

ORIGINAL BREVE

Infrecuente presentación de artritis idiopática juvenil y hepatitis autoinmune



M. Moreno Prieto*, M.J. Carbonero Celis y M.C. Cuadrado Caballero

Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Pediatría, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 25 de marzo de 2014; aceptado el 14 de mayo de 2014
Disponible en Internet el 24 de julio de 2014

PALABRAS CLAVE

Artritis juvenil;
Hepatitis autoinmune;
Articulación atlantoaxoidea;
Transaminasas;
Hipergammaglobulinemia

KEYWORDS

Juvenile arthritis;
Autoimmune hepatitis;
Atlanto-axial joint;
Transaminases;
Hypergammaglobulinemia

Resumen La coexistencia de hepatitis autoinmune y artritis idiopática juvenil es poco frecuente. Presentamos el caso de una niña de 18 meses, cuyo primer dato de enfermedad fue una tortícolis como manifestación de una subluxación atlantoaxoidea. Tres meses después reconsultó por artritis bilateral de rodilla y se le diagnosticó de artritis idiopática juvenil. Debido a una elevación mantenida de enzimas hepáticas, una hipergammaglobulinemia y anticuerpos antinucleares a títulos altos, se sospechó de una hepatitis autoinmune concomitante.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Unusual presentation of juvenile idiopathic arthritis and autoimmune hepatitis

Abstract The coexistence of autoimmune hepatitis and juvenile idiopathic arthritis is very rare. This is the case of an 18 month old female patient whose first sign of disease was torticollis due to an underlying atlanto-axial subluxation. Three months later, bilateral knee arthritis developed and she was diagnosed with Juvenile Idiopathic Arthritis. Throughout the disease a persistent elevation of liver enzymes was noted, combined with positive antinuclear antibodies and hypergammaglobulinemia, reaching the diagnosis of concomitant autoimmune hepatitis.

© 2014 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La artritis idiopática juvenil (AIJ) engloba un grupo de artritis que, tras la exclusión de otras causas, persiste por más de 6 semanas y aparece antes de los 16 años¹. Es el tipo de enfermedad reumática más frecuente en la infancia. Tiene mayor prevalencia en personas de raza caucásica y menor

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: marmorpri@gmail.com (M. Moreno Prieto).

en asiáticos². La evolución de la enfermedad en los 6 primeros meses da la pauta para poder clasificarla en una de las 7 formas de presentación descritas por la International League of Associations for Rheumatology (ILAR)³.

La etiopatogenia de la AIJ indica una base autoinmune en un sujeto genéticamente susceptible. Requiere la participación de múltiples genes relacionados con la inflamación, activados por desencadenantes aún desconocidos. Las formas de presentación con inicio precoz se han relacionado con la positividad para anticuerpos antinucleares (ANA) asociada a una disfunción del sistema inmunológico².

Caso clínico

Presentamos el caso de una niña caucásica de 18 meses, hospitalizada por inflamación y flexo bilateral de rodilla de 4 semanas de evolución. Destaca el antecedente de un ingreso a los 15 meses por torticólis izquierda e hipertransaminasemia AST 81 U/l, ALT 129 U/l (20-40). En los antecedentes familiares, encontramos leucemia mieloide crónica por parte de su madre a los 23 años de edad, tratada con mesilato de imatinib que suspendió durante el embarazo. Resto de la familia, sin antecedentes de psoriasis, artritis reumatoide, enfermedades autoinmunes ni patología reumatológica.

A la exploración física presentó un peso de 8,9 kg (P5) y una longitud de 76 cm (P5), con limitación para la rotación cervical hacia la izquierda, claudicación de miembros inferiores con limitación importante de la deambulación, flexo de rodilla con aumento de volumen bilateral, sin aumento de temperatura local, extensión limitada en ambas rodillas, plano valgo bilateral de tobillo, dactilitis del cuarto dedo del pie izquierdo, reflejo osteotendinoso patelar exaltado bilateral y reflejo cutáneo-plantar extensor bilateral.

En las pruebas complementarias se objetivaron linfocitosis y trombocitosis en el hemograma, y en la bioquímica general elevación de las transaminasas hepáticas AST 303 U/l (20-40), ALT 552 U/l (20-40). La velocidad de sedimentación globular fue de 38 mm/h y la proteína C reactiva fue de 6,81 mg/l (< 5,00). Presentó también un aumento de IgG 1943 mg/dl (330-1160), con títulos altos de ANA 1/320 con un patrón nuclear homogéneo (negativo < 1/80). Los anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (CCP) y el factor reumatoide (FR) se encontraron dentro de valores normales y el HLA-B27 fue negativo. La serología fue negativa

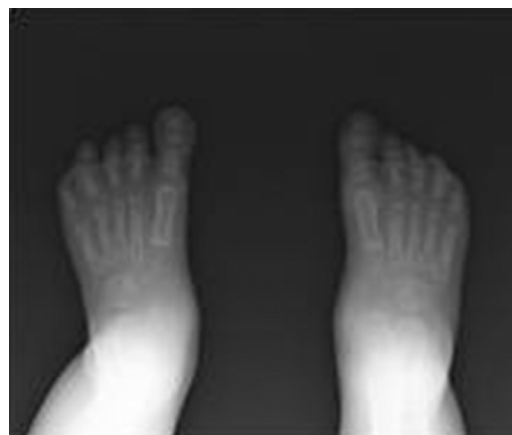


Figura 1 Radiografía dorsoplantar comparativa.

para hepatitis viral (A, B, C), Epstein-Barr, toxoplasma, parvovirus, *Brucella*, *Coxiella burnetii* y *Borrelia burgdorferi*, descartándose artritis infecciosa, reactiva, sinovitis transitoria o un proceso infiltrativo/neoplásico.

La radiografía de rodillas mostró desflecamiento de ambos cóndilos femorales mediales y en la radiografía de comparada de tobillos se encontró un punto de osificación en el izquierdo (fig. 1) que no estaba en el pie derecho, pudiendo corresponder a un proceso inflamatorio antiguo. En la ecografía de rodillas, se observó de forma bilateral imagen indicativa de colección líquida con densidad interna heterogénea, mal definida, a nivel de la bursa suprarrotuliana. Hallazgo sugestivo de bursitis. Midió de forma aproximada unos 13 × 5 mm en el lado derecho y 23 × 5 mm en el izquierdo (fig. 2).

Se le realizó una artrocentesis, obteniendo escaso líquido articular con aspecto macroscópico amarillo translúcido con baja viscosidad, insuficiente para el análisis bioquímico, pero la tinción de Gram y el cultivo habitual resultaron negativos.

En el examen oftalmológico con lámpara de hendidura, no se apreciaron signos de inflamación intraocular o sinequias, y el fondo de ojo se encontró normal.

En la radiografía lateral de columna cervical se midió el espacio preodontoideo, siendo de 3.998 mm, que aunado a la clínica fue indicativo de afectación de la columna cervical con una subluxación atlantoaxoidea (fig. 3).



Figura 2 Ecografía de rodillas. Se observa de forma bilateral imagen indicativa de colección líquida con densidad interna heterogénea, mal definida, a nivel de la bursa suprarrotuliana. Hallazgo indicativo de bursitis. Mide de forma aproximada unos 13 × 5 mm en el lado derecho y 23 × 5 mm en el izquierdo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4141462>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4141462>

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