

423/16 - UN CASO DE FIEBRE VESPERTINA y SÍNDROME CONSTITUCIONAL

C. Ruiz-Mateos Ruiz de Lacanal¹, S. Gómez Rodríguez², M. Real Campaña³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. Cádiz, ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle Puerto Real. Cádiz. Andalucía, ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casines. Puerto Real. Cádiz. Andalucía.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años, sin alergias, fumadora de 5 cig/día, EPOC e intervenida de meniscopatía bilateral. Vista por el oftalmólogo sin diagnóstico específico por molestias vagas en la visión. Consulta en varias ocasiones por astenia, poliartralgias y febrícula ocasional de predominio vespertino desde hace 3 meses. Empeoramiento progresivo con episodios de sudores nocturnos y pérdida de peso con anorexia. y en esta última visita presenta dolor retroesternal opresivo, no irradiado sin cortejo vegetativo y claudicación de extremidades más marcada en superiores.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica, afebril, normotensa, aunque hay una discreta diferencia entre ambos brazos. Rítmica, con soplo diastólico aórtica II/IV. Murmullo vesicular conservado. Abdomen no doloroso, sin masas ni defensa abdominal. Extremidades sin insuficiencia venosa. ECG: RS a 89 lpm, con bloqueo de rama izquierda. Analítica: hemoglobina 11,1 g/dL, VCM 75,7 fL, Hto: 34,8. 12.180 leucocitos con desviación izquierda y PCR 5,21 mg/Dl. Plaquetas, coagulación y bioquímica con perfil hepático, lipídico, hepático, metabolismo del hierro, hormonas tiroides, proteinograma, complemento, factor reumatoide, ANAa y marcadores tumorales dentro de la normalidad. Serología víricas VIH, hepatitis, treponema, Coxiella, Rickettsia, Brucella, negativas. Cultivo de esputo, baciloscopía y Mantoux negativas. Ecocardiograma con insuficiencia aórtica leve-moderada y mitral leve degenerativa. TAC tórax: engrosamiento mural que afecta a aorta torácica y abdominal y a sus ramas (troncos supraaórticos con marcada afectación de arterias subclavias) Hallazgos que orientan hacia arteritis como primera posibilidad.

Juicio clínico: Arteritis de Takayasu.

Diagnóstico diferencial: Infecciones agudas (aneurismas micóticos debidos a septicemia o endocarditis), infecciones crónicas (sífilis, tuberculosis, virus de la inmunodeficiencia humana), causas congénitas (coartación aórtica), enfermedades hereditarias (síndrome de Marfan, neurofibromatosis, síndrome de Ehlers-Danlos), displasia fibromuscular y secuelas posradiación. Además de los propios del síndrome constitucional como la presencia de tumores, Enfermedades que produzcan inmunodepresión, tuberculosis entre otras.

Comentario final: La arteritis de Takayasu es una enfermedad poco frecuente, de causa desconocida, caracterizada por una vasculitis, que afecta a las arterias de mediano y gran calibre, principalmente a la arteria aorta y a sus ramas principales, los troncos supraaórticos. Es más frecuente en mujeres y suele comenzar en edades tempranas cuyos síntomas habituales son polimialgias, claudicación de EESS, astenia, dolor torácico, diferencia de más de 10 mmHg de PA entre ambos brazos, disminución de pulsos y pérdida de

peso entre otros. Suele responder a corticoides y en casos graves se utilizan inmunosupresores.

Bibliografía

Berti A, Dejaco C. Update on the epidemiology, risk factors, and outcomes of systemic vasculitides. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2018;32(2):271-94.

Russo RAG, Katsicas MM. Takayasu Arteritis. *Front Pediatr.* 2018;6:26.

Espinoza JL, Ai S, Matsumura I. New Insights on the Pathogenesis of Takayasu Arteritis: Revisiting the Microbial Theory. *Pathogens.* 2018;7(3).