

111 REUNIÓN DE LA SEAP-COMUNIDAD VALENCIANA

Hospital Lluís Alcañiz de Jativa (09-11-2018)

Tema: "PATOLOGIA AUTOPSICA"

Caso 1. **María Elena Mengual García; Alicia Iserte Foscarinet; Víctor Vivó Serrano; Esther Roselló Sastre.** *Hospital General Universitario de Castellón*

Mujer de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial y hepatitis no filiada, es remitida a nuestro hospital desde atención primaria para estudio de leucocitosis a expensas de linfocitosis. En el período de tres meses desde su primera consulta en nuestro centro, mientras esperaba la aceptación por parte de la seguridad social del tratamiento de su síndrome linfoproliferativo, la paciente acude a urgencias por presíncope y disnea progresiva de 24 horas de evolución, siendo exitus.

Caso 2. **Alicia Iserte Fortanet, Elena Mengual García, Víctor Vivó Serrano, Elia Muñoz Vicente, Esther Roselló Sastre.** *Hospital General Universitario de Castellón*

Paciente varón de 41 años con antecedentes patológicos de HDA, fumador activo de 10 cigarrillos/día, ex-adicto a drogas de abuso (opíáceos y heroína inhalados). En la última semana automedicación con ibuprofeno y nolotil por odontalgia.

Acude a urgencias hospitalarias en situación de fallo multiorgánico, con agitación psicomotriz, taquipneico y con fiebre de 39°C. Es trasladado a la UCI en situación de acrocianosis llamativa generalizada que se inicia en miembros inferiores ascendiendo de manera progresiva a miembros superiores, precisando soporte vasoactivo. Leucocitosis, coagulopatía y plaquetopenia de consumo precisando transfusiones. Progresivo deterioro y evolución tórpida siendo éxitus.

Caso 3. **Susana López, Laura Galeano.** *Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia*

Paciente varón, de 45 años de edad, con múltiples antecedentes patológicos de interés entre los que destaca un trasplante bipulmonar en 2015 por fibrosis pulmonar

idiopática, un TEP por el que está anticoagulado con sintrom, así como bypass gastroyeyunal con síndrome malabsortivo secundario, diabetes mellitas tipo II y enfermedad renal crónica estadio 3B.

Tras estancia en China, refiere consumir carne que no le sentó bien, presentando dolor abdominal, vómitos y diarrea con hematoquecia, sin mejoría del cuadro. Tras llegada e ingreso en nuestro hospital, presenta empeoramiento del cuadro clínico. Se le solicita TAC abdominal, en la que informan marcado engrosamiento difuso de las paredes de todo el colon y recto por proctocolitis, con un gran edema de la submucosa y aumento de la captación de la mucosa, con moderada cantidad de líquido libre intraabdominal, con vasos permeables.

Ante la mala evolución del cuadro, el paciente sufre un shock catalogado de séptico clínicamente y refractario a tratamiento, produciéndose el éxitus del paciente.

Caso 4. Víctor Vivó Serrano, María Elena Mengual García, Alicia Iserte Fortanet, Paul Andrade Cadena, Esther Roselló Sastre. *Hospital General Universitario de Castellón*

Autopsia fetal tras interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de un feto de 25 semanas de edad gestacional por malformaciones no especificadas en la solicitud. En el estudio macroscópico se identifican y fotografían diferentes hallazgos que permiten sospechar un síndrome malformativo. Tras el examen microscópico, se realiza búsqueda bibliográfica para valorar adecuación de consejo genético y posible afectación en caso de nuevas gestaciones

Caso 5. Carlos Fernández, Jaime Agustí. *Hospital Clínico Universitario de Valencia.*

Recién nacida que ingresa en su centro a las 12 horas de vida con acidosis metabólica importante, fallo hematológico (anemia, trombopenia, CID, hipotensión refractaria a drogas vasoactivas), fallo renal y fallo hepático con ascitis. A pesar de tratamiento exhaustivo, fallece a los 12 días de vida con cuadro de fallo multiorgánico secundario a la patología hepática que se muestra en las imágenes.

Caso 6. Judith Pérez, Dayana Pita. *Hospital Universitari i Politènic La Fe de Valencia*

Paciente de sexo femenino de 42 años, fumadora de 10c/d y con hábito enólico. Sin alergias medicamentosas conocidas, en seguimiento por patología previa:

1. Pancreatitis crónica calcificante de origen idiopático con estudio genético negativo. Pseudoquiste pancreático en 2012 y repetidas CPRE para tratamiento de litiasis pancreática.
2. Seguida en Dermatología por una dermatitis exfoliativa centripeta a estudio con diagnósticos clínicos muy diversos, entre toxicodermia, pelagra, eritema necrolítico migratorio y eccema. Y tratada con corticoides y antibiótico.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente acude a puerta de urgencias traída por sus familiares por deterioro del nivel de conciencia. Además, comenta que la paciente había dejado de comer sólidos desde aproximadamente 4 días y presentaba orina más escasa y oscura.

A su llegada a Urgencias la paciente está agitada, con taquipnea, taquicardia sin otras alteraciones. Durante la estancia en Urgencias, comenzó con alteraciones de nivel de conciencia y mayor trabajo respiratorio, destacando en la analítica una Pro-BNP elevada con PVC elevada, coagulopatía y anemia. No se realiza punción lumbar ni drenaje de los derrames pleurales por la alteración de la coagulación.

Caso 7. Ana García, Daniel Riaño. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia*
Paciente de 22 años que ingresa por Distres respiratorio y shock séptico. No muestra antecedentes de interés a excepción de una dudosa alergia a betalactámicos y un episodio de gripe la semana anterior durante sus vacaciones en nuestro país.

En la Rx de tórax se observan infiltrados bilaterales de predominio pulmón izquierdo de aspecto infeccioso. El paciente empeora, por lo que se procede a intubación e ingreso en UCI precisando de ECMO. La evolución posterior es desfavorable falleciendo con bradicardia progresiva.

Caso 8. Anais Moscardó, Claudia Mestre. *Hospital Clínico Universitario de Valencia.*

Paciente varón de 44 años de edad, fumador, con consumo habitual de dexketoprofeno y metamizol; y con antecedentes de cirugía bariátrica con colocación de banda gástrica y corrección de hernia hiatal con malla realizada en otro centro en 2008.

En 2015 acude a urgencias de nuestro hospital por melenas y astenia sin repercusión hemodinámica ni analítica. Se realiza una gastroscopia con diagnóstico de úlcera gástrica Forrest IIB en cara posterior con intrusión de la banda gástrica.

Posteriormente, se realiza cirugía para retirar la banda gástrica, con evolución favorable al alta. Dos meses después, acude a urgencias por hematemesis franca e inestabilidad hemodinámica. Se realiza gastroscopia de urgencia en la que se observa una lesión a nivel de fundus gástrico y se procede a colocación de hemoclips.

Al finalizar la exploración se produce exitus en quirófano con parada cardíaca.

Caso 9. Laura Valentina Greco Bermúdez, Beatriz Moreno Torres, Sandra Silva Ortega, Francisco Illán Gambín, María Elena Argente del Castillo Martínez, María Fernanda Sánchez de la Fuente. *Hospital General Universitario de Alicante.*

Varón de 89 años. Fumador con un consumo acumulado de 34 año/paquete. Seguimiento por cardiología desde el 2007 por insuficiencia mitral reumática e hipertensión arterial, con disnea progresiva. En un control de noviembre del 2017 lo remiten a consulta de Neumología por radiografía de tórax con aumento de densidad basal bilateral de predominio derecho, de aspecto reticular con pequeñas áreas quísticas con sospecha de enfisema pulmonar asociado a fibrosis pulmonar. En el servicio de neumología con TCAR se diagnostica de EPID probable NIU, sin antecedentes de factores de riesgo profesionales ni contacto con animales. Ingres a las 2 semanas por aumento de la disnea hasta hacerse a mínimos esfuerzos, tos, expectoración, dolor torácico derecho, y empeoramiento de la imagen radiológica en ambos pulmones, predominando el lado derecho. Evoluciona desfavorablemente con insuficiencia respiratoria aguda y fallece.

Se solicitó la autopsia con las siguientes sospechas diagnósticas: Neumopatía intersticial sin filiar y reagudización por neumonía organizada o neumonía infecciosa extrahospitalaria.

Caso 10. Sandra Silva Ortega, Laura Valentina Greco Bermúdez, Beatriz Moreno Torres, María Elena Argente del Castillo Martínez, Fran Illán Gambín, María Niveiro. *Hospital General Universitario de Alicante.*

Varón de 26 años de edad con diagnóstico de Leucemia aguda bifenotípica (T - Mieloide) diagnosticada en Agosto de 2014, con progresión tras varias líneas de tratamiento. Ingresó en Diciembre de 2017 por tos, fiebre y dificultad respiratoria. El cuadro clínico y las pruebas de imagen (Rx y TAC de tórax) sugerían neumonía bilateral extensa por lo cual se inició tratamiento con antimicrobianos de amplio espectro.

Los estudios microbiológicos (hemocultivos y cultivo de secreciones bronquiales tomadas por fibrobroncoscopia) fueron negativos.

La evolución fue tórpida, con progresión a insuficiencia respiratoria. Se inició ventilación mecánica, con requerimientos cada vez más altos de parámetros ventilatorios y finalmente fallece.

Solicitan autopsia limitada a tórax con diagnóstico clínico de neumonía versus infiltración por leucemia.

Caso 11. **Beatriz Moreno Torres, Sandra Silva Ortega, Laura Greco Bermúdez, María Elena Argente del Castillo, Fran Illán Gambín, Miguel Trigueros.** *Hospital Universitario General de Alicante.*

Varón de 66 años de edad con antecedentes personales de sarcoidosis estadio II y síndrome mielodisplásico AREB-2 con pancitopenia secundaria (2016) y en tratamiento con azacitidina, habiendo recibido el último ciclo en Marzo de 2018. Un mes más tarde, el paciente ingresa por un cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en tos productiva con expectoración de color verdoso y hemoptoico, disnea progresiva hasta hacerse de mínimos esfuerzos, astenia, sudoración y fiebre alta. En las pruebas de imagen se observan infiltrados alveolares bilaterales. Los estudios microbiológicos fueron negativos. Se realizó biopsia pulmonar donde se descartó malignidad, y se observaron signos de neumonía necrotizante. Las técnicas de PAS, Grocott y Ziehl-Neelsen fueron negativos. Se realizó tratamiento empírico con antimicrobianos de amplio espectro y corticoides. El paciente empeoró progresivamente, con insuficiencia respiratoria, renal e inestabilidad hemodinámica y finalmente fallece.

Caso 12. **Daniel Mata, Lorena Alarcón.** *Hospital Clínico Universitario de Valencia.*

Paciente varón de 69 años con antecedentes de sarcoidosis y papulosis linfomatoide tipo A, que debuta con lesiones ulceradas a nivel de cavidad oral las cuales son biopsiadas y muestran un infiltrado eosinofílico difuso sin vasculitis. A pesar del tratamiento corticoideo y antibiótico el cuadro progresa, conformando una gran tumoración cervical. Durante el tratamiento, aparecen nódulos pulmonares que son biopsiados; y tras la intervención quirúrgica, la evolución es tórpida, apareciendo insuficiencia respiratoria refractaria que lleva al fallecimiento del paciente.