

347/4078 - ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES O NO

J. Ramos Sesma^a, L. Floristán García^b y A. López Gil^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Torrelodones. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 95 años HTA, DM, DL con antecedentes de ictus cardioembólico sin secuelas que acude a Urgencias por cefalea hemicraneal derecha de 1 semana de evolución, sin datos de alarma salvo la edad de la paciente y perdida de visión progresiva en la anamnesis dirigida. Niega síndrome constitucional, niega fiebre o sensación distérmica, sin datos sugestivos de claudicación escapular o pelviana.

Exploración y pruebas complementarias: TA 155/75, FC 77 lpm, Sat 98% basal. Peso: 59 kg. AC: rítmica. Sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. RHA+. No doloroso a la palpación. MMII: no edema ni signos de TVP. PPP. Neurológico: pupilas mióticas reactivas. PPCCs normales. No defectos campimétricos. No nistagmo. Fuerza y sensibilidad conservada. Romberg-. Pérdida de agudeza visual OD. Analítica normal. TAC craneal: se observa una lesión de partes blandas que ocupa el seno esfenoidal, celdillas etmoidales posteriores y seno maxilar derechos con erosión ósea asociada en dichas regiones y a nivel del ala mayor del esfenoides. Se encuentra en íntimo contacto con el nervio óptico,

Orientación diagnóstica: Inicialmente se orienta como posible ACG por clínica sugestiva de ello, cefalea hemicraneal, pérdida de visión, y edad. Se interconsulta a oftalmología para fondo de ojo, se solicita analítica rutinaria, y se solicita TAC craneal urgente para descartar patología intracranal que justificase la clínica.

Diagnóstico diferencial: Neuropatía óptica isquémica: arterítica y no arterítica. Neuritis óptica. Infecciones. Neoplasias. Tóxicos.

Comentario final: Inicialmente se optó por frecuencia como arteritis de células gigantes, no obstante se pidieron pruebas complementarias en urgencias para descartar otras etiologías de cefalea y pérdida de visión, encontrándose los hallazgos descritos en el TAC. Como terapia se inició tratamiento con metilprednisolona a mg/kg/día, como tratamiento de LOE y ACG. Finalmente durante el ingreso se toman biopsias de lesión con diagnóstico AP de linfoma B de alto grado. Actualmente en consulta de Oncología radioterápica y Hematología.

Bibliografía

1. <http://www.elsevier.es/es-revista-seminarios-fundacion-espanola-reumatologia-274-articulo-diagnostico-tratamiento-una-arteritis-temporal-S1577356612000437>
2. https://www.uptodate.com/contents/optic-neuropathies?topicRef=5251&source=see_link

3. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: MSD; 2012.

Palabras clave: Arteritis células gigantes. Neuropatía óptica aguda. Cefalea. Linfoma B de alto grado.