

## OSAKIDETZA

2011ko urriaren 28ko;  
1699/2011 Erabakiaren bidez,  
egindako Oposaketa-Lehiaketarako  
deia (EHAA 216 Zkia. 2011ko  
azaroaren 15koa)

Concurso-Oposición convocado  
por Resolución nº 1699/2011, de 28  
de octubre de 2011 (B.O.P.V. Nº 216;  
de 15 de noviembre de 2011)

**KATEGORÍA: FAK. ESP. ERREUMATOLOGIAKO MEDIKUA**

**CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO REUMATOLOGÍA**

*2. ariketa / 2º ejercicio*

**Bigarren proba eguna / Fecha segundo ejercicio :**  
25 de marzo de 2012

#### CASO CLINICO 1.

Un hombre de 79 años fue atendido por rash, hinchazón articular y dolor en las manos, y eritema ocular.

Sano hasta 2,5 meses antes en que comenzó con dolor codos, caderas y rodillas. Recibió AINE y cedió en unos días. Antecedentes sin interés.

Nueve semanas antes de su ingreso volvió al hospital con debilidad y diaforesis. El pulso era arritmico y la TAS era de 80 mmHg. Se le diagnosticó fibrilación auricular que revirtió con dialtiazem. Fue remitido a su domicilio con lisinopril y AAS. Una semana después presentó hinchazón de la lengua, diaforesis, disnea y le apareció un ras horticarial no pruriginoso en brazos, tronco y caderas. Ingresó en otro hospital y se le diagnosticó angioedema con probable alergia a lisinopril que le fue suspendido.

Acudió a un dermatólogo que le realizó una biopsia cutánea en la que se apreció una vasculitis leucocitoclástica y recibió triancinolona tópica sin mejoría de éstas. Unos días después acudió al hospital por dolor abdominal que cedió espontáneamente en 24 horas.

Seis días después notó enrojecimiento ocular y acudió a un oftalmólogo que apreció una inyección escleral bilateral y le trató con gotas tóxicas.

Unos días después recidivó su fibrilación y comenzó con dolor e hinchazón en las articulaciones de las manos ingresando. Estaba afebril y no refería fiebre las semanas anteriores. Las constantes eran normales. Se apreció inyección escleral bilateral, rash urticarial en tronco y miembros superiores e inferiores y dolor a la palpación e hinchazón en las articulaciones MCFs e IFPs de las manos.

Se le realizaron sedimento urinario, hemograma, bioquímica, enzimas, proteoinograma, Bence-Jones, serologías virales y bacterianas múltiples incluyendo hepatitis B y C, VIH, factor reumatoide, anticuerpos anticitrulina, anticuerpos antinucleares y ANCA negativos. Radiografía de tórax y manos normales. Los niveles de complemento fueron C3 42 mg/dl (rango 86-184) y C4 11 mg/dl (20-58). Se realizó una prueba diagnóstica.

## CASO CLINICO 2.

Mujer de 21 años de edad, natural de Marruecos, residente en Badalona desde hace un año, sin alergias conocidas ni hábitos tóxicos, que ingresó trasladada desde otro centro para estudio de fiebre, artralgias y leucocitosis.

Una semana antes del ingreso, encontrándose previamente bien, presentó fiebre diaria de 39 C<sup>8</sup>, tos seca, odinofagia y artromialgias. Acudió a urgencias de otro centro, donde, tras practicarle una radiografía de tórax que fue informada como normal, se le prescribió amoxicilinae ibuprofeno y fue remitida a domicilio. Dos días después, por persistencia de los síntomas, la paciente volvió a urgencias, donde en un hemograma se comprobó: leucocitos 14 x 10<sup>9</sup>/L (neutrófilos 86%; bandas 2%). En la exploración física la paciente estaba normotensa y eupneica. La faringe estaba hiperémica. No se evidenciaron adenopatías. No existían signos meníngeos. La auscultación cardiorrespiratoria fue normal y no se palparon visceromegalias. No se evidenció artritis. Se decidió su ingreso.

Los hemocultivos y urocultivos fueron negativos. En el electrocardiograma se comprobó ritmo sinusal sin signos de sobrecarga o hipertrofia. La ecografía abdominal y ginecológica fue normal y las serologías para virus de Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus (CVM), Brucella, Salmonella, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y Toxoplasma fueron negativas. El aspirado nasofaríngeo para gripe A fue negativo. Las pruebas de autoinmunidad, que incluyeron anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos (ANCA) y factor reumatoide (FR), fueron negativas. Se practicó un ecocardiograma en el que no se visualizaron alteraciones de las válvulas ni derrame pericárdico. Se practicó una tomografía computarizada (TC) torácica-abdominal, que también resultó normal.

La paciente persistía febril, con dos picos febriles diarios. Para ampliar el estudio se le practicó un ecocardiograma transesofágico que resultó normal, así como serologías para Rickettsia, Borrelia, estudio de gota gruesa y estudio de fiebre mediterránea familiar, resultando todos ellos negativos o normales. La paciente fue trasladada al Hospital Germans Trias i Pujol.

En el momento de su ingreso la temperatura axilar era de 37,8°C, la frecuencia cardíaca de 96 latidos/minuto y la presión arterial de 97/68 mmHg, con una saturación de oxígeno del 99%.

En la exploración física se evidenció una paciente consciente y orientada, con un exantema evanescente asalmonado en el torso. La auscultación cardiorrespiratoria era normal. No se evidenciaron visceromegalias. No había signos meníngeos y se pudo comprobar dolor articular a la movilización en articulaciones de las manos, muñecas, codos, rodillas y tobillos.

En las pruebas de laboratorio destacaba: velocidad de sedimentación globular (VSG) 108 mm en la primera hora, leucocitos  $14,6 \times 10^9/L$  (neutrófilos 83%, linfocitos 15%, monolitos 2%), hemoglobina 11,8 g/dL, plaquetas  $443 \times 10^9/L$ , actividad de protrombina del 83%, fibrinógeno 747 mg/dL, tiempo de tromboplastina parcial activado

(TTPA) 29 seg, glucemia 76 mg/dL, proteínas 73 g/L, urea 10 mg/dL, creatinina 0,42 mg/dL, uricemia 2,3 mg/dL, Na 138 mmol/L, K 4,1 mmol/L, bilirrubina 0,39 mg/dL, fosfatasa alcalina (FA) 73 U/L (25-120), aspartato-aminotransferasa (AST) 40 U/L (valores normales 5-31), alanino-aminotransferasa (ALT) 38 U/L (valores normales 5-31), gammaglutamiltranspeptidasa (GGT) 32 U/L (valores normales 6-50), lactato deshidrogenasa (LDH) 562 U/L (valores normales 240-480) y triglicéridos 107 mg/dL. El sedimento de orina fue normal y la determinación de proteinuria fue negativa. La proteína C reactiva (PCR) fue de 167 mg/dL (valores normales 0-30) y los ANA, ANCA y FR eran negativos. Los marcadores tumorales antígeno carcinoembrionario, alfafetoproteína y beta-2 microglobulina eran

normales. La IgG frente a parvovirus fue positiva, mientras que la IGM resultó negativa. La serología luética fue negativa. La concentración plasmática de ferritina resultó de 6.540 ng/ml (valores normales 15-90).

Se inició tratamiento con glucocorticoides a dosis de 1 mg/kg/día con mejoría inicial en las primeras 24 horas. Sin embargo, 48 horas después la enferma empeoró, presentando deterioro del estado general, además de fiebre y exantema. En la analítica destacaba: VSG 59, leucocitos  $7,6 \times 10^9/L$  (neutrófilos 53%, linfocitos 31,5%, monocitos 0,90%, eosinófilos 0,2%, basófilos 0%), hemoglobina 11,9 g/dL, plaquetas  $204 \times 10^9/L$ , fibrinógeno 218 mg/dL, ferritina 43.600 ng/ml, bilirrubina 5,4 mg/dL, FA 197 U/L, AST 1.422 U/L, ALT 982 U/L, LDH 6.114 U/L, GGT 713 U/L y PCR 48 mg/l.

Se practicaron pruebas diagnósticas.

### CASO CLÍNICO 3

Mujer 43 años que ingresa en el Hospital por dolor lumbar. Había comenzado 8 meses antes con dolor en región lumbosacra y nalga izq. El comienzo del dolor fue subagudo y empeoraba durante la sedestación. El dolor fue leve y posteriormente moderado durante meses, persistiendo en la misma localización, sin irradiación distal. El dolor empeoraba durante la menstruación y al defecar. En los últimos meses la intensidad del dolor se incrementó de forma progresiva. No refería sintomatología neurológica asociada ni limitación funcional. El dolor no tenía características mecánicas. Se administró antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos sin mejoría. Los estudios radiológicos de torax, pelvis y columna lumbar fueron normales. Durante los 2 meses anteriores al ingreso hospitalario la paciente desarrollo anorexia y refería “fiebre intermitente” no termometrada. Refería pérdida de peso progresiva de 9 Kg. En el momento de ingresar refería dolor persistente e intenso.

Entre sus antecedentes personales destacaba ser fumadora desde los 20 años. Había tenido 4 embarazos y había llevado un dispositivo intrauterino durante 13 años, que le fue retirado por sangrado 1 semana antes de comenzar con el dolor lumbosacro. No refería antecedentes de otras enfermedades.

En el momento de su ingreso la paciente estaba caquética y con dolor constante. Tenía una temperatura de 37,5 °, pulso 92 por minuto, presión arterial 125/75 y tenía 22 respiraciones por minuto. No se detectaron adenopatías. La auscultación cardiorrespiratoria era normal. La exploración mamaria mostraba pequeños nódulos. Tenía dolor en el ángulo costovertebral izq. La palpación abdominal era normal. La exploración de la columna lumbar no mostró que el dolor empeorara con la movilidad y la palpación de la columna lumbar no era dolorosa. Las extremidades eran normales sin dolor ni artritis. El examen neurológico era normal. El tacto rectal era sugestivo de una masa presacra.

Los análisis mostraron 14200 leucocitos con 95% de neutrofilos. Las determinaciones bioquímicas de glucosa, creatinina, GOT, GPT, GGT, FA, ácido úrico, albumina, Na, K, CK y amilasa eran normales. El análisis de orina era normal, excepto algunas células blancas y bacterias que se observaron en el sedimento.

El EKG fue normal. La mamografía mostró pequeños nódulos sin aspecto de malignidad. Una gammagrafía ósea con tecnecio mostró un ligero incremento de captación en la parte posterior de las mandíbulas (compatible con enfermedad dental) en el esfenoides y en región inferior del sacro. Una colonoscopia no mostró hallazgos patológicos. La determinación de sangre oculta en heces fue negativa. Una urografía IV solo mostró una mínima dilatación pielocalicial izq y el ureter izquierdo estaba dilatado a nivel del sacro.

Se realizó un TAC que mostró una masa presacra que desplazaba anteriormente el recto. Se practicó una punción-aspiración guiada con TAC de la masa presacra. El estudio histológico mostró células inflamatorias con tejido de granulación y ausencia de atipias.

Se realizó un procedimiento que permitió el diagnóstico.

**Se solicita:**

**¿Qué procedimiento permitió el diagnóstico?**

**Diagnóstico diferencial razonando**

**Probable diagnóstico del paciente razonado**

#### CASO CLÍNICO 4.

Mujer, 29 años. Ingresa por posible artritis séptica de la rodilla derecha, sin clínica general o por aparatos.

Antecedentes: infertilidad, un embarazo con pérdida fetal a las 29 semanas de gestación, tratamiento con clomifeno y vitaminas prenatales. Dolor crónico en el tobillo derecho atribuido a una lesión del peroneo corto.

Radiografía anteroposterior y lateral de rodillas: normal.

Artrocentesis: 29.700 células blancas, inicia tratamiento con clindamicina IV y ketorolaco.

Cultivo estándar, tinción para micobacterias y PCR para borrelia: negativos. No responde al tratamiento y se consulta.

Reumatología: VSG 47, PCR 5 mg/dl, FR + (22/14 UI/ml). CCP, HLA-B27, negativos. TSH normal. Parvovirus-B19 IgM negativo. Bioquímica: ferrocínica normal. Creatinina 0,9 mg/dl, Na 137 mEq/L, K 2,9 mEq/l, Cloruro 96 mEq/L, Mg 1,1 mg/dl, calcio 9,3 mg/dl, fosfato 3,1, bicarbonato 36, orina normal, calcio en orina 50 mg/d.

Preguntas:

- 1.- Haga un muy breve resumen del caso por clínica y analítica.
- 2.- ¿Cual será su actitud diagnóstica (análisis e imagen)?
- 3.- ¿Cual es su diagnóstico más probable?
- 4.- ¿Que tratamiento pautaría?

#### CASO CLÍNICO 5.

Varón de 23 años, fiebre de dos meses de evolución de inicio con el verano, picos febriles vespertinos de 39-40° C, escalofríos y pérdida de 4 Kg. de peso.

En un estudio previo había presentado análisis rutinarios, hemocultivos repetidos, TC de tórax y senos paranasales, ecografía abdominal y serologías virales normales.

Examen físico: ligera cojera de pierna derecha con sensibilidad a la palpación, T° 37,5° C.

Pruebas analíticas:

VSG 97 mm/h, PCR 12 mg/L (<1), GPT 49 (<40), resto de investigaciones normales (hemograma, GGT, F. Alcalina, LDH, urea, creatinina, CPK, Proteína y sedimento urinario).

Serología de Hepatitis B y C, VIH, enterovirus (y coxackie), herpes simple, influenza, CMV, VEB, T. Gondii, Yersinia, Brucella: negativas o IgG positivas.

ANAs, y Ac antigranulocitos negativa.

Doppler venoso negativo, y gammagrafía con galio negativa.

Dos semanas más tarde presenta empeoramiento del dolor y de la impotencia funcional. Doppler de la extremidad afecta con edema local de los músculos posteriores de la pierna derecha, confirmado con RMN el infiltrado edematoso en T2 acompañado de zonas más afectadas parcheadas, mal delimitadas y de edema perimuscular con afectación de fascias perimusculares respetándose las profundas.

Una biopsia presenta fibras musculares poco modificadas, y en una rama del nervio peroneo común incluido se aprecia en un vaso un infiltrado vascular leucocitario asociado a una trombosis vascular; los inmunomarcadores están dirigidos contra el antígeno leucocitario común.



#### CASO CLÍNICO 6.

Mujer de 71 años, que ingresa por rash doloroso y necrosis en las piernas, de una semana de evolución. En los seis meses previos había presentado púrpura intermitente en las mismas. Había tomado AINE durante 2 meses por artralgias. No antecedentes personales, ni familiares reseñables.

Exploración clínica: necrosis dérmica en el tercio distal de ambas piernas, rodeado de púrpura y equimosis; eritema y púrpura en el dorso de los pies.

Analítica al ingreso: VSG: 72 mm/h; ANA: (-); Hemograma, urea, electrolitos y coagulación: normal.

Eco doppler venoso: normal; arterial: placas ateromatosas en los miembros inferiores.