

Mujer de 61 años, enfermera de profesión, sin alergias medicamentosas conocidas, alergia al níquel y cobalto, ex fumadora desde el 2017 (IPA 40 paquetes/año), no enolismo.

Antecedentes familiares: 4 hermanas con psoriasis cutánea

Antecedentes patológicos:

1. Rotura del cuerno posterior de ambos meniscos en rodilla derecha. Doble meniscectomía por artroscopia en 2017.
2. **Poliartritis seronegativa (ANA 1/320, FR -, ACPA -, HLAB27 -)**. Debut súbito en Julio de 2018 con afectación de pequeñas articulaciones de manos, pies y rodilla derecha. Se orientó como una probable artritis psoriásica sin compromiso cutáneo (no cumple criterios CASPAR).

Tratamientos recibidos:

- a. Al debut: prednisona 10 mg al día en pauta descendente por 4 semanas.
- b. Agosto 2018: metotrexato en escalada progresiva hasta 20 mg SC c/semana. Eficacia parcial.
- c. Noviembre 2018: etanercept 50 mg c/semana + MTX.

Con etanercept más metotrexato se alcanzó un control óptimo de la artritis pero persistía derrame articular en la rodilla derecha (ahora ya con líquido articular mecánico, antes del inicio de etanercept el líquido era de características inflamatorias) que no respondía a infiltraciones locales con triamcinolona. Se realizaron los siguientes procedimientos:

- a. Marzo 2019: sinovectomía radioactiva con Y90, sin respuesta.
- b. Noviembre 2019: sinovectomía quirúrgica. Se complicó con una infección intraarticular (artritis séptica) por MRSA. Tratado con artrotomía con espaciadores cimentados (6 meses) y antibioterapia con vancomicina y gentamicina. Se había suspendido etanercept y metotrexato un mes antes de la cirugía.
- c. Junio 2020: controlada la infección local se procedió a la colocación de una prótesis total de rodilla derecha, que se infectó a los pocos días de la cirugía. Se trató con varias líneas de antibióticos con buena evolución, consiguiéndose finalmente evitar la retirada de la prótesis articular. Por indicación de enfermedades infecciosas se inició tratamiento profiláctico indefinido con minociclina 100 mg c/12 horas en agosto del 2020.

Enfermedad actual:

La paciente acude en mayo del 2021 por cuadro consistente en lesiones nodulares eritemato-violáceas en MMII y edema bilateral de tobillos de 72h de evolución. Las lesiones no son pruriginosas, purpúricas, pero sí dolorosas al tacto. Niega sintomatología sistémica: fiebre, síndrome constitucional, disnea, artralgias, déficit motor o sensitivo.

Medicación habitual: minociclina 100 mg c/12horas. Sin tratamiento de fondo de la artritis desde hace más de 7 meses por remisión clínica sostenida.

Examen físico: afebril, no artritis periférica, tobillos con edemas bimaleolares. No adenopatías periféricas. En piel aparecen lesiones nodulares hiperpigmentadas en región pretibial bilateral. Resto de la exploración normal.

Ecografía de tobillos: edema de tejido subcutáneo en región primaleolar bilateral, sin evidenciar sinovitis articular ni afectación tendinosa.

Analítica de urgencias: PCR 1.95* mg/dL (previa normal), FG: 75 mg/dl, LDH 277*U/L (N <234 U/L), Ca 9.1 mg/dL. ASAT/ALAT 28/16 U/L. Hemograma con tres líneas celulares en rango de normalidad, Sedimento urinario negativo.

Radiografía de tórax: sin infiltrados ni condensaciones en tejido parenquimatoso, hilos pulmonares normales, ángulos costofrénicos libres.

Se instauró tratamiento con metilprednisolona 4 mg VO c/24h en pauta descendente durante un mes, con resolución rápida del cuadro.

A las 4 semanas, al suspender los corticoides, reaparece el cuadro de lesiones nodulares eritemato-violáceas en MMII y edema progresivo hasta rodillas, acompañado además por fiebre vespertina de hasta 38°C y parestesias en miembros inferiores. Se decide ingreso para completar estudio.

Examen físico: Al ingreso afebril, sin artritis periférica, piel con las lesiones y edema antes descritos. No adenopatías periféricas, auscultación cardio-pulmonar normal y abdomen blando sin masas ni organomegalias. Exploración neurológica normal, resto de aparatos sin alteraciones.

Analítica: PCR 10.3* mg/dL, VSG: 40* mm/h (N<20), FG: 85 mg/dl, LDH280* U/L. Hemograma con tres líneas celulares en rango de normalidad. Sedimento urinario negativo. Proteinograma sin banda monoclonal: albúmina 47.1% (N 55.8-66%), alfa 1 globulina 7.5% (N 2.9-4.9%), alfa 2 globulina: 15.1% (N 7.1-11%), beta globulina 13.9% (N 8.4-13.1), gama globulina 16.4% (N 11-18%).

Serologías: IgG VHA positivo, HBsAb negativo, IgG anti HbsAb >625, IgM anti core VHB negativo, Ig VHC negativo, VIH negativo, AC IgG rubeola/VHZ/patotiditis/sarampión: positivos. VDRL negativa, IgG/IgM T Pallidum negativas.

Autoinmunidad: ANA por IFI en HEP 2 positivo intenso (homogéneo), ANA 1/320, anti-DNA 22.6 UI (N <20 UI), anti Crithidia: positivo débil, anti-Sm: negativo, anti U1RNP: negativo. Anti-citoplasmático por IFI en HEP2 : positivo intenso (moteado granular). Anti célula parietal negativos, anti LKM negativos, AMA negativos. FR negativos, ACPA negativo. ANCA PR3/MPO negativos. Crioglobulinas negativas.

Dosificación IgG/IgA/IgM negativas. Factores del complemento C3-C4-CH50: en rango de normalidad. Anti fosfolípidos IgG/IgM anti-glicoproteína, anticardiolipina anti PS/PT en rango de normalidad. Anticoagulante lúpico negativo.

Marcadores tumorales: beta2-microglobulina, AFP, CA-153, CEA, CA-125, CA19.9 negativos.

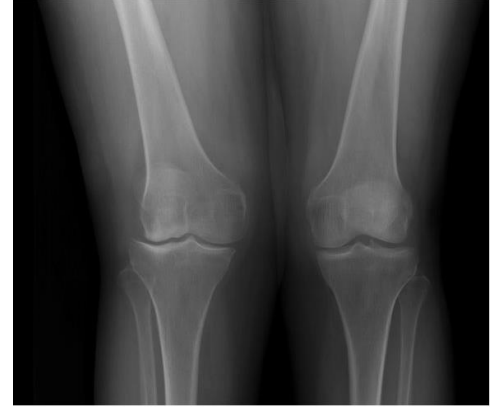
EMG: exploración algo artefactuada por el edema subcutáneo pero no se aprecian signos sugestivos de lesión neurológica.

PET TAC: no se observan signos metabólicos de actividad por enfermedad macroscópica tumoral con avidéz para la FDG.

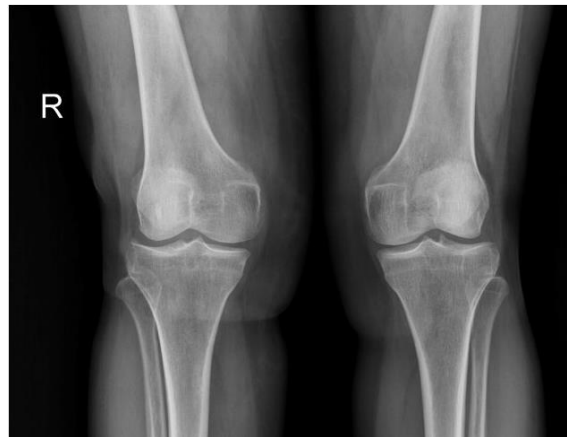
Se hizo un diagnóstico diferencial y se realizó una prueba que es diagnóstica....

Imágenes:

1. Agosto 2018



2. Septiembre 2019



3. Diciembre 2019



4. Agosto 2022



5. Mayo 2021





Ecografía de tobillos

