

Home de 50 anys, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. No fumador. Consum d'enol en context social. Pintor de professió. Natural d'Equador. Viu a Catalunya des dels 19 anys però realitza viatges freqüents al seu país natal, sent l'últim cop l'any 2017.

### **ANTECEDENTS PATOLÒGICS**

- Asma al·lèrgica en tractament amb broncodilatadors a demanda.
- Nega antecedents familiars de malalties reumatològiques ni oncològiques.

### **MALALTIA ACTUAL**

Home de 50 anys que inicia al juny 2020 dolor ocular esquerre, envermelliment i sensació de sequedat ocular, motiu pel qual és derivat a consultes externes d'oftalmologia orientant-se com a blefaritis anterior i iniciant-se tractament tòpic amb antibiòtic i glucocorticoide.

Al cap de 9 mesos consulta a urgències d'oftalmologia per persistència de dolor, inici de diplopia binocular, proptosis ocular esquerra i signes inflamatoris periorbitaris. Es realitza TC cranial i d'òrbita urgent amb contrast (s'adjunten imatges): no s'observen evidents lesions intracranials agudes. S'aprecien diverses imatges calcificades a l'espai aracnoidal a ambdós hemisferis que per la seva localització no permetria descartar la possibilitat de cisticercosi en fase residual. S'aprecia l'engrossiment muscular dels rectes superior i lateral esquerre i també certa afectació de la glàndula lacrimal, que ocasiona una lleugera proptosi i que no s'acompanya de lesions nodulars sòlides ni col·leccions. Com a primera opció seria compatible amb pseudotumor orbitari i la possibilitat d'orbitopatia tiroïdal sembla menys probable. L'estudi vascular no suggereix fístula caròtidocavernosa ni trombosis del si cavernós, però es recomana completar l'estudi amb una RM d'òrbita.

Medicina Interna comença l'estudi i posteriorment es fa la consulta al servei de Reumatologia. A l'anamnesi el pacient negava episodis d'artràlgies o d'artritis. No havia presentat lesions cutànies, epistaxis, hemoptisis ni fenomen de Raynaud. Explicava síndrome sec i feia 4 anys havia consultat per un episodi de tumefacció de la paròtide dreta el qual es va autolimitar sense tractament. Paral·lelament referia febreta ocasional i pèrdua ponderal de 4 kg els últims 6 mesos.

### **EXPLORACIÓ FÍSICA**

- Ptosis palpebral esquerra, hiperèmia conjuntival global.
- Parotidomegàlia bilateral. Adenopaties laterocervicals <1cm mòbils i no doloroses.
- Locomotor sense alteracions.
- Auscultació cardiorespiratòria sense alteracions.
- Exploració abdominal amb dolor difús a la palpació profunda focalitzant predominantment a l'epigastri. Sense visceromegàlies ni signes de peritonisme.
- Extremitats inferiors sense edemes, polsos presents bilaterals i simètrics, no dolor a bessons ni cap dèficit motor ni sensitiu.

### **EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES**

- Rx tòrax: sense alteracions destacables
- Anàlítica:
  - o Hemograma: Hb 14g/dL, Leucòcits  $6500 \times 10^9/L$  (Neutròfils  $7.2 \times 10^9/L$ , Limfòcits  $1.7 \times 10^9/L$ , Eosinòfils  $0.2 \times 10^9/L$ ), Plaquetes  $209000 \times 10^9/L$ , VSG 64mm/1ªh, Fibrinogen 530mg/dL
  - o Bioquímica: Glc 105mg/dL, Prot 73.8g/dL, Alb 40.6g/dL, Urea 42mg/dL, FG>90, Cre 0'93mg/dL, Urat 7'9mg/dL, Ca 8.9mg/dL, P 3mg/dL, Na 140.4mmol/L, K 4.27mmol/L, FA

353U/L, AST 59U/L, ALT 105U/L, GGT 643U/L, PCR 93.9mg/L, Br 0.36mg/Dl, Amilasa 120U/L, Lipasa 95U/L, Colesterol 249mg/dL, Triglicèrids 359 mg/dL; ECA 63.9U/L, TSH 1.736 µUI/mL

- Urianàlisi: pH 6, Prot 30mg/dL, 0 hemat/camp, 0 Leuc/camp
  - Proteïnograma: Albúmina 41g/L, Alfa1globulines 2.4g/L, Alfa2globulines 6.7g/L, Beta-globulines 9.7g/L, Gamma-globulines 14g/L
  - Immunoquímica: IgG 2325mg/dL, IgA 154mg/dL, IgM 53mg/dL
  - Autoimmunitat: ANA, ANCA, FR, ACPA, anti-TPO, anti-Tg, anti-TSH, HLAB27 negatius
  - Serologies: VHA , HBsAg negatiu, HBcAc negatiu, HBsAc negatiu, IgG VHC negatiu, VIH1 i VIH2 negatius, IgG VVZ positiu, IgG Xarampió negatiu, IgG Strongyloides negatiu, IgG Esquistosoma negatiu
  - Estudio micobacteriològic: Quantiferon-TB positiu
- 
- RM d'òrbita: Afectació orbitària que sembla similar a l'estudi TC recent. Engrossiment dels músculs recte superior i lateral i de la glàndula lacrimal esquerra, que orientaria en primer terme a pseudotumor orbitari. Encara que sembla poc probable per l'absència de restricció de la difusió, el limfoma orbitari no es podria descartar totalment. Atès que no hi ha imatges quístiques ni tampoc calcificacions, la cisticercosi orbitària és una possibilitat molt poc probable.
  - TC tòraco-abdominal del que s'adjunten imatges: Ganglis d'aspecte indeterminat a nivell mediastínic, lligament gastro-hepàtic, retrocrurals i perivesiculars. Cua pancreàtica hipodensa, associada a lleu trabeculació del greix peripancreàtic i mínima presència de líquid. Àrees hipodenses corticals renals bilaterals.
  - RM de pàncrees i colangioRM: fetge normal, eix espleno-porto-mesentèric permeable. Vesícula biliar i via biliar intra i extrahepàtica sense alteracions. Lesió focal pseudonodular a la cua de pàncrees hiperintensa a T1 i heterogènia a T2, amb àrees laminars de restricció a la difusió de 66x35mm amb halo hipointens al voltant de la part distal de la lesió. Hipocaptació de contrast a l'àrea descrita, que persisteix en fases tardanes. Conduïte de Wirsung obliterated a la mateixa zona, sense dilatacions. Cap y cos pancreàtic de mida, morfologia i senyal conservades. Presència d'alguns gangli peripancreàtic. Hili hepàtic lleument engruït.

***Quina/es exploracions complementàries podrien ajudar-nos a arribar al diagnòstic definitiu?***