



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3247 - SÍNDROME CONSTITUCIONAL NO ES SINÓNIMO DE NEOPLASIA

M. Martínez Martínez^a, S. Jiménez Moya^a, A. Sánchez Agüera^b y A. Ansón Martínez^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia.

^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años que acude a consulta de atención primaria refiriendo vómitos frecuentes asociados a hiporexia, astenia y pérdida de más de 20 kg de varios meses de evolución. Afebril. Sin otra clínica acompañante. Antecedentes: hipertenso, diabético, dislipémico y exfumador. SCASEST hace 12 años con insuficiencia mitral y aórtica ligeras. Anemia crónica multifactorial y arteriopatía diabética.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina, salvo ausencia de pulsos pedidos pero sin signos de hipoperfusión. Analítica: Hb 9,8, VCM 88,1. Fibrinógeno 613. Bioquímica: urea 65, creatinina 1,38, filtrado 50, PCR 2,47, LDH 118, ferritina 482,1. Resto sin alteraciones; se decidió ampliar la analítica posteriormente (esta última fue en el hospital ya que el paciente ingresó por empeoramiento de la clínica), destacando: VSG 54, FR 23,90, IgG 1.186, IgM 211, IgA 211, B2-microglobulina 7.600. ENA Negativos, ANOES negativos excepto Ac. reticulina positivo.

Orientación diagnóstica: Junto con el antecedente de extabaquismo y el evidente síndrome constitucional que presenta el paciente se decide ampliar el estudio con objeto de encontrar patología neoplásica.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia de pulmón. Linfoma. Síndrome paraneoplásico. Vasculitis.

Comentario final: TAC-body con contraste: engrosamiento de la pared aórtica con dilatación difusa en su porción torácica. Revisando analíticas desde un año antes de su ingreso, presenta de manera constante reactantes de fase aguda elevados. Se solicitó PET-TAC que confirma captación hipermetabólica difusa de aorta y troncos supraaórticos de predominio en pared vascular, lo que sugiere: arteritis aguda de grandes vasos (Takayasu). Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/Kg con mejoría clínica y analítica por lo que se decide alta hospitalaria y seguimiento en CCEE de Reumatología. 4 meses después acude a consulta tomando prednisona 30 mg/24h y metotrexate 7,5 mg/semana. Se inicia tratamiento con denosumab. Paciente asintomático.

Bibliografía

1. Serra R, Butrico L, Fugetto F, et al. Actualizaciones en Fisiopatología, Diagnóstico y Manejo de la Arteritis de Takayasu. Ann Vasc Surg. 2016;35:210.
2. Mason JC. Arteritis de Takayasu: avances en el diagnóstico y manejo. Nat Rev Rheumatol. 2010;6:406.

3. Grayson PC, Tomasson G, Cuthbertson D, et al. Asociación de hallazgos de exploración física vascular y lesiones arteriográficas en vasculitis de grandes vasos. *J Rheumatol*. 2012;39:303.

Palabras clave: Síndrome constitucional. Vasculitis. Takayasu.