

“Espondiloartropatía psoriásica, terapias biológicas y dolor abdominal. ¿Qué tienen en común?”

Dra. Verdú¹, Dra. Galipienso¹, Dra. Navarro¹, Dra. Amador¹, Dra. Peiró², Dr. Pasquau¹

1. Servicio de M. Interna

2. Servicio de Anatomía Patológica

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa

MOTIVO DE CONSULTA:

Varón de 58 años con cuadro de dolor abdominal, náuseas y diarrea.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Espondiloartropatía psoriásica HLAB27 negativo con artritis refractaria a terapia biológica. No respuesta a cloroquina, metotrexate, salazopirina, leflunomida. Ineficacia a fármacos anti TNF: humira, enbrel, infliximab y tocilizumab
- En octubre de 2011 ingresó en UCI por shock séptico de origen abdominal. Se realizó
 - TAC abdominopélvico: múltiples adenopatías retroperitoneales, menores de 5 mm, de aspecto inflamatorio. Yeyuno e ileon relleno de líquido con paredes discretamente engrosadas. El colon muestra ligera pérdida de la haustración normal y el ciego está relleno de líquido
 - Colonoscopia: Fondo cecal, válvula, ileon terminal y colon ascendente normal.
 - Hemocultivos y coprocultivo: sin aislamiento microbiológico.
- En enero de 2012 ingresó por insuficiencia cardíaca a las 48 horas de la primera dosis de golimumab. ECOCARDIO: FEVI conservada. Hipertrofia ventricular izquierda conceéntrica ligera. Insuficiencia aórtica moderada. HTP ligera.

TRATAMIENTO HABITUAL: Dolquine 1-0-1, Metotrexate 25 mg/semana, Acol 1cp/semana, Dacortin 5 mg 1 cp/12 horas, fosavance 1 comprimido/ semanal, Seguril 1 comprimido al día, Coropres 6,25 mg 1 comprimido cada 12 horas, seretide 1 inhalación al día, omeprazol 20.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 58 años que presentaba desde hace 3 semanas cuadro de náuseas sin vómitos, dolor abdominal epigástrico y en hipocondrio derecho y diarrea líquida sin productos patológicos (3 deposiciones al día). Anorexia y pérdida de 7 kilos de peso aproximadamente. En los últimos días, había asociado tos con expectoración mucopurulenta, sin síndrome miccional, fiebre ni escalofríos asociados. Niega cambio de tratamiento en los últimos meses.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Constantes Clínicas: TA 145/80 mmHg, FC 98 lpm, SpO2 93%. Afebril.
Consciente y orientado, estado general conservado. Discreta palidez cutánea. Eupneico en reposo. AC: rítmicos, sin soplos. AP: mvc. Abdomen globuloso, discretamente doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin masas ni megalias. Peristaltismo conservado. No signos de irritación peritoneal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ANALÍTICA SANGUÍNEA:

- Hemograma: Hb 9.5 g/dl, Htco 30.9%, VCM 88.5, plaquetas 347000, leucocitos 14630 (N 11600). VSG 65mm
- Frotis de sangre periférica: neutrofilia, ocasional neutrófilo hipersegmentado, 5% de linfocitos grandes granulares. Serie roja con leve anisocitosis y macrocitosis, ocasionales esquistocitos y hematíes en hongo. Serie plaquetar con leve anisotrombia y alguna plaqueta grande.
- Bioquímica: Glucosa, urea, creatinina, potasio, colesterol total, LDLc, enzimas hepáticas normales. HDL 24, NA 135, proteínas totales 5.7 g/dl, albúmina 3 g/dl, Ca 8.3. PCR 6.59 mg/dl. Hierro 12, transferrina 179, IST 5%, ferritina 154. Hormonas tiroideas normales. IgA 615, IgM 37.8 (discretamente elevadas) IgG normal. ANA, antiDNA, ANCA y ECA negativos. VIH negativo.

RX TÓRAX: atelectasias laminares bibasales

TAC TORACOABDOMINOPÉLVICO: adenopatías múltiples en las distintas cadena ganglionares abdominales, la mayoría subcentimétricas de carácter inespecífico, las mayores de 13,5 mm. Resto sin alteraciones.

HEMOCULTIVOS X2: estériles

COPROCULTIVO: flora saprófita

Se realizaron más pruebas hasta el diagnóstico del paciente