



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## IF-100 - LA ENFERMEDAD RELACIONADA CON DEPOSITO DE IGG4 (Er-iGG4), UN AUTENTICO RETO DIAGNÓSTICO. PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS

A. Roura Piloto<sup>1</sup>, F. Gallo Puelles<sup>2</sup> y J. Montoya Montoya<sup>1</sup>

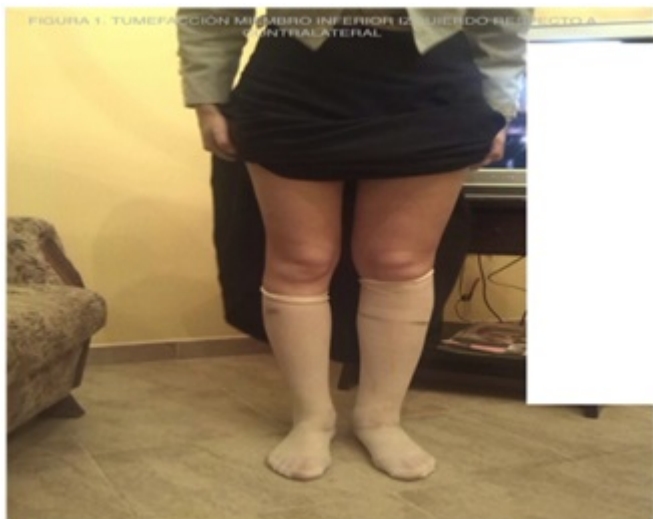
<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Reumatología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

### Resumen

**Objetivos:** Caso 1. Mujer 26 años, presentó tumefacción pierna izquierda y claudicación de marcha a 50 metros. Antecedentes: fiebre, artralgias y derrame pericárdico dos años previos, diagnosticándose de fiebre mediterránea familiar (gen MEFV heterocigótico). Remisión al año tras corticoterapia. Estudios: ecodoppler extremidad: disminución flujo vascular, sin trombosis. TAC abdomino-pélvico: masa fibrótica retroperitoneal 78 × 20 × 24 mm, disminución calibre vasos ilíacos, Hidronefrosis izquierda grado III. No masas adenopáticas. RMN: aspecto fibrótico, colapso vasos. Analítica: anemia normocítica. PCR 27 (> 5 mg/dl). Proteinograma: elevación globulinas. Resto normal. Autoinmunidad negativo. Inmunoglobulinas normales excepto G1184. G4 689 mg/dl. Anatomía patológica: Infiltrado inflamatorio focal linfoplasmocitario perivascular, fibrinosis. Inmunohistoquímica: células plasmáticas IgG4 > 15% HPF. Diagnóstico: posible ER-IgG4 asociada a fibrosis retroperitoneal, según criterios de Okazaki. Recibió tratamiento con prednisona (50 mg/día), HBPM y medias compresivas, experimentando mejoría clínica y TAC en 2 meses. Posteriormente, disminuyó corticoterapia continuando mantenimiento con azatioprina y rituximab, con estabilización clínica.

**Material y métodos:** Caso 2. Varón de 30 años. Antecedentes: tiroiditis, Nefropatía membranosa (biopsia), condensaciones pulmonares (TAC tórax) sin clínica, tumoración axilar derecha últimos 3 años. Derivado para estudio, tras confirmación de "infiltrado inflamatorio difuso de linfocitos CD20 + y c. plasmáticas, fibrosis perivascular, sin granulomas, depósitos de IgG4" en biopsia tumoral axilar.

**Resultados:** Analítica: elevación RFA. Serología, autoinmunidad negativa. Diagnóstico: ER-IgG4 con afectación renal, pulmonar, tiroidea y pseudotumor axilar. Recibió tratamiento con ciclos (3) de rituximab, experimentando mejoría clínica y ecográfica de pseudotumor inflamatorio.



Criterios de  
Okazaki  
Kazuichi et al,  
2010.  
Enfermedad  
relacionada con  
IgG4

1. Aumento  
difuso o local o  
masas en 1 o  
más órganos

2. Valores  
elevados IgG4  
(> 135 mg/dl)

### 3. Datos histopatológicos:

a. Marcada  
infiltración de  
linfocitos y  
plasmocitos con  
fibrosis, sin  
infiltración  
neutrófila.

b. Infiltración  
importante de  
células  
plasmáticas  
IgG4 (> 10-  
30%, según  
localización,  
HPF y/o ratio  
IgG4/IgG >  
40%)

c. Fibrosis radial

d. Flebitis  
obliterativa

Diagnóstico ER-  
IgG si sospecha  
clínica y  
asociación; 1+2,  
1+3 (a.b) o 3 (a,  
b, c, d)

Subtipos:  
diagnóstico  
definitivo:  
1+2+3.  
Probable: 1+3.  
Posible 1+2

*Discusión:* ER-IgG4 es un reciente trastorno inmunomediado caracterizado por un infiltrado linfoplasmocitario (células plasmáticas) expresasoras de IgG4 en órganos afectados y elevación IgG4 plasmática. Puede manifestarse como inflamación focal-pseudotumor inflamatorio (E. Mikulicz, tiroiditis Riedel, fibrosis retroperitoneal...) o bien difusa. Aunque más prevalente en Japón (1,08/100.000 hab.), en Europa esta entidad presenta una escasa literatura médica y excepcional casuística. Su diagnóstico constituye un auténtico reto,

siendo los criterios de Okazaki de gran utilidad ante sospecha clínica.