

Home de 67 anys que consulta per astènia i dolor lumbar.

### **ANTECEDENTS PATOLÒGICS:**

- FRCV: HTA en tractament amb 3 fàrmacs (furosemida 40mg/d, enalapril 5 mg/d, carvedilol 3'25mg/d).
- Hiperuricèmia.
- Hiperplàsia benigna de pròstata en tractament farmacològic (Tamsulosina 0'4mg/d)
- IQ: Herniorràfia inguinal esquerra.

### **MALALTIA ACTUAL:**

Pacient que trobant-se prèviament bé, refereix que des de fa 4-5 mesos té malestar per sensació d'augment de tamany del coll i de la regió submandibular, que li dificulta la deglució i li produeix ronquera. Concomitantment presenta pèrdua de 10 Kg de pes en 4 mesos i astènia molt marcada (es cansa de parlar). No refereix dispnea, però si presenta tos seca. Algun episodi de febrícula.

En les darreres setmanes apareix dolor lumbar progressiu amb irradiació a cara posterior d'ambdues extremitats inferiors, que li dificulta la deambulació. No alteracions de l'orina ni deposicions.

### **EXPLORACIÓ FÍSICA:**

Constants: FC 104 bpm, TA 101/67 mmHg, Temp 36º C, Sat O<sub>2</sub> 96%, FI O<sub>2</sub> 21%.

Mucoses hidratades. Equimosi a parpella superior dreta i lesions eritematoses a la mucosa oral i dels llavis. Llengua amb lesions blanquinoses de diverses mides i formes. Coll amb dues adenopaties bilaterals d' aproximadament 2 cm de diàmetre, de consistència llisa, no doloroses, superfície regular. Dues adenopaties més inferiors, més petites de mida amb característiques similars. No presenta adenopaties axil·lars ni inguinals. Exploració ORL: no evidència de patologia

ACV: Tons cardíacs rítmics, sense bufos audibles. IJ +. Edemes a EEII fins als genolls. AR: murmuri vesicular conservat a ambdós camps pulmonars amb crepitants bibasals i alguna sibilància aïllada. ABD: Tou i depressible, no dolorós a la palpació. Peristaltisme conservat. No es palpen megàlies ni masses. Cicatriu de 4 cm a regió inguinal esquerra per herniorràfia. NRL: Conscient i orientat. No focalitat neurològica. Reflexes osteotendinosos presents i simètrics. No signes d'irritació meníngea. Marxa normal.

## **EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES:**

**Bioquímica:** Glucosa 90 mg/dL, Urea 34 mg/dL, Creatinina 0'70 mg/dL, Sodi 143 mmol/L, Potassi 4'4 mmol/L, Urat 5'5 mg/dL, Colesterol 181 mg/dL, HDLc 24 mg/dL, LDLc 93 mg/dL, triglicèrids 110 mg/dL, GOT 19 UI/L, GPT 17 UI/L, GGT 15 UI/L, Fosfatasa alcalina 181 UI/L, CK 59 UI/L, Bilirrubina 1'4 mg/dL, Lactat deshidrogenasa 381UI/L, Calci 9'5 mg/dL. Ferro 36 ug/dl. Proteïnes totals 5'6 g/dL, Albúmina 3.3 g/dL. Pro BNP 5.916 pg/ml. PCR 10 mg/L. Complement C3 102 mg/dL, complement C4 37 mg/dL, TSH 2'29 uUI/mL. ANA 1/ 320 nucleolar. Filtrat glomerular 112'5 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>

**Marcadors tumorals:** Ca 19.9 3'2 UI/mL, CEA 1'4 ng/mL, alfa-1 fetoproteïna 2'0 ng/mL, PSA total 3'14 ng/mL. PSA índex 14'01 %.

**Proteïnograma:** albúmina 57'3%, alfa-globulina 5'1%, alfa-2 globulina 13'2%, beta-globulina 11'2%, gammaglobulina 13'2%. Quocient A/G 1'34.

**Hemograma:** Hb 11'8 g/dL, Hematòcrit 35'1%, hematies 4'20. Leucòcits 7700 (Limfòcits 34%, neutròfils 58%). Plaquetes 264000. INR 1'14.

**Rx Tòrax:** discret patró intersticial suggestiu de redistribució vascular. Lleuger embassament pleural bilateral

**ECG:** Ritme sinusal a 75x'. Criteris d'HVE.

**Líquid pleural:** glucosa 139 mg/dL, proteïnes Totals 2.1 gr/dL, pH 7,5, ADA 8.3 UI/L , LDH 139 UI/L. Citologia: negatiu per cèl·lules malignes.

**Ecografia de Coll, tiroides i paratiroides:** tiroides de mida dintre de la normalitat, bores llises i ecoestructura homogènia. S'identifica al lòbul esquerre un únic nòdul, ben delimitat, de composició mixta (sòlida-quística), amb calcificacions grosses i escassa vascularització, de 19x9x19mm (TxApXL) sobre el qual es realitza PAAF. A ambdues cadenes laterocervicals hi ha ganglis més globulosos, moderadament vascularitzats al costat dret, el mes gran de 16x7mm i al costat esquerre de 15x8mm. Es realitza PAAF de l'adenopatia submaxil·lar esquera.

**PAAF submaxil·lar esquerra:** hemàtica, no valorable per al diagnòstic. Repetida: No malignitat.

**PAAF lòbul tiroïdal esquerre:** sense evidència de malignitat.

**RMN coll i regió submandibular:** Sense troballes a destacar a excepció de les adenopaties ja mencionades.

**TAC TORACOABDOMINAL:** Fetge de morfologia i mida normals, sense lesions ocupants d'espai. Pàncrees normal. Melsa, suprarenals i ronyons sense evidència de patologia. Adenopaties mesentèriques calcificades. No hi ha evidència d'altres adenopaties abdominals de mida significativa. Parènquima pulmonar sense evidència de patologia. Moderat vessament pleural bilateral amb lleu atelectàsia posterobasal secundària. Adenopaties mediastíniques subcentimètriques a l'espai prevascular, la més gran pretraquial de 18x9mm. Hemangiomes als hemicossos vertebrals esquerres de D6-D7. Resta d'exploració sense troballes significatives. **CONCLUSIÓ:** moderat vessament pleural bilateral amb atelectàsia posterobasal secundària lleu. Aïllades adenopaties mediastíniques inespecífiques i probablement reactives.

**RMN Columna lumbar:** es descarta estenosi de canal. Discopaties degeneratives lumbar multisegmentaries amb contacte radicular dret a L4-L5 i esquerre a L5-S1.

**Ecocardiografia TT:** Ventricle esquerre amb hipertròfia concèntrica que respecta segments apicals i de predomini septal basal (18mm). S'objectiva hiperrefringència a nivell endocàrdic septal i mitjà. Funció sistòlica lleugerament deprimida (Fracció d'ejecció VI Teichholz del 48%) amb hipocinèsia global, IVT de TSVI > 15. Disfunció diastòlica restrictiva amb E/E' 30. Aurícula esquerra dilatada. Vàlvula mitral lleugerament engruixida amb lleugera regurgitació. Vàlvula aòrtica trivalva, lleugerament esclerosada, sense repercussió funcional. Cavitats dretes no dilatades, VD normocontràctil. IT lleugera que permet estimar HTP 55mmHg. Vena cava inferior lleugerament dilatada amb adequat col·lapse inspiratori. Vessament pleural bilateral. **CONCLUSIONS:** Disfunció diastòlica restrictiva, diagnòstic diferencial MCP-Hipertròfica/MCP-Restrictiva. Disfunció sistòlica lleugera. Hipertensió pulmonar.

**PET:** Crida l'atenció l'existència de diverses lesions lítiques hipermetabòliques localitzades a l'espina de l'escàpula, tercer arc costal dret, i al menys 2 lesions a l'ós ilíac dret (SUV màx: 5g/mL, cresta ilíaca i regió adjacent a l'articulació sacroilíaca), així com també a l'isquion dret; totes elles compatibles amb metàstasi com a primera possibilitat. Imatge dubtosa a l'ós ilíac esquerre (ja que no presenta augment de metabolisme). Hemangiomes als hemicossos vertebrals esquerres de D6-D7.

Es realitza una prova que fou diagnòstica. En les següents 24h i de forma sobtada, el pacient presenta dispnea ràpidament progressiva. Es produeix una aturada cardiorespiratòria, s'inicien maniobres de reanimació cardiopulmonar avançada sense èxit i el pacient és èxitus. Es realitza estudi necròptic.