

Dona amb astènia: panarteritis nodosa microvascular

>> Autors

Eva Pablos Herrero¹, Victòria Sabaté Cintas², Anna Fabra Noguera²

1 Metgessa de família , CAP Sant Oleguer

2 Metgessa de família , CAP Creu Alta

>> Corrector

Pere Garcia

>> Correspondència

Eva Pablos Herrero

Adreça electrònica: evapablos@gmail.com

Publicat: 1 de desembre de 2010

Eva Pablos Herrero, Victòria Sabaté Cintas, Anna Fabra Noguera (2010). "Dona amb con astènia: panarteritis nodosa microvascular". *Butlletí*: Vol. 28: Iss. 3, Article 2.

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol28/iss3/2>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

INTRODUCCIÓ

Segons la Sociedad Española de Reumatología (SER) la incidència de Panarteritis nodosa (PAN) microscòpica és de 2 casos por milió d'habitants. Si fem càlculs en el total de la població espanyola serien 92 casos. És una patologia no molt freqüent ni coneguda. Presenta inicialment símptomes generals inespecífics (60-70 % dels casos), com febre, malestar, astènia, anorèxia, pèrdua de pes, miàlgies i artràlgies que poden precedir setmanes o mesos als símptomes majors. Presentem el cas de una pacient de 62 anys que inicia una PAN després d'un procés catarral. La base del nostre cas és donar a conèixer uns criteris diagnòstics bàsics establerts per L'American Collage of Rheumatology que presenten una elevada sensibilitat del 86% i especificitat del 82% i ens poden ajudar a un diagnòstic diferencial ràpid entre un simple quadre secundari a un catarro i una patologia que sense tractament pot ser mortal per la seva afectació multisistèmica.

CAS CLÍNIC

Dona de 69 anys. Presenta com a antecedents patològics :síndrome vertiginosa i poliartrosi, no realitza tractaments crònics. La pacient acudeix a consulta per presentar després d'un procés catarral un quadre d'astènia progressiva de 2 mesos d'evolució, amb pèrdua de 9kg de pes, anorèxia, artromiàlgies, sudoració, febrícula vespertina de 37,5° i deposicions diarreiques. En l'exploració física presenta TA 130/60 FC 70x'. Tª 37.5, destaca la pal·lidesa cutània, livedo reticularis d'ambdues extremitats inferiors, polsos perifèrics normals, deambulació normal, hipoestèsia a nivell de falanges distals d'ambdues mans i hiposensibilitat en dors de peu dret, campimetria per confrontació normal, resta de parells cranials normals, balanç muscular normal, reflexos normals. Se sol·licita una analítica general urgent: leucocits 11.200(78,7% neutròfils, 10,4% limfòcits), hemoglobina 11,5, VCM 87,1, plaquetes 433000, VSG 65mmHg, ferritina 284, sodi 141, potassi 4,5, AST 66, ALT 64, F. alcalina 152, creatinina 0,9, CEA i sang oculta en femtes negatius, funció tiroïdal normal, ANCAS perfil perinuclear, sediment: Normal. Radiografia de Tòrax: sense troballes significatives. Ecografia abdominal: Sense alteracions. Atesa la gran afectació general la pacient és derivada a medicina interna per completar l'estudi. Se sol·licita TAC Abdominal, fibrogastrosccòpia i fibrocolonoscòpia que són normals. Electromiograma compatible amb multineuritis amb afectació dels nervis mitjà bilateral i del nervi CPE dret. Arteriografia arteria renal, celíaca i hepàtica dins de la normalitat. Biòpsia del nervi sural compatible amb PAN microscòpica.

Es va iniciar tractament amb prednisona i ciclofosfamida amb bona evolució.

DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

La PAN microscòpica ⁴ és una malaltia vascular inflamatòria greu i infreqüent que afecta les artèries de petit diàmetre de manera focal. Pot afectar qualsevol òrgan: ronyó, musculatura, nervi perifèric, tracte gastrointestinal, cor, SNC i genitals. La clínica inicial és habitualment inespecífica en forma de símptomes generals o artromiàlgies en un 70% de les ocasions. En un 50% dels casos es pot observar una neuropatia en forma de polineuropatia o mononeuritis múltiple. Les lesions dermatològiques (60%) més freqüents són els nòduls subcutanis associats a livedo reticularis i en ocasions s'ulceren. També és freqüent l'afectació renal i digestiva, aquesta última es deu a la isquèmia per afectació vascular.

L'analítica de la PAN microvascular és inespecífica, freqüentment podem trobar anèmia i els p-ANCA positius (50%).

El diagnòstic definitiu requereix la demostració histològica. Les biòpsies més rendibles són la profunda de pell, la del nervi sural i la de la musculatura sural.

L'American College of Rheumatology ² ha establert uns criteris diagnòstics, 3 o més criteris tenen una sensibilitat del 86,6% i una especificitat del 82% (**taula1**).

Taula 1. Criteris diagnòstics American College of Rheumatology

1. Pèrdua de pes > 4 kg
2. *Livedo reticularis*
3. Dolor testicular
4. Miàlgies, debilitat o dolor al tacte en extremitats inferiors
5. Mononeuropatia o polineuropatia
6. Tensió arterial diastòlica > 90 mm Hg
7. Nitrogen ureic > 40 mg/dl o creatinina > 1,5 mg/dl
8. Presència del virus de l'hepatitis B
9. Arteriografia amb aneurismes o oclusions d'arteries visceral
10. Biòpsia d'artèries de petit o mitjà calibre amb infiltrat leucocitari

El tractament ¹ depèn del grau i del tipus d'afectació sistèmica. Ha de ser individualitzat, en l'actualitat els més utilitzats són els esteroides associats a ciclofosfamida en les formes greus. Les dosis de prednisona (1mg/Kg./dia) han de disminuir-se al més aviat possible a dosi mínima eficaç. La durada del tractament associat de ciclofosfamida amb prednisona acostuma a ser d'1 any, controlant els efectes secundaris de la medicació.

BIBLIOGRAFIA:

1. Guillevin L, Cohen P. Polyarteritis nodosa: clinical prognostic and therapeutic features. Ann Med Interne (Paris) 2000 May; 151(3):184-92.
2. Guía de practica clínica SER.
3. Panarteritis Nodosa. Reporte de Caso . Intermedicina:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=11211794&dopt
4. Iglesias, A. Vasculitis Refractarias. Aspectos generales. <http://www.encolombia.com/reumatologia-vasculitis.htm>