

II FORO NACIONAL EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS PARA RESIDENTES

Hospital Universitario Fundación Alcorcón
Alcorcón, 21 de octubre de 2017

CASO CERRADO 2

Anamnesis

Se trata de una mujer de 55 años con los siguientes **antecedentes personales**:

- Alergia a metamizol.
- FRCV: dislipemia. Fumadora 15 cig/día.
- Vértigos de origen periférico: se realizó estudio 2013 IRM sin alteraciones. DTSA 2015: ateromatosis carotídea en ambos bulbos carotídeos sin estenosis significativa.
- Osteopenia.
- Cálculos renoureterales. Pielonefritis aguda en 2015.
- Gastritis crónica atrófica con déficit B12 .

Tratamiento habitual: pantoprazol 20mg, ácido fólico 5mg 1-0-0, atorvastatina 20 mg/día, optovite 1 iny mensual.

Situación basal: IABVD, trabaja de administrativo, vive con su familia en una casa de campo, tiene varios perros.

Primer episodio

En Febrero de 2016 la paciente comienza con cuadro de dolor en región laterocervical derecha que aumenta con la deglución y astenia intensa de 3 semanas de evolución sin fiebre.

Exploración ORL: normal.

Analítica: Hemograma + VSG: Leucocitos: $5.18 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (3.50-11.00); Neutrófilos: $2.83 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (2.0-7.5); linfocitos: $1.72 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (1.0-4.5); Monocitos: $0.31 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.2-0.8); Eosinófilos: $0.19 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.0-0.5); Basófilos: $0.04 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.0-0.2); LUC: $0.09 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (≤ 0); Hemoglobina: 13.50 g/dL (12.0-15.0); HtCO: 41.00 % (36.0-43.0) VCM: 98.00 fL (78.0-100.0); HCM: 32.20 pg (27.0-32.0); Plaquetas: $160.00 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (130-450); VSG: 14.00 (≤ 20).

Estudio de Coagulación TP: 10.63 segundos (9.0-13.0); AP%: 119.80 % (80.0-120.0); INR: 0.91 (≤ 1); APTT: 29.27 seg (25.0-35.0); Fi-der: 379.60 mg/dL (150.0-400.0); Bioquímica: Glucosa: 86 mg/dl (70-110); Creatinina: 0.65 mg/dl (0.50-1.10); Colesterol T: 242 mg/dl (≤ 200); HDL: 80 mg/dl (> 35); LDL: 144 mg/dl (≤ 160); Triglicéridos: 89 mg/dl (≤ 150); Proteínas totales: 6.6 g/dl (6.0-8.0); Albúmina: 4.5 g/dl (3.5-5.2); Calcio: 9.6 mg/dl (8.5-10.5); Calcio corregido: 9.4 mg/dl (8.6-10.2); Na: 142 mmol/L (135-147); K: 4.0 mmol/L (3.5-5.0); LDH: 155 U/L (80-235); GPT: 11 U/L (≤ 41); Fosfatasa alcalina: 103 U/L (35-104); GGT: 27 U/L (7-32); vit. B12: 208 pg/ml (179-1100); ácido fólico: 7.8 ng/ml (> 5).

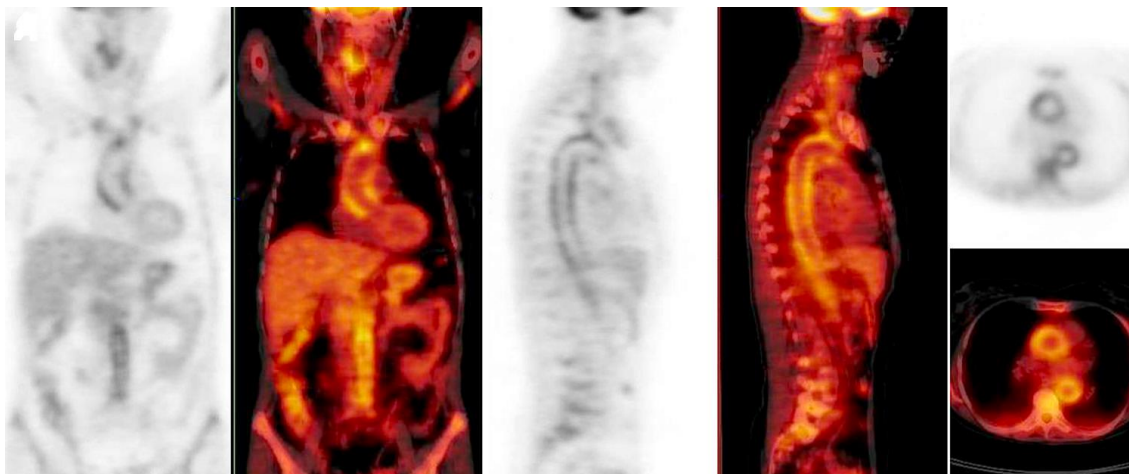
Determinaciones específicas de proteínas: PCR: 0.0 mg/L (≤ 5); Facto reumatoide: < 10.0 UI/ml (≤ 20); Ferritina: 49 ng/ml (10-300); IgG: 651 mg/dl (690-1400); IgM: 58 mg/dl (40-240); IgA: 106 mg/dl (70-370); IgE: 47 UI/ml (≤ 100); C3: 92.9 mg/dl (75.0-140.0);

C4: 27.5 mg/dl (10.0-34.0); EEF: No se detecta componente monoclonal. Ac.Anti HAV Total: Negativo; Ac.Anti HAV IgM: Negativo. HBs Ag: Negativo; Ac.Anti HBc: Negativo; Ac.Anti HBs: <3 mUI/ml Ac.Anti VHC (prueba de cribado): Negativo. Ac. Anti VIH: Negativo; Treponema pallidum Ac.total (IgG+IgM): Negativo.

INMUNOLOGÍA: Ac.lúpico-HPE: Negativo; Ac.lúpico-TVVRD: Negativo (<=45). Anticuerpos antinucleares: Negativo; Ac. Anticardiolipina IgG: 0.9 GPL-U/ml; Ac. Anticardiolipina IgM: <0.8 MPL-U/ml; anti-β2 glicoproteína 1, IgG: <0.6 U/ml; β2 glicoproteína 1, IgM: <0.9 U/ml.

Ecografía: Muestra engrosamiento en bulbo y arteria carótida común derecha.

Posteriormente se realiza PET/TAC: Hallazgos sugerentes de corresponder con proceso inflamatorio en ambas carótidas (con mayor afectación de la derecha) y en la aorta torácica que se extiende a ambos troncos supraaóxicos. No se observan otros hallazgos sugerentes de corresponder con proceso infeccioso activo.



Segundo episodio

Acude sin cita a consulta refiriendo fiebre intermitente de 3 semanas de evolución con escalofríos en los últimos 3-4 días. La fiebre es diaria hasta 39º con hiporexia, astenia intensa. No clínica respiratoria, gastrointestinal, articular ni cutánea. No ha realizado viajes fuera de España recientes ni ha realizado salidas a al campo, no ha ingerido productos lácteos no pausterizados. Refiere haber estado realizando el tratamiento establecido correctamente.

Exploración física: TA: 115/78. Fc 90 lpm. satO2 97% Tª 39ºC. Regular estado general. Eupneica. Normocoloración cutánea. CyC Cavidad orofaríngea normal, pulsos carotideos palpables simétricos, no soplos, no adenopatías. AC rítmica no soplos. AP mvc no estertores. Abdomen: blando no doloroso con ruidos normales, no masas ni megalias. MMII normales. No lesiones cutáneas, locomotor normal.

Exploraciones complementarias

- **4/4/2107 Analítica:** Hemograma: Leucocitos: $2.85 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (3.50-11.00); Neutrófilos: $1.76 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (2.0-7.5); linfocitos: $0.75 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (1.0-4.5); Monocitos: $0.14 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.2-0.8); Eosinófilos: $0.00 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.0-0.5); Basófilos: $0.01 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.0-0.2); LUC: $0.19 \cdot 10^3\mu\text{L}$ (≤ 0); Hemogl: 12.00 g/dL (12.0-15.0); HCTCO: 35.00 % (36.0-43.0), VCM: 97.80 fL (78.0-100.0); HCM: 33.60 pg (27.0-32.0); CHCM: 34.30 g/dL (31.5-34.5); Plaquetas: $44.00 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (130-450).

Bioquímica: Glucosa: 148.00 mg/dl (70-110); urea: 38.00 mg/dl (10-50); creatinina: 0.81 mg/dl (0.50-1.10); albúmina 3.40 g/dl (3.5-5.2); Calcio: 8.60 mg/dl (8.5-10.5); Na: 137.00 mmol/L (135-147); K: 4.10 mmol/L (3.5-5.0); Cl: 102.00 mmol/L (95-106); BT: 0.50 mg/dl (0.2-1.0); LDH: 384.00 U/L (80-235); GPT: 62.00 U/L (≤ 41); GOT: 49.00 U/L (≤ 31); FAL: 142.00 U/L (35-104); PCR: 95.50 mg/L

- **S orina:** pH: 6.0 (5.0-7.5); Densidad: 1011 g/L (1015-1025); Proteínas: 20 mg/dl (≤ 30); Glucosa: Negativo (≤ 15); C.Cetónicos: Negativo (≤ 5); Negativo (≤ 1); Nitritos: Negativo; Leucocitos: Negativo (≤ 10); Hematíes: 30 cel/ μL (≤ 5). sedimento urinario (Microscopía óptica) Leucocitos (μL): 7 / μL (≤ 17); Hematíes (μL): 13 / μL (≤ 23); Bacterias (μL): 626 / μL ; Filamento de mucina: Aislados; **Urocultivo** negativo.

- **06/ 04/2017 Control hemograma:** Hemograma LEU: $1.55 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (3.50-11.00); Neut: $0.76 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (2.0-7.5); linfoc: $0.66 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (1.0-4.5); Monoci: $0.07 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.2-0.8); Eosino: $0 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.0-0.5); Basófi: $0.01 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (0.0-0.2); LUC: $0.04 \cdot 10^3\mu\text{L}$ (≤ 0); Hemogl: 10.5 g/dL (12.0-15.0); HCTCO: 31.3 % (36.0-43.0)VCM: 98.7 fL (78.0-100.0); Plaquetas: $23 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (130-450). VSG: 37.00 (≤ 20). Extensión sangre periférica: Fórmula leucocitaria con signos reactivos; linfomononucleares con presencia de formas estimuladas, Rouleaux eritrocitario, no agregados plaquetarios; Test de Coombs directo: Negativo. PCR: 139.43 mg/L.

- **Hemocultivos x 2:** negativos.

- **Rx tórax:** sin alteraciones.

- **Ecografía abdominal:** LOES hiperecogénicas en LHD sugestivas de hemangiomas como primera posibilidad. Vesícula no valorable por falta de ayuno. Bazo homogéneo de tamaño en límite alto de la normalidad.

Preguntas

- a) Describe los hallazgos del primer episodio y establece una sospecha diagnóstica.
- b) ¿Qué tratamiento crees que cumplía correctamente la paciente al llegar al segundo episodio?
- c) Describe el cuadro clínico del segundo episodio, establece un juicio sindrómico.
- d) ¿Cuál sería el diagnóstico diferencial del cuadro clínico del segundo episodio? ¿Qué causa crees más probable?.
- e) Manejo terapéutico de la enfermedad de base y de la complicación actual.