

Caso Clínico mes de marzo 2010. Vasculitis en AIJ.

Coordinador: Dr. Alberto Millán

Residente: Dra. Andreína del C. Reyes M.

Paciente escolar masculino de ocho años de edad, natural y procedente de la localidad, con antecedentes familiares de dos tíos con artritis reumatoide y cuya madre refiere inicio de enfermedad actual el 18 de febrero de 2010, cuando comienza a presentar, artralgia en rodilla izquierda, de moderada intensidad, sin irradiación ni concomitantes, que se exacerba con la actividad y mejora con el reposo y medios físicos. Inicia fiebre vespertina de 39,5 ° que persiste durante tres días asociándose luego artritis de la rodilla izquierda lo que se mantiene durante dos días más, llevado a médico, quien indica tratamiento sintomático (diclofenac potásico y acetaminofen), aliviando sintomatología por 24 horas, tras lo cual reaparece fiebre y artritis ahora en tobillo izquierdo, que dificultaba la eversión del pie y la marcha, por lo que es traído a la emergencia pediátrica del Hospital Universitario de Caracas, en donde posterior a evaluación deciden su ingreso el 26 de febrero en el Servicio de Pediatría Médica bajo el diagnóstico de síndrome oligoarticular inflamatorio migratorio.

Inician protocolo de FOD (Fiebre de origen desconocido): Ecocardiograma, perfil viral, pancultivos y estudios de médula ósea reportando negativo o dentro de la normalidad. En la Radiografía convencional de ambas rodillas se observo aumento de volumen de partes blandas, no se evidenciaron erosiones (Figura 1 y 2).



Figura 1. Rx de ambas rodillas. Aumento de volumen de partes blandas (Rodilla izquierda).

Recibe indometacina 25 mg VO BID aliviando síntomas a la semana de hospitalización y egresando. Una semana más tarde se asocia artritis en pie, tobillo y MCFs derechas, artritis de rodilla izquierda y

artralgias de pie y tobillo izquierdo y rodilla derecha y, por referencia de la madre, reaparece la fiebre de 39,5°C, ahora con eritema evanescente, se solicita ultrasonido articular que reportó sinovitis en tobillos y MCFs, con efecto doppler y se decide iniciar metotrexate 10 mg semanal, ácido fólico, indometacina 25 mg VO BID y prednisona 10 mg VO OD.



Figura2. Rx de ambas rodillas. Aumento de volumen de partes blandas (Rodilla izquierda).

El 17 de marzo, paciente presenta alivio de manifestaciones articulares pero persistencia de fiebre sin patrón horario, acompañada de eritema evanescente y asociándose lesiones cutáneas palmo plantares (pápulas eritematosas, vesículas sero-hemáticas, máculas hiperocrómicas) pruriginosas (Figura 3 y 4), motivo por el cual es llevado por emergencia en donde deciden su ingreso de nuevo el 18 de marzo pudo apreciarse febril, eupneico, colaborador, sin artralgias, y con lesiones tipo vesículas y flictenas eritematosas en palmas, planta y dorso de pies, con múltiples pápulas normocrómicas y eritematosas, pruriginosas, no descamativas; se evidencia eritema en tórax y abdomen.



Figura 3. Lesiones vasculíticas
Región plantar.



Figura 4. Lesiones vasculíticas
Region palmar.

En revista médica en conjunto con adjuntos del Servicio de Pediatría se decide mantener metotrexate, indometacina y aumentar dosis de prednisona a 1 mg/Kg de peso/ día; y solicitar evaluación por cardiología y dermatología.

Paciente egresa el 29 de marzo por mejoría satisfactoria.

COMPLEMENTARIOS:

Hemocultivo: se aisló *Cryptosporidium spp* en 1 solo frasco. Sospecha de contaminación.

09- 02- 10 Ecosonograma de partes blandas: se realiza sobre rodillas y tobillos.

Contaje Blanco (x 1000)	11000	10000	10400	9000
Hematocrito (37 – 52)	38.8	38,9	35,1	36,1
Hemoglobina (12 – 16)	13,1	13,0	11,8	12,2
Neutrófilos (%)	72, 3	73,2	66,4	66,6
Cayados (%)				
Linfocitos (%)	21,9	24	22,4	27,8
Monocitos (%)	3,2	3	4,2	0,9
Eosinofilos (%)	1,5	0,5	2,2	3,2
Basofilos (%)				
Otros. Indiferenciados (%)				
Plaquetas (x 1000)	495	404	516	537
Reticulocitos (0.5 – 2.0)				
Vel. Sedim. (0 – 18) (West.)	45 mm	16	20	15
PCR	2.1 mg/dl	1.5 mg/dl	0.8 mg/dl	
ANA	Negativo			
Anti DNA (doble cadena)	Negativo			
Ra Test Latex	(-)			
Contaje Blanco (x 1000)	11000	10000	10400	9000
Hematocrito (37 – 52)	38.8	38,9	35,1	36,1
Hemoglobina (12 – 16)	13,1	13,0	11,8	12,2
Neutrófilos (%)	72, 3	73,2	66,4	66,6
Cayados (%)				
Linfocitos (%)	21,9	24	22,4	27,8
Monocitos (%)	3,2	3	4,2	0,9
Eosinofilos (%)	1,5	0,5	2,2	3,2
Basofilos (%)				
Otros. Indiferenciados (%)				
Plaquetas (x 1000)	495	404	516	537
Reticulocitos (0.5 – 2.0)				
Vel. Sedim. (0 – 18) (West.)	45 mm	16	20	15
PCR	2.1 mg/dl	1.5 mg/dl	0.8 mg/dl	
ANA	Negativo			
Anti DNA (doble cadena)	Negativo			
Ra Test Latex	(-)			

* Discreto aumento del líquido intrarticular en rodilla izquierda.

* Aumento de ecogenicidad rotuliano y maleolar izquierdo a correlacionar con clínica del paciente.

17- 03- 10 Biopsia de piel: piel de mano (palma) izquierda.

Informe Histológico: ampolla subepidérmica con necrosis del techo de la ampolla y reepitelización parcial. Dermis ocupada por denso infiltrado difuso perivascular e intersticial que se extiende hasta el pánículo adiposo formado por histiocitos y linfocitos con numerosos neutrófilos. El infiltrado rodea e invade la pared de algunos vasos. Necrosis fibrinoide de la pared de estos vasos.

Eritrocitos extravasados y polvo nuclear.

QUIMICA SANGUINEA.

Calcio (8.5 – 10.5)				
Fósforo (2.5 – 4.5)				
Glucosa (Azar) (mg%)	80	88	77	86
NUS (10 – 20)				
Acido Úrico (2.5 – 8)				
Colesterol (150 – 300)				
Proteínas Totales (6 – 8)		7,2	7,3	
Albumina (3.5 – 5)		4,0	3,4	
Bilirrubina Total (0 – 1)			0,5	
Fosfatasa Alc. (30 – 85)			215	165
LDH (90 – 200)				
SGOT (10 – 50)		17	14	
Creatinina (0.5 – 1.5)	0,49	0,5	0,46	0,41
STGP (15 – 35)		9	8	
Aldolasa (3 – 9)				
CPK (5 – 90)				
Nivel Salicilato				
T4 (3.2 – 6.4)				
T3 (mg%)45				
Globulinas		3,2		
Na			137	
K			4,7	
Cl				