

## Donde caben tres, caben cuatro: abordaje diagnóstico-terapéutico de complicaciones agudas en el paciente pluripatológico complejo

Joan Sanchis-Sanchis, Ángela Botella-Zaragoza, María Andreo-Galera, Cristina Bas-Reina, Antonia Mora-Rufete  
Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante). España

Recibido: 01/03/2020

Aceptado: 01/03/2020

En línea: 31/03/2020

**Citar como:** Sanchis-Sanchis J, Botella-Zaragoza Á, Andreo-Galera M, Bas-Reina C, Mora-Rufete A. Donde caben tres, caben cuatro: abordaje diagnóstico-terapéutico de complicaciones agudas en el paciente pluripatológico complejo. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 29-30. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a11.

**Cite this as:** Sanchis-Sanchis J, Botella-Zaragoza Á, Andreo-Galera M, Bas-Reina C, Mora-Rufete A. Where three fit, four fit: diagnostic-therapeutic approach of acute complications in the complex pluripathological patient. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2020 (Mar); 5(Supl 1): 29-30. doi: 10.32818/reccmi.a5s1a11.

**Autor para correspondencia:** Joan Sanchis-Sanchis. [joan.alaquas@gmail.com](mailto:joan.alaquas@gmail.com)

### Palabras clave

- ▷ Pluripatológico
- ▷ Anemización

### Keywords

- ▷ Pluripathological (multi-pathological)
- ▷ Anemization

### Resumen

Se presenta el caso de un hombre con pluripatología de 81 años, diagnosticado de cardiopatía isquémica crónica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, anemia crónica, hipertensión arterial y diabetes, que acudió a la consulta por astenia y aumento de disnea, y en el que se descubrió una anemización aguda. Por este motivo, ingresó para estudio, con nuevos hallazgos inesperados.

### Abstract

*We present a multi-pathological 81-year-old man diagnosed with chronic ischemic cardiomyopathy, chronic heart failure, atrial fibrillation, chronic obstructive pulmonary disease, chronic anemia, arterial hypertension and diabetes. He came with asthenia and increased breathlessness and we realize a new anemization. During his stay in hospital we get unexpected findings.*

### Puntos destacados

- ▷ Para el abordaje clínico del paciente pluripatológico complejo, es necesaria una valoración integral y una visión global, debido a las múltiples complicaciones que se pueden presentar, en ocasiones de forma simultánea como en nuestro caso.
- ▷ Un deterioro agudo debe hacer sospechar la posible aparición de una nueva complicación añadida a la pluripatología.

## Introducción

El paciente pluripatológico complejo implica un desafío constante para el clínico, puesto que es bien conocido que la comorbilidad se asocia con mayor morbimortalidad<sup>1</sup>. Por ello, resulta fundamental mantener constantemente una visión global del paciente, contemplando la posibilidad de que aparezca una nueva condición patológica que comprometa la situación de éste. En el presente caso, se describe la aparición de una neoplasia que descompensa el delicado equilibrio de las comorbilidades del paciente.

## Historia clínica: antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Hombre de 81 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de cardiopatía isquémica crónica en tratamiento con atorvastatina 40 mg

y ácido acetilsalicílico 100 mg, fibrilación auricular permanente anticoagulada con rivaroxabán, insuficiencia cardíaca congestiva con fracción de eyección preservada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) estadio moderado en tratamiento con indacaterol/glicopirronio, anemia crónica multifactorial, arteriopatía periférica con amputación transmetatarsiana derecha, hipertensión arterial en tratamiento con ramipril, y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina. Fumador activo desde los 20 años (con un consumo acumulado de 120 paquetes/año) y consumidor de aproximadamente 5 g de alcohol diarios (consumo moderado). Su situación basal era de independencia para las actividades básicas de la vida diaria. Vivía solo, ya que su esposa vivía en residencia y sus hijos en otra comunidad. No deterioro cognitivo. Trabajó como albañil hasta su jubilación.

Acudía a la consulta por empeoramiento de su disnea basal de esfuerzos moderados (NYHA 2, clase 2 mMRC) a mínimos (NYHA 3, clase 3-4 mMRC), junto con aumento de edemas en miembros inferiores y leve aumento de tos, sin cambios en la expectoración habitual ni dolor torácico. Refería también astenia moderada de varias semanas de evolución. No clínica digestiva ni cambios en hábito deposicional ni en aspecto de las deposiciones.

En la exploración física, el paciente presentaba tensión arterial de 110/55 mmHg, temperatura de 36 °C, frecuencia cardíaca de 90 lpm, SaO<sub>2</sub> 93% y palidez mucocutánea. Auscultación cardíaca arritmica, sin soplos audibles. A la auscultación pulmonar, destacaba hipoventilación en ambas bases con crepitantes. Abdomen: anodino. Edemas leves en miembros inferiores. Tacto rectal sin observar restos hemáticos o melánicos.

## Pruebas complementarias

Se efectuó analítica sanguínea, en la que destacaba hemoglobina 6,8 g/dl, hematocrito 29% (35-50), velocidad corpuscular media (VCM) 86 fl, hemoglobina corpuscular media (HCM) 30 g/dl (30-37), sin leucocitosis, con 637.000 plaquetas/ $\mu$ l, creatinina 0,9 mg/dl (0,7-1,25), proteína C reactiva 80 mg/l, NT-proBNP 4.260 pg/ml, hierro 40  $\mu$ g/dl y ferritina 600 ng/ml. En la radiografía de tórax, se observaban signos de congestión vascular con pinzamiento de ambos senos costofrénicos. Se decidió ingreso en Medicina Interna, con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca descompensada por agudización de anemia crónica.

A su ingreso, se solicitó estudio de anemia con sangre oculta en heces, que resultó positiva; niveles de vitamina B<sub>12</sub> y folato sin alteraciones, así como niveles de haptoglobina, bilirrubina y lactato deshidrogenasa, con resultado normal. No se visualizaron alteraciones morfológicas en sangre periférica y los niveles de reticulocitos eran de 1,4% (0,8-2,3). Tras ello, se completó el estudio con endoscopias, mostrando gastritis crónica de la que se obtuvieron biopsias, además de angiodisplasias en colon ascendente, alguna de ellas con signos de sangrado reciente, que se coagularon con argón.

En la tomografía computarizada (TC) toracoabdominopélvica, se objetivaba una masa en lóbulo superior derecho, con masas a nivel peritoneal en probable relación con carcinomatosis peritoneal y lesión suprarrenal izquierda, siendo el diagnóstico de sospecha el de neoplasia pulmonar con afectación metastásica (Figura 1). Contemplando esta posibilidad, se realizó una fibrobroncoscopia, en la que se observó un engrosamiento bronquial en segmento 2 derecho, que no permitía avanzar el broncoscopio. Se extrajo muestra con cepillado, así como aspirado y lavado broncoalveolar. Los resultados de la biopsia gástrica fueron inespecíficos, mientras que una de las muestras enviadas para citología del lavado broncoalveolar resultó positiva para células neoplásicas, sin poder especificar tipo histológico. Por este motivo, se decidió programar una biopsia guiada por ecografía de la masa peritoneal.



**Figura 1.** Masa pulmonar espiculada asociada a fino tracto fibroso, con área de necrosis central, de 3 cm de eje mayor en el lóbulo superior derecho. Placas pleurales calcificadas bilaterales, de predominio en la pleura diafragmática

## Evolución

Desde su llegada a planta de hospitalización, el paciente recibió dos unidades de concentrados de hematíes al inicio, así como suplementación férrica in-

travenosa y tratamiento deplectivo por la clínica congestiva que presentaba, con mejoría significativa, sin nuevos episodios de anemia. Dada la alta comorbilidad, el sangrado reciente y la situación de fragilidad y bajo apoyo social, se calculó el riesgo hemorrágico (HEMORR<sub>2</sub>HAGES: 5; 12,3% de riesgo de evento hemorrágico) y embólico (CHADS<sub>2</sub>-VASc: 5; 6,7% de riesgo de evento embólico), por lo que se consensuó con el paciente la suspensión de la anticoagulación. Dada la estabilidad mantenida, se decidió el alta hospitalaria y se citó a las 4 semanas en consulta.

Se informó el resultado de la biopsia de las masas retroperitoneales compatibles con mesotelioma maligno de estirpe epitelioide. Tras presentarse el caso en el Comité de Tumores Torácicos, se decidió tratamiento por el Servicio de Oncología Médica. Finalmente, el paciente, tras ser informado, desestimó el tratamiento quimioterápico, por lo que se iniciaron medidas terapéuticas de tipo sintomático únicamente. A los 2 meses, el paciente reingresó por hemoptisis masiva, con resultado de *exitus*.

## Diagnósticos

- Mesotelioma maligno de estirpe epitelioide con afectación metastásica.
- Anemia crónica multifactorial agudizada por sangrado digestivo secundario a angiodisplasias colónicas.
- Insuficiencia cardíaca descompensada secundaria.

## Discusión y conclusiones

El mesotelioma pulmonar maligno se considera una neoplasia infrecuente, con una tasa de incidencia nacional de 0,35/100.000 habitantes/año. Es mucho mayor en pacientes con largas exposiciones a asbesto, como sería el caso de nuestro paciente, albañil de profesión (en el 70% de los casos de mesotelioma se encuentra documentada esta exposición)<sup>2</sup>. Tiene un curso insidioso, relacionándose con un mal pronóstico debido a que frecuentemente se diagnostica en estadios avanzados, con alta carga de enfermedad a nivel local y a distancia<sup>3,4</sup>.

Este difícil diagnóstico, relacionado con su aparición y progresión silente, se ve todavía más dificultado cuando se trata de pacientes con alta comorbilidad, como es el caso del paciente pluripatológico complejo. Por ello, resulta imprescindible el abordaje global de este tipo de pacientes, manteniendo amplitud de miras durante todo el proceso asistencial, recordando siempre que donde caben tres, caben cuatro.

## Bibliografía

1. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. Arch Intern Med. 2002; 162(20): 2269-2276. doi:10.1001/archinte.162.20.2269.
2. Husain AN, Colby TV, Ordóñez NG, Allen TC, Attanoos RL, Beasley MB, et al. Guidelines for pathologic diagnosis of malignant mesothelioma 2017 update of the consensus statement from the International Mesothelioma Interest Group. Arch Pathol Lab Med. 2018; 142(1): 89-108. doi: 10.5858/arpa.2017-0124-RA.
3. Robinson BW, Lake RA. Advances in malignant mesothelioma. N Engl J Med. 2005; 353(15): 1591-1603. doi: 10.1056/NEJMra050152.
4. Roggli VL, Sharma A, Butnor KJ, Sporn T, Vollmer RT. Malignant mesothelioma and occupational exposure to asbestos: a clinicopathological correlation of 1445 cases. Ultrastruct Pathol. 2002 Mar-Apr; 26(2): 55-65. doi: 10.1080/01913120252959227.