



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1392 - Disminución de sensibilidad y fuerza en MMII, ¿es artrosis, doctora?

M. Chacón González<sup>a</sup>, M.S. Pineda Pérez<sup>b</sup>, C.J. Sevillano Esquivel<sup>c</sup>, A. Moreno Moreno<sup>d</sup>, M. Muñoz Sanz<sup>d</sup> y M. López Rico<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>e</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 55 años con antecedentes de asma con eosinofilia periférica desde 2009 en tratamiento con corticoides en seguimiento por neumología, trastorno ansioso depresivo y rinitis alérgica estacional, que consulta por dolores generalizados con incapacidad para la deambulaci3n, p3rdida de fuerza en extremidades, predominantemente en MMII, sequedad de mucosa oral y fiebre en los 3ltimos dos d3as que ha asociado a diarrea y v3mitos.

**Exploraci3n y pruebas complementarias:** Exploraci3n f3sica por aparatos y sistemas normal. Exploraci3n neurol3gica: hipoestesia en cara lateral del pie izquierdo. Hemograma con reticulocitos normales, leucocitos 38.500 (S 34,2%, E 57,0%), VSG 48, PCR 72,42, resto normal; coagulaci3n: normal; bioqu3mica: prote3nas totales 5,8, alb3mina 2,9, GOT 48, GPT 40, GGY 502, FA 695, CPK 215; Ig E 785, resto normal junto con virus, ANA, ENA y anti LKM-1. Factor reumatoide 16,1. Electrocardiograma normal y radiograf3a de t3rax con infiltrado basal derecho. Serolog3a Aspergillus negativa. Estudio inmunol3gico negativo. TCAR con vidrio deslustrado en 2009 y normal en 2011.

**Juicio cl3nico:** S3ndrome de Churg-Strauss (CSS) o granulomatosis al3rgica o granulomatosis eosin3fila con poliange3tis.

**Diagn3stico diferencial:** Vasculitis, neumon3a at3pica, aspergilosis broncopulmonar al3rgica, s3ndrome hipereosin3filico.

**Comentario final:** Ante esta situaci3n pautamos levofloxacino 500 mg para su neumon3a y derivamos a la paciente a consultas de Medicina Interna para estudio y con ecograf3a abdominal por alteraciones de transaminasas. En este servicio se le realiza anal3tica con C-ANCA + y anti-MPO: 35, frotis en sangre perif3rica con eosinofilia y serie roja normal. Eco-cardiograma, TC-cr3neo y LCR normales. TC t3rax con atelectasias laminares en varios l3bulos pulmonares. En ecograf3a abdominal dilataci3n de la v3a biliar intrahep3tica e im3genes de colesteroles. EMG multi/polineuropat3a sensitivo-motora axonal distal aguda con afectaci3n acusado en CPE izquierdo. Biopsia del nervio sural: sin vasculitis. En tratamiento con corticoides, ciclofosfamida y opi3ceos para el dolor y seguimiento en consultas de Medicina Interna. En general los pacientes con enfermedad de Churg-strauss responden al tratamiento con corticoides, pero tambi3n el tratamiento prolongado con corticoides por otro motivo puede suprimir la cl3nica inicial de la enfermedad. Es una vasculitis de peque1o y mediano vaso con una edad media de diagn3stico de 40 a1os, caracterizada por rinitis al3rgica, asma bronquial y eosinofilia en sangre perif3rica, aunque en 3ltimas fases

pueden aparecer síntomas inespecíficos. Puede tener afectación a cualquier nivel orgánico especialmente sistema nervioso periférico y pulmón. Como causa se han descrito principalmente factores inmunológicos y genéticos, encontrándose infiltrados eosinófilos y granulomas a distintos niveles. El diagnóstico es de sospecha y en función de una serie de criterios de Laham o bien de la ACR. Un diagnóstico a tiempo tiene excelentes resultados tras corticoides sistémicos (pilar fundamental del tratamiento).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sinico RA, Bottero P. Churg-Strauss angiitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009; 23(3):355-66.
2. Seo P, Stone JH. The antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides. *Am J Med*. 2004;117(1):39-50.
3. Alfaro TM, Duarte C, Monteiro R, Simão A, Calretas S, Nascimento Costa JM. Churg-Strauss syndrome: Case series. *Rev Port Pneumol*. 2012;18(2):86-92.