

347/3303 - ¡DOCTORA, NO PUEDO CON LAS PIERNAS!

N. Rosado Barrasa^a, M. Medrano Pérez^b, J. Rodríguez Albarrán^c y P. Longinos Rodríguez^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años que acude a consulta por mialgias proximales en miembros inferiores de 3 semanas de evolución tras pico febril de 38 °C que cedió con paracetamol, posteriormente se mantiene sensación distérmica y escalofríos de predominio vespertino. Hiporexia y náuseas sin vómitos. No otra sintomatología añadida. No viajes al extranjero. No antecedentes personales de interés salvo hipotiroidismo tratado con Eutirox. Hermana y tía con artritis reumatoide.

Exploración y pruebas complementarias: Primera consulta: se realiza exploración física (EF) sin alteraciones y se pide analítica. 1^a analítica (13/04/2018): proteinuria y hematuria. Anemia normocítica normocrómica (N-N) y trombocitosis. PCR 49. CPK normal. Se repite la analítica. 2^a analítica (17/04/2018): anemia N-N, leucocitosis. Ferritina, PCR y VSG elevados. Enzimas hepáticas elevadas. TSH aumentado. Resultados de autoinmunidad pendientes. Se deriva a Urgencias. EF: normal excepto hepatomegalia. Electrocardiograma normal. Radiografía tórax y abdomen normales. Ingreso en medicina interna para estudio. EF: sin cambios, excepto rash evanescente. Analítica: empeoramiento función renal y elevación creatinina. Resto similar a previas. Poliuria y proteinuria, urocultivo positivo para *E. coli*. Hemocultivo y serología negativos. ANA, p-ANCA, c-ANCA y ASMA positivos. Ecocardiograma normal. Ecografía abdominal normal. TC abdominal: engrosamiento pleural posterior en ambos hemitórax y derrame pleural izquierdo.

Orientación diagnóstica: Vasculitis.

Diagnóstico diferencial: Infecciones, aterosclerosis, hipercoagulabilidad, drogas, sarcoidosis, iatrogenia, linfoma, leucemia.

Comentario final: Al principio del ingreso se pensó en viriasis, al afectarse la función renal se sospechó de vasculitis, apoyada por la elevación de p-ANCA. Tras comentarse con Nefrología se realiza biopsia renal no válida. Por el deterioro clínico y de la función renal se pautan esteroides y ciclofosfamida con buena respuesta y se realiza nueva biopsia renal. Alta con sospecha diagnóstica de poliangeítis microscópica en tratamiento con prednisona 60 mg, Natecal, D, Septrrim forte, Aranesp, Nepro HP y ciclofosfamida y seguimiento por Nefrología. Posteriormente se confirmó el diagnóstico tras obtener los resultados de la 2^a biopsia renal.

Bibliografía

1. Villiger PM, Guillemin L. Microscopic polyangiitis: Clinical presentation, Autoimmunity Reviews. 2010;9:812-9.
2. Kallenberg CGM. The diagnosis and classification of microscopic polyangiitis, Journal of Autoimmunity. 2014;48-49:90-3.
3. Praga M. Nefropatías glomerulares primarias. En: Rozman C. Medicina Interna, 18^a ed. Barcelona: Elsevier; 2016. p. 845-54.

Palabras clave: Mialgias. Proteinuria. Vasculitis.