



Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Carta al Editor

Anemia y eosinofilia secundaria a *Strongyloides* en un paciente tratado con anti-TNF alfa



Anaemia and Eosinophilia Secondary to Strongyloides in a Patient Treated with Anti-TNF-Alpha

Sr. Editor:

Los fármacos biológicos utilizados en el tratamiento de enfermedades autoinmunes aumentan el riesgo de infecciones oportunistas. *Strongyloides stercoralis* es un nematodo intestinal humano con alta prevalencia mundial, que aparece más frecuentemente en regiones tropicales y subtropicales, pero puede estar presente en zonas templadas. La infección habitualmente cursa de forma asintomática o con síntomas leves (prurito, dolor abdominal, diarrea) acompañada de eosinofilia (70%). En pacientes inmunodeprimidos puede producir una infección diseminada conocida como síndrome de hiperinfección potencialmente fatal¹.

A continuación presentamos el caso de una paciente con artritis reumatoide en tratamiento con adalimumab, metotrexato y glucocorticoides que presentó infestación por *Strongyloides*.

Mujer de 43 años residente en España, pero que realiza viajes frecuentes a su país natal, Bolivia. Afectada de artritis reumatoide doblemente seropositiva erosiva de 10 años de evolución. Había recibido tratamiento con metotrexato, leflunomida y varios fármacos biológicos (etanercept, certolizumab y tocilizumab) presentando ineficacia primaria o secundaria a todos ellos. Por eosinofilia mantenida y documentada desde el 2010 (10-14%) se realizó estudio etiológico que resultó negativo (estudio de parásitos en heces, serología de *Strongyloides* y *Trypanosoma cruzi*). Dado el factor de riesgo epidemiológico y la inmunosupresión farmacológica se indicó desparasitación empírica con ivermectina (200 µg/kg/día, 2 días). La paciente no acudió a los controles posteriores durante varios años. En la actualidad la paciente recibía tratamiento con metotrexato, metilprednisolona 4 mg/día y adalimumab 40 mg/2 semanas. En enero de 2018 en una analítica de rutina se objetivó una hemoglobina de 6,8 g/dl con síndrome anémico, por lo que ingresó. La causa fue atribuida a metrorragias en contexto de un mioma uterino que se resecó quirúrgicamente. Tras la ferroterapia y la intervención quirúrgica, la anemia persistió. Asimismo, destacaba una eosinofilia moderada del 14% (1.500×10^9 eosinófilos), que había ido en aumento en el último año. La paciente refería, además, clínica digestiva con episodios de diarreas líquidas sin productos patológicos en los últimos meses. Se realizó un estudio de parásitos en heces que fue negativo y serología que fue positiva IgG para *Strongyloides*. Se orientó como una infección por este parásito y se prescribió tratamiento con ivermectina (200 µg/kg, que se repitió en 2 semanas). Una vez completado el tratamiento la paciente presentó resolución de la clínica digestiva,

normalización de los niveles de eosinófilos en sangre y corrección de la anemia.

En la bibliografía médica anglosajona hay descritos 3 casos de pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con fármacos anti-TNF alfa que presentan infección por *Strongyloides*²⁻⁴, y un caso en tratamiento con glucocorticoides y metotrexato⁵. Aunque no hay estudios realizados sobre la profilaxis de *Strongyloides* en pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento con fármacos inmunosupresores¹, casos como el presente promueven que las sociedades europeas de reumatología conjuntamente a las de medicina tropical aboguen por promover el estudio de parásitos en heces y la serología de *Strongyloides* previo al inicio del tratamiento inmunosupresor en todos aquellos pacientes procedentes de zonas endémicas y pacientes autóctonos con eosinofilia⁶. Hay que tener en cuenta que la presencia de una serología negativa en pacientes inmunodeprimidos no descarta el diagnóstico y es recomendable realizar un seguimiento clínico del paciente con el fin de evitar recaídas y evaluar posibles reinfecciones después de viajes a sus países de procedencia. La ivermectina en régimen de 200 µg/kg/d en 2 días suele ser el tratamiento de elección, sin embargo, en pacientes inmunocomprometidos pueden ser necesarios cursos más largos de tratamiento o bien terapia combinada con albendazol⁷. Asimismo, en los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos que presenten un cuadro similar al descrito (eosinofilia acompañada o no de anemia y clínica digestiva) debería incluirse en el diagnóstico diferencial la infección por este parásito⁶.

Bibliografía

1. Santiago M, Leitão B. Prevention of strongyloides hyperinfection syndrome: A rheumatological point of view. Eur J Intern Med. 2009;20: 744–8.
2. Revuelta Evrard E, García Morales PV, Gallego Flores A, Sánchez Trenado A, Rubio Caja C. *Strongyloides stercoralis* en un paciente con artritis reumatoide en tratamiento con etanercept. Reumatol Clin. 2008;4:77–9.
3. Krishnamurthy R, Dincer HE, Whittemore D. *Strongyloides stercoralis* hyperinfection in a patient with rheumatoid arthritis after anti-TNF-alpha therapy. J Clin Rheumatol. 2007;13:150–2.
4. Boatright MD, Wang BW. Clinical infection with *Strongyloides stercoralis* following etanercept use for rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2005;52: 1336–7.
5. Altintop L, Cakar B, Hokelek M, Bektas A, Yildiz L, Karaoglanoglu M. *Strongyloides stercoralis* hyperinfection in a patient with rheumatoid arthritis and bronchial asthma: A case report. Ann Clin Microbiol Antimicrob. 2010;9:27.
6. Bartalesi F, Scirè C, Requena-Méndez A, Abad MA, Bounfrate D, Caporali R, et al. Recommendations for infectious disease screening in migrants to Western Europe with inflammatory arthropathies before starting biologic agents. Results from a multidisciplinary task force of four European societies (SIR, SER, SIMET, SEMTSI) facing the largest impact of the flow of migrants today. Clin Exp Rheumatol. 2017;35:752–65.
7. Marchi J, Cantos GA. Evaluation of techniques for the diagnosis of *Strongyloides stercoralis* in human immunodeficiency virus (HIV) positive and HIV negative individuals in the city of Itajai, Brazil. Braz J Infect Dis. 2003;7:402–8.

Águeda Prior-Español^{a,*}, Silvia Roure^b, Lourdes Mateo^a
y Melania Martínez-Morillo^a

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: agueda.88@hotmail.com (Á. Prior-Español).

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Unidad de Enfermedades Infecciosas, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.11.009>

1699-258X/ © 2018 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Importancia de la ecografía normal en pacientes con dolor agudo de hombro de origen no traumático



Relevance of a normal ultrasound study in patients with non-traumatic acute shoulder pain

Sr. Editor:

El hombro doloroso agudo no traumático ocupa un lugar importante dentro de las consultas urgentes hospitalarias, representando alrededor del 7% de toda la consulta por dolencias del aparato locomotor¹. En su estudio, la ecografía se ha constituido en una herramienta sumamente útil que complementa a la confección de una correcta historia clínica y minuciosa exploración física, y que permite una filiación etiológica confirmatoria de fácil acceso y con una precisión comparable a la de la resonancia magnética².

En términos generales, la causa más frecuente de hombro doloroso crónico es la enfermedad tendinosa (o tendinopatía), definición que incluye toda enfermedad que altere la arquitectura fibrilar del tendón^{2,3}. Mientras que en pacientes ancianos se pueden encontrar con frecuencia roturas parciales y totales del tendón acompañados o no de degeneración grasa muscular, en pacientes más jóvenes se suelen encontrar con más frecuencia tendinosis (definida por la presencia de cambios de ecogenicidad de la estructura fibrilar o engrosamiento tendinoso focal o global), o bien roturas parciales de la continuidad fibrilar³⁻⁵. Los cambios estructurales, fundamentalmente tendinosos, se pueden detectar en pacientes con omalgias agudas o crónicas, mientras que en casos agudos es mucho más frecuente la observación de bursitis o derrame en la vaina del bíceps⁶. Es infrecuente, sin embargo, encontrar casos de dolor agudo de hombro en el que la ecografía de hombro sea normal. En nuestra experiencia reciente, hemos identificado 10 casos de pacientes con omalgia aguda y ecografía de hombro normal cuyos diagnósticos finales fueron especialmente alarmantes y que nos parece relevante reportar por su importancia clínica (tabla 1).

Dos pacientes, ambos varones de 65 y 78 años, habían consultado por dolor de hombro de características mecánicas. En ambos casos habían sido valorados radiológicamente y se les había tratado de forma conservadora con reposo y analgesia de primer esca-

lón. El varón de 78 años presentaba una asimetría del triángulo supraclavicular derecho, correspondiente al hombro dolorido (fig. 1A y B). En ambos pacientes se documentó, tras una ecografía de hombro normal, tumores primarios de pulmón.

Una mujer de origen asiático, de 50 años, consultó por dolor de hombro derecho. Tanto la exploración física como la ecografía de hombro fueron normales. Ante la desproporción entre la intensidad de la sintomatología y la normalidad de la ecografía se realizó una radiografía que demostró un neumotórax derecho (fig. 1C).

Dos pacientes, uno varón de 55 años y una mujer de la misma edad, ambos inmunocompetentes consultaron originalmente por omalgia mecánica de inicio reciente, y fueron finalmente diagnosticados de artritis infecciosa esternoclavicular. Ambos casos fueron descritos previamente de forma exhaustiva⁷. Un tercer paciente, varón de 48 años, con antecedente de infección por el virus de inmunodeficiencia humana y en tratamiento antirretroviral presentó una artritis infecciosa esternoclavicular, 2 semanas después de haber empezado con una omalgia ipsilateral que una semana después motivó un estudio ecográfico del hombro informado como normal.

Tres pacientes, 2 varones de 40 y 22 años y una mujer de 45 años, cuyos casos ya fueron descritos por nuestro grupo⁸, consultaron por hombro doloroso agudo con gran impotencia funcional. En los 3 casos la ecografía fue informada como normal. Tras estudios neurofisiológicos, fueron diagnosticados del síndrome de Parsonage-Turner (SPT). Recientemente, un paciente varón de 60 años, que últimamente había recibido una vacunación antitetánica con inmunoglobulinas, cursó con la misma clínica y con ecografía de hombro normal. El estudio electrofisiológico fue compatible con SPT. En nuestra experiencia acumulada entre 2011-2017, el volumen de informes ecográficos normales de pacientes que consultaron por dolor agudo de hombro por urgencias (arbitrariamente considerado como de menos de 3 semanas de evolución, por las características de la demanda asistencial de nuestro centro) representa alrededor del 7% de todas las valoraciones ecográficas. Los 10 casos que hemos descrito en esta carta representan aproximadamente un tercio de nuestra casuística de informes normales. Creemos que es importante subrayar que en los casos de omalgia aguda, y después de una detallada historia clínica y minucioso examen físico, un informe ecográfico normal debe seguirse de un estudio diagnóstico ampliado dado que algunos diagnósticos diferenciales del hombro doloroso con ecografía normal requieren una intervención terapéutica a corto plazo.

Tabla 1

Resumen de la casuística de pacientes con hombro doloroso y con estudio ecográfico normal

Paciente	Edad (años), sexo	Diagnóstico final	Medio diagnóstico
1	65, varón	Cáncer pulmonar, células pequeñas	Radiológico, anatomopatológico
2	78, varón	Carcinoma pulmonar epidermoide	Radiológico, anatomopatológico
3	50, mujer	Neumotórax espontáneo	Radiológico
4	55, varón	Artritis infecciosa esternoclavicular	Microbiológico
5	55, mujer	Artritis infecciosa esternoclavicular	Microbiológico
6	48, varón	Artritis infecciosa esternoclavicular	Microbiológico
7	40, varón	Síndrome de Parsonage-Turner	Neurofisiología
8	22, varón	Síndrome de Parsonage-Turner	Neurofisiología
9	45, mujer	Síndrome de Parsonage-Turner	Neurofisiología
10	60, varón	Síndrome de Parsonage-Turner	Neurofisiología