

Síndrome artritis-dermatitis como complicación del *bypass* gástrico

Arthritis-dermatitis syndrome as a complication of gastric bypass

Mariel Mac Guire Ram¹, Patricia Fernández Pardal², Virginia Pombo¹, Liliana María Olivares³ y Esteban Maronna⁴

RESUMEN

El *bypass* gástrico es una técnica quirúrgica para el tratamiento de la obesidad mórbida de tipo restrictivo y malabsortivo. Es muy utilizado debido a su escasa morbimortalidad y buenos resultados a largo plazo, aunque se han visto asociadas complicaciones gastrointestinales y extraintestinales, entre ellas dermatosis neutrofilicas, como el síndrome artritis-dermatitis. Se presenta el caso de una paciente que desarrolló

el síndrome artritis-dermatitis posterior a una cirugía de *bypass* gástrico para el tratamiento de la obesidad.

Palabras clave: *bypass* gástrico, dermatosis neutrofilicas, síndrome artritis-dermatitis.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (2): 103-105

ABSTRACT

Gastric bypass is a surgical technique for the treatment of restrictive and malabsorptive type morbid obesity. It is widely used because of its low morbidity and mortality and good long-term results, although gastrointestinal and extraintestinal complications, including neutrophilic dermatoses such as arthritis-dermatitis syndrome, have been associated. We report a patient who developed arthri-

tis-dermatitis syndrome after gastric bypass surgery for obesity treatment.

Key words: Bowel bypass, neutrophilic dermatoses, dermatosis-arthritis syndrome.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (2): 103-105

¹ Médica Dermatóloga, Unidad de Dermatología

² Médica de Planta, Unidad de Dermatología

³ Jefa de la Unidad, Unidad de Dermatología

⁴ Anatomopatólogo, Servicio de Anatomía Patológica Hospital de Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Mariel Mac Guire Ram

E-mail: marielmag@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 10/4/2017

Fecha de trabajo aceptado: 4/12/2017

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 51 años, con antecedentes de cirugía de *bypass* gástrico en 2011, consultó por presentar una dermatosis generalizada recurrente, de 6 meses de evolución, que apareció 3 años después de realizada la cirugía. En el examen físico se observaban, en el tronco superior y los miembros, pequeñas pápulas eritematoedematosas, algunas centradas por vesículas y dolorosas a la palpación (Fotos 1, 2 y 3). La aparición de estas

lesiones cutáneas se acompañaba de mialgias, artritis de articulaciones grandes y pequeñas y síndrome febril. El laboratorio evidenció leucocitosis (13.700/ml) con neutrofilia del 74%, eritrosedimentación acelerada (49 mm/1.^a hora) y proteína C-reactiva aumentada (79,3 mg/l). Las funciones renal y hepática, el protei-nograma y el colagenograma se encontraban dentro de los parámetros normales.



FOTO 1: Pápulas eritematoedematosas, algunas centradas por una vesícula.



FOTO 2: Mayor detalle las lesiones cutáneas en los miembros superiores.



FOTO 3: Lesiones cutáneas en el miembro superior, a mayor detalle.

La histopatología de las lesiones cutáneas mostró una epidermis con ortoqueratosis y, en la dermis superficial subyacente, un edema pronunciado y un in-

tenso infiltrado inflamatorio difuso constituido por neutrófilos (Foto 4). Se realizó el diagnóstico de síndrome artritis-dermatitis asociado a *bypass* gástrico. Se inició tratamiento con metronidazol en monoterapia (se prefirió inicialmente a la combinación de antibióticos para reducir el riesgo de intolerancia gastrointestinal) por vía oral, en dosis de 500 mg cada 12 horas, durante 14 días. Como después del tratamiento no se observó mejoría de la dermatosis, se rotó a ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas durante 14 días asociada a trimetoprima-sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 horas durante 10 días, y se realizó una interconsulta con el Servicio de Cirugía para revisar la derivación intestinal. La paciente no volvió a los controles posteriores ni se la pudo localizar.

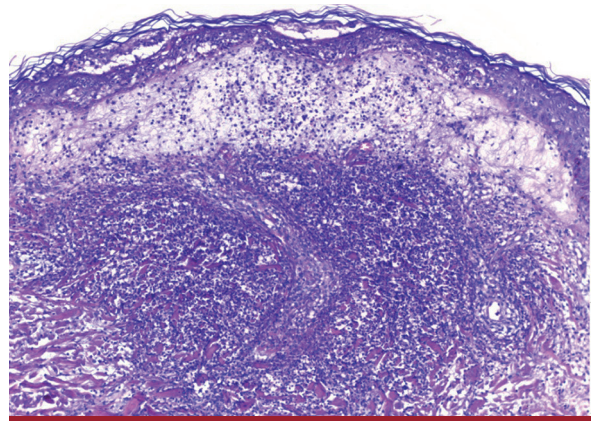


FOTO 4: Epidermis con ortoqueratosis y, en la dermis superficial, edema con un intenso infiltrado neutrofilico difuso (HyE, 100X).

COMENTARIOS

El síndrome artritis-dermatitis o síndrome de dermatosis-artritis asociado al intestino (DAAI), antes conocido como síndrome del *bypass* intestinal, es una entidad que se incluye en las dermatosis neutrofilicas¹. El término síndrome del *bypass* intestinal fue introducido por primera vez en 1979 por Dicken y Seehafer², quienes propusieron que su patogenia estaba relacionada con el sobrecrecimiento bacteriano del asa ciega del intestino. En 1983, se propuso el término DAAI para incluir también a los pacientes que no habían sido sometidos a cirugía de *bypass* intestinal, ya que el mismo cuadro fue reconocido en asociación con otros procedimientos quirúrgicos y enfermedades gastrointestinales, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la diverticulitis y la úlcera péptica, entre otras^{1,3,4}. Si bien aún su etiología se desconoce, el crecimiento bacteriano excesivo en el asa ciega ha sido implicado como uno de los principales factores, proporcionando una fuente de antígeno para

la formación de complejos inmunes y crioprecipitados³. La inflamación de la mucosa intestinal potenciaría esta situación (por el efecto tóxico de las bacterias) y los complejos inmunes se depositarían en la piel y las articulaciones, con la consecuente activación del complemento. Esta hipótesis se ha corroborado por la detección de complejos inmunes circulantes^{1,5,6}. La mayoría de los casos que se describen en la literatura médica aparecieron 3 meses a 5 años después de la cirugía⁷, aunque se los comunicó hasta 8 años posteriores a esta⁸, con una incidencia de hasta el 20%⁷. Clínicamente, el síndrome DAAI se caracteriza por la presencia, en el tronco y en los miembros, de máculas eritematosas que progresan hacia la formación de placas eritematoedematosas, con aparición de vesículas y pústulas centrales en 24 a 48 horas. Las lesiones, que persisten durante 2 a 8 días, suelen ser recurrentes^{3,9}. Otras manifestaciones cutáneas que pueden asociarse son eritema nudoso, equimosis y vasculitis¹. La artritis es episódica, migratoria, poliarticular y periférica. Las radiografías articulares, el factor reumatoideo, los anticuerpos antinucleares (ANA), las inmunoglobulinas y el ácido úrico se encuentran dentro de los límites normales⁷. Habitualmente se acompaña de un cuadro seudogripal, con fiebre y mialgias, que precede a la aparición de las lesiones cutáneas y articulares^{1,7} y, en ocasiones, de diarrea y malabsorción. En la histopatología de las lesiones cutáneas tempranas se observa la epidermis respetada, infiltración de neutrófilos en la dermis media y un infiltrado de células mononucleares perivasculares. En las lesiones de mayor tiempo de evolución, el edema en la dermis papilar es mayor, puede haber vesículas y se evidencia en la dermis un denso infiltrado inflamatorio compuesto por neutrófilos que pueden invadir la epidermis y formar pústulas. No hay signos de vasculitis (necrosis endotelial o degeneración

fibrinoide)^{1,7}. Los diagnósticos diferenciales se plantean con el síndrome de Sweet, la vasculitis o el pioderma gangrenoso pustuloso, pero la presencia de artritis y el antecedente de cirugía intestinal orientan hacia el diagnóstico de síndrome DAAI⁷.

Dado que el principal factor patogénico conocido hasta ahora es el sobrecrecimiento bacteriano, el tratamiento se basa en la administración de antibióticos sistémicos, fundamentalmente ciprofloxacina y trimetoprima-sulfametoxazol (TMS), ya que además de su capacidad bactericida, inhibirían la quimiotaxis de los neutrófilos⁹. Se sugiere también el uso del metronidazol solo o asociado a TMS y amoxicilina-clavulánico¹⁰. En algunos casos aislados con episodios recurrentes a pesar del tratamiento antibiótico, la cirugía con la extirpación del asa ciega ha sido el único tratamiento eficaz^{3,7}. La paciente del caso analizado no tuvo respuesta favorable al tratamiento con metronidazol por vía oral y no concurrió a los siguientes controles.

La cirugía de *bypass* gástrico es un procedimiento frecuente en el tratamiento de la obesidad mórbida, por lo que es importante conocer las diferentes dermatosis asociadas a este tipo de terapéutica. El tiempo de aparición del síndrome DAAI después de la cirugía puede variar de algunos meses a años, lo que en ocasiones dificulta su diagnóstico.

A partir del advenimiento de las modernas técnicas quirúrgicas, se ha observado una serie de nuevas manifestaciones clínicas no solo dermatológicas, sino también sistémicas, que se intentan agrupar en diversos síndromes. En el caso analizado, la paciente tenía una clínica evocadora del síndrome de Sweet y una histopatología compatible, pero la presencia de artritis asociada al antecedente de cirugía bariátrica orientó al diagnóstico de síndrome DAAI.

BIBLIOGRAFÍA

- Alavi A, Sajic D, Cerci FB, Ghazarian D, et al. Neutrophilic dermatoses: An Update. *Am J Clin Dermatol* 2014;15:413-423.
- Dicken CH, Seehafer JR. Bowel bypass syndrome. *Arch Dermatol* 1979;115:837-839.
- Pereira E, Estanqueiro P, Almeida S, Ferreira R, et al. Bowel-associated dermatosis-arthritis syndrome in an adolescent with short bowel syndrome. *J Clin Rheumatol* 2014;20:322-324.
- Tu J, Chan JJ, Yu LL. Bowel bypass syndrome/bowel-associated dermatosis arthritis syndrome post laparoscopic gastric bypass surgery. *Australas J Dermatol* 2011;52:5-7.
- Ely HP. The bowel bypass syndrome: a response to bacterial peptidoglycans. *Am Acad Dermatol* 1980;2:473-478.
- Del Val del Amo N, Ibáñez Bosch R, Fito Manteca C, Loza Cortina E, et al. Post intestinal bypass arthritis-dermatitis syndrome. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26:386.
- Slater GH, Kerlin P, Georghiou PR, Fielding GA. Bowel-associated dermatosis-arthritis syndrome after biliopancreatic diversion. *Obes Surg* 2004;14:133-135.
- Gómez-Moyano E, Crespo-Erchiga A, Vera Casaña A, Sanz Trelles A. Deficiencia de vitamina A y síndrome de dermatosis-arthritis asociado a intestino secundario a derivación biliopancreática por obesidad. *Actas Dermosifiliogr* 2010;101:900-902.
- Hidalgo Y, Vázquez F, López-Escobar M, Manjón JA, et al. Síndrome del bypass intestinal sin bypass intestinal en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Actas Dermosifiliogr* 2004;95:374-377.
- Castañeda-Guillot C. Sobrecrecimiento bacteriano intestinal. *Rev Gastrohnp* 2006;1:4-7.