



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

452/169 - A PROPÓSITO DE UN VASO

G. Mallet Redín¹, L. Hernáiz Calvo², M. Escorihuela Gimeno³, C. Piñada Alonso⁴, B. Cabañuz Plo¹, M. López Posada⁶

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero La-Paz. Zaragoza, ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza, ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Zaragoza, ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentes Norte. Zaragoza, ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años con antecedentes personales de VHC curada, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, EPOC, psoriasis con artropatía psoriásica que presenta pérdida de peso de hasta 30 kg en 9 meses. Niega otra clínica asociada. Niega fiebre ni sensación distérmica en ningún momento. No dolor abdominal. No disnea ni dolor torácico. No clínica miccional, ni alteraciones del ritmo deposicional. No lesiones cutáneas. Niega viajes recientes, ni contacto con animales.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: TA 130/80, Peso 62,7 kg (previamente 92 kg), FC 87 lpm, SatO2 96%. Auscultación cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen blando y depresible, no doloroso. No se palpan adenopatías. EEII: sin edemas ni signos de TVP. En analítica sanguínea se objetivó Hb de 10,7 g/dl con hematocrito 34,4%, velocidad de sedimentación globular 120 mm/h (0-20), proteína C reactiva 19 mg/l (5 mg/l). El resto de los parámetros fueron normales (TSH, CPK, Mantoux, marcadores tumorales, proteinograma, serología, inmunología y sedimento de orina). La radiografía de tórax, el ecocardiograma, el test de sangre oculta en heces, la gastroscopia con biopsia duodenal y la colonoscopia fueron normales.

Juicio clínico: Ante la importante pérdida de peso con normalidad de las pruebas realizadas y de la exploración física, se decidió realizar angio-TAC cervical y toracoabdominal donde se observaron lesiones fibrosas en segmento pulmonar apical y posterior derecho que asocian finas bronquiectasias por tracción, sin otras alteraciones significativas en parénquima pulmonar y un engrosamiento inflamatorio concéntrico de la pared arterial de aorta desde el cayado y ambas carótidas externas que se prolonga a TSA, sugestivo de arteritis de células gigantes.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial comprende un amplio espectro de etiologías desde procesos infecciosos, neoplásicos y enfermedades sistémicas como vasculitis o sarcoidosis.

Comentario final: La arteritis de células gigantes es una vasculitis sistémica de mediano y gran vaso, con una incidencia anual de 12-17 casos/100.000 individuos. Más frecuente en mujeres y generalmente afecta a mayores de 50 años. En la mayoría de los pacientes, está aortitis inflamatoria es asintomática o bien solo se manifiesta por signos generales como fiebre o un síndrome constitucional. Por otro lado, la arteritis psoriásica tiene una prevalencia del 0,5%, afectando a entre un 5 y un 20% de pacientes con psoriasis. La artritis psoriásica se asocia con más frecuencia con el desarrollo de otras enfermedades autoinmunes, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la fibrosis pulmonar y sobre todo la arteritis de células gigantes. Lo cual quizás pudiera deberse a que algunas enfermedades autoinmunes comparten vías patogénicas comunes como

el TNF implicado en la patogénesis tanto de la artritis psoriásica y de la arteritis de células gigantes.

Bibliografía

García-Cezón de la Cruz MDP, et al. Aortitis due to giant cell arteritis and psoriatic arthritis: An uncommon association. *Reumatol Clin.* 2017;13(4):230-2.

Makredes M, et al. The burden of autoimmune disease: A comparison of prevalence ratios in patients with psoriatic arthritis and psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61:405-10.

Palabras clave: Vasculitis. Arteritis de células gigantes.