



Reumatología Clínica

www.reumatologiainclinica.org



Caso clínico

Artritis reumatoide y nódulos pulmonares: un diagnóstico final inesperado

Pablo Antonio Zurita Prada^{a,*}, Claudia Lía Urrego Laurín^a, Sow Assyaaton Bobo^b, Regina Faré García^a,
Graciliano Estrada Trigueros^c, José Manuel Gallardo Romero^c y Maria Henar Borrego Pintado^d

^a Área de Reumatología, Complejo Hospitalario de Segovia, Segovia, España

^b Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Segovia, Segovia, España

^c Área de Neumología, Complejo Hospitalario de Segovia, Segovia, España

^d Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de enero de 2016

Aceptado el 14 de marzo de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Artritis reumatoide

Histiocitosis de células de Langerhans

Nódulos pulmonares

R E S U M E N

Se presenta el caso de una mujer de 50 años, fumadora, con artritis reumatoide seropositiva (FR y CCP) de 11 años de evolución en tratamiento con triple terapia, y aparición de nódulos pulmonares con diagnóstico final de histiocitosis de células de Langerhans por biopsia pulmonar. No hemos encontrado casos descritos de la coexistencia de ambas enfermedades. La abstinencia tabáquica llevó a la resolución radiológica sin necesidad de modificar la terapia inmunosupresora.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Rheumatoid arthritis and pulmonary nodules: An unexpected final diagnosis

A B S T R A C T

We report the case of a 50-year-old female smoker with an 11-year history of seropositive rheumatoid arthritis (rheumatoid factor and anti-cyclic citrullinated peptide antibodies) receiving triple therapy. She developed pulmonary nodules diagnosed as Langerhans cell histiocytosis by lung biopsy. We found no reported cases of the coexistence of these two diseases. Smoking abstinence led to radiologic resolution without modifying the immunosuppressive therapy.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Caso clínico

Mujer de 50 años, fumadora de 20 cigarrillos/día, con artritis reumatoide (AR) desde 1999, seropositiva (FR y CCP) y erosiva en tratamiento con metotrexato (MTX) desde el año 2000, y en combinación con salazopirina e hidroxycloquina desde febrero 2009, con criterios de remisión completa desde entonces. En marzo del 2010, en relación con episodio catarral autolimitado, su médico de atención primaria había solicitado una radiografía de tórax donde

se apreciaban dudosas imágenes nodulares de predominio en lóbulos superiores. La paciente se encontraba asintomática y la exploración física era normal. Destacaba un estudio inmunológico con FR y CCP positivos con ANA y ANCA negativos; Mantoux positivo, y un TAC torácico donde se observaban múltiples nódulos pulmonares bilaterales de unos 0,5 cm, algunos con cavitación central de predominio en campos superiores y medios, pero también con afectación en ambas bases (fig. 1A). La broncoscopia resultó normal, con baciloscopía, cultivo del lavado broncoalveolar y citología de BAS para células malignas negativos. Fue derivada entonces para la realización de una biopsia pulmonar. En la videotoracoscopia se apreciaba un parénquima pulmonar con lesiones subpleurales de pequeño tamaño diseminadas, y en los resultados anatomopatológicos se

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pzurita@salucastillayleon.es (P.A. Zurita Prada).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.03.011>

1699-258X/© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

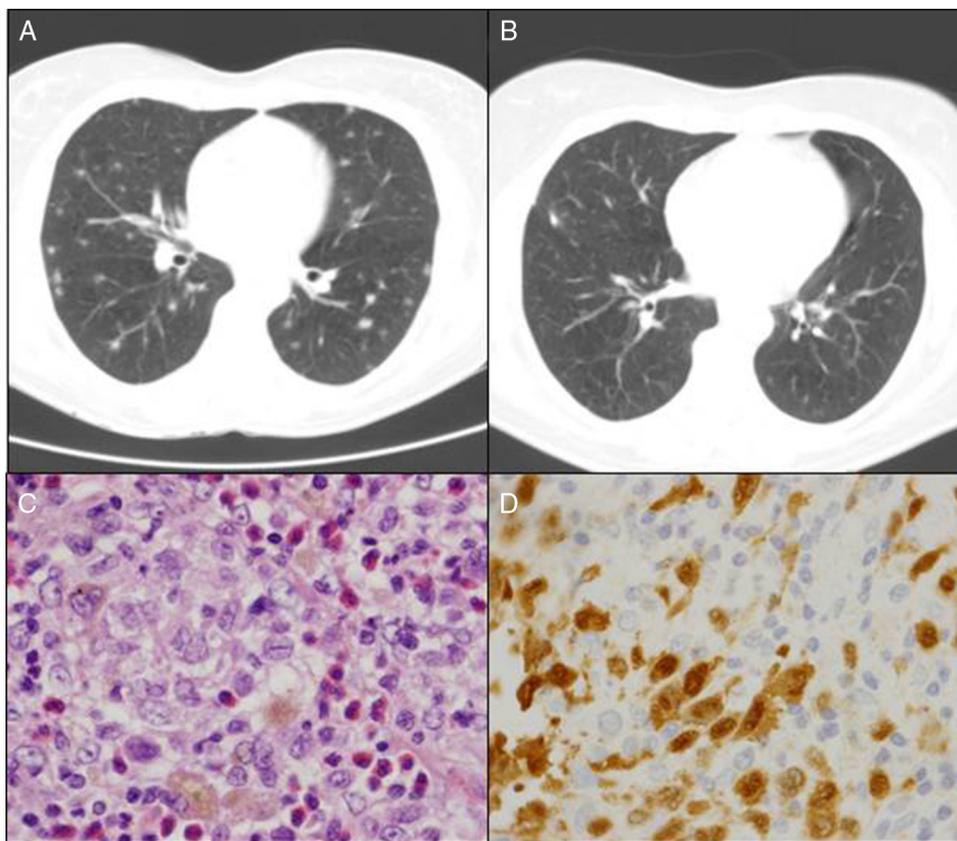


Figura 1. A) TAC pulmonar al momento del diagnóstico. B) TAC pulmonar a los 6 meses del abandono del hábito tabáquico. C) Células de Langerhans (hematoxilina-eosina). D) Técnica IHQ positiva para CD1a ($\times 100$).

apreciaba la presencia de histiocitos de citoplasma espumoso de núcleos con hendiduras, con otros multinucleados y algo elongados ocupando los espacios alveolares (fig. 1C). Las técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) fueron positivas para CD1a (fig. 1D), S100, así como la langerina en las células histiocitarias descritas, compatible todo ello con histiocitosis de células de Langerhans (HCL). Se recomendó entonces abstinencia tabáquica absoluta y se mantuvo el mismo tratamiento inmunosupresor. Asintomática en todo ese periodo desde un punto de vista articular y respiratorio, se realizó control radiológico a los 6 meses, evidenciando imágenes quísticas pulmonares residuales y desaparición de los nódulos pulmonares (fig. 1B). Sin incidencias tras 5 años de seguimiento con mantenimiento de la triple terapia inmunosupresora.

Discusión

Los histiocitos son células del sistema inmunitario que incluyen tanto a macrófagos como a las células dendríticas (no macrofágicas presentadoras de antígenos). Las histiocitosis son un grupo de enfermedades raras, siendo la HCL la entidad más representativa, caracterizada por la infiltración de células de Langerhans (CL), un tipo de célula dendrítica de localización predominante en el alvéolo pulmonar y en la piel, con sus característicos gránulos de Birbeck citoplasmáticos en forma de raqueta. El término de HCL fue acuñado con la intención de una mejor clasificación e identificación de los pacientes, ya que aglutinó a entidades anteriores (granuloma eosinófilo, histiocitosis X...) donde las lesiones se debían a una proliferación e infiltración del mismo tipo celular, siendo la identificación de la CL el criterio diagnóstico exigido desde entonces¹. La patogénesis es desconocida, habiéndose encontrado una respuesta proliferativa tanto reactiva como clonal con distinto grado de agresividad fenotípica en los órganos o sistemas infiltrados (tabla 1).

Tabla 1

Clasificación de la histiocitosis

Clasificación simplificada de las histiocitosis ^a
1- <i>Langerhans cell histiocytosis (LCH)</i>
2- <i>Hemophagocytic lymphohistiocytosis (HLH)</i>
3- <i>The rare histiocytic disorders (RHD)</i>
Juvenil xanthogranuloma
Erdheim-Chester disease
Multifocal reticulohistiocytosis
Rosai-Dorfman disease
The malignant histiocytosis
Clasificación de las histiocitosis de células de Langerhans
1- <i>Enfermedad aislada de un único órgano o sistema^b</i>
HCL pulmonar (85% de los casos de las HCL pulmonares del adulto)
Ósea (única o múltiple)
Piel/hipotálamo/hipófisis/ganglios linfáticos/hígado, bazo, tiroides
2- <i>Enfermedad multisistémica^c: afectación de dos o más órganos</i>

^a Fuente: <https://www.histiocytosesociety.org>.

^b Nomenclaturas previas: histiocitosis X, granuloma eosinófilo. Enfermedad de Hashimoto Pritzker: en el neonato, lesiones cutáneas y curso autorresolutivo.

^c Nomenclaturas previas: Enfermedad de Letterer-Siwe: agresiva infantil con fiebre, linfadenopatía, hepatoesplenomegalia, afectación ósea y pulmonar. Enfermedad de Hand-Schuller-Christian: tríada de exoftalmos, diabetes insípida y lesiones óseas, típica infantil, rara en adultos.

La histiocitosis de células de Langerhans pulmonar (HCLP) es la forma más representativa del adulto y suele reconocerse como una entidad independiente.

La HCLP se produce en adultos jóvenes fumadores, y la abstinencia tabáquica puede conducir a la remisión parcial o total de las lesiones pulmonares. Se caracteriza en las fases iniciales por cambios inflamatorios bronquioloalveolares y en las fases más avanzadas, por destrucción quística pulmonar. Las manifestaciones clínicas son muy variadas: disnea, tos, astenia, fiebre, pérdida

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5669712>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5669712>

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