

Síndrome de Sjögren y adenocarcinoma de colon

Sjögren's syndrome and colon adenocarcinoma

Aldo A. Sigler Villanueva¹; Rogelio Sánchez Mayola¹¹

¹Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Oftalmología. Profesor Titular. Hospital General Provincial Docente "Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

¹¹Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital General Provincial Docente "Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

RESUMEN

Se presenta un paciente afectado de una inusitada asociación de síndrome de Sjögren y neoplasia de colon. Se realizó una pesquisa en varias bases de datos, pero solo encontramos un reporte anterior relativo al mismo complejo sindrómico. Se exponen los hallazgos oftalmológicos y los diferentes procedimientos clínicos que se realizaron encaminados al diagnóstico de la afección del paciente mediante el análisis de su historia clínica.

Palabras clave: Síndrome de Sjögren, neoplasia de colon, queratoconjuntivitis seca.

ABSTRACT

Case of a patient presenting with uncommon association of Sjögren syndrome and colon neoplasia. A search in some databases was performed, but only we found a prior report related to the same syndrome complex. Ophthalmologic findings are showed as well as the different clinical procedures performed aimed to diagnosis of patient affection by means of analysis of his medical record.

Key words: Sjogren's syndrome, colon neoplasia, dry keratoconjunctivitis.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Sjögren tiene una variante primaria y una secundaria; la primera comprende queratoconjuntivitis seca y xerostomía, así como confirmación histica de infiltración linfocitaria de las glándulas salivales menores, en tanto que la segunda se caracteriza por queratoconjuntivitis seca o xerostomía, que se presenta con una enfermedad bien definida del tejido conectivo, por lo general artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica o polimiositis. Las manifestaciones extraglandulares de este síndrome son más comunes en pacientes con la variante primaria que con la secundaria.¹

Por otra parte, la bibliografía revisada plantea las múltiples asociaciones descritas del síndrome de Sjögren a otras afecciones, pero debido a la inusual asociación en un paciente afectado de síndrome de Sjögren y fallecido por adenocarcinoma de colon diagnosticado en nuestro medio, es que hemos decidido su presentación detallada.²⁻¹⁹

La recolección de la pormenorizada información del cuadro clínico del paciente se realizó basándonos en su historia clínica archivada en el Hospital General Provincial Docente de Morón "Capitán Roberto Rodríguez", institución donde se realizó el diagnóstico, así como en los registros de pacientes diagnosticados como afectados del síndrome de ojo seco del autor.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente MGR de 59 años de edad, masculino, con antecedentes de insuficiencia cardiaca, diagnosticado en el año 1991 como afectado de queratoconjuntivitis seca, para lo cual llevaba tratamiento con lágrimas artificiales de forma permanente, además presentaba xerostomía. Se decidió ingreso por anemia (Hb: 5,4 g/L) para estudio el 27 de marzo de 2003 en el Hospital General Provincial Docente de Morón.

En el examen físico oftalmológico realizado con anterioridad se pudo constatar lo siguiente:

- Disminución de la secreción lagrimal al humedecer menos de 5 mm en ambos ojos las tirillas de papel del *test de Schirmer*.
- Agudeza visual: ambos ojos 0,2 debido a la esclerosis incipiente del cristalino.
- Fondo de ojo: palidez retiniana sin otras alteraciones.
- Biomicroscopia corneal: microulceraciones y filamentos corneales.
- Biopsia de glándula salival accesoria: índice de *Tarplay* grado IV, con infiltración difusa de células redondas y destrucción completa de la arquitectura lobular.
- Citología de impresión conjuntival grado II, con células epiteliales mayores y poligonales, núcleo pequeño, cromatina en patrón ondulado y células caliciformes disminuidas.

Igualmente, al examen físico efectuado luego de su ingreso en sala por medicina interna, se obtuvieron los resultados siguientes:

- Mucosas hipocoloreadas y secas.
- Abdomen doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho.
- El resto del reconocimiento no presentó alteraciones.
- Colon por enema: colon permeable, y se aprecia zona de defecto de llenado irregular a nivel de colon transverso en su unión con el ángulo hepático, que no distiende con la administración de aire.
- Ecografía de abdomen total: hígado, bazo y riñones sin alteraciones; el páncreas no se visualiza por los gases. Próstata de tamaño normal. Vejiga sin alteraciones. Operado de vesícula.
- Laparotomía exploradora: no se pudo resear el tumor de colon derecho en el ángulo hepático. Se realizó tratamiento paliativo con una ileotransversostomía latero-lateral.

Se le indicaron varias transfusiones de sangre. Los resultados de los complementarios fueron:

- Última Hb postransfusional: 8,4 g/L.
- Leucograma, eritro, glicemia, conteo de plaquetas, células LE, proteínas totales, bilirrubina directa, TGP y conteo de reticulocitos dentro de límites normales.

El resultado de biopsia de muestra tumoral arrojó en su descripción microscópica tejido adiposo infiltrado por adenocarcinoma bien diferenciado, mucoproducción, probablemente de colon. Se interconsultó con la especialidad de oncología, la cual se responsabiliza con el tratamiento y seguimiento del paciente. Egresó de sala el 2 de mayo de 1993 bastante compensado de su estado general. Fallece posteriormente debido a las graves complicaciones relacionadas con su enfermedad terminal.

DISCUSIÓN

El síndrome de Sjögren ha sido muy escasamente reportado conjuntamente con carcinoma de colon, y en una búsqueda que efectuamos en las bases de datos Pubmed, EBSCO y Cochrane en el año 2008 encontramos un solo artículo al respecto.²⁰

En un trabajo publicado en la Revista Cubana de Oftalmología en el año 1995, relativo a un estudio de casos y controles en el diagnóstico del ojo seco realizado por aquel entonces en la provincia de Ciego de Ávila y a los cuales se les efectuó citología de impresión conjuntival y biopsia de glándulas salivales accesorias, se hizo somera referencia en el grupo de casos a un singular paciente afectado de síndrome de Sjögren fallecido por adenocarcinoma de colon.²¹

En la presente investigación hemos querido informar de los hallazgos clínicos encontrados en este insólito caso, el cual desde lo reportado por *Nagayama* y otros en 1993, acotado con anterioridad, constituyen dos reportes muy inusitados de asociación del síndrome de Sjögren a neoplasia de colon.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hochberg MC. Síndrome de Sjögren. En: Bennett JC, Plum F, editors. Tratado de Medicina Interna. 20 ed. v III. México: McGraw-Hill; 1998.p.1719-21.
2. Niemelä RK, Hakala M. Primary Sjögren's síndrome with severe central nervous disease. *Semin Arthritis Rheum*. 1999;29(1):1-3.
3. Szántó A, Kiss E, Sas A, Szegedi G, Ser M. Association of systemic lupus erythematosus and Sjögren's syndrome. *Orv Hetil*. 2005;146(50):2533-8.
4. Foguem C, Launay D, Lambert M, Quemeneur T Hachulla E, Wallaert B, Hatron PY. Cystic lung disease associated with Sjögren's syndrome: 2 cases. *Rev Med Interne*. 2006;27(8):620-4.
5. Tsunemi Y, Tada Y, Saeki H, Ihn H, Tamaki K. Multiple dermatofibromas in a patient with systemic lupus erythematosus and Sjögren's syndrome. *Clin Exp Dermatol*. 2004;29(5):483-5.
6. Friedman J, Schattner A, Shvidel L, Berrebi A. Characterization of T-cell large lymphocyte leukaemia associated with Sjögren's syndrome-an important but under-recognized association. *Semin Arthritis Rheum*. 2006;35(5):306-11.
7. Kilawada M, Watanabe D, Kimura H, Serizawa H, Iwamoto T. Autoimmune hemolytic anemia in an elderly patient with primary Sjögren's syndrome. *Intern Med*. 2005;44(12):1312-5.
8. Stanescu D, Bodaghi B, Huong DL, Milea D, Goulet-Salmon B, Piette JC, et al. Pseudotumor cerebri associated with Sjögren's syndrome. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2003;241(4):339-42.
9. Rhew EY, Ramsey-Goldman R, Buchman AL. Sjögren's syndrome in association with Crohn's disease. *J Clin Gastroenterol*. 2003;37(4):312-4.
10. Ben Ghorbel I, Khanfir M, Houman MH, Lamoum M, Lassoued H, Miled M, et al. Sjögren's syndrome associated with multiple myeloma. *Rev Med Interne*. 2003;24(2):138-9.
11. Sugimoto T, Uzu T, Kashiwagi A. Recurrent parotitis as a first manifestation of adult primary Sjögren's syndrome. *Intern Med*. 2006;45(13):231-2.
12. Vallalta Morales M, Micó Giner L, Muñoz Guillem ML, Calabuig Alborch JR. Pulmonary arterial hypertension and Sjögren's syndrome: and uncommon association. *Med Clin (Barc)*. 2004;123(19):758-9.
13. Lopate G, Pestronk A, Al-Lozi M, Lynch T, Florence J, Millar T, et al. Peripheral neuropathy in an outpatient cohort of patient with Sjögren's syndrome. *Muscle Nerve*. 2006;33(5):672-6.
14. Kwon YD, Lee HS, Park CH, Jeon YT, Chun HJ, Lee SW, et al. A case of autoimmune hepatitis associated with primary Sjögren's syndrome. *Taehan Kan Hakhoe Chi*. 2003;9(1):25-33.
15. Sorrentino D, Faller G, De Vita S, Avellini C, Labombarda A, Ferraccioli G, et al. *Helicobacter pylori* associated antigastric autoantibodies: role in Sjögren's syndrome gastritis. *Helicobacter*. 2004;9(1):46-53.

16. Terai C, Sakurai T. Renal lesions related to Sjögren´s syndrome. *Nippon Naika Gakkai Zasshi*. 2005;94(5):871-5.
17. Matsubara E, Hasegawa H, Cono M, Sakai I, Yasukagua M, Sada E. Primary Sjögren´s syndrome with recurrent aseptic meningitis. *Nipón Naika Gakkai Zasshi*. 2006;95(8):1548-50.
18. Johnston SL, Dudley CR, Unsworth DJ, Lock RJ. Life-threatening acute pulmonary haemorrhage in primary Sjögren's syndrome with cryoglobulinaemia. *Scand J Rheumatol*. 2005;34(5):404-7.
19. Palacios E, Larusso G, Rojas R, Ramírez G. Lymphoma of the parotid gland in Sjögren's syndrome. *Ear Nose Throat J*. 2004;83(3):156.
20. Nagayama Y, Fujisawa A, Furutani A, Otsuki T, Yamabe H. Carcinoma of the sigmoid colon associated with Sjögren's syndrome. *J Clin Gastroenterol*. 1993;17(3):268-9.
21. Sigler VA, Pardillo MA, Zamora NJ. La citología de impresión conjuntival y la biopsia de la glándula salival accesoria en el síndrome de ojo seco. *Rev Cubana Oftalmol*. 1995;8(1):29-35.

Recibido: 15 de agosto de 2008.

Aprobado: 20 de agosto de 2008.

Aldo A. Sigler Villanueva. Libertad 126, entre Maceo y Simón Reyes, CP 65100, Ciego de Ávila, Cuba. E mail: aldosiglerv@ciego.cav.sld.cu