

CASO CLÍNICO SADEMI: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUERTO REAL

Mujer de 23 años que como antecedentes personales de interés presenta hipotiroidismo en tratamiento con Eutirox 25 mg. Acude al SUH por fiebre de hasta 39°C de una semana de evolución asociado a odinofagia, adenopatías laterocervicales y en región axilar izquierda, epigastralgia y vómitos de contenido alimenticio. La exploración física fue normal, salvo la presencia de conglomerado adenopático en región laterocervical izquierda blandas y rodaderas. Niega tos ni expectoración. Orinas colúricas sin clínica miccional. Niega viaje al extranjero ni contacto con animales. Convivientes sin clínica de interés. En la analítica del servicio de urgencias destaca anemia hiporregenerativa con leucopenia y plaquetopenia con PCR 223 y PCT 1.2, asociando LDH 1367 con leve hipertransaminasemia sin patrón colestásico. Antigenuria para neumococo negativa y ag covid negativo. Radiografía de tórax sin objetivarse consolidaciones. Ante los resultados analíticos y la clínica de la paciente se decidió ingreso en Enfermedades infecciosas por fiebre de origen desconocido a estudio.

Durante su ingreso se realizaron analíticas diarias donde destaca intensa anemia hiporregenerativa con pancitopenia (Hb 11 → 8 g/dl; plaquetas 97.000 → 87.000), con RFA en descenso (PCR 223 → 16; PCT N; LDH 1367 → 595), así como leve normalización de la hipertransaminasemia. Hemocultivos y urocultivo con resultados negativos. Serología negativa para VIH, VHB VHC, Parvovirus B19, Borrelia, Coxiella y treponema pallidum aunque positiva para VEB EBNA e IgGCMV. Inmunología normal para IgG, IgM e IgA. Autoinmunidad con FR negativo, ANA positivo (1/160) y ENA negativo. C3 y C4 normal. Tc de cuello, tórax y abdomen donde destacan adenopatías laterocervicales bilaterales axilares y retropectorales izquierdas sospechas, la mayor de unos 12 mm por lo que se recomienda la realización de biopsia-escisión de ganglio de la región axilar izquierda. Dado que la paciente tras siete días de estancia hospitalaria permaneciendo asintomática y con normalización de reactantes de fase aguda sin necesidad de antibioterapia se decidió alta hospitalaria pendiente de biopsia-escisión de ganglio axilar con ácido fólico como tratamiento domiciliario.

24 horas tras el alta hospitalaria la paciente vuelve al servicio de urgencias por presentar en domicilio cuadro presincojal junto a aparición de fiebre de hasta 39°C sin otra clínica de interés. En la analítica de urgencias se vuelve a objetivar aumento de RFA (PCR 16 → 200; PCT 27) y se decide de nuevo el ingreso a cargo de Medicina Interna. En dicho servicio se decide iniciar antibioterapia de amplio espectro (piperacilina/tazobactam) dado el antecedente de hospitalización. Se extrajeron hemocultivos y urocultivos con resultados negativos y se decidió adelantar la biopsia. Previo a la realización de la biopsia presentó varios episodios de dolor centrotorácico opresivo asociado a bradicardia sinusal a 42 lpm y movilización de troponinas (en torno a 200), por lo que fue valorada por la UCI que recomendó la realización de Ecocardiografía y RMN cardiaca donde se objetivó ventrículo izquierdo ligeramente dilatado con función sistólica biventricular preservada sin signos de inflamación activa pericárdica ni miocárdica. Posteriormente se realizó la biopsia-escisión de ganglio axilar con estos resultados:

- Descripción microscópica: Las secciones histológicas de los ganglios de mayor tamaño muestran un patrón de hiperplasia paracortical sin otros hallazgos destacables. El ganglio de menor tamaño muestra arquitectura preservada

aunque distorsionada a expensas de un agregado polimorfo donde se identifican inmunoblastos (puestos de manifiesto con CD30, que no coexpresan CD15, fascinina, PAX5 ni EMA), depósitos eosinofílicos granulares y abundante cariorexis. Se observa un fondo acompañante de macrófagos con CD68, algunos con núcleos arriñonados, dispersos, que no forman granulomas, de mayor densidad en el agregado de inmunoblastos. Existen abundantes células linfoides acompañantes tanto B como T, con un ligero predominio de T CD8 sobre T CD4. No se identifica necrosis.

- Técnicas de inmunohistoquímica: Negativo para VEB (LMP1) y CMV. Ki 67 donde destacan los centros germinales con polarización conservada así como el agregado de inmunoblastos donde se pone de manifiesto una población acompañante de células dendríticas foliculares.