



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/140 - ¿Harta de ver dolores cervicales?

L. Alli Alonso<sup>a</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>b</sup>, V. Acosta Ramón<sup>c</sup>, M.P. Carlos González<sup>d</sup>, M.J. Labrador Hernández<sup>e</sup>, N. Santos Méndez<sup>f</sup> y M. Elsayed Soheim<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina de Familia y Comunitaria; <sup>f</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Maliaño. Santander. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo-Interior. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS El Alisal. Santander. <sup>g</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dávila. Santander.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 39 años con Antecedentes personales de HTA desde 2012, en tratamiento farmacológico desde hace un mes con candesartán, por buen control previamente. Historia de síncope de repetición (hasta 4 diarios) estudiados por Cardiología y Neurología sin filiar origen. En una ocasión (2012) asoció parestesias en ESD y posteriormente se observó en RM cerebral una lesión frontal derecha de 8 mm de probable etiología isquémica. Además, presenta síndrome ansioso-depresivo incrementado desde fallecimiento de su madre, en tratamiento con lexatin. Consulta por cuadro de 2 semanas de dolor laterocervical derecho a la palpación, sin claro desencadenante, que aumenta con la tos y esfuerzos; y astenia leve en los últimos meses. También refiere que dos días antes tuvo episodio sincopal de 2 minutos de duración, con sensación de mareo previo; sin pérdida de control de esfínteres, ni convulsiones, ni periodo poscrítico. Lo relaciona con alteraciones tensionales que presenta en las últimas semanas. Niega fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: dolor a la palpación laterocervical derecha en zona submandibular, sin alteraciones cutáneas y con pulsos carotídeos rítmicos, simétricos y sin soplos. ACP sin hallazgos. Abdomen: leve dolor en FII. EESS: pulso radial derecho no palpable, izquierdo rítmico; EEII: pulsos pedios palpables, rítmicos y simétricos. TA: MSD 111/58, MSI 100/58; MID 129/76, MII 135/80. Pruebas de laboratorio: No leucocitosis. Iones y función renal ok. Reactantes: VSG 30 mm, PCR 3 mg/dL. Ecografía cervical: cambios inflamatorios periarteriales a nivel de bifurcación carotídea, con marcado dolor a la exploración, recomendando realizar TC o RM para ampliar estudio y descartar glomus. AngioTC: engrosamiento mural concéntrico, hipodenso, del segmento más distal de ambas carótidas comunes, más significativo en el lado derecho, donde se extiende hacia el origen de la ACI, condicionando una estenosis significativa.

**Juicio clínico:** Arteritis de Takayasu.

**Diagnóstico diferencial:** Displasia fibromuscular. Danlos. Arteritis de células gigantes.

Ingesta excesiva de ergotamina. Síndrome de Ehlers

**Comentario final:** La arteritis de Takayasu es una entidad poco frecuente, típica de mujeres 40 años y con mayor prevalencia en Asia. De etiología autoinmune, produce inflamación de las capas íntima y media de vasos de mediano y gran calibre, como la aorta o subclavias. Cursa con sd general, dolor localizado, isquemia

y claudicación; y en la exploración destaca disminución de palpación de pulsos, que suelen ser asimétricos. En nuestra paciente dada su edad y localización del dolor, junto a la EF donde se objetivó la diferencia de TAS > 10 mmHg y la asimetría de pulsos, se orientó el diagnóstico. Con ello se justificó la petición de una prueba de imagen concluyente, que permitió iniciar el tratamiento y calmar el dolor y la evolución desfavorable de esta enfermedad. Todo desde nuestra consulta, requiriendo únicamente al hospital para las pruebas de imagen concluyentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lupi-Herrera E, Sánchez-Torres G, Marcushamer J, et al. Takayasu's arteritis. Clinical study of 107 cases. Am Heart J. 1977;93:94.
2. Arend WP, Michel BA, Bloch DA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Takayasu arteritis. Arthritis Rheum. 1990;33:1129.