

1. Título: VARÓN DE 39 AÑOS CON ARTRALGIAS, MIALGIAS Y LESIONES CUTÁNEAS.
2. Autor: Pablo Demelo Rodríguez
3. Datos de contacto: H. G. U. Gregorio Marañón, Servicio de Medicina Interna A.
4. Anamnesis y exploración física:

Anamnesis: se trata de un varón de 39 años, con antecedentes de tabaquismo activo (fumador de una cajetilla de tabaco al día) y sin otros diagnósticos previos ni tratamiento habitual, que acude a Urgencias por presentar un cuadro de unos 3 meses de evolución y consistente en mialgias de predominio en miembros inferiores (acompañadas de sensación de “calambres” y edemas, de predominio vespertino), artralgias (sobre todo, en tobillos y rodillas, con importante impotencia funcional), pérdida de unos 6-7 kg de peso (sin clara astenia ni hiporexia), sensación distérmica (con febrícula termometrada) e inflamación en ambos testículos.

Acudió en varias ocasiones a Urgencias, siendo diagnosticado en un primer momento de “oligoartritis” e iniciando tratamiento con antiinflamatorios, pese a lo cual no presenta mejoría.

Exploración física: TA 140/60 mmHg, FC 90 lpm, temp. 37.4°C. CyO x 3, Buen estado general. Cabeza y cuello: no adenopatías ni otras alteraciones. Auscultación cardiopulmonar: rigurosamente normal. Abdomen: sin alteraciones. Extremidades: mínimos edemas sin fovea a nivel del dorso de ambos pies, sin otros signos inflamatorios ni signos de trombosis venosa profunda; pulsos periféricos positivos. Genitourinario: aumento de tamaño y signos inflamatorios en testículo y epidídimo derechos. SNC: no focalidad ni signos meníngeos.

5. Pruebas complementarias que se solicitan para llegar al diagnóstico de sospecha:

- Analítica:

- HG: Hb 13.7 g/dl, Hcto 41%, plaquetas 576000/mcl, leucocitos 13000/mcl (leve neutrofilia). VSG 76 mm (1ª h).
- BQ: perfiles hepático y renal, iones, LDH, y CK normales. PCR 11.2 mg/dl. Hormonas tiroideas normales. Biomarcadores normales.
- Coagulación: fibrinógeno > 100 mg/dl, resto normal.
- Orina: pH 6.5, indicios de hemoglobina, sedimento con 5-10 hematíes/campo, proteínas en orina 9.2 mg/dl.
- Proteinograma: albúmina 47.5%, alfa 2- globulina 14.2%, beta 14.8%, gamma 17.8%.
- Microbiología: HC x 3 negativos (en varias ocasiones), urocultivo negativo.
- Serologías: VHB, VHC y VIH negativos. IgG CMV, rubéola, Parvovirus B19, Rosa de Bengala, IgG Brucella negativos. “Screening” treponémico negativo. Serologías de Borrelia, Coxiella, fiebre Q y *Chlamydia trachomatis* negativos. BAAR negativo.

- Inmunología: IgG 1660, IgA 268, IgM 151, C3 151, C4 30, properdina factor B en suero 57.8, FR < 20, crioglobulinas negativas, genotipo HLA B27 negativo; anticuerpos antiDNA, antiENA, ANCA, estudio de polimiositis negativos.
- ECG: ritmo sinusal, a aprox. 60 lpm, sin alteraciones destacables.
- Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos.
- Radiografía de columna lumbar: pequeños osteofitos marginales vertebrales anteriores, fundamentalmente en L4 y L5, en relación con leves cambios de espondilosis, no objetivándose otras alteraciones de interés.
- Radiografía de pies: en la articulación metatarsfalángica del primer dedo de ambos pies, se visualiza una mínima disminución del espacio articular, esclerosis subcondral y pequeños osteofitos, todo relacionado con leves cambios de osteoartritis, sin otras alteraciones de interés.
- Estudio neurofisiológico: normal, sin datos consistentes de lesión neuromuscular en ninguno de los territorios explorados en los miembros inferiores.
- Ecografía escrotal: probable orquiepididimitis derecha; varicocele izquierdo de grado III.
- TC toracoabdominopélvica: hepatomegalia sin lesiones focales; adenopatías paraaórticas izquierdas a nivel de los vasos renales izquierdos que resultan patológicas más por su nº que por su tamaño (la mayor, es de 9 mm); aumento bilateral del tamaño escrotal, a expensas de formaciones que, por sus características, sugieren la existencia de varicoceles; no otras alteraciones.

Evolución: el paciente es dado de alta con los diagnósticos de probable orquiepididimitis derecha, varicocele izquierdo de grado III, pequeñas adenopatías paraaórticas izquierdas en retroperitoneo, y dolor e inflamación en ambos pies pendientes de estudio completo, que se realizaría en Consultas Externas de Medicina Interna, y con tratamiento antibiótico (Ciprofloxacino) y analgésico. No obstante, dada la persistencia de síntomas, en esta ocasión con fiebre de hasta 38°C y lesiones cutáneas de tipo macular y de predominio en piernas, coloración violácea, no dolorosas ni pruriginosas y con desaparición parcial a la digitopresión, se decide de nuevo su ingreso:

#### PRUEBAS DEL SEGUNDO INGRESO:

- RM miembros inferiores: alteraciones en la señal de diversos grupos musculares en ambas piernas, como signos de edema muscular de planos parciales perimusculares. La imagen sugiere la existencia de cambios inflamatorios y no presenta características específicas para un diagnóstico completo, aunque se plantean la posibilidad de patología autoinmune tipo polimiositis/dermatomiositis y el diagnóstico diferencial con una miositis por cuerpos de inclusión.
- EMG: datos de lesión neuromuscular que afecta principalmente al grupo anterior de las piernas, predominando cambios de características miopáticas, si bien la presencia de una neuropatía periférica axonal, sensitivo-motora, previamente ausente, no permite descartar que pueda tratarse de un proceso degenerativo muy precoz, recomendándose su estudio evolutivo.

- Tras estudio electromiográfico con alteraciones y hallazgo de lesiones miopáticas en la RM, se decide realizar biopsia muscular (el paciente se negó, en un primer momento, a realizarse biopsia de nervio), en la que se apreciaron alteraciones compatibles con vasculitis:

- Biopsia de músculo:

- Biopsia cutánea (informe verbal): datos compatibles con vasculitis sin diagnóstico específico.

- De nuevo, estudio de inmunidad: negativo.

6. Resultados: la PRUEBA DEFINITIVA fue un cilindro cutáneo obtenido del arco plantar izquierdo,