

**Cas: Hospital del Mar**

**Discuteix cas: Hospital de Bellvitge**

Dona de 68 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Ex-fumadora des de maig del 2018 20 p/any, nega altres hàbits tòxics. Natural d'Argentina. Resideix aproximadament 6 mesos a Barcelona i 6 mesos a Argentina des de juny del 2014.

Amb antecedents d'hipertensió arterial primària en tractament amb losartan/hidroclorotiazida 50/12.5mg/dia amb bon control, hemicolectomia per neoplàsia de colon fa 7 anys, sense necessitat de quimioteràpia ni radioteràpia i lliure de malaltia. Refereix diagnòstic de Sd de Von Willebrand, sense complicacions hemorràgiques, al seu país.

La pacient es valorada a l'ambulatori per reumatòleg de referència el 30 d'agost de 2018, arrel de ser diagnosticada a Argentina de poliartritis seronegativa catalogada de espondiloartritis HLA B 27 negativa per dolor i tumefacció de 2on i 3er dit de peu dret i planta del peu d'uns 6 mesos d'evolució amb poliartràlgies de mans, iniciant tractament amb Metrotexate 15 mg /VO/set, àcid fòlic i corticoides orals,

A l'exploració física destacaven mans típicament artròsiques, nòduls de Heberden i Bouchard i tumefacció difusa del 2on i 3er dit peu dret, sense evidència d'altres lesions. Per seguiment és derivada a consultes externes hospitalàries amb realització d'anàlítica i radiologia en 6 setmanes.

El 8 d'octubre 2018, consulta al seu ambulatori per empitjorament del dolor de peu dret des de feia 10 dies, amb augment de la tumefacció i cianosi, motiu pel que es remesa a Urgències on es valorada per Cirurgia Vasculard amb evidència de "cianosis reversible de 2 y 3 dedos asi como falange distal de 4 dedo, palidez de 1 y 2 dedo y disminución de temperatura con respecto al resto del pie e hiperalgesia a la palpación". No s'evidencien altres lesions cutànies. No adenopaties perifèriques, ni evidències de visceromegalies. Se indica tractament amb heparina, analgèsia i estudi a consultes externes preferent de forma conjunta amb reumatologia. La pacient presenta una evolució tòrpida amb l'aparició de lesions isquèmiques en punta de 2on , 3er i 4ar dits.

**Es realitzen les següents EXPLORACIONES COMPLEMENTÀRIES:**

- **Analítica (octubre 2018):** Glucosa 90mg/dl, Creatinina 0.78mg/dl, FGe 78mil/min, Àcid úric 6.2mg/dl, Sodi 143mmol/l, Potassi 4.3mmol/l, LDH 551UI, Bilirrubina 0.43mg/dl, AST/ALT 29/44, GGT 58UI/L, Calci 9.7mg/dl, Fosfat 4mg/dl, Proteïnes totals 6.5g/dl, Albúmina 4.7g/dl, Colesterol 162mg/dl, Triglicèrids 131mg/dl, Ferritina 444ng/dl, VitaminaB12 745pg/ml, Folat 4.3ng/ml, EPO 4.75, TSH 0.71mcUI/ml, proteïnograma electroforètic normal, Complement C3 i C4 normals (129, 31), Immunoglobulines normals (IgG 833, IgA 85, IgM 44), ANA negatius, ANCA negatius, Factor reumatoide 10U/ml, Ac anti-centròmer negatiu, AC anti-SCL70 negatiu, Ac anti-P. C. citrulinat negatiu, PCR 0.3mg/dl, Crioglobulines negatives, Hemoglobina 15.1g/dl (VCM i HCM normals), Hematies  $4.96 \times 10^6$ /ul, Hemoglobina reticulocitària 33.5pg, Leucòcits  $8.24 \times 10^3$ /ul (N  $6.60 \times 10^3$ /ul, L  $1.11 \times 10^3$ /ul), Plaquetes  $703 \times 10^3$ /ul, Reticulòcits 2.68% (Totals  $132.9 \times 10^9$ /ul), VSG 2mm/h. Interpretació IGRAs negatiu. TP 87%. Anticossos antifosfolípid negatius (ACA,  $\beta 2$  -antiglicoproteïna, anti coagulant lúpic), HLA B 27 negatiu, HLA B51 negatiu. Serologies hepatitis B i C negatives. Marcadors tumorals (AFP, CEA, CA125, CA19.9, CA153) negatius. Factor VW Ag plasma 132 % , Factor VIII 125 % (50- 150%), Mutació 1691 de FV Leiden negativa (el pacient no és portador).

- **Estudi radiològic (Rx mans, peus, tòrax, columna i sacroilíaqes; octubre 2018):**

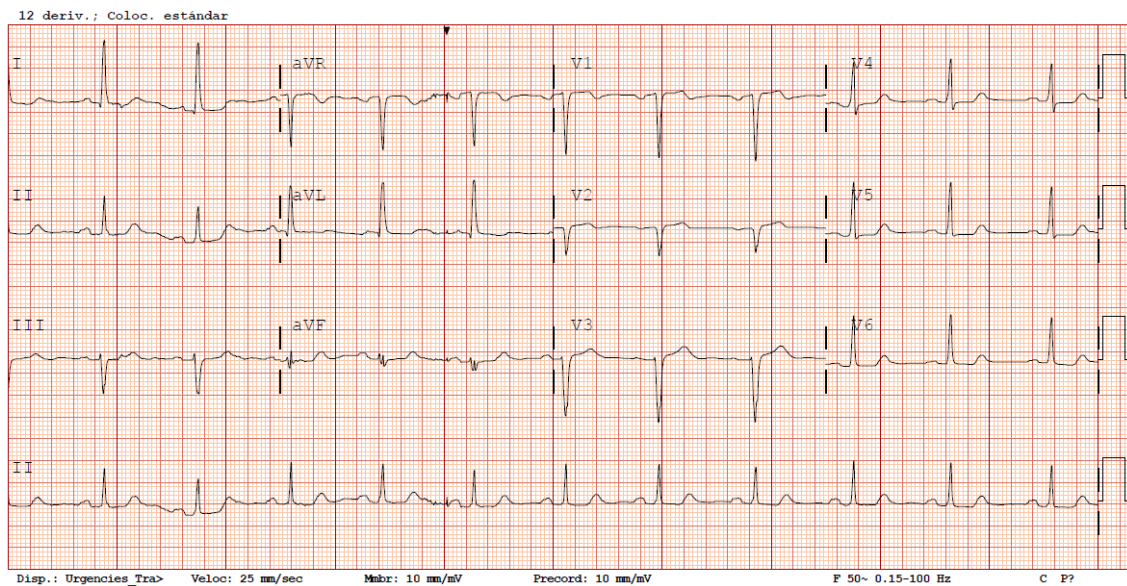
Rx de mans s'observa línia radiocarpiana conservada amb molt lleu disminució d'espai i esclerosis subcondral, ossos del carp conservats amb signes d'artrosi trapecimetacarpiana bilateral, metacarpofalàngiques conservades, s'observa pinçament articular de forma difusa de les interfalàngiques proximals amb més afectació a mà dreta i a la quarta interfalàngica proximal de mà esquerra i pinçament de les interfalàngiques distals amb erosions laterals i osteòfits, compatible amb probable artrosi nodular de mans.

Rx de peus dins de la normalitat.

Rx de tòrax no s'observa engruïment mediastínic ni cardiomegàlia, tampoc s'observen alteracions intersticials ni augment de densitat suggestiu de condensacions al parènquima.

RX Projectió radiològica anteroposterior i lateral de columna lumbosacra amb correcta alineació i estructura de cossos vertebrals, sense formació de sindesmofits, amb mínima retrolístesi de L4-L5 i disminució d'espai discal L5-S1. Signes de probable artrosi a les facetaries. Línies sacroilíaqes conservades sense esclerosi.

- **Electrocardiograma (octubre 2018):** ritme sinusal amb PR 160mseg, QRS estrets, ST sense alteracions.



- **AngioTC de tòrax i abdomen amb contrast en fase arterial (9/10/18):** S'observa l'aorta toraco-abdominal i eix ilíac de calibre i permeabilitat preservada. Molt discreta ateromatosis calcificada puntiforme, centrada en aorta descendent toràcica i infrarrenal, ilíaca primitiva esquerra i ambdues femorals. Principals troncs vasculars abdominals (AMS, tronc celíaca, AR, AMI) de calibre i permeabilitat conservades. Artèries d'extremitats inferiors (eix femoral, popliti i tibio-peroneal) de recorregut, morfologia i permeabilitat dins de la normalitat. No s'evidencien lesions focals extrínseques ni intrínseques compressives. Nòdul suparrenal dret. Petita hèrnia umbilical de greix. Ectàsia de plexe venós pèlvic. No s'identifica altra focalitat a destacar a nivell pulmonar ni intraabdominal. No s'objectiva derrame pleural ni líquid intraabdominal.
- **Ecocardiograma:** Cavidades derechas no dilatadas. Ausencia de criterios de hipertensión arterial pulmonar. Ventrículo izquierdo no dilatado con paredes de grosor y movilidad normales. Fracción de eyección conservada. Aurícula izquierda no dilatada. Válvula mitral y aórtica finas de movilidad normal. Estudio funcional doppler normal. Pericardio normal.

La pacient ingressa per part de Cirurgia Vascular tractament amb 21 dosis de prostaglandines endovenoses de 60mcg. Es realitza seguiment conjunt amb reumatologia i s' amplia estudi i es sol·licita una valoració i exploració complementària que resultarà diagnòstica.



Adjunto imatges d' exploracions complementàries realitzades:

**AngioTC toraco-abdominal:**

**Motivo solicitud:** Mujer de 68 años con sospecha de síndrome de dedos azules. Solicito angioTC para descartar patología arterial que pueda ser posible etiología.

**Técnica:** se realiza estudio TCMD tras la administración de contraste en fase arterial.

**Hallazgos:**

Aorta toraco-abdominal y eje iliaco de calibre y permeabilidad preservada.

Muy discreta ateromatosis calcificada puntiforme, centrada en aorta descendente torácica e infrarenal, iliaca primitiva izquierda y ambas femorales.

Principales troncos vasculares abdominales (AMS, tronco celiaco, AR, AMI), de calibre y permeabilidad preservada.

Arterias de EEEI (eje femoral, popliteo y tibio-peroneal) de recorrido, morfología y permeabilidad dentro de la normalidad.

No se evidencian lesiones focales extrínsecas ni intrínsecas compresivas.

Nódulo suprarenal derecho. Pequeña hernia umbilical grasa. Ectasia de plexo venoso pélvico. No se identifica otra focalidad a destacar a nivel pulmonar ni intraabdominal. No se objetiva derrame pleural ni líquido libre intraabdominal.





