

CASO CLÍNICO 1

Paciente de 67 años que, estando previamente bien, a principio de septiembre de 2021 presenta un cuadro de tos improductiva, rinorrea, mialgias, cefalea y fiebre de 38.5°C. Su esposa tenía una sintomatología similar desde unos días antes, por lo que telefonean a su centro de salud. Se les realiza una determinación de antígenos para SARS-CoV-2, siendo negativa en ambos. Su esposa queda afebril en 48h, mejorando su estado general. El paciente continúa con fiebre, por lo que se le hace una PCR para SARS-CoV-2, que también es negativa. Entre tanto, su médico le trata con paracetamol, remitiendo la fiebre a los 5 días del comienzo, con mejoría paralela. Sin embargo, unos días después, comienza a notar disnea de esfuerzo, progresiva en intensidad, acompañada de hinchazón simétrica de ambos pies y disminución de la diuresis. No suele pesarse, pero cree que ha engordado, porque le aprieta el cinturón. Tras una semana con esta clínica, se despierta de madrugada con sensación de falta de aire, que le obliga a levantarse, cediendo paulatinamente en 45 minutos. Este episodio le motiva a consultar nuevamente en su centro de salud, siendo derivado a Urgencias.

El paciente había sido vacunado frente al coronavirus con dos dosis de Comirnaty®, recibiendo la última a principios de junio de 2021. Preguntándole por sus antecedentes personales, refiere HTA conocida desde los 49 años, en tratamiento farmacológico desde entonces, diabetes mellitus tipo 2 desde los 55 años, controlada con dieta, ejercicio y medicación oral, con buen control, según refiere. No presenta alteraciones visuales, ni claudicación. No intervenciones quirúrgicas. Fumador de 20 cigarrillos diarios desde los 20 años hasta los 55 años, que lo dejó totalmente. No consume alcohol. Hace ejercicio diario en forma de paseo a ritmo vivo durante 45 minutos. No refiere molestias osteoarticulares, si bien en los tres meses previos ha presentado dos episodios de opresión torácica y dolor mandibular de unos 20mn cada vez, remitiendo en ambos casos tras beber un vaso de agua fría, no consultando por ello.

Tratamiento actual:

- Losartán/Hidroclorotiazida 100/25mg: 1-0-0
- Sitagliptina/metformina 50/850mg: 1-0-1
- Repaglinida 2mg: 0-1-1

A su llegada a Urgencias, el paciente presenta la siguiente exploración física:

TA: 145/85mmHg; FC: 95lpmn; SO₂: 94% (FiO₂: 21%); T_a: 36.4°C

Peso (en planta): 89 Kg; T: 170cm

Normocoloreado, eupneico, sin tirajes

No ingurgitación yugular

AC: tonos apagados y rítmicos. No se auscultan soplos ni extratonos

AP: hipoventilación global, con crepitantes aislados basales bilaterales

Abdomen: globuloso e indoloro. No se delimitan megalias. No signos ascíticos

EE: edemas maleolares y pretibiales bilaterales y simétricos. Se palpan tibiales posteriores. No se palpan pedios

A su llegada a Urgencias y al día siguiente se le realiza analítica. Los resultados más relevantes son:

Hemograma:

San-Hematíes, c: $3,7 \times 10^{12}/L$ (4,1 - 5,2). San-Hemoglobina, g: 12,1 g/dL. San-Hematocrito, w: 38,1 %. San-Volumen corpuscular medio, v: $101,9 \mu^3$ (80 - 100).

Leucocitos, c: $6,6 \times 10^9/L$; Plaquetas, c: $155 \times 10^9/L$ (150 - 400).

Velocidad de sedimentación 1ª hora: 17 mm/hora.

Tiempo de protrombina, t: 12,4 seg; INR: 1,03.

Tiempo de tromboplastina parcial activada: 29,4 seg. Pla-Índice de APTT: 0,96.

BIOQUÍMICA.

Glucosa, g: 151 mg/dL (70 - 99).

Urea, g: 55 mg/dL; Creatinino: 1,35 mg/dL. Filtrado Glomerular CKD-EPI: 50 mL/min/1,73m²

Urato, g: 5,3 mg/dL.

Colesterol, g: 127 mg/dL; Triglicérido, g: 136 mg/dL; HDL Colesterol, g: 35 mg/dL (50 -); LDL Colesterol calculado, g: 65 mg/dL

Proteína, g: 57 g/L (64 - 83); lbúmina, g: 32 g/L (35 - 52).

Bilirrubina total, g: 0,4 mg/dL; Aspartato transferasa, b: 20 U/L; Alanina transferasa, b: 22 U/L; Gamma-Glutamiltransferasa, b: 34 U/L; Fosfatasa alcalina, b: 79 U/L.

Creatina cinasa, b: 18 U/L (29 - 168).

Ion Sodio, c: 142 mmol/L; Ion Potasio, c: 4,8 mmol/L; Cloruro, c: 100 mmol/L.

San-(Hb)-Hemoglobina A1c, w: 8,2 % (4,6 - 5,8). San-(Hb)-Hemoglobina A1c (IFCC), c: 66 mmol/mol (27 - 40).

Proteína C reactiva, g: 12,7 mg/L (0 - 5).

Tirotropina, c arb: 0,96 mU/L.

Péptido natriurético tipo B, g: 733 pg/mL (0 - 254).

ECG de ingreso: ritmo sinusal a 88lpmn. Signos de hipertrofia de ventrículo izdo. Ondas T aplanadas en cara anterior

RX de Tórax al ingreso: aumento de la trama broncovascular. Se visualiza alguna línea B de Kerley. Pinzamiento de ambos senos costofrénicos.

También se realiza un ecocardiograma transtorácico, que se informa de la siguiente manera:

Ventrículo derecho: No dilatado con función sistólica conservada.

Aurícula derecha: Diámetro Apical-L: 49 mm. Diámetro Apical-T: 44 mm. Ligeramente dilatada.

Ventrículo izquierdo: No dilatado, con hipertrofia parietal leve

Motilidad segmentaria: normal.

Función diastólica: signos indirectos de disfunción con patrón de alteración de la relajación.

FE: 45%

Aurícula izquierda: Diámetro L1: 40 mm. Diámetro Apical-L: 50 mm. Diámetro Apical-T: 40 mm. Ligeramente dilatada.

Válvula mitral: Ligeramente fibrosada. No limitada en su apertura. Insuficiencia de grado mínimo.

Válvula aórtica: Trivalva. Fibrosada. No limitada en su apertura. Insuficiencia de grado mínimo.

Válvula tricúspide: Anatómicamente normal. No limitada en su apertura. Insuficiencia de grado mínimo. Gradiente sistólico VD-AD: 33 mm Hg. Presión sistólica de A. Pulmonar estimada: 43 mm Hg.

Pericardio: No derrame pericárdico.

Otros datos: Colectores venosos normales.

CONCLUSIONES:

Cardiopatía hipertensiva, con signos de disfunción diastólica

Fracción de eyección límite

Signos de leve HTP

Este paciente debe ser asumido por Ud. en su segundo día de estancia en planta, con las exploraciones mencionadas más arriba. ¿Cuál sería, en su opinión, el manejo más eficiente de sus patologías de base, y del proceso que le ha conducido a la planta de hospitalización?

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 84 años que ingresa en el hospital por dolor torácico, disnea y rash.

Antecedentes personales:

HTA, sordera neurosensorial bilateral, pólipos colónicos.

Tratamientos previos: AAS 100, Carbonato cálcico, vitamina D.

Alergia a sulfamidas.

No era ni había sido fumadora, ni consumidora de alcohol ni de otras drogas.

Vivía sola, con sus hijos cerca de ella.

Su padre tuvo un aneurisma de aorta abdominal y no había otros antecedentes de interés en su familia en relación a enfermedades cardiovasculares o cutáneas.

Historia actual:

La paciente era válida y hacía su actividad habitual hasta tres días antes del ingreso. En ese momento comienza con astenia, anorexia y náuseas. El día del ingreso comienza con molestia subesternal, opresión torácica y disnea. Acude al servicio de Urgencias del Hospital, donde se le evalúa, y se refiere TA 116/80, FC 164 lpm, FR 26 rpm, saturación de oxígeno por pulsioximetría de 97% con aire ambiente. Se realiza ECG que muestra una taquicardia regular con complejos QRS anchos. Se le administró amiodarona y ondasetron vía intravenosa. El pulso bajó a 100 lpm, y el dolor y la opresión mejoraron.

Cuando llega la hija de la paciente a urgencias, relata que dos meses y medio antes la paciente había estado ingresada un día en otro hospital por episodio similar. En ese informe: ECG en Ritmo sinusal, con BRI, y los niveles de troponina se elevaron levemente, radiografía de tórax con pequeño derrame pleural. Tenía un rash en la cara y cuello de la paciente. Ella lo refirió como presente en cara, cuello y tronco desde 3 años antes, con empeoramiento en los últimos meses. La paciente mejoró y se fue en 24 horas de alta. Se le indicó un ecocardiograma, prueba de esfuerzo y una consulta en dermatología que al llegar a nuestro hospital todavía no se habían realizado.

Exploración física:

Ya en planta se constata TA 109/69, FC 94 lpm, FR 24 rpm, saturación basal de 84%. IY positiva a 45 °, crepitantes bilaterales difusos, y lesiones purpúricas parcheadas y confluyentes, muy llamativas en cara, cuello, tronco y brazos. El resto de la exploración normal. Se administró oxígeno con mascarilla y subió la saturación a 90-91%

Exploraciones complementarias:

ECG: RS a 81 lpm con BRI

Rx de tórax AP: Derrame pleural bilateral e infiltrados perihiliares algodonosos compatibles con edema agudo de pulmón.

Datos analíticos iniciales: Hematocrito, leucocitos, urea, creatinina, calcio, fósforo, magnesio, albúmina, bilirrubina, FA, amilasa, lipasa, plaquetas, coagulación fueron normales. Tenía FG de 57 ml/min, glucosa de 228 mg/dL, Sodio de 132 mmol/litro, potasio normal, ácido láctico ligeramente elevado, transaminasas ligeramente elevadas pero de dos cifras, troponina T 0,40 (normal hasta 0,03). Proteínas totales 6,5 mg /dL (normal 6-8,3). ProBNP 3745 pg/mL (normal 0-1800).

Los test para virus influenzae A y B, hepatitis B y C, Lyme fueron negativos. En orina proteína + en análisis cualitativo.

Se realizó un **ecocardiograma** que mostró disfunción ventricular izquierda leve, sin dilatación y con engrosamiento de la pared. El doppler a través de la mitral mostró un patrón de llenado restrictivo del VI. El ventrículo derecho era normal en tamaño y función. Se estimó presión en VD de 46 mm Hg. No había derrame pericárdico. En la misma ecografía se vio que había líneas B en ambas bases pulmonares.

Evolución

Se inició en este momento AAS, atorvastatina, furosemida IV, heparina y morfina. Para soporte respiratorio se comenzó con BIPAP.

La paciente no evolucionó bien con fracaso respiratorio por lo que pasó a UCI, y requirió ventilación mecánica. La radiografía de tórax del ingreso en UCI reveló empeoramiento del infiltrado pulmonar. Se inició perfusión de furosemida y NTG. Hubo mejoría. Se le pudo extubar a las 48 horas. Se realizó un cateterismo en el que había lesiones coronarias difusas pero no significativas.

Se completó el estudio con determinación de HDL, LDL, Hb glicada, B12 y folatos que fueron normales. Tenía ligera ferropenia.

Además se solicitó serología de VIH, C3,C4, ANA, AC de enfermedad celiaca, crioglobulinas, que fue todo normal o negativo según corresponda. Se solicitaron niveles de inmunoglobulinas con una IgG de 607 mg/ dL (normal 614-1295), IgA 55 mg/dl (normal 69-309), IgM 9 mg/dl (normal 53-334). No había componente monoclonal en sangre.

Fue valorada por dermatología. En el examen de la piel, se describen placas purpúricas y equimóticas, máculas, y pápulas en cara, sobretodo en zona perioral, cuello, tronco, brazos, así como máculas violáceas en la lengua y

equimosis perianal. No púrpura periorcular y no se describe macroglosia. Conjuntivas claras y uñas normales.

Se realizó un procedimiento que fue diagnóstico.

Preguntas

1-Diagnóstico diferencial del caso

2-Que otras exploraciones complementarias solicitaría

3-Cual cree que fue el procedimiento diagnóstico