



Carta al Editor

Síndrome de Tolosa-Hunt como una presentación inicial de sarcoidosis



Tolosa-Hunt Syndrome as an Initial Presentation of Sarcoidosis

Sr. Editor:

El síndrome de Tolosa-Hunt (STH) se define como una inflamación granulomatosa idiopática del seno cavernoso o de la fisura orbitaria superior, caracterizado por una oftalmoplejía dolorosa unilateral, con anomalías en la resonancia magnética (RM) cerebral que consisten en un aumento del tamaño y en la hiper captación del medio de contraste intravenoso del seno cavernoso afectado^{1,2}. Se presenta habitualmente como una parálisis dolorosa del tercer par craneal, aunque puede afectar a cualquier nervio del seno cavernoso¹. Es un diagnóstico clínico y de exclusión. A continuación presentamos un caso de STH como presentación inicial de una sarcoidosis. Se trata de una mujer de 55 años que consulta por historia de diplopía variable, intermitente y horizontal asociada con ptosis del párpado superior derecho y dolor leve. Los síntomas habían comenzado progresivamente 4 años antes habiéndose

diagnosticado inicialmente de enfermedad inflamatoria orbital. Refería además, eritema nudoso 8 años antes, y fatiga leve durante varios meses. En la exploración física destacaba una paresia del VI y III par craneales derechos, cursando con ptosis y diplopía horizontal. Además, hipoestesia y alodinia en territorio de la primera rama del trigémino (V1). El fondo de ojo fue normal de manera bilateral. La exploración cardiopulmonar, abdominal, cutánea y locomotor dentro de los límites normales. En las pruebas complementarias, hemograma, bioquímica, sistemático y sedimento de orina fueron normales, así como VSG, PCR y la enzima convertidora de angiotensina (ECA). La punción lumbar presentó presión de apertura normal. El análisis del líquido cefalorraquídeo no reveló células, siendo los niveles de glucosa, proteína total y ECA normales. Se realizó RM que mostró una tumefacción y aumento de músculos extraoculares, con extensión intracraneal y compromiso del seno cavernoso (figs. 1a y c). Una tomografía computarizada del tórax objetivó linfadenopatía hilar bilateral y nódulos pulmonares pequeños y bien definidos. Una PET/TC de fluorodeoxiglucosa de ¹⁸F (figs. 1b y d) mostró una captación normal en la órbita derecha y los ganglios linfáticos del tórax. Se realizó una biopsia endoscópica del seno cavernoso endonasal, en la que se encontraron granulomas

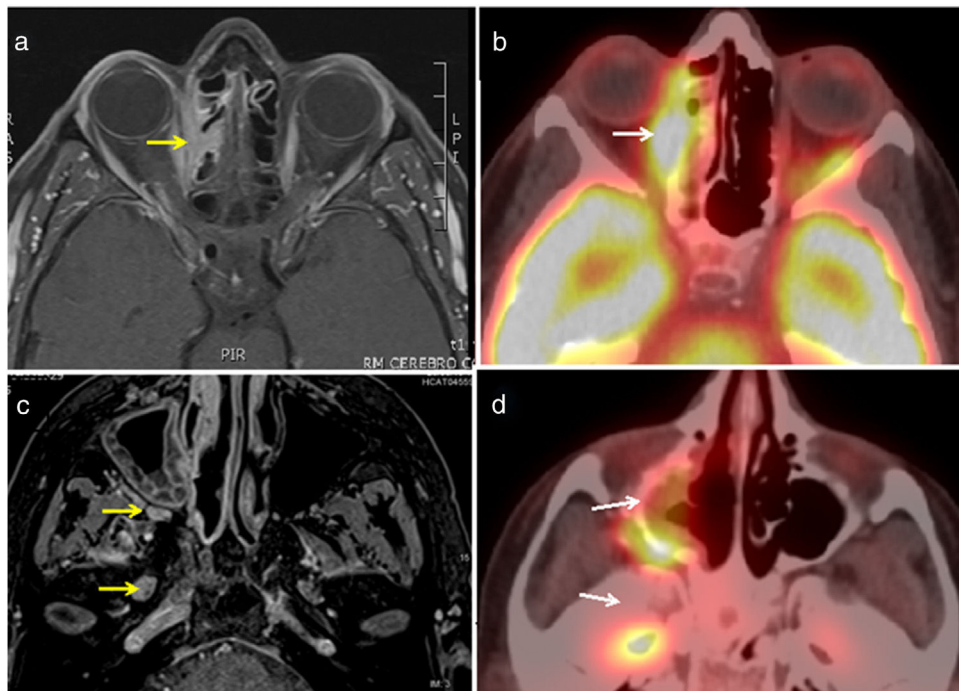


Figura 1. Imágenes de RM axiales potenciadas en T1 con supresión grasa tras la administración de contraste IV (a y c) y de PET/TC (b y d): hipermetabolismo de la lesión infiltrativa orbito-craneal derecha (espacio extraconal y celdillas etmoidales, fosa pterigopalatina y agujero oval).

confluentes, no necrosantes, sugerentes de sarcoidosis. El despistaje de tuberculosis fue negativo.

Con estos hallazgos iniciamos tratamiento con glucocorticoides, primero 3 bolos de metilprednisolona intravenosa de 1 g/día y luego prednisona a dosis de 1 mg/kg en pauta descendente. Presentando una rápida mejoría clínica, aunque la extensión orbital y el daño neurológico establecido presentaron menor respuesta, objetivado con las pruebas de imagen. Dada la buena respuesta inicial a la corticoterapia, no se inició el uso de inmunosupresores.

En nuestra paciente, los hallazgos de la RM orbital sugirieron el STH y después del examen sistémico, y la biopsia nos planteamos una presentación inicial inusual de sarcoidosis sistémica con síntoma principal neurológico. La neurosarcoidosis aislada es poco común, debido a que más del 90% de los pacientes también tienen sarcoidosis en otros órganos, especialmente los pulmones y los ganglios linfáticos mediastínicos³. La neuropatía craneal es la manifestación más común de la neurosarcoidosis². El diagnóstico de la neurosarcoidosis es a menudo difícil, porque las manifestaciones clínicas y los hallazgos de los estudios por imágenes pueden ser imitados por varias otras enfermedades. La RM cerebral es la imagen más sensible para el diagnóstico³. Este caso destaca que la sarcoidosis puede presentarse en formas inusuales, enmascarando trastornos neurológicos.

Bibliografía

1. Lutt JR, Lim L, Phal P, Rosenbaum JT. Orbital inflammatory disease. *Semin Arthritis Rheum.* 2008;37:207-22.
2. Prete B, Sowka J. Painful ophthalmoplegia as an initial presentation of sarcoidosis. *Clin Exp Optom.* 2017;100:291-3.
3. Ungpraset P, Matteson EL. Neurosarcoidosis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2017;43:593-606.

Anahy Brandy-García^{a,*}, Carlos Suárez-Cuervo^b
y Luis Caminal-Montero^c

^a Servicio de Reumatología, Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^b Department of General Medicine, Borders General Hospital, Melrose, Scotland, Reino Unido

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anahymbg@gmail.com

(A. Brandy-García).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.07.003>

1699-258X/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Respuesta a: Estado actual del tratamiento con infiltraciones intra-articulares en la artritis idiopática juvenil



Response to: Current Status of Treatment With Intra-Articular Infiltrations in Juvenile Idiopathic Arthritis

Sr. Editor:

Hemos leído atentamente la publicación de Nieto-González y Monteagudo¹ en REUMATOLOGÍA CLÍNICA, donde se realiza una revisión narrativa de la literatura con relación a la práctica de infiltraciones intra-articulares con corticoides (IAC) en pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ). Nos gustaría exponer los resultados de una encuesta realizada a todos los miembros de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE) en 2017, en la que se les consultaba acerca de su práctica habitual en relación a diversos aspectos de dicha técnica.

La encuesta constaba de 10 preguntas ideadas por el Comité Científico del Congreso Nacional de 2017 de dicha sociedad. Las preguntas incidían sobre: especialidad médica del personal que realizaba las IAC (reumatólogo, pediatra, médico rehabilitador, traumatólogo); categoría de la AIJ en que se empleaba dicho procedimiento; indicación de analgesia y/o sedación durante el mismo; fármaco(s) empleado(s); detalles acerca de la técnica de IAC (asepsia, lavado con suero salino, dilución del corticoide y otros); número máximo de articulaciones infiltradas en una sesión; número máximo de IAC de una misma articulación en un año; recomendaciones tras la infiltración; complicaciones tras la infiltración; y diferencias entre niños según su edad. La plataforma empleada fue «SurveyMonkey», que permite la creación de encuestas en línea (<https://es.surveymonkey.com>). Dicha plataforma interpreta las respuestas de los encuestados y realiza una estadística descriptiva básica de las mismas.

De los 120 socios contactados, se obtuvo respuesta de 85. Los resultados de la encuesta evidenciaron la heterogeneidad existente

entre los diversos profesionales que realizan IAC en AIJ, que otros autores han comunicado con anterioridad². La tabla adjunta expone dichos resultados. En general, las contestaciones de los encuestados reflejan la ausencia de guías de actuación reconocidas para esta técnica, poniendo de manifiesto la existencia de un proceder «según arte» en los diferentes centros que atienden niños y jóvenes con enfermedades reumáticas. Similares conclusiones se obtuvieron en un trabajo norteamericano basado asimismo en una encuesta³.

Este estudio tiene varias limitaciones, siendo quizás la principal el hecho de que la encuesta solo fue respondida por 85 de 120 socios, esto es, un 70%. Además, no todos los facultativos que asisten las enfermedades reumáticas de los niños en nuestro país son socios de la SERPE, aunque sí la mayoría. Por otro lado, no se ha realizado un análisis de potencial interés: evaluar sí, dentro de la heterogeneidad observada en las respuestas, se encontraría una mayor homogeneidad en las mismas si se estratificasen según especialidad del encuestado (reumatólogo, pediatra, rehabilitador, traumatólogo).

Hay aspectos relevantes, en nuestra opinión, en relación con la técnica de IAC que sí se han incluido en la encuesta. Uno de ellos es el creciente protagonismo de la ecografía en la consulta de reumatología pediátrica, incluyéndose en años recientes como una herramienta más⁴ a la hora de infiltrar diversas localizaciones consideradas «difíciles» (articulación témporo-mandibular⁵, tendosinovitis⁶, subastragalina⁷). Por otro lado, en todos los ámbitos de la pediatría se está llevando a cabo una implementación de técnicas de sedo-analgesia con el fin de mejorar la calidad de la asistencia al paciente pediátrico; incluyendo las IAC, según diversas publicaciones recientes⁸⁻¹⁰.

Aunque la IAC no es una técnica que conlleve eventos adversos de relevancia, y que no requiere de una larga formación al respecto para poder realizarla con la suficiente pericia, los autores consideramos necesario el desarrollo de guías o recomendaciones al respecto dirigidas a la población infantil y juvenil (tabla 1).