

CAS CLÍNIC SCR (29.09.17)

Home de 35 anys sense antecedents patològics d'interès, treballador en una fundició, que va iniciar un quadre clínic caracteritzat per una lumbàlgia de característiques mixtes mecanico-inflamatòries, junt a certa astènia i anorèxia, sense síndrome tòxic ni febre, per la que va consultar al metge de capçalera i va començar tractament amb antiinflamatoris i miorelaxants, amb millora parcial. Posteriorment, al cap de dues setmanes, va consultar a urgències d'Urologia per l'aparició d'un hidrocele bilateral, pel que es va realitzar una ecografia escrotal que no va mostrar troballes significatives, sent alta a domicili amb seguiment ambulatori per part d'Urologia. Finalment, al cap de dues setmanes més, va acudir a urgències per presentar dolor abdominal còlic juntament amb vòmits i un episodi diarreic de 48 hores d'evolució. Es va iniciar tractament simptomàtic amb analgèsia i antiemètics. A la EXPLORACIÓ FÍSICA destacava un dolor a la palpació superficial global de l'abdomen. Com a EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES es van realitzar:

- Radiografia d'abdomen: Luminograma preservat, sense signes d'oclusió ni suboclusió, aire a ampolla rectal.
- Analítica a urgències: Leucòcits $8.40 \times 10^9/L$ (Neutròfils $6.3 \times 10^9/L$ Limfòcits $1.4 \times 10^9/L$) Hematies $4.00 \times 10^{12}/L$, Hemoglobina 10.7 g/dL, Hematòcrit 32.8 % Plaquetes $185 \times 10^9/L$, VCM 81,9fL, Fibrinogen 485 mg/dL, Glucosa 89 mg/dL Urea 61.8 mg/dL Creatinina 2.60 mg/dL Sodi 139.1 mmol/L Potassi 3.9 mmol/L Bilirrubina 0.42 mg/dL Alanina-aminotransferasa 20 U/L Amilasa 39 U/L Proteïna C reactiva 24.50 mg/L
- Ecografia abdominal: Visualització d'ureterohidronefrosis bilateral. Bona diferenciació corticomedul·lar, ronyons de mida correcta (10-11cm).
- TAC abdominal: Massa adenopàtica retroperitoneal, juntament a adenopaties ilíaqües bilaterals, que provoquen una obstrucció ureteral bilateral i ureterohidronefrosi.

Donades les troballes, va ingressar al nostre hospital per a estudi. Un cop a la planta:

EXPLORACIÓ FÍSICA

Hemodinàmicament estable i afebril. Bon estat general. Conscient i orientat. Normocolorejat i normohidratat. No síndrome tòxic. Es palpen adenopaties inguinals i cervicals esquerres infracentimèriques, mòbils.

- Auscultació cardíaca: Tons cardíacs rítmics, sense bufes, freqüència ni extratons. ingurgitació jugular negativa, reflux hepatojugular negatiu. Polsos perifèrics presents i palpables.
- Auscultació respiratòria: Murmuri vesicular conservat, sense sorolls sobreafeigits. Eupneic.
- Abdomen: tou i depressible, sense masses ni megàlies, no dolorós a la palpació. Peristaltisme conservat. Sense signes de peritonisme.
- Extremitats inferiors: Sense edemes ni signes de TVP.
- Exploració neurològica: Sense trets afàsics ni disàrtria. Pupil·les isocòriques normoreactives. Campimetria per confrontació sense alteracions. Parells craneals

preservats. Força i sensibilitat preservades en tots els grups musculars. Reflexes osteotendinosos presents i simètrics, reflex cutani plantar flexor bilateral. Sense meningisme.

- Aparell locomotor: No dolor a la palpació d'apòfisis espinoses. Dolor a la palpació de la musculatura paravertebral lumbar bilateral, contractura muscular +, maniobres radiculars negatives. Sense afectació articular.
- No presenta lesions cutànies.
- Hidrocele bilateral

Com a EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES es van realitzar:

- Analítica: Leucòcits $8.60 \times 10^9/L$ (N70.3%, L19.6%, M7.3%, E2.1%, B0.7%), Hematies $4.22 \times 10^{12}/L$, Hb 11.5g/dL, Hto 33.9%, VCM 80.4fL, Plaquetes $200 \times 10^9/L$. Glucosa 92 mg/dL, Proteïnes 70.2 g/L, Urea 50mg/dL, FG 28 mL/min/1.73 m², Creatinina 2.77 mg/dL, Calci (II) 9.5mg/dL, Na⁺ 140.8 mmol/L, K⁺ 4.41 mmol/L, Bilirubina 0.42 mg/dL, FA 70U/L, ALT 20U/L. PCR 20,10 mg/L, VSG 31mm, ECA 17.4 U/L (N: 13.3-63.9)
- Serologies: anti-HBs VHB positius, anti-HBc VHB negatius, anti-VHC negatius, VIH1 i 2 negatiu
- Perfil immunològic: ANA negatius, ANCA negatius, Factor Reumatoïdal negatiu, Anticossos anti-MBG negatius.
- Proteïnograma: sense alteracions patològiques.
- Marcadors tumorals: CA19-9 8.9 U/mL, CA-125 15.5 U/mL, CEA 1.39 ng/mL, CA 15-3: 73.6 U/mL, alfafetoproteïna 1.46 ng/mL, coriogonadotropina beta < 0.10 U/L, β_2 microglobulina 1.9 mg/L, LDH 226 U/L → NEGATIUS
- ECG: RS a 75lpm, eix a 60°, PR 012s, QRS estret, QTc conservat. Sense alteracions de la repolarització. Bona progressió del QRS en cara anterior
- PPD: Negatiu
- Radiografia de tòrax: S'adjunta.
- TAC toràcic: Ganglis axil·lars bilaterals en número lleument major a l'habitual, de mida en el límit alt de la normalitat, alguns dels quals han perdut el si gras central i presenten morfologia arrodonida. Aquests són inespecífics, podrien estar en relació a procés inflamatori-reactiu o altres causes. Ganglis hili-mediastínic en nombre, mida i aspecte TAC dins els límits de la normalitat. Espai prevascular amb teixit gras augmentat de densitat, probablement per restes tímiques. Estructures mediastíniques centrades d'aspecte TAC normal. Parènquima pulmonar sense alteracions significatives, amb petit engrossiment trapezoïdal de la cissura menor (inespecífic però no sospitos). Espais pleurals lliures.
- Progressiu empitjorament de la funció renal: Creatinina 2,60mg/dL (27/02) → 2,77 mg/dL (28/02) → 2,93 mg/dL (01/03)

Una vegada obtinguda tota la informació descrita, es va realitzar una prova complementària que va dur al diagnòstic de la entitat presentada.