

SESIONES DE SADEMI RESUMEN CASO CLÍNICO HOSPITAL DE MONTILLA (CÓRDOBA)

- **MOTIVO DE CONSULTA:** fiebre.
- **ANTECEDENTES PERSONALES:** No alergias medicamentosas conocidas. No HTA. No diabetes. No hipercolesterolemia. En seguimiento por Reumatología por Espondiloartritis con afectación axial y predominante periférica HLAB 27 positivo con uveitis de repetición (última crisis en abril de 2021, la previa en 2017) refractaria a Aines. Inició tratamiento con certolizumab pegol el 05/12/2017 (ensayo AS0007) con respuesta. Realizada profilaxis cemidon en 2012. Meniscopatía interna en rodilla izquierda. SAOS moderado. Intervenciones quirúrgicas: artroscopia de rodilla. Tratamiento habitual (conciliado): Omeprazol 20 mg/24 horas, metoyect 1 inyección subcutánea semanal, ácido fólico a las 48h e indometacina 25 mg/12 horas. Tratamiento biológico (certolizumab).
- **ANAMNESIS:** Varón de 65 años de edad, que acude a urgencias por cuadro de unos diez días de evolución de fiebre de hasta 39°C, de predominio vespertino, a diario, dolor faríngeo y artromialgias sobre todo en rodillas. No tiene tos ni expectoración. No náuseas, no vómitos, no dolor abdominal ni diarrea. No síntomas miccionales ni sintomatología neurológica.
Refiere que comenzó estando en la playa, un mes antes, cuando presentó un episodio de ligero dolor en fosa renal con microhematuria, siendo diagnosticado de cólico nefroureteral con ecografía abdominal que confirmaba litiasis renales bilaterales y sospecha de angiomiolipoma. No viajes fuera de España. Solo viaje reciente a zona costera. Contacto habitual con animales (perros vacunados).
- **EXPLORACIÓN FÍSICA:** Buen estado general. Bien hidratado y nutrido. Tº 37,2 °C a su llegada a urgencias. Normotenso. CYC: eritema faríngeo, úvula centrada, no lesiones orales sospechosas. No rigidez de nuca ni otros signos meníngeos. Pequeñas adenopatías en huecos supraclaviculares e inguinales bilaterales (como grano de arroz), no en axilas, no nódulos tiroideos palpables. ACR: tonos rítmicos sin soplos a buena frecuencia. MVC sin ruidos añadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a palpación salvo en flanco izquierdo, sin claras masas ni megalias, no se palpan masas, PPR negativa bilateral, no signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos normales. EEII: no edemas ni signos de tvp.
- **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS BÁSICAS:**
 - Ecografía de Abdomen y pelvis solicitada por su médico de Atención Primaria: Probables pequeñas litiasis calciales renales bilaterales. Posible/dudoso AML en polo inferior del RI y que conviene confirmar con TAC. No se objetiva dilatación de vías urinarias. Bazo globuloso y de tamaño en el límite alto de la normalidad. Vejiga poco replecionada, poco valorable. Aumento del tamaño prostático. Derivar a hospital (urología) para valoración y completar estudio con TAC sin contraste de abdomen y pelvis.
 - Analítica en urgencias:
Hemograma: leucocitos 2170 (previos 4170), con 880 Linfocitos y 1000 Neutrófilos. Hb 11,4 (14). Plaquetas 64000 (previas 138000).
Bioquímica: glucemia 112. LDH 369. AST 47. ALT 74. Resto incluyendo creatinina, bilirrubina, GGT, FA, amilasa, sodio y potasio normales. PCR: 55.
Sistemático de orina: indicios de proteínas. Resto normal.
 - Radiografía de tórax: no se aprecian infiltrados pulmonares. Silueta cardíaca normal. No signos de derrame pleural.
 - TC de abdomen y pelvis sin contraste en urgencias: No se objetivan imágenes de AML renal. Microlitiasis calciales renales bilaterales múltiples. Algunos pequeños ganglios en mesenterio de hasta 1 cm, inespecíficos. Esplenomegalia homogénea (18 cm de longitud). Sin otros hallazgos valorables en el estudio realizado.