

Utilidad de la videocapilaroscopia de lecho ungueal en el síndrome de Sjögren con fenómeno de Raynaud

F. Zazzetti¹, M.A. Rivero², H.A. Laborde¹, J.C. Barreira¹

¹ Servicio de Reumatología, ² Consultorio de Capilaroscopia - Registro de Pacientes con Esclerodermia; Hospital Británico de Buenos Aires.

La videocapilaroscopia de lecho ungueal (VCLU) es un método sencillo, no invasivo, de bajo costo y útil para la evaluación de las anomalías microvasculares halladas en las enfermedades del tejido conectivo (ETC)¹. Describimos una paciente con síndrome de Sjögren (SS) primario que presentó alteraciones características en la VCLU y desarrolló una esclerosis sistémica (ES) limitada.

Paciente de 72 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo (de 3 años de evolución, sustituida, con anticuerpos antitiroideos negativos), dislipemia, cáncer de mama ductal (2001), que desarrolla desde marzo de 2007 síntomas sicca (xeroftalmia, xerostomía y xeroderma) de 1 año de evolución con la presencia de anticuerpos anti-nucleocitoplasmáticos positivos (1/2560 patrón moteado fino), anti-Ro/SS-A (76 U/ml para un valor de corte de 12 U/ml) cumpliendo criterios para SS². Recibió tratamiento con hidroxiquina 400 mg/día que debió suspender por intolerancia digestiva. Al año del diagnóstico presentaba Raynaud trifásico, oligoartritis no erosiva, acroesclerosis, telangiectasias y dismotilidad esofágica; sin cambios en el perfil inmunológico. La VCLU mostró los siguientes hallazgos compatibles con patrón SD: megacapilares (Figura 1), microhemorragias (Figura 2) y zonas avasculares (Figura 3). El ecocardiograma doppler color y las pruebas de función pulmonar (espirometría y DLCO) resultaron normales. La tomografía pulmonar de alta resolución no evidenció compromiso parenquimatoso ni intersticial.



Figura 1. VCLU que evidencia la presencia de megacapilar de 62 micrones y áreas avasculares.



Figura 2. VCLU donde se evidencia la presencia de microhemorragias.

Correspondencia

Hospital Británico de Buenos Aires,
1280 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
E-mail: reumatologia@hbritanico.com.ar
Fax: +54 (011) 4304-1025



Figura 3. VLCU donde se objetiva la presencia de megacapilares, el mayor de 80 micrones y áreas avasculares.

Conclusión

Recientemente, se ha jerarquizado el rol de la VCLU para diferenciar el fenómeno de Raynaud primario (funcional, no asociado a ETC) del secundario (asociado a ETC). El hallazgo precoz de un patrón capilaroscópico anormal posee un alto valor predictivo positivo para el desarrollo de una ETC³, siendo el más específico el que se halla relacionado con la Esclerosis Sistémica (ES); denominándose "scleroderma pattern" (patrón SD). El mismo se caracteriza por la presencia de megacapilares, microhemorragias, áreas avasculares y neoangiogénesis; presente aproximadamente en el 90% de pacientes con ES⁴. Cambios similares pueden hallarse en otras ETC conociéndose como "scleroderma-like pattern". En el síndrome de Sjögren (SS) dicha patente ha sido comunicada ocasionalmente; Capobianco y cols. hallaron en 7 de 61 pacientes estudiados (11,5%) patrón SD y anomalías inespecíficas en 18 (29,5%) aunque ninguno desarrolló ES⁵. Riccieri y cols. asociaron dichas anomalías microvasculares con la presencia de anticuerpos dirigidos contra las células endoteliales⁶.

La capilaroscopia constituye un método sencillo y de suma utilidad en la diferenciación entre fenómeno de Raynaud primario y secundario generando un dilema aquellos pacientes sin signos clínicos, ni capilaroscópicos y de laboratorio compatibles con enfermedad del tejido conectivo, hecho que obliga al seguimiento de los mismos y a un permanente estado de vigilancia. En la literatura existen trabajos de tipo prospectivos en donde se han reportado más de un 20% de transformación de Raynaud Primario a Secundario en un período de 10 años⁷.

Bibliografía

1. Cortes S, Cutolo M. Capillaroscopic patterns in rheumatic diseases. *Acta Reumatol Port.* 2007 Jan-Mar; 32:29-36.
2. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis.* 2002; 61:554-8.
3. Lambova SN, Müller-Ladner U. The role of capillaroscopy in differentiation of primary and secondary Raynaud's phenomenon in rheumatic diseases: a review of the literature and two case reports. *Rheumatol Int.* 2009; 29:1263-71.
4. Maricq HR, LeRoy EC, D'Angelo WA, Medsger Jr. TA, Rodnan GP, Sharp GC et al. Diagnostic potential of in vivo capillary microscopy in scleroderma and related disorders. *Arthritis Rheum.* 1980; 23:183-9.
5. Capobianco KG, Xavier RM, Bredemeier M, Restelli VG, Brenol JC. Nailfold capillaroscopic findings in primary Sjögren's syndrome: clinical and serological correlations. *Clin Exp Rheumatol.* 2005; 23:789-94.
6. Riccieri V, Sciarra I, Ceccarelli F, Alessandri C, Croia C, Vasile M et al. Nailfold capillaroscopy abnormalities are associated with the presence of anti-endothelial cell antibodies in Sjögren's syndrome. *Rheumatology* 2009; 48:704-6.
7. Hirschl M, Hirschl K, Lenz M, Katzenschlager R, Hutter HP, Kundi M. Transition from primary Raynaud's phenomenon to secondary Raynaud's phenomenon identified by diagnosis of an associated disease: results of ten years of prospective surveillance. *Arthritis Rheum.* 2006; 54:1974-81.