Estibaliz Eguia Vallejo
R2 Medicina Interna, Hospital Universitario de Cruces

“Cosas de la vida: cuando la piel da la pista”

Introducción/planteamiento

Se trata de un varón de 60 años cuyo único antecedente de interés es el hábito tabáquico de 1 paquete y medio diario, así como consumo esporádico de alcohol.

Descripción

Acude a Urgencias por disnea súbita con empeoramiento progresivo de 2 semanas de evolución, sin asociar clínica infecciosa, síntomas de insuficiencia cardíaca o historia sugestiva de TVP. Asimismo, refería disfagia a sólidos desde hace 4 meses que limitaba la alimentación a líquidos exclusivamente. En este contexto asoció un 17% de pérdida ponderal sin sudoración nocturna, fiebre o claras adenopatías.

A la exploración física destacaba taquipnea con SpO2 mantenidas, pérdida reciente de múltiples dientes y edemas distales en extremidades inferiores sin clara fóvea. Además, presentaba múltiples equimosis y lesiones papulares centradas por pelos en sacacorchos, violáceas e hiperqueratósicas, que no palidecían la vitropresión. Resultaban asintomáticas, habían aparecido hace unos 4 meses y se distribuían por las 4 extremidades y el hemiabdomen inferior.

Discusión

Se trata de un paciente con un gran número de síntomas difíciles de encajar. Por un lado, está el cuadro de síndrome general, disnea y disfagia en un paciente fumador, que podría sugerir una neoplasia ORL o esofágica. No obstante, quizá lo más llamativo sean las lesiones cutáneas, que aunque podrían orientar a una vasculitis, un trastorno hematológico o incluso una púrpura senil, en este contexto de desnutrición resultan altamente sugestivas de déficit de vitC.

La exploración detallada por parte de Otorrinolaringología (normal), un TAC body con hallazgo de engrosamiento esofágico y 2 gastroscopias con biopsias (la segunda con dilatación esofágica), llevaron al diagnóstico de estenosis péptica esofágica como causa de disfagia. Analíticamente se confirmó el déficit de vitamina D, ácido fólico y vitamina C. También destacaba un ligero deterioro de la función renal, anemia macrocítica y ligera coagulopatía que, junto con las lesiones cutáneas y la disnea, fueron resolviéndose tras optimizar el tratamiento nutricional, confirmándose así el diagnóstico de escorbuto.

Conclusión

- Aunque hoy en día es una enfermedad infrecuente en nuestro medio, existen grupos de pacientes en riesgo de desnutrición en los que algunos síntomas pueden deberse a déficits nutricionales.
- En este caso las lesiones cutáneas, junto con la historia clínica apropiada, son prácticamente diagnósticas de la enfermedad, facilitando así el diagnóstico diferencial.

Sociedad de Medicina Interna Aragón, Navarra, La Rioja y País Vasco

Osakidetza

EZKERRALDEA - ENKARTERRI - CRUCES
ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA
EZKERRALDEA - ENKARTERRI - CRUCES

Cosas de la vida: cuando la piel da la pista

Estibaliz Eguia Vallejo

R2 Medicina Interna

Hospital Universitario de Cruces

17 de Febrero de 2024

Caso clínico

Varón de 60 años

Antecedentes Personales:

- Sin alergias.
- Hábitos tóxicos: fumador 1,5 paquetes-día, OH esporádico.
- Psoriasis en tratamiento a demanda
- IQ: menisco derecho
- No tratamiento habitual.

Enfermedad Actual

<u>Disnea</u> súbita + empeoramiento.
Evolución: 2 semanas
- No clínica infecciosa
- No ortopnea, no edemas EEII, no DPN
- No edema unilateral de EEII, no reposo prolongado…

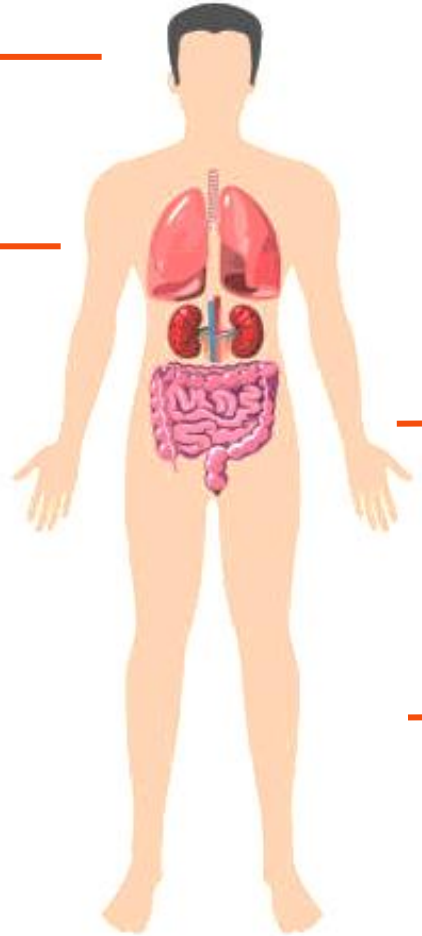
<u>Disfagia</u> a sólidos
Evolución: 4 meses.
- No a líquidos
- Sensación de STOP supraesternal

<u>Pérdida de peso</u>
Evolución: 3-4 meses.
- 10kg (16,9% pérdida ponderal)
  - Sin sudoración nocturna ni fiebre.

Exploración Física

- CyC: no bocio, no adenopatías, no IY.
  Pérdida de múltiples piezas dentarias

- AC: rítmico, sin soplos
- AP: **MVC, sin ruidos sobreañadidos**



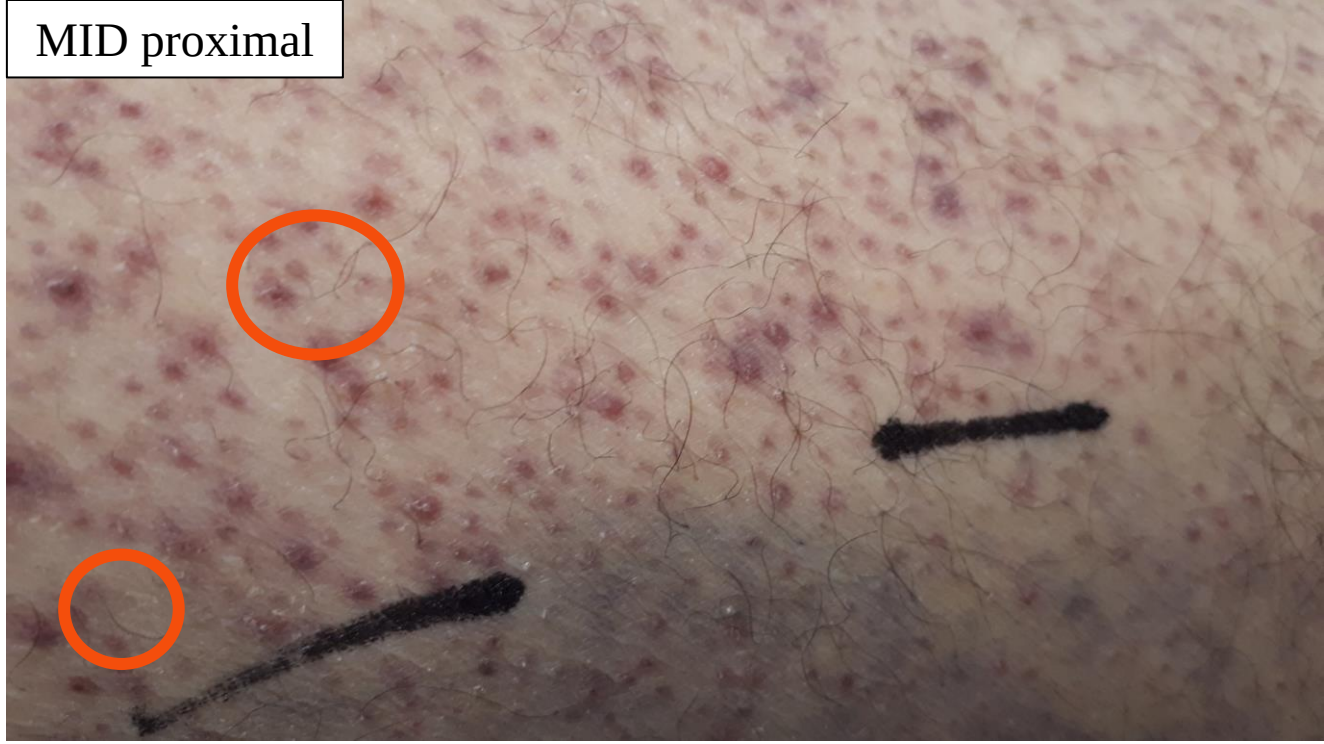
- Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, no doloroso

Constantes:
TA 110/83mmHg FC 126
SpO2 100% (GN 2L) FR 46rpm

- EEII: edemas distales sin clara fóvea + lesiones cutáneas…

MID distal

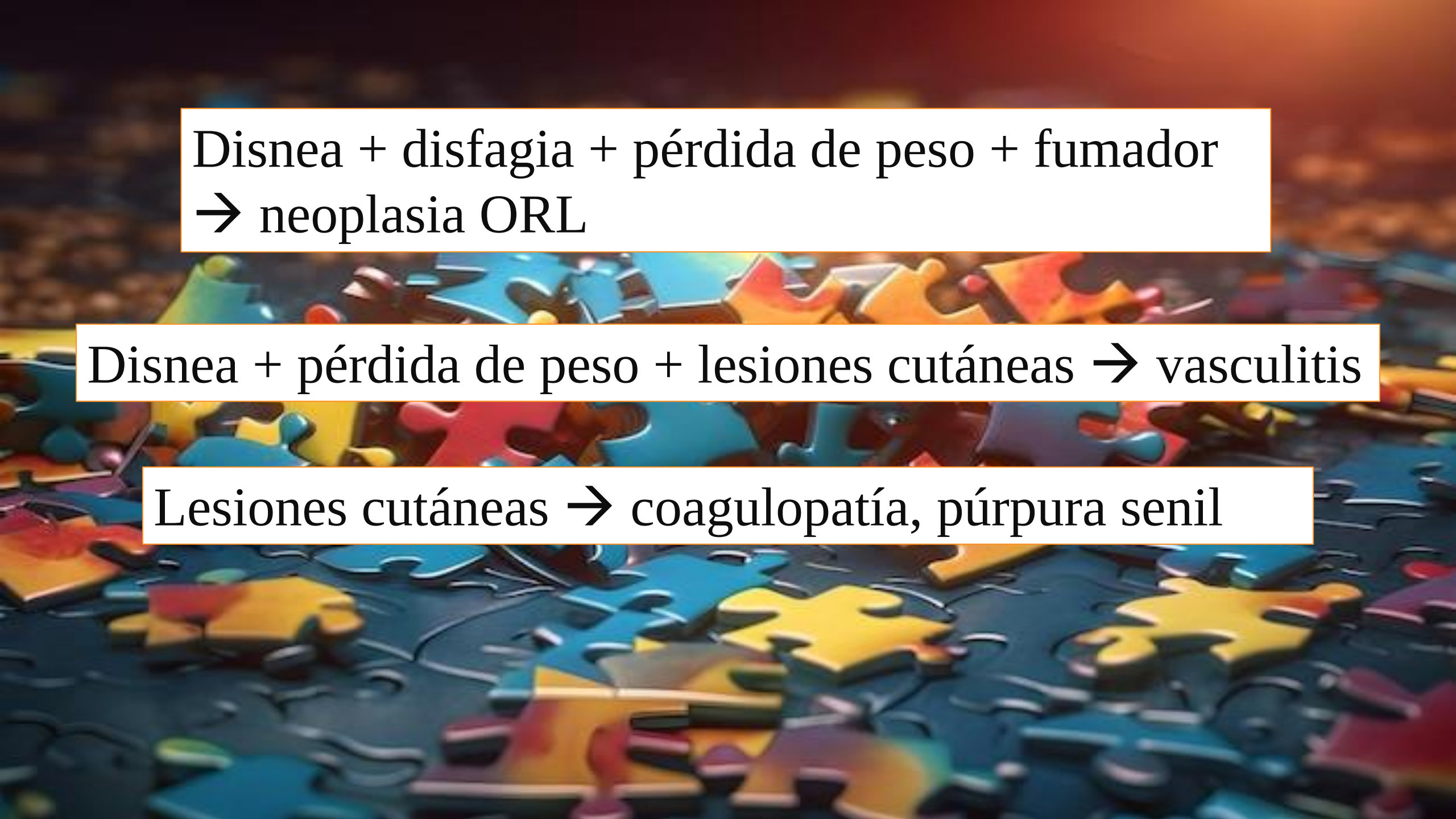
MID proximal



Extremidad superior

Evolución: 4 meses.

- Asintomáticas
- Hematomas espontáneos.



Disnea + disfagia + pérdida de peso + fumador → neoplasia ORL

Disnea + pérdida de peso + lesiones cutáneas → vasculitis

Lesiones cutáneas → coagulopatía, púrpura senil

Pruebas Complementarias

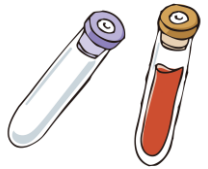
ECG y Rx tórax: sin hallazgos

Expl. ORL: sin hallazgos

Engrosamiento en 1/3 distal del esófago, fractura-aplastamiento de L1.

1.Estenosis fibrótica del 1/3 medio esofágico que impide el paso del gastroscopio
2.Dilatación con balón → hernia de hiato, gastritis hemorrágica, duodenitis erosiva.

Alterado:



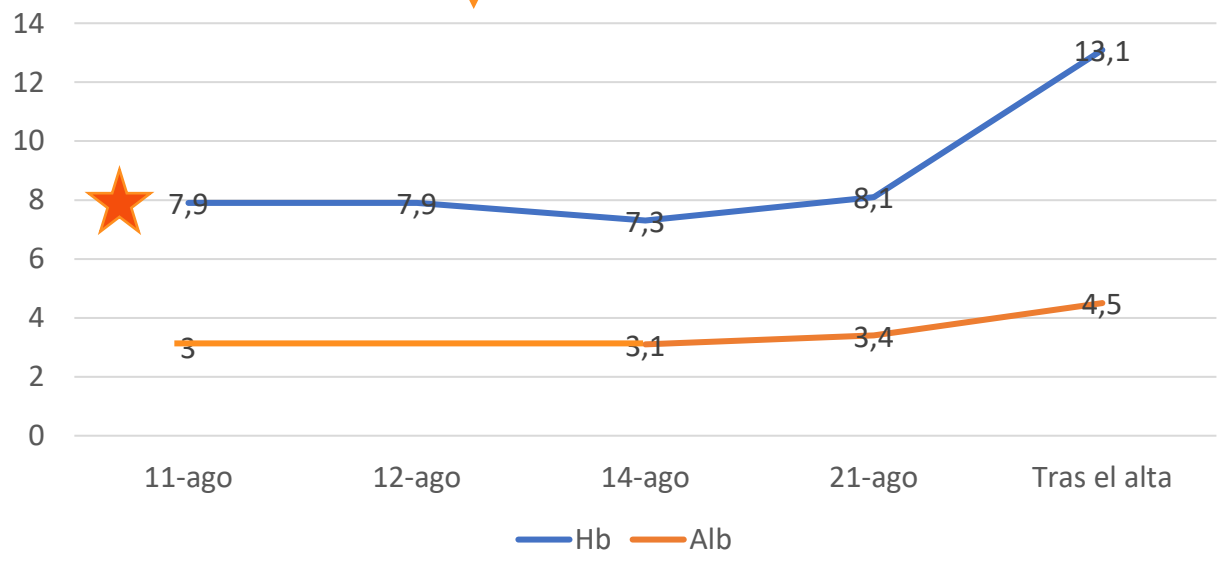
- Cr 1,26 TFG 63 **(↓)**
- Prot 5,1 alb 3
- VitD (25 OH) 10, **VitC <0,1**; folato 1,9.
- Hb 7,9 (VCM 102,9):
  - Frotis: sutil anisocitosis con predominio de formas macrocíticas
- TTPA 24 TP 64% INR 1,3 Fibrinógeno >750 DímeroD 6.690

→ Angio-TAC: negativo para TEP.

En rango: perfil hepato-pancreático-biliar, iones, no proteinuria, RFA, TSH, vitB12, perfil férrico, proteinograma/Ig/Complemento, ANCA (negativos), hemograma (plaquetas y leucocitos), serologías (VHB, VHC, VIH)

Tratamiento

Vitamina C (1g/24h) y Vitamina K (1amp/8h)
Acfol 5mg (1/24h) e Hidroferol.
Suplementos nutricionales



Mejoría lesiones cutáneas
Mejoría de la disnea
Mejoría función renal y coagulopatía

★ Sin exteriorización. No Tx.

Impresión diagnóstica

Estenosis péptica

- Disfagia a s

Baja

- Pérdida ponderal
- FRA AKI-I
- Hipoalbuminemia → edemas
- Anemia multifactorial

Déf polivitamínico

- VitC (**ESCORBUTO***):
  .Lesiones cutáneas
  .Pérdida piezas dentales

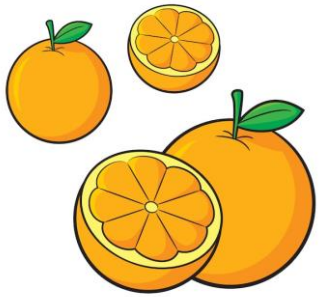
¿DISNEA?

*Biopsia piel: hiperqueratosis infundibular con folículo distorsionado, hemorragia y fibrosis perifolicular

Déf. Ácido Ascórbico (VitC)

Funciones:

- Síntesis del colágeno
  - Fragilidad capilar y dificultad para cicatrización → lesiones cutáneas
  - Pérdida de piezas dentales (osteopenia)
- Síntesis de noradrenalina → Inestabilidad vasomotora → shock, hipoTA, síncope
- Síntesis de carnitina → Astenia, malestar general, mialgias



Otras: biosíntesis de carnitina, metabolismo tirosina, antioxidante, favorece absorción de hierro, metabolismo prostaglandinas

Conclusiones

- Hoy en día también se pueden ver casos de desnutrición y, de forma secundaria, déficit de múltiples nutrientes.

- La clínica del escorbuto no se limita únicamente a las lesiones derivadas de la fragilidad capilar; entre sus manifestaciones sistémicas están las mialgias, la disnea y otros síntomas relacionados con la inestabilidad vasomotora.

Conclusiones

Bibliografía

- Olmedo JM, et al. Scurvy: a disease almost forgotten. International Journal of Dermatology 2006, **45**, 909–913
- Deirawan H, et al. Revisiting the pathobiology of scurvy: a review of the literature in the context of a challenging case. International Journal of Dermatology 2020, 59, 1450–1457
- Montalto M, et al. Scurvy: A Disease not to be Forgotten. Nutrition in Clinical Practice. Volume 36 Number 5. October 2021 1063–1067
- Pinchan C, et al. Inadequate Support. N Engl J Med 2021; 385:938-944. DOI: 10.1056/NEJMcps2108909
- Tamura N, et al. Adult Scurvy Presenting with Painful Purpura on the Legs. Intern Med 61: 1913-1916, 2022 DOI: 10.2169/internalmedicine.8409-21

¡MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN!