

Reunión Clínico-Patológica. Servicios Médicos

PRESENTACIÓN DEL CASO

Datos generales:

Se trata de un hombre blanco de 47 años, residente en Manacas, que fue admitido en este hospital por disnea y astenia. Fue fumador inveterado y alcohólico crónico hasta hace tres meses cuando comenzó a presentar astenia progresiva, anorexia y dolor en la región retroesternal que se hizo constante e intenso, se exacerbaba con la inspiración y se acompañó en sus inicios de fiebre de 38° y 39°C, así como cefalea intensa y constante, localizada en la región bifrontal; por este cuadro fue ingresado y estudiado en un hospital de Ciudad Habana en el que le diagnosticaron neumonía, para la que recibió tratamiento sucesivo con penicilina rapilenta y tetraciclina en tabletas por 10 días; presentó buena evolución clínica y fue egresado con la recomendación de llevar, ambulatoriamente, una serie de ampicillin que no logró concluir, pues le provocaba disminución de la visión y mareos. A posteriori se mantuvo “aparentemente bien” durante más de 20 días. Reaparece la astenia acompañada de debilidad en ambas piernas y se quejaba de “pesadez en los pulmones”. Cuando fue traído al Cuerpo de Guardia de esta institución el médico constató: piel y mucosas pálidas; panículo adiposo disminuido; aparato respiratorio (AP): murmullo vesicular (MV) disminuido en hemitórax derecho, no estertores; frecuencia respiratoria (FR): 20x'; aparato cardiovascular (ACV): ruidos cardíacos rítmicos (RCR) de buen tono, no soplos, frecuencia cardíaca (FC): 88x', tensión arterial (TA): 110/80; abdomen y sistema nervioso central (SNC) sin alteraciones.

El juicio clínico del médico al ingresarlo fue: neuropatía inflamatoria y ¿cáncer de pulmón?

Se le inicia antibiótico: kanamicina 1gr.½ ámpula intramuscular (IM) c/12hs.

Se reciben complementarios:

Hemoglobina: 7.6g/l

Leucograma: $9.6 \times 10^9/l$: P 060, L 0.38, E 002

Glicemia: 3.6mmol/l

Creatinina: 47micromol/l

Transaminasa glutámico-pirúvica (TGP): 1u/l

Timol: 3.6u

Colesterol: 2.3mmol/l

Triglicéridos: 1.4mmol/l

Tiempo de sangramiento: 1mt

Tiempo de coagulación: 8mts

Conteo de plaquetas: $180 \times 10^9/l$

Ultrasonido (UTS) abdominal: hígado con varias imágenes nodulares muy ecogénicas de pequeño tamaño ($\pm 9\text{mm}$) que impresionan corresponder con hamartomas. Vesícula de paredes engrosadas, sin cálculo, colédoco y vías biliares normales. Páncreas, riñones y aorta, normales.

En la sala evolucionó con toma del estado general, afebril y tos con escasa expectoración. Según parece la radiografía de tórax mostró una lesión de "aspecto inflamatorio" paracardiaca izquierda. Por sus antecedentes y la evolución prolongada se indicó broncoscopia y se constató una lesión endobronquial pero de aspecto inflamatorio y, en el lavado bronquial, se aisló un acinetobacter; se suspendió la kanamicina y se inició tanda con ciprofloxacina 500mg c/12h. Se recibieron tres esputos BAAR con codificación 0. A pesar de mantenerse todo el tiempo afebril, persistía la tos con escasa expectoración, no disnea, no dolor torácico y toma del estado general, fue egresado con la orientación de concluir el ciclo de ciprofloxacina.

Fue ingresado a los 15 días por la persistencia de las manifestaciones respiratorias y la acentuada toma del estado general, señaló disnea y malestar doloroso en hemitórax izquierdo. Se le impuso tratamiento sintomático, pero se reinició kanamicina (1gr.) 1cc IM c/12h. Se indicó ultrasonido abdominal: en lóbulo derecho del hígado pequeño nódulo hiperecogénico de 8mm en relación con hemangioma hepático. Riñones, páncreas y vesícula normales; se sugiere ecocardiograma: derrame pericárdico de moderada a gran cuantía, con signos de pretaponamiento y función sistólica global (FSG) del ventrículo izquierdo (VI) conservada. Fue necesario realizar pericardiocentesis: se obtuvo un líquido hemorrágico que espontáneamente coaguló ($100\text{cc}\pm$). Se efectuó su transferencia a la Unidad de Cuidados Intermedios de Medicina (UCIM) dada la tórpida evolución y el precario estado general con disnea, en ocasiones disfagia y tos con expectoración. El examen físico reflejó paciente con mal estado físico; en AP: MV disminuido con estertores crepitantes bibasales FR: 30x', ACV: RC taquicárdicos; FC: 108x'; TA: 120/100; palpación abdominal: nada a señalar y SNC: soñoliento sin defecto motor. Horas después el paciente se agrava y cae en paro cardiorrespiratorio; a pesar de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, fallece.

DISCUSIÓN CLÍNICA

Dr. Elvys Pérez Bada

Especialista de I y II Grados en Medicina Interna

Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz"

Sin dudas el diagnóstico de neoplasia de pulmón en este caso cobra especial valor dado por el hecho de que se trata de un fumador inveterado, el cuadro clínico resultante puede ser el de una forma de presentación muy conocida de este proceso que es la de bronconeumonía bacteriana a repetición; no obstante, hay que tener en cuenta que este paciente es un alcoholico y la posibilidad de una tuberculosis pulmonar debe considerarse. Este hombre, además, es un paciente

en edad sexualmente activa, con una conducta social al parecer desordenada por tratarse de un alcohólico: no podemos entonces perder de vista el hecho de que pudiera tratarse de una infección por VIH/SIDA; este hecho además se apoya en la presencia de varios gérmenes oportunistas en los cultivos del paciente.

Dr. Carlos R. Cervera Cruz
Especialista de I Grado Medicina Interna
Profesor Asistente de la Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”

Para comenzar es necesario aclararles a los residentes y médicos en formación como internos y estudiantes de 3er año de medicina presentes aquí en este teatro, que en las Clínicas Patológicas el pensamiento diagnóstico tiene ciertas diferencias en relación con el pensamiento médico diario de la sala o la consulta médica:

- En primer lugar se trata de enfermedades raras, o de una enfermedad frecuente con expresión de síntomas atípicos, por lo que se impone para realizar el diagnóstico tomar rutas críticas o asociaciones de hechos ya sean clínicas, de laboratorio o ambos y llegar de esa forma a un diagnóstico diferencial y luego a la entidad que sospechamos.
- En segundo lugar es necesario hacer un diagnóstico probabilístico, con las causas que tenemos planteadas, si no llegamos por esta vía al probable diagnóstico pues tomamos otra ruta crítica que nos posibilite realizar un adecuado diagnóstico.

Refiriéndome al caso clínico en cuestión, podemos decir que estamos en presencia de un paciente joven que no se sabe su historia psicosocial, aunque viajaba frecuentemente a La Habana y no se conocía que tuviese vida matrimonial estable. Con un cuadro clínico de neumonías a repetición, síntomas generales: gran pérdida de peso, manifestaciones neurológicas dadas por desorientación y luego toma de conciencia, nos hace pensar en una enfermedad actual en nuestro medio (increíblemente se piensa muy poco y es la enfermedad por VIH/ SIDA). Esta enfermedad se caracteriza por una triada clínica dada por:

- Enfermedades oportunistas
- Manifestaciones neuropsiquiátricas
- Neoplasias malignas

Nuestro pensamiento médico se apoya en que es un paciente que aparentemente tiene una mala conducta social, por lo que la posibilidad de estar en presencia de un paciente con SIDA es probable, pues presentó neumonías a repetición, probablemente por neumocistis Gerovesi, un cuadro neurológico que debe estar en relación con una neurotoxoplasmosis o incluso enfermedad por citomegalovirus; además que está en un estado bien avanzado de la enfermedad y haciendo un síndrome de desgaste por VIH.

Esta enfermedad cada día es más frecuente en nuestro medio, en el mundo hay más de 40 millones de personas con este diagnóstico, en Cuba, en los últimos años, se ha incrementado un número importante de infestados y específicamente en la Provincia de Villa Clara hay más de 2 000 casos diagnosticados que, a pesar de que no representan mucho comparados con los informados por otros países, es una de las tasas más elevadas de nuestro país, con una supervivencia por demás de 2-5 años después del diagnóstico.

En resumen nuestro diagnóstico es:

SIDA en estadio avanzado.

Neumonías a repetición por posible TB o neumosistis Gerovesi.

Neurotoxoplasmosis cerebral.

Enfermedad por citomegalovirus.

Síndrome de desgaste por SIDA.

Dra. Haydée González Pombol
Residente de 1er. Año de Medicina Interna

Teniendo en cuenta el cuadro clínico descrito que presentó el paciente y por tratarse de un hombre con antecedentes de ser alcohólico y fumador podemos pensar que la causa básica fuera una neoplasia de pulmón, pues esta enfermedad puede cursar en forma de neuropatías inflamatorias; además, las metástasis más frecuentes del cáncer de pulmón pueden ser a huesos, hígado y sistema nervioso central, lo que justificaría las otras manifestaciones y hallazgos a nivel del hígado y el sistema nervioso. Por otra parte el cuadro puede justificarse también por las manifestaciones para neoplásicas del cáncer de pulmón; no obstante, no pudiera descartar como otra causa la TB pulmonar, que puede presentarse en pacientes fumadores y alcohólicos y que por ende podía tener cierto grado de inmunodepresión. Además se conoce que es frecuente la asociación TB-neoplasia de pulmón, todo lo que puede ser la causa básica de los eventos que condujeron a la muerte del paciente.

INFORME FINAL. DEPARTAMENTO ANATOMÍA PATOLÓGICA

Dra. Carmen Garrido Arce
Especialista de I y II Grados en Anatomía Patológica
Profesora Titular de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz"

DISCUSIÓN ANATOMOPATOLÓGICA

Estudio macroscópico

Entre los hallazgos macroscópicos más interesantes en este caso se encontraban los siguientes:

- Pulmones: aumentados de volumen, de aspecto consolidado y consistencia seca y granujenta, no existían exudados purulentos a nivel de pleura e intraparenquimatosos.
- Mediastino: se observaban algunos grupos ganglionares aumentados de volumen al corte de color blanquecino.
- Páncreas: se apreciaron varios focos tanto en cuerpo como en cola de color blanquecino y aspecto necrótico.
- Suprarrenales: en ambas glándulas múltiples pequeñas lesiones nodulares constituidas por tejido necrótico de menos de 0.5cm cada una.
- Hígado: lesión nodular de 3cm de diámetro de color rojizo.
- En el resto de los órganos no existían alteraciones significativas.

Estudio microscópico

- Pulmones: como se observa en estas imágenes es significativa la presencia de un material homogéneo rosado de aspecto proteináceo que rellena los alvéolos así como la presencia a nivel del intersticio de infiltrado inflamatorio crónico a predominio de linfocitos y células plasmáticas. Estos hallazgos microscópicos son altamente sugestivos de neumonía por neumocitis carini, un hongo oportunista frecuente visto en casos de inmunodeficiencia.
- En los ganglios linfáticos se observó una linfadenitis reactiva.
- La lesión hepática se correspondía con un hemangioma cavernoso.

Además se observó la presencia de estructuras redondeadas oscuras que en muchas ocasiones hace un cuadro de panal de abeja por el exudado existente entre esas estructuras esporiformes visto con la técnica de plata metenamina; las estructuras micóticas se observan con más precisión.

El hallazgo de la presencia de una neumonía por neumocitis carini en este paciente es altamente significativo desde el punto de vista diagnóstico ya que, de forma incuestionable, nos ubica este caso dentro de una inmunodeficiencia severa debido a que este hongo es absolutamente oportunista porque nunca se presenta en personas con un sistema inmunológico competente -hay que recordar que la primera sospecha epidemiológica de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en Estados Unidos fue el hallazgo de neumonía por neumocitis carini en cinco homosexuales masculinos aparentemente sanos y a partir de aquí se observaron numerosos casos con diferentes infecciones de tipo oportunista-.

A nivel del páncreas en las lesiones necróticas descritas se observó la presencia de números macrófagos llenos de estructuras micóticas redondeadas de color oscuro y halo claro periférico correspondientes a una hitoplasmosis que se comportó de forma diseminada ya que existía también a nivel pulmonar.

También en esas áreas necróticas se apreciaron células epiteliales muy aumentadas de volumen fundamentalmente a expensas de inclusiones intranucleares eosinófilas, lo que se corresponde con una infección oportunista por citomegalovirus (CMV). Estos mismos hallazgos fueron observados a nivel de la suprarrenal en las áreas necróticas descritas, pero además se visualizaron

acúmulos de células de aspecto epiteliode que eran positivas para basilos por la técnica de BAAR, lo que fue interpretado como otra infección oportunista por micobacteriosis atípica.

En conclusión, en este paciente se observaron varias infecciones oportunistas:

- Neumocitis carini
- Histoplasmosis diseminada
- Infección por CMV
- Micobacteriosis atípica

Dada la presencia de estas infecciones oportunistas en este enfermo que no tenía antecedentes de causas posibles de inmunodeficiencia secundarias como cáncer, tratamiento inmunosupresores ni tampoco inmunodeficiencias primarias ni desnutrición severa, se plantea con fuerza la posibilidad de síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Se destacan como elementos diagnósticos para plantear SIDA los siguientes:

- 1- Infecciones oportunistas
- 2- Neoplasias oportunistas (sarcoma de Kaposi, linfoma primario del SNC, linfoma B agresivo, carcinoma anal)
- 3- Lesión del SNC del tipo demencia (complejo demencia-SIDA)

Se recuerda que el SIDA es una infección por retrovirus con una selectividad específica para los linfocitos CD4 y que la gravedad del cuadro depende del número de CD4 que presenta el enfermo. Los datos de SIDA como tal aparecen cuando las cifras de CD4 están por debajo de 200 por micro litros.

La enseñanza de este caso radica en que el diagnóstico de SIDA, a pesar de que estuvo ingresado en dos hospitales de importancia como el Hospital "Hermanos Ameijeiras" y el nuestro, nunca se sospechó ni se hizo una prueba para detectar el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); sin embargo, el diagnóstico de neumocitis carini debía haber sido sospechado por la presencia de un proceso neumónico persistente por varios meses en un adulto joven aparentemente sano. Existen estudios anatomopatológicos fáciles de realizar para el diagnóstico de neumocitis carini pues, como se observó, fue la presencia de ese exudado proteináceo rosado que rellena los alvéolos el que puede ser estudiado a través de esputo citológico, lavados bronquiales e incluso se podía haber hecho la broncoscopia realizando una biopsia transbronquial; es necesario solo especificar la sospecha de neumocitis carini para poder realizar a la muestra la técnica adecuada para su búsqueda.

Con los hallazgos referidos esta autopsia fue concluida de la siguiente manera:

- Causa directa de muerte: infecciones oportunistas múltiples (infección por neumocitis carini, histoplasmosis, micobacteriosis atípica y CMV).
- Causa básica de muerte: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).