

Anahy M. Brandy-García^{a,*}, Iván Cabezas-Rodríguez^a,
Daniel Caravia-Durán^b y Luis Caminal-Montero^b

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^b Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anahymbg@gmail.com (A.M. Brandy-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.03.001>

1699-258X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Síndrome sarcoidosis-linfoma



Sarcoidosis-lymphoma syndrome

Sr. Editor:

Hemos leído con sumo interés el trabajo «Síndrome sarcoidosis-linfoma», de Brandy-García et al., publicado recientemente en REUMATOLOGÍA CLÍNICA¹, en el que se realiza una revisión histórica de la primera descripción y de las posteriores comunicaciones en España, que han contribuido en el conocimiento de esta entidad. En su trabajo, resalta la dificultad en el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades, en especial establecen una complejidad en el diagnóstico de neosarcoidosis, ante la inespecificidad de las pruebas de imagen, así como la dificultad para obtener un estudio anatomopatológico.

Los autores han sabido sintetizar y analizar los aspectos más importantes y controvertidos con los que se enfrentan día a día los médicos responsables de estos pacientes; sin embargo, aun compartiendo las conclusiones, merece una consideración con respecto a las pruebas diagnósticas y hemos de puntualizar cuando hablan de la punción lumbar normal y una citometría en la que se reconoce una población linfocítica T, no quedando claro a que muestra corresponde el estudio realizado por citometría.

En este caso, especialmente se debe admitir ante la ausencia de un estudio histológico, la dificultad evidente para diferenciar solo con la clínica y las pruebas de imagen, el diagnóstico definitivo. Sin embargo, la inaccesibilidad para la obtención de un diagnóstico histológico, no debe ser una barrera que retrase el diagnóstico y el tratamiento en estos casos.

Por ello, consideramos relevante destacar la necesidad de realizar una citometría de flujo en el líquido cefalorraquídeo^{2,3}, siempre

que no exista contraindicación para ello, en aquellos pacientes con antecedentes de sarcoidosis y sospecha de afectación del sistema nervioso central, para obtener datos confirmatorios y más precisos sobre el diagnóstico más apropiado.

Estamos de acuerdo con los autores en la falta de evidencia científica sobre el tema. Por ello, queremos felicitarles ante la atractiva aportación que supone su publicación para avanzar en el diagnóstico de esta entidad.

Bibliografía

1. Brandy-García AM, Caminal-Montero L, Fernández-García MS, Saiz Ayala A, Cabezas-Rodríguez I, Morante-Bolado I. Síndrome sarcoidosis-linfoma. Reumatol Clin. 2016;12:339–41.
2. Craig FE, Foon KA. Flow cytometric immunophenotyping for hematologic neoplasms. Blood. 2008;111:3941–67.
3. Pillai V, Dorfman DM. Flow cytometry of nonhematopoietic neoplasms. Acta Cytol. 2016;60:336–43.

María Mar Herráez-Albendea^{a,*} y María Castillo Jarilla-Fernández^b

^a Servicio de Hematología, Hospital de Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España

^b Servicio de Hematología, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marherraez@gmail.com

(M.M. Herráez-Albendea).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.01.016>

1699-258X/

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Rupus y hepatitis autoinmune: una asociación infrecuente



Rhupus and autoimmune hepatitis: A rare association

Sr. Editor:

Los síndromes de superposición son entidades infrecuentes en las que se reúnen criterios diagnósticos de más de una enfermedad autoinmune sistémica en un mismo paciente¹. Diferenciándose de las enfermedades mixtas del tejido conectivo (EMTC), en las que, si bien se presentan algunas características clínicas o serológicas, no completan criterios diagnósticos para ser tipificadas dentro de una enfermedad definida^{1,2}.

Se define como *rhupus* a la entidad en la que se presenta una sobreposición de lupus eritematoso sistémico (LES) y artritis reumatoide (AR), siendo la incidencia menor al 1% de la población

con LES^{1,2}. La hepatitis autoinmune (HAI), es una hepatitis crónica de curso progresivo de carácter autoinmune, cuya prevalencia es relativamente baja, afectando alrededor de 16,9 por cada 100.000 habitantes³.

Se presenta el caso de una paciente mujer de 30 años de edad, con antecedente de artritis reumatoide que acude al hospital por presentar pielonefritis aguda, se inicia cobertura antibiótica y tratamiento sintomático, responde favorablemente. Cuatro días después presenta dolor en hipogastrio e hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, palidez, dolor y rigidez en articulación MCF (con sinovitis) y coxofemoral bilateral, síndrome del ojo rojo, eritema malar y fotosensibilidad.

Exámenes auxiliares: albumina: 4 g/dl; globulina: 4 g/dl; IgG: 1.660,4 mg/dl; IgM: 473,0 mg/dl; ANA: positivo patrón homogéneo 1/400; SS-A nativo⁺⁺⁺; dsDNA⁺⁺; RNP70: negativo; RNP A: negativo; RNP C: negativo; Scl 70: negativo; PM-Scl: negativo; JO-1: negativo; centrómero B: negativo; complemento sérico