

Caso clínico de la Sociedad Catalana de Reumatologia. Octubre de 2014.

Mujer de 54 años, sin alergias a medicamentos ni hábitos tóxicos. Refería antecedentes de hepatitis por virus B hace 30 años, tratada en otro hospital con medicación que no recordaba. Cuatro años antes de clínica actual presentó episodio autolimitado de dolor agudo intenso en extremidades inferiores, fue valorada en otro centro, no recibió ningún tratamiento específico, ni realizó controles posteriores.

Ingresó en el Servicio de Reumatología por clínica de 6 semanas de evolución, que se inició con cuadro pseudogripal de una semana de duración con fiebre hasta 38,5°, malestar general, congestión nasal, rinorrea hialina y diarrea sin productos patológicos durante 3 días. Una semana después de resolverse la sintomatología respiratoria superior, presentó poliartalgias aditivas bilaterales intensas, mialgias y debilidad progresiva en extremidades invalidante. Simultáneamente presentó parestesias en manos y pies, dolor abdominal posprandial de tipo cólico con predominio en epigástrico e hiporexia con pérdida acumulada de 6 kg de peso. Los síntomas no cedieron con antiinflamatorios no esteroideos, por lo cual consultó a urgencias, donde le realizaron analítica que mostró aumento de reactantes de fase aguda, sedimento urinario activo, alteración del perfil hepático y factor reumatoide positivo a títulos bajos. Dos días antes del ingreso aparecieron lesiones cutáneas en dorso de pie derecho asociadas a tumefacción y dolor.

Tenía antecedentes de intervención quirúrgica por quiste de ovario. Menarquia a los 13 años, menopausia a los 49 años, 1 embarazo, 1 parto y ningún aborto. Fractura traumática de húmero derecho tratada con osteosíntesis. Negaba antecedentes familiares de enfermedades musculoesqueléticas o autoinmunes sistémicas. Trabajaba en tareas de limpieza y venta de pan, no refería viajes recientes al extranjero.

En la exploración física destacaba hipertensión arterial (170/100 mmHg), palidez mucocutánea, auscultación cardíaca rítmica con soplo sistólico aórtico grado II/VI; murmullo vesicular conservado, sin signos de insuficiencia cardíaca, pulsos periféricos simétricos. Sin presencia de adenopatías. Abdomen blando sin peritonismo con leve dolor a la palpación de marco cólico y epigastrio, sin masas o visceromegalias, ruidos intestinales normales. Dolor a la palpación de musculatura en extremidades y hombros, dudosa tumefacción de articulaciones MCFs e IFPs de I, II y III dedos de mano derecha, limitación no dolorosa de la movilidad pasiva y activa de hombro derecho, edema con fovea y petequias en tarso y tercio distal de pierna derecha. Exploración neurológica con debilidad distal en extremidades superiores y cintura pélvica, hiporreflexia generalizada, maniobras radicales negativas, hipoestésias en manos y pies, limitación para la marcha y aumento de base de sustentación.

Pruebas de laboratorio:

* Proteína C reactiva 14.5 mg/dl (<1.0 mg/dl), Velocidad de sedimentación globular 58 mm/h [1-20], Leucocitos $12.01 \times 10^9/L$ [4.00 - 11.00], Neutròfilos absolutos $10.7 \times 10^9/L$ [2.5 - 7.0], Linfocitos $0.7 \times 10^9/L$ [0.9 - 4.5], Monòcitos $0.7 \times 10^9/L$ [0.1 - 1.0], Eosinòfilos $0.1 \times 10^9/L$ [<0.5], Basòfilos $0.0 \times 10^9/L$ [<0.2], Plaquetas $545 \times 10^9/L$ [130 - 400].

* Creatinina 0.85 mg/dl, Sodio 133 mEq/L [135 - 145], Potasio 4.0 mEq/L [3.5 - 5.5], Calcio 8.1 mg/dL [8.5 - 10.5], Fósforo 4.4 mg/dL [2.3 - 4.3], Acido úrico 4.1 mg/dL [1.9 - 7.4], CK 780 U/L [26 - 140], CK MB 2.90 ng/mL [<4.00], Aldolasa 11.4 U/L [0.3 - 6.0].

* ASAT 64 U/L [5 - 40], ALAT 47 U/L [5 - 40], GGT 43 U/L [5 - 40], Bilirrubina total 0.9 mg/dL [<1.2], Fosfatasa alcalina 244 U/L [80 - 240], LDH 565 U/L [250 - 450], Proteínas totales 54 g/L [63 - 80], Albúmina 30 g/L [34 - 48], Tiempo de protrombina 84.0% [80.0 - 100.0], INR 1.11.

* Hemoglobina 95 g/L [120 - 170], Hematòcrit 0.290 L/L [0.360 - 0.510], VCM 87.0 fl [80.0 - 100.0], Prealbúmina 0.011 g/L [0.200 - 0.400], Ferritina 511 ng/mL [15 - 200], Transferrina 1.3 g/L [2.5 - 3.8], Capacitat total de unió al Fe 1.83 mg/L, Saturació de transferrina 10.9 [16.0 - 45.0], Haptoglobina 1.900 g/L [0.320 - 1.810].

* Proteinograma suero: Gammaglobulina 14.5% [11.1 - 18.8], tenue banda anómala en gamma-globulinas.

* Dosificación en suero de IgA 1.35 g/L [0.66 - 3.65], IgM 1.15 g/L [0.36 - 2.61], IgG 7.6 g/L [6.8 - 15.3].

* Inmunofijación en suero y orina: Componente de movilidad restringida IgM Kappa de carácter monoclonal y cadenas ligeras Kappa libres de carácter monoclonal.

* Serologías: Ac VIH 1-2 Negativos, Ag de superficie VHB Negativo, IgM Ag core VHB Negativo. Ag e VHB Negativo. Carga viral VHB Indetectable, IgG VHC Negativo, RNA de VHC Indetectable, Ac heterófilos v.Epstein-Barr Negativo, IgM v.Epstein-Barr Negativo, IgG virus Epstein-Barr Positivo, IgG citomegalovirus Positivo. IgM Citomegalovirus Negativo, IgG parvovirus B19 Positivo. IgM parvovirus B19 Negativo, VDRL Negativo. Ac IgG anti T.pallidum Negativo, Ac Brucella. Rosa de Bengala Negativo, Ac y IgM Micoplasma pneumoniae. Negativos.

* TSH 1.243 mUI/L [0.400 - 4.000], T4 1.49 ng/dL [0.80 - 2.00].

* ANAs negativos, ANCAs negativos, Factor reumatoide 38 [<25], Ac anti-CCP 2.00 U/mL [<25.00], Ac antimitocondriales Negativos, Ac anti celula parietal gastrica Negativos, Ac antimúsculo liso Negativos, Ac anti-DNA bicatenario 1.50 UI/mL [<14.99], Anticoagulante lupico Negativo. IgG e IgM Anticardiolipina Negativos, Ac anti-La, Ro 60 y Ro 52 Negativos, Ac anti-PM-Scl-100 y 75 Negativos, Ac IgA anti transglutaminasa 0.30 U/mL [<3.99]. Ac anti-LKM Negativo, Ac Miositis (Ku, Mi2, PL12, PL7, SRP) Negativos. Ac anti-OJ y EJ Negativos.

* Complemento: Factor C3 0.785 g/L [0.870 - 1.700], Factor C4 0.020 g/L [0.110 - 0.540], CH50 Inferior a la sensibilidad de la técnica.

* Prueba de Coombs directa Negativa.

* Proteínas en orina 24 horas 1178 mg/24h [<150], Cociente proteínas/creatinina 2164 mg/g [<200], Microalbuminúria 860 mg/24h [<30], Cociente microalbúmina/creatinina 1581 mg/g [<30], Aclaramiento de creatinina 59 ml/min [70 - 135].

* Perfil básico de orina: pH 7, Albúmina +, Glucosa Negativo, Cetonas Negativo, Bilirrubina Negativo. Urobilinogeno +, Leucòcits +, Hemoglobina ++, Nitritos Negativos, Densidad 1.006. Sedimento de orina: Hematies 4-10 por campo, Leucocitos 1-3 por campo.

* Hemocultivos negativos.

Exploraciones complementarias:

ELECTROCARDIOGRAMA: Ritmo sinusal a 70 lpm, Eje entre 90 y 60°, PR normal, QRS estrecho, QTc normal, sin alteraciones de la repolarización.

ELECTROMIOGRAMA: Polineuropatía axonopática severa de predominio sensitivo ligeramente asimétrica y miopatía generalizada de posible origen inflamatorio.

RADIOGRAFIAS:

* Tórax: Silueta cardíaca con índice cardiotorácico conservado, sin adenopatías en territorio mediastínicos ni hiliar, no imágenes de derrame pleural. En parénquima pulmonar no se apreciaron condensaciones alveolares, patrones intersticiales ni imágenes nodulares.

* Cráneo, columna cervical, lumbar sin alteraciones focales. Columna dorsal con discretos acunamientos vertebrales en D11, D10 y D9, sin imágenes focales. Pelvis con calcificación de partes blandas en área trocantérea derecha, sin imágenes focales. Húmeros y fémures con fractura consolidada de tercio proximal del húmero derecho tratada con osteosíntesis con placa y tornillos; depósito de cristales en manguito rotador del hombro izquierdo.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL: Hígado de tamaño normal, con ecoestructura heterogénea y bordes irregulares, que sugerían hepatopatía crónica. No se observaron lesiones focales. Vena porta permeable de calibre normal con flujo hepatopetal de velocidades normales Venas suprahepáticas permeables. Vía biliar intrahepática no dilatada. Colédoco ligeramente dilatado en todo su trayecto, de hasta 7mm, sin observarse causa obstructiva ni contenido en su interior. Vesícula biliar con barro y microlitiasis, de paredes finas. Páncreas (cabeza-cuerpo) de morfoestructura normal. Bazo homogéneo de tamaño normal (10,6cm). Riñones de tamaño y ecoestructura normal, vía excretora no dilatada. Aorta abdominal de calibre normal. no ascitis.

TC TÓRAX - ABDOMEN: Adenopatía subcarinal inespecífica. Espacios pleurales libres, Parénquima pulmonar sin alteraciones. Hígado de contornos irregulares, Vesícula biliar de tamaño normal. Vía biliar no dilatada. Páncreas, bazo y glándulas suprarrenales sin alteraciones. Riñones funcionantes de morfología y tamaño normal. No se observó dilatación de la vía excretora. No se observaron adenopatías retroperitoneales ni ilíacas de tamaño valorable. Ligera cantidad de líquido libre intraabdominal.

ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA: Elasticidad hepática : 6.4 kPa .

ANGIO-TAC CORONARIO: Coronarias sin lesiones, Valvula aórtica trivalva con origen normal de las coronarias. Codominancia. Ventriculo izquierdo de tamaño normal. Espacio pericardico libre. Aorta torácica parcialmente explorada de calibre y morfología normal.

RMN CARDÍACA: Ventriculo izquierdo no dilatado no hipertrófico, ligeramente hipocinético. FE VI: 46%. Ventriculo derecho de tamaño y motilidad normal. En la secuencia tardías no se identifican áreas de realce. No se observan insuficiencias valvulares. Pequeño derrame pericárdico circunferencial. Espacios pleurales libres.

FIBROGASTROSCOPIA: Alteraciones inflamatorias inespecíficas de la mucosa gástrica. Biopsias mostraron gastropatía crónica con actividad leve asociada a Helicobacter pylori, con erosión superficial focal y ausencia de metaplasia intestinal.

FIBROCOLONOSCOPIA: Entre 10 y 20 cm del margen anal se identificaron 3 úlceras poco profundas, de menos de 10 mm, anfractuosas y una de ellas con restos hemáticos. La mucosa circundante era de aspecto normal, los resultados de la biopsia mostraron cambios que podrían corresponder a una etiología de carácter isquémico o traumático. La tinción para sustancia amiloide (rojo congo) resultó negativa. PCR citomegalovirus negativa.

BIOPSIA GRASA SUBCUTÁNEA: Sin evidencia de depósito de sustancia amiloide, tinción rojo congo negativa.