

## TOS PROLONGADA COMO MANIFESTACION INICIAL DE LA ARTERITIS DE LA TEMPORAL

MARIA E. GALVAN, MIGUEL J. MAXIT

*Servicio de Clínica Médica, Hospital Privado de la Comunidad, Mar del Plata.*

**Resumen** La tos prolongada puede ser un desafío diagnóstico y terapéutico. Presentamos el caso de un enfermo de 62 años con tos seca y quebrantamiento del estado general durante cuatro semanas, seguido de un síndrome febril prolongado cuyo diagnóstico final fue arteritis de la temporal, con confirmación por anatomía patológica. El dolor en los pabellones auriculares al adoptar el decúbito lateral fue otro síntoma interesante. La tos prolongada puede ser una manifestación inicial de la arteritis temporal en adultos mayores.

**Palabras clave:** tos, arteritis temporal, síndrome febril prolongado, dolor pabellones auriculares

**Abstract** *Prolonged cough as initial symptom of temporal arteritis.* Prolonged cough could be a diagnostic and therapeutic dilemma. We present here the case of an elder man who suffered from a dry cough and malaise during four weeks, followed by a fever of unknown origin. After many studies and review of symptoms, a biopsy of the temporal artery confirmed a giant cell arteritis. Cough and malaise could be an early symptom of temporal arteritis in elderly patients. Pain in the outer ear on the lateral decubitus could be another interesting symptom in this disease.

**Key words:** cough, temporal arteritis, fever of unknown origin, outer ear pain

La arteritis de la temporal es una enfermedad relativamente frecuente en sujetos mayores de sesenta años. Cuando no se manifiesta con los signos o síntomas clásicos (inflamación de las arterias temporales, trastornos oculomotores, claudicación de la mandíbula), su diagnóstico puede ser difícil. Es lo que ocurre con las enfermedades sistémicas –como lo es la arteritis de la temporal– cuando no afectan los sitios más característicos. Un 40% de estos enfermos se presentan con cuadros atípicos, incluyendo fiebre de origen desconocido y síntomas del tracto respiratorio, especialmente tos seca<sup>1</sup>. Se presenta aquí un ejemplo.

### Caso clínico

Un varón de 62 años de edad, mecánico de automotores, consultó en el Hospital Privado de Comunidad en septiembre del 2006 por tos y fiebre.

En julio de ese año había comenzado con tos seca, sin preferencia horaria, que se acompañó de quebrantamiento general, y mal definidas molestias laringeas. El enfermo no tomaba enalapril, no acusaba síntomas de reflujo gastro-

esofágico, ni rinorrea, y atribuyó el cuadro a una infección estacional. Al mes comienza con fiebre, precedida de escalofríos, dos o tres picos diarios de hasta 38-39° de temperatura axilar, acompañado de sudoración, hiporexia y pérdida de 10 kilos de peso. No mejoró después de haber recibido amoxicilina –sulbactam durante siete días previos a la hospitalización. Una radiografía de tórax y las pruebas de función pulmonar fueron normales. El paciente tenía antecedentes de linfoma difuso de células grandes que comprometió ganglios linfáticos de la axila derecha en el año 1992 y remitió con quimioterapia, y de una prostatitis crónica.

Al ingreso, el paciente se encontraba en regular estado general, afebril, con tendencia a la hipotensión arterial, se auscultaba un soplo sistólico de intensidad 2/6 en foco mitral, no descrito previamente, sin lesiones embólicas periféricas. No se hallaron adenomegalias ni hepato-esplenomegalia. Se palpaban, indoloras, las arterias temporales. Presentaba al tacto rectal una próstata dolorosa, sin secreción purulenta por la uretra. La ecografía mostró una próstata aumentada de tamaño sin colección; y los urocultivos pre y post-masaje prostático fueron negativos.

Por la sospecha de endocarditis bacteriana se realizaron cinco hemocultivos, que no desarrollaron gérmenes; y se realizó un ecocardiograma transtorácico y otro transesofágico que revelaron una insuficiencia mitral leve, sin mostrar vegetaciones.

Una nueva radiografía de tórax, y la radiografía de senos paranasales y tomografía toraco-abdominal fueron normales.

Los exámenes complementarios iniciales presentaban proteína C reactiva de 4.8 mg/dl (valor normal: 0-0.5 mg/dl), y eritrosedimentación de 101 mm/1<sup>ra</sup> hora. Un hemograma y las pruebas de función hepática y renal fueron normales. El factor reumatoideo, anticuerpos antinúcleo y anticitoplasma de neutrófilos fueron negativos.

Recibido: 2-I-2007

Aceptado: 23-VII-2007

**Dirección postal:** Dr. Miguel Maxit, Santiago del Estero 3554, 7600 Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina  
Fax: (54-0223) 4990155 e-mail: eugegalvan@yahoo.com.ar

Por el examen físico, tomografías y examen de medula ósea, se descartó una recidiva de linfoma.

El paciente evolucionó con regular estado general, persistencia de la tos seca y de los picos febriles diarios, con respuesta parcial a antitérmicos.

Después de un nuevo interrogatorio, refirió una cefalea de reciente aparición, en hemicráneo izquierdo, pulsátil, con sensibilidad aumentada del cuero cabelludo al pasaje del peine y también dolor en las orejas con el decúbito lateral.

Se repitió un hemograma que mostró una anemia (10.3 g%) con volumen corpuscular medio normal y eritrosedimentación de 150 mm (1ª hora).

Ante la presencia de un paciente con fiebre de origen desconocido, cefalea de reciente comienzo, tos seca y eritrosedimentación mayor de 100 mm se decidió realizar biopsia de arterias temporales, cuyo estudio histopatológico informó: fragmento de arteria con inflamación crónica transmural, presencia aislada de células gigantes multinucleadas y ruptura de la lámina elástica interna, los que son hallazgos propios de la arteritis de células gigantes.

Se inició tratamiento con meprednisona 1 mg/kg/día. A las 24 horas había remitido la fiebre, y a las 48 horas desapareció la sudoración, la cefalea, la tos y el dolor de orejas.

## Discusión

La arteritis de la temporal, la más común de las vasculitis sistémicas en adultos, es una panarteritis que preferentemente involucra las ramas extracraneales de la arteria carótida<sup>2</sup>.

Este paciente sufrió una tos seca con quebrantamiento general, hasta que apareció el cuadro febril, que motivó su internación.

En una revisión de 1984 de Larson y col.<sup>3</sup>, el 9% de los pacientes con arteritis de la temporal tenían síntomas respiratorios, y en estos casos la tos era el síntoma inicial en un 4%. En sus enfermos la tos era generalmente productiva.

Diferentes estudios revelaron que la arteritis granulomatosa propia de la arteritis de la temporal, puede comprometer todo el tracto respiratorio desde la faringe (odinofagia), la laringe (edema)<sup>4</sup>, los bronquios, paredes alveolares e intersticio<sup>5</sup>, formar nódulos que pueden cavitarse<sup>6</sup>, producir una pleuritis con derrame rico en células mesoteliales<sup>7</sup>, y comprometer las arterias pulmonares<sup>8</sup>.

La causa de la tos es incierta, se atribuye a isquemia bronquial con aumento de la irritabilidad de la vía aérea, pero también se la observó en pacientes con el síndrome isquémico de Vernet (neuropatía isquémica de los pares craneanos IX, X, XI, XII, por compromiso de la arteria faríngea ascendente)<sup>9</sup>. La arteritis de la temporal podría incluso comprometer los centros bulbares.

El síndrome febril prolongado que presentara el enfermo, no es raro en esta enfermedad. Se calcula que la arteritis de la temporal es responsable del 15% de los

casos de este síndrome en pacientes mayores de 65 años<sup>10</sup>. En estos, las arterias temporales pueden no presentar rasgos demasiados llamativos (en casos de fiebre de origen prolongado el órgano enfermo suele estar "escondido o mudo": no hay dolor dental en casos de fiebre prolongada de origen dentario, ni dolor tiroideo cuando la causa de fiebre prolongada es por tiroiditis autoinmune). Un interrogatorio más sutil hubiera valorado antes el dolor al peinarse, propio del dolor del cuero cabelludo de esta enfermedad. El dolor de las orejas cuando adoptaba el decúbito —sin signos inflamatorios—, es para nosotros algo nuevo (quizá lo único realmente novedoso en este caso): se parece al signo de la almohada que describiera A. Chavany; pero en sus pacientes, el dolor afectaba las zonas temporales.

La lección que nos dejó este enfermo consiste en que ante un adulto mayor con tos prolongada, sin una causa aparente, deberíamos extremar la búsqueda de síntomas y signos de una arteritis craneal<sup>11</sup>.

Un cuadro clínico similar al que presentamos, fue el que relataron Olopade y col.<sup>11</sup>. Reiterar la presentación de estos casos, puede ayudar a modificar el modelo que tenemos de una enfermedad, y al diagnóstico precoz de una dolencia tratable.

## Bibliografía

- Hellmann, D. Temporal arteritis. A cough, toothache and tongue infarction. *JAMA* 2002; 287, 22: 2996-3000.
- González-Gay M, Barros S, López-Díaz M, García-Porrúa C, Sánchez-Andrade A, Llorca A. Giant cell arteritis. Disease pattern of clinical presentations in a series of 240 patients. *Medicine* 2005; 84: 269-74.
- Larson TS, Hall S, Hepper N, Hender G. Respiratory tract symptoms as a clue to giant cell arteritis. *Ann Intern Med* 1984; 101: 594-97.
- Martin, TH. Pharyngeal edema associated with arteritis: a report of two cases. *Can Med Assoc J* 1969; 101: 229-31.
- Karem GH, Fulmer ID. Giant cell arteritis presenting as interstitial lung disease. *Chest* 1982, 82: 781-84.
- Bradley JP, Pinals RS, Blumfeld AD, Poston WH. Giant cell arteritis with pulmonary nodules. *Am J Med* 1984; 77: 135-40.
- García-Alparica F, Solans R, Simeon C, et al. Pleural effusion as a form of presentation of temporal arteritis. *Br J Rheumatology* 1998; 37: 802-3.
- Chassagne P, Gligarov J, Dominique S. Pulmonary arteritis obstruction and giant cell arteritis. *Ann Int Med* 1995; 122: 732.
- Cherin P, De Gennes C, Bletry, et al. Ischemic Vernet Syndrome in giant cell arteritis. *Ann J Med* 1992; 93: 349-52.
- Arnow PA, Flaherty JP. Fever of unknown origin. *Lancet* 1997; 350: 575-80.
- Olopade C, Sekosan M, Schraufnigel D. Giant cell arteritis manifesting as chronic cough and fever of unknown origin. *Mayo Clin Proc* 1997; 72: 1048: 50.