

METODO DEL CASO (VII). Situaciones clínicas ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

**Joan M. Nolla Solé, Diego Benavent Nuñez, Laura Berbel Arcobé, Paola Vidal Montal, Javier Narvaéz García
Departament de Ciències Clíniques. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat de Barcelona**

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. Concepto.

Enfermedades heterogéneas, de naturaleza autoinmune, de presentación variada que pueden afectar a distintos órganos o sistemas corporales.

ARTRITIS REUMATOIDE

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

ESCLEROSIS SISTÉMICA

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO

SÍNDROME DE SJÖGREN

MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

ENFERMEDAD MIXTA DEL TEJIDO CONECTIVO

VASCULITIS

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS. Diagnóstico diferencial

Enfermedades heterogéneas, de naturaleza autoinmune, de presentación variada que pueden afectar a distintos órganos o sistemas corporales.

Debe establecerse el diagnóstico diferencial con enfermedades que pueden comportar compromiso generalizado

¿Presenta el paciente una enfermedad autoinmune sistémica?

Diagnóstico diferencial

Neoplasia

Infección

Sd. de sensibilización central

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Enfermedades heterogéneas, de naturaleza autoinmune, de presentación variada que pueden afectar a distintos órganos o sistemas corporales.

El diagnóstico de certeza establece a partir de las manifestaciones clínicas y de las exploraciones complementarias

Manifestaciones clínicas

Propias de la enfermedad de base

Comorbilidad

Poliautoinmunidad

Asociación de varias enfermedades autoinmunes sistémicas

Asociación con una enfermedad autoinmune organoespecífica

El diagnóstico (o en determinadas circunstancias, la sospecha) de una enfermedad autoinmune sistémica comporta la derivación a reumatología

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Enfermedades heterogéneas, de naturaleza autoinmune, de presentación variada que pueden afectar a distintos órganos o sistemas corporales.

El diagnóstico de certeza establece a partir de las manifestaciones clínicas y de las exploraciones complementarias

Exploraciones complementarias

Hemograma/Bioquímica

Estudio inmunológico

Otras pruebas (según manifestaciones clínicas)

El diagnóstico (o la sospecha) de una enfermedad autoinmune sistémica comporta la derivación a reumatología

Situaciones (problemas) clínicos

Situación clínica (1)

Mujer de 64 años de edad **afecta de artritis reumatoide** de 6 años de evolución, que **consulta** por dolor en hemitórax derecho de naturaleza pleurítica, tos productiva (esputo herrumbroso) y sensación distérmica, de 72 horas de evolución

Entre sus **antecedentes** destaca:

- Hábito tabáquico (30 paquetes/año)
- Hipercolesterolemia

Tratamiento habitual: Prednisona (5 mg/día), metotrexato (20 mg/semana), ácido alendrónico (70 mg/semana), calcio (1000 mg/día), vitamina D (800 UI/día), simvastatina (10 mg/día), omeprazol (20 mg/día),

En la **exploración física** se observa:

- Estertores crepitantes en base pulmonar derecha
- Dolor a la presión en 2a, 3a y 4a articulaciones metacarpofalángicas en ambas manos.

T Ax: 38.4°C; FR: 22 rpm; FC: 108 ppm; TA: 120/70

Se practica:

- Rx torax: condensación basal derecha.
- Hb: 116 g/L; VCM: 87 fL. Leucocitos: 18, 9 x 10.⁹/L; Plaquetas: 425.000
- VSG: 86 mm/h Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, AST, K y Na)
- Sedimento: 2-3 leucocitos/campo. No hematuria.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Situación clínica (1)

Mujer de 64 años de edad **afecta de artritis reumatoide** de 6 años de evolución, que **consulta** por dolor en hemitórax derecho de naturaleza pleurítica, tos productiva (esputo herrumbroso) y sensación distérmica, de 72 horas de evolución

Entre sus **antecedentes** destaca:

- Hábito tabáquico (30 paquetes/año)
- Hipercolesterolemia

Tratamiento habitual: Prednisona (5 mg/día), metotrexato (20 mg/semana), ácido alendrónico (70 mg/semana), calcio (1000 mg/día), vitamina D (800 UI/día), simvastatina (10 mg/día), omeprazol (20 mg/día),

En la **exploración física** se observa:

- Estertores crepitantes en base pulmonar derecha
- Dolor a la presión en 2a, 3a y 4a articulaciones metacarpofalángicas en ambas manos.

T Ax: 38.4°C; FR: 22 rpm; FC: 108 ppm; TA: 120/70

Se practica:

- Rx torax: condensación basal derecha.
- Hb: 116 g/L; VCM: 87 fL. Leucocitos: 18, 9 x 10.⁹/L; Plaquetas: 425.000
- VSG: 86 mm/h Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, AST, K y Na)
- Sedimento: 2-3 leucocitos/campo. No hematuria.

Artritis reumatoide + comorbilidad infecciosa (neumonía)

Situación clínica (2)

Mujer de 38 años de edad que **consulta** por presentar:

- Dolor y tumefacción articular con compromiso de manos, pies y rodillas de 12 semanas de evolución. Su médico de familia ha administrado tratamiento con diclofenaco, 50 mg/8 h, circunstancia que ha comportado un alivio de los síntomas pero que no ha supuesto la resolución del proceso.

Antecedentes patológicos:

- Apendicectomía a los 24 años de edad.
- Fenómeno de Raynaud en los periodos invernales desde 3 años antes. No ha recibido tratamiento farmacológico.
- Sequedad ocular que trata con lágrimas artificiales desde dos años antes.
- Sensación de boca seca, de predominio nocturno, que, en el último año, obliga a tomar líquidos con frecuencia.

En la **exploración física** destaca:

- T Ax: 36.3 °C; T.A. 120/70 mm/Hg; FC: 89 x'
- Dolor a la presión y tumefacción en metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, muñecas y rodillas. Dolor a la presión en metatarsfalángicas.
- Caries en alguna pieza dental. Lengua algo depapilada.

Aporta:

Rx torax: sin alteraciones; Rx manos: ligera tumefacción de partes blandas periarticulares; Rx pies: sin alteraciones.; Rx rodillas: sin alteraciones. Hemograma: Hb: 11.8 g/L; VCM: 89 fL. Leucocitos: 6, 8 x 10.9/L; linfocitos: 1.8 x 10.9/L. Plaquetas: 385.000. VSG: 52 mm/h. Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, K, Na, CPK i FF.AA). Proteinuria 24 horas: 0.2 g/dia. Sedimento: 2 hematíes/campo; 2 leucocitos/campo. Estudio inmunológico: ANA (+) 1/320, FR (-), ACPA (-)

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Situación clínica (2)

Mujer de 38 años de edad que **consulta** por presentar:

- Dolor y tumefacción articular con compromiso de manos, pies y rodillas de 12 semanas de evolución. Su médico de familia ha administrado tratamiento con diclofenaco, 50 mg/8 h, circunstancia que ha comportado un alivio de los síntomas pero que no ha supuesto la resolución del proceso.

Antecedentes patológicos:

- Apendicectomía a los 24 años de edad.
- Fenómeno de Raynaud en los periodos invernales desde 3 años antes. No ha recibido tratamiento farmacológico.
- Sequedad ocular que trata con lágrimas artificiales desde dos años antes.
- Sensación de boca seca, de predominio nocturno, que, en el último año, obliga a tomar líquidos con frecuencia.

En la **exploración física** destaca:

- T Ax: 36.3 °C; T.A. 120/70 mm/Hg; FC: 89 x'
- Dolor a la presión y tumefacción en metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, muñecas y rodillas. Dolor a la presión en metatarsfalángicas.
- Caries en alguna pieza dental. Lengua algo depapilada.

Aporta:

Rx torax: sin alteraciones; Rx manos: ligera tumefacción de partes blandas periarticulares; Rx pies: sin alteraciones.; Rx rodillas: sin alteraciones. Hemograma: Hb: 11.8 g/L; VCM: 89 fL. Leucocitos: 6, 8 x 10.9/L; linfocitos: 1.8 x 10.9/L. Plaquetas: 385.000. VSG: 52 mm/h. Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, K, Na, CPK i FF.AA). Proteinuria 24 horas: 0.2 g/dia. Sedimento: 2 hematíes/campo; 2 leucocitos/campo. Estudio inmunológico: ANA (+) 1/320, FR (-), ACPA (-)

Síndrome de Sjögren primario

Situación clínica (3)

Varón de 25 años de edad, mecánico de coches, que **consulta** por presentar desde tres semanas antes poliartritis con compromiso de manos, muñecas y rodillas (en tratamiento con ibuprofeno 600 mg/día). En los últimos tres días se ha añadido al cuadro dolor centrotorácico anterior, que aumenta con la inspiración y los cambios posturales y que se irradia a ambos hombros.

Entre sus **antecedentes** destaca:

- Hábito tabáquico (8 paquetes/año)
- Amigdalectomía a los 9 años
- Dos episodios de lumbociatalgia (a los 20 y a los 23 años), autolimitados, atribuidos a hernia discal.

En la **exploración física** se observa:

- Poliartritis en las regiones descritas
- AC: No soplos. Roce pericárdico. AP: Hipofonesis basal en ambos hemitórax ☐ Edema bimalleolar con fovea.
- T Ax: 37.3 °C. T.A: 120/70 mm/Hg. FR: 16 x'; FC: 98 x'

Aporta las siguientes **exploraciones complementarias** realizadas por su médico de cabecera:

- Rx torax: derrame pleural bilateral. No aumento de silueta cardíaca. No alteraciones parenquimatosas
- Hemograma: Hb: 14,4 g/L; VCM: 89 fL. Leucocitos: $2.6 \times 10^9/L$; linfocitos: $1.2 \times 10^9/L$. Plaquetas: 235.000. VSG: 65 mm/h. Bioquímica general (incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, K, Na, CPK y FF.AA): normal.
- Sedimento: > 100 hematias/campo. 40 leucocitos/campo.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Situación clínica (3)

Varón de 25 años de edad, mecánico de coches, que **consulta** por presentar desde tres semanas antes poliartritis con compromiso de manos, muñecas y rodillas (en tratamiento con ibuprofeno 600 mg/día). En los últimos tres días se ha añadido al cuadro dolor centrotorácico anterior, que aumenta con la inspiración y los cambios posturales y que se irradia a ambos hombros.

Entre sus **antecedentes** destaca:

- Hábito tabáquico (8 paquetes/año)
- Amigdalectomía a los 9 años
- Dos episodios de lumbociatalgia (a los 20 y a los 23 años), autolimitados, atribuidos a hernia discal.

En la **exploración física** se observa:

- Poliartritis en las regiones descritas
- AC: No soplos. Roce pericárdico. AP: Hipofonesis basal en ambos hemitórax ☐ Edema bimalleolar con fovea.
- T Ax: 37.3 °C. T.A: 120/70 mm/Hg. FR: 16 x'; FC: 98 x'

Aporta las siguientes **exploraciones complementarias** realizadas por su médico de cabecera:

- Rx torax: derrame pleural bilateral. No aumento de silueta cardíaca. No alteraciones parenquimatosas
- Hemograma: Hb: 14,4 g/L; VCM: 89 fL. Leucocitos: $2.6 \times 10^9/L$; linfocitos: $1.2 \times 10^9/L$. Plaquetas: 235.000. VSG: 65 mm/h. Bioquímica general (incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, K, Na, CPK y FF.AA): normal.
- Sedimento: > 100 hematias/campo. 40 leucocitos/campo.

Lupus eritematoso sistémico

Situación clínica (4)

Mujer de 31 años de edad que **consulta** por presentar desde dos semanas antes poliartritis con compromiso de manos, muñecas y rodillas. Acude al Servicio de Urgencias porque desde hace 18 horas presenta dolor y tumefacción en masa gemelar izquierda.

Entre sus **antecedentes** destaca:

- Hábito tabáquico (10 paquetes/año)
- Apendicectomía a los 14 años
- Madre afecta de artritis reumatoide.

En la **exploración física** se observa:

- Poliartritis en las regiones descritas
- Tumefacción de consistencia blanda con eritema y piel distendida en masa gemelar izquierda. Signo de Homans (+). Edema con fóvea en región distal de pierna izquierda.
- T Ax: 37.4 °C. T.A. 127/75 mm/Hg. FR: 16 x'; FC: 84 x'

Aporta las siguientes **exploraciones complementarias** realizadas por su médico de familia:

- Rx torax: sin alteraciones. Rx mamos y rx rodillas: sin alteraciones
- Hemograma: Hb: 102 g/L; HCM: 30 pg. VCM: 89 fL. Leucocitos: $2,4 \times 10^9/L$; linfocitos: $0.66 \times 10^9/L$. Plaquetas: 95.000. VSG: 45 mm/h. Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, K, Na, CPK i FF.AA).
- Factor reumatoide (+). ANA (+) 1/640

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Situación clínica (4)

Mujer de 31 años de edad que **consulta** por presentar desde dos semanas antes poliartritis con compromiso de manos, muñecas y rodillas. Acude al Servicio de Urgencias porque desde hace 18 horas presenta dolor y tumefacción en masa gemelar izquierda.

Entre sus **antecedentes** destaca:

- Hábito tabáquico (10 paquetes/año)
- Apendicectomía a los 14 años
- Madre afecta de artritis reumatoide.

En la **exploración física** se observa:

- Poliartritis en las regiones descritas
- Tumefacción de consistencia blanda con eritema y piel distendida en masa gemelar izquierda. Signo de Homans (+). Edema con fóvea en región distal de pierna izquierda.
- T Ax: 37.4 °C. T.A. 127/75 mm/Hg. FR: 16 x'; FC: 84 x'

Aporta las siguientes **exploraciones complementarias** realizadas por su médico de familia:

- Rx torax: sin alteraciones. Rx mamos y rx rodillas: sin alteraciones
- Hemograma: Hb: 102 g/L; HCM: 30 pg. VCM: 89 fL. Leucocitos: 2,4 x 10.⁹/L; linfocitos: 0.66 10.⁹/L. Plaquetas: 95.000. VSG: 45 mm/h. Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, K, Na, CPK i FF.AA).
- Factor reumatoide (+). ANA (+) 1/640

Lupus eritematoso sistémico + síndrome antifosfolipídico

Situación clínica (5)

Mujer de 52 años de edad remitida a la consulta por presentar desde tres años antes fenómeno de Raynaud en el periodo invernal, polialgias y limitación progresiva de la movilidad de las manos, y desde cuatro meses antes astenia, disfagia y disnea de medianos esfuerzos.

Entre sus antecedentes destaca:

- Hábito tabáquico hasta los 48 años (28 paquetes/año)
- HTA conocida desde 5 años antes en tratamiento con hidroclorotiazida

Exploración física:

- TA: 145/80; FC: 90 x'; FR: 18 x'; T Ax: 36,5
- Limitación de la movilidad (contractura) en manos
- Fibrosis cutánea con afección de manos, pies, tronco y cara.
- Crepitantes bibasales teleinspiratorios.
- Úlcera en pulpejo del tercer dedo de la mano derecha

Aporta:

- Rx manos: sin alteraciones significativas. Rx tórax: patrón intersticial bilateral
- Analítica: VSG: 49 mm/h. Hb: 10,8 g/L. VCM: 89 fl. Leucocitos: $6,9 \times 10^9/L$; Plaquetas: 485.000. Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, AST, K y Na).
- Sedimento: 5 leucocitos/campo. No hematuria.
- FR (-). ANA (+) 1/320

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Situación clínica (5)

Mujer de 52 años de edad remitida a la consulta por presentar desde tres años antes fenómeno de Raynaud en el periodo invernal, polialgias y limitación progresiva de la movilidad de las manos, y desde cuatro meses antes astenia, disfagia y disnea de medianos esfuerzos.

Entre sus antecedentes destaca:

- Hábito tabáquico hasta los 48 años (28 paquetes/año)
- HTA conocida desde 5 años antes en tratamiento con hidroclorotiazida

Exploración física:

- TA: 145/80; FC: 90 x'; FR: 18 x'; T Ax: 36,5
- Limitación de la movilidad (contractura) en manos
- Fibrosis cutánea con afección de manos, pies, tronco y cara.
- Crepitantes bibasales teleinspiratorios.
- Úlcera en pulpejo del tercer dedo de la mano derecha

Aporta:

- Rx manos: sin alteraciones significativas. Rx tórax: patrón intersticial bilateral
- Analítica: VSG: 49 mm/h. Hb: 10,8 g/L. VCM: 89 fl. Leucocitos: $6,9 \times 10^9/L$; Plaquetas: 485.000. Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, AST, K y Na).
- Sedimento: 5 leucocitos/campo. No hematuria.
- FR (-). ANA (+) 1/320

Esclerosis sistémica

Situación clínica (6)

Mujer de 68 años de edad que **consulta** por presentar:

- Dolor y rigidez en cinturas escapular y pelviana, así como en región cervical de 6 semanas de evolución. La paciente refiere una gran incapacidad funcional (“me he vuelto una inválida”).
- Astenia, anorexia y pérdida de peso (2 kg)
- Cefalea en región temporal derecha de 4 semanas de evolución.
- Hiperestesia en región temporal derecha (“Cuando me paso el peine me duele”)
- Un episodio autolimitado de pérdida de visión en el día anterior a la consulta

Antecedentes patológicos:

- Colectomía a los 64 años de edad.
- Histerectomía con doble anexectomía a los 49 años de edad. ☑ HTA en tratamiento con hidroclorotiazida.
- Hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina

En la **exploración física** destaca:

- T Ax: 37.1 °C; T.A. 150/85 mm/Hg; FC: 79 x’
- Limitación de la movilidad en cuello, cintura escapular y pelviana.
- Dolor a la presión sobre arteria temporal derecha + pulso disminuido

Aporta:

- Rx torax: sin alteraciones; Rx c. cervical, pelvis y hombros: discretos signos de artrosis
- Hb: 11.6 g/L; VCM: 89 fL. Leucocitos: 7, 8 x 10.9/L; linfocitos: 1.7 x 10.9/L. Plaquetas: 485.000. VSG: 72 mm/h. Bioquímica general(incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, GGT, FF.AA, K, Na, CPK) normal
Proteinuria 24 horas: 0.3 g/dia. Sedimento: 2 hematíes/campo; 2 leucocitos/campo. ANA (-), FR (-)

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Situación clínica (6)

Mujer de 68 años de edad que **consulta** por presentar:

- Dolor y rigidez en cinturas escapular y pelviana, así como en región cervical de 6 semanas de evolución. La paciente refiere una gran incapacidad funcional (“me he vuelto una inválida”).
- Astenia, anorexia y pérdida de peso (2 kg)
- Cefalea en región temporal derecha de 4 semanas de evolución.
- Hiperestesia en región temporal derecha (“Cuando me paso el peine me duele”)
- Un episodio autolimitado de pérdida de visión en el día anterior a la consulta

Antecedentes patológicos:

- Colectomía a los 64 años de edad.
- Histerectomía con doble anexectomía a los 49 años de edad. ☑ HTA en tratamiento con hidroclorotiazida.
- Hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina

En la **exploración física** destaca:

- T Ax: 37.1 °C; T.A. 150/85 mm/Hg; FC: 79 x’
- Limitación de la movilidad en cuello, cintura escapular y pelviana.
- Dolor a la presión sobre arteria temporal derecha + pulso disminuido

Aporta:

- Rx torax: sin alteraciones; Rx c. cervical, pelvis y hombros: discretos signos de artrosis
- Hb: 11.6 g/L; VCM: 89 fL. Leucocitos: 7, 8 x 10.9/L; linfocitos: 1.7 x 10.9/L. Plaquetas: 485.000. VSG: 72 mm/h. Bioquímica general(incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, GGT, FF.AA, K, Na, CPK) normal
Proteinuria 24 horas: 0.3 g/dia. Sedimento: 2 hematíes/campo; 2 leucocitos/campo. ANA (-), FR (-)

Arteritis de células gigantes

Situación clínica (7)

Mujer de 26 años de edad que **consulta** por presentar desde 10 semanas antes una oligoartritis de extremidades inferiores (afección de ambas rodillas y tobillos). Además, desde hace 3 días refiere dolor centrotorácico que aumenta con la inspiración profunda con discreta sensación disneica

Antecedentes:

- Madre afecta de artritis reumatoide.
- Fenómeno de Raynaud en periodos invernales desde los 19 años (controla con medidas físicas).

En la **exploración física** destaca:

- Acroesclerosis en ambas manos.
- Dolor a la presión y tumefacción en ambas rodillas y tobillos.
- Roce pericárdico
- Hipofonosis basal en ambos hemitórax
- Balance muscular, normal.
- T Ax: 37.3 °C. T.A. 130/70 mm/Hg. FR: 16 x'; FC: 82 x'

Aporta:

- Rx torax: derrame pleural bilateral
- Hemograma: Hb: 13.4 g/L; VCM: 85 fL. Leucocitos: 6, 8 x 10⁹ /L; linfocitos: 1.79 x 10⁹ /L. Plaquetas: 305 x 10⁹ /L Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa K, Na, FF.AA, ALT, AST, GGT, albúmina y proteínas totales). VSG: 76 mm/h Proteinuria 24 horas: 0.1 g/día. Sedimento: sin alteraciones.
- Estudio inmunológico: Factor reumatoide (+), Anti-PCC (-), ANA + 1/640, Anti DNA (-), Anti-RNP (+), Anti-Sm (-)

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Situación clínica (7)

Mujer de 26 años de edad que **consulta** por presentar desde 10 semanas antes una oligoartritis de extremidades inferiores (afección de ambas rodillas y tobillos). Además, desde hace 3 días refiere dolor centrotorácico que aumenta con la inspiración profunda con discreta sensación disneica

Antecedentes:

- Madre afecta de artritis reumatoide.
- Fenómeno de Raynaud en periodos invernales desde los 19 años (controla con medidas físicas).

En la **exploración física** destaca:

- Acroesclerosis en ambas manos.
- Dolor a la presión y tumefacción en ambas rodillas y tobillos.
- Roce pericárdico
- Hipofonosis basal en ambos hemitórax
- Balance muscular, normal.
- T Ax: 37.3 °C. T.A. 130/70 mm/Hg. FR: 16 x'; FC: 82 x'

Aporta:

- Rx torax: derrame pleural bilateral
- Hemograma: Hb: 13.4 g/L; VCM: 85 fL. Leucocitos: 6, 8 x 10⁹ /L; linfocitos: 1.79 x 10⁹ /L. Plaquetas: 305 x 10⁹ /L Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa K, Na, FF.AA, ALT, AST, GGT, albúmina y proteínas totales). VSG: 76 mm/h Proteinuria 24 horas: 0.1 g/dia. Sedimento: sin alteraciones.
- Estudio inmunológico: Factor reumatoide (+), Anti-PCC (-), ANA + 1/640, Anti DNA (-), Anti-RNP (+), Anti-Sm (-)

Enfermedad mixta del tejido conectivo

Situación clínica (8)

Mujer de 56 años de edad **afecta de artritis reumatoide** seropositiva de 5 años de evolución que **consulta** por presentar desde tres semanas antes edemas maleolares y astenia, y en los últimos cinco días dolor pleurítico derecho y eritema en región de escote. Entre sus **antecedentes** destaca:

- Hábito tabáquico (20 paquetes/año). Amigdalectomía a los 24 años.

Tratamiento habitual:

- Prednisona (5 mg/día), omeprazol (20 mg/día), metotrexato (15 mg/semana), calcio (1000 mg/día) y vitamina D (800 UI/día).

En el último control clínico efectuado tres meses antes, la paciente presentaba un adecuado control de la actividad de la enfermedad de base. El estudio analítico, incluyendo hemograma, bioquímica general y reactantes de fase aguda era normal.

En la **exploración física** se observa:

- Eritema en raíz de brazos y en escote. Edema con fovea en ambas regiones maleolares. Hipofonesis basal en hemitórax derecho. T Ax: 37.1 °C. T.A. 125/75 mm/Hg. FR: 16 x'; FC: 88 x'

Aporta las siguientes exploraciones complementarias realizadas por su médico de familia:

- Rx torax: derrame pleural derecho
- Hemograma: Hb: 102 g/L; VCM: 89 fL. Leucocitos: $2,6 \times 10^9/L$; linfocitos: $0,69 \times 10^9/L$. Plaquetas: 95.000. VSG: 85 mm/h. Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, K, Na, CPK i FF.AA), salvo ligera disminución de las proteínas totales. Proteinuria 24 horas: 3.6 g/día. Sedimento: > 100 hematíes/campo; 20 leucocitos/campo. FR (+).

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Situación clínica (8)

Mujer de 56 años de edad **afecta de artritis reumatoide** seropositiva de 5 años de evolución que **consulta** por presentar desde tres semanas antes edemas maleolares y astenia, y en los últimos cinco días dolor pleurítico derecho y eritema en región de escote. Entre sus **antecedentes** destaca:

- Hábito tabáquico (20 paquetes/año). Amigdalectomía a los 24 años.

Tratamiento habitual:

- Prednisona (5 mg/día), omeprazol (20 mg/día), metotrexato (15 mg/semana), calcio (1000 mg/día) y vitamina D (800 UI/día).

En el último control clínico efectuado tres meses antes, la paciente presentaba un adecuado control de la actividad de la enfermedad de base. El estudio analítico, incluyendo hemograma, bioquímica general y reactantes de fase aguda era normal.

En la **exploración física** se observa:

- Eritema en raíz de brazos y en escote. Edema con fovea en ambas regiones maleolares. Hipofonesis basal en hemitórax derecho. T Ax: 37.1 °C. T.A. 125/75 mm/Hg. FR: 16 x'; FC: 88 x'

Aporta las siguientes exploraciones complementarias realizadas por su médico de familia:

- Rx torax: derrame pleural derecho
- Hemograma: Hb: 102 g/L; VCM: 89 fL. Leucocitos: $2,6 \times 10^9/L$; linfocitos: $0,69 \times 10^9/L$. Plaquetas: 95.000. VSG: 85 mm/h. Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, ALT, AST, K, Na, CPK i FF.AA), salvo ligera disminución de las proteínas totales. Proteinuria 24 horas: 3.6 g/día. Sedimento: > 100 hematíes/campo; 20 leucocitos/campo. FR (+).

Síndrome de superposición (artritis reumatoide + lupus eritematoso sistémico)