

Citar como:

Liñán F, Leiva J, Hidalgo E, Obregón G, Loyola I. Vasculitis reumatoide como complicación de artritis reumatoide. Reporte de dos casos. Rev Méd Hered. 2025; 36(2): 163-167. DOI: 10.20453/rmh.v36i2.5397

Recibido: 01/05/2024

Aceptado: 16/01/2025

Fuentes de financiamiento y de conflictos de intereses:

Este artículo ha sido financiado por los autores. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribuciones de autoría: FLP, JLG, HEB, OBA, ILM:

Participaron en la concepción y diseño del estudio, adquisición, análisis, interpretación de los datos, en la redacción del manuscrito, revisión crítica del mismo y en la aprobación de la versión final a ser publicada. Son responsables de todos los aspectos del trabajo para garantizar la exactitud e integridad de este en caso haya una investigación y pueda resolverse adecuadamente.

Correspondencia:

Freddy Liñán Ponce.
Calle Antúñez de Mayolo 225.
Urbanización Los Granados.
Trujillo, Perú. Celular: 991 555 068.
Correo electrónico:
droctavio77@gmail.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores
© Revista Médica Herediana

Vasculitis reumatoide como complicación de artritis reumatoide. Reporte de dos casos

Rheumatoid Vasculitis as a Complication of Rheumatoid Arthritis: Two Case Reports

Freddy Liñán Ponce^{1,a} , Juan Leiva Goicochea^{1,b} , Elmer Hidalgo Bravo^{1,a} , Ginna Obregón Atanacio^{1,a} , Inés Loyola Macalapú^{1,a}

¹ Departamento de Medicina. Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Trujillo, Perú.

^a Médico reumatólogo

^b Doctor en gestión y ciencias de la educación

RESUMEN

La vasculitis reumatoide es una complicación rara y de mal pronóstico de la artritis reumatoide, su frecuencia es menor del 1%. Sus 3 formas de presentación clínica son: vasculitis digital, vasculitis leucocitoclástica y vasculitis asociada a mediano y pequeño vaso. Los criterios de Scott y Bacon se usan para clasificar una vasculitis reumatoide. El objetivo del reporte fue describir dos casos de vasculitis reumatoide una forma rara de presentación de artritis reumatoide, su aproximación diagnóstica y tratamiento instaurado. Se resalta la importancia de tener la sospecha de vasculitis reumatoide como diagnóstico diferencial en pacientes con úlceras cutáneas, malestar y falta de respuesta a antibioticoterapia. Los dos casos reportados debutaron con ulceración en miembros inferiores, asociado a malestar general y factor reumatoide elevado, en ambos casos el estudio anatomopatológico concluyó en vasculitis de pequeño vaso. Ambos casos fueron tratados con metotrexato y prednisona, con respuesta favorable

PALABRAS CLAVE: Vasculitis reumatoide, artritis reumatoide, factor reumatoide, úlcera cutánea.

SUMMARY

Rheumatoid vasculitis is a rare, poor-prognosis complication of rheumatoid arthritis, occurring in less than 1% of cases. It presents as digital vasculitis, leukocytoclastic vasculitis, or medium/small-vessel vasculitis. Scott and Bacon's criteria are used for classification. This report describes two cases with unusual

presentations, their diagnostic approach, and treatment. Both presented with lower limb ulcers, general malaise, and elevated rheumatoid factor. Histopathology confirmed small-vessel vasculitis. Both were treated with methotrexate and prednisone with favorable outcomes. The report highlights the importance of considering rheumatoid vasculitis in the differential diagnosis of non-healing ulcers.

KEYWORDS: Rheumatoid vasculitis; Rheumatoid arthritis; Rheumatoid factor; Cutaneous ulcer.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad inflamatoria sistémica más prevalente en la población general. Su cuadro clínico característico inicial es dolor poliarticular simétrico periférico, asociado a rigidez matinal y fatiga. Sin embargo, puede manifestarse de otras formas poco comunes, siendo una de ellas una forma extraarticular, la vasculitis reumatoide (VR), la cual puede definirse como una manifestación clínico-patológica de una AR, que se caracteriza por daño tisular o isquemia causado por una vasculitis.⁽¹⁾

La aparición de una VR supone un factor de mal pronóstico, pues es la manifestación extraarticular más grave de la AR, con una mortalidad aproximada de 40% a los 5 años. Se presenta en forma de 3 variedades clínicas: 1) vasculitis digital: limitada a los dedos, 2) vasculitis leucocitoclástica: cursa con púrpuras palpables, y 3) vasculitis reumatoide: afectando a vasos de pequeño y mediano calibre. El espectro clínico de una VR es amplia y variada: púrpuras, úlceras, pioderma gangrenoso, mononeuritis múltiple, pericarditis, queratitis ulcerativa, isquemia intestinal, hemorragia alveolar, glomerulonefritis, hemiparesia, meningitis, entre otros.⁽²⁾

Actualmente se observa una disminución de casos de VR, ello puede deberse a factores como uso temprano de fármacos inmunosupresores, agentes biológicos o descenso de tabaquismo. Se requiere una alta sospecha clínica para llegar al diagnóstico de VR como primera manifestación de una AR⁽³⁾. Por ello, es importante considerar la VR en el diagnóstico diferencial de un paciente con úlceras cutáneas, malestar y falta de respuesta a antibioticoterapia.

El objetivo del reporte de caso fue describir dos casos de VR como forma rara de presentación de AR, aproximación diagnóstica y tratamiento instaurado.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Caso 1

Mujer de 56 años, casada, hipertensa desde los 45 años, nulípara. Fue diagnosticada de AR a los 32 años, tratada de manera irregular con metotrexato 10-15 mg semanal y 5-10 mg de prednisona. Inició con debilidad en miembros inferiores de manera progresiva, con prurito esporádico, sin sintomatología asociada. Después de 20 días aparecieron tres lesiones ulceradas de rápido crecimiento en pierna derecha (dos en cara posterior, uno en cara anterior), dolorosas, con calor local y bordes violáceos bien definidos (figura 1). Acudió a hospital con malestar general y alza térmica. Se planteó un origen infeccioso o estasis venosa de dichas úlceras, sin embargo, la ecografía Doppler no reveló alteraciones de flujo venoso, tampoco se encontró foco infeccioso en estudios de orina, radiografía de tórax, sangre y heces. A pesar de dichos hallazgos fue tratada con antibióticos endovenosos y analgésicos, con respuesta parcial (úlceras no llegaron a cicatrizar). Fue dada de alta siete días después, sin diagnóstico claro.

A los 14 días reingresó por las mismas úlceras, activas y dolorosas, asociado a brote agudo de AR (dolor poliarticular simétrico, rigidez matinal y malestar general). El examen físico mostró sinovitis en muñecas y articulaciones metacarpofalángicas de mano derecha, así como presencia de tres úlceras dolorosas con eritema circundante, con 5 cm de diámetro para la úlcera más grande y con 5 mm de profundidad aproximadamente, en pierna derecha. Los exámenes de laboratorio revelaron hemoglobina 10,5 mg/dl, anemia normocítica normocrómica, factor reumatoide 250 UI/ml, anti-CCP: > 300 UI/ml, ANA: 1/40, Proteína C Reactiva (PCR) 56 mg/dl, ANCA c y p negativos, función hepática y renal normales, las pruebas de hepatitis B y C fueron negativas, así como VIH. Además, se hizo biopsia de tejido dérmico de las úlceras (figura 2), revelando vasculitis

de pequeño vaso con infiltración mononuclear, con lo cual se hizo diagnóstico de vasculitis reumatoide como complicación de una AR de larga data. Se inició prednisona (PDN) 30 mg VO con descenso progresivo, metotrexate (MTX) 15 mg VO semanal y ácido fólico 5 mg semanal. Un mes después, la paciente presentó gran mejoría del cuadro inicial, las úlceras secaron y se resolvieron, dejando una cicatriz permanente, además el brote agudo de dolor articular mejoró gradualmente.



Figura 1. Caso 1. Se observan tres úlceras en la pierna derecha: Una en cara anterior y dos en parte posterior.

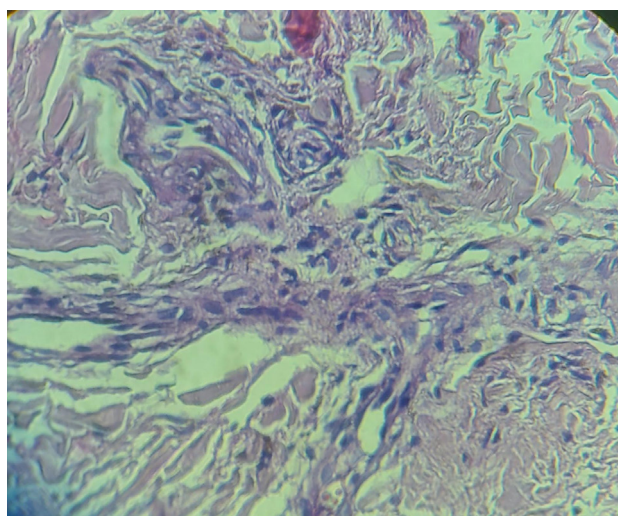


Figura 2. Caso 1. Biopsia de dermis de zona ulcerada: vasculitis de pequeño vaso con infiltración mononuclear característica.

Caso 2

Mujer de 62 años, casada. G:2 P:2002, con diagnóstico de artritis reumatoide desde los 45 años, tratada con metotrexato 10 mg VO semanal y dosis bajas de corticoides, no antecedentes de otras enfermedades. Inició dolor en miembros inferiores, de forma progresiva, asociado a cansancio, sensación de alza térmica y debilidad. A los 7 días aparecieron úlceras dolorosas de bordes delimitados y eritematosos en tobillos y piernas, con inflamación difusa, acompañado de malestar general progresivo. Acudió a sala de emergencia donde sospecharon un origen vascular por la presencia de varices en miembros inferiores, sin embargo, la ecografía Doppler no reveló presencia de trombos ni alteraciones del flujo sanguíneo. Fue tratada con antibióticos y analgésicos, con mejoría parcial, el examen físico mostró sinovitis en codo derecho, rodillas, muñecas y dedos, así como presencia de úlceras visibles en tobillos, pies y piernas (figura 3). Los exámenes de laboratorio mostraron anemia normocítica, factor reumatoide 600 UI/ml, ANA negativo, complemento normal, función hepática y renal conservada, hepatitis B y C negativos, ANCA c y p negativos. La electromiografía de miembros inferiores reveló polineuropatía grave de tipo mixto, con afectación de nervios motores y sensitivos. El estudio anatomopatológico de las úlceras (figura 4) reveló vasculitis leucocitoclástica. Se concluyó en una vasculitis reumatoide y se inició dosis altas de corticoides vía oral, asociado a metotrexato 15 mg semanal. Al cabo de un mes de tratamiento la paciente se había recuperado ostensiblemente, las úlceras se resolvieron y no volvieron a aparecer.



Figura 3. Caso 2. Múltiples lesiones ulceradas en ambas piernas, con signos de flogosis.

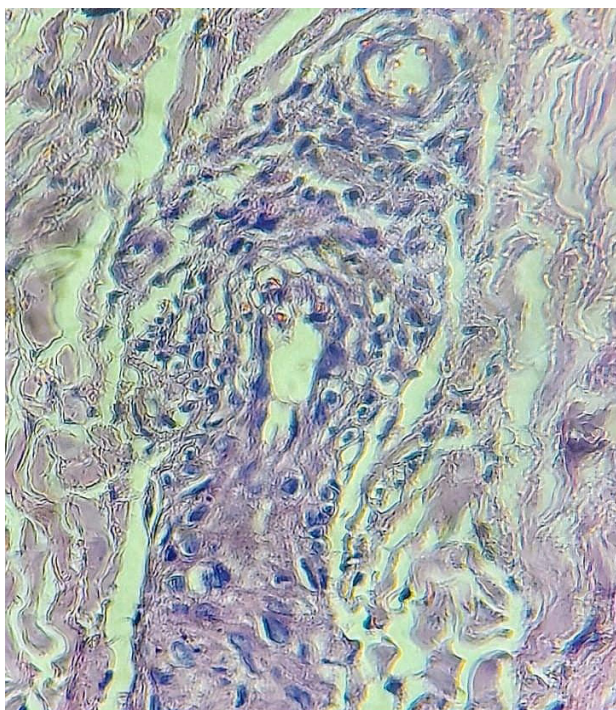


Figura 4. Caso 2. Biopsia de dermis: Vasculitis leucocitoclástica, con algunos neutrófilos fragmentados y necrosis fibrinoide en las paredes vasculares.

DISCUSIÓN

El reporte expone dos casos con una forma rara de presentación de la AR. Debido a su escasa frecuencia (menos del 1% en pacientes con AR), se requiere una alta sospecha diagnóstica para un tratamiento temprano y correcto. Una VR puede confundirse con muchas enfermedades autoinmunes, especialmente con una panarteritis nodosa (PAN), pues ambas tienen por mecanismo patogénico la formación y depósito de inmunocomplejos que afectan arterias de pequeño y mediano calibre.⁽⁴⁾

Existen criterios para VR. Los criterios de Scott y Bacon (1984)⁽⁵⁾ incluyen lo siguiente: 1) neuropatía periférica o mononeuritis múltiple, 2) isquemia o gangrena periférica, 3) histopatología compatible con arteritis necrosante y 4) úlceras cutáneas profundas o enfermedad extraarticular (pleuritis, pericarditis, escleritis). Los criterios anteriores deberán usarse excluyendo otras enfermedades comunes, como diabetes, úlcera por estasis venosa o ateromatosis periférica.⁽⁶⁾

La presencia de niveles elevados de ANCA en el seno de una AR comprobada indica una vasculitis de pequeño vaso asociado a AR, debiendo estar negativo

tanto el factor reumatoide como el anti-CCP para poder diagnosticar una vasculitis de pequeño vaso propiamente dicha, además el complemento puede estar consumido en el contexto de una VR.⁽⁷⁾

Olivé et al.⁽⁸⁾ en un estudio retrospectivo (1975-2017) de 41 casos de VR, 59% fueron mujeres, la artritis fue erosiva en el 80% de casos, todos los casos fueron doblemente positivos (FR y anti-CCP), mientras que el cuadro clínico más común fue la afectación cutánea (68%), neuropatía periférica (63%) y afectación renal (10%), los inmunosupresores para VR más usados fueron ciclofosfamida (51%) y metotrexato (10%). Rituximab fue el agente biológico más usado (10%). En nuestros dos casos la VR se manifestó en forma de úlceras cutáneas.

Abdulqader et al.⁽⁹⁾, reportaron el caso de un varón de 49 años con amaurosis fugaz, poliartritis simétrica, síndrome de Raynaud y parestesias en miembros inferiores. Posteriormente presentó caída del cabello, lesiones en pliegue ungueal y gangrena del segundo dedo del pie derecho. Tenía factor reumatoide en 4 350 UI/ml y ANA 1/160. Se diagnosticó VR y se inició prednisona 60 mg diario, metotrexato 15 mg semanal y rituximab 1 g días 1 y 15 cada 6 meses, mientras que para el síndrome de Raynaud recibió amlodipino 10 mg y ácido acetilsalicílico 325 mg diarios. El paciente tuvo mejoría sostenida a partir del tratamiento anterior.

En otro reporte de caso, se presentó a un varón hipertenso de 44 años que presentó ulceración en miembros inferiores, asociado a artralgias y síntomas constitucionales. A los pocos días se agregó dificultad respiratoria y fatiga severa. La tomografía torácica reveló derrame pericárdico, y el factor reumatoide y anti-CCP resultaron elevados. Se inició tratamiento con dosis altas de corticoides, con gran mejoría, para luego pasar a rituximab luego de tener Quantiferón negativo. El paciente consiguió remisión rápida con dicho tratamiento.⁽¹⁰⁾

La VR del SNC es más rara aún. Akrouit et al.⁽¹¹⁾, informaron una vasculitis reumatoide cerebral en una mujer de 42 años con AR deformante de 9 años de evolución. Presentó cefalea sin focalización y meningismo. El estudio de resonancia magnética mostró lesiones difusas corticales y subcorticales en región frontoparietal, características de vasculitis cerebral. Se aumentó dosis de corticoides y metotrexato a 20 mg semanal, con mejoría clínica sostenida. Los autores recomiendan azatioprina, ciclofosfamida o inmunoglobulina humana para estos casos. No

hay seguridad con los anti-TNF, inclusive pueden desencadenar una VR.

La amputación espontánea de un dedo es posible en el contexto de una VR. Una mujer sudanesa de 18 años presentó necrosis del dedo medio de la mano derecha hasta su total caída. La ecografía Doppler del miembro superior derecho reveló trombosis en las arterias basilar, cubital y radial. El factor reumatoide y anti-CCP estaban elevados, así como el ANA en 1/320. Se inició tratamiento con prednisona, warfarina y metotrexato, con resolución gradual del cuadro.⁽¹²⁾

En cuanto al tratamiento de una VR, los corticoides a dosis altas (30-100 mg de prednisona), asociado o no a inmunosupresores (los más eficaces para VR son metotrexato, azatioprina y ciclofosfamida)⁽⁴⁾ mientras que rituximab es el agente biológico más estudiado para VR y ha mostrado gran eficacia⁽¹³⁾. En nuestro reporte, ambos casos mejoraron con corticoides y MTX, no aconsejándose su asociación con azatioprina, por su potencial sinergia inmunosupresora.

En conclusión, la VR es una forma rara de presentación de la AR. Su frecuencia está descendiendo, pero el cuadro clínico y la gravedad se mantienen invariables. Se requiere una alta sospecha clínica para diagnosticar una VR. Corticoides, metotrexato, azatioprina, ciclofosfamida, inmunoglobulina humana y rituximab son el tratamiento de elección.

Agradecimientos:

Al Dr. Víctor Raúl Requena Fuentes, reconocido patólogo trujillano, que colaboró de manera desinteresada con la parte anatomopatológica para la finalización de este trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kharsa A, Chowdhury M, Tan BE-X, Abu Sheikha M, Baibhav B. Constrictive pericarditis: An unusual presentation of rheumatoid vasculitis. *Cureus*. 2022; 14(1):e21643. doi: 10.7759/cureus.21643
2. Tanemoto M, Hisahara S, Hirose B, Ikeda K, Matsushita T, Suzuki S, et al. Severe mononeuritis multiplex due to rheumatoid vasculitis in rheumatoid arthritis in sustained clinical remission for decades. *Intern Med*. 2020; 59(5):705–10. doi: 10.2169/internalmedicine.3866-19
3. Watts RA, Ntatsaki E. Refractory rheumatoid vasculitis-a therapeutic dilemma. *Oxf Med Case Reports*. 2016; 2016(11):omw081.. doi: 10.1093/omcr/omw081
4. Bartels CM, Bridges AJ. Rheumatoid vasculitis: Vanishing menace or target for new treatments? *Curr Rheumatol Rep*. 2010; 12(6):414–9. doi: 10.1007/s11926-010-0130-1
5. Scott DGI, Bacon PA. Intravenous cyclophosphamide plus methylprednisolone in treatment of systemic rheumatoid vasculitis. *Am J Med*. 1984; 76(3):377–84. doi: 10.1016/0002-9343(84)90654-5
6. Spoerl D, Pers Y-M, Jorgensen C. Anti-neutrophil cytoplasmic antibodies in rheumatoid arthritis: two case reports and review of literature. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2012; 8:19. doi: 10.1186/1710-1492-8-19
7. Makol A, Matteson EL, Warrington KJ. Rheumatoid vasculitis: An update. *Curr Opin Rheumatol*. 2015; 27(1):63–70. doi: 10.1097/bor.0000000000000126
8. Olivé A, Riveros A, Juárez P, Morales-Ivorra I, Holgado S, Narváez J. Vasculitis reumatoide: estudio de 41 casos. *Med Clin (Barc)*. 2020; 155(3):126–9. doi: 10.1016/j.medcli.2020.01.024
9. Abdulqader Y, Al-ani M, Parperis K. Rheumatoid vasculitis: early presentation of rheumatoid arthritis. *BMJ Case Rep*. 2016; bcr2016217557. doi: 10.1136/bcr-2016-217557
10. Anwar MM, Tariq EF, Khan U, Zaheer M, Ijaz SH. Rheumatoid vasculitis: Is it always a late manifestation of rheumatoid arthritis? *Cureus*. 2019; 11(9): e5790. doi:10.7759/cureus.5790
11. Akrouf R, Bendjemaa S, Fourati H, Ezzeddine M, Hachicha I, Mhiri C, et al. Cerebral rheumatoid vasculitis: a case report. *J Med Case Rep*. 2012; 6:302. doi: 10.1186/1752-1947-6-302
12. Taha ZI, Abdalla YA, Hamza SB Jnr, Eltagalawi MF, Abubakr ME, William J, et al. Rheumatoid vasculitis, an uncommon complication of non-deforming rheumatoid arthritis: A case report. *Open Access Rheumatol*. 2022; 14:141–6. doi: 10.2147/oarr.s367253
13. Coffey CM, Richter MD, Crowson CS, Koster MJ, Warrington KJ, Ytterberg SR, et al. Rituximab therapy for systemic rheumatoid vasculitis: Indications, outcomes, and adverse events. *J Rheumatol*. 2020; 47(4):518–23. doi: 10.3899/jrheum.181397