

333/11 - UNA SOSPECHA ACERTADA

V. Perea Ramírez¹, P. Pérez López², R. Cervigón Portaencasa³, B. Cortés Beringola², M. Fernández-Amigo Aguado².

¹Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. ²Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. ³Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 51 años, acude al centro de salud por parestesias y dolor en pie derecho, lesiones asociadas eritematosas pruriginosas en ambos pies de 5 días de evolución. Antecedentes: hipertensión, asma y pólipos nasales en seguimiento en otorrinolaringología. Niega otros síntomas. Niega viajes recientes, contacto con animales o picaduras. Pareja estable. Tras analítica en centro de salud con eosinofilia y sus antecedentes, derivamos a Medicina Interna para completar estudio y confirmar sospecha diagnóstica.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, normohidratado, normoperfundido. Afebril, normotensio. No adenopatias. Auscultacion cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen blando, indoloro, no visceromegalias ni peritonismo. Miembros inferiores no edema, no trombosis venosa profunda. Parestesia territorio L5, fuerza conservada, lesiones purpúricas en ambos pies con vesículas a nivel interdigital/metatarsofalangicas. Pruebas complementarias. Bioquímica: Creatinina 0.50 mg/dl, ALT 45.00 U/L, AST 52.00 U/L, GGT 57.00 U/L. Hemograma: Leucocitos 25.660 microL, Neutrófilos 9.290microL, Linfocitos 2.870 microL, Eosinófilos 11.780 microL, Eosinófilos 45.90%. Frotis: linfocitos activados, eosinofilia. ANCAc negativo, ANCAs positivo, ANCA PR3/MPO, Anti-MPO Positivo, Anti-PR3 negativo. Serología HBs Ag.: Negativo. HBc total: Negativo. HBs Ac: 3.10 mUI/ml (Negativo). VIH 1/2 Ac: Negativo. VHC Ac: Negativo. Strongyloides Ac.: Negativo. Ecocardiograma: normal. Estudio densitométrico sin alteraciones. Biopsia de piel: vasculitis de pequeño y mediano vaso, con leucocitoclástia y numerosos eosinófilos. Rx tórax: sin alteraciones. TAC tórax: Pequeños colapsos basales que asociamos a alteración generalizada de vía aérea, probablemente relación con proceso inflamatorio reagudizado. Opacidad de aspecto inflamatorio en lingula, de poca extensión. Electromiograma: polineuropatía mixta sensitivo motora, asimétrica de predominio axial y distal, con cierto componente proximal e intensidad severa en miembros inferiores principalmente el izquierdo

Juicio clínico: Granulomatosis eosinofílica con poliangeitis.

Diagnóstico diferencial: Poliangeitis granulomatosa. Poliarteritis nudosa. Neumonía eosinofílica. Síndrome hipereosinofílico. Poliangitis microscópica. Vasculitis leucocitoclástica.

Comentario final: Antecedentes personales sin aparente gravedad, pueden ser indicativos de enfermedades sistémicas que comprometan la vida del paciente. Importante trabajar de forma multidisciplinar utilizando recursos hospitalarios ante sospecha clara.

Bibliografía

Churg J, Strauss L. Allergic granulomatosis, allergic angiitis, and periarteritis nodosa. Am J Pathol, 1951; 27: 277-301.

Cattaneo L, Chierici E, Pavone L. Peripheral neuropathy in Wegener's granulomatosis, Churg-Strauss syndrome and microscopic polyangiitis. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2007; 78: 1119-23.

Palabras clave: Asma, púrpura, eosinofilia, vasculitis.