

SESIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA: CASO CLÍNICO

Mujer de 73 años de edad que consulta por edema en extremidad inferior izquierda en diciembre de 2013.

Acude a Urgencias en dos ocasiones a lo largo de una semana por edema con fovea en extremidad inferior izquierda, distalmente a la rodilla. Se descarta trombosis venosa profunda mediante eco-doppler y se detecta en la analítica alargamiento de los tiempos de coagulación así como proteinuria, no cuantificada. Se diagnostica en ambas ocasiones de celulitis, indicándose tratamiento antibiótico (Amoxicilina 500/8h/5 días la primera vez, Moxifloxacino 400/24h/7 días, la segunda).

Ante la falta de respuesta a estos tratamientos, ingresa en el Servicio de Medicina Interna para estudio.

Entre sus antecedentes personales destacan hiperlipemia (2001), hipertensión arterial (2005) y cardiopatía hipertensiva con función sistólica conservada (ingreso en Cardiología por disnea de causa no aclarada en agosto 2013). Intervenida quirúrgicamente de histerectomía vaginal (2002) y hernia inguinal izquierda (abril 2013).

Sin hábitos tóxicos ni viajes recientes. Sin alergias conocidas, pero con intolerancia a atorvastatina y hierro.

En tratamiento habitual con Valsartán 20 mg/24h y Torasemida 5 mg/24h (sin cambios recientes de medicación).

Al profundizar en la anamnesis, además del edema en la pierna izquierda, la paciente refiere molestias abdominales inespecíficas, síndrome seco, disfonía y cuadro constitucional con astenia y pérdida de 8 kg de peso en el último año.

En la exploración física se objetiva buen estado general, apirexia y normotensión, confirmándose un edema con fovea en la mitad inferior de la pierna izquierda, sin aumento de temperatura, con pulsos presentes, siendo el resto de la exploración anodina.

En la radiografía de tórax se objetiva aumento del índice cardiorácico, sin ensanchamiento mediastínico y sin alteraciones a nivel del parénquima pulmonar. Tampoco se aprecian alteraciones en la radiografía de tobillo izquierdo.

El ECG muestra un ritmo sinusal a 64 latidos por minuto, con bloqueo auriculoventricular de primer grado, sin alteraciones en la repolarización.

En la analítica al ingreso se evidencia anemia (Hb 10.9 g/dl, Hcto 33.2%), con alargamiento de los tiempos de coagulación (TP: 22.3 s (45%), INR:1.93, APTT: 49.4 s (índice: 1.69), leve insuficiencia renal (creatinina 0.96 mg/dl, cistatina 1.78 mg/L, FG 57 ml/min/1.73m²), elevación de enzimas de colestasis (AST: 39U/L, ALT: 31 U/L, GGT: 133 U/L, FA: 129) con hipoproteïnemia (proteínas: 5.3 gr/dl, albumina: 2.7 gr/dl) y proteinuria (200 mg/dl en muestra aislada).

Una vez en planta, se solicita analítica completa de sangre, anormales, sedimento de orina y TAC toraco-abdomino-pélvico, para el estudio de síndrome constitucional, inflamación unilateral de extremidad inferior izquierda, coagulopatía y proteinuria.

Los resultado analíticos iniciales confirman una anemia leve (Hb 10.7 g/dL, Hto 33.2%, VCM 88.9 fl) con elevación de reactantes de fase aguda (VSG 73 mm/h, PCR 127 mg/l).

En el estudio de coagulopatía se objetiva alargamiento tanto del tiempo de protrombina, como del de tromboplastina parcial activada, sin fármacos que lo justifiquen, detectando en el estudio de coagulación un déficit del Factor X (11%).

La colestasis disociada (GGT 129 U/L, FA 158 U/L, BR: 0.2 mg/dL) se mantiene a lo largo de todo el ingreso (tabla 1), lo que motiva la realización de ecografía abdominal además del TC inicial.

En orina de 24 horas se objetiva una excreción proteica de 5.2 g/24h

Durante el ingreso presenta deterioro de la función renal, que llega a descender a un filtrado de 46 mL/min en los primeros 10 días del ingreso (tabla 1).

Además se realizan las siguientes determinaciones que resultan normales: ionograma, T4, TSH, ACTH, corticotropina y PTH; alfa 1-antitripsina, ECA, vitamina A, B1, B6, B12, ácido fólico y vitamina D; mioglobina, LDH y aldolasa; BNP y D-dímero por ELISA 806 pg/mL y 689 ng/mL respectivamente).

Durante la primera semana de ingreso el edema se hace bilateral.

Otras determinaciones realizadas fueron las siguientes: FR, ANA, ENA, antiRo, antiLa, antiRNP, antiSm, AntiJo, anticoagulante lúpico, anticardiolipina, complementemia, ANCA y anticuerpos antimembrana basal, proteinograma, inmunoelectroforesis, cadenas ligeras en sangre y orina, marcadores tumorales, serología VHB, VHC, VIH, VEB, RPR, CMV, Coxiella, Lyme, Toxoplasma, ASLO, Mantoux, QTF, poblaciones linfocitarias.

También se realiza B2 microglobulina: 6412 µg/L (970-2640), Ca 125: 57 U/ml (0-35), Ac antitransglutaminasa tisular Ig A y antigliadina Ig A positivos (24.38 UI y 71.19 u arb/mL, respectivamente), HLADQ2/DQ8: negativo.

El TAC toraco-abdomino-pélvico evidencia un mínimo derrame pleural y pericárdico, sin otras alteraciones a ningún nivel (imágenes 1 y 2).

Se realiza además estudio electrofisiológico de extremidades inferiores, serie ósea, valoración ORL y gammagrafía salival, sin detectar alteraciones.

El ecocardiograma no presenta cambios respecto al previo.

Se realiza una biopsia de la grasa abdominal, siendo el resultado negativo.

Se le tratan las complicaciones que va presentando (insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal), falleciendo a los 4 meses por empeoramiento de la función renal e insuficiencia cardíaca. Para entonces se habían practicado dos pruebas diagnósticas. Se realiza necropsia

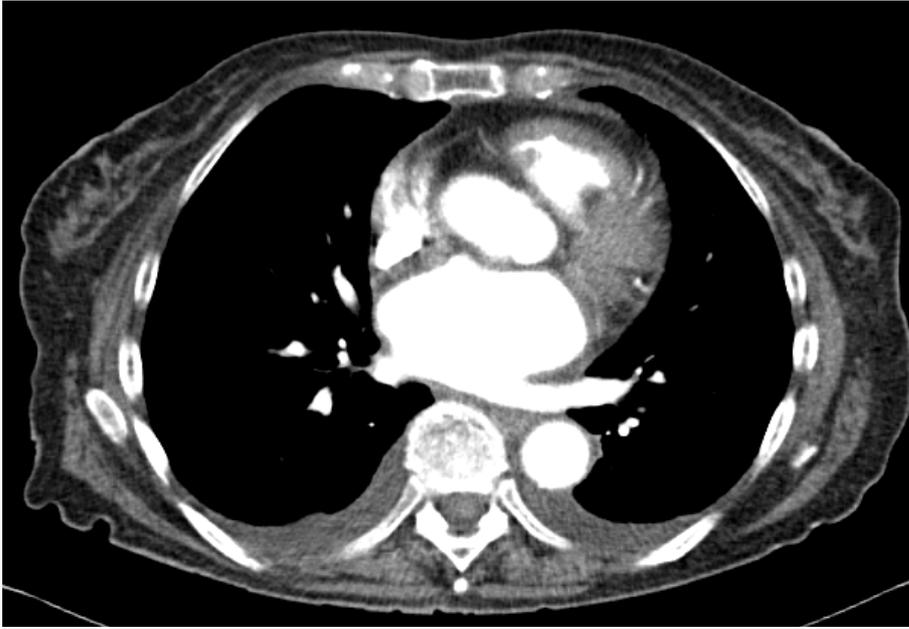
TABLAS

Tabla 1. Evolución analítica durante el ingreso._

	2/12	4/12	9/12	16/12	19/12
Hb	10.9	10.7	11.6	11	10.6
TP	27		22.7		24
INR	2.55		1.96		2.2
Creat	0.92	0.96	1.15	1.1	1.15
FG	>60	57	46		46
AST/ALT	39/31		44/28	42/29	49/31
GGT	133		124	129	109
FA	129		142	158	129
Bil	0.5			0.2	0.5

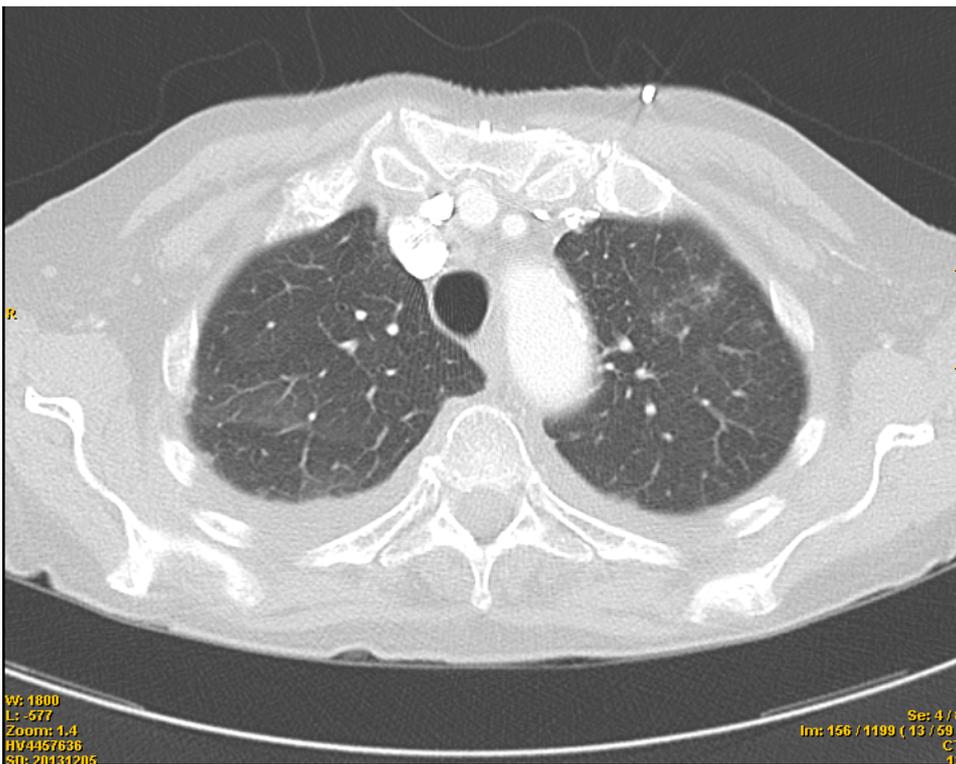
IMÁGENES

Imagen 1.



TC toraco-abdomino-pélvico: derrame pericárdico y pleural bilateral.

Imagen 2



TC toraco-abdomino-pélvico: opacidades pulmonares bilaterales.