

SESIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA | HOSPITAL DEL MAR
18 de junio 2024

MOTIVO DE CONSULTA

Varón de 24 años que ingresa por anemia.

ANTECEDENTES

Personales:

- Sin alergias medicamentosas conocidas.
- Niega hábitos tóxicos.
- Sin antecedentes familiares relevantes (padre y hermana sanos).

Patológicos:

- **Anemia ferropénica** desde 2019, en tratamiento en su país de origen con tandas de hierro oral (no estudios endoscópicos conocidos).
- **Posible oligoartritis de rodillas y tobillos** desde 2015 con episodios repetidos de tumefacción de ambas rodillas, sin fiebre concomitante.

Situación sociofuncional: Natural de Ghana, en España desde hace un mes. Estudios de secundaria hasta los 18 años. No dispone de vivienda.

MEDICACIÓN HABITUAL

Niega.

ENFERMEDAD ACTUAL

Acude a nuestras Urgencias, derivado desde el CUAP, por anemia microcítica con Hb 5.4 g/dl. Al interrogatorio dirigido, el paciente explica cuadro de tres meses de evolución de astenia y dolor cólico en hipocondrio derecho que ha aumentado de forma progresiva hasta EVA 7/10, con escasa mejoría con analgesia convencional, así como episodios de diarrea ocasionales, sin productos patológicos ni signos de exteriorización hemática. Refiere que la anemia es conocida al menos desde 2019, cuando consulta por primera vez en su hospital de origen por astenia, realizando tandas de hierro oral cada 6 meses aproximadamente y hallándose actualmente pendiente de realizar una colonoscopia. Por este motivo, el paciente ha viajado desde Ghana a nuestro país hace un mes, acudiendo a centro externo privado donde se había realizado analítica (que pagó con sus ahorros) donde ya se evidenció anemia con Hb de 6.2 g/dl compatible con ferropenia. Afirma consumir carne 2 veces por semana. Niega anemias

conocidas en la familia. Comenta episodios de diarrea ocasionales, el último previo a acudir a Urgencias.

Asimismo, explica episodios repetidos de tumefacción de ambas rodillas y tobillos desde hace unos 8 años junto con artromialgias en las cuatro extremidades que se intensifican con la deambulacion. Dichos episodios no se acompañan de fiebre ni otra sintomatología.

Por otra parte, refiere, en los últimos 5 años aproximadamente, aparición de endurecimiento cutáneo progresivo con aumento de pliegues en cara en región frontal, así como, en los últimos 3 meses, aparición de nódulos y pústulas en la cara y zona del escote.

Niega exteriorización de sangrado, dolor torácico, disnea, fiebre, tos, mucosidad, vómitos, síndrome miccional u otra sintomatología acompañante.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Constantes: PA 98/60 mmHg, Fc 89 lpm, Fr 18 rpm, T^a 37°C, SaO₂ 99% (aire ambiente).

- Buen estado general, palidez mucocutánea, normohidratado, buen relleno capilar. Presencia de acropaquias en pies y manos (*Fig. 1 y 2*), engrosamiento cutáneo frontal con aumento de pliegues (*Fig. 3*), múltiples pústulas y nódulos fluctuantes en frente, región malar bilateral y escote con exudado (*Fig. 4*) de material blanquecino, pero sin presencia de comedones.
- Exploración cardiovascular: tonos cardíacos rítmicos, latido hiperdinámico. No edemas de miembros inferiores, no signos de trombosis venosa profunda.
- Exploración respiratoria: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: depresible, levemente doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal sin estigmas de sangrado ni lesiones a punta de dedo.
- Exploración neurológica: consciente y orientado en las tres esferas. Sin signos de focalidad neurológica aguda aparente. No meningismo.
- Exploración musculoesquelética: tumefacción de ambas rodillas y tobillos (*Fig. 5*), con presencia de líquido articular, sin signos flogóticos, con leve dolor a la movilización activa y pasiva.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Electrocardiograma:** Ritmo sinusal a 80 lpm, eje 60 °, PR 160 ms, QRS 80 ms con morfología de hemibloqueo de rama izquierda, ondas q prominentes en V5, V6 y elevados voltajes en precordiales izquierdas, elevación inframilimétrica del segmento ST en cara inferolateral (I, II, aVF, V3, V4, V5) sin disponer de electrocardiogramas previos para comparar.
- **Radiografía de tórax** (*Fig. 6*): bien inspirada y penetrada, ligeramente rotada. Mediastino centrado sin signos de ocupación. Hilios simétricos y normoposicionados. Índice cardiotorácico <0.5. Campos pulmonares sin condensaciones intraparenquimatosas ni signos de redistribución vascular. Senos costofrénicos libres. Marco óseo y partes blandas sin alteraciones.
- **Radiografía de las extremidades** (*Fig. 7*): engrosamiento de metáfisis esqueleto apendicular, engrosamiento de cortical.

- **Analítica sanguínea:** PCR 7.00 mg/dL, VSG 60 mm/h, TP 112 %, INR 0.93, TTPA 37.8 seg, Fibrinógeno 4.34 g/L. FGe > 90 ml/min. Cr 0.44 mg/dL, Urea <11.0 mg/dL, Urato 6.7 mg/dL, Na 143.0 mmol/L, K 4.46 mmol/L. ALT/AST 7/18 UI/L. FA/GGT 60/37 UI/L. Bt/Bd 0.42/0.14 mg/dL. Colesterol 117 mg/dL, TG 66 mg/dL. Glucosa 71 mg/dL. Prot 7.2 g/dL, Alb 4.4 g/dL. Aldolasa 8.3 UI/L. Ca 9.3 mg/dL.
 - Estudio de anemias: Hb 5.3 g/dL, Hto 20.3 %, VCM: 72.8 fL, Leu 10.450 (CAN 7000, CAL 2700), Plaquetas 352 000. LDH: 161 UI/L, Haptoglobina 1.41 g/L. Reticulocitos 42.700, Transferrina 252 mg/dL, IST 8 %, Ferritina 8 ng/mL, Fe 20 µg/dL, Vitamina B12: 428 pg/mL, AF 3.5 ng/mL.
 - Electroforesis de hemoglobina: Hemoglobina A2 1.9 % (↓), Hemoglobina F 0.3 %.
 - Proteinograma: Alfa1 0.65 g/dL (7.8 %), Alfa2 1.02 g/dL (12.2 %), Beta1 0.48 g/dL (5.7 %), Beta2 0.42 g/dL (5 %), Gamma 1.39 g/dL (16.6 %), Albúmina: 52.7 %. No pico monoclonal.
 - Inmunoglobulinas: IgA 97 mg/dL.
 - Calprotectina: 73 mg/kg (0-50).
 - Inmunología: FR 5.6 UI/mL, ACPA <4.60, ANAs: Negativos. Ac anti-beta2-GP (IgG): Negativo. Ac anti-beta2-GP (IgM): Negativo. Ac anti-cardiolipina (IgG): 2.7 . Ac anti-cardiolipina (IgM): 3.1. Ac anti-FI: 0.82 U/mL. Ac. anti-células parietales gástricas: Negativo. Ac antiTG IgA: <0.10 U/mL.
 - Microbiología: Tropheryma whipplei: Negativo. IGRA (TBC): Negativo. Ac anti-Strongyloides stercoralis (IgG): Negativo. HIV-1/-2. Ac. totales y Ag p24: Negativo. AgHbs: Negativo. Ac. anti-VHC: Negativo.
- **Fibrogastroscopia:** Descenso esofágico normal. Cardias con pequeña hernia de hiato. Mucosa de fundus, cuerpo y antro gástrico de aspecto marcadamente pálido, granular en empedrado y con erosiones milimétricas distribuidas de forma difusa (¿gastritis autoinmune?). Se obtienen biopsias de cuerpo y antro. Píloro normal. Bulbo y resto de la exploración hasta segunda porción duodenal normal. Biopsias. DIAGNÓSTICO: Hernia de hiato, Gastritis erosiva.
 - Biopsias:
 - Biopsia de antro gástrico: Hallazgos morfológicos compatibles con gastropatía reactiva inespecífica, sin evidencia de inflamación aguda. Sin evidencia de metaplasia intestinal y/o displasia epitelial. Ausencia de formas bacilares en superficie epitelial morfológicamente compatibles con *Helicobacter pylori* (tinción inmunohistoquímica de H. p negativa).
 - Biopsia de cuerpo gástrico: Gastritis crónica leve sin signos de actividad aguda. Sin evidencia de metaplasia intestinal y/o displasia epitelial. Sin evidencia de formas bacilares en superficie epitelial morfológicamente compatibles con *Helicobacter pylori* (tinción inmunohistoquímica de H. p negativa).
 - Biopsia duodenal: Mucosa duodenal con arquitectura vellositaria conservada sin hiperplasia de criptas. No se evidencian estructuras parasitarias en la superficie epitelial.
- **Fibrocolonoscopia con enteroscopia:** Se explora la totalidad del colon hasta fondo de saco cecal, visualizando foramen apendicular, válvula ileocecal y últimos 10cm de íleon terminal, objetivando: -Hiperplasia nodular linfoide en íleon. -Resto de mucosa colónica normal. DIAGNÓSTICO: Exploración dentro de la normalidad

- **TC toracoabdominal** (*Fig. 8*): Discreto engrosamiento mural difuso gástrico, con atrofia relativa de pliegues, siendo hallazgos inespecíficos por TC. Marco colónico sin hallazgos valorables. Discreta hepatomegalia de bordes regulares. Aumento difuso de la densidad ósea; hallazgos inespecíficos.
- **PET/TC**: Intenso aumento de actividad metabólica epidérmica en cara y región pre-esternal, con presencia de nodularidad asociada, en probable relación con pústulas ya conocidas. No se visualizan otras lesiones focales hipermetabólicas en el resto de sectores corporales estudiados.
- **Cultivo líquido sinovial** (rodilla derecha): No se observan microorganismos. Cultivo negativo.
- **Cultivo** (exudado de lesiones cutáneas): *Citrobacter koseri* (R a ampicilina) + *MRSA*.
- **Biopsia cutánea**: Tejido de granulación con reacción gigantocelular de tipo "cuerpo extraño" y focos supurados en relación a un folículo piloso.
- **Coprocultivo convencional**: Negativos para *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia* y *Campylobacter*.
- **Coprocultivo parasitario**: Negativo.
- **Hemocultivos**: Negativos.

EVOLUCIÓN

A su llegada a planta de Medicina Interna, paciente hemodinámicamente estable, afebril y con correctas saturaciones de oxígeno a aire ambiente. A la exploración física destaca la presencia de acropaquias, engrosamiento cutáneo frontal con aumento de pliegues, múltiples pústulas y nódulos fluctuantes en frente, región malar bilateral y en escote, así como abdomen levemente doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y tumefacción de ambas rodillas y tobillos con presencia de líquido articular.

Durante el ingreso se administra hierro carboximaltosa ev y se transfunden 2 concentrados de hematíes. Se realiza endoscopia digestiva alta con hallazgo de pequeña hernia de hiato y gastritis erosiva, tomándose biopsias que muestran signos de gastritis crónica leve sin signos de actividad aguda, metaplasia intestinal ni displasia epitelial. Asimismo se realiza colonoscopia con hallazgos dentro de la normalidad.

Paralelamente, las lesiones cutáneas faciales y en escote empeoran, siendo valoradas por Dermatología, quienes orientan como lesiones compatibles con reacción acneiforme severa. Se realiza biopsia de las lesiones que evidencia focos supurativos y se cursa cultivo de las mismas que resulta positivo para *Citrobacter koseri* (R a ampicilina) y *MRSA*, realizándose tratamiento con Doxiciclina con buena evolución clínica posterior.

Por otra parte, se solicita TC abdominal que muestra discreto engrosamiento mural difuso gástrico, con atrofia relativa de pliegues, así como aumento difuso de la densidad ósea. El PET-TC muestra intenso aumento de actividad metabólica en relación con pústulas ya conocidas, sin mostrar otros focos de actividad destacables.

Asimismo, se realizaron otras 2 pruebas que resultaron diagnósticas.

ANEXO 1



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.

ANEXO 2



Fig. 6. Radiografía de tórax.

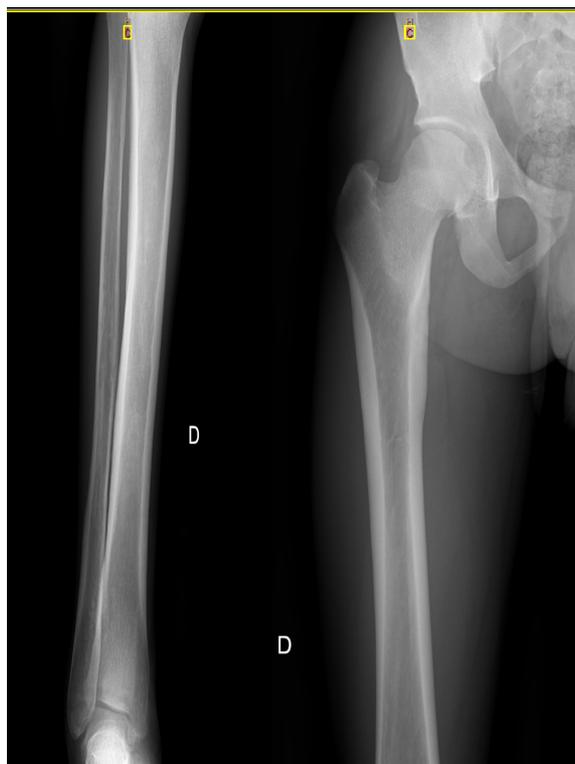


Fig. 7. Radiografía de la extremidad inferior derecha.



Fig. 8. TC toracoabdominal.