

Paciente de 37 años que acude a su MAP por cuadro de ojo rojo bilateral

-Antecedentes Personales:

No RAM, no hábitos tóxicos. No tiene animales domésticos ni consumo de productos no registrados. No contactos de riesgo de ETS. No viajes internacionales. Casado, dos hijos. Trabaja como administrativo.

IQ: amigdalas, vasectomía.

-Antecedentes Familiares: Sin datos de interés.

-Historia Actual:

Acude a su MAP por presentar ojo rojo bilateral sin dolor y sin alteración de la visión de varios días de evolución y que no mejora.

Valorado por su MAP se diagnostica conjuntivitis bilateral iniciándose un tratamiento tópico con gentamicina. A pesar de realizar el tratamiento el paciente evoluciona de forma desfavorable por lo que acude a Urgencias siendo valorado en consulta diferida desde urgencias por Oftalmología que tras exploración indica tratamiento combinado tópico con gentamicina y dexametasona confirmándose el diagnóstico de conjuntivitis bilateral sin ninguna otra complicación y seguimiento por su MAP.

El paciente relata una cierta mejoría con el nuevo tratamiento, pero en varias semanas comienza a presentar febrícula por la tardes (37,5° a 38,2°) con pérdida de peso de unos 2 kg aproximadamente en un mes, así como reagudización del proceso ocular presentando un zona más nodular a nivel de la conjuntiva del ojo izquierdo.

Su MAP, solicita analítica general básica (no se objetivan datos a destacar), Mantoux (negativo), Rx torax (sin hallazgos a destacar) y remite a Urgencias para valoración urgente por Oftalmología.

En esta segunda valoración se objetiva epiescleritis bilateral con formación nodular epiescleral-escleral en el ojo izquierdo y ligero edema párpado inferior derecho. Comentan el caso clínico con nuestro Servicio e ingresa el paciente en Medicina Interna.

A su ingreso en Medicina Interna reevaluamos el cuadro clínico añadiendo el paciente en la anamnesis el notarse congestión nasal en los últimos días que relaciona con un probable cuadro catarral.

-Exploración Física: TA: 136/84 mmHg, Tª 37.3° , FC: 79 lpm, Altura: 176 cm, Peso: 82 kg, IMC: 26.47 kg/m². No datos a destacar excepto las lesiones oculares descritas previamente por Oftalmología.



-Exploraciones Complementarias:

--**ANALÍTICA:** VSG 33/61 mm, Fibrinógeno 456 mg/dl, LDH 485 U/L, IgG 1670 mg/dl, IgA 437 mg/dl, ASLO 277 U/ml, Prolactina 16.6 ng/ml. Resto normal (incluido TSH, C3, C4, cortisol, testosterona, DHEA-S, B-HCG, CEA, PSA, B2microglobulina, alfafetoproteína, ANA, antiDNAs, AntiSm, antiRo, antiLa, antiRNP/Sm, antiScl-70, antiJo-1, anticardiolipina y betaglicoproteína, anticoagulante lúpico, ANCA (p y c), ECA, Factor Reumatoide, AntiCCP, PCR, cadenas Kappa y Lambda). Elemental de orina: leucos 75 , resto normal. Estudio orina 24h: sin hallazgos a destacar. Estimación del filtrado glomerular CKD-EPI: 114.1 ml/mn/1.73m². (creatinina 0.8)

-**TEST de ALERGIA:** negativo. IgE: normal.

--**ESTUDIOS MICROBIOLÓGICOS:** VHS IgG positivo, CMV IgG positivo, VEB IgG positivo. Resto (VHB, VHC, VIH, IgM VHS, VEB, CMV, Treponema, Lyme): negativos. Urocultivo y Hemocultivos: negativos.

-**ECG:** sin hallazgos significativos a destacar.

--**ESTUDIOS DE IMAGEN:**

--RX. TÓRAX: sin hallazgos significativos a destacar.

--ECOGRAFÍA DE ABDOMEN: sin hallazgos significativos a destacar.

--ECOCARDIO TRANSTORÁCICA: sin hallazgos significativos a destacar.

--TAC CUELLO-TÓRAX-ABDOMEN: pequeñas adenopatias de tamaño no significativo en espacios carotídeos, cervicales posteriores y retroperitoneales. Resto sin otros hallazgos a destacar.

Finalmente, se realizaron dos pruebas complementarias que fueron diagnósticas.