

CASO CLÍNICO 1

IZAN BALLESTEROS MIRALLES

Nº EXP: 1492

APROBADO POR: DRA. MAR MASIÀ

MOTIVO DE ATENCIÓN

Paciente varón de 65 acude por **FIEBRE**

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

- No RAM.
- HTA, DLP, DM TIPO2. Obesidad. Barrera idiomática (ruso)
- Exfumador desde hace 8 años (consumo acumulado de unos 50 a/p)
- Antecedentes de crisis hipertensiva en 2015
- Intervenciones quirúrgicas previas: hernia inguinal, litotimia, cataratas

ENFERMEDAD ACTUAL

Varón de 65 años que acude a Urgencias por **picos febriles elevados** (de **hasta 39-40°C**) cada 5 horas (ceden 5h con paracetamol y vuelven), de dos semanas de evolución. Hace una semana acudió a su médico de cabecera, quien pautó cefuroxima 500mg y antitérmicos, sin mejoría (incluso la familiar refiere empeoramiento, con fiebre más alta).

No asocia tos, ni mocos, ni dolor torácico. No síndrome miccional, ni cambios en el color/olor orina. No náusea, ni vómitos, ni cambios en el hábito intestinal.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Tª: 38°C TA: 113/76 mmHg FC: 93 ppm

Faringe hiperémica, amígdalas hipertróficas sin exudados, lengua seca, no aspecto de boca séptica. No se palpan adenopatías cervicales. No signos meníngicos. Adenopatía inguinal derecha de 4 cm. Resto de exploración sin hallazgos significativos

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

• **Análisis sanguíneo:** Glucosa 166, Urea 27, Creatinina 0.76, Perfil hepático dentro de rango de la normalidad, Procalcitonina 0.36, **PCR 110.2**

Hemograma: Hemoglobina 10.7, hto 33.6%, leucocitos 2610, neutrófilos 79%, plaquetas 78.000.

Coagulación: I. Quick 66%, INR 1.3

• Gasometría venosa: pH 7,357 pCO₂ 50,9 mmHg pO₂ 16,9 mmHg Bicarbonato 28,6; lactato 3,4 mmol/L

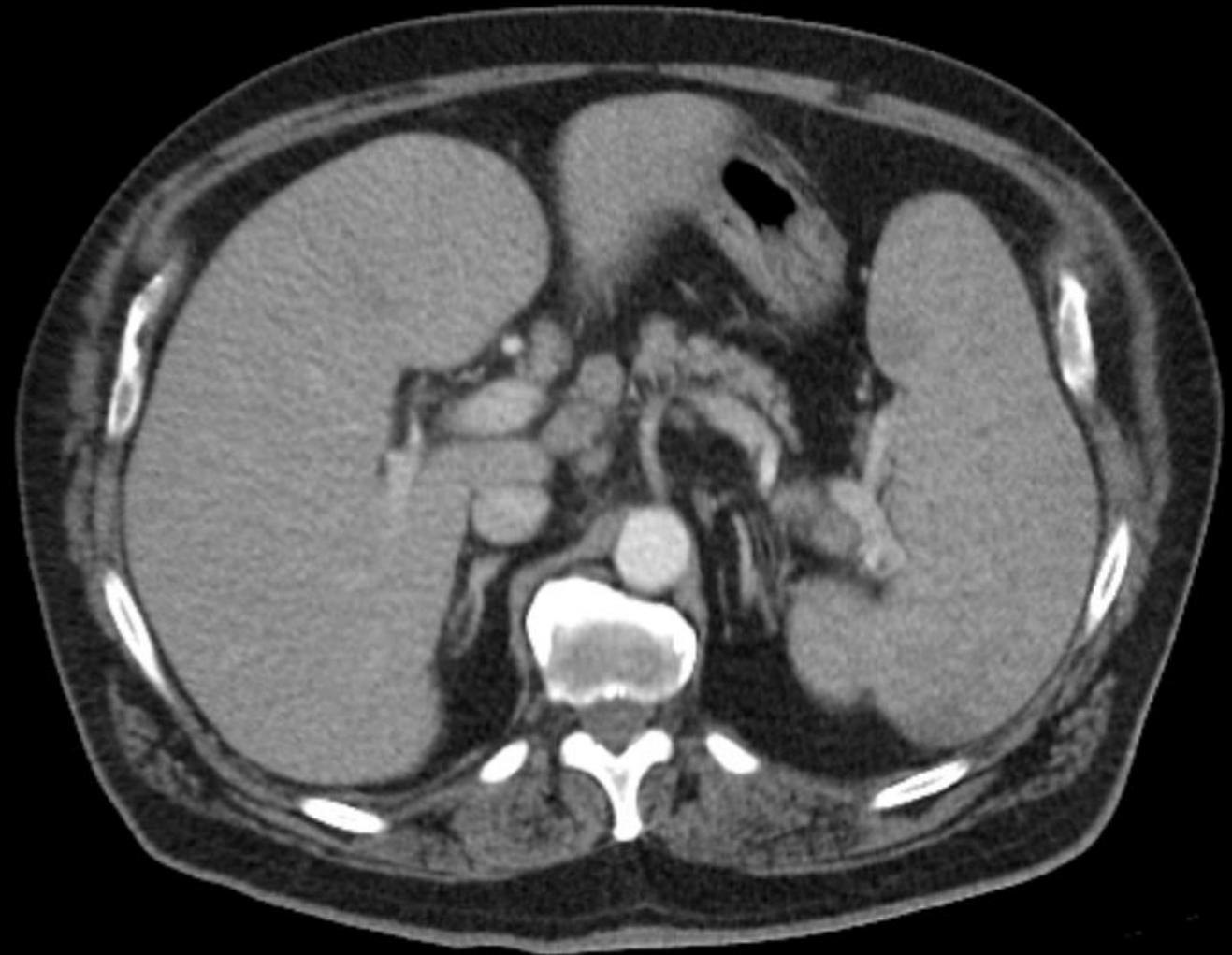
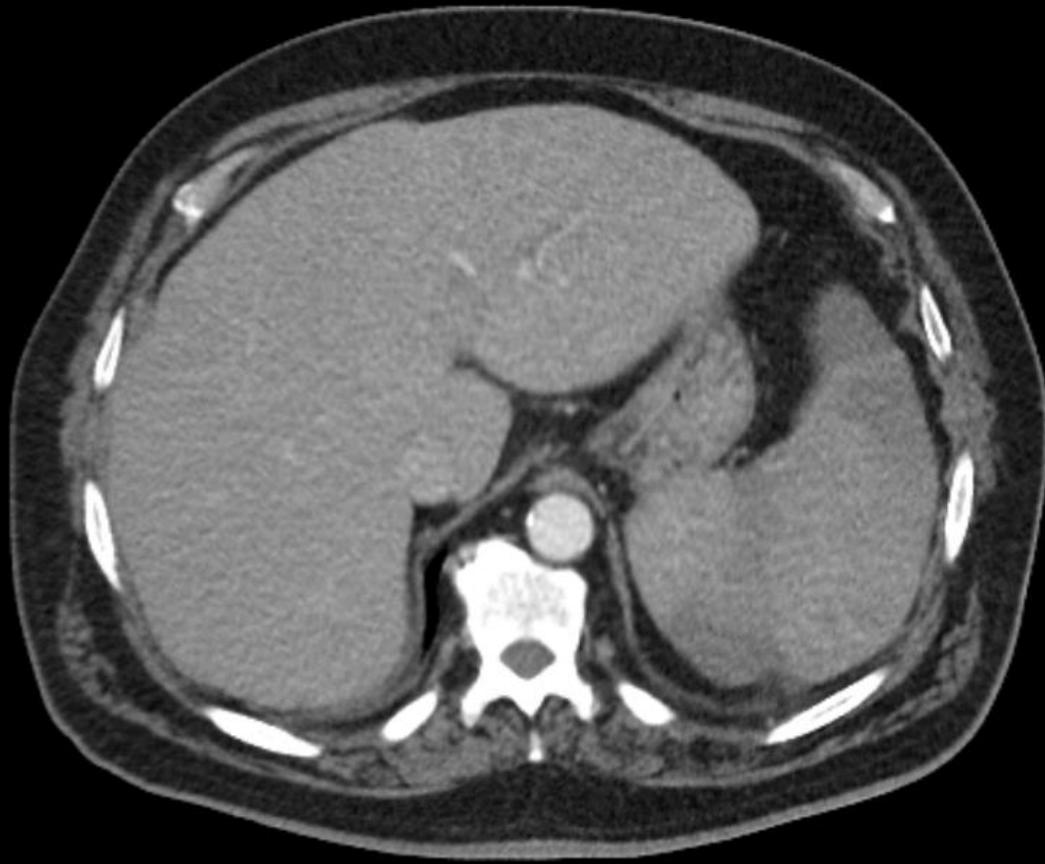
• Análisis orina: Sedimento 2-3 hemáticas/campo 2-3 leucocitos/campo

- ▶ **RX TORAX:** hilios engrosados, dudosos nódulos pulmonares milimétricos bibasales.
- ▶ **ECOGRAFÍA ABDOMINAL:** imágenes nodulares **probablemente adenopáticas** en hilio hepático, de tamaño aproximado de 33x14mm y 20mm. Hepatomegalia. Vesícula distendida, sin signos inflamatorios en la actualidad, alitiásica. Colédoco dentro de la normalidad. Páncreas de morfología conservada en esta exploración. **Bazo aumentado de volumen** hasta 170mm. Conclusión: **hepatoesplenomegalia y adenopatías** en hilio hepático
- ▶ Ecocardiografía: función diastólica con relajación alterada. Cava inferior dilatada con buen colapso inspiratorio. Resto normal.

▶ **DATOS MICROBIOLÓGICOS:**

- ▶ . GRIPE: negativa
- ▶ •HC x2: negativos tras 48 horas de incubación.
- ▶ •**Serologías:**
- ▶ -->**Positivas** para: CMV IgG; VEB IgG
- ▶ -->**Negativos** para: VIH 1+2, **Leishmania**, Parvovirus B19 (IgG e IgM), HbsAg VHB; Ac anti-HBc VHB; VHC, CMV IgM; anticuerpos T pallidum, Brucella.
- ▶ •Mantoux y QUANTIFERON: negativos

TAC TORACOABDOMINOPÉLVICO



TAC: corte cervical



TAC: corte pélvico



DIAGNÓSTICO

- **Sospecha de LINFOMA vs proceso mieloproliferativo.** En TAC toracoabdominopélvico se aprecia hepatoesplenomegalia con múltiples adenopatías cervicales, mesentéricas e inguinales. Bazo con hipodensidades parcheadas sugestivas de infarto.
- Finalmente, se realizó biopsia de adenopatía inguinal, confirmando por Anatomía Patológica el diagnóstico de **Enfermedad de Castleman multicéntrica.**
- La Enfermedad de Castleman se caracteriza por una hiperplasia del tejido linfático de carácter benigno. Puede debilitar el sistema inmunitario y causar infecciones, fiebre, pérdida de peso, fatiga, sudores nocturnos y anemia. Se asocia a VHH-8 (mayor asociación en pacientes VIH+, 40-50% en pacientes VIH -). En este caso la serología de VH8 fue negativa. Puede degenerar en un linfoma.

