



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

REUNION ANATOMO - CLINICA N°2I.- RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

a. Anamnesis: Paciente de 59 años, de sexo masculino que ingresa en muy malas condiciones, quien pocos días antes presenta tos con desgarramiento purulento, fiebre, decaimiento y polipnea.

Al examen de ingreso: consciente, angustiado, regular estado nutritivo, piel con acné y eritema macular, pulso 136 por minutos, regular. Pr. art. 150/90, cianosis leve, febril, hidratado, polipnea intensa 40 por minuto. Pulmones con signos de condensación y derrame en 2/3 inferiores izquierdos. Corazón: RR en 2 T. Taquicardia sin soplos. Abdomen blando, depresible. Hígado en inspiración a 1 1/2 cm. y bazo (-). Extremidades sin signos de flebotrombosis.

Exámenes: Hemograma: G.R. 3.150.000. Hb 8 gr%. Hcto. 25%. Eritroblastos ortocromáticos 1%. Reticulocitos 3,7%. Gl. blancos 16.000. ( 0-1-3-5-23-56-8-4 ). Anisocitosis, poiquilocitosis leve. Microesferocitosis: leve; microcitosis moderada. VHS 120/152.

Cultivo: desarrollo de Klebsiella y abundante estreptococcus viridans y Neisseria catarrhalis.

<u>Gases</u>	Sin O2	2 1/2 litro O2
PO2	80	90
Sat O2	88	93
pH	7.05	7.12
PCO2	13.2	23
HC03 St	7.8	10
HC03 Actual	3.5	7.2
Base E	- 27,5	- 21,5

Uremia: 4,37 gr% - Glicemia 1,40 gr%. ECG Taquicardia sinusal.

Rx. torax: Se observan sombras irregularmente confluentes pulmonar derecha. En un 2° control no hay variaciones significativas.

Anamnesis remota: El paciente estuvo hospitalizado en este Servicio desde 4-IV-70 al 30-V-70. En esa oportunidad ingresó con una historia de fiebre, astenia, tromboflebitis migratoria en ambas extremidades inferiores y en la superior derecha, y tos productiva mucopurulenta.

El examen físico mostró un enfermo grave, febril con 39° C. P.A. 110/70 derrame basal bilateral. Flebitis brazo derecho, corazón RR en 2 T. TT. rectal normal. F.O. normal que un mes después muestra una pequeña hemorragia en pincel en O.D.

Desde le punto de vista del laboratorio lo más significativo fué:

- 1° Compromiso renal con uremia que evolucionaron desde 1,97 grs% a 0.60 grs%, acidosis metabólica grave, protéinuria que fluctuó entre 1,63 gr% a 0.16 grs%. Sedimentos urinarios alterados con hematuria microscópica importante, leucocitaria y cilindros granulosos escasos. No se demostró infección urinaria. El clearance de Creatinina estaba reducido al 44% de lo normal.
- 2° Compromiso pulmonar en que radiologicamente se detectan derrames pleurales bilaterales y positividad a Klebsiella en el cultivo de desgarró.
- 3° Compromiso hematológico con: VHS extremadamente altas que variaron con el tratamiento de 150 a 96 mm en una hora. Anemia sin claros signos regenerativos del orden de 7 a 9 gr. de Hb; ausencia de leucocitosis; en el período de su neumopatía existía una importante desviación a izquierda. Además positividad +++ en las células de Lupus durante todo el curso de su hospitalización. En el mielograma se visualizan masas amorfas eosinofílicas.

Fue tratado con Gentamicina por su infección respiratoria, Prednisona y anticoagulantes por el compromiso de tromboflebitis.

El tratamiento esterooidal logró una mejoría del estado general, hizo caer la fiebre que persistió después de tratada la neumopatía y disminución evidente de los derrames pleurales. En el laboratorio se anotó baja de VHS a 96 mm, la uremia a 0.71 gr% y disminución en cantidad de las células de Lupus. La anemia no tuvo mayores variaciones. Fué dado de alta con los diagnósticos de: L.E.D. A. Neumopatías aguda bilateral, Flebotrombosis de brazo derecho.

El enfermo fué controlado en Policlínico hasta 5 meses antes de su ingreso actual.

Durante el año 1970 se mantuvo afebril, sin aumento del derrame pleural con cifras de Hb de 9 gr% y uremias entre 1,14 grs% y 0.70 gr%. La VHS fue persistentemente alta ( 120 a 140 mm ). Se mantuvo con prednisona en dosis promedio de 10 mg/día y se suspendió el tratamiento anticoagulante.

En Marzo 1971 estando en buenas condiciones y con ascenso de peso de 8 kgs. ( con moderado edema de pies ) el Laboratorio mostraba:

Hemograma: G.R. 4.400.000. Hb 12,25 grs%. G. Bl. 11.600  
(0-1-0-0-6-52-30-11). VHS 51/99.

Sedimento urinario: albuminuria 3,12 grs%. Celulas polig. y redondas regular cantidad. Gl. de pus 60 a 80 por campo. Gl. rojos 100-120 por campo. Cilindros hialinos y granulosos escasos.

Rx.tx. no se observan derrames. Campos pulmonares libres.

En Abril 1971, Sedimento urinario: albuminuria 3,9 gr%. rojos 4-5- por campo. Leucocitos (-). Piocitos 30 por campo. Cilindros cereos, granulosos, piocitarios,

hialinos escasos. Gotas de grasa: escasas. Colesterolemia 304 mgrs%.

E.F.P. Proteina total 45 g. lt. Albúmina 29,3% Alfa I: 5,8. Alfa II: 21,2; Beta: 13,9. Gamma: 29,8 VHS 72/110

Hemograma: Gl. rojos 3.750.000. Hb 10 gr. Hcto. 31%. Gl. bl. (0-0-0-0-2-64-20-13).

Desde principios de V-70 se pierde de control hasta su ingreso. Estaba recibiendo dosis de Prednisona bajas, pero que no especifica.

b. Evolución y tratamiento: Su corta estadía permitió comprobar anuria. Se trató con antibióticos ( Penicilina, Dicloxacilina y Ampicilina, Prednisona y Bimetasona y soluciones parenterales de NaHCO<sub>3</sub> y gluconato de calcio.

En conocimiento de la cifra de uremia y la intensa acidosis y la presencia de anuria se instala diálisis peritoneal, pero el enfermo fallece antes de completar el primer baño.

## II.- COMENTARIO CLINICO

Se trata el caso de un paciente de 51 años, sexo masculino, cuya enfermedad cursó durante 15 meses a contar de su primera consulta.

El diagnóstico de Lupus Eritematoso diseminado, a pesar de tratarse de un hombre, encuentra hechos en que sustentarse. En el primer ingreso destacaba una historia de decaimiento y compromiso del estado general con fiebre y tromboflebitis migratoria. Sin embargo es necesario señalar la ausencia de sintomatología articular en la historia y de esplenomegalia en el examen físico.

El laboratorio demostró el compromiso renal, habitual de encontrar en dos tercios de este tipo de enfermos.

Existía retención nitrogenada, acidosis metabólica, proteinuria, hematuria importante, leucocituria y cilindruria con disminución de la filtración glomerular en ausencia de infección urinaria.

Este compromiso señala que la cuantía del compromiso renal y especialmente glomerular era de trascendencia, sirviendo desde ya como un índice de pronóstico desfavorable.

En el aspecto hematológico no se describió púrpura ni plaquetopenia, pero lo positivo y concordante con el diagnóstico fué: VHS muy altas con anemia más que moderada con tendencia a la leucopenia, aún en presencia de infección. El hallazgo de células de lupus intensamente positivas en forma repetida y la presencia de masas amorfas en el mielograma, que aunque no son de absoluta especificidad, marcan un argumento muy importante a favor del diagnóstico.

En el aspecto pulmonar, hay que distinguir en esa hospitalización la presencia de una neumopatía aguda a Klebsiella, complicación frecuente en el curso de un lupus eritematoso, y la presencia de derrames pleurales pertenecientes al cuadro de poliserositis propio de la enfermedad de mesenquima.

Además de estas consideraciones la buena respuesta terapéutica a los corticoides, con mejoría subjetiva y de algunos índices de laboratorio, hacen valedera la hipótesis de un lupus eritematoso diseminado.

Durante la etapa de control ambulatorio el paciente mostró mejoría, pero es preciso señalar que permanentemente el laboratorio mostró índice de actividad del proceso. Fue así como la VHS nunca descendió a niveles aceptables manteniéndose sobre 90 mm a la hora. La uremia alcanzó a bajar a 0,70 gr%, pero manteniéndose la albuminuria y hematuria.

Lo que parece discutible es haber mantenido al paciente con dosis muy bajas de Prednisona ( entre 7,5 y 10 mg/día ), ya que en la experiencia de algunos autores, Pollak entre ellos, se señala la ventaja en tiempo de sobrevida al usar dosis mayores.

En Abril 1971 aparece un síndrome nefrótico con hipoalbuminemia e hiperalfa 2 y gamaglobulinemia, proteinuria de 3.9 gr% e hipercolesterolemia. Por lo demás la presencia de un síndrome nefrótico en un lupus eritematoso diseminado, persistentemente activo y que ya había demostrado un severo compromiso renal es un hecho frecuente.

De los últimos 5 meses de su vida no existen antecedentes fidedignos, pero pareciera que hubo un agravamiento progresivo hasta llegar a su ingreso. Indudablemente la neumopatía aguda extensa terminal es una explicación pura en el derrumbe renal final.

El compromiso renal del L.E.D. puede ser persistentemente progresivo como en este caso y llevar a la anuria, uremia e insuficiencia renal terminal. Dados los índices actuales de retención ureica de 4,37 gr%. acidosis metabólica extrema y anuria debe postularse que el compromiso glomerular será extenso e intenso, indicando un pronóstico muy ominoso. A pesar de la falta de antecedentes no puede descartarse como un hecho agregado la presencia de una severa infección urinaria, más si se tiene en consideración el terreno propicio de un tratamiento esteroidal en un L.E. de base.

El síndrome leucoeritroblástico de su último hemograma se observa en infecciones severas.

### III.- DIAGNOSTICOS CLINICOS

Lupus eritematoso diseminado  
 Nefropatía lúpica  
 Insuficiencia renal terminal  
 Neumopatía aguda terminal a Klebsiella.

IV.- Estada : 2 días

Médico tratante : Dr. J.M. López

V.- COMENTARIO PRE NECROPSIA : No se tomó

### VI.- RESUMEN DE LA AUTOPSIA Y DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO

Lupus eritematoso diseminado con compromiso preponderante de:  
 Riñones ( glomerulonefritis lúpica acentuada característica )  
 Leve e inespecífico de: bazo, pleura, pericardio, piel.  
 Sepsis aguda.  
 Bronconeumonía aguda leucocitaria hemorrágica, confluyente, extensa bilateral.  
 Hiperplasia esplénica.  
 Hepatitis de tipo tóxico leve.  
 Tumefacción turbia hepática acentuada.  
 Nefritis intersticial difusa.  
 Arterio y arterioloesclerosis con hialinización moderada de vasos renales.  
 Hipertrofia cardiaca global de predominio izquierdo, concéntrica.

### VII.- DIAGNOSTICO ANATOMO CLINICO

Lupus eritematoso diseminado  
 Sepsis terminal



### VIII.- COMENTARIO FINAL ( Dr. S. Vial )

Después de la presentación, discusión clínica y de Necropsia, caben pocos comentarios. Sin embargo vale la pena destacar que este paciente falleció con Insuficiencia renal que se habría manifestado hace poco más de un año. Entonces tenía una filtración glomerular de 62 ml x min. y en el momento de su muerte la Insuficiencia renal coincide con riñones de peso aumentado 300 y 345 grs.

Este lupus se acompañó de un síndrome Nefrótico que se instaló después de su estada en 1970. En alguna serie clínica se destacó como características del síndrome nefrótico del Lupus, la existencia de Lípidos normales; sin embargo este hallazgo parece ser poco frecuente y en este paciente el colesterol era de 304 mg%.

Respecto al tratamiento de este paciente con Lupus es necesario insistir en que él se mantuvo con dosis bajas de Prednisona en circunstancias que la experiencia de otros autores señala dosis de 60 mgr. por lo menos por 6 meses cuando existe una función renal no excesivamente comprometida.

Cuando se llega a las etapas de Insuficiencia renal terminal, el tratamiento es inefectivo o perjudicial algunos autores combinan sustancias alquilantes ("Cloram-busil") ( Ciclofosfamida ) o antimetabolitos ( 6 Mercapto urina o Azotioprina ) con lo que aparentemente obtendrían mejores resultados.

El diagnóstico de lupus en este paciente fué comprobado en Abril de 1970 y se complicó de Neumopatía aguda, Nefropatía que llegó a la Insuficiencia renal y Flebotrombosis. Esta última complicación no es tan rara y en la serie del Dr. Armas se la encontró en alrededor del 14% de los casos.

Tal como fué discutido, el paciente falleció de una sepsis que además comprometió el riñón con focos múltiples supurados. Estas sepsis terminales en enfermedades renales son frecuentes y difíciles de diagnosticar por el estado de los pacientes y por la hipotermia del síndrome urémico, sin embargo deben ser debidamente considerados en el tratamiento de estos enfermos como nos ha demostrado en múltiples ocasiones la autopsia de estos pacientes.