

Mujer de 42 años, religiosa de un convento de clausura de Toledo, nacida en la India, lleva 3 años en España. Ingresó el 30 de diciembre del 2003 en el servicio de medicina interna por persistencia de la fiebre desde el ingreso previo (se había ido de alta de neumología el 15 de diciembre), disnea tos con expectoración escasa y sibilantes.

AP: Asma intrínseca. A los 30 años tuvo una neumonía que se curó bien con antibióticos y que no precisó ingreso. Dos años antes dos episodios de bronquitis aguda y uno de sinusitis. En el mes de junio del año 2003 precisó dos ingresos en la unidad de corta estancia por disnea y broncoespasmo, sin fiebre. Mejoró con broncodilatadores en aerosol, esteroides sistémicos y antibióticos. Fue dada de alta con esteroides en pauta decreciente. Desarrolló una diabetes que se trató con antidiabéticos orales.

Reingresó en Neumología en el mes de noviembre por un cuadro similar, con intenso broncoespasmo, esta vez acompañado de fiebre y de evolución más tórpida. Fue tratada con macrólidos, betalactámicos y dosis altas de esteroides. Los corticoides se mantuvieron de forma ininterumpida desde el mes de septiembre. Fue dada de alta el 15 de diciembre con urbasón 20 mg diarios, broncodilatadores inhalados, Insulina mixtard 30 20-0-10 y omeprazol.

Al día siguiente del alta acudió a urgencias por fiebre, y disnea y se le dió el alta añadiendo levofloxacino al tratamiento. Posteriormente su médico le cambió a amoxicilina clavulánico por ausencia de mejoría.

ENFERMEDAD ACTUAL: Reingresó el 30 de diciembre por aumento de la disnea, astenia, anorexia, fiebre de 38,5°C, tos escasamente productiva y diarrea. A la exploración presentaba fiebre de 38,5°C, no se palpaban adenopatías, la auscultación respiratoria mostraba espiración alargada y sibilantes. La auscultación cardíaca mostraba unos tonos rítmicos a 89 latidos por minuto, sin soplos ni signos de insuficiencia cardíaca. El resto de la exploración no mostraba alteraciones destacables.

#### EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Rx.tórax: sin claros infiltrados. Índice cardiotorácico en el límite. No se aprecia patrón miliar.

Ecografía abdominal: vesícula hipotónica con barro biliar, sin otras alteraciones excepto líquido libre peritoneal.

Analítica: Hemograma: Hb 11 gr/l, Hcto 32%, VCM 78, plaquetas 456000, leucocitos 8700 (77%N, 21%L, 1% M, eosinófilos 0,3%). VSG de 11. Gasometría arterial: pH 7,48, pCO2 28, pO2 77, HCO3 21, sat 97%. Bioquímica: glucosa 207, urea 10, creatinina 0,4, Na 109, K 3,1, CK 26, Calcio 7,4, P 2,4, Proteínas totales 5,4, albúmina 2,5, colesterol 132, transaminasas, bilirrubina, GGT y Fosfatasa alcalinas normales. LDH 754 (elevada), TSH no se detecta. Na en orina de 55.

Estudio de anemia: inicialmente anemia con patrón de trastorno crónico en el metabolismo del hierro y signos de hemólisis negativos. A lo largo de su evolución se observan esquistocitos, esferocitos e hipotransferrinemia.

Con los diagnósticos de reagudización asmática de causa infecciosa, probable SIADH, tirotoxicosis y diabetes mellitus se inició tratamiento con O2, broncodilatadores en

aerosol, esteroides sistémicos a dosis altas, cotrimoxazol, cefalosporinas de 3ª generación, antitiroideos, además de la corrección de la hiponatremia y tratamiento para la diabetes. La paciente empeoró de forma rápida y progresiva y al 5º día se ingresó en la UCI por insuficiencia respiratoria y shock séptico. Sin dar tiempo a la realización del TAC torácico ni la broncoscopia (solicitadas al ingreso) se objetiva un infiltrado alveolo-intersticial pulmonar bilateral requiriendo intubación oro-traqueal y ventilación mecánica. Se realizaron baciloscopias de esputo, hemocultivos y antigenuria de neumococo y legionela que fueron negativas. También se realizaron serologías para Brucella, Salmonella, Leishmania, Rickettsia conori, hepatitis B, hepatitis C y fiebre Q que fueron negativas. Una determinación de ANAs y ANCA fueron negativas con C3 y C4 normales.

A pesar de añadir al tratamiento inicial, terapia antituberculosa y anfotericina liposomal, empeoró de forma rápida su situación hemodinámica y respiratoria, desarrollando una coagulopatía de consumo, falleciendo a los 4 días del ingreso.

Se realizó la necropsia que proporcionó el diagnóstico.