

Andrés González-García<sup>a,\*</sup>, Ignacio Barbolla Díaz<sup>a</sup>,  
Walter Alberto Sifuentes Giraldo<sup>b</sup> y José Luis Patier-de la Peña<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Ramón y Cajal,  
Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal,  
Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [andres.gonzalez.garcia@hotmail.com](mailto:andres.gonzalez.garcia@hotmail.com)  
(A. González-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.03.003>

1699-258X/

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

## Hemartrosis por escorbuto



### Hemarthrosis and scurvy

Sr. Editor:

El hemartros hace referencia a la presencia de sangre intraarticular y su forma habitual de presentación es la monoartritis aguda, generalmente de la rodilla. El diagnóstico diferencial de un hemartros espontáneo incluye trastornos de la coagulación, neoplasias, sinovitis vellonodular pigmentada, vasculitis, artritis reumatoide y las enfermedades por depósito de cristales de pirofosfato de calcio o hidroxapatita, entre otras causas<sup>1</sup>.

Por otro lado, el escorbuto es una enfermedad provocada por la deficiencia de la vitamina C o ácido ascórbico, vitamina hidrosoluble implicada en la síntesis de colágeno a través de la hidroxilación de lisina y prolina en el precolágeno<sup>2</sup>. El diagnóstico del escorbuto es clínico y es preciso realizar un amplio diagnóstico diferencial con diversas enfermedades, en especial con las vasculitis al ser la púrpura cutánea una de sus manifestaciones clínicas más características<sup>3</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 42 años con antecedente de esquizofrenia paranoide, que acude al servicio de urgencias por dolor y tumefacción progresiva de la rodilla izquierda de 2 semanas de evolución. No refería traumatismo previo. La

exploración mostró gingivitis, lesiones purpúricas cutáneas y artritis de la rodilla izquierda.

Se realizó una artrocentesis que mostró un líquido hemático (hematíes 940.000  $\mu$ l, células nucleadas 24.550  $\mu$ l —linfocitos 11% y neutrófilos 89%— y proteínas 56 g/l). La radiología simple de la rodilla fue normal, y en una RMN se observó abundante derrame articular e importante infiltrado edematoso circunferencial intraarticular, que se describió como compatible con hemartros, sin otros hallazgos patológicos (fig. 1). Por otro lado, también se realizó una biopsia de las lesiones purpúricas cutáneas, que mostró extravasación hemática y siderófagos sin infiltrado inflamatorio.

Los ANA, ANCA, cultivos de líquido articular, serologías de virus hepatotropos y VIH, así como estudio de coagulación, análisis generales y reactantes de fase aguda fueron negativos o normales. En la anamnesis dirigida refería realizar una dieta restrictiva, alimentándose únicamente de leche y yogures, así como episodios previos de hemorragias gingivales.

Los niveles séricos de vitamina C fueron <0,10 mg/dl (valores normales: 0,4-2 mg/dl).

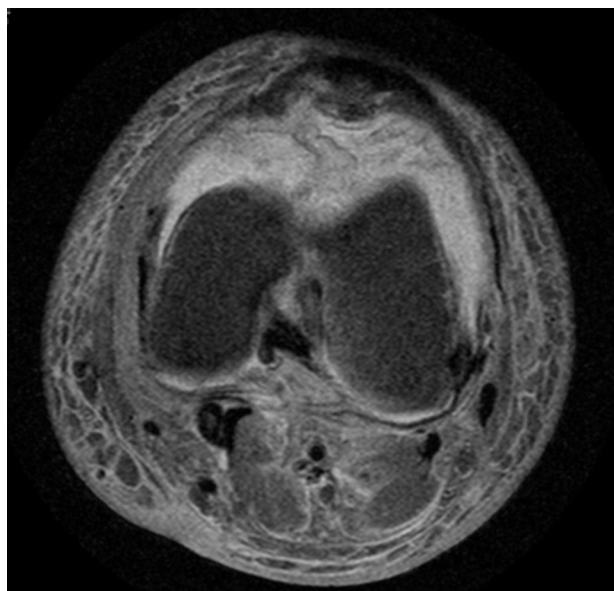
Tras el diagnóstico del escorbuto se inició tratamiento con suplementos de vitamina C y una dieta supervisada. La evolución fue buena, con una rápida mejoría de las lesiones cutáneas y resolución del hemartros.

En la actualidad el escorbuto es una entidad rara en los países desarrollados<sup>4</sup>, pero el reumatólogo habrá de considerarla ante un hemartros espontáneo, sobre todo si están presentes otras manifestaciones hemorrágicas o trastornos alimentarios, teniendo en cuenta que el diagnóstico definitivo suele confirmarse *a posteriori*, ya que los niveles de vitamina C no se realizan de forma rutinaria.

En resumen, el escorbuto es una enfermedad carencial muy rara en los países occidentales, aunque todavía puede observarse en algunos enfermos psiquiátricos y alcohólicos con trastornos de la alimentación. Con este caso pretendemos recordar esta entidad como causa de enfermedad reumática, y aunque poco frecuente, debemos de tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial ante un hemartros. La clave diagnóstica todavía está en la exploración física y la anamnesis, siendo las pruebas complementarias habituales exclusivamente una ayuda para excluir otros procesos.

## Bibliografía

1. Baker DG, Schumacher HR Jr. Acute monoarthritis. *N Engl J Med.* 1993;329:1013–20.
2. Mertens MT, Gertner E. Rheumatic manifestations of scurvy: A report of three recent cases in a major urban center and a review. *Semin Arthritis Rheum.* 2011;41:286–90.
3. Pangan AL, Robinson D. Hemarthrosis as initial presentation of scurvy. *J Rheumatol.* 2001;28:1923–5.
4. Magiorkinis E, Beloukas A, Diamantis A. Scurvy: Past, present, and future. *Eur J Intern Med.* 2011;22:147–52.



**Figura 1.** RMN secuencia T2 corte coronal de la rodilla izquierda. Se observa hipersignal en región anterior en diferentes fases compatible con hemartros.

Anahy M. Brandy-García<sup>a,\*</sup>, Iván Cabezas-Rodríguez<sup>a</sup>,  
Daniel Caravia-Durán<sup>b</sup> y Luis Caminal-Montero<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

<sup>b</sup> 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](mailto: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 CLÍNICA<sup>1</sup>, 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 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<sup>2,3</sup>, 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<sup>a,\*</sup> y María Castillo Jarilla-Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Hematología, Hospital de Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España

<sup>b</sup> Servicio de Hematología, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marherraez@gmail.com](mailto: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 paciente<sup>1</sup>. 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<sup>1,2</sup>.

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

con LES<sup>1,2</sup>. 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 habitantes<sup>3</sup>.

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<sup>+++</sup>; dsDNA<sup>++</sup>; RNP70: negativo; RNP A: negativo; RNP C: negativo; Scl 70: negativo; PM-Scl: negativo; JO-1: negativo; centrómero B: negativo; complemento sérico