



XVI REUNIÓN **GEAS 2023**

GRUPO DE ENFERMEDADES
AUTOINMUNES SISTÉMICAS

CASO CLÍNICO CERRADO 2

Maitane Fernández, Ana Fernández, Carmen Arias
R2, R3, R5 Medicina Interna HUSO



CASO CLÍNICO CERRADO II

ANTECEDENTES:

- Varón de **78 años**.
- HTA, DL, HBP.
- Dilatación uretral y RTU abril 2015.
- **Cistoscopia y uretrotomía dos semanas antes.**

ENFERMEDAD ACTUAL:

- **Cuadro febril prolongado desde alta, picos de 39.°C con tiritona.**
- 7 días antes → urocultivo negativo. Fosfomicina oral. Alta.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Febril **39.°C**, TA/FC/SpO2 normal
- Consciente, orientado.
- AC: tonos rítmicos sin soplos; MVC conservado sin ruidos sobreañadidos
- ABD: RHA+, blando y depresible, no doloroso, no signos de IP.
- MMII: no edema ni signos de TVP.



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

ANALÍTICA:

- Fibrinógeno 998 mg/dl (200 – 400),
- PCR de 7.7 mg/dl (< 0,4),
- PCT negativa.
- Función hepática, renal e iones en rango.
- Resto anodino.

ORINA:

- Hemoglobina en orina (tira reactiva) *Apr. 150 eri/ μ L,
- Esterasa leucocitaria en orina negativa,
- Nitritos en orina (tira reactiva) negativos,
- Proteínas en orina (tira reactiva) *+ (Apr. 50 mg/dL).

RX TÓRAX: **sin** infiltrados o signos de sobrecarga.

RT-PCR SARS-CoV-2: detección **negativa**.

TC ABDOMEN: **sin** complicaciones quirúrgicas, colecciones intraabdominales ni otras alteraciones reseñables.

Ante la alta **sospecha de proceso infeccioso** relacionado con **manipulación de la vía urinaria**, se obtienen hemocultivos en frío y urocultivo y se cursa ingreso con **ceftriaxona 2gr/d** para estudio de fiebre.

Durante su ingreso, **persiste síndrome febril de predominio vespertino**, por lo que se escala antibioterapia a **ertapenem 4 días** y después a **piperacilina-tazobactam** hasta completar **3 semanas**.

SE COMPLETA ESTUDIO:

- **Ecografía abdominal:** litiasis milimétrica renal derecha con tamaño prostático aumentado, ya conocido.
- **ETT:** no se observan claras imágenes sugestivas de endocarditis, pero la sensibilidad de la técnica no permite descartarla. **Se recomienda solicitar ETE** si existe alta sospecha clínica.
- **TC de tórax:** Sin alteraciones significativas en el contexto clínico referido.
- Estudio microbiológico: hemocultivos seriados, serologías (VHB, VHC, VIH, VEB, Brucella, Sífilis, SARS-COV-2), quantiferon y micobacterias en orina, **con todos los resultados negativos.** IgG CMV positivo con CV indetectable.

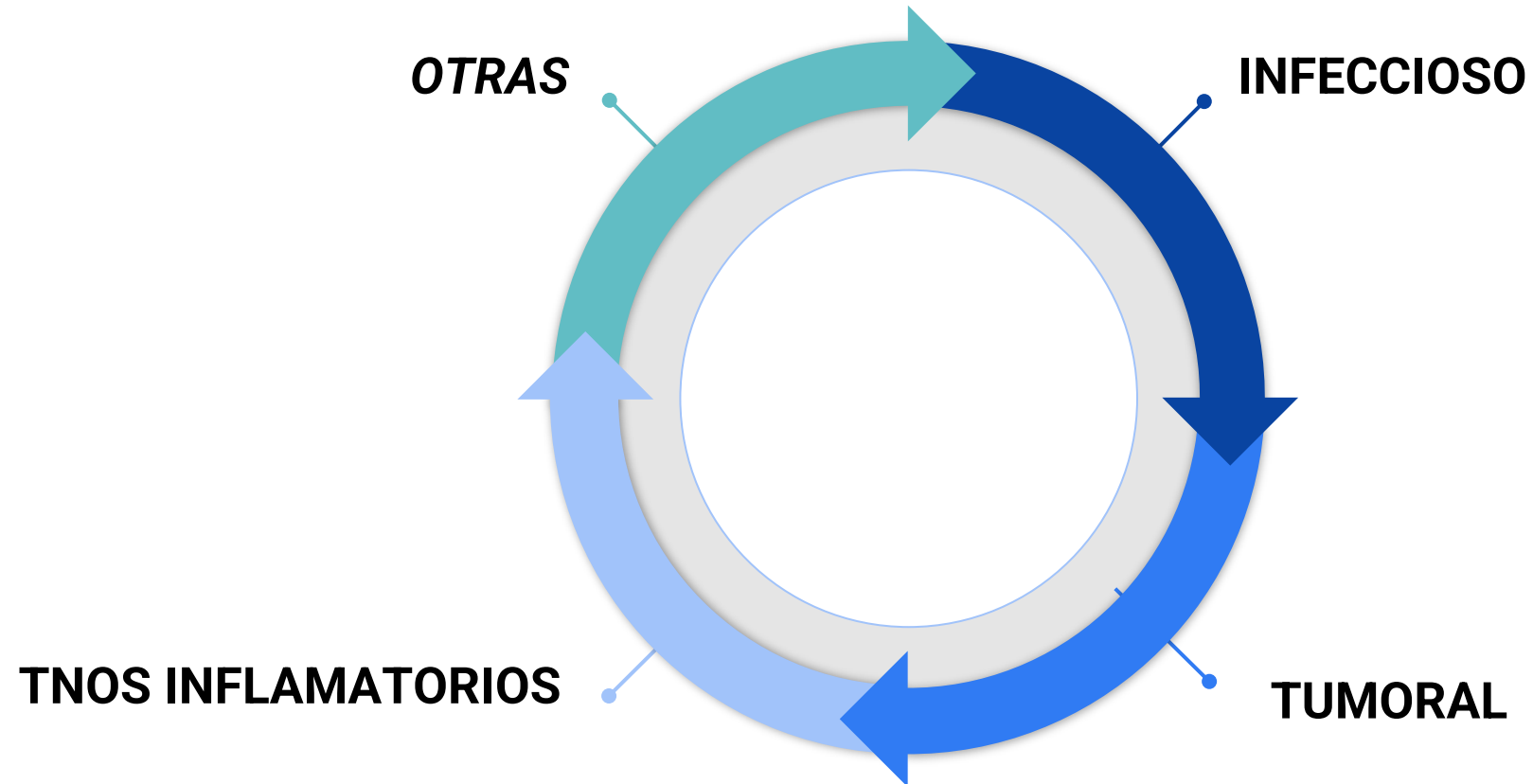
A pesar de tratamiento antibiótico **mantiene febrícula, postración, mialgias generalizadas** que **impiden el descanso nocturno e impotencia funcional de predominio en cintura escapular.**

NUEVA ANALÍTICA:

- HG: Hematíes $4.30 \cdot 10^6/\mu\text{L}$ (4.60 - 5.70), **HEMOGLOBINA 13.2 g/dL** (13.0 - 17.5), Hematocrito 39.7 % (40.0 - 54.0), **V.C.M. 92.3 fL** (80.0 - 98.0), **H.C.M. 30.8 pg** (27.0 - 32.0), C.H.C.M. 33.3 g/dL (32.0 - 36.0), A.D.E. 13.5 % (11.5 - 15.0), PLAQUETAS $374 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ (140 - 400), LEUCOCITOS $8.90 \cdot 10^3/\mu\text{L}$. (4.00 - 10.00), **VSG 1ª hora 115mm (2 - 14)**.
- Hemostasia: **Fibrinógeno >1000 mg/dl** (200 - 400).
- BQ: Glucosa 156mg/dl (82 - 115), Creatinina 0,88 (0.70 - 1.20), **ALT 103 U/L (5 - 41)**, **AST 41 U/L (5 - 41)**, bilirrubina 0.4 mg/dl (0.10 - 1.10), **GGT 82 U/L (10 - 60)**, sodio 136 mmol/L (50 - 150), potasio 4.4 mmol/L (3.5 - 5.2), CK 21 U/L (39 - 308), **Ferritina 2531 µg/L** (22-274), **Proteína C reactiva 188.6 mg/L** (< 0,4), Aldolasa 5.2 UI/L (1-7,5), ANA negativo, **antiDNA 10 (zona gris)**, anti ENA negativos, ANCA negativo, antifosfolípidos negativos, ANOES negativos salvo **ac. Anti músculo liso positivo 1/80**. Inmunoglobulinas en rango. Sin datos de paraproteína en suero. FR < 20 UI/ml. C3 159 mg/dl (86-179), **C4 12.3 mg/dL (16-50)**, Ac asociados a miopatías inflamatorias negativos.

Se solicita un **test** que resulta **diagnóstico**.

1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL





1.1 INFECCIOSO

	<i>A FAVOR</i>	<i>EN CONTRA</i>
Infección del área Qx.		TC abdominal normal No absceso ni signos de trombosis
Endocarditis Infecciosa	¿ETE?	ETT negativo No datos de embolismo a distancia
TBC genitourinaria	Estenosis uretral, fiebre, uroC negativos	No piuria ácida TC ABD-P normal
Infección viral	Clínica No mejoría con ATB	¿Serologías?



1.1 INFECCIOSO

1.2 NEOPLASIAS

	<i>A FAVOR</i>	<i>EN CONTRA</i>
MIELOMA MÚLTIPLE	Clínica Perfil del paciente	Inmunoglobulinas normales No componente monoclonal ¿Orina?
LINFOMA/LEUCEMIA	Clínica	No adenopatías No discrasia sanguínea
NEOPLASIA SÓLIDA	Clínica	No otros datos sistémicos u orientativos. TC TAP normal.



1.1 INFECCIOSO

1.2 HEMATOLÓGICO

1.3 TNOS INFLAMATORIOS

	<i>A FAVOR</i>	<i>EN CONTRA</i>
POLIMIALGIA REUMÁTICA (PMR)	Cuadro clínico - Debilidad escapular Analítica - VSG, PCR, Fibrinógeno, FR Trigger	¿EF? ¿Fiebre? ¿Ecografía? ¿Corticoides?
ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (ACG)	Cuadro clínico PIEBRE Analítica Trigger Asociación/evolución PMR	¿EF? ¿PET-TC?
Polimiositis/ Dermatomiositis	Clínica (deb proximal)	No daño miopático ANAs negativo ENAs negativos No otros síntomas sistémicos



1.1 INFECCIOSO

1.2 HEMATOLÓGICO

1.3 TNOS INFLAMATORIOS

	<i>A FAVOR</i>	<i>EN CONTRA</i>
Miositis por cuerpos de inclusión		Clínica: insidiosa, larvada VSG y PCR
Síndrome de RS3PE	Cuadro clínico Analítica	No artritis de manos o tenosinovitis de flexores
Hepatitis autoinmune	Antimúsculo liso, antiDNA	Enzimas hepáticas

1.1 INFECCIOSO

1.2 HEMATOLÓGICO

1.3 TNOS INFLAMATORIOS

	<i>A FAVOR</i>	<i>EN CONTRA</i>
L.E.S	Cuadro febril Afectación articular? C4 bajo antiDNA zona gris	ANA negativos
Enfermedad de Still del adulto	Fiebre >39°C >7 días Artralgia >2 semanas Neutrofilia >80% FR, ANAs negativos	Edad Lesiones cutáneas
Sd activación macrofágica	Fiebre Inflamación analítica	No pancitopenia ni esplenomegalia. ¿CD25?

1.4 OTRAS

	<i>A FAVOR</i>	<i>EN CONTRA</i>
Parkinson		¿EF?
Hipotiroidismo		¿TSH?
Osteoporosis	Dolor	Fiebre Analítica
Fibromialgia	Dolor	Fiebre Analítica



2. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Hemocultivos de hongos:** Pese a poca probabilidad (paciente no inmunosuprimido ni presenta factores de riesgo adicionales). Y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para *Mycobacterium tuberculosis*.
- **Ecocardiografía transesofágica (ETE):** a pesar de ETT normal y HC negativo, se podría realizar un ETE para confirmar ausencia de endocarditis.
- **Analítica:** bioquímica con metabolismo óseo, lipídico y estudio de proteinograma en orina. CD25 soluble.
- **Ecografía de hombros/cadera:** buscando bursitis subdeltoidea o tenosinovitis bicipital o sinovitis glenohumeral, sinovitis o bursitis trocantérica que apoyarían el diagnóstico de Polimialgia Reumática (PMR).
- **Test de tratamiento con corticoterapia:** la PMR respondería de forma rápida y completa a dosis bajas-medias (normalmente antes de 72h), cosa que no se daría en otras patologías comentadas.
- **Electromiograma y biopsia muscular:** para descartar vasculitis de pequeño vaso.
- **ECO-DOPPLER de arterias temporales** para despistaje de ACG.
- **PET-TC:** Podría plantearse para valorar una posible vasculitis (como la ACG) o signos de actividad que permitan biopsiar y oriente al diagnóstico.



3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Pueden presentarse de forma aislada o asociada:

- Un 20% de los pacientes con polimialgia reumática (PMR) presentan ACG.
- Un 40-60% de los pacientes con ACG presentan PMR.

POLIMIALGIA REUMÁTICA

CRITERIOS: \geq 50 AÑOS, dolor cintura escapular bilateral, elevación VSG/PCR

Manifestaciones:

- Rigidez matutina $>$ 45min
- Dolor/Limitación del rango de movimiento de las caderas
- Ausencia de FR o antiCCP
- Ausencia de otra afectación articular
- Ecografía:
 - Al menos un hombro con bursitis subdeltoidea o tenosinovitis bicipital o sinovitis glenohumeral, y al menos una cadera con sinovitis o bursitis trocantérica
 - Ambos hombros con bursitis subdeltoidea o tenosinovitis bicipital o sinovitis glenohumeral.

ARTERITIS DE LAS CÉLULAS GIGANTES

1. Edad igual o superior a 50 años
2. Cefalea localizada de reciente inicio
3. Arterias temporales dolorosas o con pulso disminuido
4. VSG igual o superior a 50 mm/h
5. Biopsia positiva*

**Bx arterial con arteritis necrotizante caracterizada por infiltrado mononuclear y/o granulomas.*

3. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

PMR

ACG

NECESARIO:

1. EXPLORACIÓN FÍSICA
2. TEST CORTICOIDES (??)
3. PET-TC

- Trigger
- Fiebre
- Clínica



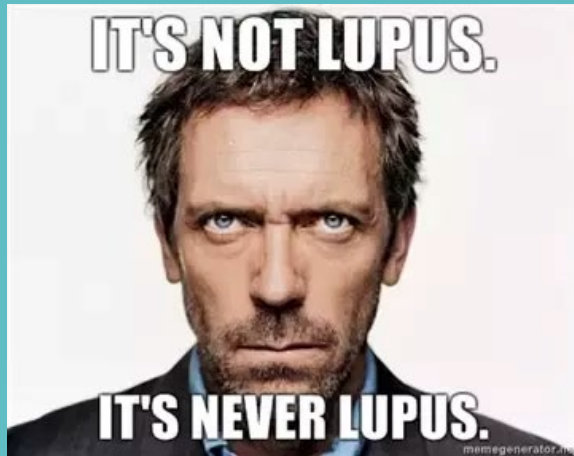
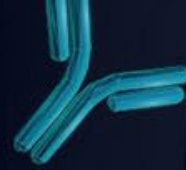
4. ABORDAJE TERAPEÚTICO

- **CORTICOIDES:**
 - Bolos 1gr Metilprednisolona x 3 días
 - 1-1.5mg/Kg/peso Prednisona
 - Descenso 2-4 semanas 5 mg hasta llegar a 2.5-5mg
- **Ahorradores de corticoides.**
- Adicionalmente habría que tomar medidas pertinentes para **evitar los efectos adversos de los corticoides:** profilaxis pneumocistis, osteoporosis, úlceras, descontrol de diabetes mellitus, HTA o hipercolesterolemia.
 - Valorar la realización de Mantoux y recomendar vacunación (antigripal, antineumocócica y anticoronavirus).



XVI REUNIÓN
GEAS 2023
GRUPO DE ENFERMEDADES
AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Sevilla | Hotel Silken
28-29 Septiembre | Al Andalus



¡MUCHAS GRACIAS
POR VUESTRA ATENCIÓN!

