

Revista Argentina de

# REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

## Casos clínicos

### Síndrome de Caplan y Felty. Complicaciones en la artritis reumatoide. Reporte de caso

#### Caplan and Felty syndrome. Complications in rheumatoid arthritis. Case report

Jorge Andrés Hernández<sup>1</sup>, Juan Sebastián Therán<sup>2</sup>, Luis Andrés Dulcey<sup>3</sup>, Jaime Alberto Gómez<sup>3</sup>

#### RESUMEN

El síndrome de Caplan y el síndrome de Felty son complicaciones raras asociadas a la artritis reumatoide (AR). La coexistencia de ambos síndromes, aunque poco frecuente, puede presentar desafíos diagnósticos y terapéuticos. En este caso, se reporta una paciente con AR, neutropenia, esplenomegalia y múltiples nódulos sugestivos de síndrome de Caplan, lo que resalta la importancia de un enfoque multidisciplinario para el manejo y el seguimiento adecuado de estas complejas manifestaciones.

#### ABSTRACT

Caplan syndrome and Felty syndrome are rare complications associated with rheumatoid arthritis. The coexistence of both syndromes, though uncommon, may present diagnostic and therapeutic challenges. This report describes a patient with rheumatoid arthritis, neutropenia, splenomegaly, and multiple nodules suggestive of Caplan syndrome, highlighting the importance of a multidisciplinary approach for the effective management and follow-up of these complex manifestations.

<sup>1</sup> Universidad de Santander, Bucaramanga, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5758-5965>. <https://orcid.org/0000-0002-4742-0403>.

<sup>2</sup> Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9306-0413>.

<sup>3</sup> Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1103-9598>.

**Palabras clave:** síndrome de Caplan; síndrome de Felty; artritis reumatoide.

Revista Argentina de Reumatología 2025; Vol. 36 (26-29)

**Contacto del autor:** Jorge Andrés Hernández

E-mail: [jorgeandreshernandez2017@gmail.com](mailto:jorgeandreshernandez2017@gmail.com)

Fecha de trabajo recibido: 9/11/2024

Fecha de trabajo aceptado: 20/4/2025

**Conflictos de interés:** los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

**Key words:** Caplan syndrome; Felty syndrome; arthritis rheumatoid.

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Caplan y el síndrome de Felty son complicaciones raras asociadas a la artritis reumatoide (AR). El síndrome de Caplan se caracteriza por nódulos pulmonares en pacientes expuestos a polvos inorgánicos, como el carbón o la sílice, y presenta síntomas respiratorios leves. Su incidencia es infrecuente y poco documentada, especialmente en Latinoamérica. Por otro lado, el síndrome de Felty se define por la triada de AR, esplenomegalia y neutropenia persistente, afectando principalmente a pacientes de 50 a 70 años con AR de larga evolución. Este síndrome, que afecta al 1% de los pacientes con AR, presenta síntomas sistémicos y un riesgo elevado de infecciones graves debido a la neutropenia. Ambos síndromes tienen una incidencia limitada y poco estudiada en la región<sup>1-4</sup>.

La coexistencia del síndrome de Caplan y el síndrome de Felty es extremadamente rara. En los pocos casos reportados, los pacientes presentan nódulos pulmonares, esplenomegalia y neutropenia, lo que requiere un enfoque multidisciplinario, y un

seguimiento estrecho para ajustar el tratamiento y prevenir complicaciones. A continuación, se reporta un caso de inusual asociación entre ambos síndromes en una paciente con AR de larga evolución.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 43 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina y exposición prolongada a polvos de carbón debido a su ocupación como trabajadora en una planta de procesamiento de carbón durante 15 años. Consultó por un cuadro clínico de 5 años de evolución caracterizado por dolor poliarticular inflamatorio, tos crónica y disnea leve, con exacerbación significativa de la sintomatología en los últimos 6 meses. Durante este período reciente, el dolor poliarticular interfirió de manera importante en sus actividades diarias, afectando principalmente las articulaciones pequeñas de ambas manos (metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de los dedos índice y medio), de ambas muñecas y de ambas rodillas, con signos de artritis clínica evidenciados por inflamación, dolor a la palpación y limitación funcional en dichas articulaciones. Este cuadro se ha asociado además a disnea progresiva y dolor torácico de 3 meses de duración.

Al examen físico, la paciente se encontraba en buen estado general, con signos vitales estables. En el sistema osteoarticular, se observó inflamación y sensibilidad a la palpación en las articulaciones mencionadas, con rango de movimiento limitado en las muñecas y rodillas, lo que sugirió un compromiso inflamatorio sistémico significativo. En el sistema respiratorio, se auscultaron crepitantes bibasales bilaterales y una disminución leve del murmullo vesicular en las bases pulmonares. Se palpó esplenomegalia grado II, abdomen blando y no doloroso, con ruidos intestinales normales.

Los estudios revelaron factor reumatoideo (120 UI/mL) y anti-CCP (250 UI/mL) elevados, velocidad de eritrosedimentación aumentada (45 mm/h), con proteína C reactiva normal (0,4 mg/dL), neutropenia ( $0,8 \times 10^3/\mu\text{L}$ ), esplenomegalia de 15 cm por ecografía y nódulos subpleurales cavitados en la tomografía de tórax (Figuras 1 y 2). Estos hallazgos confirmaron el síndrome de Caplan en el contexto de exposición prolongada a polvos inorgánicos y AR.

Se inició metotrexato a dosis bajas (15 mg/semana, vía oral) junto con ácido fólico (5 mg/semana) para el manejo del compromiso inflamatorio sistémico y pulmonar luego de descartar etiología infecciosa mediante broncoaspirado por lavado broncoalveolar (BAL) con cultivos negativos para bacterias, hongos y micobacterias, incluyendo pruebas específicas para tuberculosis.

Luego de 2 semanas de instaurado el tratamiento inmunomodulador, la paciente persistía con disnea de leve intensidad, aunque se evidenció una reducción progresiva en la intensidad del dolor torácico. Esta evolución clínica parcial se interpretó como una respuesta favorable inicial al esquema terapéutico instaurado. Al sexto control, correspondiente a la sexta semana de seguimiento, se documentó una mejoría significativa de la sintomatología respiratoria y articular, con franca reducción de la disnea, el dolor torácico, la fatiga y el dolor osteoarticular. Paralelamente, las imágenes radiológicas de control mostraron estabilidad de los nódulos pulmonares previamente identificados, sin evidencia de progresión o aparición de nuevas lesiones, lo que reforzó la impresión de una respuesta terapéutica positiva en el contexto de una posible enfermedad reumatológica con compromiso pulmonar secundario.

En el contexto del proceso diagnóstico del síndrome de Felty, se realizó una interconsulta temprana con el Servicio de Hematología con el propósito de descartar patologías hematológicas concomitantes que pudieran simular o coexistir con esta entidad. Particular atención se prestó a la exclusión de la leucemia de linfocitos grandes granulares (LGLL, por sus siglas en inglés), una neoplasia linfoide de bajo grado frecuentemente asociada con AR seropositiva y citopenias. Mediante la evaluación clínica, hemograma diferencial, extensión de sangre periférica y estudios inmunofenotípicos, no se encontraron datos compatibles con esta entidad, lo que permitió fortalecer el diagnóstico de síndrome de Felty como causa de la neutropenia en esta paciente.

No obstante, luego de la introducción de metotrexato como agente inmunosupresor de primera línea, la paciente presentó una neutropenia transitoria interpretada como un efecto adverso hematológico relacionado con el fármaco. Esta complicación motivó una reevaluación hematológica, en la cual se determinó que

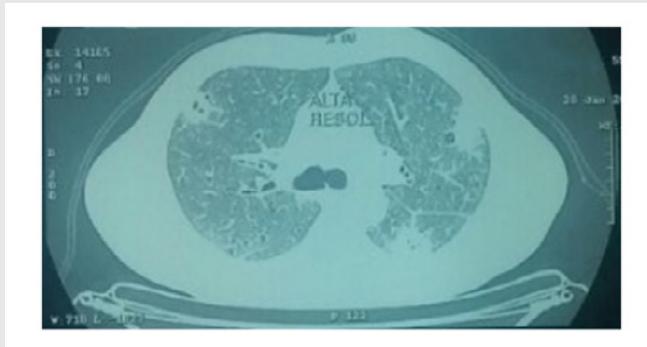
la citopenia era de carácter leve, transitorio y reversible con la modificación del esquema posológico. Dada la ausencia de signos de alarma, se descartó la necesidad de realizar una punción de la médula ósea. Como parte del manejo, se procedió a la reducción de la dosis de metotrexato, se mantuvo la suplementación con

ácido fólico y se implementó un programa de vigilancia hematológica estrecha. Además, se indicó seguimiento clínico y radiológico riguroso, con planificación de una tomografía de tórax a los 3 meses para valorar la evolución morfológica de los nódulos pulmonares y la eficacia del tratamiento inmunosupresor.

**Figura 1:** Ecografía abdominal que muestra esplenomegalia. Se observa un bazo aumentado de tamaño, con un eje longitudinal de 15 cm y un área aproximada de 60 cm<sup>2</sup>.



**Figura 2:** Múltiples lesiones nodulares subpleurales con centro cavitado y reacción pleural adyacente.



## DISCUSIÓN

El síndrome de Caplan y el síndrome de Felty son complicaciones raras, pero importantes de la AR. El síndrome de Caplan, asociado a la exposición a polvos inorgánicos como carbón o sílice, provoca nódulos pulmonares reumatoides, a menudo calcificados, localizados en las regiones periféricas de los pulmones. Puede manifestarse con síntomas respiratorios como tos crónica y disnea que indican un curso agresivo. Aunque muchos casos son asintomáticos,

el monitoreo continuo es esencial para prevenir complicaciones pulmonares significativas<sup>1-4</sup>.

El síndrome de Felty, por su parte, afecta al 1% de los pacientes con AR y se caracteriza por la triada de AR, esplenomegalia y neutropenia persistente. La neutropenia es preocupante debido al alto riesgo de infecciones graves, especialmente en pacientes inmunocomprometidos. La esplenomegalia grado II, presente en este caso, junto con la neutropenia, refuerza la sospecha de Felty, subrayando la necesidad de

una vigilancia hematológica para prevenir infecciones que pueden ser difíciles de manejar<sup>5</sup>.

La coexistencia de AR avanzada y el síndrome de Caplan, especialmente en pacientes con antecedentes de exposición laboral prolongada a polvos inorgánicos, requiere un abordaje multidisciplinario que involucre a reumatólogos, neumólogos, hematólogos e infectólogos. En este caso, se discutió con el Servicio de Neumología la posibilidad de terapias adicionales para el manejo de los nódulos pulmonares. No obstante, debido a la ausencia de síntomas respiratorios severos y la estabilidad radiológica, se optó por un manejo conservador con seguimiento clínico y tomográfico. El uso de inmunosupresores como metotrexato, ampliamente empleado en la AR, fue cuidadosamente evaluado, considerando su eficacia en el control de la inflamación sistémica, pero también su potencial para exacerbar la neutropenia y aumentar el riesgo de infecciones. Por ello, se decidió ajustar la dosis y realizar un monitoreo hematológico estricto. En cuanto al síndrome de Caplan, su manejo puede incluir terapias dirigidas para controlar la inflamación pulmonar y evitar la progresión de los nódulos; sin embargo, en esta paciente, la estrategia elegida fue la observación con reevaluación mediante tomografía de tórax en 3 meses<sup>4-5</sup>.

El diagnóstico diferencial en pacientes con estas complicaciones debe ser amplio. Si bien los antecedentes de exposición ocupacional son clave para sospechar el síndrome de Caplan, es esencial descartar infecciones o comorbilidades

que puedan agravar el cuadro clínico. Además, el monitoreo constante de las alteraciones hematológicas es crucial para identificar signos precoces de complicaciones infecciosas<sup>4-6</sup>.

## CONCLUSIONES

Este caso destaca la importancia de un manejo integral de las enfermedades sistémicas como la AR. La estabilidad radiológica frente a la mejoría clínica resalta la necesidad de una evaluación continua. Un enfoque multidisciplinario con los servicios de Reumatología, Neumología y Hematología es clave para prevenir complicaciones graves y optimizar los resultados terapéuticos a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wegscheider C, Ferincz V, Schöls K, Maieron A. Felty's syndrome. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10. doi: 10.3389/fmed.2023.37920595.
2. Rosenstein ED, Kramer N. Felty's and pseudo-Felty's syndromes. *Semin Arthritis Rheum*. 1991 Dec;21(3):129-42. doi: 10.1016/0049-0172(91)90015-N.
3. Balint GP, Balint PV. Felty's syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2004 Oct;18(5):631-45. doi: 10.1016/j.berh.2004.05.001.
4. Nematikayala DR, Surmachevska N, Vaqar S, Ramphul K. Caplan Syndrome. *StatPearls*. 2024 May 2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499886/>.
5. Wallace DJ, Klinenberg JR, Morhaim D, Berlanstein B, Biren PC, Callis G. Coexistent gout and rheumatoid arthritis. Case report and literature review. *Arthritis Rheum*. 1979 Jan;22(1):81-6. doi: 10.1002/art.1780220113.
6. Schreiber J, Koschel D, Kekow J, Waldburg N, Goette A, Merget R. Rheumatoid pneumoconiosis (Caplan's syndrome). *Eur J Intern Med*. 2010 Jun;21(3):168-72. doi: 10.1016/j.ejim.2009.11.011.

## ANEXO

Figura: Proyección PA con evidencia de nódulo calcificado.

