

X CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA

XV JORNADAS INTERNACIONALES DE MEDICINA INTERNA PARA EL LITORAL

XX JORNADAS DE MEDICINA INTERNA PARA EL LITORAL

REUNIÓN DEL FORO DE MEDICINA CLINICA ARGENTINA

I JORNADA DEL FORO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA EN ROSARIO

ROSARIO 2023

"CASO ANATOMOCLINICO"

JUEVES 18 DE MAYO 16:45-18:00 hs. SALÓN PANORÁMICO. Ateneo Anatomico-Clinico

Presenta: Dr. MANUEL ZOPPI

Discute: Dra. GISELLE SHOCRON

Anatomía Patológica: Dr. JORGE ZOPPI

Varón de 47 años con antecedente de asma en la infancia. Independiente para actividades de la vida diaria y refirió haber trabajado en la construcción por al menos diez años. Negaba alergias, consumo de tóxicos y medicación habitual.

Consultó en el día 1 por tos y expectoración sanguinolenta. Presentaba buena mecánica respiratoria y buena entrada de aire bilateral y saturaba 98% con FiO2 al 0.21. Se solicitó laboratorio, con hemoglobina y vías de coagulación normales. La TC de tórax mostró lesiones sólidas nodulares con halo en vidrio esmerilado con predominio subpleural. Por la estabilidad clínica se realizó hisopado para SARS-CoV-2, que fue negativo y control por consultorios externos.

En el día 7 paciente acudió a consultorios externos, relataba astenia, sudoración profusa y persistencia del esputo hemoptoico, lo que motivó a solicitar intradermorreacción de Mantoux y esputos para BAAR para directo y cultivos. Ambos resultaron negativos. Por otro lado, el hallazgo de eosinofilia en la fórmula relativa acompañado del cuadro clínico y las imágenes tomográficas motivaron a realizar tratamiento con meprednisona por un total de 25 días ante la sospecha de neumonitis eosinofílica. Se solicitó en forma ambulatoria estudio citológico del esputo que informó 60% de polimorfonucleares de los cuales 40% eran eosinófilos.

El día 30 el paciente consulto nuevamente a emergencias por dolor precordial acompañado de disnea clase funcional II y sudoración profusa. Al examen físico, destacaba la hipoventilación basal derecha, con saturación de 97 a FiO2 al 0.21. Se solicitó TC de tórax que evidenció derrame pleural moderado derecho con aumento del número de las opacidades con halo en vidrio esmerilado descrito en la tomografías previas. Se decidió internación para realizar toracocentesis y cubrir empíricamente con antibióticos. El estudio del líquido pleural fue negativo para directo y cultivo de gérmenes y para células neoplásicas. Por presentar buena evolución clínica se decidió alta hospitalaria.

Paciente consultó al día 34, con disnea clase funcional IV, fiebre e inestabilidad hemodinámica. Presentaba disminución del murmullo vesicular en pulmón derecho y aumento del trabajo respiratorio. Se realizó una TC que mostraba derrame pleural severo de pulmón derecho por lo que se trasladó a unidad cerrada para monitoreo y toracocentesis con colocación de tubo. Una vez lograda la estabilidad clínica se realizó toracoscopea video asistida. Se tomaron muestras de líquido pleural, biopsias de pleura y coágulo que resultaron negativas para tinciones para gérmenes comunes, hongos y BAAR. La biopsia de pleura informó presencia de polimorfonucleares y restos hemáticos. El paciente evolucionó favorablemente y se decidió control por ambulatorio. No se realizó biopsia de parénquima pulmonar.

El día 60 consultó por diplopía de 2 semanas de evolución y persistencia de sudoración profusa. Se solicitó RMN de encéfalo que evidenció lesión ocupante de espacio en lóbulo temporal derecho, frontal izquierdo, occipital izquierdo y mesencéfalo. Se realizó, además TC de tórax donde se observó persistencia las lesiones nodulares con halo. Se decidió realizar punción lumbar cuyo fisicoquímico fue no inflamatorio, descartó presencia de gérmenes comunes, tinta china negativa, PCR para TBC negativos y antígeno de Criptococo negativo en látex. Además, se efectuó lavado bronquio-alveolar que descartó presencia de hemorragia endobronquial y se tomaron muestras que fueron negativas para gérmenes comunes y BAAR y se realizó PCR para TBC, también negativa.

Pensando en la posibilidad de secundarismo se solicitó TC de abdomen y pelvis que descartó lesión orgánica. Además, se realizó un galactomanano en suero que fue positivo lo que hizo sospechar en aspergilosis invasiva que motivó iniciar con anfotericina liposomal. Las serologías venéreas fueron negativas.

La presencia de eosinofilia en sangre periférica y en esputo, las lesiones pulmonares y el compromiso del SNC obligó a descartar entidad autoinmune como la vasculitis de Churg Strauss, sin embargo, el panel autoinmune resultó ser normal. Además, se solicitó b2 microglobulina pensando en linfoma B intravascular que resultó ser normal.

Al día 62 el paciente evolucionó con cefalea holocraneal y deterioro del estado de conciencia acompañado de pupila derecha midriática arreactiva, izquierda miótica reactiva, parálisis 6to y 3er par craneal izquierdo con hemiparesia braquio-crural derecha

4/5. Se decidió realizar TC de encéfalo que evidencia sangrado de las lesiones cerebrales descritas previamente. El paciente ingresó para drenaje neuroquirúrgico de urgencia y se tomaron muestras cerebrales. Evolucionó favorablemente, se realiza una nueva intervención para toma de biopsia de pulmón. Por decisión familiar el paciente se fue de alta voluntaria. Acudió nuevamente al día 78 con un síndrome de hipertensión endocraneana, con deterioro del estado del sensorio y falleció.