

Grupo 6B

Integrantes: Ana Maldonado Muñoz, Laura Mancilla Pérez, José María Manzano Hernández, Inés Marín Burdallo, Silvia Sofía Marina Urriola, Francisco Márquez Borrueco, Alba Martín Hernández, Marta Martínez Arredondo, Alejandro José Martínez García, María Luisa Martínez Jiménez, Cristina Martínez Martínez, Andrea Martínez Rodríguez, Paola Masetti Zannini.

PROCESO DE REALIZACIÓN DEL PÓSTER.

Anamnesis y Exploración

Una vez se nos planteó el caso clínico que debíamos resolver comenzamos realizando una buena anamnesis del paciente con la finalidad de llegar a un mejor diagnóstico e indagar en las tres principales causas por las que acudió a consulta: **disnea, ortopnea y edemas**. Para ello realizamos preguntas sobre el posible origen, momento de aparición, cómo afecta en su vida diaria, si cesan en algún momento. Además, dado que contamos con parte de su historial clínico tuvimos presente que el paciente presentaba de base la enfermedad de FIBROSIS QUÍSTICA, enfermedad hereditaria que cursa con acumulación de moco en pulmones y páncreas. Por ello tuvimos en cuenta en el momento de la consulta que el paciente había sufrido recientemente una insuficiencia pancreática y que seguía teniendo una colonización bronquial por *Pseudomonas Aeruginosa* e infección por *Achromobacter Xylosoxidans* y *Scedosporium Apiospermum*.

Una vez que tenemos hechas estas observaciones y hemos organizado la anamnesis completa del paciente pasamos a la exploración física con la finalidad de conocer mejor los síntomas y comenzar a orientar el diagnóstico y la realización de pruebas complementarias. Para ello hicimos una exploración sistémica y organizada, primero general y posteriormente centrada en los problemas que el paciente refería en consulta. Nos pusimos en contacto con el Dr. Antonio Osuna Ortega, quien nos facilitó el resultado de las exploraciones planteadas a nuestro paciente.

La exploración que planteamos fue la siguiente:

1. Exploración general de peso, talla, tensión arterial, etc. vimos que el paciente estaba **desnutrido**, con un IMC muy bajo y palidez de piel y mucosas.
2. Exploramos la disnea y ortopnea que el paciente presenta con una **exploración cardiorrespiratoria**, ya que sabemos que la disnea puede aparecer como consecuencia de una alteración del eje respiratorio o cardíaco. La exploración respiratoria fue bastante normal, teniendo en cuenta la enfermedad de base del paciente (Fibrosis Quística), por tanto, este no era el origen de la disnea. Por ende, dedujimos que la disnea puede estar causada por un **síndrome nefrótico** o por una **insuficiencia cardíaca**.

3. Una vez descartado el origen respiratorio de la disnea, hicimos una **exploración cardiovascular** completa, donde pudimos comprobar que no presentaba soplos, el pulso era normal y no había éxtasis yugular. En resumen todo parecía correcto, lo que se comprobaría más adelante con otras pruebas complementarias.

Tan solo era destacable que el paciente sufría una pequeña hipotensión.

Continuamos con la exploración sin olvidarnos de los **edemas** los cuales eran otro motivo de la consulta, estos se presentaban en los miembros inferiores y las párpabras.

4. Vimos que mostraban un signo de fóvea positivo y que el paciente no presentaba varices en los miembros inferiores.

Realizamos una **exploración abdominal** buscando alguna causa a los problemas **gastrointestinales** que refiere el paciente, ésta resultó normal, sin megalias ni puntos dolorosos. La exploración Física del páncreas (muy limitada por su localización, necesarias pruebas más específicas) también resultó normal.

Por último, realizamos una **exploración renal** puesto que una de las causas de los edemas podría ser un fallo a nivel renal, sin embargo, resultó ser normal de primeras por lo que serán necesarias otras pruebas complementarias más específicas a la exploración para seguir avanzando en el diagnóstico de nuestro paciente.

Diagnóstico y Pruebas Complementarias

Para orientar el diagnóstico, los datos más importantes fueron el motivo de consulta inicial del paciente, la **disnea**, y la presencia de **edemas**. A raíz de esto, concluimos que debía tratarse de una **nefropatía** o una **cardiopatía**.

Para ampliar la información obtenida mediante la exploración física y la anamnesis del paciente utilizamos pruebas complementarias como analíticas de sangre y orina, una ecocardiografía para ver el estado del corazón, una ecografía abdominal y una placa de tórax para comprobar el estado de los pulmones.

La radiografía de tórax y la ecografía abdominal nos permitieron descartar la presencia de tumores o masas extrañas. Con la ecocardiografía no obtuvimos hallazgos significativos por lo que eliminamos patologías que explicaran los edemas y la disnea.

El **análisis de sangre** nos hizo descartar una diabetes, pero reveló que el paciente tenía unos niveles de **albúmina** muy superiores a los normales: 344 mg/24 h (normal < 30 mg/24h), y el **análisis de orina** indicó **proteinuria**: 33159 mg/24 h (normal <150 mg/24 h). Estos datos nos orientaron hacia un posible síndrome nefrótico.

Un punto clave para el diagnóstico ha sido la **proteinuria** que presenta el paciente en la bioquímica de orina, junto con la cantidad de **albúmina** en orina que son muy superiores a lo normal junto con la sintomatología del paciente de edemas y disnea, nos da la indicación de que el paciente presenta un **síndrome nefrótico completo**. El otro punto clave para averiguar qué es lo que produce este síndrome nefrótico son los resultados de la biopsia de la mucosa rectal. Una biopsia de la mucosa rectal ya que es más accesible y menos invasiva que una biopsia renal, por eso fue de elección para el paciente. La biopsia nos da resultados positivos de inmunohistoquímica para un acúmulo de **amiloide de tipo AA**, que se aprecian como escasos depósitos de una sustancia que se tiñe con Rojo Congo y que posee birrefringencia característica verde manzana cuando se observa con luz polarizada. Gracias a todas las pruebas y exámenes mencionados anteriormente, llegamos al diagnóstico de **Amiloidosis secundaria AA con depósito de material amiloide tipo A**.

Tratamiento

No existe un tratamiento específico para ninguna de las formas de amiloidosis. Los principales objetivos son disminuir el estímulo crónico que produce el depósito de amiloide, inhibir la síntesis y la acumulación extracelular de los filamentos proteicos y facilitar la lisis o movilización de los depósitos de amiloide.

En la amiloidosis secundaria AA se produce una aparente recuperación de la función renal al tratar la enfermedad causal. Una de las soluciones sería el trasplante de pulmón para frenar las infecciones frecuentes que pueden estar causando la amiloidosis.

En cuanto al tratamiento sintomático de las afecciones, en la actualidad tanto el uso de hemodiálisis crónica como el trasplante son útiles en el tratamiento final de la amiloidosis renal, mejorando claramente el pronóstico.

Para el tratamiento sintomático de los edemas podemos infundir albúmina, diuréticos, ahorradores de potasio y furosemida.

¿Qué hemos aprendido?

El diagnóstico diferencial necesario para identificar la patología que sufre este paciente ha permitido que ampliemos y apliquemos nuestros conocimientos en patologías cardíacas y renales, así como la utilidad de las pruebas radiológicas, ecográficas y analíticas en la identificación de patologías.

En la realización del póster hemos aprendido en primer lugar cómo abordar un caso clínico desde que un paciente acude a consulta hasta su diagnóstico y tratamiento, siguiendo una organización y unas pautas, de forma que podamos tener nuestras sospechas e ideas claras para así obtener mejores resultados sin necesidad de realizar pruebas innecesarias a nuestro paciente. Hemos comprendido la importancia de la relación entre los distintos órganos y sistemas, y cómo sus patologías pueden estar íntimamente ligadas, nos ha servido para darnos cuenta de que aunque un paciente haya llegado a consulta con unos síntomas concretos finalmente estos no siempre son la causa directa de su patología, por ende hemos aprendido que se debe observar al paciente de forma íntegra. Nos ha servido para darnos cuenta que en un principio se pueden tener muchas sospechas de diagnóstico, pero debemos ir eligiendo pruebas y descartando hasta llegar al diagnóstico final, hemos hecho este proceso de forma coordinada, teniendo en cuenta las distintas opiniones y aportaciones de cada uno de nosotros lo cual es importante para mejorar el trabajo en equipo y la ayuda de unos a otros que en un futuro necesitaremos. Por último, en relación a nuestro caso clínico hemos aprendido cómo diferenciar un síndrome nefrótico de uno nefrítico, qué es la amiloidosis y sus afectaciones en los distintos órganos.