izqdas con TPI inicial de 0'59 y máxima de 10'38, en el tercer ecoTT acinesia apical anetrolateral no presente en el eco del día anterior. Se traslada al CHUAC para angioplastia 1ª con estenosis 100% DA medial con trombectomía.

Se traslada de nuevo a la UCIO de nuestro centro y se recibe resultado de anticoagulante lúpico circulante, mutación para factor V Leiden en heterocigosis. Se inicia tratamiento con HnF, AAS 100 mgr/día y 3 bolos de metilprednisolona ppor sospecha de Sde antifosfolípido.

Se traslada a planta de Medicina Interna y presenta dolor abdominal intenso con náuseas y vómitos sin alteraciones analíticas ni en EKG, ante la sospecha de afectación abdominal se pautan de nuevo 2 bolos de MPDN e IGs durante 5 días. Se realiza RNM abdominal con infartos esplénicos y en ambos riñones con porta y vasos celíacos permeables, con lesión quística en cuerpo-cola pancreática.

La paciente se estabiliza y se da de alta con Sintrom con TAC torácico de control en unas semanas.

Nuevamente acude a los 5 días por tromboflebitis en antebrazo dcho con INR de 3'5, ingresa y a las 24 horas tromboflebitis en pantorrilla izda. Se vuelven a pautar bolos de MPDN, se retira Sintrom y se inicia Fondaparinux 7'5 mgr sc/día. En las analíticas comienza a disminuir el fibrinógeno y aumenta DD y PDF, se interpreta como coagulopatía de consumo sin hemorragia y se pauta PFC (plasma fresco congelado 10 mgr/Kg) y se solicita PET.

En este momento la paciente se traslada al CHUAC (Hospital Juan Canalejo para continuar seguimiento).