

Pacient de sexe femení de 74 anys d'edat.

Antecedents personals:

- Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes.
- No fumadora. Ingesta d'alcohol: 2 UBE/setmana.
- Laboral: Jubilada, prèviament treball domèstic.

Antecedents patològics:

- Hipotiroïdisme.
- Dislipèmia (tractada amb simvastatina des de 2012).
- Obesitat (82 kg/160 cm, IMC 32).
- Esteatosi hepàtica moderada (Informe Ecografia, novembre/2021).
- Infecció per VHB, curada.
- Herpes Zòster (24/06/24).
- IQ: Colecistectomia 26/11/24, cataractes.
- No antecedents familiars d'interès.

Tractament habitual:

Levotiroxina 50 mcg/d, lormetazepam 2mg/d, simvastatina 20mg/d, metamizol 575mg/8hrs, paracetamol 1gr/8hrs.

Malaltia actual: (PRIMERA VISITA desembre/2024)

Pacient derivada des d'Atenció Primària per poliartràlgies d'uns 3-4 mesos d'evolució. Refereix que el dolor és sobretot a nivell de les mans, amb tumefacció i impotència funcional que predomina a la mà dreta, dificultat per la flexió dels dits i parestèsies de predomini nocturn, motiu pel qual el seu metge d'Atenció Primària li va sol·licitar un EMG. També explica cervicalgia crònica i omàlgia bilateral que la desperta ocasionalment.

A la anamnesi dirigida, refereix una pèrdua de pes d'aproximadament 2 kg des de la colecistectomia realitzada el mes anterior, nega febre, fenomen de Raynaud, episodis previs d'artritis, uveïtis, ni lesions cutànies de cap tipus. Lleu xerostomia sense xeroftàlmia, tampoc inflamació de paròtides. No episodis d'aftosi oral ni genital, tampoc cefalea, claudicació mandibular, ni alteracions visuals. No fa referència a psoriasi cutània personal ni familiar.

A l'exploració física, presenta edema des del 2n al 4t dit de la mà dreta, amb impossibilitat per tancar el puny. No hi ha dolor a la palpació de MCF ni IFP-IFD, ni eritema ni augment de la temperatura local. No lesions cutànies ni afectació unguial.

Impotència funcional per l'elevació dels braços per dolor, amb una mobilitat passiva preservada. La resta de l'examen físic sense troballes rellevants.

A la consulta es realitza una ecografia dels dits de les mans, sense observar signes de sinovitis ni de tenosinovitis, Doppler negatiu. Impressiona engruiximent de teixit subcutani.

Analítica aportada des d'Atenció Primària (novembre/2024): VSG 14 mm/h, PCR 5,32 mg/L, FR 15,5 UI/mL (0-14), AST 82 U/L, ALT 74 U/L, GGT 235 U/L, FAL 100 U/L, Bilirrubina total 0,1 mg/dl.

Davant la sospita inicial d'un quadre polimiàlgic, es prescriu metilprednisolona a dosis de 16 mg/dia en pauta descendent i s'amplia l'estudi analític.

Seguiment telefònic: (SEGONA VISITA març/2024)

La pacient refereix que no només no ha millorat amb el tractament pautat, sinó que el dolor ha anat augmentant. Actualment presenta dolor en les cintures escapular i pelviana que irradia per ambdós braços i cames, juntament amb rigidesa generalitzada de predomini matutí.

Ha continuat amb una pèrdua progressiva de pes, 15 kg des que va ser sotmesa a colecistectomia. A més, presenta alteració del ritme deposicional, amb períodes d' diarrea i restrenyiment, junt amb reflux gastroesofàgic.

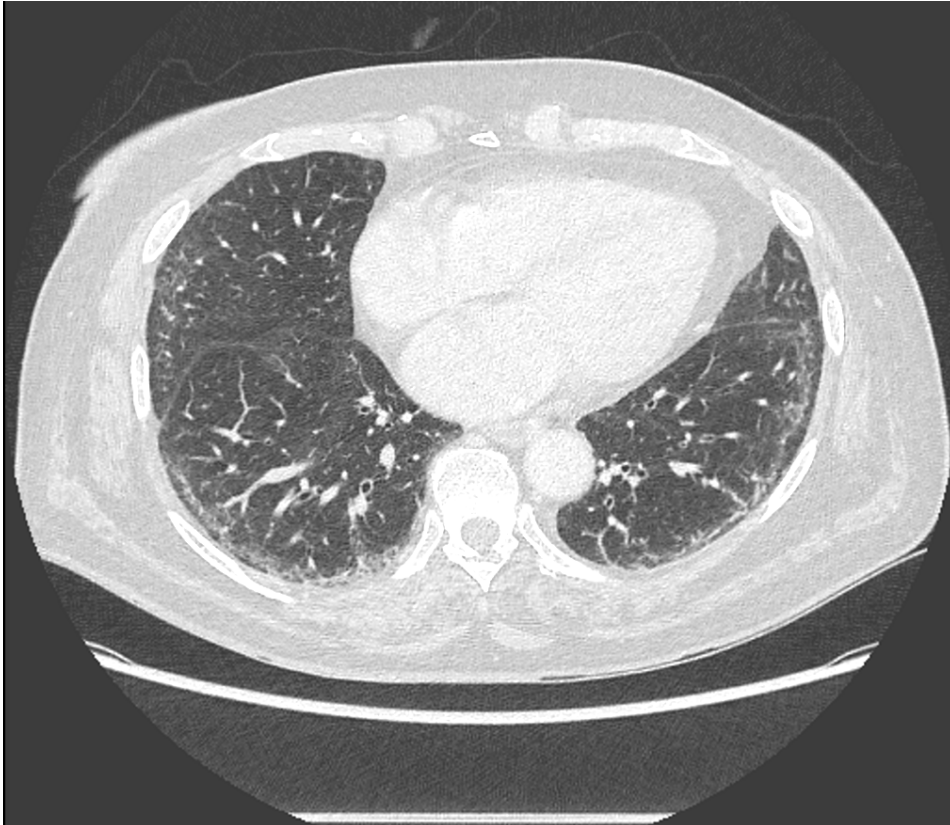
Degut a l'elevació persistent dels enzims hepàtics des del Servei de Cirurgia, se li sol·licita una Colangio-RMN, una ecografia endoscòpica i una biòpsia hepàtica. Les proves no presenten troballes rellevants.

Revisem proves complementàries:

- AS 03/2025: Hb 14,5 g/dl, VCM 85,9, HCM 32,7, Plaquetes 364000, leucòcits 7,64, Neu 4,39, línf 2,08, Mo 0,63, Eo 0,45, Bas 0,09, VSG 22 mm/h, Urato 5,66 mg/dl, Cr 0,62, FG 89,64, ALT 105 U/L (0-34), GGT 102 U/L (6-42), FAL 79,2 U/L (34-104), CK 1183,8 U/L (25-192), PCR 6,19 mg/L, FR 16,9 IU/mL (0-14), ACPA <4,6, ANA >1280 (AC-4), ENA >200 sense especificitats, aDNA <9,8, aRo/La negatiu, aRNP negatiu, aSM negatiu, aJo1 negatiu, HLA-B27 negatiu, proteïnograma normal sense bandes d'aspecte monoclonal, CV VHB indetectable, Ac HBc positiu, Ag HBs negatiu, Ag HBe negatiu, Ac HBe negatiu, Ac VHA positiu, VIH negatiu.
- EMG 03/2025: Examen compatible amb una neuropatia de mediana bilateral en carpo, de grau sever dret i moderat esquerre.
- ColangioRMN 02/2025: Colèdoc de calibre normal. No es visualitzen estenosis coledocals ni litiasi en el seu interior. Vies biliars intrahepàtiques no dilatades. Colecistectomia. Dilatació (7mm) de la porció proximal del cístic residual, adjacent a la sutura de colecistectomia. Conduïte pancreàtica de calibre normal, sense troballes. Conclusió: Exploració sense alteracions significatives.
- Biòpsia hepàtica 03/2025: Mínima activitat lobul·lar, canvis inespecífics. Absència de fibrosis.

Sol·licitem un TC toracoabdominal i ampliem l'estudi d'autoimmunitat, citant a la pacient presencialment per nova valoració.

- TC toracoabdominal 04/2025:



Conclusió

Patología intersticial pulmonar bilateral sugestiva de NINE con áreas de fibrosis.

Mínima dilatación esofágica probablemente relacionada con alteración en la motilidad.

Algunos de los ganglios axilares están ligeramente aumentados de tamaño y adenopatía en cadena iliaca externa izquierda, inespecíficos, probablemente reactivos.

No aprecio imágenes sospechosas de proceso neoformativo.

Hospital Mútua de Terrassa
Unitat de Neurofisiologia
Servei de Neurologia

Pacient:

HC:

Data naixement: 07/05/1951

Sol·licitat per:

Procedència:

Edat pacient: de 73 años 11 meses

Historia Clínica:

Derivada de Medicina Familiar para estudio de STC bilateral.

AP: colecistectomía.

EA: parestesias en manos desde hace varios meses.

Estudio realizado:

Neurografía sensitiva antidrómica de ambos nervios medianos con latencia distal alargada y VCS enlentecida en carpo D>I, y amplitud en carpo derecho disminuida.

Neurografía sensitiva antidrómica de ambos nervios cubitales normal.

Neurografía motora de ambos nervios medianos con latencia distal alargada D>I, amplitud distal disminuida derecha, y VCM enlentecida D>I.

Conclusiones:

Examen compatible con una neuropatía de mediano bilateral en carpo, de grado severo derecho, y moderado izquierdo.

Preguntes:

- Quina seria la teva principal sospita diagnòstica i quin diagnòstic diferencial et planteges?