

# **ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS**



**José Luis Callejas**  
**Unidad Enfermedades Sistémicas**  
**Hospital Universitario Clínico San Cecilio**  
**Granada**



# En mi opinión, las Enfermedades Sistémicas son del INTERNISTA

- El diagnóstico sindrómico es clave
- Muchas veces se desencadenan por procesos infecciosos, y con mucha frecuencia, como enfermos inmunodeprimidos que son, hacen complicaciones infecciosas, por gérmenes de lo más variopinto. Diferenciar un brote de una infección no siempre es fácil.
- Las pruebas de imagen, incluida el eco, son muy importantes en el diagnóstico.
- El tratamiento es complejo, muchas veces a la carta, con efectos adversos que hay que conocer y manejar.
- Nuestros pacientes tienen comorbilidades que hay que controlar (DM, HTA, EPOC, osteoporosis...)

# **No se puede diagnosticar NUNCA una enfermedad si no sabes QUE EXISTE**

**Vasculitis**

**Lupus eritematoso sistémico**

**Sjögren**

**Miopatias inflamatorias**

**Sd antifosfolípido**

**Enfermedades autoinflamatorias**

**Enfermedad de Cogan**

**Enfermedad de Still**

**Etc...**

**Enfermedad de Behcet**

**Síndrome de Susac**

**Enfermedades de Eales**

**Síndrome CINCA**

# EN LAS EAS FUNDAMENTAL LA COLABORACIÓN ENTRE DIFERENTES ESPECIALIDADES



COMPARTIR  
ELABORAR  
ACTUACIÓN:

ENFERMOS  
PROTOCOLOS

Y  
DE

- Dermatología
- Neurología
- Oftalmología
- Hematología
- Comité EPID
- Comité HP

# En las ENFERMEDADES SISTÉMICAS

- Pequeños detalles son los que conducen al diagnóstico

# DERIVACIONES DE ENFERMOS A NUESTRA UNIDAD

- Pacientes con alteraciones en las pruebas de autoinmunidad solicitadas por múltiples causas: ANA, ANCAS, AAF, ECA.....
- Pacientes con trastorno vasomotor: Raynaud y otros

Pacientes de:

- **oftalmología** con uvéitis: anteriores, intermedias, posteriores, panuveitis...
- **derma**: lupus, sarcoidosis, vasculitis cutáneas, pyodermas...
- **cardio**: IAM jóvenes con SAF, derrames pericárdicos, trastorno del ritmo, infiltrativas...
- **neuro**: ictus jóvenes con SAF, mielitis, neuritis óptica, vasculitis SNC y SNP...
- **nefro**: LES y v-ANCA
- **infecciosas**: fiebres que se quitan con corticoides (ACG, Still, autoinflamatorias...)
- **neumología**: EPID.....comité de EPID
- **hipertensión pulmonar**..... comité de HP
- **vascular**: aortitis y periaortitis
- **digestivo**: HAI, PAI
  
- **cacaos maravillosos**

# En MEDICINA

- Lo más frecuente es siempre lo más frecuente.
- TEORÍA DEL MACETAZO

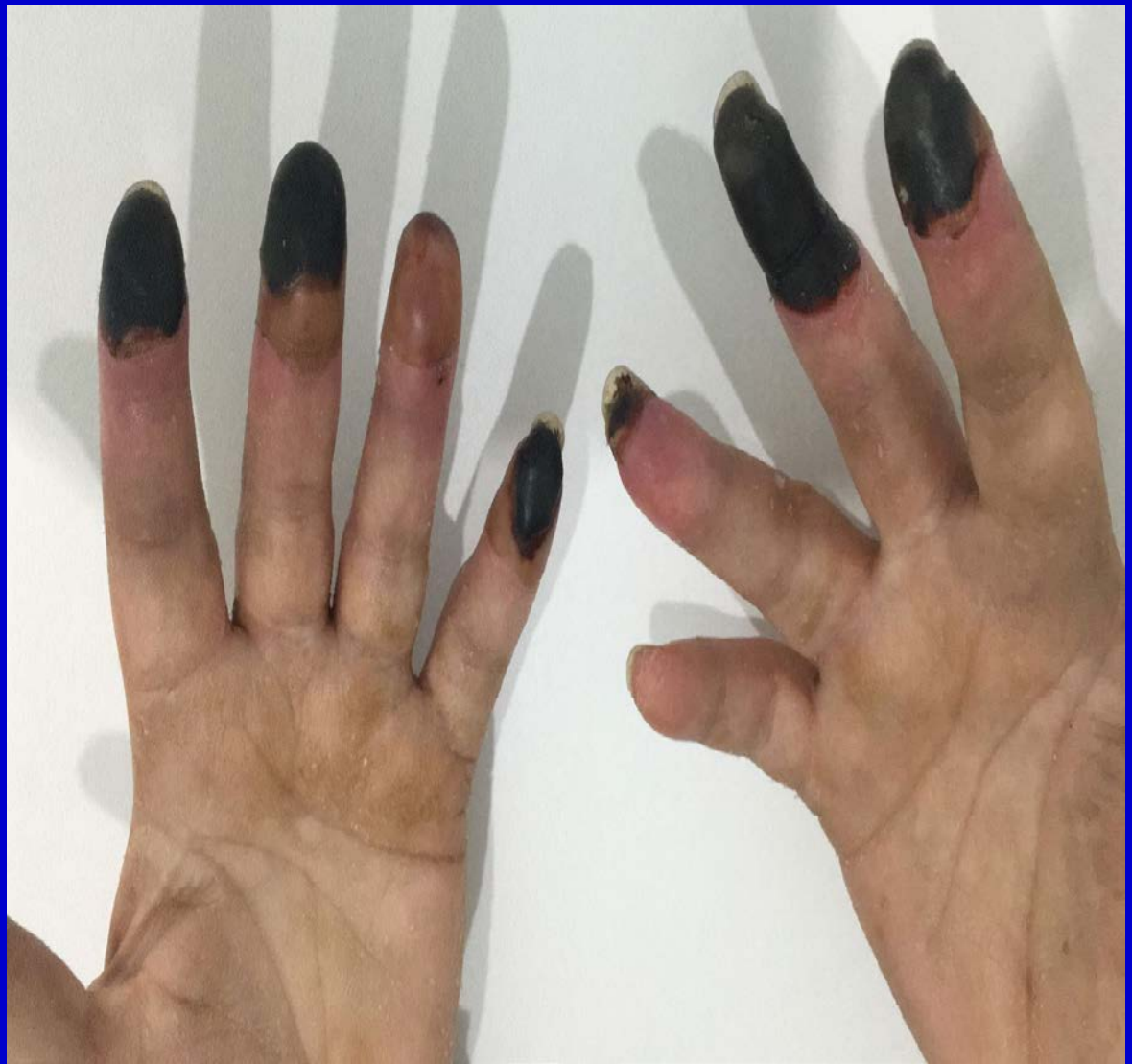


**TRASTORNOS VASOMOTORES**

**TALLER**

**CAPILAROSCOPIA**





Carles Tolosa Vilella<sup>a,\*</sup>, Carmen Pilar Simeón Aznar<sup>b</sup> y Lourdes Gabarró Julià<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital de Sabadell, Institut Universitari Parc Taulí, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, España

### Tabla 3

Criterios que ayudan en la diferenciación del fenómeno de Raynaud primario y secundario

	Fenómeno de Raynaud primario	Fenómeno de Raynaud secundario
Prevalencia	2,5-4%	0,4%
Edad de inicio	≤30 años	>30 años
Isquemia	Simétrica, con parestesias	Asimétrica <sup>a</sup> , dolor intenso
Gravedad	Raramente es grave la isquemia	Úlceras o cicatrices en pulpejo
Etiología	No es evidente	Sí es evidente
Exploración	No es concluyente	Orientativa
Analítica <sup>c</sup>	Normal	Anormal
Capilaroscopia	Normal	Anormal <sup>b</sup>
Evolución	Estabilización o mejoría	Empeoramiento frecuente
Tratamiento	Ocasionalmente	Frecuentemente

# New perspectives in the imaging of Raynaud's phenomenon

Ariane L. Herrick<sup>1,2</sup> , Graham Dinsdale<sup>1,2</sup> , Andrea Murray<sup>1,2</sup> 

**Table 1.** Properties of different capillaroscopic methods to be taken into account before purchasing a system for clinical or research use.

Property	NVC	Stereomicroscope	Dermatoscope	USB	Ophthalmoscope
Magnification	High	Variable	Low	Variable	High
Resolution	High	High	Medium	Medium	Low
Whole field of view?	No <sup>a</sup>	Yes	Yes	Yes	No
Measurement of density and capillary dimensions?	Yes	Maybe	No	Maybe	No
Easily portable?	Depends on system	No	Yes	Yes	Yes
Image capture?	Yes	Yes	With attached camera	Yes	No
Cost	\$5-12,000	\$7,000	\$2,000	\$35	\$700

# Comparison between low cost USB nailfold capillaroscopy and videocapillaroscopy: a pilot study



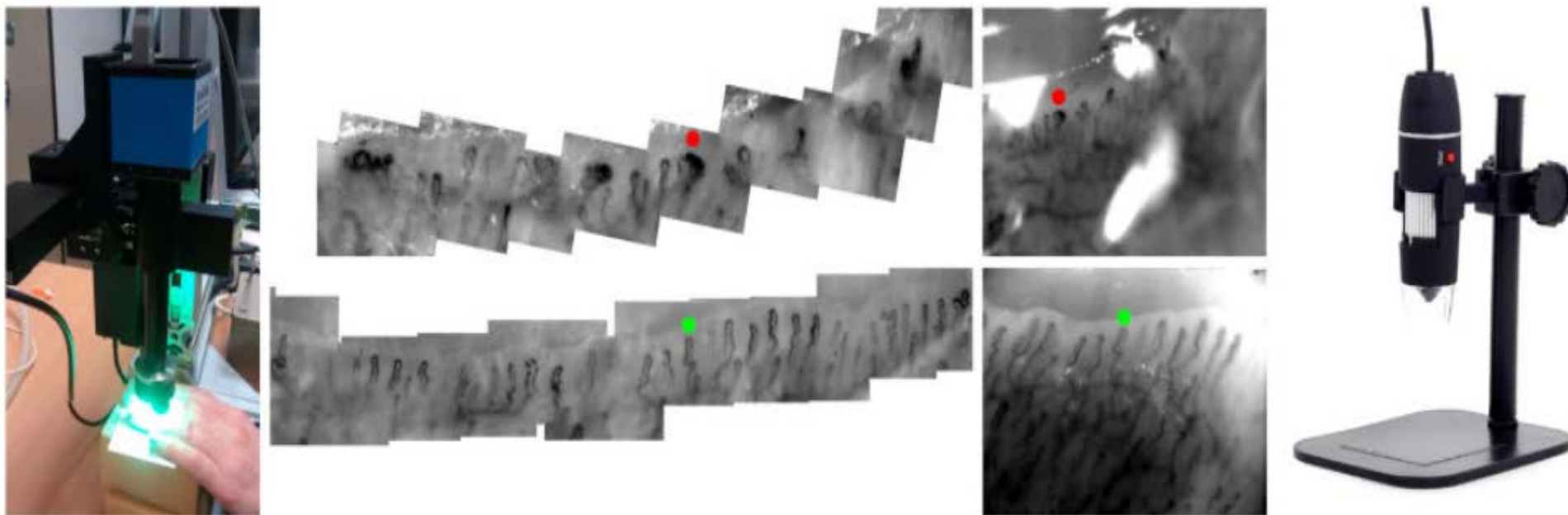
Michael Berks<sup>1</sup>, Graham Dinsdale <sup>2</sup>, Elizabeth Marjanovic<sup>2</sup>, Andrea Murray<sup>2</sup>, Chris Taylor<sup>1</sup> and Ariane L. Herrick <sup>2</sup>

FIG. 1 Videocapillaroscopy and USB nailfold capillaroscopy



## ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

### Herramientas digitales y aplicaciones

#### App Capilaroscopia



Precio: GRATIS

Categoría: Medicina

Sin valoraciones

Fecha publicación: 9 octubre 2013

Empresa: Actelion Pharmaceuticals Ltd

Tamaño: 3,25 MB

Versión: 0.1

Tipo de app: Universal (iPhone / iPod Touch / iPad)

La capilaroscopia es una técnica que se utiliza para el estudio de la microcirculación. En esta aplicación se definen los parámetros semiológicos que se observan en la capilaroscopia del lecho ungueal, con las imágenes más ilustrativas de cada uno de ellos. También se especifica la metodología que puede utilizarse en el análisis cuantitativo y semicuantitativo de las alteraciones capilaroscópicas. Se describen, asimismo, las características de los distintos patrones capilaroscópicos con sus correspondientes imágenes.

Esta aplicación constituye una herramienta que puede ser útil a especialistas de diversas áreas de la medicina, a modo de consulta o para iniciarse en el aprendizaje teórico/práctico de esta técnica. Todo el contenido vertido en la aplicación es fruto del consenso de los especialistas en capilaroscopia que componen el Grupo de trabajo para el estudio de la Capilaroscopia (GREC), dentro de la Línea de esclerodermia de la Sociedad Española de Medicina Interna.

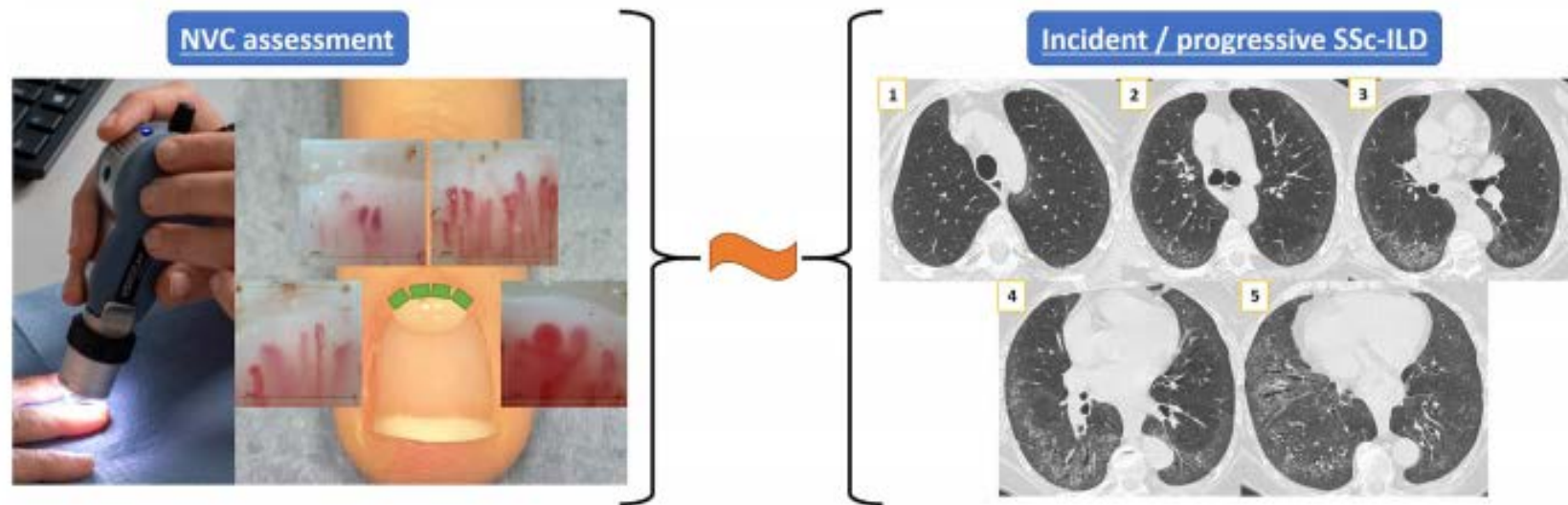
[Noticias](#)[Área administrativa](#)[Área clínica](#)[Guías de práctica clínica GEAS-FEMI](#)[Documentos de consenso multidisciplinares](#)[Ponencias en congresos](#)[Herramientas digitales y aplicaciones](#)[Publicaciones de interés en GEAS](#)[Investigación](#)[Formación y acreditación](#)[Información al paciente](#)[Redes sociales y notas de prensa](#)

# May capillaroscopy be a candidate tool in future algorithms for SSC-ILD: Are we looking for the holy grail? A systematic review








Vanessa Smith<sup>a,b,c,1,\*</sup>, Amber Vanhaecke<sup>a,b,1</sup>, Miguel G. Guerra<sup>d</sup>, Karin Melsens<sup>a,b</sup>,  
Els Vandecasteele<sup>a,e</sup>, Sabrina Paolino<sup>f,2</sup>, Maurizio Cutolo<sup>f,2</sup>

Autoimmunity Reviews 19 (2020) 102619

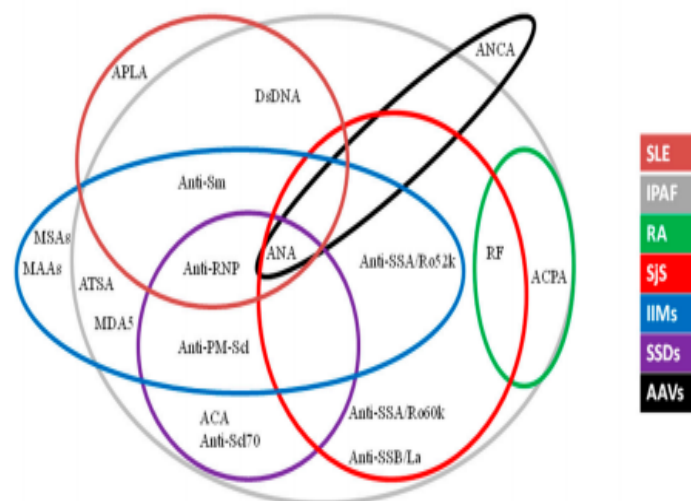


## Review

# Patients with Interstitial Lung Disease Secondary to Autoimmune Diseases: How to Recognize Them?

Domenico Sambataro <sup>1,2,\*</sup>, Gianluca Sambataro <sup>3,\*</sup> , Francesca Pignataro <sup>4</sup>, Giovanni Zanframundo <sup>5</sup> , Veronica Codullo <sup>5</sup> , Evelina Fagone <sup>3</sup>, Emanuele Martorana <sup>3</sup>, Francesco Ferro <sup>6</sup>, Martina Orlandi <sup>7</sup>, Nicoletta Del Papa <sup>4</sup>, Lorenzo Cavagna <sup>5</sup>, Lorenzo Malatino <sup>2</sup> , Michele Colaci <sup>2</sup>  and Carlo Vancheri <sup>3</sup>

Spectrum of autoantibodies associated with autoimmune Interstitial Lung Disease



## 9. First-Line Instrumental Exams

NVC is a useful tool to study *in vivo* the density and morphology of capillaries of the fingers through a magnification of 200 folds. NVC represents an easy, non-invasive, and non-expensive technique, generally used to evaluate patients with RP in order to detect a possible SSc [114]. The most important parameters for the diagnosis are the presence of giant capillaries (capillaries with a diameter  $\geq 50 \mu$ ) and Avascular Areas (AAs, distance between two capillary loops  $\geq 500 \mu$ ) [114]. NVC in SSc has proved to be useful not only in diagnosis but also in prognosis. The Number of microHEMOrrages (NEMO score) is useful to assess the disease activity in SSc, whereas the mean number of capillaries and AAs can be helpful to stratify the risk of developing complications such as DUs [115–118]. Recently, a pathologic NVC with scleroderma pattern was also found in patients with IIMs without RP [119], and the presence of bushy capillaries was associated with the diagnosis of IIMs [120]. Therefore, NVC can be a useful tool to assess ILD patients in order to select patients in whom it can be appropriate to look for MAAs and MSAs.

# State of the art on nailfold capillaroscopy in dermatomyositis and polymyositis

Chiara Bertolazzi MD <sup>a</sup>, Maurizio Cutolo MD, PhD <sup>b</sup>, Vanessa Smith MD, PhD <sup>c</sup>, Marwin Gutierrez MD, PhD <sup>d</sup>  



**Además de la capilaroscopia....**

**....hacemo eco**

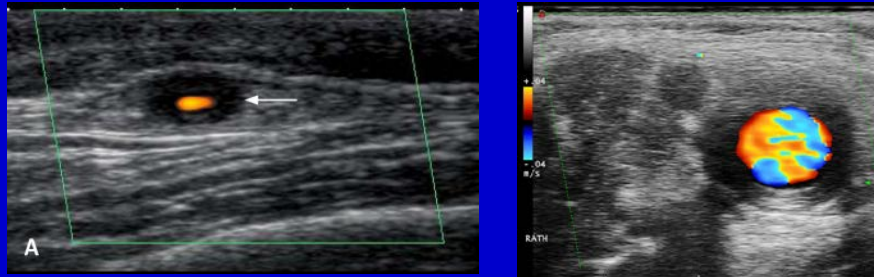


# EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice

*Ann Rheum Dis* 2018;**77**:636–643.

2. In patients in whom there is a high clinical suspicion of GCA and a positive imaging test, the diagnosis of GCA may be made without an additional test (biopsy or further imaging). In patients with a low clinical probability and a negative imaging result, the diagnosis of GCA can be considered unlikely. In all other situations, additional efforts towards a diagnosis are necessary.

3. Ultrasound of temporal±axillary arteries is recommended as the first imaging modality in patients with suspected predominantly cranial GCA\*. A non-compressible 'halo' sign is the ultrasound finding most suggestive of GCA.



1. In patients with suspected GCA, an early imaging test is recommended to complement the clinical criteria for diagnosing GCA, assuming high expertise and prompt availability of the imaging technique. Imaging should not delay initiation of treatment.



**Scalp necrosis as a manifestation of temporal arteritis**

*Cristina Serrano-Falcón, MD*

*Maria del Mar Serrano-Falcón, MD*

*Jose Luis Callejas-Rubio, MD*

*Salvio Serrano-Ortega, MD*

Granada, Spain

Int J Dermatol. 2010 Apr;49(4):466-7.



## **Tongue infarction as first symptom of temporal arteritis**

**Husein Husein-ElAhmed · Jose-Luis Callejas-Rubio ·  
Raquel Ríos-Fernández · Norberto Ortego-Centeno**

Rheumatol Int (2012) 32:799–800

**TODO RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA  
DEBERÍA, AL FINAL DE SU FORMACIÓN,  
SABER REALIZAR E INTERPRETAR UNA  
CAPILAROSCOPIA.**

**USO BÁSICO DE ECO ARTICULAR-VASCULAR  
PARA MANEJO DE EAS.**

**José Luis Callejas**

**NO TODOS LOS T. VASOMOTORES  
SON F. RAYNAUD**



## Derivada desde la consulta de Neurología...

- Mujer de 42 años, no fumadora, AP de asma y migraña
- Dolor de predominio en ambas plantas de los pies, junto con parestesias e impotencia funcional que había empeorado durante el último mes
- Acompañado de cambios de coloración, edemas y tumefacción que empeora con la bipedestación

## Exploración

\* Ctes a su llegada a SUE: SaO<sub>2</sub> 98% basal, FC 94 lpm, T° afebril, TA 80/45 (es su TA habitual según refiere)  
Consciente, orientada, colaboradora, eupneica en reposo, buen estado general.

NRL: Lenguaje normal. PINR, pares craneales normales. No dismetría dedo-nariz. ROTs 3/4. Eleva y mantiene las 4 extremidades contra gravedad. La EID con cierta dificultad para el mantenimiento postural pero sin llegar a claudicar. Hipoestesia en calcetín alto de predominio en ESD, y alodinia a nivel de ambas plantas. Vibratoria conservada. Marcha con arrastre de pies (como mecanismo antiálgico).

ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia, no ausculto soplos. MVC sin otros ruidos adyacentes.

ABD. blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda. No palpo masas ni megalias. RHA presentes. No signos de peritonismo.

EXT: MMSS sin alteraciones, coloración discretamente violácea. MMII con edema en tercio distal con fovea +/-, coloración violácea distal con eritema en regiones más proximales, y que empeora claramente con la bipedestación. Pulsos conservados.

**DIAGNÓSTICO: ERITROMELAGIA.  
INGRESO EN M. INTERNA**



## Exploración física

CTES:

TA BI 91/74, TA BD 101/30, Sat basal 90-95%, FC 110, T° 37.1

- **MMII:** Ausencia de pulsos pedios, tibial posterior, poplíteos... dudoso a nivel inguinal
- **MMSS:** Ausencia de pulso radial

## **ECOCARDIO:**

- INSUFICIENCIA MITRAL SEVERA DE PROBABLE ORIGEN REUMÁTICO
- INSUFICIENCIA AÓRTICA MODERADA-SEVERA
- INSUFICIENCIA TRICUSPÍDEA MUY SEVERA
- FEVI LIGERA-MODERADAMENTE DEPRIMIDA
- PAPs 55 mmHg

**ANGIO-TC Y PET-TC CON SOSPECHA DE TAKAYASU: RIGUROSAMENTE NORMALES**

L'affare del "pane maledetto"  
Pieter Bruegel il Vecchio

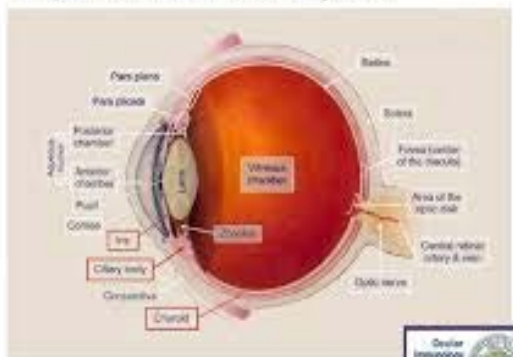
**5. ERGOTISMO**

**6. CARDIOPATÍA  
ERGOTAMÍNICA**



## Anatomy of the Eye

With Special Reference to Ocular Inflammatory Disease



Uveitis (3/16/17) is inflammation inside the eye, specifically affecting one or more of the three parts of the eye that make up the uvea: the iris, the ciliary body, and the choroid (the vascular lining that covers the inside of the eye).

Conferencia de consenso

Med Clin (Barc). 2020 Sep 11;155(5):220.e1-220.e12.

## Documento de recomendaciones sobre el tratamiento con inmunodepresores de la uveítis no anterior, no infecciosa, no neoplásica

Gerard Espinosa<sup>a</sup>, José M. Herreras<sup>b,c</sup>, Santiago Muñoz-Fernández<sup>d,e</sup>, José M. García Ruiz de Morales<sup>f,g</sup> y Miguel Cordero-Coma<sup>g,h,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Institut Clínic de Medicina i Dermatologia, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>b</sup> IOBA (Instituto Universitario de Oftalmobiología), Universidad de Valladolid, Valladolid, España

<sup>c</sup> Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>d</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

<sup>e</sup> Universidad Europea, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

<sup>f</sup> Unidad de Uveítis, Servicio de Inmunología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>g</sup> Instituto de Biomedicina, Universidad de León (IBIOMED), León, España

<sup>h</sup> Unidad de uveítis, Servicio de Oftalmología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

► Rev Clin Esp. 2020 Feb 25;S0014-2565(20)30031-X. doi: 10.1016/j.rce.2019.11.018.

Online ahead of print.

## Multidisciplinary care and units for uveitis in the internal medicine departments in Spain: Survey of the Systemic Autoimmune Diseases Group






[Article in En, Spanish]

P Fanlo<sup>1</sup>, G Espinosa<sup>2</sup>, A Adán<sup>3</sup>, A Fonllosa<sup>4</sup>, A Segura<sup>5</sup>,

en nombre del Grupo de Trabajo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Sociedad Española de Medicina Interna (GEAS-SEMI) y Sociedad Española de Inflamación Ocular (SEIOC);

Miembros del Grupo de Trabajo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Sociedad Española de Medicina Interna (GEAS-SEMI) y Sociedad Española de Inflamación Ocular (SEIOC)



Inglés ▾    Español ▾  

OD/OS	OD / OS
BMC	BMC
PIO	PIO
OCT	OCT
AGF	AGF

[Abrir en el Traductor de Google](#)

[Danos tu opinión](#)

[Traductor de Google](#)



**MEDICINA INTERNA**

**HISTORIA CLÍNICA**

**Fecha** 24-09-2009

**UNIDAD DE INFECCIOSOS**

**EDAD:** 34

**HHCC:** 411026

**Tabaco** 0-5 cig.

**Alcohol** NO

**Alergias** NO

**MEDICACIÓN HABITUAL**

Ninguna, no ACOs

**ANTECEDENTES**

Dos partos vaginales eutócicos, oligomenorrea, ITU de repetición. No antecedentes de abortos. Migraña en seguimiento por su MAP. No relaciones sexuales de riesgo.

## HISTORIA ACTUAL

Paciente que comienza hace 14 días con cuadro de dolor en hemimandíbula derecha, con molestias en región de molares de intensidad moderada. Acudió a su odontólogo hace 11 días que le realizó ortopantomografía sin encontrar resultados concluyentes, habiendo una imagen dudosa en la raíz de uno de los molares inferiores derechos. Se prescribió augmentine 875 mg cada 8 horas así como AINEs e incluso tramadol, cediendo el dolor sólo parcialmente. Hace 7 días acude al dentista de nuevo que le practica una endodoncia sin aparecer contenido patológico alguno. A las 48 horas comienza con cuadro de malestar general, vómitos biliosos, cefalea en casco que se diferencia de su migraña característica así como febrícula de 37.6°C. En las últimas 72 horas como última sintomatología ha aparecido una pérdida brusca de agudez visual, con sensación de visión borrosa, que se apareció primero en el ojo izquierdo y luego se generalizó a ambos ojos. Ha sido valorada en SUE por Oftalmología que informan como vasculitis retiniana que consideran secundaria a fenómeno infeccioso. Se ingresa en sala de Enfermedades Infecciosas para estudio y tratamiento.

## EXPLORACIÓN

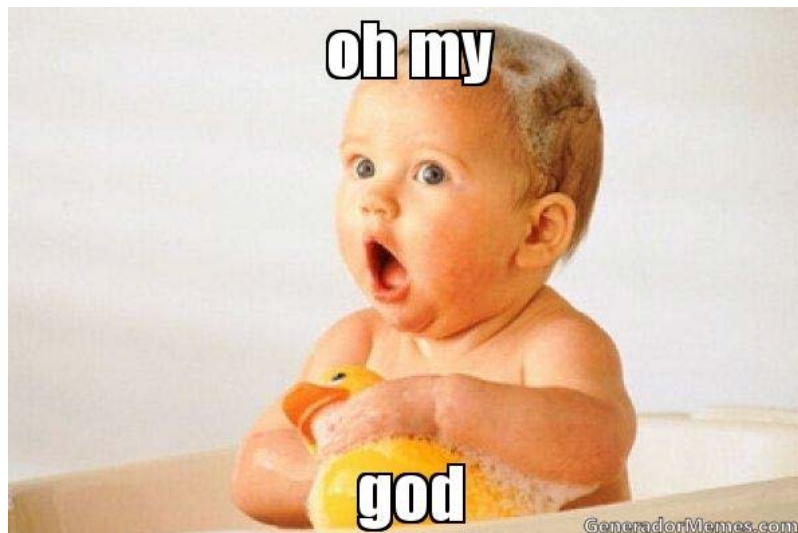
Paciente COC, BEG, NH, NP, Glasgow 15. Pupilas dilatadas por midráticos. MOEC. No alteraciones de la fuerza ni de la sensibilidad. Boca con faringe hiperémica, no lesiones dentarias significativas, no placas pultáceas. Dolor fijo en la región mandibular con puntos gatillo en el mentón y ángulo mandibular. Cuello con dos adenopatías submandibulares no dolorosas, palpación tiroidea normal. Discreta rigidez de nuca terminal. ACR sin hallazgos. Abdomen blando, depresible, no palpo masas ni megalias.

Se realiza TC cerebral que es normal. Se realiza en sala punción lumbar que muestra LCR claro a presión de salida de 22 cm H<sub>2</sub>O. (proteínas 61.4, glucosa 48, 121 leucocitos con 86.9% PMN, 7 hematies). En tinción de tinta china se observa criptococo.

En analítica sanguínea no se constatan alteraciones.

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Meningitis de líquido claro por criptococo





Fecha: 24/09/2009

jlcallegas (mi guardia). vemos el LCR que es compatible con la sospecha inicial de una meningitis linfocitaria. La presencia de panuveítis + vasculitis retiniana + meningitis linfocitaria permiten encuadrarla sindrónicamente en un Sd uveo-meningeo. En la anamnesis refiere, aunque muy esporádicamente, aftosis oral menor para la que ha usado violeta de genciana; nunca aftas genitales ni lesiones cutáneas de Behçet. No refiere placas de vitiligo ni canicie en cuero cabelludo ni vello núbico: aver tuvo varios episodios de vértigo periférico sin hipoacusia. y en la exploración oftalmológica presenta desprendimiento enurosensotial bilateral. por lo que una posibilidad es que se trate de una Enfermedad de Vogt Koyanagi Harada. Dada la vasculitis retiniana y el edema macular decido subir la dosis de esteroides.

Fecha: 01/10/2009

TA 103/61 mmHg, FC 76 lpm, afebril. Se encuentra sin molestias. Pendiente de resultados inmunológicos y patergia el viernes. Se recibe rx tórax sin hallazgos significativos. Ha sido valorada por Oftalmología que informan de compatible con la normalidad y que EL CUADRO OFTALMOLOGICO Y SU RAPIDA RESPUESTA A CORTICOIDES ES COMPATIBLE CON VOGT-KOYANAGI- HARADA. Se informa a la paciente y al familiar. Posible alta jueves-viernes.

## **Enfermedad de Eales: otra causa de vasculitis**

José Luis Callejas Rubio<sup>a,\*</sup>, José Luis García Serrano<sup>b</sup>  
y Norberto Ortego Centeno<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Enfermedades Sistémicas, Servicio de Medicina Interna,  
Hospital San Cecilio, Granada, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Oftalmología, Hospital San Cecilio, Granada, España*

## **Documento de recomendaciones sobre el tratamiento con inmunodepresores de la uveítis no anterior, no infecciosa, no neoplásica**

José Luis Callejas Rubio<sup>a,\*</sup>, José Luis García Serrano<sup>b</sup>  
y Norberto Ortego Centeno<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Enfermedades Sistémicas, Servicio de Medicina Interna,  
Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario San Cecilio,  
Granada, España*

*Review Article*

## **Off-Label Uses of Anti-TNF Therapy in Three Frequent Disorders: Behçet's Disease, Sarcoidosis, and Noninfectious Uveitis**

Daniel Sánchez-Cano,<sup>1</sup> José Luis Callejas-Rubio,<sup>2</sup> Ricardo Ruiz-Villaverde,<sup>3</sup>  
Raquel Ríos-Fernández,<sup>2</sup> and Norberto Ortego-Centeno<sup>2</sup>

JOURNAL OF OCULAR PHARMACOLOGY AND THERAPEUTICS  
Volume 24, Number 6, 2008

## **Adalimumab Therapy for Refractory Uveitis: A Pilot Study**

José Luis Callejas-Rubio,<sup>1</sup> Daniel Sánchez-Cano,<sup>1</sup>  
José Luis García Serrano,<sup>2</sup> and Norberto Ortego-Centeno<sup>1</sup>

**PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS UVEÍTIS, ES NECESARIO UN EQUIPO MÁS QUE MULTIDISCIPLINAR, BIDISCIPLINAR ENTRE EL OFTALMÓLOGO Y EL INTERNISTA.**

**José Luis Callejas**