

Varón de 78 años con dolor abdominal y fiebre

Laura Velázquez Ríos-R2 Medicina Interna
Héctor Magro García-R2 Medicina Interna



Hospital Universitario
de Fuenlabrada

Comunidad de Madrid

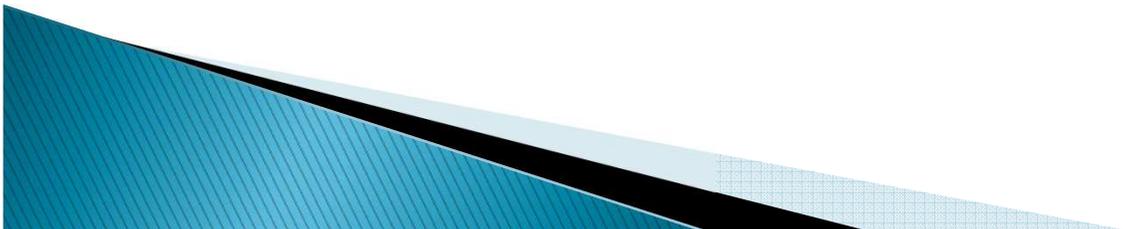
CASO CLÍNICO

- ▶ MOTIVO DE CONSULTA:
 - ▶ Dolor abdominal.
- ▶ ANTECEDENTES PERSONALES:
 - ▶ HTA en tto con IECA y diurético.
 - ▶ DM tipo2 de más de 10 años de evolución, en tto con insulina y ADO.
 - ▶ DL sin tto.
 - ▶ IRC leve-moderada en relación con nefropatía diabética.
 - ▶ Qx: enucleación ojo izquierdo hace 5 años.



CASO CLÍNICO

- ▶ TTO: insulina aspart/aspart protamina, metformina, enalapril–hidroclorotiazida, omeprazol, citalopram.
- ▶ SB: Deambula con bastón por su casa. Limitado por "debilidad" en MMII y disminución de visión. Funciones superiores conservadas.



CASO CLÍNICO

▶ Paciente de 78 años

HACE 2 MESES: ASTENIA
PROGRESIVA

PARESTESIAS en manos, más
en DCHA, EN GUANTE .

Niega sintomatología
similar en MMII.

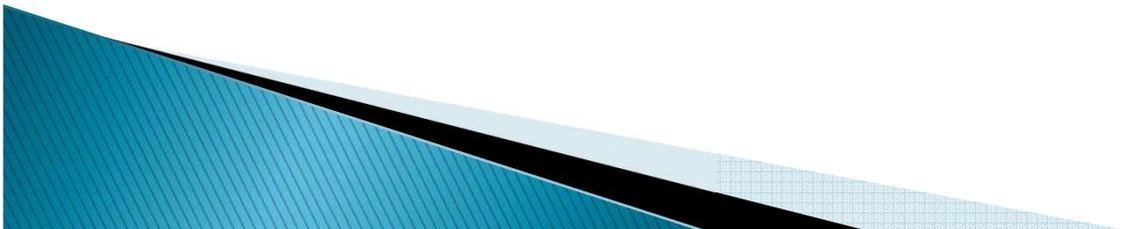
HACE 15 DÍAS:
SENSACIÓN DISTÉRMICA,
SIN FIEBRE
TERMOMETRADA
+
ABDOMEN AGUDO

INGRESA EN CIRUGÍA,
APENDICECTOMÍA

En el campo quirúrgico:
diverticulosis de sigma
no complicada, RESTO
NORMAL.

CASO CLÍNICO

- ▶ Reingresó a los 4 días por:
 - ▶ FIEBRE elevada
 - ▶ DOLOR ABDOMINAL intermitente de predominio derecho
 - ▶ RFA ELEVADOS
 - ▶ ANEMIA DE TTNOS. CRÓNICOS



CASO CLÍNICO

- ▶ Artralgias ocasionales. No artritis.
 - ▶ Cefalea holocreaneal ocasional.
 - ▶ Náuseas ocasionales.
 - ▶ No clínica respiratoria, ni urinaria. No dolor testicular.
- 

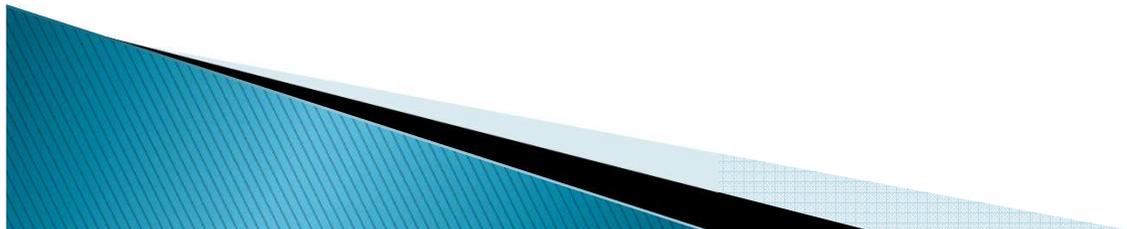
CASO CLÍNICO

- ▶ EXPLORACIÓN FÍSICA:
 - ▶ TA: 130/70. Temperatura 38.6°C.
 - ▶ Palidez cutáneo-mucosa. Eupneico. No lesiones mucosas ni cutáneas.
 - ▶ Auscultación cardiopulmonar: **NORMAL**
 - ▶ Abdomen: blando, depresible, en este momento no doloroso a la palpación profunda, ruidos hidroaéreos normales, no megalias. Herida quirúrgica limpia.
 - ▶ Extremidades: **NORMAL**
 - ▶ Neurológica: **NORMAL**



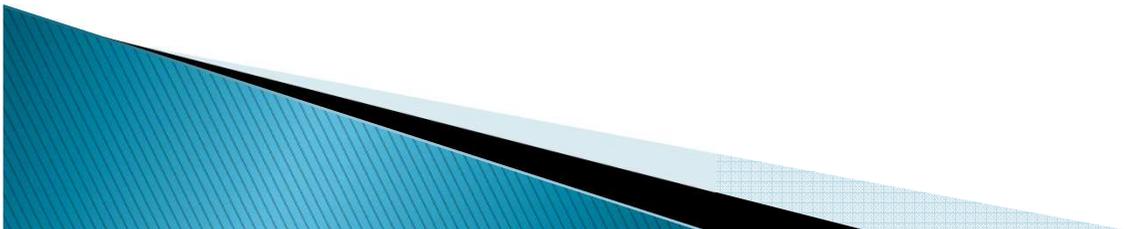
CASO CLÍNICO

- ▶ Hemograma: 20.900 Leucocitos (Neutrófilos 84%), Hb 11 gr/dL, HTO 32%, Plaquetas 249.000.
- ▶ Coagulación: Actividad de Protrombina 86%, INR 1.1, Fibrinógeno 916.
- ▶ BQ: Cr 1.26, Gluc121, Urea 55, PCR 158.



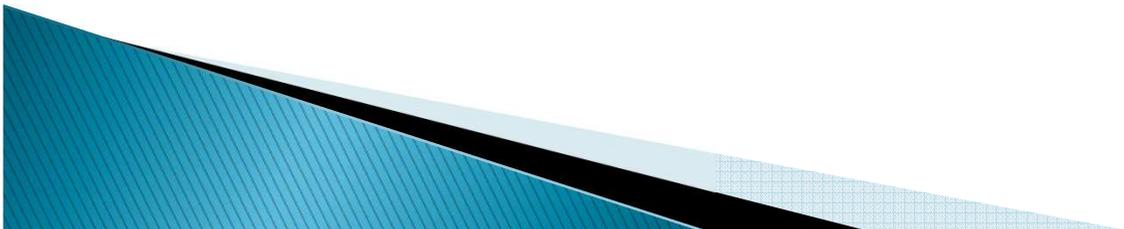
CASO CLÍNICO

- ▶ Radiografía de Tórax y Abdomen: **NORMAL**
- ▶ Ecografía abdominal urgente: Hígado, vesícula biliar, vía biliar, páncreas, bazo y riñones **NORMALES**. **NO** presencia de líquido libre.



CASO CLÍNICO

- ▶ TAC Urgente:
 - ▶ Diverticulosis múltiple en sigma. No hay signos de diverticulitis aguda.
 - ▶ Hígado homogéneo. Vesícula biliar, vía biliar, páncreas y bazo normales. Suprarrenales y riñones normales. No signos de uropatía obstructiva. No hay signos de neumoperitoneo. No se visualiza líquido libre ni colecciones.



DISCUSIÓN: ¿Qué tenemos?

▶ SÍNTOMAS PRINCIPALES/GUÍA:

CRÓNICO { ▶ ALTERACIONES NEUROLÓGICAS
▶ ASTENIA

AGUDO { ▶ ABDOMEN AGUDO
▶ FIEBRE
▶ SÍNDROME INFLAMATORIO

▶ OTROS: artralgias, cefalea

LA CLÍNICA Y LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS HACEN PENSAR QUE NO ES UN CUADRO EXCLUSIVAMENTE DIGESTIVO, SINO SISTÉMICO



DISCUSIÓN: ¿Qué tenemos?

POR OTRO LADO:

- ▶ Nefropatía diabética:
 - ▶ Suele Dx a los 10 años del Dx de DM
 - ▶ Cuando existe, suele haber ya NEUROPATÍA y RETINOPATÍA (edema macular, glaucoma neovascular)
- ▶ Nuestro paciente: parestesias en manos, IRC leve, pérdida de visión....

¿ES REALMENTE TODO POR LA DIABETES?



DISCUSIÓN: ¿Qué tenemos?

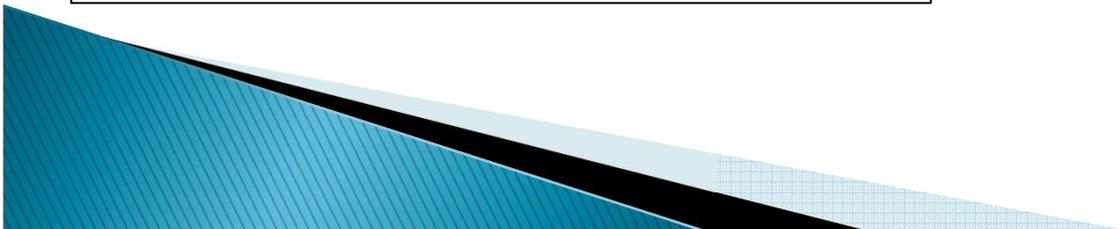
▶ ¿MONONEURITIS MÚLTIPLE O POLINEUROPATÍA?

MONONEURITIS

- ▶ **Causantes:** enfermedades multisistémicas (**diabetes y vasculitis** son los ejemplos más significativos).
- ▶ **Dato esencial** es la **asimetría** y la **multifocalidad**
- ▶ Fases evolucionadas, el **progresivo reclutamiento de nervios puede simular un patrón característico de polineuropatías (simétrico).**

POLINEUROPATÍA

- ▶ **Secundario a tóxicos o ttnos metabólicos**
 - ▶ **DM: PNP simétrica distal** sensitiva típica de esta enfermedad
- ▶ **Disestesias distales**
- ▶ **Progresan de forma simétrica y centripeta**
- ▶ **En “guante y calcetín”**



DISCUSIÓN: ¿Qué tenemos?

▶ ¿MONONEURITIS MÚLTIPLE O POLINEUROPATÍA?

MONONEURITIS

- ▶ En vasculitis:
 - ▶ 33% de las MM.
 - ▶ PAN (40–60%)
 - ▶ Por inflamación y oclusión de los *vasa nervorum*
- ▶ Enfermedades del tejido conectivo: LES, artritis reumatoide (20%)
- ▶ En DM:
 - ▶ Es menos frecuente que la PNP simétrica distal sensitiva típica de esta enfermedad
 - ▶ Dolorosa

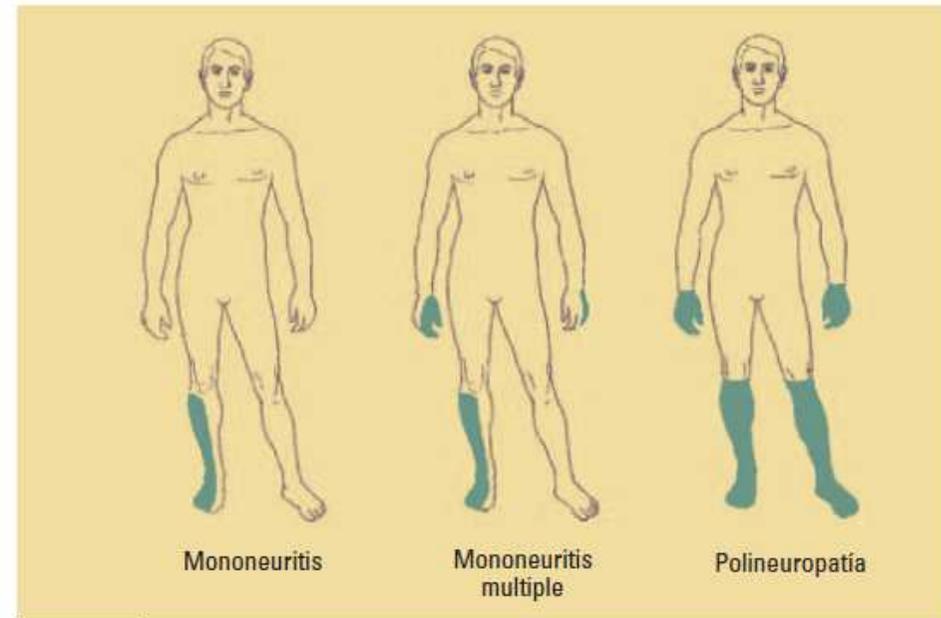


Figura 1 Diversos tipos de neuropatías periféricas. (Tomada de Illa M. Debilidad neuromuscular. Plan de formación en neurología. Madrid: Ediciones Ergon, 2000.)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TABLA III Etiología de la mononeuropatía múltiple

Lesiones isquémicas

Vasculitis

De grandes vasos: arteritis de la temporal, Takayasu

De mediano calibre: panarteritis nodosa (PAN), Kawasaki

De pequeño calibre: granulomatosis de Wegener, Churg-Strauss,

PAN microscópica, púrpura de Schönlein-Henoch,

crioglobulinemia esencial, angiitis leucocitoclástica, vasculitis

aislada del sistema nervioso periférico

Diabetes mellitus

Amiloidosis

Enfermedades del tejido conectivo (lupus eritematoso [LES],
síndrome de Sjögren, artritis reumatoide [AR])

Vasculopatía arteriosclerótica

Lesiones desmielinizantes (atrapamientos nerviosos múltiples):

polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda y crónica, neuropatía

tomacular, artritis reumatoide, neuropatía motora multifocal,

neuropatías paraproteinélicas

Infecciones: lepra, VIH, enfermedad de Lyme, herpes zoster

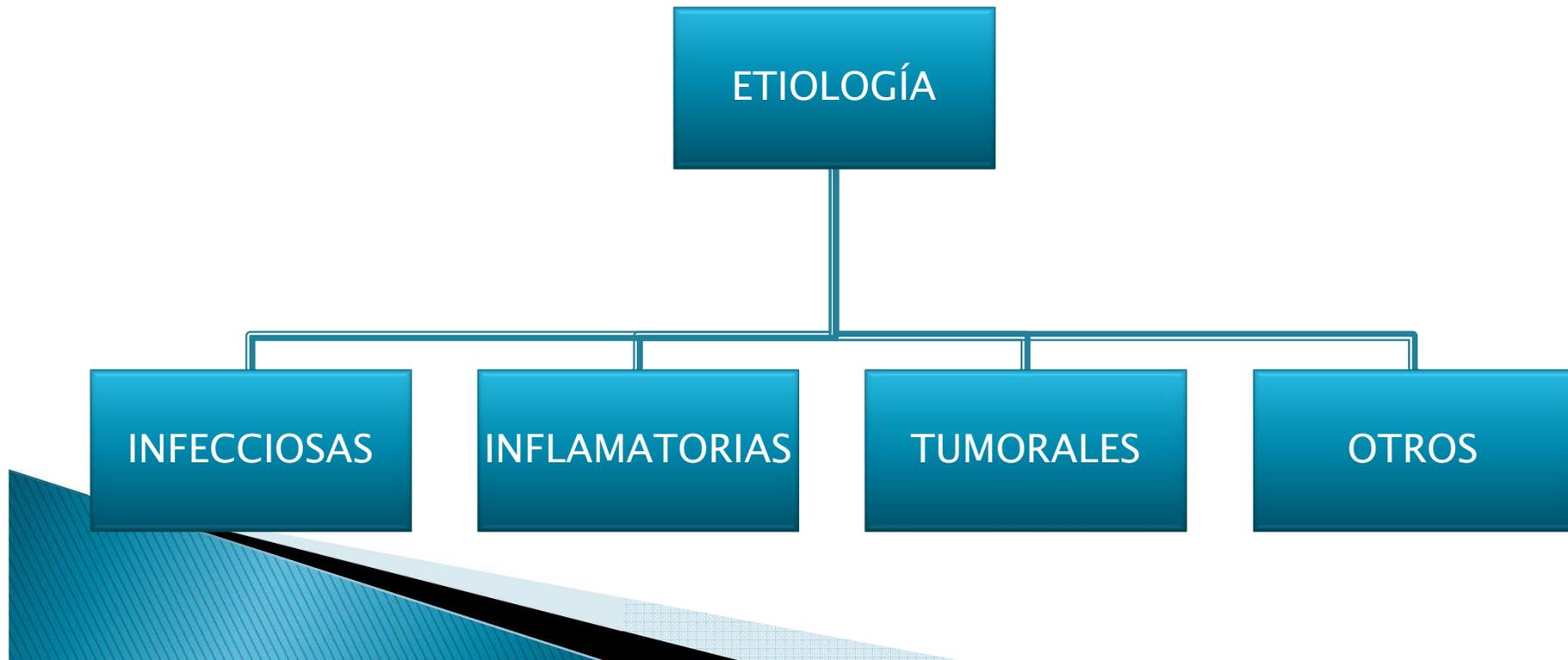
Lesiones infiltrativas: carcinomas, linfomas, leucemias

Lesiones granulomatosas: sarcoidosis

Tóxicos: plomo, dapsona, L-triptófano

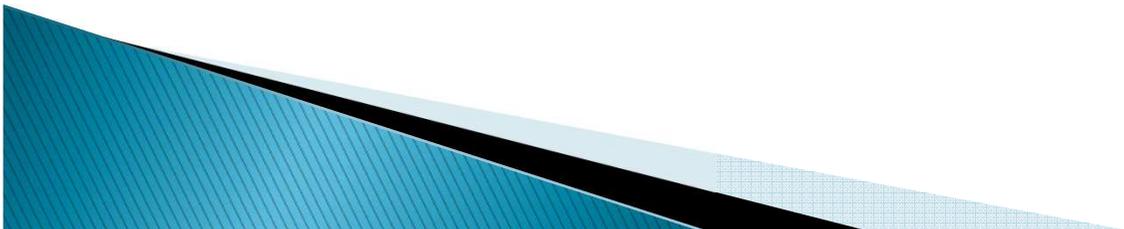
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- DOLOR ABDOMINAL
- FIEBRE
- SÍNDROME INFLAMATORIO (anemia, RFA, astenia, leucocitosis y neutrofilia, artralgias)
- MONONEUROPATÍA MÚLTIPLE



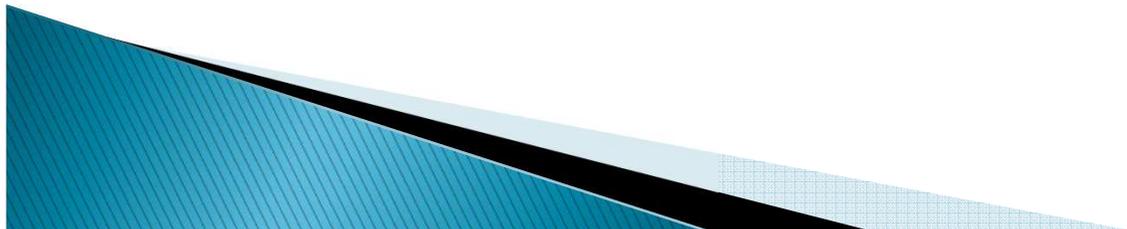
INFECCIOSAS

- ▶ SÍFILIS: TABES DORSAL: dolor abdominal + pérdida de sensibilidad propioceptiva y termoalgésica
- ▶ TOXINAS BACTERIANAS
- ▶ VIRUS: polio, grupo VHS-1, VHS-2, VVZ, VEB y VIH. VHB y VHC
- ▶ BACTERIEMIA/Endocarditis/Émbolos sépticos
- ▶ MYCOPLASMA spp.
- ▶ TRIQUINOSIS



INFLAMATORIAS

- ▶ VASCULITIS:
 - ▶ PAN
 - ▶ Wegener, Churg–Strauss
- ▶ ENF. TEJIDO CONJUNTIVO: AR, LES, SJÖGREN
- ▶ CRIOGLOBULINEMIA
- ▶ ARTRITIS REUMATOIDE
- ▶ SARCOIDOSIS
- ▶ DIABETES MELLITUS
- ▶ CELIAQUÍA

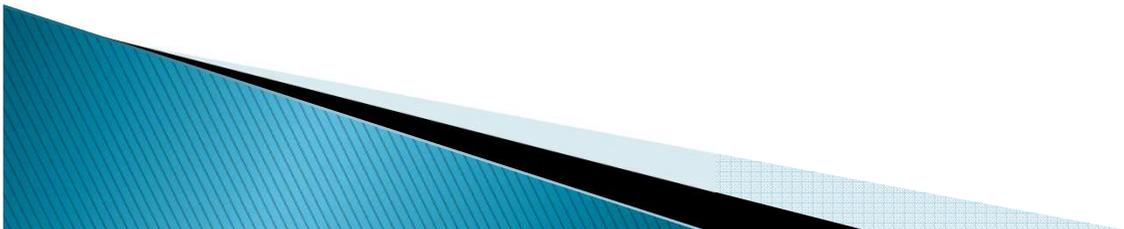


TUMORALES

- ▶ CA. DE PULMÓN OAT-CELL
- ▶ NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

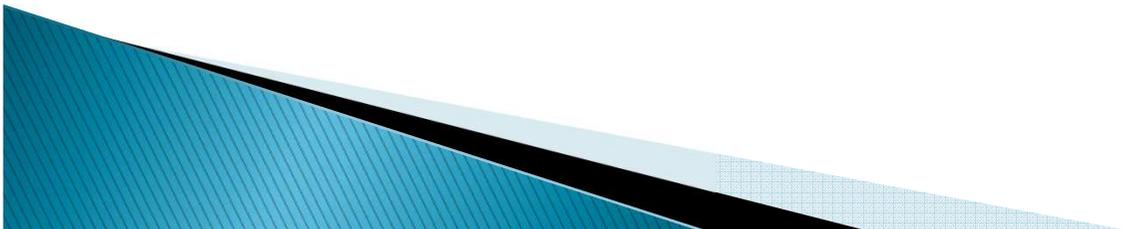
OTROS

- ▶ TÓXICAS: etilenglicol, abstinencia de opioides, picadura de viuda negra, saturnismo, organofosforados, ergotismo.
- ▶ DÉFICITS NUTRICIONALES



LES

- ▶ Peritonitis lúpica por vasculitis
- ▶ Pancreatitis idiopática o por los fármacos usados para tratarlo
- ▶ Pseudooclusión intestinal
- ▶ 10–15% tienen neuropatía periférica
 - ▶ Asimétrica y con predominio de síntomas sensitivos
 - ▶ Aparición tardía



CELIAQUÍA

- ▶ Dolor abdominal, anemia, alteraciones neurológicas por déficit de vitaminas B.
- ▶ Neuropatía periférica en el 50%:
- ▶ Suele afectar a manos y pies
- ▶ Sesación de quemazón
- ▶ Precede al diagnóstico
- ▶ Hazard ratio de aumento de riesgo para polineuropatía de 3.4



DIABETES MELLITUS

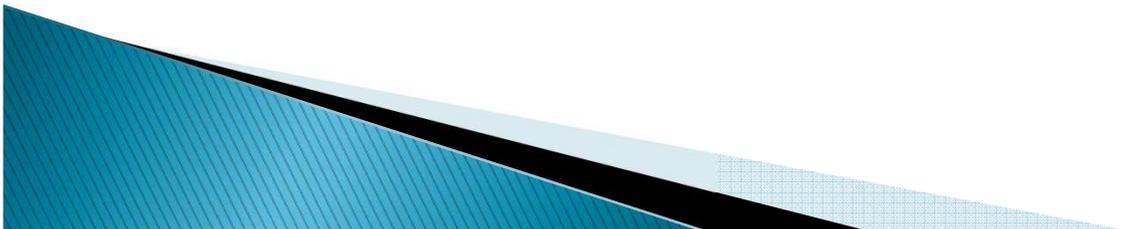
- ▶ La cetoacidosis diabética puede simular un cuadro de abdomen agudo quirúrgico.
- ▶ Los días previos debería presentar síntomas cardinales.
- ▶ La alteración neurológica más típica es la polineuropatía periférica simétrica distal.
- ▶ Pero la mononeuritis múltiple tiene más incidencia



PAN

- ▶ Es la causa más frecuente de mononeuropatía múltiple si no es DIABÉTICO
- ▶ Cursa con DEBILIDAD MOTORA (si existe claudicación intermitente, biopsia S: 50% para PAN)
- ▶ Alteración de la SENSIBILIDAD, más que del componente motor.
- ▶ El DOLOR ABDOMINAL suele ser por arteritis mesentérica

- ▶ Clínica típica que nuestro paciente no tiene:
 - ▶ Poliartritis asimétrica
 - ▶ Púrpura palpable
 - ▶ Dolor testicular



PAN

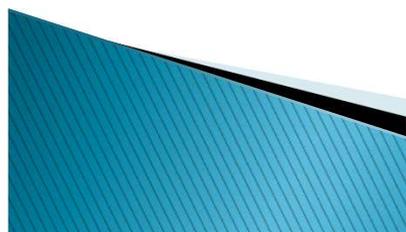
PANARTERITIS NODOSA

CRITERIOS PARA LA CLASIFICACION DE LA PANARTERITIS NODOSA

(Lightfoot RW, Michel BA, Bloch DA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria of the classification of Polyarteritis Nodosa. Arthritis Rheum 1990; 33: 1088-1093).

1. Pérdida de peso mayor o igual a 4 Kgs. Pérdida de peso de 4 Kgs. o más a partir del comienzo de la enfermedad, no debida a dieta u otros factores.
2. Livedo reticularis. Patrón moteado reticular sobre porciones de la piel de extremidades y tronco.
3. Dolor o sensibilidad testicular. Dolor o sensibilidad de testículos, no debido a infección, traumatismo u otras causas.
- 4. Mialgias, debilidad o sensibilidad al tacto en las piernas. Mialgias difusas (excluyendo hombro y cintura pélvica) o debilidad de los músculos o hipersensibilidad al tacto de los músculos de las piernas.
- 5. Mononeuropatía o Polineuropatía. Desarrollo de mononeuropatías, mononeuropatías múltiples o polineuropatías.
6. Presión diastólica mayor de 90 mm de Hg. Desarrollo de HTA con la diastólica mayor de 90 mm de Hg.
7. Elevación de BUN o creatinina. Elevación de BUN mayor de 40 ó creatinina mayor de 1.5, no debida a deshidratación o uropatía obstructiva.
8. Virus de hepatitis B. Presencia de Ag de superficie de hepatitis B o anticuerpo en suero.
9. Anormalidad arteriográfica. Arteriografía que muestra aneurismas u oclusión de las arterias viscerales, no debido a arterioesclerosis, displasia fibromuscular u otras causas no inflamatorias.
10. Biopsia de arterias de mediano o pequeño tamaño. Cambios histológicos que muestran presencia de granulocitos y leucocitos mononucleares en la pared arterial.

Se requiere la presencia de 3 ó más de estos 10 criterios para decir que un paciente tiene una PAN.



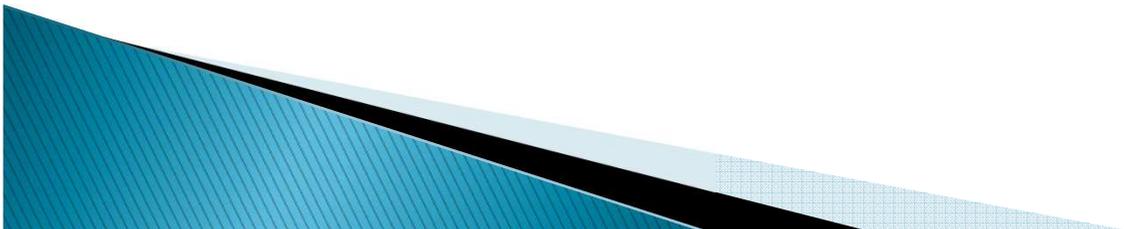
Qué pediría para confirmar DX

- ▶ Analítica ampliada:
 - Lipasa/amilasa
 - Hb glicada
 - Perfil lipídico
 - Perfil férrico
 - ECA
 - VSG/PCR
 - ANCA (p-ANCA + en el 30%), ANA, complemento, crioglobulinas, proteinograma, FR, anti-PCC
 - Serología infecciosa: sífilis, Borrelia, virus
- ▶ Gasometría venosa (lactato)
- ▶ Orina:
 - PBG/ALA (porfiria aguda intermitente)



Qué pediría para confirmar DX

- ▶ BIOPSIA DE ÓRGANO AFECTO,
IMPRESCINDIBLE PARA DIAGNÓSTICO!
 - ▶ ANEURISMAS EN LAS BIFURCACIONES DE
VASOS DE MEDIANO TAMAÑO y
NECROSIS FIBRINOIDE
- ▶ Si no fuera posible, ARTERIOGRAFÍA de la
mesentérica o la renal: ANEURISMAS.



MUCHAS GRACIAS

