

PACIENTE ANCIANO Y AUTOINMUNIDAD



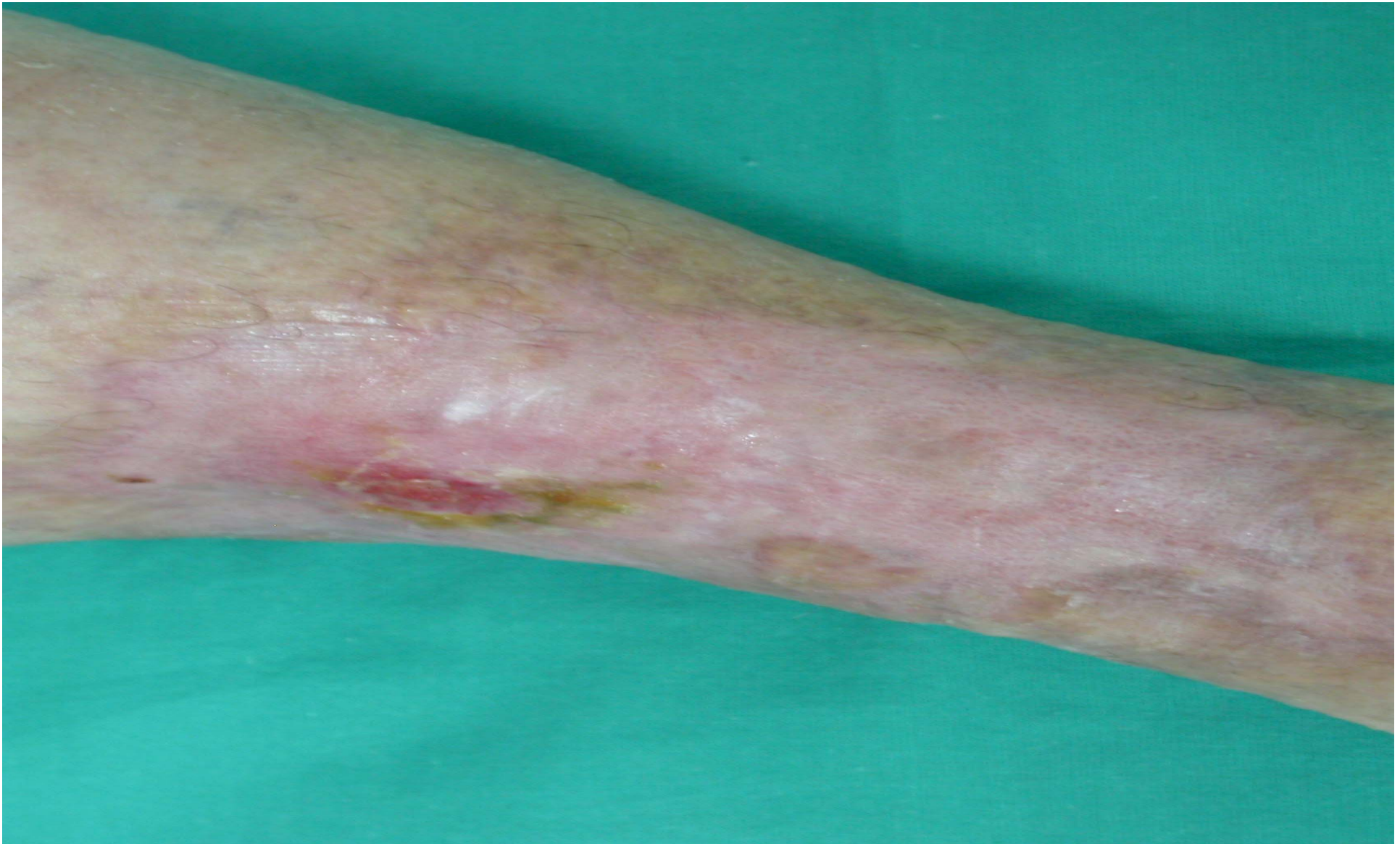
J.L. Callejas
N. Ortego Centeno
Unidad de Enfermedades Sistémicas
Hospital San Cecilio Granada











MUJER DE 79 AÑOS

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

INSUFICIENCIA RENAL

INSUFICIENCIA CARDIACA

Y

SD ANEMICO

Visor de Imágenes: ANAMNESIS Y EXPLORACION Imagen del día: 15/10/2004

HOSPITAL CLÍNICO
GRANADA

SERVICIO: Medicina Interna.
Enfermedades Sistémicas

Franco

Mate

José

Sexo: M E. Civil: C

Fecha: 15/10/04 Domicilio: Circunvalación de 21, I.E. 18.009 Gr

Tfno: 958 183612

Profesión:

PROCEDENCIA: Nefro

SS + 18/103234786

MOTIVO DE CONSULTA: Fiebre alta discreta

HC 418436

HISTORIA ACTUAL:

El 4/3/04 ingresó en UCI por eleva bilirrubinemia; llega a 37°C; analítica con 14.200 leucos con 86% PMN, Hb 9,6 UVI 34,3, UVI 14,9, INR 1,38, plaquetas 42000; BUN creat 1,4, AST, ALT y amilasa 0. Eco abdominal: patológica sin signos obstructivos. → luego en diagnóstico de eleva bilirrubinemia y tras la no con Tocol 4,5/24 h (era la 1ª vez que había un ingreso por eleva bilirrubinemia) de intervenir el 9/3/04 mediante colangiografía laparoscópica. Mantuvo fiebre alta en postoperatorio en 20,3, diuresis OK. El 11/3/04 por epistaxis → se sacó analítica en computación Hb 11,5/dl, UVI 35, UVI 15 Urea 117, creat 5,4, NO, K⁺ 0 q se confirma: Tx 3 G3 litos UC Nefro: Fracaso renal crónico oligúrico postagico con aco renal. Se puso volumen + diálisis → mantuvo = cifras de creatinina con Hb 10,5/dl, 20 mg/dl con leucocitos en PCR 13. El 28/3 se volvió = transfusión por Hb 8,5/dl (posttransfusional de 1º punto a 10,5/dl). Mantuvo fiebre alta hasta 38°C → UC nefrosica. Fiebre en 40°C; al pasar 11 horas surgen en aco en febrícula; UC 0, UC 0, cultivos cultivos 0; AP renal obstruccion. El 30/3/04 se puso de diálisis, le sacó ay de litos en forma de coágulos. PCR a 170 pm, creatinina + liposubstancias en 100, creatinina hasta más niveles. C.A en 100 de 10, PCR 22 y 24 3/4, creat 5,1. ECG FA a 130 bpm, Ecocardiografía: disfunción

Brillo
Contraste

Zoom

Ventana Zoom

Zonas

Girar 0 grados

RESTAURAR IMAGEN

Multipáginas

<<

>>

CASO CLINICO: Mujer de 79 años de edad

- ***ANTECEDENTES PERSONALES:***

- HTA de > 15 años de evolución

- Hernia de hiato

- IQ: amigdalectomía y legrado uterino

- Estudiada en ORL 1 año antes por clínica sugerente de sinusitis aguda de repetición

- Exploración ORL: sin hallazgos de interés

- TAC senos:

25/10/2004 11:50 958022675		AMBULATORIO ZAIDIN :		PAG. 01/01
 Servicio Andalúz de Salud CONSEJERIA DE SALUD		RADIOLOGIA		Primer apellido <u>Calleja</u> Segundo apellido <u>Rubio</u>
Hospital Universitario "San Cecilio" Granada		CONSULTA		Número <u>18/10.323</u>
PORTÁTIL	NORMAL	HOSPITALIZACIÓN	Servicio solicitante <u>ORL</u> Código <u>1</u> N.º CAMA <u> </u> ☐ OTROS <u> </u>	
Rx	TAC	ECO	Día <u>21</u> Mes <u>6</u> Año <u>01</u> Paciente <u>JOSE MANUEL RUIZ GOMEZ</u> C.N.I. <u>00/00322334</u>	CENTRO PERIFÉRICO DE ESPECIALIDADES ZAIDIN

REGIÓN A EXAMINAR:

TC. Senos paranasales

INFORME:

N.º INFORME:

Cambios hipertroáficos mucosos en ambos senos maxilares
 Retención mucosa. Ausencia de desarrollo de los senos frontales.
 Posible complicación inflamatoria aguda : sinusitis en ambos senos maxilares
 (reactivación de proceso crónico).

CASO CLINICO: Mujer de 79 años de edad

- **HISTORIA ACTUAL:**

- Acude en varias ocasiones a Urgencias por dolor abdominal de tipo cólico en hipocondrio derecho y fiebre

- EF:

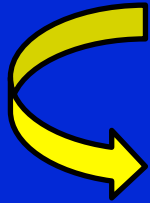
- T^a: 38°C
 - Hemodinámicamente estable
 - Dolor a la presión en hipocondrio derecho, Murphy +/- sin otros signos de irritación peritoneal

CASO CLINICO

-Analítica a su llegada:

- Leucocitos 14.000 con 85% de PMN
- Hb de 11,2g/dl, normocroma y normocítica
- Urea 65mg/dl y creatinina 1,4mg/dl
- Transaminasas, bilirrubina y amilasa: normales

-Eco abdominal: colelitiasis sin signos de colecistitis



INGRESA EN CIRUGIA

CASO CLINICO

- **INGRESO EN CIRUGIA:**

- Dieta absoluta + fluidoterapia
- Antibioterapia con Piperacilina-Tazobactam
- Profilaxis TVP con HBPM

- **Interconsulta a Anestesia** para intervención:

- **ECG:** normal

- **Rx de tórax:** normal

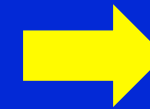
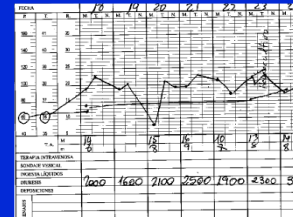
Se interviene 24h más tarde



CASO CLINICO

- **POSOPERATORIO**

- *Persiste febrícula/fiebre*
- *Mantiene TA y diuresis*

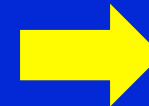


**Interconsulta
a Infecciosas**

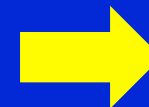
- **3 días más tarde**

- *Hemograma con Hb de 7,5 g/dl*
- *Bioquímica: Urea: 117mg/dl*

Creatinina: 5,4 mg/dl
Na y K: normales



**Transfusión
de hematíes**



**Interconsulta
a Nefrología**

CASO CLINICO: CIRUGIA

- **ANEMIA + FEBRICULA**

- *No evidencia macroscópica de sangrado*
- **TAC ABDOMINAL:** *sin colecciones infecciosas
no focos de sangrado*
- **EDA:** *algunas erosiones aisladas, sin sangrado activo*
- **Colonoscopia:** *normal*

CASO CLINICO: NEFROLOGIA

- ***Insuficiencia renal aguda***

- ***Sedimento: hematíes (++)***, ***proteinuria 0,8g/d***
- ***Bq: Proteínas totales 6,4g/dl y albúmina 2,4g/dl***
- ***Perfil lipídico: CT 210mg/dl, LDL-c: 175mg/dl***
- ***Eco renal: normal***



Probable Necrosis Tubular Aguda con FRANO



Hidratación i.v + diuresis forzada

***Mejoría progresiva de la función renal
con Cr de 2,9mg/dl***

CASO CLINICO: INFECCIOSAS

•Febrícula

- Se recoge en la anamnesis que es de >6 meses de evolución
- **PCR:** 13mg/dl (hasta 0,8mg/dl)
- **Hemocultivos:** negativos
- **Urocultivo:** negativo
- **Cultivo catéter:** negativo
- **Serologías:** negativas
- **Marcadores tumorales:** negativos
- **TAC abdominal:** no colecciones tras la cirugía

CASO CLINICO

- **POSOPERATORIO**

- Persiste febrícula/fiebre
- Empieza con disnea



Interconsulta a Cardiología
Interconsulta a Neumología

- **Historia clínica:** nada que sugiera cardiopatía previa
- **EF:** TA 130/70, PVY elevada
AC: arrítmica a 120 lpm
AR: crepitantes
Edemas con fovea



CASO CLINICO

- ***Interconsulta a Cardiología***

- **GA:** pO₂ 79, pCO₂ 22, pH: 7,44 con FiO₂ de 0,21
- **ECG:** FA a 120 lpm
- **Rx de tórax:** patrón congestivo
derrame pleural bilateral
- **Ecocardiograma-Doppler:**

sospecha de cardiopatía.

Procedencia: S/CIRUGIA GENERAL

Nº vídeo: VV7

Calidad reg.: Buena

Diagnósticos: 817, 9048, 9030, 954, 950, 802

Protocolos:

Peso: 66 Kg.

Talla: 180 cm.

Sup. Corporal: 1,69 m²

Ritmo: Sinusal

Frecuencia cardíaca: 70 lat/min. Fecha nac.: 25/07/1933

Ecocardiograma

Ecocardiografía

Diámetro diastólico del VI	49 mm	Grosor TIV	14 mm
Grosor PP	12 mm	Aurícula Izquierda	46 mm
Fracc. Eyec. VI 2D	65 %	Masa VI	257 g
Índice Masa	152 g/m²		

Estudio Doppler

Válvula mitral

Onda E	0,9 m/s	Onda A	1,08 m/s
Relación E/A	0,849		

Válvula tricúspide

Regurgitación	I	V. máx. regurgitación	2,95 m/s
---------------	---	-----------------------	----------

Presión arterial pulmonar

Grad.VD-AD	35 mm Hg	PAP Estimada	45 mm Hg
------------	----------	--------------	----------

Comentario

Ventrículo izquierdo de diámetros internos normales; septo sigmoideo con hipertrofia ligera-moderada del segmento basal; espesor de paredes en el resto de paredes en el límite superior de la normalidad; función sistólica global conservada sin alteraciones segmentarias. Aurícula izquierda moderadamente dilatada (46 x 57 x 85 mm). Aurícula derecha ligeramente dilatada. Ventrículo derecho normal.

Válvulas mitral y aórtica normales.

Válvula tricúspide normal con insuficiencia ligera y PAPs ligeramente elevada.

Brillo

Contraste

Zoom

Ventana Zoom

Zonas

Girar

0 grados

Multipáginas

RESTAURAR IMAGEN

<<

>>

Nombre: JOSEFA FRANCO MATEO

Nº visita: 17163

Conclusiones

Ventriculo izquierdo con hipertrofia ligera-moderada del septo basal y espesor del resto de paredes en el limite superior de la normalidad; función sistólica global conservada sin alteraciones segmentarias.
Aurícula izquierda moderadamente dilatada. PAPs ligeramente elevada.

CASO CLINICO

- ***Interconsulta a Cardiología***

- *Congestión venosa sistémica en el contexto de insuficiencia renal, aporte de volumen, FA, transfusión, fiebre*
- *Con beta-bloqueantes, oxígeno y diuréticos mejora de la disnea*

- ***Interconsulta a Neumología:***

- ***Gammagrafía pulmonar:*** *baja probabilidad de TEPA*

CASO CLINICO

- **POSOPERATORIO:**
 - Previa al alta, nueva transfusión por Hb de 7,6g/dl
- **3 SEMANAS TRAS ALTA CONSULTA A URGENCIAS**

paciente intervenida de vesícula en agosto 2004. El postoperatorio fue tórpido, presentando fiebre y medio de inicio, y se complicó con un proceso renal. Durante el postoperatorio se transfundió.

Está pendiente de consulta en nefrología para valoración de elevación de cifras de creatinina.

Desde ~~hace~~ el alta presenta anorexia y náuseas, que se ha intensificado en los últimos días. Su médico le ha realizado un hemograma, y la envía para transfundir.

HG: 12000 leucos, 78% pmn, 2.940.000 lte, Hb 8, Vcm 80, 418.000 plaquetas

BG: gluc 115, urea 15, creatinina 3.9, resto normal

J. clínico: Anemia perniciosa

ACTITUD: Se transfunden 2 concentrados de hemoderivados. La paciente dice que se siente mucho mejor.

Brillo

Contraste

Zoom

Ventana Zoom

Zonas

Girar

0 grados

RESTAURAR IMAGEN

Está pendiente de consulta en nefrología para valoración de elevación de cifras de creatinina

Desde hace el alta presenta anorexia y náuseas, que se ha intensificado en los últimos días. Su médico le ha realizado un hemograma, y la envía para transfundir.

HG: 12000 leucos, 79% pmn, 2.940.000 lte, Hb 8, Vcm 80, 418.000 plaquetas

BG: gluc 115, urea 151, creatinina 3.9, resto normal

J. clínico: Anemia ferropénica

ACTITUD: Se transfunden 2 concentrados de hemoderivados. La paciente dice encontrarse mucho mejor.

Visor de Imágenes: ANAMNESIS Y EXPLORACION Imagen del día: 15/10/2004

HOSPITAL CLÍNICO
GRANADA

SERVICIO: Medicina Interna.
Enfermedades Sistémicas

Franco

Mate

Sexo: g

E. Civil: C

Fecha: 15/10/04 Domicilio: Circunvalación de 21, I.E. 18.009 Gr

Tfno: 958 183612

Profesión:

PROCEDENCIA: Nefro

SS + 18/103234786

MOTIVO DE CONSULTA: Fiebre alta discreta

HC 418436

HISTORIA ACTUAL:

El 4/3/04 ingresó en UCI por eleva bilirrubinemia; llega en 37°C; analítica con 14.200 leucos con 86% PMN, Hb 9,6 UVI 34,3, UVI 14,9, INR 1,38, plaquetas 42000; BUN creat 1,4, AST, ALT y amilasa 0. Eco abdominal: patológica sin signos obstructivos. → luego en respuesta a eleva bilirrubinemia y tras el uso de Tazocel 4,5/3,6 gr (era la 1ª vez que se usaba a un paciente por eleva bilirrubinemia) de iniciar el 9/3/04 mediante coloadcolitoma laparoscópico. Mantuvo fiebre alta en postoperatorio en 37,5, diuresis OK. El 11/3/04 por epistaxis → se sacó analítica en computación Hb 11,5/dl, UVI 35, UVI 15 Urea 117, creat 5,4, NO, K⁺ 0 q se confirma: Tx 3 G3 litos UCI Nefro: Fracaso renal crónico oligúrico postagico con aco renal. Se puso volumen + diálisis → mantuvo = cifras de creatinina con Hb 10,5/dl, INR 1,38, UVI 14,9 con leucocitos en PCR 13. El 28/3 se volvió = transfusido por Hb 8,5/dl (posttransfusional de 1º punto a 10,5/dl). Mantuvo fiebre alta hasta 38°C → se reoperó: Fiebre en foro; al pasar tiempo surgen de aco en fémur; UCI 0, UCI 0, cultivos negativos; AP renal obstruccion crónica. El 30/3/04 se pasó de diálisis a diálisis → se le hizo diálisis en forma de diálisis. diálisis: ACO ambulatorio a 170 gr, cephalosporinas + liposolubles en bolo, coloides hasta más niveles. C.A en bolo de 10, PCR 22, INR 1,44, creat 5,1. ECF: FA a 130 gr, ECG: liposoluble

Brillo

Contraste

Zoom

Ventana Zoom

Zonas

Girar

0

grados

Multipáginas

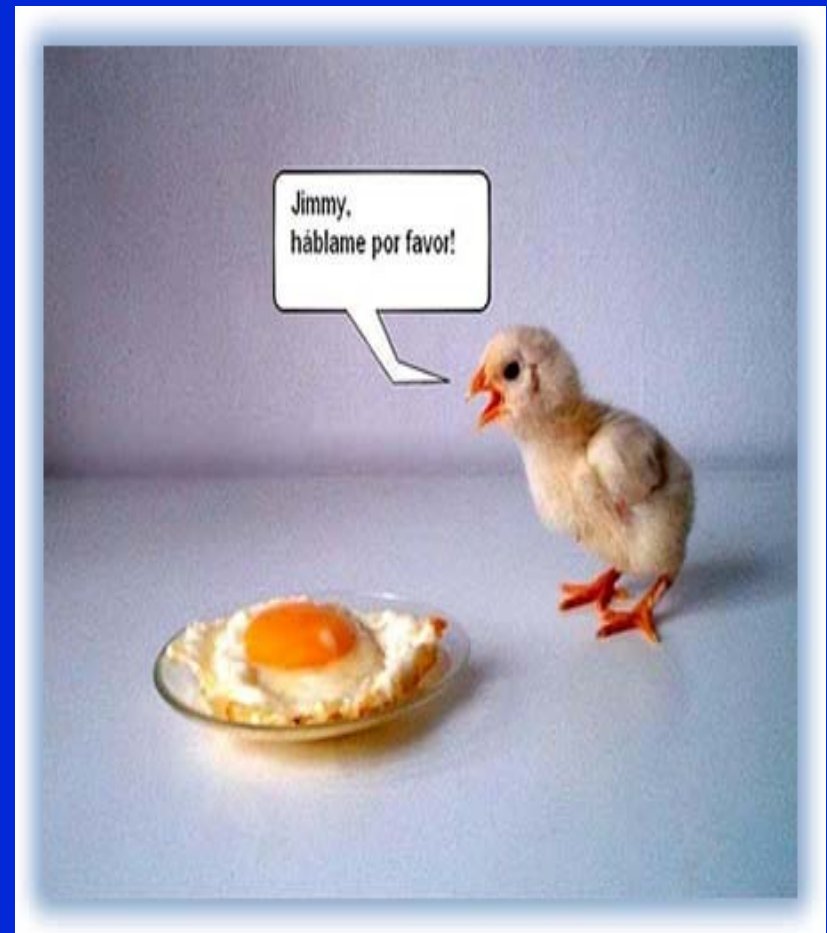
RESTAURAR IMAGEN

<<

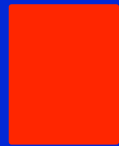
>>







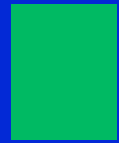
PREGUNTAS



El motivo de consulta de fiebre y dolor en hipocondrio derecho aun sin litiasis visible orientaba a una colecistitis y yo me hubiese metido en el quirófano



La anemia que desarrolló inicialmente la enferma se justifica por los hallazgos de la EDA



El fracaso renal agudo en esta paciente puede ser multifactorial (sangrado, hipotensión, fármacos...) y la mejoría con aporte de volumen y diuresis forzada así lo sugiere



Todas las anteriores pueden ser ciertas

Hospital Clínico San Cecilio - Servicio de Anatomía Patológica**Informe Anatomopatológico N° B04-06778**

NHC:	418436		
1° Apellido:	FRANCO		
2° Apellido:	MATEO		
Nombre:	JOSEFA	Sexo:	Femenino
Servicio Peticionario:	CIRUGIA B-I SALA		
Médico Peticionario:	GARCIA RUBIO		

DATOS CLÍNICOS

VESICULA BILIAR.
COLELITIASIS

A VESICULA BILIAR (NEOM) PIEZA QUIRURGICA**DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA**

DESCRIPCION MACROSCOPICA:

VESICULA BILIAR DE 8,5X3 CMS DE DM. QUE VIENE PARCIALMENTE ABIERTA, CON MULTIPLES SOLUCIONES DE CONTINUIDAD EN SU SUPERFICIE. AL CORTE SE OBSERVA MUCOSA PARDUZCA SIN CALCULOS.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

DESCRIPCION MICROSCOPICA:

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATÓLOGICO

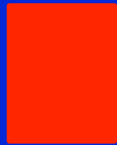
DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO:

VESICULA BILIAR:

COLECISTITIS CRONICA

SNOMED: T57000 M43000

PREGUNTAS



La disnea estaba justificada por una insuficiencia cardíaca diastólica más la sobrecarga, entrada FA, fiebre...



Aunque la gammagrafía pulmonar fue negativa y tenía otras causas que justificaban disnea, tenía un TEPA

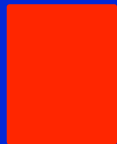


La causa de la fiebre era infecciosa aunque todos los estudios fuesen negativos



Aunque las anteriores pueden ser ciertas, debe tener una ENFERMEDAD AUTOINMUNE (si no, este tío no hubiese venido de Granada a contarnos esta historia)

De tener una enfermedad sistémica



Tiene un LES: probable anemia hemolítica, serositis con derrame pleural, dolor abdominal por serositis ¿?, nefritis lúpica



Tiene un Wegener difuso con afectación ORL (antecedente de sinusitis) y renal. La anemia es de proceso inflamatorio crónico asociada a la insuficiencia renal.



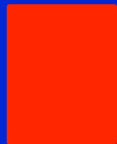
Tiene un Sd reno-pulmonar: lo del pulmón es una hemorragia pulmonar que justificaría la anemia y la disnea; el riñón es una GNF rápidamente progresiva por una GNF paucinmune



Tiene una neoplasia oculta con afectación hematológica, una GNF (probablemente una membranosa) y todo lo demás



De tener un Sd renopulonar



Tiene un LES y esperaría encontrarme ANA y DNA (+)



Tiene una Granulomatosis de Wegener en su forma difusa (dado el antecedente ORL) y esperaría encontrarme c-ANCA(+)



Tiene una Poliangeitis Microscópica y esperaría encontrarme p-ANCA (+)



Tiene un Good Pasture y esperaría encontrarme unos Ac antimembrana basal glomerular (+)



Visor de Imágenes: ANAMNESIS Y EXPLORACION Imagen del día:15/10/2004

Pares craneales

Fuerza:

Sens. Superficia

Sens. Profunda

ROT:

Ref patológicos

Calor

Marcha:

Otros:

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:

FRA + anemias con repuestento tx + patología apodemon pulmonar con Eosinofilia +
patología en rangos no refóticos + clínic ORC + febr

PLAN DE ACTUACIÓN:



PROBABLE U.SISTEMICA TPA G. WEGENER

Más probable - PAM

- obs del nivel y alta

Actitud: urgente y ocap

Brillo

Contraste

Zoom

Ventana Zoom

Zonas

Girar

0

grados

Multipáginas

RESTAURAR IMAGEN

<<

>>

SD. RIÑÓN-PULMON

1. Valoración hemorragia pulmonar:

RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN

		Actual	Pred.	%Pred.	Post	%Pred	%Cambio
VC IN	[L]	1.97	2.05	96.2	2.24	109.5	13.8
IC	[L]	1.08	1.60	67.5	1.44	90.5	34.0
ERV	[L]	0.90	0.60	150.0	0.80	134.3	-10.5
VT	[L]	0.78	0.43	182.5	0.65	152.7	-16.3
TIN/TTOT		0.46			0.42		-7.5
FVC	[L]	1.67	2.09	79.9	2.06	98.6	23.3
FEV 1	[L]		1.71		1.82	106.6	
FEV 1 % VC IN	[%]		75.61		81.11	107.3	
FEV 1 % FVC	[%]				88.57		
FEF 25	[L/s]	4.01	4.78	83.7	4.44	92.9	11.0
FEF 50	[L/s]	2.50	3.16	79.1	2.57	81.3	2.8
FEF 75	[L/s]	0.88	0.95	93.0	0.59	62.3	-33.0
PEF	[L/s]	4.11	5.23	78.6	4.44	85.0	8.1
MMEF 75/25	[L/s]	2.14	2.43	88.2	1.80	74.2	-15.9
FEF 75/85	[L/s]		0.34		0.37	110.3	
FVC IN	[L]	1.60	2.05	78.1	2.11	103.0	31.8
FIF 50	[L/s]	3.19			3.64		14.0
FEF50 % FIF50	[%]	78.36			70.64		-9.9

TLCO SB	[mL/min/mmHg]	16.28	19.05	85.5
VA	[L]	3.34	4.22	79.1
TLCO/VA	[mL/min/mmHg/L]	4.87	4.35	111.9
Hb	[g/100ml]	13.50		
Carboxyhemoglobin	[%]	0.00		
TLCOc SB	[mL/min/mmHg]	16.23	19.05	85.2
TLCOc/VA	[mL/min/mmHg/L]	4.86	4.35	111.6
FRC-He	[L]	2.13	2.52	84.5

Fecha de prueba

20/10/04

GASOMETRIA ARTERIAL

20/10/2004 13:19:21
 PACIENTE POCO COLABORADOR.
 Inspired O2 21 (%)

Centro Peticionario: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN
CECILIO
Servicio Peticionario: BRONCOLOGIA (HC)
Médico Peticionario: GALLARDO MEDINA, MANUEL

DATOS CLÍNICOS

SOSPECHA DE
HEMORRAGIA ALVEOLAR POR PROBABLE POLIANGETIS MICROSCOPICA

A PULMON (NEOM) LAVADO BRONQUIOLOALVEOLAR

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

620.000 CEL / ML.

PMN: 3%; MACROFAGOS: 91%; LINFOCITOS: 6%; EOSINOFILOS: 0%.

SE OBSERVA ABUNDANTE FONDO HEMATICO Y NUMEROSOS MACROFAGOS
CON PIGMENTO INTENSA Y EXTENSAMENTE POSITIVO AL PERLS. LA ICQ NO
REVELA ALTERACION EN LA PROPORCION DE LOS LINFOCITOS.

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATÓGICO

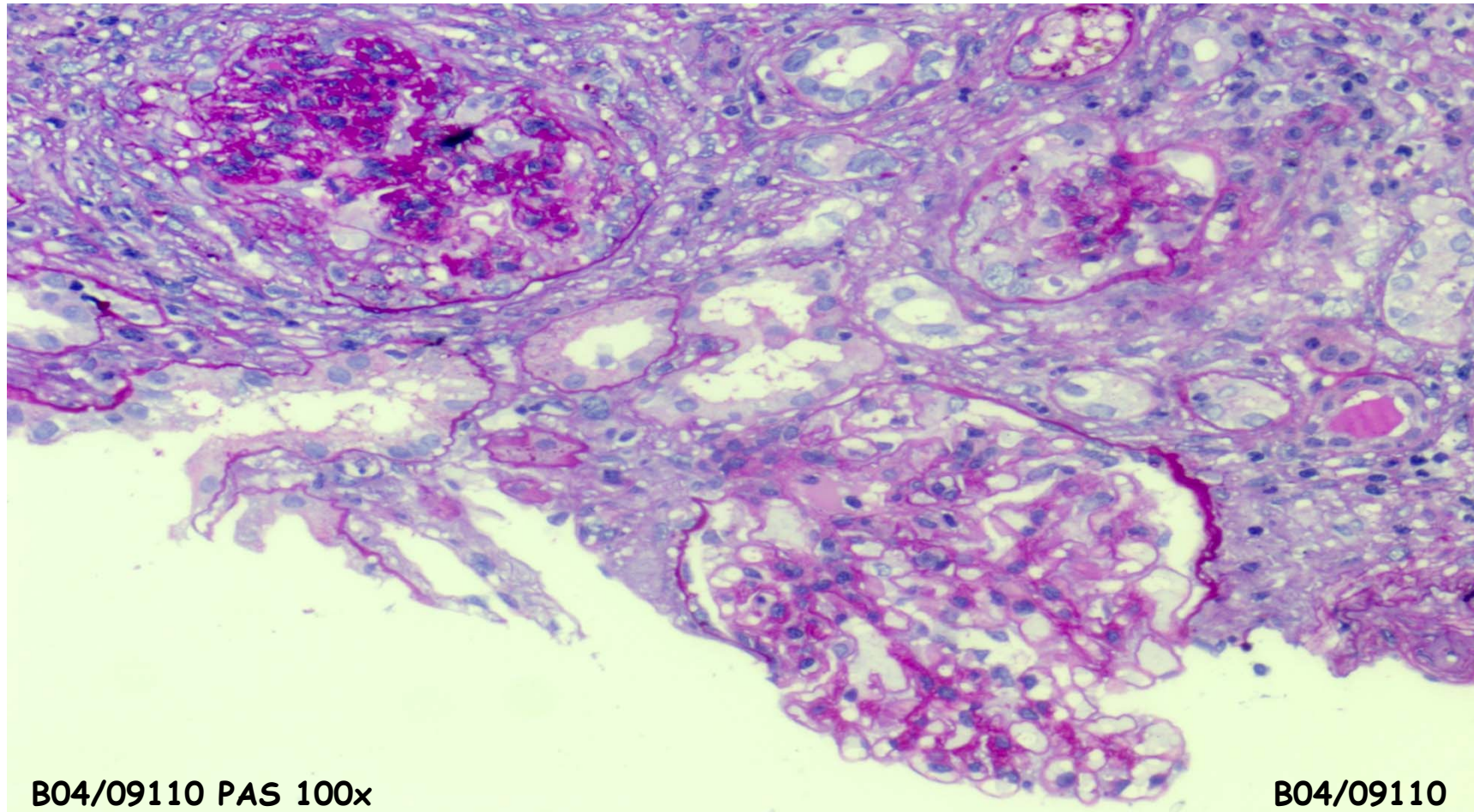
COMPATIBLE CON HEMORRAGIA ALVEOLAR

Patólogo: ESQUIVIAS LOPEZ-CUERVO, J. Javier

SD. RIÑÓN-PULMON

1. Valoración afectación renal:

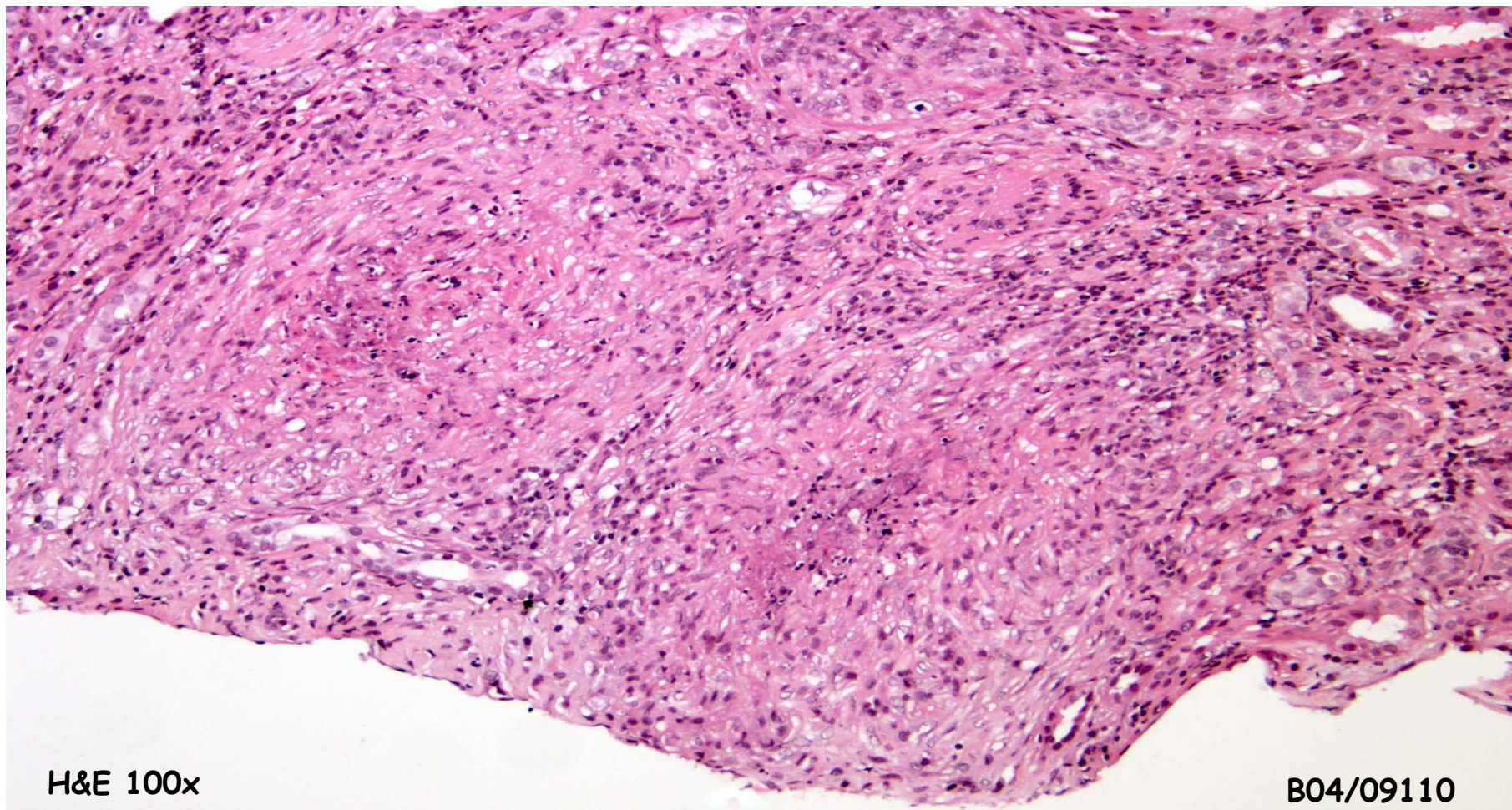
GLOMÉRULOS OBSERVADOS: 18
GLOMÉRULOS ESCLEROSADOS: 6; SEMILUNAS: FRECUENTES



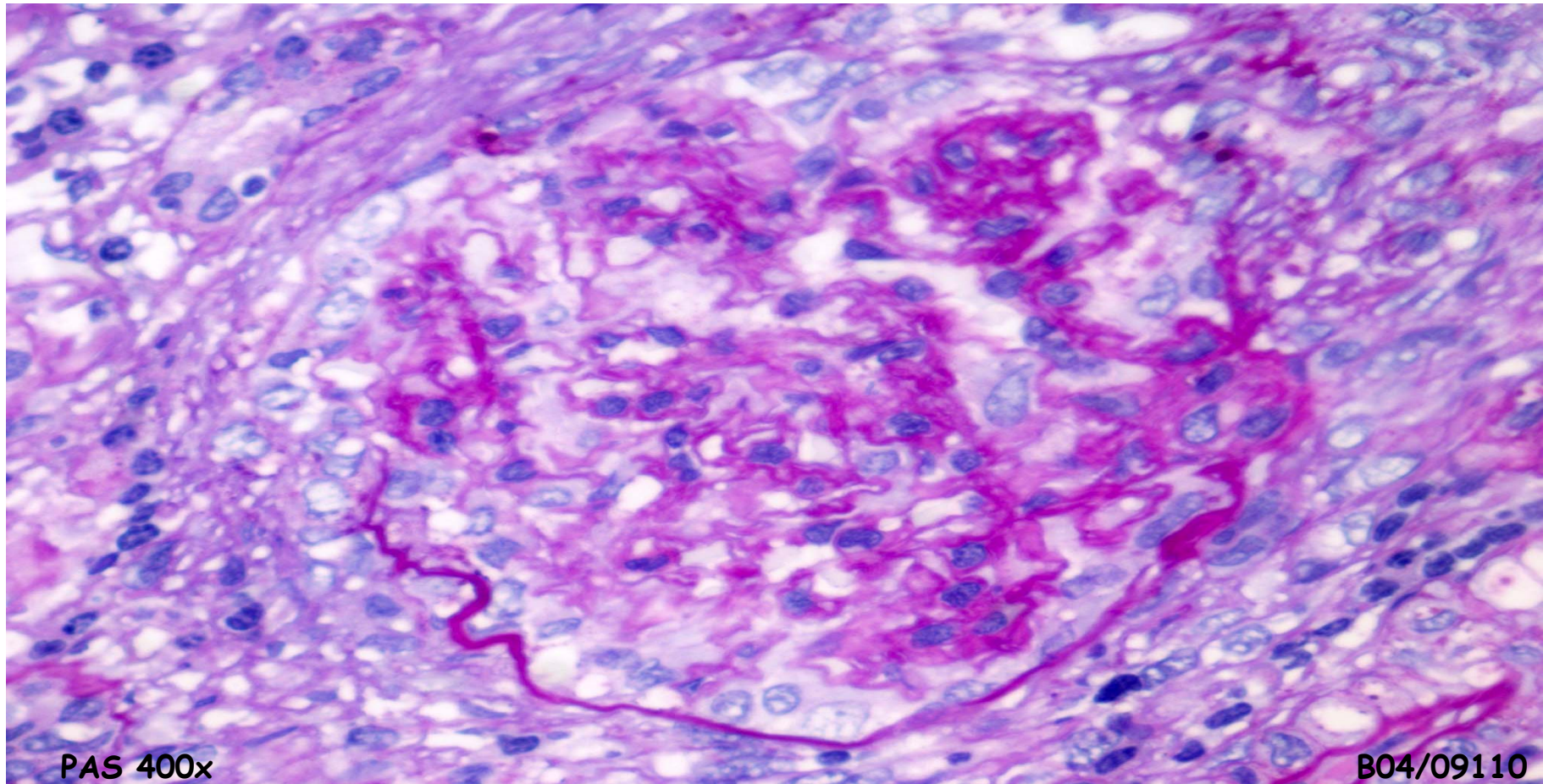
B04/09110 PAS 100x

B04/09110

GRANULOMAS PERIGLOMERULARES CON NECROSIS DE FLÓCULOS



**SEMILUNA EPITELIAL CON RUPTURA DE LA MEMBRANA BASAL
DE LA CÁPSULA DE BOWMAN**



NHC:	418436		
1° Apellido:	FRANCO		
2° Apellido:	MATEO		
Nombre:	JOSEFA	Sexo:	Femenino
Centro Peticionario:	HOSPITAL LICINIO DE LA FUENTE	F. Petición:	22/10/2004
Servicio Peticionario:	NEFROLOGIA (VN)	F. Recepción:	22/10/2004

DATOS CLÍNICOS

DATOS CLINICOS: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE FRACASO RENAL AGUDO POST-COLECISTECTOMIA, FIEBRE DE VARIOS MESES, PRESENTA INSUFICIENCIA RENAL PROGRESIVA, P-ANCA +. MUESTRA: RENAL.

A RIÑÓN (NEOM) INMUNOFLUORESCENCIA**DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA**

MACROSCOPICO:

2 CILINDROS; UNO MIDE 2 Y 0.1 CM. DE D.M. Y OTRO 1 Y 0.1 CM. DE D.M. SE TOMA PARA CONGELACION, M.E. Y PARAFINA.

DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

MICROSCOPICO:

SE OBSERVAN UN TOTAL DE 18 GLOMERULOS 6 DE LOS CUALES SE ENCUENTRAN ESCLEROSADOS, PRESENTANDO LOS RESTANTES LESIONES DE NECROSIS QUE AFECTA AL OVILLO EN EXTENSION VARIABLE Y QUE SE ENCUENTRAN EN DISTINTO ESTADIO DE EVOLUCION Y SE ACOMPAÑAN DE PROLIFERACION EPITELIAL CON FORMACION DE SEMILUNAS EPITELIALES Y FIBROSAS, A VECES COMPLETAS, CONFIRIENDO UNA APARIENCIA GRANULOMATOSA AL OVILLO.

ADEMAS EL PARENQUIMA SE ENCUENTRA AFECTADO POR FIBROSIS E INFILTRADO INFLAMATORIO DE INTENSIDAD MODERADOS CON ATROFIA TUBULAR. LOS VASOS EXAMINADOS NO MUESTRAN CAMBIOS RELEVANTES IF (-).

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATÓGICO

DIAGNOSTICO:

RIÑÓN: GLOMERULONEFRITIS NECROTIZANTE CON SEMILUNAS (EN EL 83% DE LOS GLOMERULOS) EN RELACION CON LA VASCULITIS (POLIANGELITIS MICROSCOPICA) DIAGNOSTICADA CLINICAMENTE.

Patólogo: G. Del MORAL R., GÓMEZ-MORALES

F. Informado: 29/10/2004

F. Salida: 29/10/2004

F. Validación: 11/11/2005 14:34:53

SD. RIÑÓN-PULMON

3. Estudio inmunológico:

-ANA: *negativos*

-Antimembrana basal glomerular: *negativos*

-ANCA:(+) *con patrón p-ANA y especificidad frente a mieloperoxida*

DIAGNOSTICO FINAL

- **Sd renopulmonar**
- **Vasculitis sistémica p-ANCA positiva**
- **Poliangeitis microscópica**

TRATAMIENTO

INDUCCION DE LA REMISION

- Bolus de 6-MP
- Bolus quincenales de ciclofosfamida de 500 mg iv
- Mantenemos entre 3-6meses

MANTENIMIENTO

- Azatioprina

Pac HOJA DE EVOLUCION (Cons. Sistémicas) (Visualizando el ...



Imprimir



☐ Imprimir cabecera SIN logotipo

Otros documentos



Pág. 1/1

HOJA DE EVOLUCIÓN (CONS. SISTÉMICAS)

Fecha 18-09-2009

Paciente JOSEFA FRANCO MATEO

HHCC 418436

Nº.S.S. 181032347862

Mantoux: VHC: VHB:

EVOLUCIÓN CLÍNICA

DIAGNÓSTICO

- Vasculitis asociada a p-ANCA. Síndrome renopulmonar (10/04)
- IRC
- Osteoporosis densitométrica
- Insuficiencia de 25 vitamina D
- HTA
- Hipercolesterolemia

RESULTADOS PRUEBAS SOLICITADAS

PRUEBAS QUE SE SOLICITAN

Buscar

Coment

estable

CARGA

funcion

estable

AJUSTO

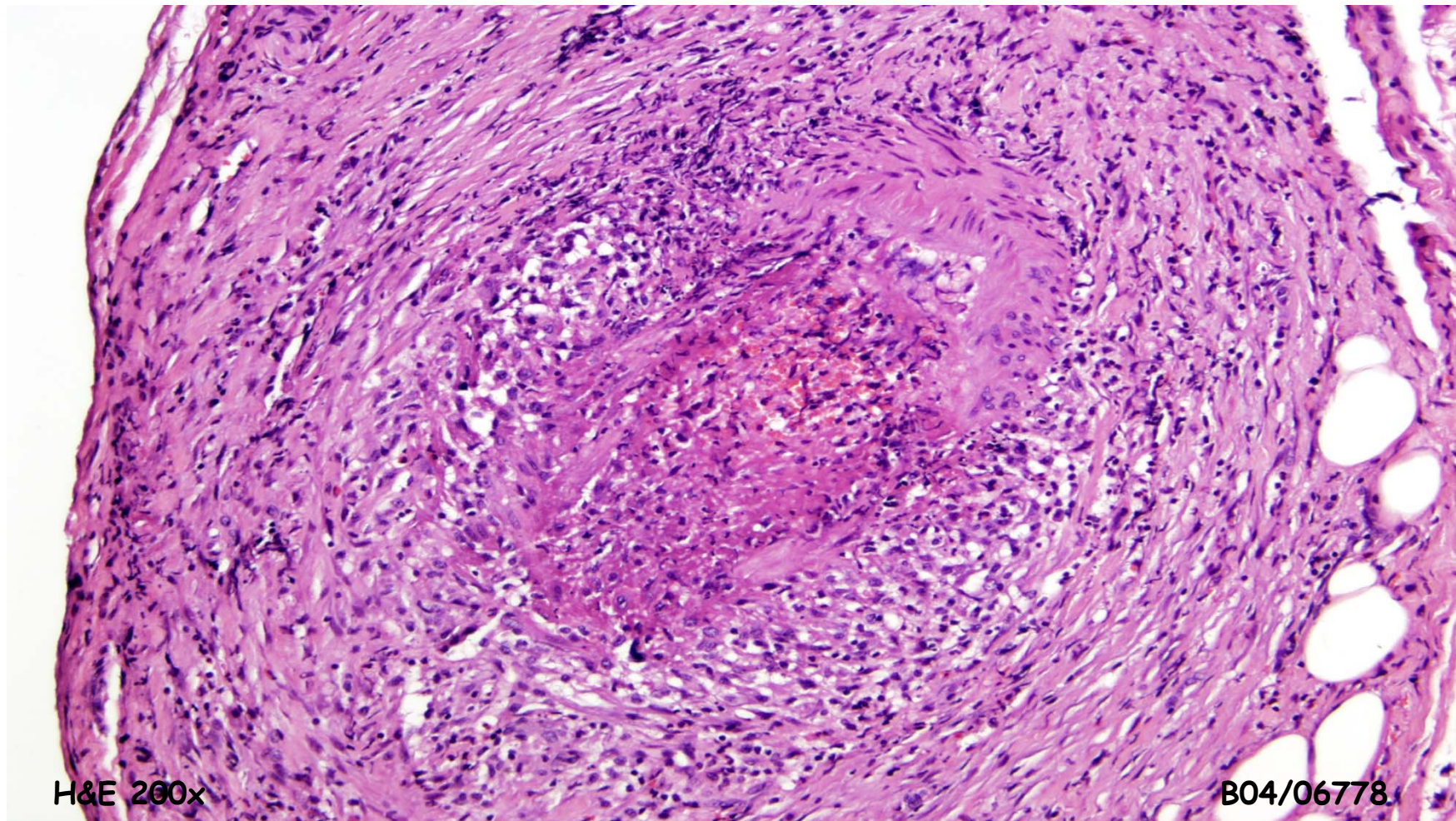
Doc. Históricos
Cons. externas

bio CNP

¿VESICULA?



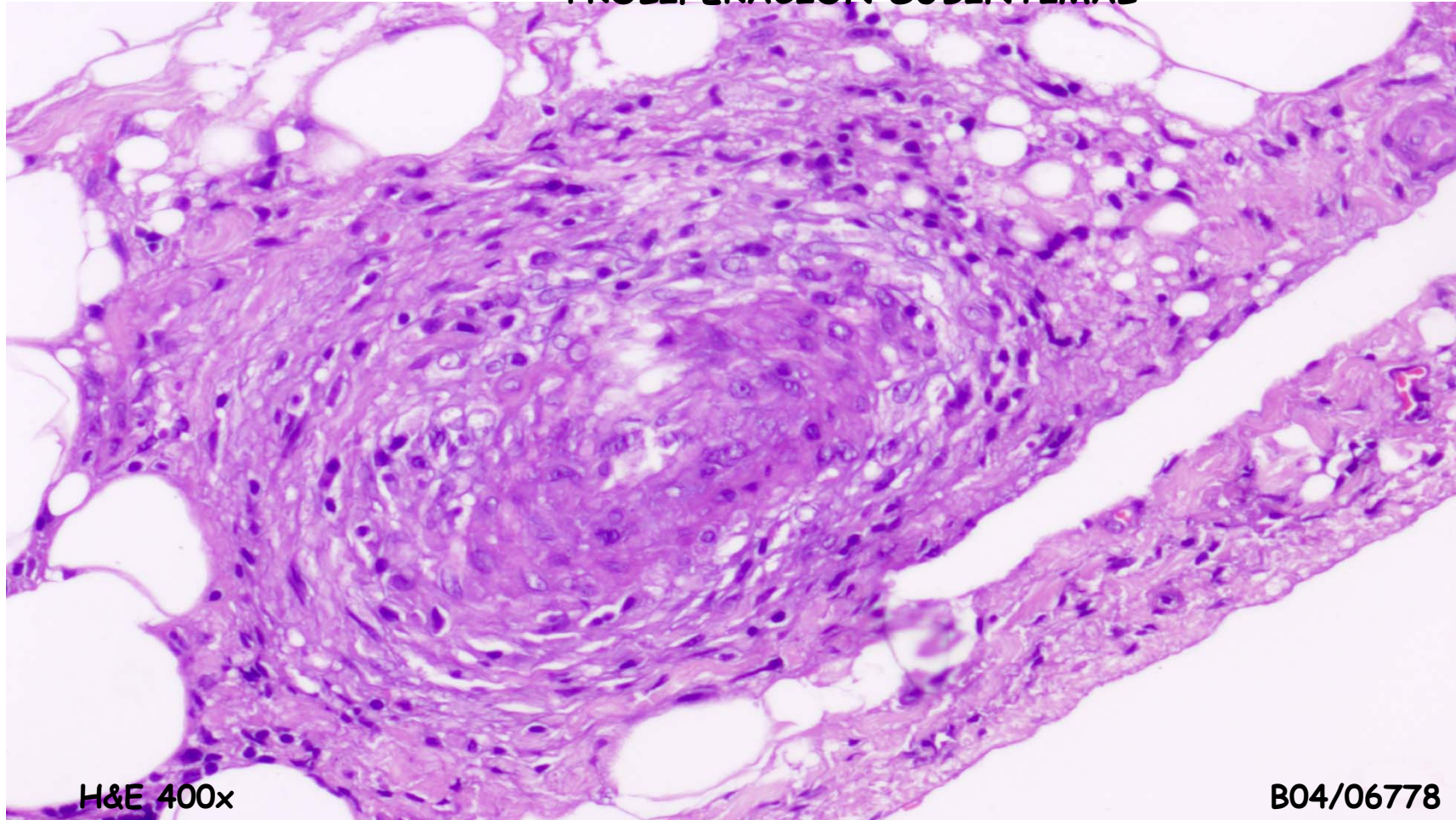
VESÍCULA BILIAR: ARTERITIS COMPLETA



H&E 200x

B04/06778

**VESÍCULA BILIAR: ARTERIA PEQUEÑO CALIBRE CON
PROLIFERACIÓN SUBINTIMAL**



CASE REPORT

Vasculitis of the Gallbladder

Case Report and Spectrum of Disease

Jonathan Juliano, MD, Kirk D. Wilson, DO,† and Elie Gertner, MD, FRCP (C), FACP†*

Abstract: Polyarteritis nodosa and microscopic polyangiitis involve small and medium-sized blood vessels. The majority of patients with microscopic polyangiitis have perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies, usually antimyeloperoxidase (anti-MPO) antibodies. This report describes the first case of perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies (p-ANCA) associated vasculitis presenting as, and manifesting predominantly with, cholecystitis. We review the spectrum of disease in small and medium-sized vessel arteritis of the gallbladder from localized arteritis that may not require treatment other than careful observation for the development of systemic disease to multiorgan involvement requiring aggressive immunosuppressive therapy.

Key Words: gallbladder vasculitis, microscopic polyangiitis

(J Clin Rheumatol 2009;15: 75–77)

The vasculitis syndromes are a heterogeneous group of disorders characterized by inflammation of blood vessels. The clinical features depend on whether involvement is localized or systemic, the organs affected, and the size of the blood vessels involved. Polyarteritis nodosa (PAN) and microscopic polyangiitis involve small and

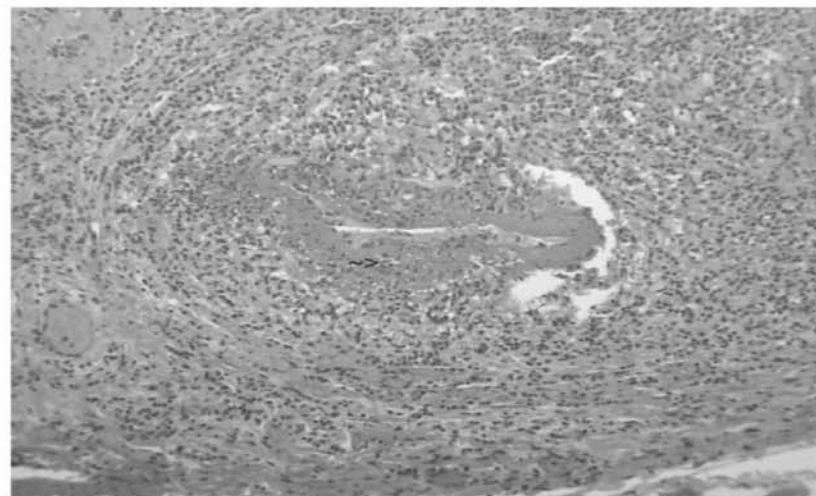
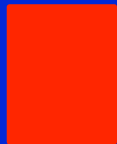


FIGURE 1. Involvement of the vessel wall with inflammatory infiltrate.

PREGUNTAS: señalar la falsa



De las vasculitis asociadas a ANCA en el anciano, el Wegener es más frecuente que la poliangeitis microscópica



Los médicos piensan con frecuencia en estas entidades en el anciano y no se produce un retraso diagnóstico con respecto a los pacientes más jóvenes



En los pacientes ancianos el porcentaje de remisiones es mayor



La mortalidad en los pacientes ancianos con vasculitis ANCA (+) es mayor y es atribuible fundamentalmente a la vasculitis y en menor proporción a complicaciones de los inmunosupresores

TABLE 1. Demographics and Clinical Characteristics

Characteristic	>75 yrs Old	≤75 yrs Old	<i>P</i>
No. patients	22	56	—
Age (yr)	78 ± 3	53 ± 15	—
% Male	45	64	<0.0001
Disease (%WG;%MPA)	55:45	84:16	0.007
Duration of symptoms before diagnosis (mo)	4.0 ± 3.0	7.3 ± 11.5	NS
Follow-up time (mo)	37.9 ± 31.4	79.2 ± 79.6	0.004
Organ involvement			
Systemic	100%	84%	NS
Cutaneous	27%	11%	NS
MM/eye	9%	21%	NS
Ear, nose, or throat	41%	73%	0.007
Chest	86%	66%	NS
Cardiovascular	0%	4%	NS
Gastrointestinal	23%	7%	NS
Renal	73%	65%	NS
Nervous system	27%	18%	NS
BVAS score	20.7 ± 6.2	18.6 ± 2.2	NS
Laboratory values			
Creatinine (mg/dL)	2.4 ± 2.3	1.9 ± 2.2	NS
Erythrocyte sedimentation rate	78 ± 31	68 ± 35	NS
WBC	13.0 ± 8.5	11.4 ± 4.2	NS
Platelets	325 ± 111	393 ± 135	NS
Hemoglobin (g/dL)	10.5 ± 2.0	11.5 ± 1.9	0.03

BVAS indicates Birmingham Vasculitis Activity Score; WBC, white blood cell count; NS, not significant.

† 2008;14: 78–81

†

Antineutrophil Cytoplasmic Autoantibody-Associated Vasculitis in Older Patients

Min Chen, MD, Feng Yu, MD, Ying Zhang, and Ming-Hui Zhao, MD, PhD

(Medicine 2008;87:203–209)

TABLE 1. Diagnosis by Age

	Older Patients (≥65 yr) (n = 99) No.	Younger Patients (<65 yr) (n = 135) No.	p Value
Wegener granulomatosis	18	51	<0.01
Microscopic polyangiitis	79	68	<0.001
Churg-Strauss syndrome	2	1	>0.05
Renal-limited vasculitis	0	15	<0.001

TABLE 2. Immediate Causes of Death

Patient	Age*	Sex	Time to Death [†]	Diagnosis	Cause of Death
1	61	M	154	WG	Colon cancer
2	73	M	36	MPA	Progressive vasculitis
3	73	F	13	WG	Renal failure
4	74	M	60	WG	Pneumonia
5	75	M	2	WG	Sepsis
6	75	M	12	WG	Renal failure
7	76	F	112	MPA	Acute myocardial infarction
8	77	M	4	WG	Pneumonia
9	78	F	1	WG	Unknown; during active vasculitis
10	78	F	115	MPA	Pulmonary hemorrhage
11	79	M	50	WG	Unknown
12	81	F	2	WG	Pulmonary hemorrhage
13	82	M	5	MPA	Septic shock
14	84	F	6	WG	Progressive vasculitis
15	85	M	16	MPA	Pneumonia/renal failure

*Age upon diagnosis.

[†]Time in months.

TABLE 3. Percentages of Various Glomerular Lesions in Biopsy Specimens

	Older Patients (≥ 65 yr) (n = 48) (%)	Younger Patients (<65 yr) (n = 88) (%)	p Value
Normal glomeruli	35.0 ± 31.1	34.4 ± 31.8	>0.05
Crescent	52.0 ± 30.7	51.9 ± 31.5	>0.05
Cellular*	48.6 ± 38.1	45.4 ± 35.7	>0.05
Fibrous*	26.8 ± 31.2	27.9 ± 32.1	>0.05
Fibrinoid necrosis, median (range)	0 (0–50)	0 (0–100)	>0.05
Glomerular sclerosis	3.3 ± 7.2	6.9 ± 12.5	>0.05

*Crescents of “intermediate” type (fibrocellular crescents) were not included for statistics.

TABLE 4. Therapy in 197 Patients With AAV

	Older Patients (≥65 yr) No. (%)	Younger Patients (<65 yr) No. (%)	p Value
Length of immunosuppressive therapy (median and range, mo)	12 (1–96)	24 (1–96)	<0.01
Induction therapy			
Corticosteroids plus oral CTX	20 (22.5)	28 (25.9)	0.69
Corticosteroids plus IV CTX	54 (60.7)	75 (69.4)	0.26
Corticosteroids alone	15 (16.8)	5 (4.7)	<0.01
Total	89	108	
Maintenance therapy*			
IV CTX every 3 mo	24 (49.0)	44 (50.0)	1.00
AZA	18 (36.7)	33 (37.5)	1.00
MMF	4 (8.2)	7 (8.0)	0.97
None	3 (6.1)	4 (4.5)	0.69
Total	49	88	

The rate of remission or response at 6 months in older patients was significantly lower compared with that in the 108 younger patients (75.8% vs. 90.7%, $\chi^2 = 9.6$, $p < 0.01$). Survival was significantly worse in older patients than in younger patients (HR, 2.484; 95% CI, 1.418–4.351; $p < 0.01$)



VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA EN EL ANCIANO

Callejas JL, Ríos R, Fdez Roldán C, García Morales M, Sánchez Cano D, Ortego N
Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Hospital San Cecilio Granada

OBJETIVOS

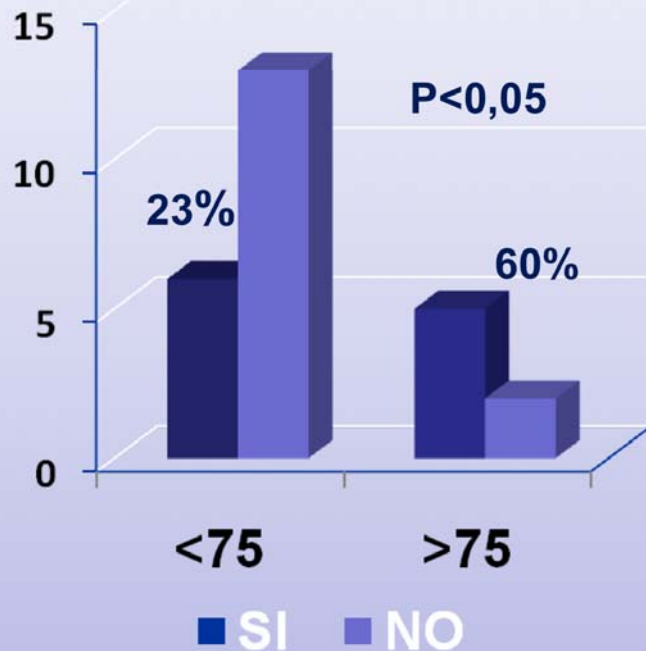
- Describir las características clínicas de las vasculitis asociadas a ANCA en una población mayor de 75 años.
- Comparar aspectos clínicos, respuesta al tratamiento y pronósticos con los de la población más joven.

PACIENTES Y METODOS

- 28 pacientes que cumplían criterios clasificatorios para los diagnósticos de PAM y Wegener seguidos en nuestra Unidad.
- Determinamos
 - Intervalo de tiempo entre primer síntoma atribuible y el diagnóstico
 - Edad al diagnóstico
 - Actividad utilizando escala BIVAS
 - Respuesta al tratamiento
 - Complicaciones atribuibles al mismo

	>75 años	< 75 años
Nº pacientes	9	19
Edad	75,6 (75-78)	37(20-63)
Vasculitis (%PAM,%GW)	80:20	30:70
Duración antes diagnóstico (m)	5,6 (1-12)	3,8 (1-15)
Manifestaciones clínicas (%)		
-Sistémicos	100	75
-ORL	20	92
-Pulmón	40	61
-Riñón	80	32,5
BVAS	15 (12-18)	11(4-18)

INSUFICIENCIA RENAL



CONCLUSIONES

-El tiempo hasta el diagnóstico es mayor, probablemente porque se presentaron con un síndrome general y se sospecha antes un proceso neoplásico que una vasculitis

-El % de pacientes con insuficiencia renal es significativamente mayor, probablemente consecuencia de este retraso en el diagnóstico y en la instauración del tratamiento

Table 1. Characteristics and treatments in the patients with ANCA-associated vasculitis, by rituximab treatment group*

	Rituximab protocol			
	Two infusions of 1 gm each given 2 weeks apart (n = 32)	Four infusions of 375 mg/m ² each given 1 week apart (n = 26)	Other (n = 7)†	All patients (n = 65)
Patient characteristics				
Age at first rituximab course, years	49 (16–77)	47 (11–69)	25 (7–56)	47 (7–77)
No. (%) male	16 (50)	13 (50)	5 (71)	34 (52)
Diagnosis, no. of patients	WG in 26, MPA in 4, CSS in 2	WG in 16, MPA in 6, CSS in 3, unclassified in 1	WG in 4, unclassified in 3	WG in 46, MPA in 10, CSS in 5, unclassified in 4

Monoclonal Antibodies as Targeted Therapy in Hematologic Malignancies in Older Adults

Arati V. Rao, MD¹; and Kenneth Schmader, MD²

¹Division of Medical Oncology and Cell Therapy, Division of Geriatrics, Duke University Medical Center, Durham Veterans Affairs Medical Center, Durham, North Carolina; and ²Division of Geriatrics, Duke University Medical Center, Center for Aging, Durham Veterans Affairs Medical Center, Durham, North Carolina

Am J Geriatr Pharmacother. 2007;5:247–262

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES



buscar...

INICIO

NOTÍCIAS

CONTACTAR

ENLACES

Inicio

domingo, 27 de septiembre de 2009

Menú principal

Inicio

Noticias

Blog

Enlaces

RituximabRegis

MMFRegis

Contactar

Buscar

Noticias externas

Preguntas Frecuentes

FORMULARIO DE ACCESO

Usuario

clave

☐

Recordarme

¿Recuperar clave?

SINDICACIÓN

RSS 0.91

RSS 1.0

RSS 2.0

ATOM 0.3

OPML SHARE IT!

ÚLTIMAS NOTICIAS

- IV SEMINARIO INTERDISCIPLINARIO DE AUTOINMUNIDAD: NEUROINMUNOPATOLOGÍA. ALMERÍA 2009
- III CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES. MALAGA 2009
- IV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES. JEREZ DE LA FRONTERA 2010
- VI Reunión de casos clínicos en Enfermedades Autoinmunes de Málaga
- III CONGRESO DE LA ASOCIACION ANDALUZA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES

POPULAR

- II Congreso de la Asociación Andaluza de Enfermedades Autoinmunes.
- IV Reunión de casos clínicos en Enfermedades Autoinmunes. Málaga
- II Seminario Interdisciplinario de Autoinmunidad: Seminario de Autoinmunidad y Aparato Digestivo.
- III CONGRESO DE LA ASOCIACION ANDALUZA DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES
- III SEMINARIO INTERDISCIPLINARIO DE AUTOINMUNIDAD: INMUNIDAD Y PATOLOGÍA OCULAR

¿QUIÉN ESTÁ EN LÍNEA?

Septiembre 2009

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sá	Do
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

IV SEMINARIO INTERDISCIPLINARIO DE AUTOINMUNIDAD: NEUROINMUNOPATOLOGÍA. ALMERÍA 2009

escrito por Administrator

miércoles, 23 de septiembre de 2009

La Asociación Andaluza de Enfermedades Autoinmunes (AADEA) le invita a asistir al IV Seminario Interdisciplinario de Autoinmunidad, que en esta ocasión va a tratar sobre Neuroinmunopatología. Se celebrará el 7 de noviembre del 2009 en Almería.

El Seminario tiene previsto abordar diferentes aspectos de la neuroinmunopatología. Habrá ponencias dedicadas al sistema nervioso central (encefalitis límbica, encefalomielitis inflamatoria, esclerosis múltiple), sistema nervioso periférico y placa motora (neuropatías periféricas inmunomediadas, miopatías inflamatorias idiopáticas, miastenia gravis), vasculopatías (angeítis aislada del sistema nervioso central, síndrome antifosfolípido y sistema nervioso central, arteritis de células gigantes), neurolupus (clasificación/nomenclatura del lupus neuropsiquiátrico, cefalea en el lupus eritematoso sistémico), manifestaciones neuropsiquiátricas de las enfermedades autoinmunes sistémicas, y, por último, actualización de la leucoencefalopatía multifocal progresiva en los tratamientos biológicos actuales.

Este seminario está dirigido a médicos especialistas en Neurología, Reumatología, Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Medicina General, y otras especialidades médicas interesados en el manejo de pacientes con Enfermedades Autoinmunes en las que destaque la afectación neurológica.

Modificado el (jueves, 24 de septiembre de 2009)

Motivo tratamiento RTX	>65 años	<65 años
Afectación renal	4/25 (16%)	37/154 (24%)
Afectación hematológica	6/25 (24%)	42/154(27,3%)
Afectación pulmonar	4/25 (16%)	14/154 (9,1%)
Afectación neurológica	3/25 (12%)	5/154(3,2%)
Afectación articular	2/25 (8%)	3/154 (2%)
Afectación cutánea	2/25 (8%)	12/154 (7,8%)
Afectación muscular	3/25(12%)	12/154 /7,8%)
Otros	0/25	9/154

EVA	>65 años	<65 años
Basal	8,1	8,4
3 meses	2,1	2,4
6 meses	2,7	2,5
12 meses	1,2	1

