

SESIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA - HOSPITAL VALL D'HEBRON

17 junio 2025

Varón 62 años, sin alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. Parcialmente dependiente para actividades básicas de la vida diaria debido a su trastorno psiquiátrico. Vive con su mujer, la principal cuidadora. Trabajó como agente de viajes, como últimos destinos Tailandia y EEUU en los que estuvo hasta antes de 2016. Tienen 2 hijos sanos.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- Hipertensión arterial esencial en tratamiento farmacológico de difícil control crónico, en seguimiento por Nefrología.
- Dislipemia en tratamiento farmacológico.
- Obesidad grado I (IMC 30).
- Cardiopatía isquémica de debut en 2016 con angina de esfuerzo.
 - o Cateterismo (2016): Enfermedad coronaria de vaso secundario. Se realiza ACTP y stent farmacoactivo Restore 2x15 mm sobre 2ª diagonal. Ateromatosis difusa en DA y Cx.
 - o Consulta en CAP en junio de 2021 por disnea y edemas en extremidades inferiores, iniciándose Furosemida.
 - o Ingresa en Cardiología en octubre de 2021 por disnea y edemas en extremidades inferiores. En su valoración no aprecian signos de congestión venosa a la exploración física, NT-proBNP <300 pg/mL y ecocardiograma que destaca únicamente un ventrículo derecho levemente hipocontráctil, sin otros hallazgos relevantes. Se asocia el edema con el uso de Amlodipino, que se retira, y a una posible insuficiencia cardíaca derecha. Dado que mejora la disnea se da de alta.
- Derivado a la Unidad Funcional de Cáncer de Pulmón en 2016 para estudio de adenopatías mediastínicas orientadas por TC como sugestivas de histoplasmosis. PPD negativo. Serologías de Histoplasma negativas. En la punción de adenopatía hilar derecha mediante EBUS se informa de granulomas no necrotizantes, sin aislamiento de ningún microorganismo en los cultivos convencionales, de micobacterias y de hongos. Descartan malignidad en la anatomía patológica. Dada la estabilidad radiológica en controles sucesivos se da de alta del seguimiento.
- Poliglobulia estudiada por Hematología en 2019. JAK no mutado. EPO 11.8 (valor normal 4.3-29). No se evidencian visceromegalias. Se remite para estudio por parte de Neumología, con una pulsioximetría nocturna sin desaturaciones significativas y varios intentos de PFR que finalmente se descartan por mala técnica del paciente.
- TEP segmentario en diciembre de 2021 por el que ingresa en Neumología. PESI riesgo intermedio-bajo. Se inicia anticoagulación con enoxaparina y posteriormente acenocumarol. Complicación a finales de mes con hematoma retroperitoneal embolizado en Hospital Clínic. El paciente retorna a Hospital del Mar, donde acaba solicitando el alta voluntaria.
 - o Última ETT antes de la consulta actual (12/2021): Ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico con FEVI preservada. Ventrículo derecho no dilatado con dinámica en el

límite bajo de la normalidad. Estenosis aórtica leve, sin otras valvulopatías. Ausencia de derrame pericárdico o de dilatación de raíz aórtica. Baja probabilidad de hipertensión pulmonar. VCI no dilatada.

- Impotencia sexual desde 2020 por la que inicia a principios de 2021 IPDE5 a demanda.
- Osteoporosis establecida por hallazgo casual en TC de tórax de fracturas T5-T7. Consulta por lumbalgia aguda en 06/2021 encontrándose fractura de T12.
- Trastorno bipolar y trastorno de ansiedad generalizado en tratamiento con Ácido valproico y Quetiapina.
 - o De julio a septiembre de 2021 ingresa en Psiquiatría por descompensación de trastorno bipolar con clínica maniforme.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: Colecistectomía por colecistitis aguda gangrenosa en febrero de 2021.

MEDICACIÓN HABITUAL

Bisoprolol 5mg 1c/24h, Rosuvastatina 5mg 1c/24h, Valproato 500mg 1c/12h, Diazepam 5mg 1c/24h, Enalapril 10mg 1c/12h, Espironolactona 25mg 1c/24h, Ezetimiba 10mg 1c/24h, Quetiapina 25-25-100mg 1c/24h, Furosemida 40mg 1c/24h, Enoxaparina 120mg sc cada 24h, Sildenafil 100mg a demanda.

ENFERMEDAD ACTUAL

Consulta en enero de 2022 porque desde hace 3 días presenta empeoramiento progresivo de disnea hasta hacerse de reposo, con ortopnea pero sin disnea paroxística nocturna, y aumento de edema en miembros inferiores acompañado de deterioro funcional durante los últimos meses. En esta ocasión refiere tos y expectoración blanquecina. Niega dolor torácico o palpitations. Niega fiebre o tiritonas. Niega transgresiones fármaco-dietéticas, y niega toma de AINEs.

Niega síntomas miccionales o gastrointestinales. No síndrome constitucional. Explica aparición de equimosis y hematomas múltiples. Niega lesiones cutáneas por fotoexposición o de otro tipo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

* Constantes a su llegada: PA 121/99 mmHg, FC 81 lpm, Tª 35.7°C, SpO2: 98% con cánulas nasales a 2 litros (SatO2 basal 89%). Buen estado general. Vigil y orientado en las tres esferas. El paciente presenta el aspecto de las Figuras 1 y 2.

- Exploración cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni roce pericárdico. Ausencia de ingurgitación yugular o reflujo hepatoyugular.
- Exploración respiratoria: Murmullo vesicular conservado salvo por hipofonesis izquierda. Discretos crepitantes en base derecha.
- Abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación y sin signos de peritonismo, peristaltismo conservado. Equimosis y hematomas cutáneos superficiales no complicados. No se palpan masas ni megalias.
- Extremidades inferiores con edema bimalleolar blando, con fóvea marcada. Sin signos de trombosis venosa profunda. Destaca pérdida de masa muscular a nivel proximal de las extremidades inferiores.
- Exploración neurológica: Sin focalidad neurológica ni rigidez nuchal.

- No se palpan adenopatías en cadenas ganglionares cervical, supraclavicular, axilar ni inguinal.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS INICIALES

- Analítica sanguínea inicial (09/01/2022): glicemia 107mg/dL, urea 41mg/dL, creatinina 0.79mg/dL, FG 96ml/min, sodio 148mmol/L; potasio 2.45mmol/L; cloro 101.6mmol/L; bilirrubina total 0.8mg/dL; AST/ALT 33/40U/L; fosfatasa alcalina 111U/L; LDH 688U/L; Creatina quinasa 61U/L; calcio sérico 7.79mg/dL; lactato 1.91mmol/L; proteína C reactiva 1.15mg/dL; NT-proBNP 1377pg/mL. Hb 11.3g/dL; VCM 93.5fl, HCM 29.4pg, leucocitos 9490/uL; neutrófilos 8630/uL, linfocitos 290/uL; plaquetas 252000/uL.

- Gasometría arterial a aire ambiente (09/01/2022): pH 7.56, pCO₂ 37.3mmHg, bicarbonato 32.9mmol/L; exceso de bases 10.7mmol/L, pO₂ 49mmHg.

- Electrocardiograma (09/01/2022) (Figura 3)

- Radiografía de tórax (09/01/2022) (Figura 4).

- PCR de virus respiratorios (SARS-CoV-2, gripe y VRS) (09/01/2022): Negativas.

- Angio-TC torácico (09/01/2022): Resolución completa de los defectos de repleción a nivel de ramas segmentarias basal posterior y basal lateral de LID, así como en subsegmentarias lingulares visualizadas en el estudio TC previo y en relación con tromboembolismo pulmonar. Tronco de la arteria pulmonar de calibre normal, sin signos de hipertensión pulmonar. Aorta torácica no dilatada. Ateromatosis calcificada de coronarias. Adenopatías hipodensas paratraqueales derechas, hiliares bilaterales, subcarinales y paraesofágicas izquierdas, alguna de ellas con calcificaciones arciformes en su interior sin cambios significativos respecto a estudio previo. Atelectasias subsegmentarias postero basales bilaterales y en llingula. Actualmente se aprecian varias opacidades nodulillares con imágenes lineales ramificadas (patrón tree-in-bud) de predominio en ambos lóbulos superiores (D>I). Hallazgos en relación con afectación de pequeña vía aérea. A correlacionar clínicamente (bronquiolitis vírica, por tabaquismo, ...). Aparición de un leve derrame pleural izquierdo. No se observa derrame pericárdico. Fracturas antiguas de cuerpo vertebral de T5 y T7. Adrenales de aspecto hiperplásico.

- Angio-TC abdominal (11/01/2022): Práctica estabilidad del hematoma del músculo psoas ilíaco izquierdo embolizado y con extensión retroperitoneal, con cambios evolutivos en su densidad, sin evidenciar focos de extravasación de contraste compatibles con sangrado activo en el estudio actual. Leve disminución del componente hemático antiguo a nivel presacro. Persisten cambios inflamatorios y hematoma del tejido celular subcutáneo en flanco y muslo proximal izquierdos. Hígado de tamaño, densidad y morfología normal, con focos hipodensos infracentimétricos en cúpula hepática y segmento VII, estables. Eje esplenoportal y mesentérico permeable, de calibre conservado. Vía biliar no dilatada. Colecistectomía. Bazo y páncreas de morfología, tamaño y densidad normales. Bazo accesorio. Glándulas suprarrenales de aspecto hiperplásico, sin cambios. Riñones con nefrograma conservado, de morfología y tamaño normal. No se observa dilatación de las vías urinarias ni imágenes de litiasis. Vejiga colapsada con sonda en su interior. Patrón mucoso conservado en asas de intestino delgado y colon, sin lesiones a destacar. No se observan adenopatías mesentéricas, retroperitoneales, ilíacas ni inguinales de tamaño valorable. Ateromatosis calcificada aorto-ilíaca. Marco óseo con cambios degenerativos. Leve derrame pleural izquierdo con atelectasia pasiva de lóbulo inferior izquierdo, estable.

(Detalles de las TC en Figuras 5 y 6).

EVOLUCIÓN

A su llegada a Urgencias el paciente se encuentra hemodinámicamente estable, afebril, con necesidades de oxígeno de bajo flujo con cánulas nasales a 2-3 L para mantener SpO₂ >95%, sin disnea ni trabajo respiratorio. La exploración física y pruebas complementarias iniciales se exponen arriba y en el apartado 'Anexo para imágenes'.

El paciente ingresa para estudio de insuficiencia respiratoria aguda normocápnica. Durante el ingreso se mantiene estable pero sin disminuir los requerimientos de oxígeno. Moviliza secreciones mucosas escasas, en la exploración no presenta semiología de broncoespasmo pero sí hipofonesis bibasal. Se mantiene afebril en todo momento. Las radiografías de control no muestran nuevos infiltrados, pese a su escasa calidad por el decúbito y la falta de inspiración. Durante el ingreso se realizan una serie de analíticas de control, que se muestran en la Figura 7. En un inicio se sospecha una posible etiología infecciosa por lo que recibe Ceftriaxona durante 10 días a pesar de lo cual no presenta mejoría.

Por otro lado, llama la atención la persistencia de edemas generalizados. Además de la antibioterapia, se incrementa tratamiento diurético con furosemida sin impacto ni en la disnea ni el edema. El paciente no presenta elevación de columna yugular, mantiene NT-proBNP bajo y tiene un ecocardiograma transtorácico reciente que como única alteración destaca estenosis aórtica leve. Se reduce el diurético por hipokaliemia refractaria a aportes e hipernatremia leve, que persisten tras la retirada del diurético.

Se realiza analítica de orina que descarta proteinuria significativa. Tras dar aportes nutricionales la albúmina corrige hasta rangos normales sin cambiar su situación clínica. El deterioro funcional del paciente es marcado, con debilidad generalizada. Para continuar con el estudio se solicita TSH, que es normal, y unas pruebas funcionales respiratorias con los siguientes resultados: FVC 44%, FEV1 37%, FEV1/FVC 66.6 %.

Con los datos expuestos se establece una sospecha diagnóstica que explicaría el estado general del paciente y la insuficiencia respiratoria. Para su confirmación se realiza una serie de pruebas para establecer el diagnóstico sindrómico y una última exploración para determinar la causa del mismo.

ANEXO PARA IMÁGENES

Figura 1



Figura 2



Figura 3

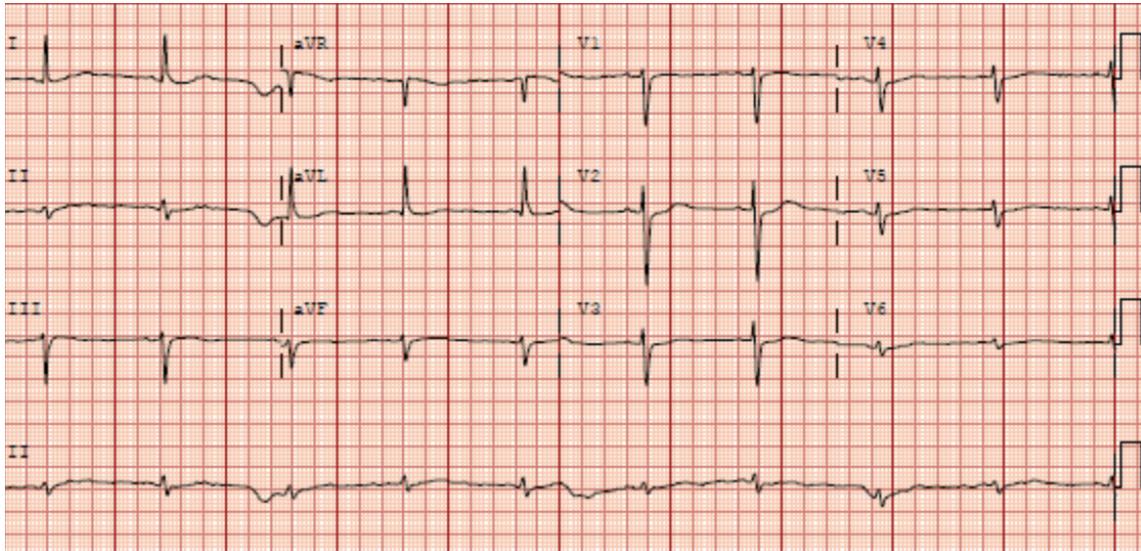
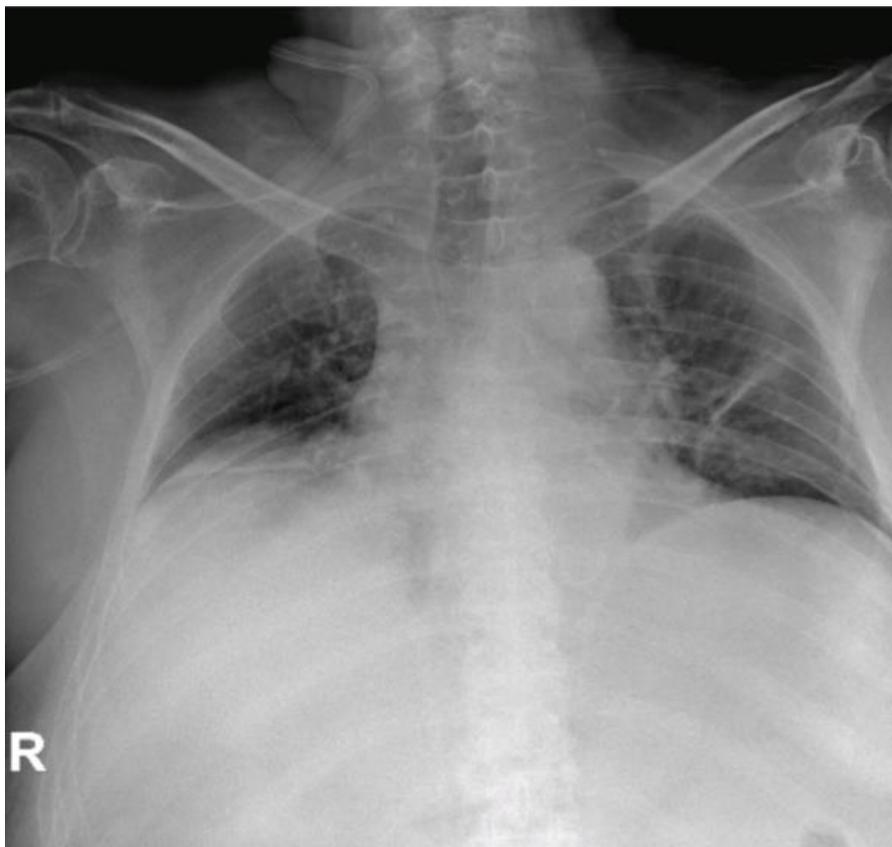
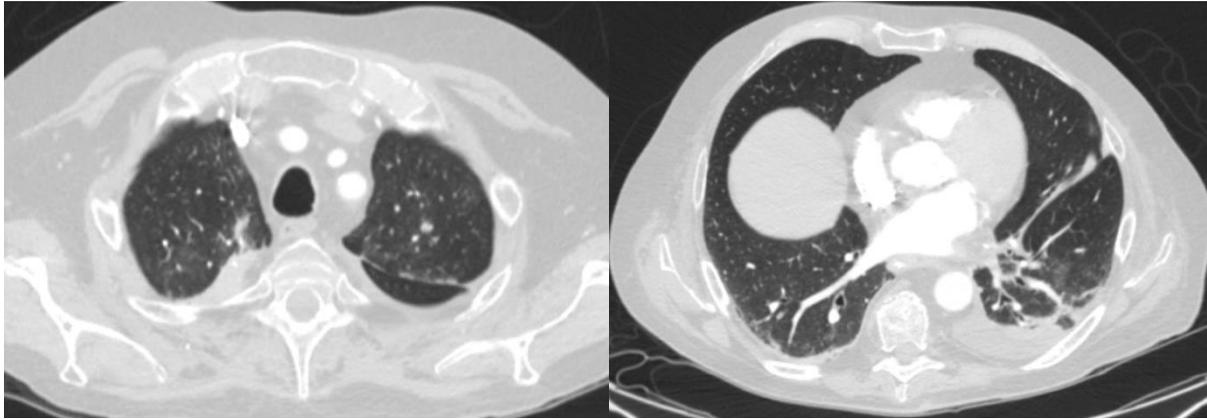


Figura 4



Figuras 5.1 y 5.2



Figuras 6

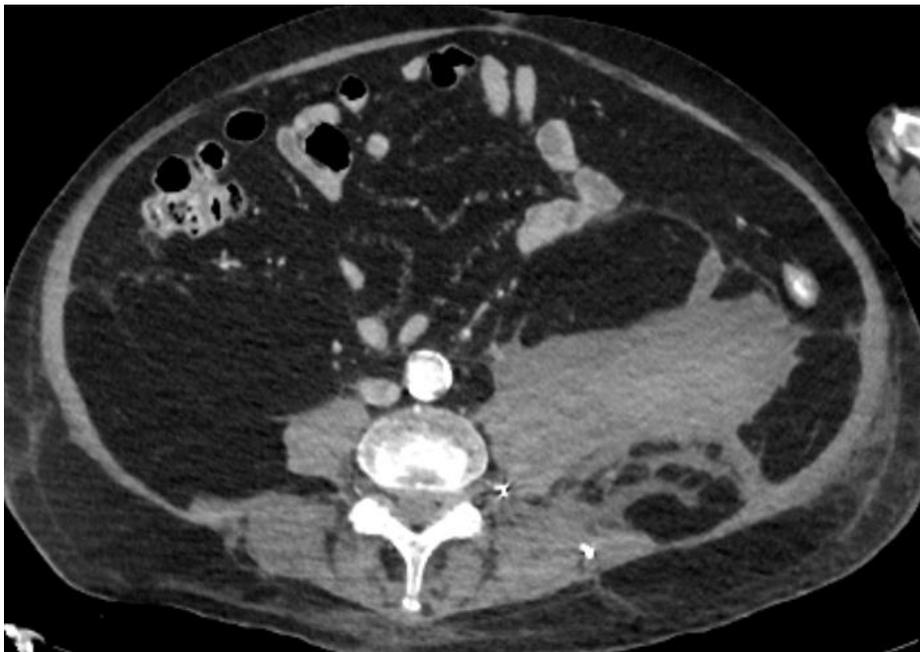


Figura 7

| Parámetro analítico / Fecha | 14/01/2022 | 27/01/2022 | 03/02/2022 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| <i>Creatinina (mg/dl)</i> | 0.76 | 0.58 | 0.53 |
| <i>Sodio (mmol/l)</i> | 149 | 145 | 143 |
| <i>Potasio (mmol/l)</i> | 2.59 | 3.3 | 3.4 |
| <i>Calcio (mg/dl)</i> | 7.3 | | |
| <i>Fosfato (mg/dl)</i> | 2.2 | | |
| <i>Creatina Quinasa (U/l)</i> | 61 | | 11 |
| <i>Albúmina (g/dl)</i> | 2.7 | 3.3 | 3.2 |
| <i>NT-proBNP (pg/ml)</i> | 679 | 452 | 271 |
| <i>Bilirrubina total (mg/dl)</i> | 0.86 | | |
| <i>AST/ALT (U/l)</i> | 18/21 | | |
| <i>Fosfatasa alcalina (U/l)</i> | 86 | | |
| <i>Procalcitonina (ng/ml)</i> | 11.04 | 9.13 | 10.23 |
| <i>PCR (mg/dl)</i> | 6.6 | 0.06 | 0.07 |
| <i>Hemoglobina (g/dl)</i> | 10.5 | 10.2 | 10.8 |
| <i>Leucocitos (/ul)</i> | 5980 | 2650 | 2690 |
| <i>Neutrófilos (/ul)</i> | 5550 | 2220 | 2170 |
| <i>Linfocitos (/ul)</i> | 100 | 200 | 210 |
| <i>Plaquetas (/ul)</i> | 199000 | 146000 | 166000 |
| Gasometrías arteriales (al aire) | | | |
| <i>pH</i> | | 7.499 | |
| <i>PCO2 (mmHg)</i> | | 40.8 | |
| <i>HCO3- (mmol/l)</i> | | 31 | |
| <i>PO2 (mmHg)</i> | | 62.8 | |