

VI

Escuela de Verano

de Residentes de Medicina Interna



Caso clínico-patológico No. 1

Mujer de 42 años con fiebre, disnea
y sibilancias

Dr. Carlos Mejía Chew



Hospital Universitario
La Paz

Antecedentes personales

- Asma intrínseca
- 28 años: dos episodios de bronquitis aguda y uno de sinusitis
- 30 años: Neumonía que no precisó ingreso
- SB: Religiosa. O/India. R/Toledo (convento) desde hace 3 años

Enfermedad Actual

- **Jun 2003:** UCE (x2): disnea y broncoespasmo (no fiebre)
 - Tto: broncodilatadores, antibióticos y corticoides sistémicos
 - DM-metaesteroidea
- **Sept 2003:** Se mantienen de forma ininterumpida los corticoides

Enfermedad Actual

- **Nov 2003:** Neumología: intenso broncoespasmo + fiebre:
 - Tto: macrólidos+betalactámicos y dosis altas de esteroides
 - Alta el 15 Dic: Urbasón 20 mg/dia, broncodilatadores inhalados, Insulina mixtard 30 20-0-10 y omeprazol

Enfermedad Actual

- **16/12/2003:** Urgencias: Fiebre y disnea:
Añaden levofloxacino
 - Su médico le cambió a amoxicilina clavulánico
- **30/12/2003:** aumento de la disnea, astenia, anorexia, fiebre de 38,5°C, tos escasamente productiva y diarrea

Exploración Física

T: 38,5°C **FC:** 89 lpm

- No adenopatías
- **AP:** espiración alargada y sibilantes
- **AC:** tonos rítmicos, sin soplos
- El resto de la exploración no mostraba alteraciones destacables

Pruebas complementarias

- Bioquímica:
 - Glu 207 Prot tot 5,4 Albúmina 2,5
 - Urea 10 Creatinina 0,4 CK 26
 - **Na 109** K 3,1 Calcio 7,4 P 2,4
 - **Na en orina de 55**
 - **LDH 754**
 - **TSH no se detecta**
 - Estudio de anemia:
 - No signos de hemólisis
 - A lo largo de su evolución se observan esquistocitos, esferocitos e hipotransferrinemia

Pruebas complementarias

- **Rx.tórax:** sin claros infiltrados. ICT en el límite.
No se aprecia patrón miliar
- **Ecografía abdominal:** vesícula hipotónica con barro biliar, y líquido libre peritoneal

Diagnósticos al ingreso

1. Reagudización asmática de causa infecciosa
 - O₂ + broncodilatadores + esteroides sistémicos a dosis altas
 - Cotrimoxazol + cefalosporinas de 3^a generación

1. Probable SIADH
 - Corrección de la hiponatremia

2. Tirotoxicosis
 - Antitiroideos

3. Diabetes mellitus
 - Insulina

Evolución

- 5º día: UCI: Insuficiencia respiratoria y shock séptico
 - Infiltrado alveolo-intersticial bilateral
 - IOT y VM
- No se realiza TC torácico ni broncoscopia (solicitadas al ingreso)

Evolución

- BK de esputo
- HC
- Ag de Neumococo y Legionela
- Serologías: Brucella, Salmonella, Leishmania, Rickettsia conori, VHB, VHC y fibre Q
- ANAs y ANCAs
- C3 y C4 normales

Evolución

- Antituberculosos y Anfotericina B
- 9º día (4º UCI): Empeoramiento
 - Hemodinámico
 - Respiratorio
 - Coagulopatía de consumo



DON'T

STOP

ME
NOW

Tirotoxicosis? ...TSH suprimida

- La TSH puede estar suprimida por el tratamiento crónico con corticoides¹

SIADH?

Osm sérica: 231

Na urinario >40 (55)

Osm urinaria?

Presión arterial?

JUICIO CLÍNICO

Mujer inmunosuprimida de 42 años con antecedente de asma que presenta **fiebre, disnea, tos y sibilancias recurrentes** (a pesar de tratamiento con corticoides sistémicos) y probable SIADH

Neumonía progresiva (aka. non resolving)

CA broncogénico
Tumor Carcinoide
CA bronquioalveolar
Linfoma (MALT, LNH alto grado)

Neoplásica

Infeccioso

TBC
Nocardia
Apergilosis crónica pulmonar
Legionella
Strongyloidiasis pulmonar

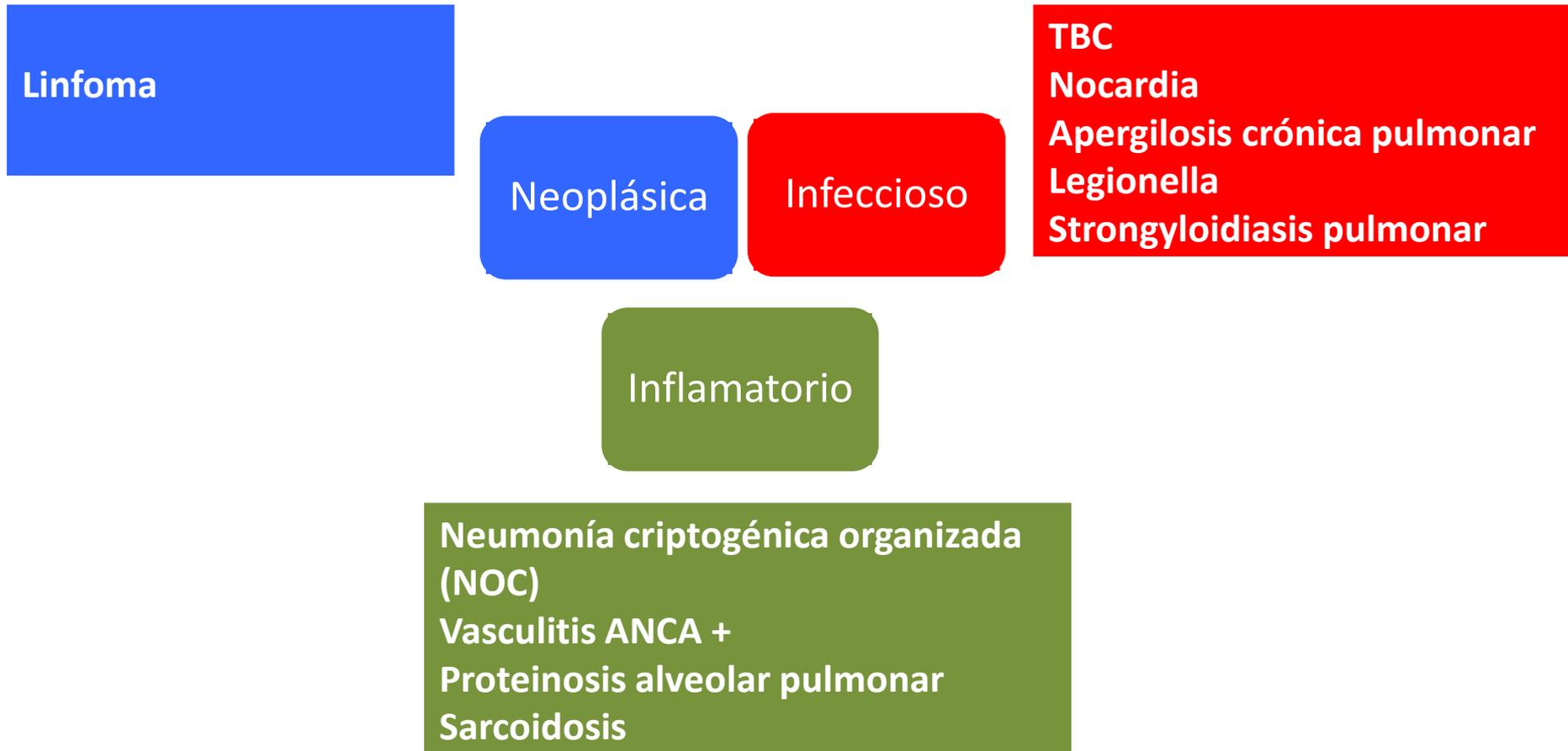
Inflamatorio

Neumonía criptogénica organizada (NOC)
Vasculitis ANCA +
Proteinosis alveolar pulmonar
Sarcoidosis

Delimitación: Neoformativo

- No síndrome general completo
- No fumadora (CA broncogénico)¹
- CA bronquioalveolar (Pauci-sintomático)¹
- No masa/consolidado/atelectasia en Rx. tórax (CA broncogénico)^{1,2}
- Posiblemente VIH negativa (Linfoma)³
- No adenopatías (Linfoma)³
- LDH elevada³

Neumonía progresiva (aka. non resolving)



Delimitación: Inflamatorio/autoinmune

- Vasculitis ANCA +
 - ANCAS negativos¹
 - No nefropatía¹
 - No artralgias ¹
 - No ORL recurrente (90% Wegener)²
 - No nódulos pulmonares (Wegener)^{1,2}
 - No eosinofilia (Churg Strauss)³
 - No neuropatías (Churg Strauss) ³
 - **Infiltrados alveolares transitorios?**⁴

1) Am J Med 2004; 117:39. 2) Ann Intern Med 1992; 116:488. 3) Lancet 2003; 361:587.

4) Chest 2000; 117:117.

Delimitación: Inflamatorio/autoinmune

- Neumonía criptogénica organizada (NOC)
 - No crepitantes. Las sibilancias con RARAS¹
 - Leucocitosis (>50%)^{1,2}
 - Elevación de PCR y VSG (usualmente >100) ^{1,2}
 - No consolidados...**bilateral y parcheado**³
 - **Tos no productiva (72%), disnea (66%) y fiebre (51%)**⁴

1) Clin Chest Med 1993; 14:677. 2) Interstitial lung disease 2011. p.981

3) Eur Respir J 2006; 28:422. 4) Chest 1997; 111:1775.

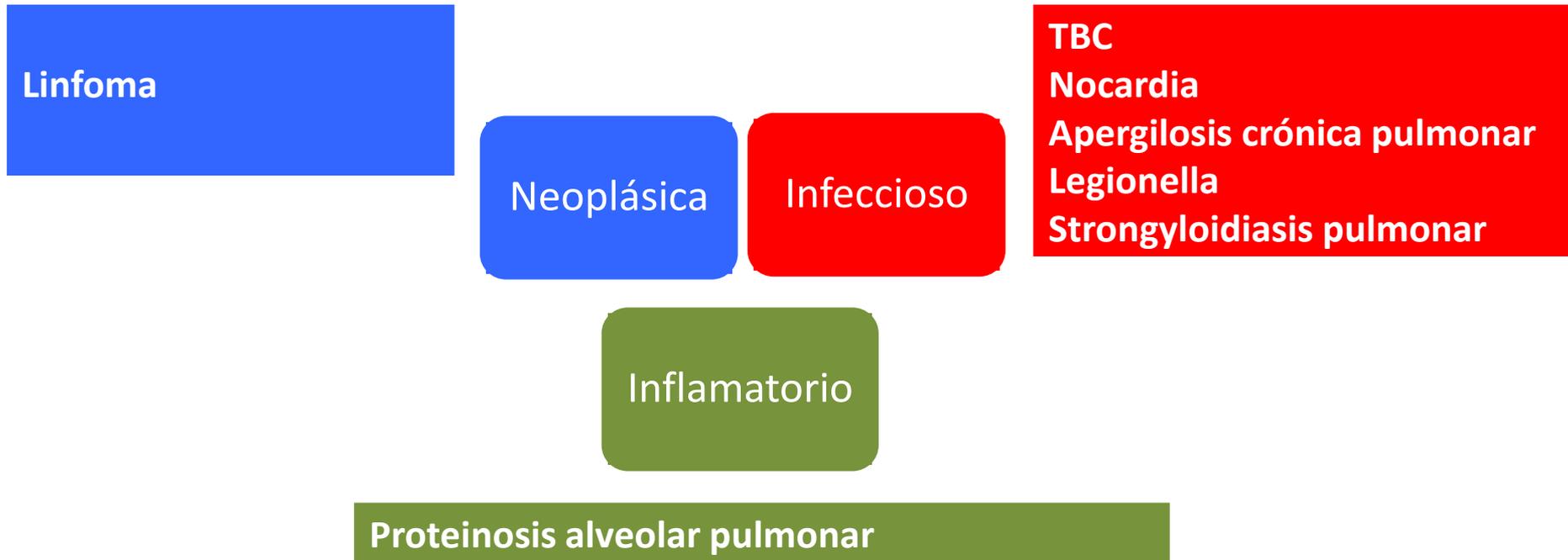
Delimitación: Inflamatorio/autoinmune

- Proteinosis alveolar pulmonar
 - Secundaria (neoplasia, Nocardia, Pneumocystis jirovecii, viral) o Adquirida (Anti-GM-CSF)¹
 - No consolidados...**infiltrado alveolo-intersticial bilateral**²
 - **LDH alta**²
 - **Tos y disnea**^{1,2,3}
 - Buen pronóstico (**empeora con corticoides**)¹

Delimitación: Inflamatorio/autoinmune

- Sarcoidosis
 - Usualmente asintomático (50%)
 - No adenopatías hiliares (50%)
 - No artralgias ni lesiones oculares
 - No mejoría con corticoides

Neumonía progresiva (aka. non resolving)



Delimitación: Infeccioso

- Legionella
 - Ag. Orina negativo (S 80%)¹
 - No consolidados
 - No respuesta a levofloxacino²
 - Hiponatremia²
 - Diarrea (21-50%)²

Delimitación: Infeccioso

- Nocardia
 - No consolidado / cavidad¹
 - No absceso cerebral? (50% se diseminan)^{1,2}
 - BK esputo negativo²
 - Tratamiento con cotrimoxazol¹
 - **Inmunocompromiso^{1,2}**

1) Clin Infect Dis 1996; 22:891. 2) J Clin Microbiol 2003; 41:4497.

Delimitación: Infeccioso

- Tuberculosis (endobronquial)
 - BK esputo negativo (S 45-80%)¹
 - No consolidado ni patrón miliar^{1,2}
 - No adenopatías hiliares^{1,2}
 - Originaria de zona alta prevalencia¹
 - Inmunosuprimida
 - Hiponatremia (SIADH)³

Delimitación: Infeccioso

- Strongyloidiasis pulmonar
 - Eosinofilia
 - 10% de los casos de Strongyloidiasis
 - Hiperinfección (Gram negativos)
 - Rx. Torax normal...infiltrado alveolo-intersticial
 - Cuadro clínico similar a Asma o Neumonía¹
 - Inmunosupresión¹
 - Puede causar SDRA¹
 - Hiponatremia (SIADH)²

1) J infect. Jan 2007;54(1):18-27.

2) Southeast Asian Trop Med Public Health. Mar 2007;38(2):239-46

Delimitación: Infeccioso

- ABPA / CNPA y Aspergilosis invasiva
 - Rx. Tórax sin infiltrados (ABPA estadio IV)¹
 - Infiltrado alveolo-intersticial pulmonar bilateral (10 % de las aspergilosis invasiva)²
 - Asma “refractaria” (ABPA)
 - Vive en un Convento (humedad)
 - Inmunosuprimida (CNPA)
 - Hiponatremia (SIADH)

1) *Ann Intern Med* 1982;96:286.

2) *Eur J Radiol.* 2005;55(3):437.

DIAGNÓSTICO

PROBABLE

1. Aspergilosis pulmonar crónica necrotizante /invasiva
 - Aspergilosis broncopulmonar alergica
- 2 Strongyloidiasis pulmonar – diseminada / hiperinfección
- 3 Tuberculosis pulmonar
- 2 Proteinosis alveolar pulmonar secundaria (PCP)



CONFUSION

It can be a life long Journey