



DOLOR TESTICULAR COMO DEBUT DE POLIARTERITIS NODOSA CLASICA.

Oscar Zoleto Camacho

Juan Carlos Anglada Pintado, Patricia Rubio Marin, Josefa Jimenez Arjona, Salvador Lopez Cardenas, Jose Maria Barcala Salido, Juan Antonio Sevilla Blanco

**MEDICINA INTERNA
HOSPITAL JEREZ DE LA FRONTERA**

JEREZ DE LA FRONTERA (CÁDIZ) 2014

Caso clínico

Varón de 43 años

- ⊕ Alérgico al metamizol.
- ⊕ Exfumador (5 cig/día) desde hace 9 años.
- ⊕ Meningitis a los 17 años sin secuelas evidentes.
- ⊕ Enfermedad de Graves e hipertiroismo tratado con antiroideos alcanzando eutiroidismo.

Anamnesis

Enfermedad actual:

Ingresa por cuadro de 2 semanas con:

- ⊕ Fiebre persistente (39-40°C) y malestar general.
- ⊕ Astenia e hiporexia con pérdida ponderal no cuantificada.
- ⊕ Artromialgias predominante en MMII.
- ⊕ Asocia además tos escasamente productiva.

Estado Objetivo

Exploración Física:

- ⊕ Estado General Conservado, Febril (38°C).
- ⊕ CyC: Inyección conjuntival. Orofaringe hiperémica. Disfonía. Bocio simétrico grado I.
- ⊕ ACP: tonos rítmicos sin soplos, MVC con algunas sibilancias dispersas
- ⊕ Abdomen blando, depresible, no doloroso sin masas ni viceromegalias.
- ⊕ Extremidades sin edemas ni signos de TVP. No lesiones cutáneas.
- ⊕ Exploración neurológica sin focalidad.

Pruebas complementarias iniciales

HEMOGRAMA

- **Leucocitosis (14000/uL) neutrofilia (90%).**
- **Hemoglobina 11gr/dl, VCM 82 fl,**
- **Plaquetas 298000/uL**

BIOQUÍMICA

- **Na⁺ 128mEq/l**
- **Función renal.**
- **Perfil hepático rango normal.**
- **Reactantes de fase aguda: **VSG 116mm/h, PCR 24mg/dl****

Radiografía de torácica y ecografía abdominal
Sin hallazgos patológicos.

Diagnostico de presunción

SÍNDROME FEBRIL POR INFECCIÓN RESPIRATORIA NO CONDENSANTE

Evolución (I)

- Inicia antibioticoterapia empírica(ceftriaxona + claritromicina) tras toma de hemocultivos con mejoría clínica parcial y cese de la fiebre al 4° día.
- Estudios microbiológicos negativos (baciloscopias y lowenstein de esputo, mantoux, hemocultivos, serología para neumonía atípicas).
- Días más tarde reinicia la **fiebre (38°C)** con artromialgias que dificultan la marcha, epigastralgia, **dolor e inflamación testicular.**

Diagnósticos diferenciales

Fiebre + Artromialgias + Dolor Testicular



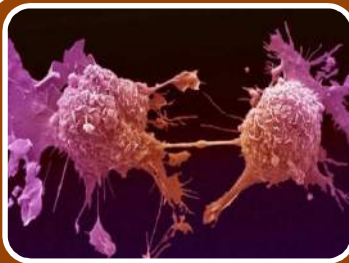
I. Enfermedades inmunológicas sistémicas.

- Vasculitis idiopáticas (PAN....)
- Vasculitis secundaria a conectivopatías, VHB y VHC.
- Vasculitis inducida por drogas.



II. Enfermedades Infecciosas.

- Endocarditis subaguda.
- Infecciones intravasculares embolizantes
- Tuberculosis.



III. Enfermedades Neoplásicas.

- Linfoproliferativas
- Órganos sólidos

Pruebas complementarias

Estudio de anemia

Anemia compatible con trastornos crónicos.

Perfil Tiroideo

TSH 4.09uUI/ml, T4 1.62 ng/dl, T3L 2.9pg/ml, **Anti-TGB 4000 UI/ml**, **Anti-TPO >600UI/ml**

VSG 134mm/h, PCR 11.6mg/dl

Microbiología

Hemocultivos, Brucella, Borrelia, Salmonela, Epstein barr, VHB, VHC, VIH **negativos**

Autoinmunidad

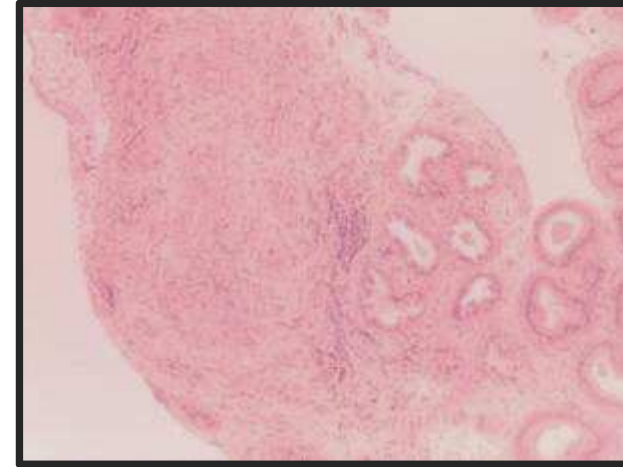
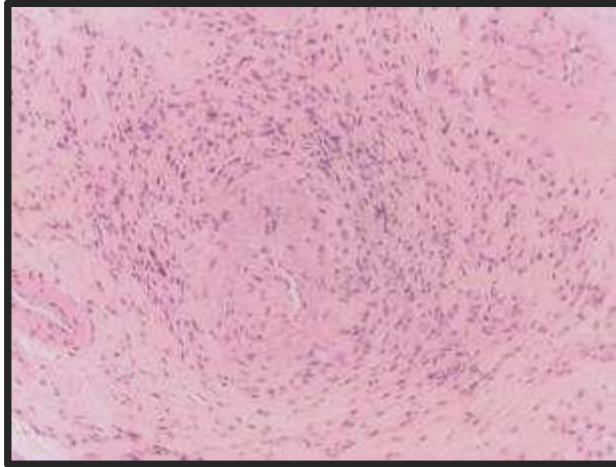
Incluidos ANA y ANCA negativos

Pruebas complementarias

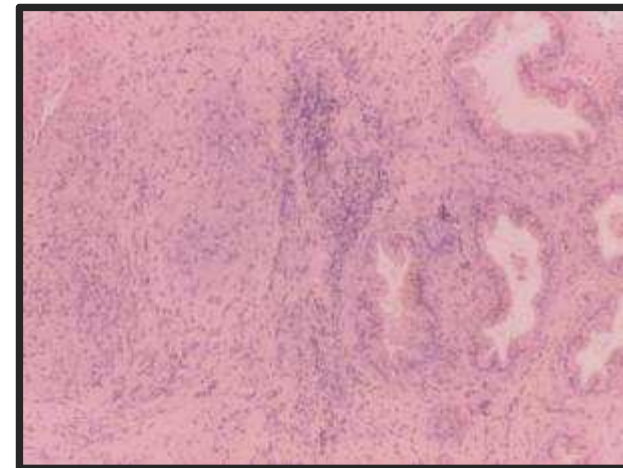
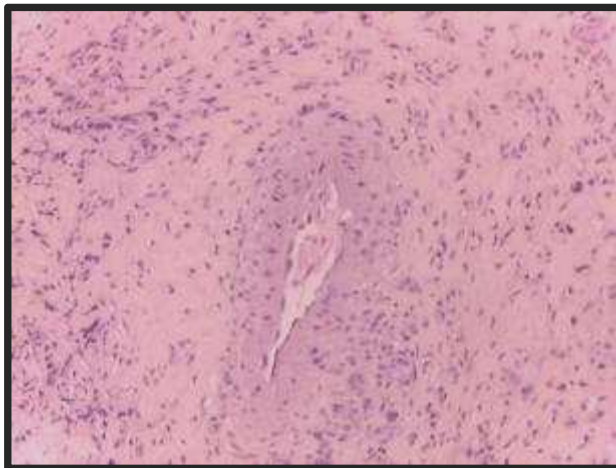
- ⊕ TAC Cuello-Tórax-Abdomen: normal
- ⊕ Ecografía Escroto y testículo: Sin alteraciones del flujo, tamaño, ecogenicidad ni LOE'S
- ⊕ ENG y EMG: ausencia de afectación periférica.
- ⊕ Endoscopia digestiva alta: Gastritis crónica Atrófica con marcada disminución de pliegues.

Prueba diagnóstica

Biopsia testículo y epidídimo



EPIDIDIMITIS CRÓNICA. COMPATIBLE CON “PANARTERITIS NODOSA”



Teichman JM, Mattrey RF, Demby AM, Schmidt JD. Polyarteritis nodosa presenting as acute orchitis: a case report and review of the literature. *J Urol.* 1993;149(5):1139.

Diagnósticos definitivos

1. **POLIARTERITIS NODOSA SISTÉMICA**
2. **GASTRITIS CRÓNICA ATRÓFICA**

Tratamiento Inicial

*Prednisona 1 mg/kg/día + Ciclofosfamida oral
2mg/kg/día.*

Guillemin L, Cohen P, Mahr A, Arène JP et al. Treatment of polyarteritis nodosa and microscopic polyangiitis with poor prognosis factors: a prospective trial comparing glucocorticoids and six or twelve cyclophosphamide pulses in sixty-five patients. Arthritis Rheum. 2003;49(1):93.

Evolución (II)

Evolución favorable, mejoría clínica progresiva con normalización de los reactantes de fase aguda.

Tratamiento de mantenimiento

1. *Prednisona 60mg/día/VO + Ciclofosfamida que mantuvo durante un año.*
2. *Risendronato 35mg semanal + Calcio carbonato/Colecalciferol 1250 mg/400 UI*

Grossman JM, Gordon R, Ranganath VK, et al. American College of Rheumatology 2010 recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2010;62(11):1515.

**GRACIAS POR VUESTRA
ATENCIÓN!!!**



**"Laguna Colorada" 4.278 msnm)
Bolivia**