



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/262 - TRAPS

S. Crespo González<sup>a</sup>, R. Pérez Bol<sup>b</sup>, C. Cayón de las Cuevas<sup>c</sup>, F.J. Álvarez Álvarez<sup>d</sup>, J.M. Muñoz Pérez<sup>e</sup>, I. Roiz González, A.R. Fernández Escudero<sup>g</sup>, T. Tigera Calderón<sup>h</sup>, C. Domínguez Mosquera<sup>i</sup> e I. Gutiérrez Villa<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Madrid. <sup>h</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Renedo. Santander. Cantabria. <sup>i</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria. <sup>j</sup>Enfermera. Centro de Salud de Cudeyo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 35 años, no hábitos tóxicos ni tratamiento habitual, con antecedentes en el año 1991, de síndrome febril prolongado con Mantoux de 15 mm, aunque la biopsia y otros estudios serológicos fueron negativos, y episodio de endocarditis aórtica sin microorganismo conocido. Acude a la consulta por cuadro de fiebre de hasta 39 °C de cuatro días de evolución junto con mialgias, sin tos ni expectoración, no cefalea, no clínica digestiva y refiere orina más densa, sin disuria, junto con dolor en región inguinal derecha. Se realiza labstix que sale positivo y se trata según antibiograma de urocultivo de una infección previa, a los tres días de tratamiento, continúa con fiebre alta, el urocultivo sale negativo y se deriva a urgencias del hospital donde pautan ciprofloxacino y gentamicina endovenosa. A los cuatro días continua con picos febriles de hasta 39 °C por lo que ingresa en el hospital para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial: 120/70, T<sup>a</sup>: 38,8 °C, no lesiones cutáneas, orofaringe, auscultación cardiaca, pulmonar y abdomen normal, puñopercusión renal bilateral negativa, adenopatía en región inguinal derecha de 1 cm por 1 cm aproximadamente, dolorosa y rodadera. Hemograma: leucocitosis, Bioquímica: GGT: 178, FA: 130, PCR: 17,8, resto normal. Labstix de orina: nitritos: +++, leucocitos: +++, proteínas: +++, sangre y glucosa negativo. Elemental y sedimento: proteínas: más de 300 mg/dl, urocultivo: E. coli, proteinuria de 24 horas: 8,64 g/24h, hemocultivos negativos, serologías de atípicas negativas. Ecocardiograma: no endocarditis, radiografía de tórax: sin condensaciones, TAC craneal: normal, TAC toraco-abdominal: ligera esplenomegalia, electromiograma normal, biopsia renal: amiloidosis de tipo AA con afectación glomerular.

**Juicio clínico:** TRAPS (síndrome periódico asociado a alteración del receptor del factor de necrosis tumoral, TNF) y amiloidosis de tipo AA con afectación renal.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades infecciosas, neoplasias, enfermedades autoinmunes, enfermedades autoinflamatorias sistémicas: fiebre mediterránea familiar, etc.

**Comentario final:** El TRAPS es un síndrome autoinflamatorio caracterizado por episodios recurrentes de fiebre, inflamación en sitios localizados del organismo, ausencia de autoanticuerpos y tendencia a la agregación familiar. La clínica es: fiebre periódica, dolor abdominal, mialgias, eritema macular migratorio, edema palpebral o conjuntivitis, dolor torácico, artralgia o sinovitis monoarticular y adenopatías. Los

episodios duran más de 5 días y se presentan cada 2 a 9 meses, responden a corticoides pero no a colchicina. El pronóstico lo marca el desarrollo de amiloidosis secundaria, que ocurre en el 14-25% de los casos, como consecuencia de procesos inflamatorios repetidos a lo largo de los años. El riñón suele ser el primer órgano afectado y la proteinuria es el signo más precoz por lo que en estos casos, debemos realizar screening de proteinuria cada 6-12 meses a los familiares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aguado-Gila L, Irarrazaval-Armendáriz I, Pretel-Irazabala M. Novedades en el diagnóstico y tratamiento del síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:617-22.
2. Modesto C, Aróstegui JI, Yagüe J, Arnal C. ¿Qué es lo que hoy debo saber sobre los síndromes autoinflamatorios? *Semin Fund Esp Reumatol.* 2007;8:34-44.
3. Estébanez Muñoz M, Gómez Cerezo J, López Rodríguez M, Pagán Muñoz B, Barbado Hernández FJ. Fiebre periódica hereditaria. *An Med Interna.* 2008;25:93-7.