

CAS CLÍNIC

Home de 51 anys. Sense al·lèrgies medicamentoses conegudes. Sense hàbits tòxics. Administratiu de professió.

Antecedents patològics: vertigen perifèric, hèrnia de hiat.

Medicació habitual: betahistina si precisa pel vertigen.

Nega antecedents personals o familiars de malalties autoimmunitàries.

Malaltia actual:

Inicia al juny de 2023 lumbàlgia de característiques inflamatòries, progressiva i invalidant, que millora amb antiinflamatoris. Posteriorment s'afegeixen poliartràlgies de predomini a espatlles i també a mans i peus, així com debilitat muscular proximal a extremitats superiors i inferiors.

A l'octubre de 2023 realitza visita a un altre centre per aquesta simptomatologia. Es cursa analítica amb proteïna C reactiva 11.9 mg/L (VN < 5 mg/L) i perfil d'autoimmunitat negatiu (factor reumatoide, ac. Anti-pèptid cítric citrulinat i ac. Anti-nuclears). Sol·liciten una RMN lumbar on s'observa una protrusió discal lumbar. S'orienta com a possible poliartritis seronegativa i es pauta prednisona 20 mg/dia amb milloria clínica i normalització de la proteïna C reactiva.

Per la millora clínica al desembre de 2023 es retiren els corticoides, presentant empitjorament clínic en qüestió de setmanes, amb poliartràlgies generalitzades. Es reinicia prednisona 15 mg/dia i es deriva al nostre centre al gener de 2024.

A la primera visita (en aquell moment en tractament amb prednisona 15 mg/dia) refereix dolor rizomèlic i lumbàlgia que dificulta el descans nocturn i les activitats diàries, amb rigidesa matinal de més d'una hora. També persisteixen artràlgies a mans i peus tot i que de menys intensitat que abans de la reintroducció de la corticoteràpia. A l'anamnesi dirigida nega aftes orals o genitals, fotosensibilitat, ull vermell, xeroftàlmia o xerostomia, alopecïa, dactilitis, talàlgia, parestèsies, febre, dispnea, tos, disfàgia, cefalea, claudicació mandibular, hipersensibilitat de cuir pilós, alteracions urinàries, dolor abdominal o productes patològics a les femtes. Nega antecedents familiars o personals de psoriasi o malaltia inflamatòria intestinal. Nega infeccions prèvies a l'inici de la clínica. No ha presentat episodis compatibles amb fenomen de Raynaud però refereix un únic episodi de dits blaus sense un clar desencadenant. Explica astènia sense hiporèxia ni pèrdua ponderal.

Exploració física:

Cardio-respiratòria: tons cardíacs rítmics sense bufs. Murmuri vesicular conservat sense sorolls sobreafegits.

No evidència de tumefacció a articulacions perifèriques. Dolor a la pressió de carps i metatarsofalàngiques de forma bilateral. Dolor a l'abducció i flexo-extensió d'espatlles. Sense restriccions de moviment articular passiu ni actiu a extremitats superiors ni inferiors.

Estàtica axial conservada. Rotacions de columna dorsal i flexo-extensió i inclinació de columna lumbar conservada. Sense dolor a l'espinoressió. Maniobres sacroilíaqes negatives amb dolor referit a engonals. Maniobres de Lassègue i Bragard negatives.

Balanç muscular: 5/5 a tots els grups musculars d'extremitats superiors i inferiors, tant musculatura distal com proximal. Dolor a la palpació de trapezis i deltoides, sense dolor a la digitopressió de la resta de musculatura paravertebral.

Reflexos osteotendinosos normals.

Pell: plaques hiperqueratòsiques sense eritema, de color marronós, a dors de metacarpofalàngiques i interfalàngiques. El pacient refereix que són de recent aparició (dies), no doloroses ni pruriginoses. No s'observen altres lesions cutànies a extremitats, tronc o fàcies. No alteracions unguials.



Exploracions complementàries:

- Analítica: glucosa 85 mg/dL (74-106), urea 38.5 mg/dL (12.8-45.8), creatinina 0.92 mg/dL (0.7-1.2), FG 96 ml/min (>90), urats 6.37 mg/dL (3.4-7), Na 145 mmol/L (136-146), K 4.13 mmol/L (3.5-5.1), Cl 101 mmol/L (98-111), **LDH 226 U/L** (135-225), CK 75 U/L (0-200), **aldolasa 9.3 U/L** (1-7.6), BT 0.65 mg/dL, AST/ALT 27/60 U/L, proteïnes totals 7.6 g/dL, albúmina 4.8 g/dL, **colesterol 238mg/dL** (120-200), triglicèrids 146 mg/dL, proteïna C reactiva 0.29 mg/dL (0-0.5), B-2 microglobulina 1.78mg/L (0-2.29), complement C3 140 mg/dL (90-180), C4 27 mg/dL (35-60), **CH50 77.4U/mL** (35-60), IgG 1215 mg/dL (1215.8), IgA 214 mg/dL (214.6), IgM 174 mg/dL (174.8), hemoglobina 15.1 g/dL (13-17), VCM 85 fL (83-101), HCM 28 pg (27-32), **leucòcits 10.190/mcL (4000-10000)**, neutròfils 7.520/mcL (2000-7000), limfòcits 1.770/mcL (1000-3000), monòcits 770/mcL (200-1000), eosinòfils 90/mcL (20-500), basòfils 40/mcL (20-100), VSG 6 mm/h (0-20), temps de protrombina 11.2 s.

- Proteïnograma sèric normal.

- HLA-B27 negatiu. Factor reumatoide < 10 IU/mL (0-14), ac. Anti-pèptid cítric citrulinat negatiu, ac. Anti-nuclears negatius, blot d'anticossos associats a miopaties negatiu (Mi-2a, Mi-2b, TIF1g, MDA5, NXP2, SAE1, Ku, PM-Scl-100, PM-Scl-75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, EJ, OJ, Ro-52), ac. Anti-citoplasma de neutròfils negatius.

- Orina: creatinina 217 mg/dL (39-259), proteïnes 10 mg/dL (0-15), proteïnes/creatina 46 mg/g (17-250), no s'observen leucòcits ni hematies.

- Ecografia d'espallles bilateral: No s'observen alteracions morfològiques a nivell de l'articulació acromio-clavicular. El tendó de la porció llarga del bíceps s'observa normoposicionat a la corredora amb unió miotendinosa preservada i sense evidència de líquid. Tendons del supraespinós, infraespinós, subescapular i rodó menor sense alteracions. Ventres musculars conservats, sense signes d'atròfia. No s'observa ocupació significativa de les burses subacromio-subdeltoidea ni subcoracoidea. No s'observa vessament articular gleno-humeral.

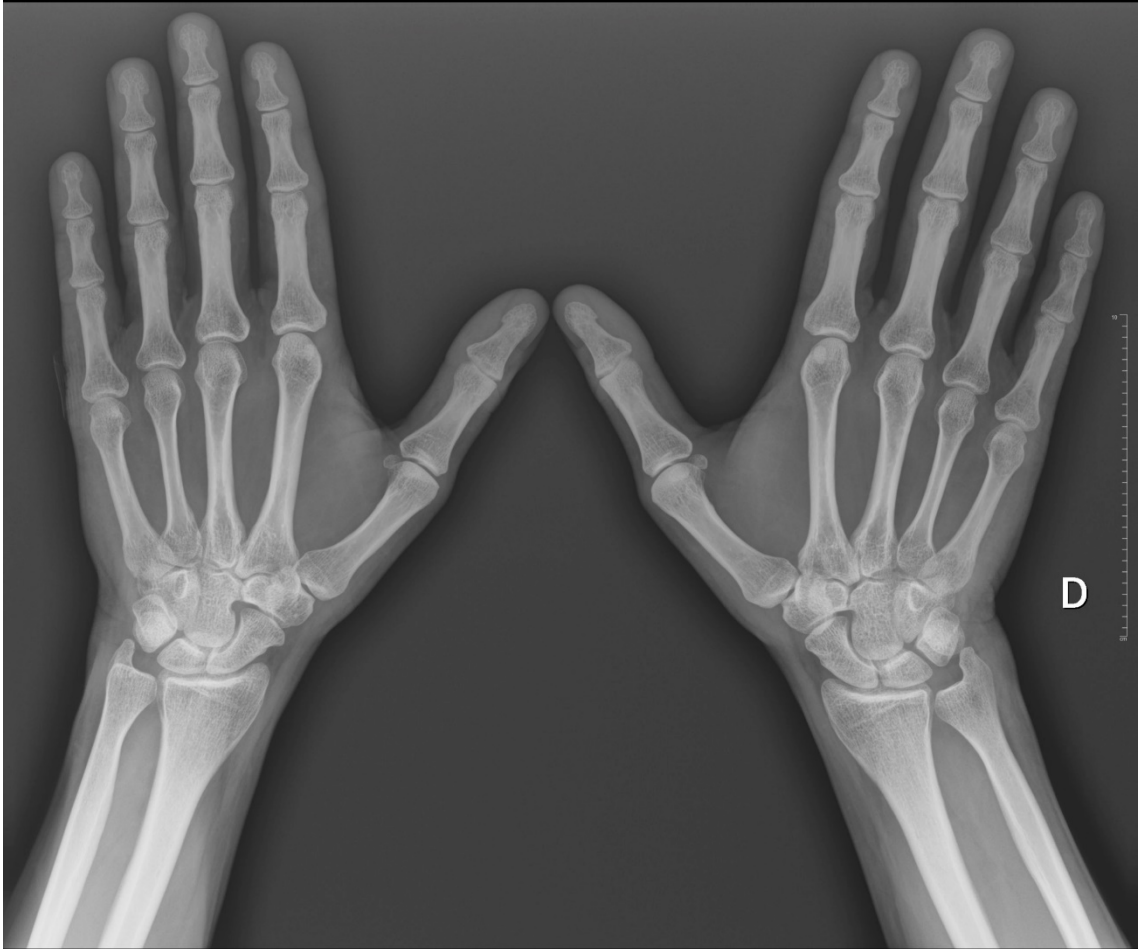
- Capil·laroscòpia: Capil·lars sense alteracions morfològiques.

- Punch de les lesions cutànies: canvis compatibles amb hiperplàsia epidèrmica amb inflamació crònica lleu, superficial. Estudi d'immunofluorescència directa per a IgG, IgM, IgA, C3 i fibrinogen negatiu (PENDENT APORTAR IMATGES).

- Ressonància magnètica de cos sencer: tenue patró de estriació grasa intramuscular en seqüències potenciades en T1 afectando la musculatura de los compartimentos posteriores de ambas piernas y a ambos vastos externos de los cuádriceps (izquierdo > derecho), sugestivos de atrofia muscular leve. No se observan otras alteraciones de la señal muscular que sugieran proceso inflamatorio activo/miopatía. Incipiente discopatía degenerativa L4/L5 con disco deshidratado, ensanchado de manera global y con imagen de rotura de anillo fibroso (PENDENT APORTAR IMATGES).

EXAMINATION DATE
10/10/2018
10:10:10

COMPARISON
CENTRE F 2018
10/10/2018
10:10:10



10/10/2018

10/10/2018

EXAMEN
F. C. para el cargo
No. 1
No. 62

COMPARACION
CENITEL F. C. para el cargo
Study Date: 10-Feb-2014
Study Time: 10:41:34

CARREGA

D



Image 23.1

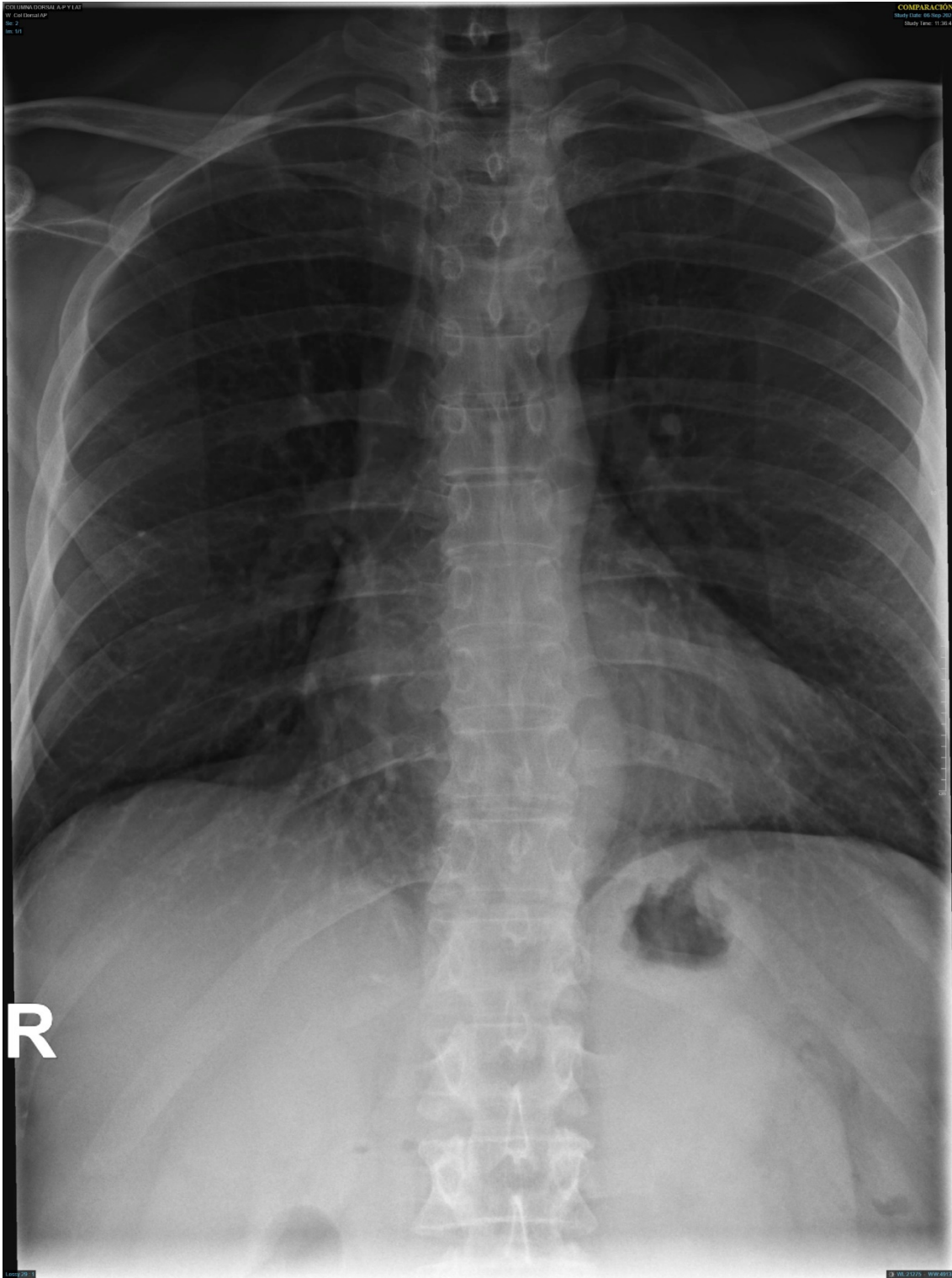
WL_2300 - 1000 400



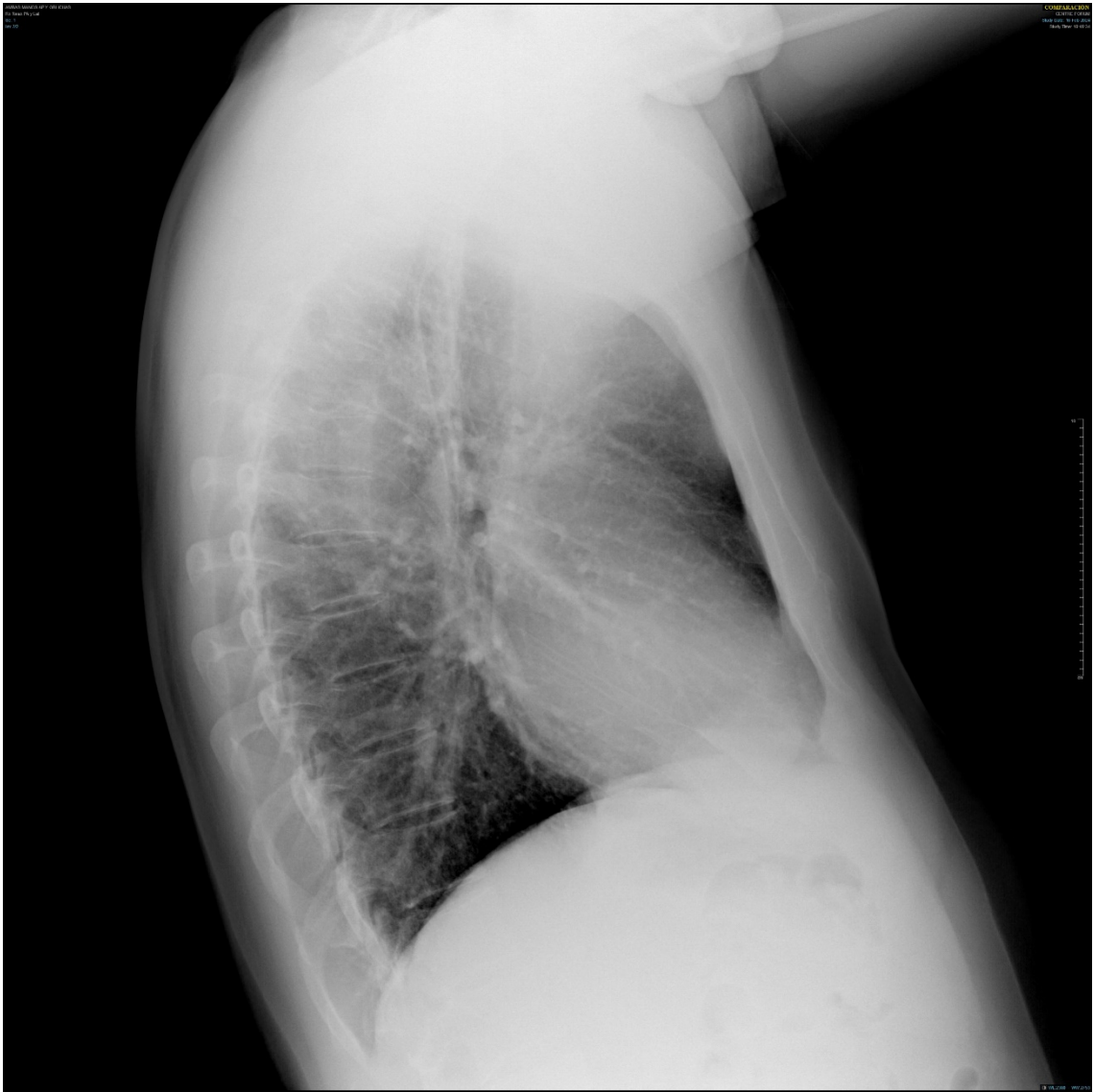


Chest X-Ray Dorsal A.P. 11.10
10.10.10
10.10.10

COMPARACION
Study Date: 08 Sep 2014
Study Time: 11:30:41



R



EXAMINATION: LUMBAR X-RAY
PATIENT: [REDACTED]
DATE: 11/11/2015
TIME: 11:30 AM

EXAMINATION: LUMBAR X-RAY
PATIENT: [REDACTED]
DATE: 11/11/2015
TIME: 11:30 AM

BIPE



11/11/2015 11:30 AM



Evolució (febrer-març 2024)

Amb la sospita clínica de poliartràlgies inflamatòries/poliartritis simètrica crònica seronegativa s'inicia metotrexat via oral 15 mg/setmana amb àcid fòlic 5 mg al dia següent. S'associa etoricoxib 90 mg/dia pel component de lumbàlgia associat. Dermatologia pauta una crema queratolítica (Xerolys), amb milloria de les lesions cutànies.

Després d'un mes presenta resolució completa de les artràlgies a mans i peus, que permet disminuir dosis de prednisona a 10 mg sense reaparició de la clínica perifèrica.

Refereix milloria parcial de la lumbàlgia inflamatòria amb etoricoxib, però requerint presa diària. Explica persistència del dolor a espatlles i malucs amb important limitació funcional, requerint ajuda pel vestit i amb insomni associat al dolor. A l'exploració física no presenta signes d'artritis perifèrica però persisteix amb dolor intens a la mobilització d'espatlles i malucs, sense restricció dels rangs articulars.

Per aquest motiu es sol·licita una EECC que va resultar diagnòstica.