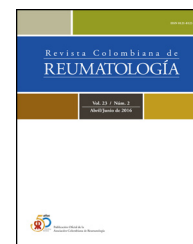




Revista Colombiana de
REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Informe de caso

Síndrome de Rhupus. Una superposición infrecuente

Urbano Solis Cartas^{a,b,*}, José Pedro Martínez Larrarte^c,
Dinorah Marisabel Prada Hernández^d, Jorge Alexis Gómez Morejón^d,
Jorge Luis Valdés González^b y Claudino Molinero Rodríguez^d

^a Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador

^b Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador

^c Facultad de Medicina Dr. Miguel Enríquez, Laboratorio Central de Líquido Cefalorraquídeo (LABCEL), Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba

^d Centro Nacional de Reumatología, Universidad de Ciencias Médicas, La Habana, Cuba

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de mayo de 2016

Aceptado el 8 de mayo de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Artritis reumatoide

Lupus eritematoso sistémico

Síndrome de Rhupus

R E S U M E N

El síndrome de Rhupus es una rara superposición de artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico, que se caracteriza por la presencia de una poliartritis erosiva asociada a síntomas y signos de lupus eritematoso sistémico. Entre sus complicaciones destaca la presencia de nódulos reumatoideos, afectación neurológica y renal que complican más aún la evolución del caso, disminuyendo considerablemente la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes que lo padecen. Se presenta el caso de una paciente mujer con diagnóstico de lupus eritematoso, que desarrolla en el curso de la enfermedad manifestaciones clínicas y humorales que permiten llegar al diagnóstico de un síndrome de Rhupus, lo cual consideramos sea de importancia para el conocimiento de la comunidad médica.

© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Todos los derechos reservados.

Rhupus syndrome. A rare combination

A B S T R A C T

Rhupus syndrome is a rare combination of rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus, and is characterised by the presence of erosive arthritis together with symptoms and signs of systemic lupus erythematosus. Among its complications, is the presence of rheumatoid nodules, and neurological and renal involvement that further complicates its

Keywords:

Rheumatoid arthritis

Systemic lupus erythematosus

Rhupus syndrome

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: umsmwork74@gmail.com (U. Solis Cartas).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.05.005>

0121-8123/© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

prognosis, thus significantly reducing the perception of health-related quality of life in patients who suffer from it. The case is presented of a female patient diagnosed with lupus erythematosus, who during the course of the disease, developed clinical and humoral signs that led to the diagnosis of syndrome Rhupus syndrome. This is believed to of relevance to the knowledge of the medical community.

© 2017 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades reumáticas (ER) son un grupo de alrededor de 250 afecciones que afectan fundamentalmente el sistema osteo-músculo-articular, caracterizándose clínicamente por la presencia de dolor, inflamación, rigidez, deformidad y distintos grados de discapacidad, que provocan disminución de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)^{1,2}.

A pesar de contar con criterios diagnósticos bien establecidos hasta un 25% de pacientes con ER, con síntomas sistémicos, no pueden ser claramente diagnosticados. Son pacientes que comparten características clínicas y patológicas de inflamación sistémica sin poder cumplir los criterios de una enfermedad específica³. Uno de los elementos que mayor dificultad aporta en ese sentido es la superposición de ER en una sola entidad. Se describen múltiples superposiciones, que incluso llegan a considerarse como entidad independiente, como es el caso de la enfermedad mixta del tejido^{4,5}.

Se reportan otras superposiciones, entre ellas una de las más discutidas e infrecuentes es la que combina elementos clínicos y de laboratorio de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). Los primeros reportes sobre esta enfermedad datan del año 1960 cuando se realizaron las primeras observaciones clínicas que ayudaron a identificar esta entidad. Sin embargo, no es hasta el año 1971 en que se utiliza el término Rhupus para referirse, por primera vez, a esta afección⁴⁻⁶.

Los síndromes de superposición son considerados como un raro fenómeno. El síndrome de Rhupus (RhS) ha sido estimado entre el 0,01% y 2% de los pacientes con ER. Existe una variante de sobreposición entre artritis idiopática juvenil y LES, la cual es descrita como una rara condición clínica en niños^{7,8}.

El RhS se define como una poliartritis simétrica deformante y erosiva acompañada de síntomas de LES y la presencia de anticuerpos de alta especificidad diagnóstica, como son el anti-DNA de doble cadena, anti-Smith y anticuerpos anti-peptidos citrulinados cíclicos (anti CCP)⁹. En este síndrome es característico el compromiso renal; diversos autores han encontrado hallazgos de nefritis lúpica tipo IV en pacientes con diagnóstico de RhS^{9,10}, lo que unido a las manifestaciones neurológicas provoca disminución de la percepción de CVRS¹¹⁻¹⁴.

Es por ello que atendiendo a lo infrecuente de la aparición de esta afección, su repercusión sobre el sistema osteo músculo articular y las complicaciones renales que provoca, la afectación de la percepción de la CVRS de los pacientes que la padecen y la escasez de reportes sobre la enfermedad en

Ecuador, se decide realizar este trabajo con el objetivo de dar a conocer las manifestaciones clínicas y humorales del RhS a la comunidad médica.

Presentación de casos

Paciente mujer, de 47 años de edad, con diagnóstico de LES desde hacía 6 años, con tratamiento actual con 50 mg de azatioprina diarios, 7,5 mg de prednisona diarios, 250 mg diarios de cloroquina y 100 mg diarios de ácido acetilsalicílico. En el momento del inicio de la enfermedad cumplió con 5 criterios diagnósticos de LES (*rash* malar, úlceras orales, anticuerpos antinucleares [ANA] positivos, consumo de complemento y trombocitopenia). Durante los 6 años de evolución de la enfermedad presentó periodos de exacerbación con predominio de manifestaciones articulares y síntomas constitucionales, dados por la presencia de astenia, anorexia, pérdida de peso y febrículas vespertinas, que resolvieron con aumento de la dosis de esteroides, que en ocasiones llegó hasta los 20 mg diarios.

En esta ocasión acude a consulta refiriendo que desde hace alrededor de 5 meses presenta un cuadro inflamatorio poliarticular, aditivo, que interesa fundamentalmente las pequeñas articulaciones de las manos y los pies, así como el codo izquierdo, la rodilla derecha y ambas articulaciones temporomandibulares. Se acompaña de rigidez matinal de alrededor de 90 minutos y exacerbación de los síntomas constitucionales dados por astenia, anorexia y febrícula vespertina. Refiere que estos cuadros los ha tenido en otras ocasiones, pero de menor intensidad y duración, que desaparecen al aumentar la dosis de esteroides. Además presenta cefalea frontooccipital derecha de moderada intensidad, fotosensibilidad, trastornos del sueño, irritabilidad y labilidad afectiva.

Al examen físico se encuentran como datos significativos la presencia de ligero *rash* malar, alopecia de 2 cm de diámetro en la región frontoparietal derecha, limitación de la movilidad del segmento cervical y limitación de la flexoextensión de ambas muñecas (30 grados). El codo izquierdo muestra signos inflamatorios dados por dolor espontáneo y la movilización, calor y aumento de volumen; al nivel de las manos se observa atrofia de los músculos interóseos, tumefacción de segunda y tercera articulación metacarpofalángica bilateral y de articulaciones interfalángicas proximales (IFP), deformidad en hiperflexión de articulaciones interfalángicas distales (IFD) y desviación cubital de los dedos de forma bilateral (fig. 1). En la rodilla derecha se observa la presencia de derrame articular, con aumento de la temperatura local, dolor a la digitopresión en interlínea articular a predominio de compartimento interno, con dolor a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8742745>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8742745>

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