

Neumonía organizante criptogénica asociada a síndrome de Felty

Cryptogenic organizing pneumonia associated with Felty's syndrome

Andrés José Gómez Aldana¹, Juan Martín Gutiérrez Dávila¹, María Claudia Díaz Jiménez¹, Daniel G. Fernández-Ávila¹

RESUMEN

Palabras clave:

Artritis reumatoide, síndrome de Felty, nódulos pulmonares, bronquiolitis obliterante, neumonía organizante.

El síndrome de Felty es la tríada de artritis, esplenomegalia y neutropenia. Adicionalmente, se pueden encontrar en este síndrome múltiples factores propios de la artritis reumatoide, entre ellos la presencia de nódulos pulmonares. Presentamos el caso de un paciente con hallazgos clínicos y paraclínicos que evidencian la presencia del síndrome de Felty, presentando, además, nódulos pulmonares en los estudios radiológicos e histológicos que documentaron granulomas crónicos, bronquiolitis obliterante y neumonía organizante.

Recibido:
15 de enero de 2012.

Aceptado:
14 de mayo de 2012.

SUMMARY

Key words:

rheumatoid arthritis, Felty's syndrome, pulmonary nodules, obliterans bronchiolitis.

Felty's syndrome is the triad of arthritis, splenomegaly and leukopenia. Additionally you can find many findings in this syndrome occurring in rheumatoid arthritis including pulmonary nodules. We report a patient with clinical and laboratory findings which show the presence of Felty syndrome, pulmonary nodules documents in addition to radiological and histological studies that documented chronic granulomas, bronchiolitis obliterans organizing pneumonia

Introducción

El pulmón está expuesto no solo a las sustancias tóxicas ambientales, sino que también es el blanco de múltiples patologías infecciosas, neoplásicas y autoinmunes. En el siguiente caso se puede observar el compromiso que genera, en dicho órgano. Una enfermedad autoinmune como la artritis reumatoide.

Dentro de los principales hallazgos que se observan en los pacientes, con esta patología, se encuentran los nódulos reumatoides, pleuritis con o sin efusión, neumoconiosis reumatoide o síndrome de Caplan, vasculitis pulmonares, así como neumonitis intersticial difusa y fibrosis, ocasionando un espectro clínico que puede ir desde el deterioro marcado del patrón respiratorio hasta la ausencia total de síntomas. En este caso se presenta el compromiso pulmonar documentado en una paciente con diagnóstico de síndrome de Felty.

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés al momento de la redacción del manuscrito.

1. Sección de reumatología. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Correspondencia:

Andrés José Gómez Aldana: andresgomezmd@hotmail.com

Presentación de caso

Mujer de 56 años sin antecedentes médicos de importancia, quien ingresa por cuadro clínico de un mes de evolución de dolor articular en la rodilla derecha de características inflamatorias. Posteriormente, el dolor se localiza en la rodilla izquierda en forma aditiva, acompañado de mialgias generalizadas y fiebre de 38.5°C, siendo remitida a nuestra institución para estudio.

Dentro de la revisión por sistemas la paciente refiere la presencia de tos seca persistente, desde hace un mes, que no se modifica con los cambios de temperatura, sin disnea y sin dolor torácico.

En el examen físico se encontraron FC de 95x', FR de 20x', TA 100/60 mm Hg T: 37.5°. Se evidenció dolor a la palpación y sinovitis en rodilla izquierda, así como en las articulaciones interfalángicas proximales de primer dedo de ambas manos. Ante estos hallazgos se solicitaron paraclínicos observando en el hemograma leucopenia (leucocitos 2800 cel/ul) con neutropenia (neutrófilos 171 cel/ul), hemoglobina 13.4 g/dl y conteo de plaquetas en 377000 cel/ul PCR 7.5 mg/dl (normal 0 – 1 mg/dl), VSG 34 mm/h. Se tomaron radiografías de rodillas en las que se evidenció aumento en el volumen de tejidos blandos sin otros hallazgos relevantes, la radiografía de tórax no reveló ningún hallazgo.

Durante su estancia en nuestra institución se realizaron estudios para descartar causas infecciosas del proceso articular así como enfermedad linfoproliferativa, por presencia de neutropenia, se solicitó TAC abdominal que documentó esplenomegalia. Ante este hallazgo, junto con los datos obtenidos en el hemograma, se amplió el estudio con tomografía de tórax con contraste, en búsqueda de otras manifestaciones, encontrándose un nódulo pulmonar con densidad de tejidos blandos y contornos espiculados, así como halo en vidrio esmerilado en región posterobasal del lóbulo inferior izquierdo, con una longitud de 12 mm de diámetro. Además, se encontraron múltiples nódulos de menor tamaño localizados en el segmento apical y posterior del lóbulo superior derecho y en el segmento lateral del lóbulo medio. Finalmente, se describió un nódulo de 8 mm en el segmento superior del lóbulo inferior derecho con cavitación en su interior (Figuras 1 y 2).

Simultáneamente, ante la persistencia del dolor articular en manos y rodillas con elevación de reac-

tantes de fase aguda, se solicitó factor reumatoide, el cual fue positivo 120 UI/ml (valor normal 0 – 12 UI) y anticuerpos anticitrulinicos positivos en 329 UI (valor normal menor de 20 UI). Los ANAS, ENAS y el anti DNA fueron no reactivos.

Se complementaron los estudios para descartar causas malignas que explicaran la neutropenia, por lo cual se solicitó biopsia de médula ósea con aspirado y citometría de flujo que fueron negativas para patología neoplásica hematológica. Simultáneamente, por la presencia de nódulos pulmonares y la sintomatología respiratoria previamente descrita por la paciente, durante su valoración inicial, se empezó la búsqueda de agentes etiológicos que explicaran tales hallazgos, para lo cual se realizó biopsia de un nódulo, con posterior cultivo para hongos, estudio para histoplasma, junto con bandas H y M, así como cultivo de micobacterias, siendo todos estos paraclínicos negativos, descartándose así causa infecciosa. Igualmente, se realizó tamizaje para citomegalovirus como causa que los hallazgos pulmonares y la sintomatología con IgM que fue positiva 0.5 U, con posterior realización de PCM para dicho virus que fue negativo.

Ante la presencia de los nódulos pulmonares descritos en la tomografía, la paciente es valorada por el servicio de neumología, que sugiere que debe ampliarse el estudio de los nódulos considerando tuberculosis e infección micótica como agentes etiológicos, solicitándose IgM para micobacterias, la cual fue negativa.

Del mismo modo, dada la sospecha de infección micótica que pudiera explicar la presencia de los nódulos, así como el dolor articular persistente, se decidió realizar biopsia a cielo abierto de las lesiones, realizando estudios histológicos sin encontrar micobacterias u hongos, observando bronquiolititis obliterante con neumonía organizativa en los cortes (Figuras 3 y 4).

Finalmente, ante la presencia del dolor articular constante con cambios inflamatorios, en el examen físico, de elevación de reactantes de fase aguda, factor reumatoide y anti CCP positivos en título alto, así como de esplenomegalia y neutropenia persistente con nódulos pulmonares, se consideró como diagnóstico el síndrome de Felty. Se decidió iniciar tratamiento con hidroxiquina y metotrexate. La paciente ha asistido a controles en reumatología y neumología con adecuada evolución y marcada disminución del dolor

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3385517>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3385517>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)