

Betatalasemia *minor* y oligoartritis seronegativa

Sr. Editor:

La betatalasemia *minor* o rasgo talasémico es una hemoglobinopatía frecuente en España, habitualmente asintomática. Se han descrito diferentes manifestaciones articulares asociadas a esta alteración¹⁻⁶. Se presenta un caso de oligoartritis seronegativa de rodillas en un paciente con rasgo talasémico.

Varón de 15 años, sin antecedentes personales de interés, con un hermano sano de 17 años. Presentó una historia de 3 años de evolución de artritis intermitente de ambas rodillas, de duración variable (entre 5 días y 2 meses) que cedió de forma espontánea sin dejar secuelas. Los episodios se repitieron con periodicidad variable sin relación con los traumatismos ni los desencadenantes previos.

En el momento de la consulta el paciente estaba asintomático. En dos ocasiones acudió a urgencias, realizando en una de ellas una artrocentesis de rodilla derecha, sin constancia en el informe de las características del líquido sinovial. Tres meses después acudió de nuevo a la consulta por presentar dolor, tumefacción e impotencia funcional en ambas rodillas, sin fiebre, ni lesiones cutáneas ni cuadro infeccioso previo. Se realizó una artrocentesis, obteniendo 20 ml de líquido sinovial transparente, con 280 leucocitos/ml/μl, con 1,99 ml/μl de polimorfonucleares y cultivo negativo sin evidencia de cristales. Se obtuvo una determinación analítica completa que incluyó bioquímica, metabolismo del hierro, serología de parvovirus, virus hepáticos B y C, hormonas tiroideas, VSG, PCR, factor reumatoide, autoanticuerpos cuyos valores estuvieron dentro del rango de la normalidad; a excepción de la serie roja del hemograma con 6,5 millones/μl de eritrocitos, hemoglobina 11,4 g/dl y VCM 66 fl. Se realizaron radiografías de rodillas y de las articulaciones sacroilíacas sin presentar alteraciones. Se indicó tratamiento con AINE, que el

paciente suprimió a los 10 días porque no experimentó ninguna mejoría, y la sintomatología desapareció espontáneamente al mes y medio del inicio. A lo largo del seguimiento, durante 14 meses, el paciente presentó tres episodios de oligoartritis semejante al descrito.

Se remitió al servicio de hematología para estudio, realizándose una cuantificación de la hemoglobina mediante electroforesis, objetivando un aumento de la hemoglobina A₂, estableciendo el diagnóstico de betatalasemia *minor*. Se realizó estudio familiar encontrando el mismo rasgo en la madre y el hermano, ambos asintomáticos.

En los últimos años algunos autores han sugerido una asociación entre diferentes enfermedades reumáticas y la betatalasemia *minor*: artritis reumatoide⁵, osteonecrosis⁶ y la existencia de una oligoartritis seronegativa¹⁻⁴. Por el contrario, en otros estudios no se encuentra una mayor prevalencia de manifestaciones articulares en pacientes con rasgo betatalasémico^{7,8}.

La primera descripción de una artropatía seronegativa apareció en 7 pacientes con betatalasemia en 1977¹, posteriormente otros autores han comunicado casos similares²⁻⁴. En todos ellos se trata de una oligoartritis con predominio en ambas rodillas, sin alteraciones en los reactantes de fase aguda, con líquido sinovial de características mecánicas, normalidad en el estudio radiológico y escasa respuesta al tratamiento con AINE y a la infiltración local de corticoides¹⁻⁴.

En el estudio de la membrana sinovial con microscopía óptica no se observan depósitos férricos ni ninguna otra alteración; mediante microscopio electrónico se observan células endoteliales oscuras y una multilaminación de la membrana basal en los vasos sinoviales². Otra de las características de esta artropatía es la evolución de los episodios de la artritis, que se producen de forma intermitente, son autolimitados y no dejan secuelas¹⁻⁴. El mecanismo fisiopatológico de producción no está aclarado, aunque se ha sugerido que pueda tratarse de una alteración de la microcirculación sinovial².

Por el contrario, otros autores no encuentran ninguna asociación entre betatalasemia y enfermedad reumática^{7,8}, a excepción de una mayor prevalencia de artralgias en hombros y rodillas que en el grupo control⁸.

A pesar de los pocos casos publicados y la falta de acuerdo acerca de una artropatía asociada a la betatalasemia *minor*, creemos interesante tener presente esta posible asociación ante un caso de oligoartritis no filiada con las características anteriormente señaladas y la existencia en el hemograma de una poliglobulia paradójica, siendo el estudio cuantitativo de la hemoglobina un test definitivo para el diagnóstico de esta hemoglobinopatía.

**M. Medrano San Ildelfonso
y A. Urruticochea Arana**

Unidad de Reumatología. Hospital Miguel Servet.
Zaragoza. España.

Correspondencia: Dra. M. Medrano San Ildelfonso.
Condes de Aragón, 20, 4.ª D. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: jamauri@telefonica.net

BIBLIOGRAFÍA

- Schlumpf U, Gerber N, Bünzli H, Eläser U, Pestalozzi A, Böni A. Arthritiden bei Talassemia minor. Schweiz Med Wochenschr 1977;107:1156-62.

2. Dowart BB, Schumacher R. Arthritis in β -thalassaemia trait: Clinical and pathological features. *Ann Rheum Dis* 1981;40:185-9.
3. Salvatierra J, Girón I, Vega S, Salvatierra D. Oligoarthritis seronegativa y β -talasemia minor. *Rev Esp Reumatol* 1999;26:26-7.
4. Gerster JC, Dardel R, Guggi S. Recurrent episodes of arthritis in thalassaemia minor. *J Rheumatol* 1984;11:352-4.
5. Marcolongo R, Trotta F, Scaramelli M. Beta-talassaemic trait and rheumatoid arthritis. *Lancet* 1975;1:1141.
6. Schlumpf U. Thalassaemia minor and aseptic necrosis: A coincidence? *Arthritis Rheum* 1978;21:280.
7. Gorriz L, De León C, Herrero-Beaumont G, Fernández del Vallado P. Arthritis in beta-thalassaemia minor. *Arthritis Rheum* 1983;26:1292-3.
8. Arman MI, Butun B, Doseyen A, Bircan I, Guven A. Frequency and features of rheumatic findings in thalassaemia minor: A blind controlled study. *Br J Rheum* 1992;31:197-9.

*Vasoclusión.