

## 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:  $0.09 \cdot 10^3/\mu\text{L}$  ( $\leq 0$ ); Hemoglobina: 13.50 g/dL (12.0-15.0); HCTCO: 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 ( $\leq 20$ ).

Estudio de Coagulación TP: 10.63 segundos (9.0-13.0); AP%: 119.80 % (80.0-120.0); INR: 0.91 ( $\leq 1$ ); 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 ( $\leq 200$ ); HDL: 80 mg/dl ( $> 35$ ); LDL: 144 mg/dl ( $\leq 160$ ); Trigliceridos: 89 mg/dl ( $\leq 150$ ); 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 ( $\leq 41$ ); 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 ( $> 5$ ).

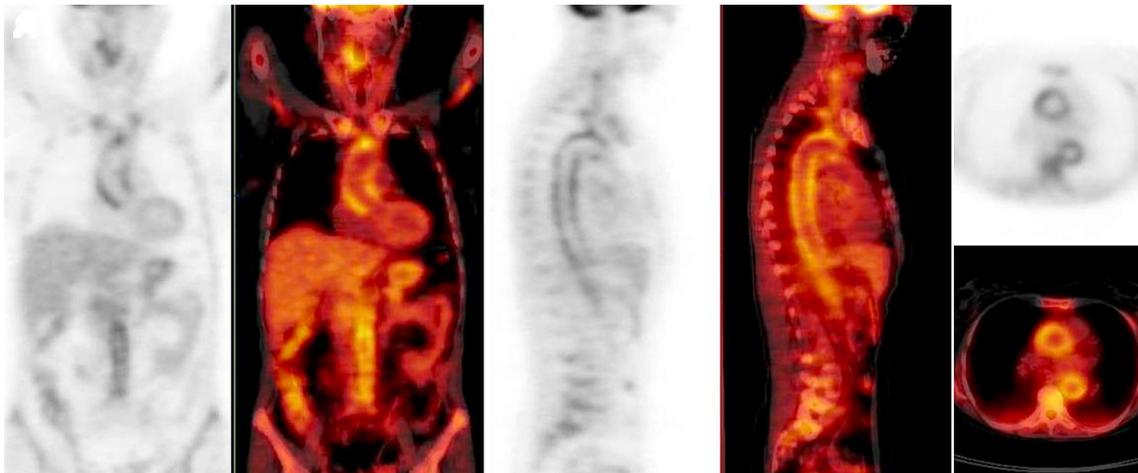
Determinaciones específicas de proteínas: PCR: 0.0 mg/L ( $\leq 5$ ); Facto reumatoide:  $< 10.0$  UI/ml ( $\leq 20$ ); Ferritina: 49 ng/ml (10-300); IgG: 651 mg/dl (690-1400); IgM: 58 mg/dl (40-240); IgA: 106 mg/dl (70-370); IgE: 47 UI/ml ( $\leq 100$ ); C3: 92.9 mg/dl (75.0-140.0);

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 supraaórticos. 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:  $0.19 \cdot 10^3\mu\text{L}$  ( $\leq 0$ ); 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 ( $\leq 41$ ); GOT: 49.00 U/L ( $\leq 31$ ); 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 ( $\leq 30$ ); Glucosa: Negativo ( $\leq 15$ ); C.Cetónicos: Negativo ( $\leq 5$ ); Negativo ( $\leq 1$ ); Nitritos: Negativo; Leucocitos: Negativo ( $\leq 10$ ); Hematíes: 30 cel/ $\mu\text{L}$  ( $\leq 5$ ). sedimento urinario (Microscopía óptica) Leucocitos ( $\mu\text{L}$ ): 7 / $\mu\text{L}$  ( $\leq 17$ ); Hematíes ( $\mu\text{L}$ ): 13 / $\mu\text{L}$  ( $\leq 23$ ); Bacterias ( $\mu\text{L}$ ): 626 / $\mu\text{L}$ ; 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:  $0.04 \cdot 10^3\mu\text{L}$  ( $\leq 0$ ); 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 ( $\leq 20$ ). 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.