

LA ECOPSIA COMO CLAVE PARA ACLARAR LA ETIOLOGÍA DE UN CASO CLÍNICO COMPLEJO

Samuel Manzano Varela, Beatriz Fernández Gómez, David Esteban
Brown Lavalle, Samuel Estévez Alonso, María Ángeles Herrera
Morueco

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Infanta Leonor

INTRODUCCIÓN

Motivo de consulta: varón 94 años acude por fiebre y malestar general

AP: HTA, HBP

Tratamiento habitual:

Enalapril 5mg

Calcio carbonato + Colecalciferol 1250mg/400 UI

Vesomni 6 mg/0,4 mg

SB: IABVD, parcialmente independiente AIVD. Vive con hija.
Sin deterioro cognitivo

Enfermedad actual: cuadro de un mes de evolución de malestar general, escalofríos, debilidad muscular y fiebre hasta 38 grados.

Ha realizado dos ciclos de ATB en su CS, con sospecha de ITU sin mejoría





EXPLORACIÓN FÍSICA

T^a 37,9. TA 150/70 FC 110 SatO2 91%

Buen estado general. Consciente y orientado.
NP, NC, NH

ACP: rítmico, taquicárdico sin soplos. MV conservado con **crepitantes en base derecha.**

Abdomen: RHA presentes. Blando y depresible sin dolor a la palpación profunda. Blumberg, Rovsing y Murphy negativos. No palpo masas ni megalias.

EEII: No edemas. Sequedad cutánea. No signos de isquemia ni de insuficiencia venosa crónica.

PPCC

PPCC.

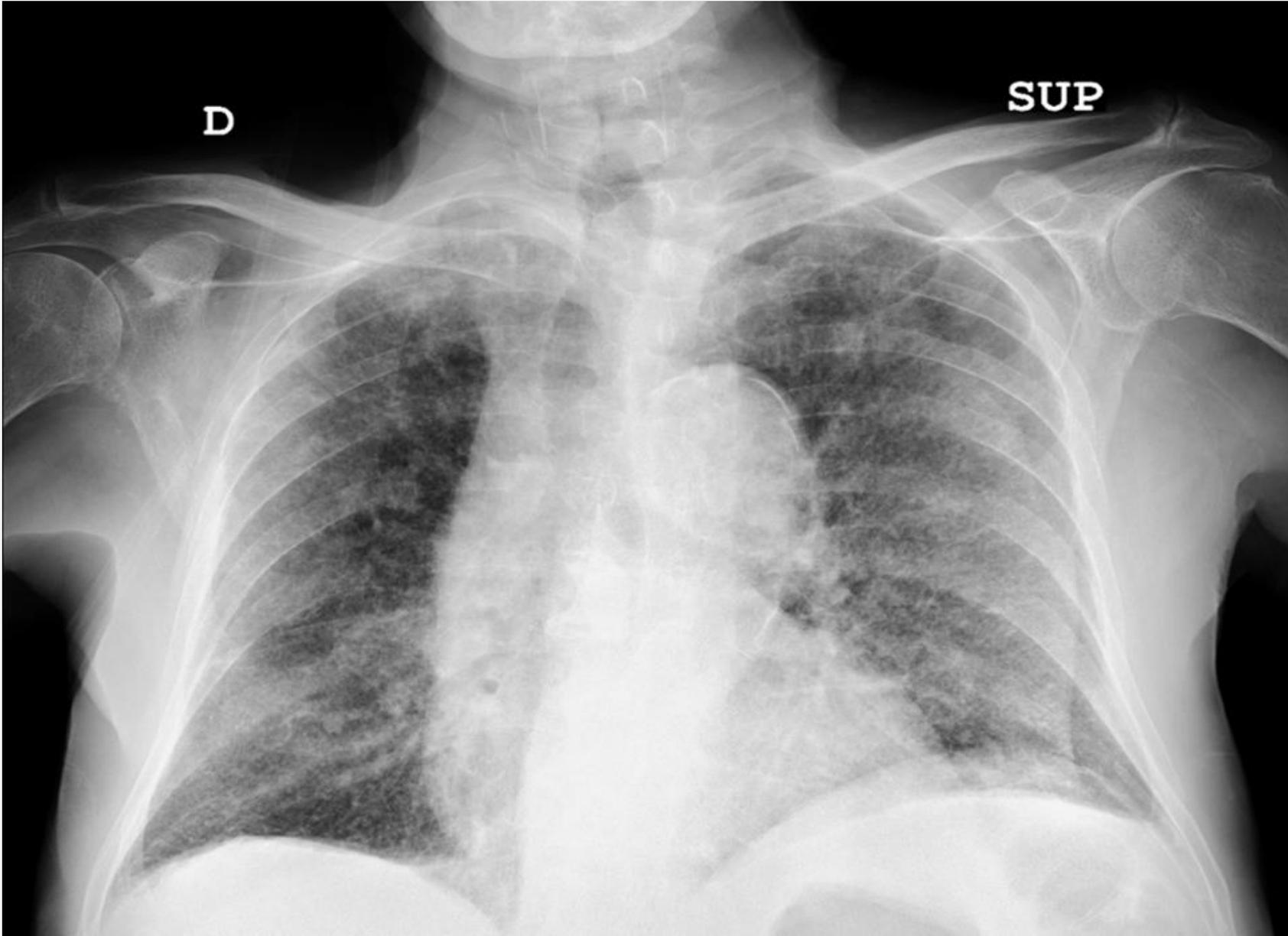
ANALÍTICA DE SANGRE

- **HEMATOLOGÍA:** Htes: 4.57 10e6/ μ L_x Hb: 15.0 gr/dL_x Htco: 43.7 %_x VCM: 95.8 fL_x HCM: 32.9 pg_x CHCM: 34.4 g/dL_x **Plts: 78 10e3/ μ L_x** Leucocitos: 5.05 10e3/ μ L_x (**N: 82.1 %_x L: 10.5 %_x M: 4.0 %_x E: 0.5 %_x B: 0.4 %**)
- **COAGULACIÓN:** TP: 76.2 %_x TP: 13.7 segs_x **INR: 1.17** _x TC: 28.3 seg_x **Fib.derv: >500.0 mg/dL**
- **GASOMETRÍA:** pH: 7.46 _x pCO2: 26 mmHg_x pO2: 43 mmHg_x HCO3: 17.8 mmol/l
- **BIOQUÍMICA:** Glu: 198 mg/dl_x Cr: 0.96 mg/dl_x Na: 137 mmol/L_x K: 4.3 mmol/L_x Cl: 103 mmol/L_x ProT: 5.6 g/dl_x **PCR: 105.7 mg/L_x** FGe 67.0 ml/min/1.73m2
- **Hepático:** GPT: 40 U/L_x **GOT: 82 U**

ORINA

- Sin alteraciones

INTRODUCCIÓN



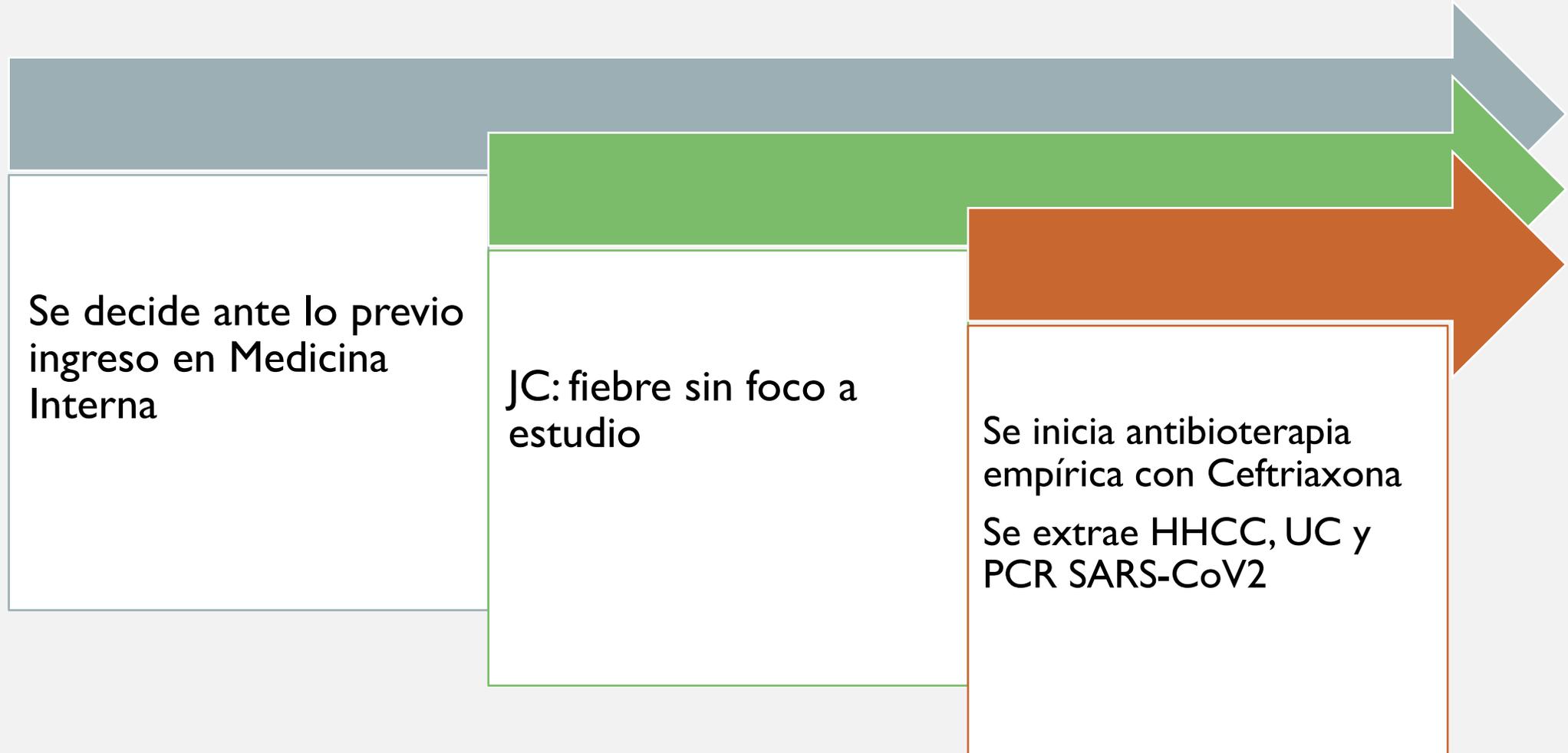
Afectación intersticial reticular bilateral, que aunque no disponemos de estudios previos para comparar, parece de aspecto crónico.

Índice cardior torácico conservado.

No hay derrame

Marcada elongación aórtica con ateromatosis calcificada del cayado

INTRODUCCIÓN



DESARROLLO

- Planta Medicina Interna

- Cuadro de un mes de evolución de fiebre alta $> 38^{\circ}\text{C}$, intermitente, vespertina, con tiritona asociada e intensa sudoración.

- Refiere hiporexia y pérdida de peso no cuantificada

- Tos seca sin trabajo respiratorio ni disnea.

- En principio no ha tenido viajes ni contacto con animales, no enfermedades previas ni toma de fármacos de interés.



DESARROLLO

*** Notas de MAP.

- Ante sospecha de ITU, pauto primer ciclo de antibioterapia con mejoría parcial. UC negativo

Posteriormente, clínica recurrió → Solicitó PPCC y pautó nuevo ciclo ATB.

- ❖ PCR para SARS-CoV2 negativa
- ❖ AS: sin leucocitosis, sin linfopenia, leve trombopenia, PCR 60.
- ❖ AO: normal
- ❖ Rx →

Aconsejó derivación a urgencias, no acudieron por miedo a contagio SARS-CoV2.



DESARROLLO

EF

Tª39.5°C TA 140/80 FC 111 lpm, **Sat O2 88% a primera hora con 2L**

Regular estado general, sudoración profusa, postrado por fiebre.
Taquipnea 20-22rpm, bien perfundido. No IVY.

Consciente, orientado en persona, no en tiempo ni espacio. Caquexia.
No meningeos no focalidad neurológica. Lenguaje normal

ACP: rítmico, sin soplos. **Crepitantes finos en tercios inferiores**, no sibilantes ni roncus.

ABD: RHA escasos, blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias,
no signos de IP. PPRR negativo

EEII sin edemas ni signos de TVP. Herida incisa planta del pie derecho, sin
signos de infección.

No adenopatías. No lesiones mucocutaneas,. No estigmas de EI





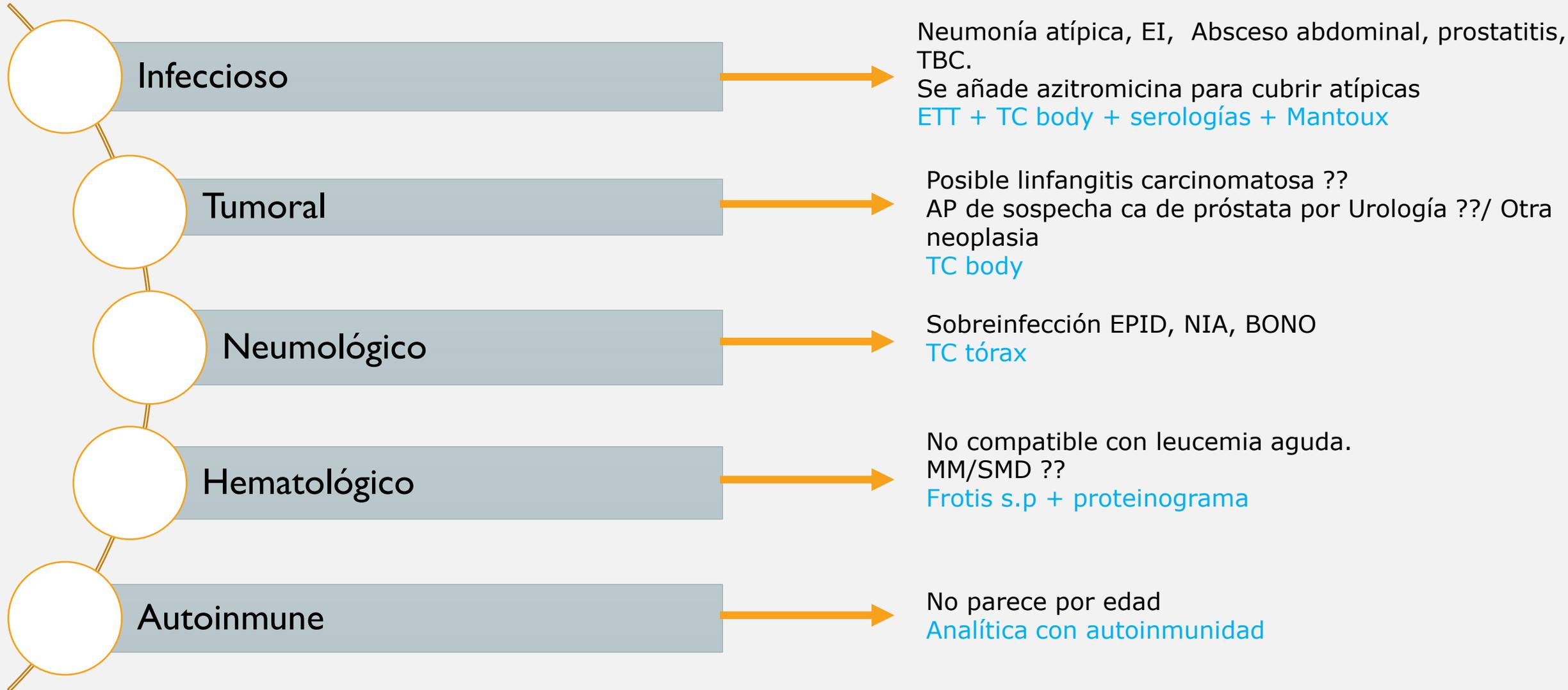
Síndrome febril subagudo

Síndrome consumptivo

**Linfopenia/trombopenia +
elevación PCR**

**Rx afectación reticular intersticial
de aspecto crónico**

DESARROLLO



DESARROLLO

En las siguientes 48 horas se instauró una insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva → aumentos de aporte de oxígeno a R15L.



Se recibió los resultados de las PPCC



Analítica completa

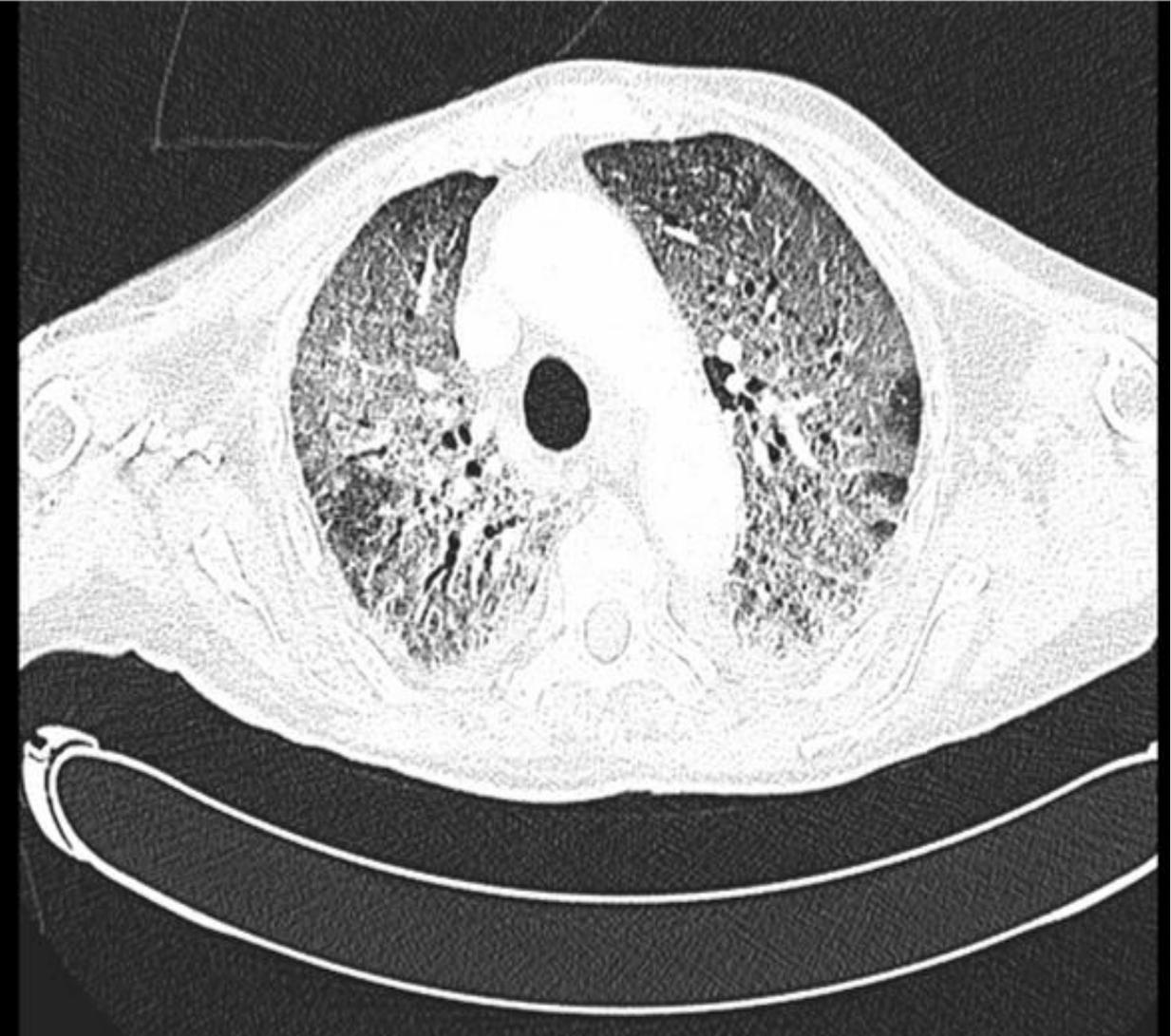
- Serologías N
- Autoinmunidad negativa
- Marcadores tumorales negativos

Mantoux
- Negativo

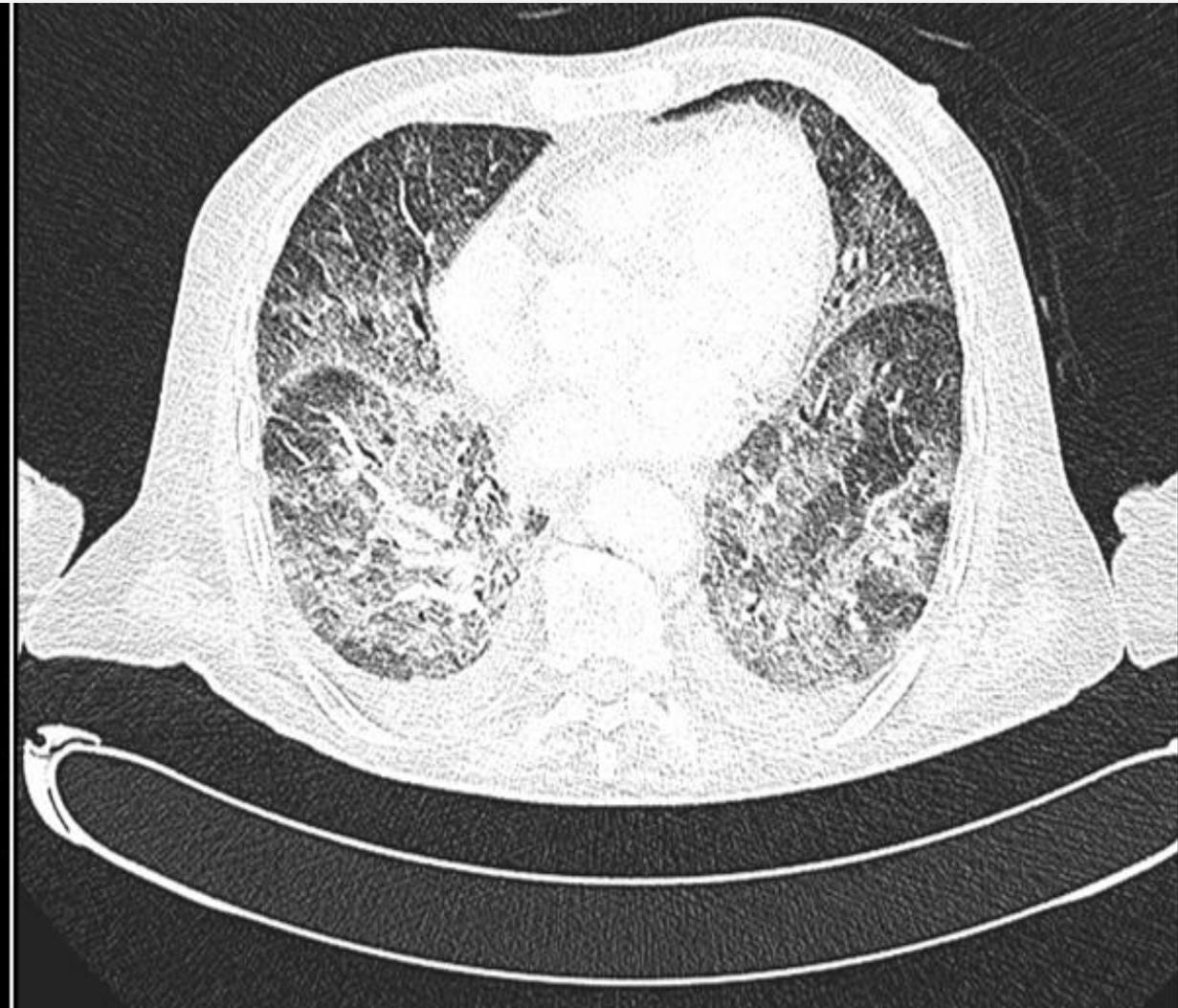
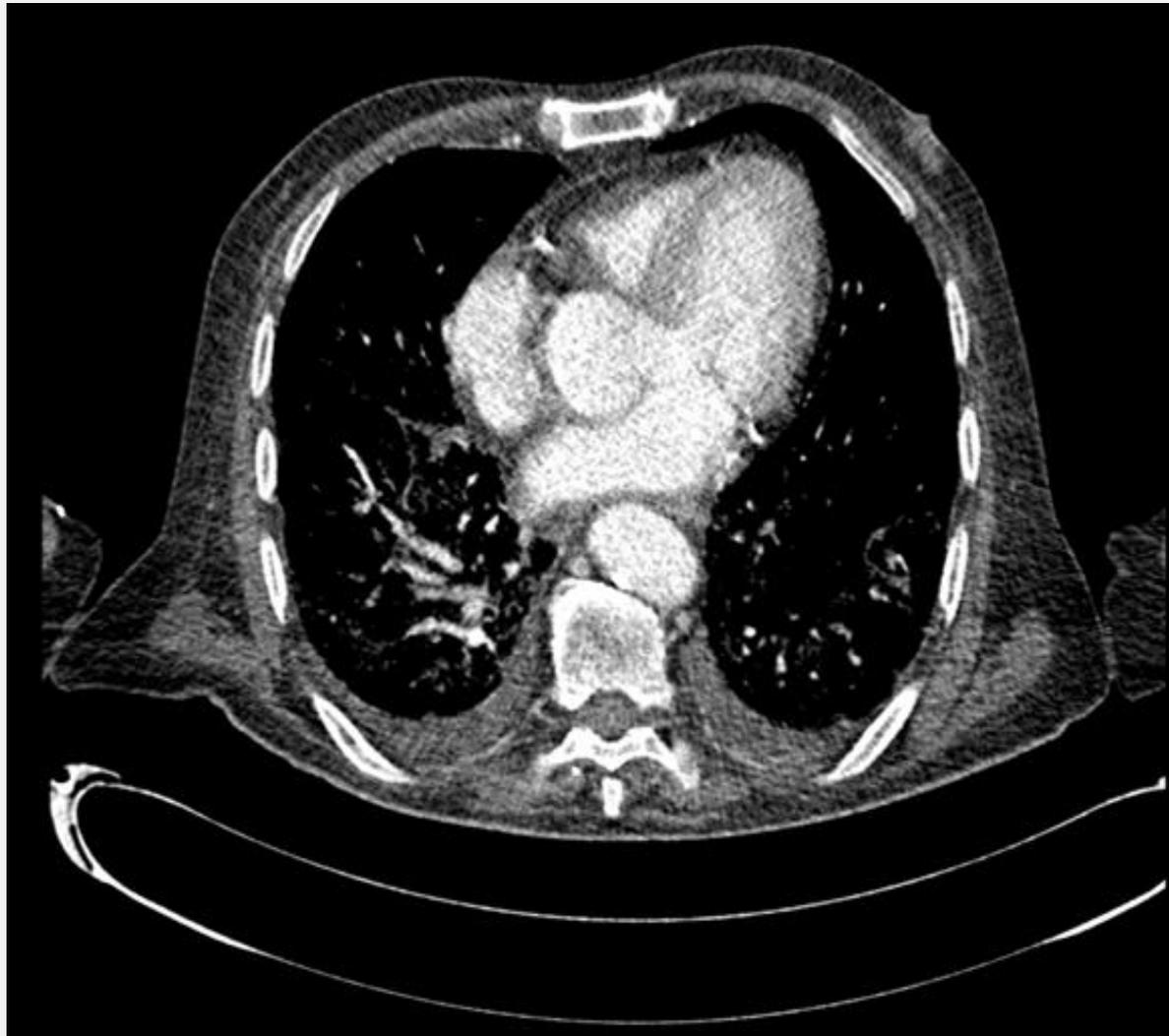
Ecocardiograma
-Sin alteraciones

TC BODY
- Opacidades en vidrio deslustrado, engrosamientos septales, patrón empedrado, probable relación con insuficiencia cardiaca, neumonitis por hipersensibilidad o infección atípica.

DESARROLLO



DESARROLLO



DESARROLLO

En las siguientes 48 horas se instauró una insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva + inestabilidad hemodinámica



Se recibió los resultados de las PPCC



Se añadieron corticoides al tratamiento



Finalmente tras 48 horas de ingreso el paciente fallece sin causa conocida de la muerte

DESENLACE

Dado el desconocimiento del motivo de fallecimiento se ofrece a familiares posibilidad de realizar ecopsia

Ecopsia →
autopsia
mínimamente
invasiva guiada
por ecografía

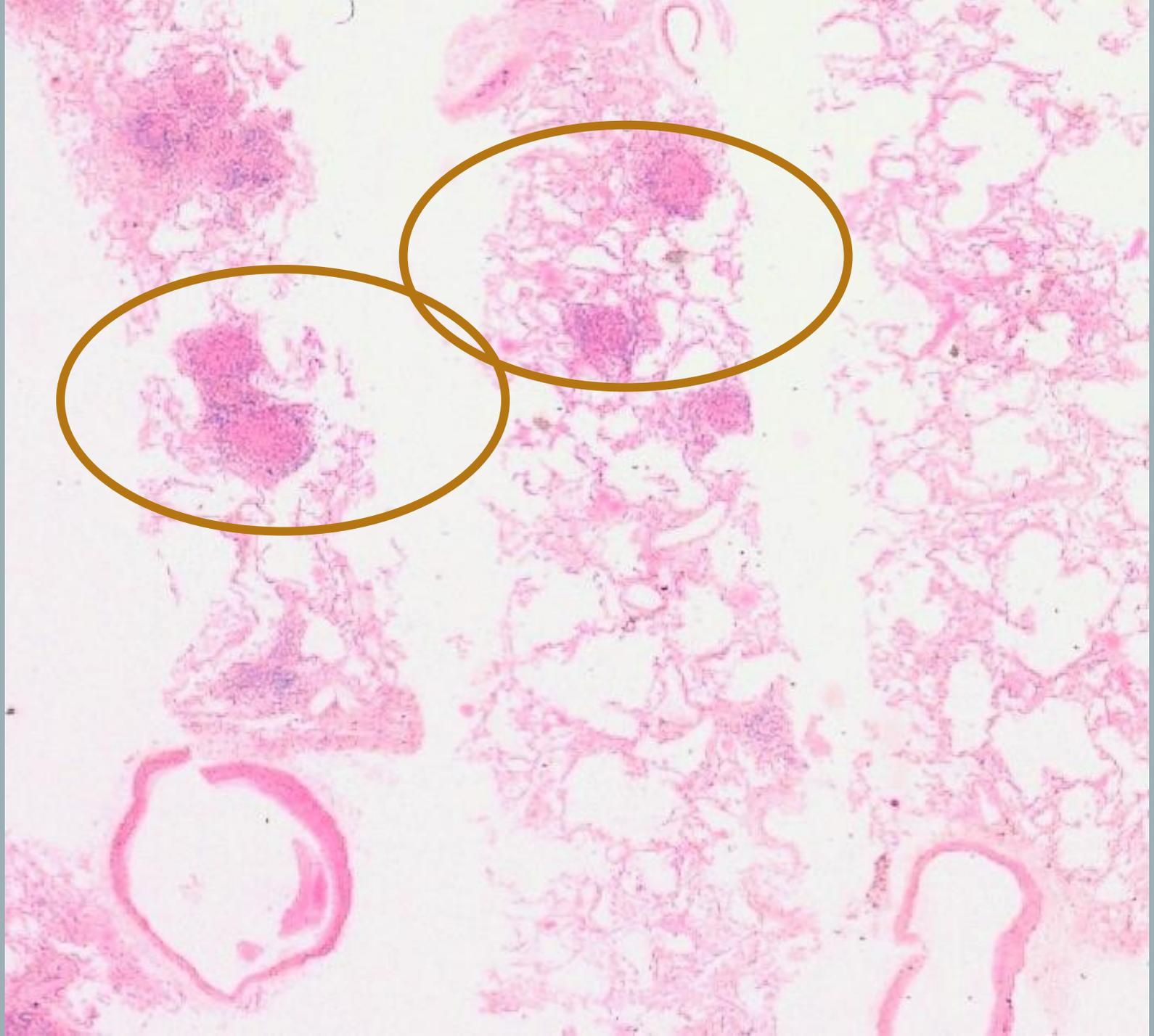
Los familiares aceptaron → se realizó gracias a la coordinación de Medicina Interna y Anatomía Patológica

DESENLACE

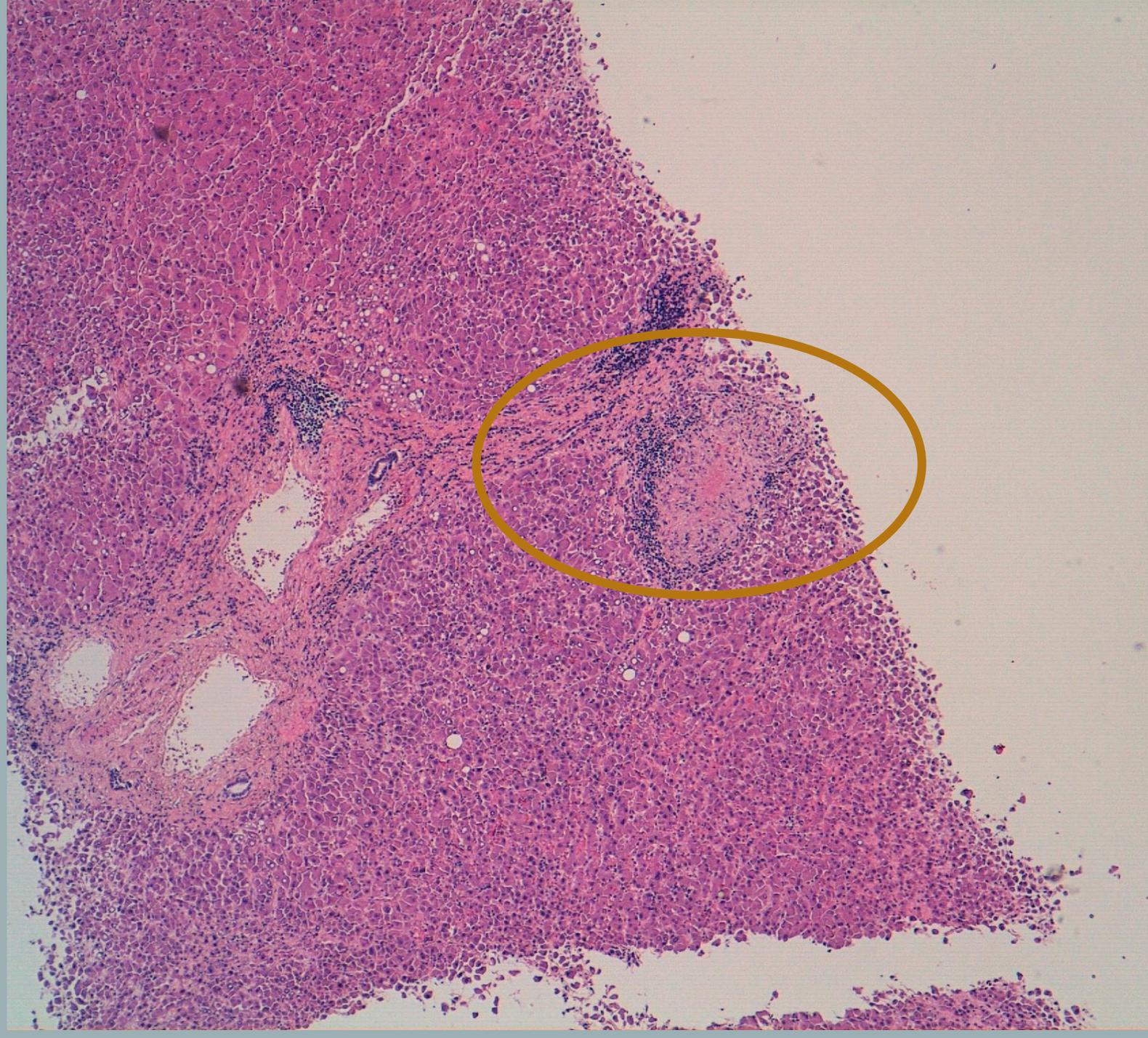
- 1 • BAAG guiadas por ecografía de pulmón derecho
- 2 • BAAG guiadas por ecografía de pulmón izquierdo
- 3 • BAAG guiadas por ecografía de corazón
- 4 • BAAG guiadas por ecografía de hígado
- 5 • BAAG guiadas por ecografía de bazo y área retroperitonea
- 6 • BAAG guiadas por ecografía de riñón izquierdo
- 7 • BAAG guiadas por ecografía de riñón derecho
- 8 • BAAG guiadas por ecografía de zona suprapúbica



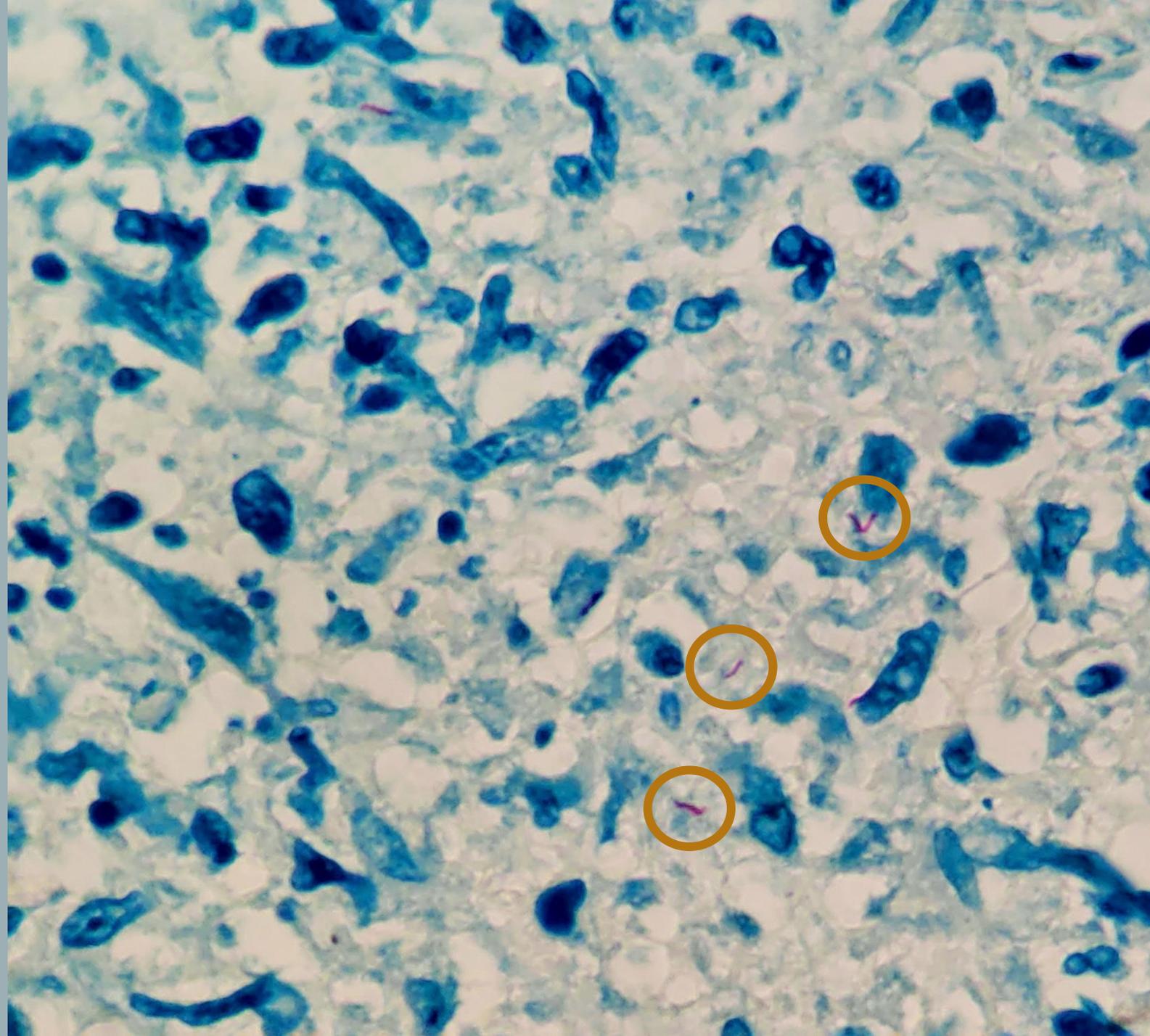
DESENLACE



DESENLACE



DESENLACE



DESENLACE

Cilindros pulmonares, hepáticos y renales → lesiones granulomatosas necrotizantes, bacilos ácido-alcohol resistentes Ziehl-Neelsen → sugestivos de infección tuberculosa.

Daño alveolar difuso en los pulmones con presencia de edema alveolar y formación de membranas hialinas.



DESENLACE

MICROBIOLOGÍA



Se aisla Mycobacterium tuberculosis



CONCLUSIONES

Finalmente tras la autopsia minimamente invasiva se determinó la causa de fallecimiento del paciente → tuberculosis miliar.

