



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



CONFERENCIA CLÍNICO-PATOLÓGICA

Mujer de 82 años con dolor abdominal, fiebre y lesiones cutáneas de larga evolución



G. Muñiz Nicolás^{a,*}, S. Zafar Iqbal-Mirza^a, J.A. González Carhuancho^a
y M. Mollejo Villanueva^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

Recibido el 1 de abril de 2014; aceptado el 29 de junio de 2014

Disponible en Internet el 7 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Paniculitis;
Linfoma cutáneo;
Paniculitis-like
linfoma T;
Linfoma T periférico

Resumen Presentamos el caso de una mujer mayor, que consulta por cuadro de fiebre, dolor abdominal y síndrome constitucional de un año de evolución. El diagnóstico diferencial se realiza entre patología infecciosa, tumoral, o inflamatoria, que pudieran localizarse a nivel abdominal, realizándose exploraciones complementarias que descartaron proceso abdominal. La existencia de dolor en las piernas y la exploración a nivel de muslo izquierdo de una masa de consistencia dura, nos hace plantear otro diagnóstico. Finalmente se demuestran en la ecografía de partes blandas cambios inflamatorios en relación con paniculitis. A partir de este hallazgo se revisan las etiologías de la paniculitis. Se realiza la biopsia cutánea que nos demuestra el diagnóstico final.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Panniculitis;
Cutaneous
lymphoma;
Panniculitis-like T
cell lymphoma;
Pheriferal T
lymphoma

Eighty-two year old female with long term abdominal pain, fever and skin lesions

Abstract We report the case of an old woman, consulting for fever, abdominal pain and constitutional symptoms one year of evolution. The differential diagnosis is between infectious, tumoral, or inflammatory disease, which may be located at the abdominal level, performing additional tests to rule out abdominal process. The existence of pain in the legs and level scan left thigh of a mass of hard consistency, makes us raise another diagnosis. Finally show on ultrasound soft tissue inflammatory changes regarding panniculitis. From this finding aetiologies of panniculitis are reviewed. Skin biopsy that shows the final diagnosis is made.

© 2014 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gmunizn@sescam.jccm.es (G. Muñiz Nicolás).

Caso clínico

Mujer de 82 años que es ingresada por fiebre vespertina y dolor abdominal en la fosa ilíaca izquierda. Entre sus antecedentes personales destacaba hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2 con mal control metabólico, tenía déficit de vitamina D, coledocistitis y un carcinoma basocelular intervenido varios años antes en la espalda. En noviembre de 2010 presentó celulitis bilateral de los miembros inferiores que requirió ingreso en geriatría. Había sido intervenida de herniorrafia umbilical en 2007 y fauquetomía bilateral. Como antecedentes familiares 2 hermanos habían presentado cáncer de colon.

El tratamiento habitual era pantoprazol, losartán, asociación de ezetimiba y simvastatina, furosemida, diltiazem, clopidogrel, hidroferol, linagliptina, cinitaprida, pentoxifilina, insulina detemir y metamizol ocasional.

Una semana antes del ingreso comienza con fiebre de 39 °C, tiritona, artralgia, mialgias y dolor en la fosa ilíaca izquierda. No mencionaba náuseas o vómitos, clínica respiratoria ni urinaria. Refería en el último año pérdida de peso, astenia e hiporexia.

En la exploración física la paciente estaba consciente, orientada, poco colaboradora, con palidez cutánea y eupneica. Su tensión arterial era de 130/70 mmHg, su frecuencia cardiaca de 87 latidos por minuto, la temperatura 37,9 °C y su saturación de oxígeno basal del 88%. En la exploración no presentaba alteraciones en la cabeza ni en el cuello y la auscultación cardiopulmonar era normal. El abdomen era blando, doloroso en la fosa ilíaca izquierda, sin que se palparan masas ni organomegalias. No presentaba signos de irritación peritoneal, los ruidos hidroaéreos estaban presentes y no eran patológicos. En los miembros inferiores se palpaba una masa de consistencia dura, irregular, de 4 × 8 cm, eritematosa, dolorosa a la palpación en la cara interna del muslo izquierdo. Tenía otros nódulos de características similares, aunque de menor tamaño, en la región inguinal izquierda y en la cara anterior del muslo derecho.

En las exploraciones complementarias destacaba: hemograma con una hemoglobina de 11 g/dl, hematocrito 33,3%, plaquetas $274 \times 10^9/l$, leucocitos $4,3 \times 10^9/l$ (neutrófilos 3.478, linfocitos 559, monocitos 215, eosinófilos 30,1, basófilos 17,2). Bioquímica con glucosa 108 mg/dl, urea 67 mg/dl, creatinina 1,11 mg/dl, ácido úrico 4,4 mg/dl, sodio 133 mEq/l, potasio 4,21 mEq/l, cloro 94,2 mEq/l, calcio 8 mg/dl, proteínas totales 5,35 g/dl, albúmina 2,4 g/dl, prealbúmina <7 mg/dl, colesterol total 98 mg/dl, colesterol HDL 31 mg/dl, colesterol LDL 43 mg/dl, triglicéridos 119 mg/dl, transaminasa glutámico oxalacética (GOT) 57 mU/ml, transaminasa glutámico pirúvica (GPT) 24 mU/ml, gammaglutamil transpeptidasa (GGT) 36 mU/ml, bilirrubina total 0,43 mg/dl, fosfatasa alcalina 46 mU/ml, amilasa 36 mU/ml, lipasa 117 mU/ml, lactato deshidrogenasa (LDH) 1.015 mU/ml, creatinín-cinasa (CK) 54 mU/ml, velocidad de sedimentación globular (VSG) 46 mm, proteína C reactiva (PCR) 228 mg/l. La coagulación era normal. Los cultivos de sangre y orina resultaron negativos.

La radiografía de tórax mostraba cardiomegalia sin condensaciones ni infiltrados. No había derrames. En la radiografía de abdomen se visualizaba un luminograma aéreo normal sin signos de obstrucción.

En la ecografía abdominal se identificó coledocistitis sin colecistitis. En la tomografía computarizada (TC) abdominopélvica no había hallazgos patológicos a destacar. Se realizó una íleo-colonoscopia en la que se encontró una diverticulosis colónica y hemorroides internas grado I.

El ecocardiograma transtorácico mostró un ventrículo izquierdo con función sistólica conservada. No había alteraciones de la contracción segmentaria ni afectación valvular. No se objetivaron signos compatibles con endocarditis.

Se realizó una ecografía de partes blandas de la cara interna del muslo izquierdo, donde se identificó un marcado engrosamiento del tejido celular subcutáneo, con aumento de su ecogenicidad y acumulación de fluido entre los lobulillos grasos, compatible con cambios inflamatorios sugyentes de paniculitis.

Discusión clínica (Dra. Sadaf Zafar)

Se trata de una paciente de 82 años que consulta por un cuadro de fiebre elevada, dolor abdominal en la fosa ilíaca izquierda y síndrome general de un año de evolución.

El síntoma guía de la paciente en el momento del ingreso era el dolor abdominal, por lo que se planteó como diagnóstico diferencial inicialmente una etiología infecciosa, tumoral o inflamatoria. En este sentido se realizaron una serie de exploraciones complementarias como la analítica general. En el hemograma destacaba una hemoglobina 11 g/dl, los leucocitos levemente disminuidos con una fórmula que podemos considerar dentro de la normalidad. En la bioquímica una creatinina de 1,11 mg/dl, albúmina 2,4 g/dl, prealbúmina <7 mg/dl, LDH 1.015 mU/ml, con el resto de parámetros normales. Los reactantes de fase aguda estaban elevados, y así la VSG era de 46 mm y la PCR de 228 mg/l. La coagulación era normal y los hemocultivos y urocultivos resultaron negativos.

Las pruebas de imagen solicitadas, orientadas sobre todo al estudio de la focalidad abdominal, consistieron en una radiografía simple de abdomen (con luminograma normal, sin signos de obstrucción) y una ecografía que como únicos hallazgos presentaba datos de coledocistitis que ya eran conocidos. La TC abdominopélvica tampoco mostró hallazgos patológicos reseñables. Se solicitó una colonoscopia dado que la sospecha de una neoplasia digestiva era alta por los antecedentes familiares, el cuadro general y la presencia de anemia, que fue normal. Puesto que presentaba fiebre elevada, y ante la sospecha de endocarditis, se solicitó ecocardiograma transtorácico que descartó esta entidad.

La evolución de la paciente durante el ingreso fue mala. Se inició tratamiento antibiótico empírico que se suspendió más tarde al no objetivar mejoría y al constatar que los hemocultivos fueron repetidamente negativos.

A pesar de los resultados negativos de las pruebas solicitadas, la sintomatología persistía. A lo largo del ingreso la paciente fue mejorando de sus síntomas abdominales y se quejaba sobre todo de dolor en los miembros inferiores, junto con mucha astenia. La exploración en los miembros inferiores mostraba una masa de consistencia dura, irregular de 4 × 8 cm, eritematosa, dolorosa, en la cara interna del muslo izquierdo, además de otros nódulos de menor tamaño, por lo que se solicitó una ecografía de partes blandas. En

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3827080>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3827080>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)