

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 14:
REUMATOLOGÍA

Tema 14.15:
CASOS CLÍNICOS

Dra. Carola Martínez Parga



CASO 1.

Lumbago infeccioso (espondilodiscitis)

Paciente sexo masculino, 78 años. Con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2, con regular control de la glicemia. Recientemente hospitalizado por celulitis de extremidad inferior derecha.

Actualmente consulta por cuadro de dolor de 1 semana de evolución, que ha sido progresivo en el tiempo, situado en la región lumbar, no irradiado. No refiere parestesias ni alteraciones en la marcha.

Interrogado dirigidamente presenta compromiso del estado general, pero no ha bajado de peso.

Preguntas:

1.-) ¿Qué hallazgos buscaría en la anamnesis y el examen físico?

- a) Antecedentes de trauma de alta o baja energía.
- b) Presencia de crujido articular.
- c) Signos de compresión radicular
- d) Presencia de síntomas constitucionales o fiebre
- e) Solo a, c y d

Respuesta: e

En un paciente añoso con dolor lumbar inespecífico y presencia de comorbilidad, se debe buscar la presencia de “banderas rojas” o signos de alarma que orienten a patologías graves; síntomas constitucionales como fiebre (orientados a infecciones o neoplasias), y descartar presencia de fracturas por trauma que pueden ser incluso de baja energía.

No presenta irradiación del dolor, parestesias ni alteraciones en la marcha, por lo cual es poco probable que presente compromiso radicular, pero igual deben buscarse en el examen físico.

La presencia de crujido articular es inespecífico y no nos da orientación etiológica.

De su examen físico destaca:

Peso: 70 kg. Talla 172 cm. Presión arterial: 140/85 mm/Hg

Pulso: 105/min. Temperatura: 38° C axilar derecho

Cardiopulmonar normal

Abdomen blando, depresible no sensible, sin visceromegalias.

Al examen de columna, presenta dolor en región lumbar, que se evidencia al percutir apófisis espinosas, este dolor se exagera con los movimientos. Se objetiva cierto grado de rigidez.

Se solicita hospitalización para estudio y manejo.

Se toman exámenes generales, hemocultivos y radiografía de columna.

Exámenes de laboratorio:

Hematocrito: 37% Leucocitos: 11500 5% baciliformes Plaquetas: 260000

VHS : 50 mm/hra Proteína C reactiva: 45

Hemocultivos pendientes

Perfil bioquímico normal

Radiografía de columna

Preguntas:

2.-) ¿Cómo catalogaría el lumbago de este paciente?

- a) Lumbago inespecífico
- b) Lumbago de origen infeccioso
- c) Lumbago degenerativo (artrosis)
- d) Lumbago inflamatorio
- e) Con los antecedentes actuales no se puede catalogar.

Respuesta: alternativa b

No es un lumbago inespecífico pues los antecedentes que tenemos nos orientan a su etiología infecciosa. Es un paciente diabético que tiene antecedentes de un cuadro infeccioso previo y posterior a ello presencia de dolor lumbar y fiebre. El hemograma

evidencia leucocitosis con desviación izquierda, con VHS alta y PCR alta. La radiografía muestra compromiso de disco intervertebral y destrucción vertebral secundaria. Esto es compatible con espondilodiscitis.

No es compatible con patología degenerativa, ya que en la artrosis no se presenta fiebre, parámetros inflamatorios ni destrucción vertebral.

El lumbago inflamatorio es más característico de persona jóvenes, se presenta como dolor de predominio nocturno o matinal, que empeora con la actividad. Presenta VHS y PCR alta, pero no presenta leucocitosis ni desviación izquierda.

CASO 2.-

Lumbago degenerativo (artrosis facetaria).

Paciente sexo femenino, 70 años. Viuda, 4 hijos. Dueña de casa.

Antecedentes de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo 2, en control y tratamiento.

Consulta por presentar dolor en región lumbar, de aproximadamente 1 año de evolución.

De su examen físico destaca:

Peso: 90 kg. Talla 162 cm. Presión arterial: 160/85 mm/Hg

Pulso: 70 latidos/min.

Cardiopulmonar normal

Abdomen globuloso, blando, depresible no sensible, sin visceromegalias.

Al examen de columna, presenta dolor en región lumbar, sin dolor al percutir apófisis espinosas, este dolor se exacerba con los movimientos, en especial con la extensión de la columna. Se objetiva cierto grado de rigidez localizada.

Preguntas:

1.- ¿Qué factor de riesgo tiene esta mujer para presentar dolor lumbar?

- a) Ser dueña de casa
- b) Sobrepeso
- c) Multiparidad
- d) Sedentarismo

e) Hipertensión arterial

Respuesta: b

El trabajo doméstico, sedentarismo, la HTA o multiparidad no son factores de riesgo para presentar dolor lumbar. El sobrepeso sí es un factor de riesgo importante para presentar dolor lumbar.

Se inicia estudio con exámenes generales y radiografía de columna.

Exámenes de laboratorio:

Hematocrito: 37% Leucocitos: 5800 Plaquetas: 280000

VHS: 20 mm/hr. Proteína C reactiva: 0,05 Glicemia: 150 mg/dl

Calcemia: 8.9 mg/dl Factor reumatoideo: positivo titulo bajo

Radiografía:

Pregunta:

2.-) Con los antecedentes clínico y los exámenes actuales. ¿Qué indicaciones le daría a esta paciente?

- a) Debe hospitalizarse para estudiar su lumbago
- b) Está cursando con artritis reumatoidea por lo cual debe ver a un reumatólogo
- c) Debe usar analgésicos, bajar de peso y realizar ejercicios
- d) Debe iniciar tratamiento con corticoides
- e) Ninguna es correcta

Respuesta correcta C.

El cuadro de esta paciente es compatible con una osteoartritis (artrosis) de la columna, ésta es una enfermedad crónica, que no requiere hospitalización ni más estudio. No deben usarse corticoides, solo analgésicos puros (ya que por su HTA, tampoco es conveniente usar AINEs). Como es una paciente obesa, dentro de las primeras medidas se debe insistir en la baja de peso y en la realización de ejercicios (el caminar es un buen ejercicio, pero también se sugiere la natación y ejercicios de elongación).

Esta paciente no tiene artritis reumatoidea. La presencia de un factor reumatoideo no hace diagnóstico de artritis reumatoidea. Un 20% de la población sana puede tener un factor reumatoideo positivo, especialmente los adultos mayores.

CASO 3.-

Lumbago neoplásico.

Paciente sexo masculino, 70 años. Antecedentes de 2 neumonías en el último año, ambas tratadas y con buena respuesta clínica.

Consulta por dolor lumbar de 1 mes de evolución progresivo en el tiempo, que se desencadena por los movimientos. No presenta dolor nocturno. Actualmente presenta una acentuación brusca del dolor, de intensidad 8/10 que le impide realizar sus de la vida diaria.

Al examen físico destaca:

Peso: 50 kg Talla: 170 cm

Cabeza y cuello: Mucosas algo pálidas. Resto normal. Sin adenopatías.

Cardiopulmonar normal.

Abdomen blando, depresible no sensible, sin visceromegalia.

Al interrogatorio dirigido presenta astenia, adinamia, refiere además baja de peso de 7 kg en los últimos 3 meses y dolor generalizado.

Al examen de columna: hiperxifosis dorsal, dolor a la palpación en región de L4. Sin rigidez. Sin contracturas musculares asociadas. Resto sin alteraciones.

Pregunta N°1:

¿Qué banderas rojas o signos de alarma tiene este paciente?

- a) Su edad, el antecedente de neumonía.
- b) Su edad, la ausencia de dolor nocturno, compromiso del estado general.
- c) La presencia de dolor generalizado y baja de peso
- d) Su edad, síntomas constitucionales, fiebre

Respuesta correcta: Alternativa d.

Las banderas rojas son los signos de alarma que orientan a gravedad en un dolor lumbar.

Dentro de ellos están: edad menor de 20 o mayor de 50 años. En este caso la edad sí es un signo de alarma. La fiebre, síntomas constitucionales, baja de peso también son signos de alarma.

El antecedente de neumonía y la hiperxifosis no son signos de alarma.

Exámenes de laboratorio:

Hematocrito: 32% normocítico normocrómico Leucocitos: 4500 Plaquetas: 260000

VHS : 95 mm/hra

Creatinina plasmática: 1,9 mg/dl BUN: 25 mg/dl

Sedimento de orina: proteinuria ++

Radiografía de columna

Pregunta 2:

¿Cuál será la etiología más probable de este dolor lumbar?

- a) Patología degenerativa (artrosis)
- b) Infeccioso (espondilodiscitis)
- c) Neoplásico (mieloma múltiple)
- d) Artritis reumatoidea
- e) Ninguna de las anteriores

Respuesta: alternativa c

El cuadro corresponde a un lumbago de origen neoplásico, específicamente un mieloma múltiple. Corresponde la edad del paciente, el antecedente de neumonía (probablemente neumocócica), el cuadro con síntomas constitucionales, baja de peso. En los exámenes de laboratorio presenta anemia normocítica normocrómica, VHS cercana a 100 mm/hra, falla renal y proteinuria. La radiografía evidencia osteoporosis difusa severa, y múltiples fracturas de cuerpos vertebrales por aplastamiento, más acentuado en la vértebra L4 y con abombamiento del muro posterior. Esto es mucho más claro en la RNM.

La osteoartritis (o artrosis) es una enfermedad degenerativa, que no causa alteraciones extraarticulares, no presenta síntomas constitucionales y los exámenes de laboratorio son normales.

La espondilodiscitis corresponde a un cuadro infeccioso, presenta fiebre y dolor localizado (no generalizado). No causa falla renal.

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria que compromete manos en forma simétrica, es poco frecuente el compromiso de columna y cuando existe, en general se manifiesta como luxación atlanto axoidea. La artritis reumatoidea no causa falla renal ni proteinuria.

CASO 4.-

Lumbago por TBC mal de Pott

Paciente sexo masculino, 35 años bailarín de flamenco. Soltero, sin hijos.

Consulta por dolor lumbar de 1 mes de evolución mal definido, que le impide realizar su trabajo en forma adecuada.

De su examen físico destaca:

Peso: 50 kg. Talla 172 cm. Presión arterial: 120/80 mm/Hg

Pulso: 80 lat/min.

Cabeza y cuello sin alteraciones.

Corazón: ritmo regular en 2 tiempos sin soplos.

Pulmón: Leve espiración prolongada, murmullo pulmonar conservado sin ruidos agregados.

Abdomen blando, depresible no sensible, sin visceromegalia.

Al examen de columna, presenta dolor en región lumbar, que se exacerba al percutir apófisis espinosas, este dolor se exacerba con los movimientos. Se objetiva cierto grado de rigidez.

Trae del extrasistema un Factor reumatoideo: positivo titulo bajo

Pregunta:

1.-) ¿Qué exámenes de laboratorio pediría para comenzar el estudio?

a) Anticuerpos antinucleares

b) Radiografía de columna

c) Hemograma con VHS

d) Solo b y c

e) Todas las anteriores.

Respuesta: alternativa d

Como estudio inicial es importante partir con un hemograma y VHS, también es útil un perfil bioquímico.

Dentro de los estudios de imágenes siempre hay que comenzar con una radiografía de tórax.

El estudio de anticuerpos es de segunda línea, no está justificado si no existe la sospecha clínica. Hay que considerar que hay muchas enfermedades que pueden causar factor reumatoideo positivo (en especial cuadros infecciosos).

Exámenes de laboratorio:

Hematocrito: 37% Leucocitos: 5800 Linfocitosis ++ Plaquetas: 280000

VHS : 100 mm/hra Proteína C reactiva: 40

Fosfatasa alcalinas: 150 (normal alta) Resto del perfil bioquímico normal

Paciente presenta sudoración nocturna y cuadro bronquial obstructivo, por lo cual se toma radiografía de tórax, que evidencia compromiso apical antiguo, con retracción leve.

Se solicita PPD: positivo 25 mm

Radiografía de columna. ¡¡Hay que ponerla!!

Pregunta:

2.-) ¿A qué patología corresponde este cuadro clínico?

a) Cáncer pulmonar con metástasis en columna

b) Mal de Pott

c) Artritis Reumatoidea

d) Osteoartritis (artrosis)

e) Mieloma Múltiple

Respuesta: alternativa b

Las lesiones pulmonares apicales son sugerentes de TBC pulmonar, en el contexto de un paciente con VHS alta y PPD positivo, que presenta dolor lumbar, hay que pensar en TBC vertebral (Mal de Pott).

En las TBC puede aparecer un FR falso positivo a títulos bajos.

El cuadro clínico no es compatible con patología degenerativa (artrosis), ni impresiona como neoplasia.