

Caso Clínico

Paciente masculino de 70 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial (HTA) de 6 años de evolución, en tratamiento regular con Amlodipina 10mg 1 vez al día, quien inicia enfermedad actual en el mes de marzo de 2017, cuando comienza a presentar dolor lumbar de 8ptos según Escala Visual Análoga (EVA), de aparición brusca, condicionando limitación para la marcha durante aproximadamente 96 horas y presentando acalmia tras la ingesta de analgésicos comunes; dicho dolor desaparece a los 5 días de iniciada la clínica, siendo valorado por neurocirujano quien descarta daño estructural del sistema nervioso central a través de tomografía axial computarizada (TAC) simple. Posteriormente refiere dolor en articulación de rodilla derecha de 5ptos según EVA, de tipo punzante, continuo, acudiendo a traumatólogo el cual indica realización de resonancia magnética nuclear (RMN) de columna lumbosacra concluyente con rectificación de lordosis, cambios osteodegenerativos moderados, discopatía degenerativa L4-L5 y L5-S1. En consideración a dichos resultados indican terapia analgésica con resolución de sintomatología a los 8 días de tratamiento; presentando luego dolor a nivel de articulación Glenohumeral derecha, de moderada intensidad, con acalmia espontánea a los 7 días de su inicio. Paciente comienza a presentar disnea a moderados esfuerzos, la cual progresa a disnea en reposo, aunado a tos seca, siendo valorado inicialmente por neumonología, quien indica antibioticoterapia (ATB) con Levofloxacina, cumpliéndose durante 72 horas, bajo el planteamiento de infección respiratoria baja, sin mejoría clínica, asociándose astenia, fatiga, hiporexia y exacerbación de la disnea, siendo trasladado a centro asistencial donde realizan paraclínicos evidenciando: anemia con hemoglobina en 7gr/dl (controles previos del mes de enero de 2017 en 13gr/dl), PCR para Citomegalovirus (CMV) y Epstein Barr (EBV), serología viral para Virus de Hepatitis B y C (HBV, HCV) y Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH, Elisa de 4ta Generación) resultando negativos; hallazgos de poliserositis (derrame pleural bilateral, derrame pericárdico, líquido libre en cavidad abdominal), a nivel de ecocardiograma transtorácico (ETT) hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo (VI), hipocinesia leve apical, fracción de eyección (FE): 79%, insuficiencia mitral leve además de insuficiencia aórtica moderada, sangre oculta en heces negativa, frotis de sangre periférica que denota línea granulocítica y megacariocítica sin alteraciones; serie eritroide

con hipocromía y reticulocitos en 0,6%. A las 72 horas de su egreso presenta nuevamente disnea progresiva hasta llegar a la ortopnea, siendo ingresado a centro hospitalario (abril 2017) con edema en miembros inferiores, ingurgitación yugular y crepitantes bibasales bajo planteamiento de insuficiencia cardíaca descompensada, presentando discreta mejoría clínica a las 48 horas recibiendo tratamiento con furosemida; se toma muestra para gram, BK, cultivo y antibiograma de esputo: reportando negativos. En vista de presentar nuevamente descenso de valores de Hb/Hcto y planteamiento de anemia arregenerativa, se realizan estudios de extensión tipo biopsia y aspirado de médula ósea (MO) reportando ausencia de línea eritroide, con PCR en MO para CMV – EBV y Parvovirus B19: negativos. Estudios de endoscopia digestiva superior dentro de la normalidad, Se realiza TAC abdominal con doble contraste, reportando hepatoesplenomegalia leve, quistes corticales simples renales bilaterales con engrosamiento parietal concéntrico del sigmoides y diverticulosis colónica sin complicaciones asociadas, TAC de tórax de alta resolución con contraste que reporta moderado derrame pleural bilateral a predominio derecho, con componente atelectásico asociado, con focos de consolidación neumónica, nódulo pulmonar calcificado en segmento lateral de lóbulo medio derecho, aortoesclerosis, leve derrame pericárdico y adenomegalias inflamatorias mediastinales. ETT control, reporta disfunción diastólica, FE de 73%, aurícula izquierda dilatada (4.92cm), regurgitación mitral de grado leve, raíz aórtica normal, válvula aórtica deformada con regurgitación aórtica de grado moderado a severo, cavidades derechas normales, regurgitación tricuspídea, pericardio normal sin evidencia de derrame. Se toman muestras para hemocultivos (4 frascos para aerobios, anaerobios y germen atípico) resultando negativos, Al examen físico se aprecia soplo holosistólico grado II en foco aórtico, de reciente aparición, estableciéndose inicio de ATB con Vancomicina + Gentamicina, siendo valorado por parte de cirugía cardiovascular, determinando indicación de reemplazo valvular aórtico, por lo cual paciente es referido a otro centro de salud para resolución quirúrgica siendo sometido a acto quirúrgico, sin embargo, fallece en el postoperatorio mediato a causa de TV.