



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## P-077 - NO SIEMPRE LOS SÍNTOMAS DE UNA VASCULITIS SON LOS TÍPICOS. IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA

K.P. Baldeón Cuenca<sup>a</sup>, M. Montes Pérez<sup>a</sup>, J. Villar Ramos<sup>a</sup> y M. García Aroca<sup>b</sup>

<sup>a</sup>CS Besaya. <sup>b</sup>CS Los Dolores.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 94 años que acude a Consulta de Atención Primaria por presentar cuadro de pérdida de peso y debilidad en extremidades inferiores muy marcada de dos meses de evolución. Tres días de fiebre termometrada de 39 °C. Paciente niega existencia de cefalea, claudicación mandibular u otra sintomatología focal de órgano. Antecedentes Personales: hipertensión arterial, dislipemia, fibrilación auricular y glaucoma. Tratamiento actual: xarelto 15 mg; mirtazapina 15 mg; amilorida + hidroclorotiazida 5/50 mg; lormetazepam 1 mg; tramadol + paracetamol 35,5/325 mg. A la exploración física destacar arterias temporales que se palpan engrosadas. Se inicia tratamiento con prednisona a dosis medias. Se solicita analítica incluyendo hormonas tiroideas, parámetros de fase reactiva y ANCA. Interconsulta con Servicio de Reumatología. Pruebas realizadas en el hospital: TAC toraco-abdominal, biopsia de arterias temporales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente y orientado, normocoloreado y normohidratado. Tensión arterial: 120/80 mmHg; frecuencia cardíaca: 70 lpm; temperatura: 38,7 °C; Saturación de oxígeno basal: 96%. Cabeza y cuello: arterias temporales engrosadas a la palpación, no ingurgitación yugular, no adenopatías, no soplo carotídeo. Auscultación cardíaca: arrítmico, no soplos. Auscultación pulmonar: MVC, sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas o megalias. Miembros inferiores: no edemas, incapacidad de deambulación por debilidad. Neurológico: no focalidad neurológica. Analítica: Hb 10,2; Hto 31%; VSG 120; Actividad de protrombina 54%; albúmina 1,4; proteínas totales 5; ferritina 1.300; IST 10%; PCR 103. Hormonas tiroideas: normales. ANCA negativos. TAC toraco-abdominal sin hallazgos significativos. Biopsia arterias temporales: segmento arterial con inflamación aguda y crónica, reacción fibrohistiocitaria y presencia de células gigantes multinucleadas.

**Juicio clínico:** Arteritis de células gigantes.

**Diagnóstico diferencial:** Arteritis de Takayasu, poliarteritis nodosa, polimialgia reumática. Amiloidosis con afectación vascular. Neoplasias: pulmón, estómago, colon.

**Comentario final:** Con un tiempo limitado en una consulta de Primaria muchas veces desbordada, el ser riguroso en la anamnesis, exploración física y dirigir bien al paciente en cuanto a pruebas complementarias e interconsulta a Atención Especializada puede descubrir antes una patología y

permitir iniciar precozmente un camino terapéutico adecuado para el paciente evitando las complicaciones de la misma. La arteritis células gigantes es una vasculitis crónica de vasos de tamaño grande y mediano, que ocurre con mayor frecuencia en personas ancianas. Pese a la afectación sistémica de la enfermedad, que presenta predominio de sintomatología en la región craneofacial, los síntomas más característicos son cefalea, alteraciones visuales, síntomas de polimialgia reumática y la claudicación de la articulación temporomandibular. Cuando se sospecha el diagnóstico tras realizar la historia clínica, las pruebas complementarias recomendadas son analítica sanguínea completa con reactantes de fase aguda, ecografía y biopsia de la arteria temporal. Generalmente, la respuesta al tratamiento corticoideo es inmediata.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rheumatology Expert Group. Polymyalgia rheumatics and giant cell arteritis. Therapeutic Guidelines: Rheumatology Melbourne Therapeutic Guidelines, 2010.
2. Mohan S, Liao Y. Giant cell arteritis: immune and vascular aging as disease risk factors. *Arthritis Res Ther.* 2011;13:231.