

## **Caso clínico Sociedad Catalana de Reumatología 04.12.2015**

Varón con artromialgias inflamatorias y síndrome constitucional.

Paciente de 52 años, profesor de secundaria, sin hábitos tóxicos ni alergias.

### **Antecedentes patológicos:**

-Hiperglicemia en tratamiento dietético

-Hipertensión arterial en tratamiento con ARA II y diuréticos de asa

-Hipoacusia bilateral a raíz de pólipos en el conducto auditivo , polipectomía en 4 ocasiones, portador de audífonos

### **Enfermedad Actual**

En Diciembre del 2011, el paciente es diagnosticado de Artritis Reumatoide en otro centro, a raíz de presentar una poliartritis simétrica persistente, FR+, con afectación de manos y grandes articulaciones . El cuadro se había iniciado 6 meses antes, en forma de episodios de artritis autolimitada afectando a grandes articulaciones. El estudio analítico mostraba unos reactantes de fase aguda discretamente elevados, hemograma , función hepática y renal normal, factor reumatoide positivo (60 UI/ml), ACPA, ANA y HLA-B27 negativos. El estudio radiológico de manos y pies no mostró erosiones.

Iniciaron tratamiento de fondo con Leflunomida 20 mg/d y en marzo del 2012 ante la falta de respuesta, con persistencia de brotes inflamatorios ,se decidió cambiar a Metotrexato (MTX) 15 mg/sem junto con dosis bajas de prednisona 5 mg/día.

En septiembre de 2012 fue valorado por reumatología en un centro privado como segunda opinión. En aquel entonces presentaba episodios de artralgias de ritmo inflamatorio de 4-5 días de duración, astenia generalizada y episodios de febrícula vespertina (37,5°C) sin artritis. Se decidió suspender el MTX e iniciar Hidroxicloroquina a dosis de 400 mg/día, con buena tolerancia. Con este tratamiento persistió la clínica de artromialgias, la astenia y la sensación distérmica sin fiebre termometrada, desapareciendo los brotes de intensificación de dolor.

En marzo de 2013 consultó por aparición de rigidez de cintura escapular y pelviana, sin artritis franca. Se aumentó la dosis de corticoides de 4 hasta 12 mg/día de metilprednisolona, orientándose el caso como brote rizomiélico de su patología inflamatoria. El paciente presentó una buena respuesta inicial al tratamiento, con posterior empeoramiento clínico y analítico (PCR 110 mg/dl, VSG 65) meses después , por lo que, en julio de 2014 se procedió a ingreso hospitalario (Medicina Interna) y estudio del proceso. En aquel momento el paciente presentaba importante cuadro de

atromialgias sin artritis franca, astenia y febrícula vespertina hasta 37,5°C-38°C, sin cefalea, ni claudicación mandibular.

Pruebas realizadas durante el ingreso en julio 2014:

**Análítica completa:** Hemoglobina 9.5 g/dL, Hematocrito 30 %, VCM 84.3 fL , Hematíes 3.56 x1E12, Leucocitos 16.13 x1E9/L, (Neutrófilos 14.4 x1E9/L , Linfocitos 1.45 x1E9/L ), Plaquetas 444 x1E9/L, Sodio 144.0 mmol/L, Potasio 3.6 mmol/L ,Cloruro 102.7 mmol/L ,Creatinina 0.8 mg/dL, MDRD >60 mL/m/1.7m<sup>2</sup>, Urea 24.0 mg/dL , Proteína 5.4 g/dL, AST 13.2 U/L, GGT 12.0 U/L, ALT 13.2 U/L, Bilirrubina total 0.3 mg/dL, Fosfatasa alcalina 58.8 U/L, Glucosa basal 158.6 mg/dL, Ferritina 306.5 ng/mL, Hierro 29.6 µg/dL, TIBC 55.0 ug/dL, Transferrina 221.0 mg/dL ,Calcio total 8.7 mg/dL, LDH 294.6 (UI/L) U/ TSH 3.76 uIU/mL, CK 7.8 U/L, FR 71.5 UI/mL, PCR 99 mg/L .Orina: sedimento normal; cociente albúmina/creatinina 0.6

**TAC toraco-abdominal:** Espacios axilares libres. Mediastino ocupado por las estructuras anatómicas normales sin evidencia de masas ni ganglios de tamaño significativos. Hilios pulmonares normales. Mínimo derrame pleural bilateral con afectación del parénquima pulmonar subpleural de los segmentos posteriores de ambos lóbulos inferiores, probablemente por el decúbito. Hígado de tamaño normal homogéneo sin evidencia de lesiones. Vía biliar intra y extrahepática no dilatadas. Eje espleno-portal permeable. Bazo normal. Glándulas suprarrenales y páncreas sin alteraciones. Riñones sin signos de dilatación de vías con quistes corticales. Cicatrices corticales en el polo superior del riñón izquierdo y alguna microlitiasis en el grupo superior de dicho riñón No se observan ganglios de tamaño patológico en el mesenterio, retroperitoneo ni en las cadenas ilíacas. Mínima cantidad de líquido libre en Douglas.

**ECO cardiograma:** No derrame pericárdico. VI no dilatado, con hipertrofia concéntrica ligera. Función contráctil conservada. AI no dilatada. Velos mitrales finos y con buena apertura. Esclerosis ligera de velos aórticos con buena apertura. VD no dilatado y con buena función. VCI no dilatada. Compatible con cardiopatía hipertensiva.

**Hemocultivos seriados:** negativos

**Tomografía por emisión de positrones:** No se identifican lesiones hipermetabólicas en estaciones ganglionares laterocervicales, supraclaviculares ni axilares. Parénquima pulmonar y mediastino sin alteraciones. Distribución homogénea de la 18F-FDG en el parénquima hepatoesplénico. Tampoco identificamos lesiones hipermetabólicas en estaciones ganglionares de la cavidad abdominopélvica. A nivel del esqueleto axial, identificamos un refuerzo de captación de intensidad leve y de distribución sinovial en ambos hombros, sugestivo de un proceso de sinovitis. No existen otros signos actividad inflamatoria en el resto de estructuras osteoarticulares visibles. No se identifican focos hipermetabólicos sugestivos de actividad tumoral macroscópica ni de un proceso

séptico activo. Tampoco se identificaron captaciones patológicas de glucosa en grandes vasos que configurasen un patrón metabólico de vasculitis.

Dada la falta de respuesta a dosis medias de glucocorticoides, se aumentó la dosis a 1mg/kg/día de prednisona, asociando MTX a dosis de 10 mg/sem como ahorrador de corticoides, consiguiendo franca mejoría de la clínica inicial. En septiembre de 2014, en la visita de control, el paciente refería cuadro de debilidad muscular proximal en EESS e EEII, persistiendo la astenia y la febrícula vespertina.

Se realizó EMG: que mostró un patrón miopático en todos los músculos explorados, atribuyéndose a miopatía por corticoides.

En el contexto de la corticoterapia presentó empeoramiento de la cifras de glicemia, requiriendo el uso de metformina que fue suspendida por aparición de deposiciones pastosas.

Se retiraron progresivamente los corticoides, apareciendo, nuevamente, artritis simétrica a nivel de rodillas, tobillos, carpos y MTF.

En septiembre de 2014, se practicó

- Artrocentesis rodilla derecha: Eritrocitos 0/mm, Leucocitos 400/mm (PMN 60%), Glucosa y proteínas normales, no se observaron cristales, T GRAM y cultivo negativos.

En noviembre 2014, por mala evolución clínica, el paciente fue derivado a nuestro centro. Presentaba artromialgias, cuadro constitucional, fatiga con sensación de embotamiento mental, febrícula vespertina (37.5°C), edemas con fovea en manos y pies hasta rodillas y biartritis en rodillas.

Se realizaron las siguientes exploraciones:

**Analítica**: Hemoglobina 8.5 g/dL, Hematocrito 28 %, VCM 80.7 fL , Hematíes 3.56 x1E12, Leucocitos 19.61 x1E9/L, (Neutrófilos 17 x1E9/L , Linfocitos 1.18 x1E9/L, Neutrófilos en banda 0.98 x1E9/L ), Plaquetas 516 x1E9/L, Sodio 135 mmol/L, Potasio 4.6 mmol/L ,Cloruro 100 mmol/L ,Creatinina 1 mg/dL, MDRD >60 mL/m/1.7m2, Urea 48.0 mg/dL , Proteína 6.22 g/dl, Albúmina 2.62 g/dl, Urato 8.4mg/dl, AST 12 U/L, GGT 12.6 U/L, ALT 12 U/L, CK 10.2 UI/L, Aldolasa 9.5 U/l, Ferritina 306.5 ng/mL, Hierro 18.4 µg/dL, Ferritina 287 ng/ml, Calcio total 9.1 mg/dL, LDH 389 UI/L, PCR 120 mg/L, VSG 84mm

Orina: sedimento normal; proteinuria 24 horas 0.58g

Serologías VHB, VHC, VIH negativas

**Ecografía articular**: Sinovitis grado I con señal PD grado I a nivel del carpo derecho, Tenosinovitis activa a nivel del 1º, 2º, 4º, 6º compartimentos de los tendones extensores derechos , sinovitis grado I con señal PD a nivel de varias MCF derechas. Sinovitis grado II con señal PD grado I y grado II en la rodilla derecha e izquierda, respectivamente. Sinovitis Grado I en varias MTF bilateral sin señal PD

**Artrocentesis rodilla derecha**: aspecto claro, Eritrocitos 80 /mm, Leucocitos 260/mm (PMN 82%, MN 12%, otras células 6%),

proteínas y glucosa normales, T GRAM y Cultivo negativo, sin observarse cristales

Se decidió la realización de una prueba complementaria que dio el diagnóstico.