



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**SINDROME DE FELTY. REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

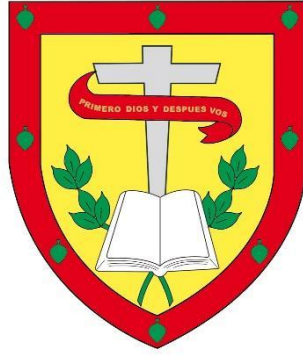
**AUTOR: NÁTALY ESTEFANÍA PICÓN TENESACA**

**DIRECTOR: DR. JAIME FERNANDO VINTIMILLA UGALDE**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**SINDROME DE FELTY. REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: NÁTALY ESTEFANÍA PICÓN TENESACA**

**DIRECTOR: DR. JAIME FERNANDO VINTIMILLA UGALDE**

**CUENCA - ECUADOR**

**2025**

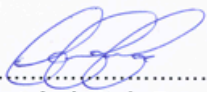
**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

### DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**NÁTALY ESTEFANÍA PICÓN TENESACA** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107401796**. Declaro ser autora de la obra: "**SÍNDROME DE FELTY. REPORTE DE CASO**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 10 de junio del 2025

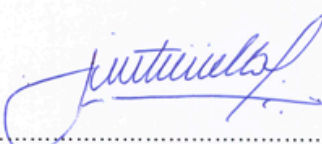
F: .....

  
**Nátaly Estefanía Picón Tenesaca**  
C.I. **0107401796**

### CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**SÍNDROME DE FELTY. REPORTE DE CASO**" realizado por **PICÓN TENESACA, NÁTALY ESTEFANÍA** con documento de identidad No. **0107401796**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 10 de junio del 2025

F:   
.....  
**Dr. Jaime Fernando Vintimilla Ugalde**  
**DIRECTOR / TUTOR**

## **DEDICATORIA**

A Dios y la virgen María quienes han sido la luz y fortaleza en este camino de arduo trabajo para conseguir mi meta más deseada.

A mis padres Jaime y Miriam quienes han formado el principal pilar e inspiración durante mi carrera, por todo el esfuerzo que han hecho para yo poder llegar hasta este punto de mi carrera y cumplir mi sueño tan anhelado.

A mis hermanas, Pamela y Samantha quienes han sido un gran motor en este proceso, son mi mayor inspiración ya que han sabido animarme siempre. Con esta tesis quiero que se motiven a luchar por sus sueños y que sean testigos de que el trabajo duro y bien hecho siempre tiene los mejores frutos.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a toda mi familia en especial a mis tíos Karina, Maribel, Irma, Cristian, Armando y Danilo, así como mis cuatro abuelitos que creyeron en mí y siempre me apoyaron en mis momentos de felicidad y tristeza por todos estos años de estudio. También a mis amigos que me han acompañado en la carrera y me han dado el cariño que necesitaba para salir adelante día a día.

Nátaly Estefanía

## **AGRADECIMIENTO**

Al culminar esta etapa de formación como médico, quiero agradecer primeramente a Dios por regalarme la vida para cumplir este sueño tan anhelado. A la facultad de medicina de la Universidad Católica de Cuenca y todos mis docentes por permitirme seguir la carrera soñada.

Al hospital de especialidades José Carrasco Arteaga, al departamento de docencia y al Dr. Edgar Plaza y Dr. Jaime quienes contribuyeron en el desarrollo del presente trabajo de titulación.

A mi tutor de tesis, el Dr. Jaime Vintimilla por haber aceptado guiarme en este proceso de desarrollo de este trabajo de titulación.

## RESUMEN

El síndrome de Felty consiste en una rara complicación extraarticular de la artritis reumatoide que tiene una prevalencia de menos del 1 % en todos los casos de artritis reumatoide. Se caracteriza por presentar también neutropenia y esplenomegalia. Esta complicación tiene un alto grado de mortalidad por la susceptibilidad de los pacientes a las infecciones que suelen aparecer debido a la neutropenia presentada. Se presenta el caso de una paciente femenina de 41 años de edad que acude a valoración por presentar astenia marcada e hiporexia, se le diagnostica neutropenia profunda por lo que es indispensable su hospitalización y tratamiento para evitar complicaciones. Durante su estancia hospitalaria refiere que presenta dolor articular, por lo que se realiza factor reumatoide y anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado los cuales presentan resultado positivo. Se aprecia una esplenomegalia mediante ecografía por lo que la paciente es diagnosticada con Síndrome de Felty tras presentar la tríada clásica.

**Palabras clave:** artritis reumatoide, neutropenia, síndrome de Felty.

## ABSTRACT

Felty's syndrome is a rare extra-articular complication of rheumatoid arthritis, with a prevalence of less than 1% among all rheumatoid arthritis cases. It is characterized by the presence of neutropenia and splenomegaly. This condition has a high mortality rate due to the increased susceptibility of patients to infections, which occur as a result of the neutropenia exhibited. A case of a 41-year-old female patient is presented who came for evaluation due to marked asthenia and hyporexia. She was diagnosed with profound neutropenia, requiring hospitalization and early treatment to prevent complications. During her hospital stay, the patient reported joint pain; therefore, rheumatoid factor and anti-cyclic citrullinated peptide antibodies were tested positive. Splenomegaly was observed by ultrasound, and the patient was diagnosed with Felty's syndrome after presenting with the classic triad.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis, neutropenia, Felty's syndrome.

**ÍNDICE**

<b>RESUMEN</b>	7
<b>ABSTRACT</b>	8
<b>CAPÍTULO I</b>	10
<b>1.1 INTRODUCCIÓN</b>	10
<b>1.2 OBJETIVOS</b>	11
<b>1.2.1 Objetivo General</b>	11
<b>CAPÍTULO II</b>	12
<b>2. DESCRIPCIÓN DEL CASO</b>	12
<b>CAPÍTULO III</b>	14
<b>3. DISCUSIÓN</b>	14
<b>CAPÍTULO IV</b>	17
<b>4.1 CONCLUSIONES</b>	17
<b>4.2 CONFLICTO DE INTERESES</b>	17
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	18

## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

El síndrome de Felty (SF) es una complicación extraarticular de etiología desconocida de la artritis reumatoide seropositiva, que se caracteriza por la asociación de la artritis reumatoide (AR) con esplenomegalia detectada mediante examen clínico o imagenológico y un recuento de neutrófilos menos a 2000/ml (1-3); aunque para su diagnóstico es necesario la presencia de la triada se considera que pueden estar presente dos de las manifestaciones por semanas o meses antes de la aparición de la tercera manifestación (4,5).

Es una complicación poco común que se presenta en menos del 1% de los pacientes que han sido diagnosticados con artritis reumatoide, la cual posee una incidencia de 0,7-1,3% a nivel mundial, se presenta con más frecuencia en las mujeres con relación 3:1 y en mayores de 50 años (6,7). El síndrome de Felty puede conducir a la aparición de enfermedades infecciosas oportunistas en especial de boca, piel y vías respiratorias, provocando en varios casos sepsis y de esta manera aumentar la tasa de mortalidad. La esplenomegalia presente se caracteriza por un bazo que, por lo general, se palpa 2-4 cm por debajo de la parrilla costal, aunque su tamaño puede ser variable, se caracteriza también, por poseer una consistencia dura y no suele ser doloroso (8,9).

Para establecer el diagnóstico de síndrome de Felty es necesario una exploración física y se complementa con otros exámenes, como un hemograma completo para demostrar la presencia de neutropenia y otras manifestaciones como trombocitopenia; es importante también el valor sérico del factor reumatoide, anticuerpos antinucleares y HLA-DR4 positivo. Debido a las manifestaciones clínicas que presenta, los estudios de ecografía y biopsia de bazo son importantes para comprobar el agrandamiento del centro germinal de los folículos y una infiltración de neutrófilos o macrófagos; así como estudios radiológicos permiten observar una destrucción articular grave (4,8).

El tratamiento farmacológico inicial se basa en el control de la enfermedad de base que es la artritis reumatoide, que consiste en glucocorticoides con efectos antiinflamatorios e inmunosupresores (10,11). El manejo específico para la neutropenia suele ser innecesario a excepción de los pacientes que ya tienen infecciones bacterianas o un recuento de neutrófilos de menos de 1000/ml, ya que esta suele mejorar con el tratamiento antirreumático (12).

El fármaco más usado en el tratamiento del síndrome de Felty con el cual la neutropenia suele mejorar en aproximadamente 2 meses es el metotrexato, más del 75% de los pacientes con seguimiento por un año no han contraído infecciones ni han presentado recaídas. El uso de factores de crecimiento granulopoyético como el G-CSF en dosis de 30 ug/kg/día acompañado de prednisona 20-30 mg/día ha sido considerado más razonable por el uso prolongado en algunos pacientes, además de que esta combinación ha presentado menos efectos adversos durante el tratamiento (10,13).

El uso de rituximab en infusión regular cada 6 meses logró normalizar el recuento absoluto de neutrófilos aumentándolos en más de 10 veces, ha mejorado significativamente la artritis (10,14,15).

El tratamiento quirúrgico se usa cuando ha existido un fracaso con el tratamiento farmacológico, la esplenectomía suele ser la mejor opción para revertir las alteraciones hematológicas, aunque se debe tomar en cuenta las indicaciones de la esplenectomía, son una fase agresiva del síndrome que no ha respondido al tratamiento farmacológico, trombocitopenias severas sin respuesta al tratamiento convencional y la neutropenia acompañada de infección que no respondió al tratamiento con inmunosupresores (2,8).

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo General**

Describir mediante un caso clínico de Síndrome de Felty sus manifestaciones clínicas propias, así como su algoritmo diagnóstico y el tratamiento a seguir.

## CAPÍTULO II

### 2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino de 41 años de edad, sin antecedentes patológicos personales, ni familiares de relevancia, quien presenta cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio izquierdo ocasional de leve intensidad asociado a sensación de distensión abdominal, se automedica con aguas medicinales con aparente mejoría, fue valorada por múltiples médicos, donde le diagnostican colitis y permanece en periodos de remisión y exacerbación; refiere también artralgias y sinovitis, acompañadas de dolor nocturno y sin rigidez matutina; además, pérdida de peso de 20 libras en 4 meses. Aproximadamente 8 días antes de su ingreso, el dolor se intensifica tornándose continuo y además, se suman deposiciones blandas 2 por día, acompañado de astenia marcada e hiporexia por lo que acude a valoración privada donde se realiza exámenes complementarios que reportan leucocitos 1440/uL, neutrófilos 270/uL, LDH 386 UI/L y un urocultivo con *Escherichia coli* sensible a cefazolina, cefalexina y resistente a fosfomicina, nitrofurantoina, gentamicina, ciprofloxacina; se decide el ingreso hospitalario con dichos antecedentes, donde se procede a aislamiento de la paciente y analgesia a base de paracetamol sólido oral 500 mg VO por razones necesarias. Dentro del examen físico llama la atención hiperemia e hipertrofia amigdalina con exudado purulento, mediante cultivo se diagnostica faringoamigdalitis y se inicia tratamiento a base de penicilina benzatínica 1 200 000 UI. Los exámenes de laboratorio que se realizaron demuestran leucocitos 1610 cel/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 100 cel/mm<sup>3</sup>, linfocitos 910 cel/mm<sup>3</sup>) y el frotis de sangre periférica confirma leucopenia; factor reumatoide 99 UI/mL, kappa y lambda 1870/1070 mg/dl respectivamente. La ecografía realizada informa bazo aumentado de tamaño 15,7 x 10,5 x 14,6 cm y con un volumen de 1275 ml.

En su tercer día de hospitalización la paciente presenta artralgias sin sinovitis, se amplían exámenes complementarios que reportan anticuerpos anti-citrulina >1000 unidades. En este contexto, el cuadro clínico confirma la existencia de un síndrome de Felty.

Al sexto día de hospitalización, la paciente presenta manifestaciones extraarticulares: xerostomía, al examen físico presenta artritis con 5 articulaciones tumefactas y 2

dolorosas, acompañada de rigidez matutina inflamatoria, se procede a calcular el índice de la actividad de la artritis reumatoide dando como resultado una moderada actividad de AR con 4,55. Según exámenes de laboratorio se mantiene en leucopenia marcada y la radiografía de manos demuestra pinzamiento simétrico en segunda y tercera metacarpofalángicas en ambas manos, con presencia de erosión pequeña en quinta interfalángica distal en la mano derecha. Se inicia dosis baja de metilprednisolona 125 mg intravenoso y filgrastim 300 ug subcutánea para tratar la artritis reumatoide, se mantiene con este tratamiento por 4 días y posterior a este la paciente presenta artritis con 3 articulaciones tumefactas y sin dolor, se mantiene con neutropenia y se suma sinovitis de rodilla izquierda por lo que se procede a aplicar hielo para reducir inflamación.

A los 13 días de su ingreso hospitalario se encuentra estable a nivel articular con 2 articulaciones tumefactas, se mantiene xerostomía, neutropenia de 400 cel/mm<sup>3</sup> por lo que se procede a dar profilaxis antibiótica a base de cotrimoxazol 800/160 mg, acompañado de tratamiento de la enfermedad de base con prednisona sólido oral 20 mg, metrotexate sólido oral 2,5 mg, ácido fólico sólido oral 5mg. Se inicia también colchicina sólido oral 0,5 mg en conjunto con complejo B y se continúa con Filgrastim ampolla de 300 ug al día.

Paciente permanece hospitalizada por aproximadamente 20 días, durante esta presenta mejoría a nivel articular y con exámenes complementarios que indican aumento de leucocitos por lo que se decide el alta para la paciente la cual debe mantener prednisona, metrotexate y ácido fólico como tratamiento ambulatorio, que le mantiene sin complicaciones y con un estilo de vida bueno. Actualmente se mantiene con valoración periódica por reumatología de manera privada y realiza sus actividades diarias con normalidad.

## CAPÍTULO III

### 3. DISCUSIÓN

Según los objetivos planteados inicialmente, en el estudio “Felty Syndrome: A shrouded diagnosis” se menciona que el diagnóstico de Síndrome de Felty en un caso clínico de un hombre de 58 años se basó principalmente en reconocer la triada característica de este síndrome. Los principales exámenes realizados al paciente que apoyan el diagnóstico fueron factor reumatoide y anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP), con el fin de diagnosticar la artritis reumatoide posterior a la detección de manifestaciones clínicas en el paciente; así como, tasa de sedimentación eritrocítica y proteína C reactiva para demostrar actividad inflamatoria en el organismo. En cuanto a la neutropenia, se recomienda diagnóstico mediante un hemograma completo; la esplenomegalia se diagnostica mediante estudios de imagen como ecografía o una tomografía computarizada tóraco-abdominal (16).

Lazarou I, et al. (17) menciona que existen pocos anticuerpos específicos para la artritis reumatoide y los más específicos están dirigidos contra antígenos citrulinados. Afirma que el fibrinógeno citrulinado (ACF) en el líquido sinovial se usa para el diagnóstico temprano de la AR en comparación con el factor reumatoide, la primera generación anti-CCP además es utilizada para valorar el pronóstico en los pacientes diagnosticados con síndrome de Felty.

Moreno L, et al. (18) en su estudio de caso describe los principales métodos diagnósticos de la esplenomegalia, con resultados favorables en su estudio, afirma que es imprescindible una anamnesis completa donde incluyan sintomatología, seguida de una exploración física abdominal y complementar con pruebas de imagen, destacando la ecografía como la técnica de elección principalmente en la atención de salud primaria y en el caso de ser necesario se puede optar por tomografía computarizada o resonancia magnética.

De acuerdo al tratamiento del SF, Guiomar V, et al. (19) en su estudio denominado “Three-years follow-up of a case of non-articular Felty Syndrome treated solely with corticosteroids” realizado en un paciente caucásico masculino de 54 años de edad que se trató solamente con glucocorticoide, se usó prednisolona 0,25 mg/kg/día y en cuatro meses la neutropenia se resolvió completamente, y en el seguimiento del paciente durante 3 años no presentó manifestaciones articulares y no fue necesario el uso de

fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad. Mencionó que el pronóstico del SF podría ser mejor de lo esperado en esta clase de pacientes con una enfermedad de corta duración, sin artritis erosiva grave de larga duración y expuestos a la inmunosupresión como es el caso de la paciente del presente trabajo.

Por otro lado en el estudio denominado “Successful abatacept treatment for Felty’s síndrome in a patient with rheumatoid arthritis” en un paciente varón de 69 años con antecedente de 38 años con artritis reumatoide tratado con etanercept 50 mg/sem y metrotexate 8 mg/sem por 5 años, tratamiento con el cual no cambió su recuento de neutrófilos por lo que se optó una terapia con abatacept el cual mejoró el recuento de neutrófilos de 234 mU/L a 1840 mU/L, por lo que se concluyó que obtuvo un tratamiento exitoso con dicho fármaco (10).

Corroborando dicho estudio, Proc K, et al. (20) confirma que el uso de biológicos ha demostrado gran eficacia en el tratamiento del síndrome de Felty, en su estudio denominado “Biological treatment in Felty’s síndrome with profound neutropenia”, se usó para tratar a un paciente diagnosticado de SF un anticuerpo anti-CD20 (rituximab) reemplazando a un inhibidor del TNF- $\alpha$  (etanercept), posteriormente el paciente no tuvo signos de artritis activa, los parámetros de inflamación se encontraban bajos y no se observó trombocitopenia, destacando también que permite la normalización de los niveles de neutrófilos en sangre periférica así como disminución de la actividad de la enfermedad.

Wegscheider C, et al. (21) destaca como tratamiento de primera elección al metrotexate en dosis de 7,5 mg ya que en el estudio realizado a 7 pacientes este fármaco aumentó de manera significativa el recuento de neutrófilos de  $1,95 \times 10^9/L$  a  $3,92 \times 10^9/L$  en 1 año destacando que los valores empezaron a aumentar después de 4 semanas de tratamiento, hubo una disminución de infecciones y aumentó la eficacia sobre la curación de las úlceras por vasculitis. Pero, se menciona que no existen datos suficientes para comprobar la eficacia de este fármaco, ya que otros estudios afirman que provoca una mayor disminución en el recuento de neutrófilos. Entonces, el siguiente fármaco a utilizar es el rituximab que ha demostrado normalizar los recuentos de neutrófilos en el 62,5% de los casos después del primer ciclo de este fármaco, se administra en infusión intravenosa de 1000 mg repetida una vez cada 2 semanas, aunque se mencionaba que existen casos refractarios a rituximab, en los que la actividad de la AR disminuyó

después de 6 meses de tratamiento, pero no mejoró el recuento de neutrófilos o la tasa de infección.

En el estudio “Rapidly progressive Felty Syndrome after sudden discontinuation of methotrexate: a case report and review of literature” de Hamsho S, et al (22), se menciona que el tratamiento de elección de la neutropenia para el paciente se basa en los FARME donde se incluyen el metotrexato, el G-CSF y los glucocorticoides, adicionando rituximab. La leflunomida y la sulfasalazina también se pueden utilizar en el tratamiento pero deben considerarse como tratamiento de segunda línea por la experiencia limitada.

Recientemente no se ha reportado casos de Síndrome de Felty en pacientes de la ciudad o del país, siendo este un caso único y difícil de manejar por la falta de prevalencia y por la gran mayoría de tratamientos que se encuentran en estudio actualmente, fue documentado en el Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga y se logró diagnosticar y tratar a la paciente dándole un mejor estilo de vida.

## **CAPÍTULO IV**

### **4.1 CONCLUSIONES**

El síndrome de Felty es considerada una rara complicación de la artritis reumatoidea por lo que su prevalencia es muy baja a nivel mundial y en especial en el Ecuador, mediante este trabajo se logró analizar un caso clínico presentado en la ciudad de Cuenca, el cual fue manejado y diagnosticado por el personal médico de la ciudad. En comparación con la literatura analizada, el proceso diagnóstico llevado a cabo no se encuentra diferente, se procedió a realizar principalmente factor reumatoide y anti-CCP que se consideran los más importantes, así como una ecografía para el diagnóstico de la esplenomegalia y un hemograma completo para la neutropenia. Es importante considerar la triada clásica de la enfermedad ya que esta es sub-diagnosticada lo cual puede llevar a las complicaciones que se pueden prevenir, por consiguiente, se inicia el tratamiento que puede ser a base de FARME y biológicos, aunque la mayoría se encuentra en estudio, pero si han dado buenos resultados, como es el caso del presente caso clínico.

### **4.2 CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores no reportan conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fong Pantoja L, Domínguez L, Lora J. Síndrome de Felty. 2022;51(2). Available from: <http://scielo.sld.cu><http://www.revmedmilitar.sld.cu><https://orcid.org/0000-0002-7184-621X><https://orcid.org/0000-0003-0317-7445>
2. Barnes C, Turnbull A, Vernon Roberts B. Felty's syndrome. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 1971;30:359. Available from: <http://ard.bmj.com/>
3. Bernal D, Plasencia C, Estébanez M, Vásquez F. Manual de Reumatología. AMIR [Internet]. 7ma Edición. Ruiz B, Campos J, Franco E, Suárez A, editors. 2011 [cited 2023 Dec 29]. 9–10 p. Available from: [www.academiamir.com](http://www.academiamir.com)
4. Berrios Arando A, Mendoza Lopez Videla J, Ramos Loza C. Síndrome de Felty: Reporte de Caso. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2015 [cited 2023 Dec 29];21(2). Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582015000200007](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200007)
5. Yucumá Gutiérrez S, Molano V, Lozano A, Benavidez E, Alarcón C. Síndrome de Felty. *Revista Facultad de Salud* [Internet]. 2012 [cited 2023 Dec 29];4(1):81–6. Available from: <https://journalusco.edu.co/index.php/rfs/article/view/122/213>
6. Ministerio de Salud Pública. Artritis reumatoide. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Ecuador; 2016. Available from: [www.salud.gob.ec](http://www.salud.gob.ec)
7. Hernández S, Villafuerte J, Chimbolema S, Pilamunga C. Relación entre el estado nutricional y la actividad clínica en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Reumatología* [Internet]. 2020;22(2). Available from: <https://orcid.org/0000-0002-5761-0104>
8. Torres De Taboada E, Montiel Jarolín D, Sanguina M, López E. Esplenomegalia gigante por síndrome de Felty. *Rev virtual Soc Parag Med Int* [Internet]. 2014;1(1):49–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/>
9. Lagrutta M, Alle G, Parodi R, Greca A. Manifestaciones extraarticulares graves de artritis reumatoide en ausencia de artritis activa, tras remisión espontánea sostenida. Presentación de un caso. *Reumatol Clin* [Internet]. 2016 Jul 1 [cited 2023 Dec 29];12(4):223–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.07.006>
10. Kimura Y, Yoshida S. Successful abatacept treatment for Felty's syndrome in a patient with rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol Case Rep* [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2023 Dec 29];4(2):168–70. Available from: <https://doi.org/10.1080/24725625.2020.1717740>
11. Arenaza G, Corina B, Mendieta H. Inmunología y papel de la fototerapia en artritis reumatoide y embarazo. *Revista del Instituto de Salud del Estado de México* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 29];1(1):26–35. Available from:

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/113195/Vol1%20Num.1%20articulo4.pdf?sequence=1#:~:text=El%20tratamiento%20con%20fototerapia%20en,reactantes%20de%20fase%20aguda%20tambi%C3%A9n.>

12. Alarcón P, Cabeza L, Casafont I, Heredia S, Lozano F, Martínez M. Manual CTO de medicina y cirugía : Reumatología. CTO; 2018. 18–20 p.
13. Domínguez N, Alban P, Carvajal G, Simbaña F. Artritis reumatoide: una visión general. *Revista Cubana de Reumatología* [Internet]. 2022;24(2). Available from: <https://orcid.org/0000-0001-9596-9866https://orcid.org/0000-0001-7405-6478GabrielaEstefaniaCarvajalSantana1https://orcid.org/0000-0002-8448-6532FátimaMonserratSimbañaPauca3https://orcid.org/0000-0002-9407-1840>
14. Wang C, Chiu Y, Chen Y. Successful treatment of refractory neutropenia in Felty's syndrome with rituximab [Internet]. Vol. 47, *Scandinavian Journal of Rheumatology*. Taylor and Francis Ltd; 2018 [cited 2023 Dec 29]. p. 340–1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/03009742.2017.1334816>
15. Revenga Martínez M, Morán Álvarez P, Arroyo Palomo J, Valero Expósito M, Vásquez M. Artritis reumatoide. *Medicine* [Internet]. 2021 [cited 2023 Dec 29];13(30):69–80. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541221000846>
16. Tor K, Jacob J, Valez MG, Freijat M, Agha OQ, Barake SS, et al. 372: Felty Syndrome: A Shrouded Diagnosis. *Crit Care Med* [Internet]. 2023 Jan [cited 2024 Jan 3];51(1):172–172. Available from: [https://journals-lww-com.vpn.ucacue.edu.ec/ccmjournals/fulltext/2023/01001/372\\_\\_felty\\_syndrome\\_\\_a\\_shrouded\\_diagnosis.337.aspx](https://journals-lww-com.vpn.ucacue.edu.ec/ccmjournals/fulltext/2023/01001/372__felty_syndrome__a_shrouded_diagnosis.337.aspx)
17. Lazarou I, Petitpierre N, Auger I, Reber G, Roux-Lombard P, Boehlen F, et al. Felty's syndrome and hypofibrinogenemia: an unusual target for anti-cyclic citrullinated peptide antibodies? *Mod Rheumatol* [Internet]. 2015 Sep 3 [cited 2024 Jan 3];25(5):790–3. Available from: <https://www.tandfonline-com.vpn.ucacue.edu.ec/doi/abs/10.3109/14397595.2013.844392>
18. Moreno Pérez L, David Blázquez Alcázar J, Oropesiano MB, Díaz Aguado B Y Ramón J, Sánchez O. Estudio de un paciente con esplenomegalia: a propósito de un caso.
19. Guiomar VB, Tatavares S, Oliveira D, Gomes C, Rodrigues P, Correia C, et al. Three-years follow-up of a case of non-articular Felty Syndrome treated solely with corticosteroids. *Gazzetta Medica Italiana Archivio per le Scienze Mediche*. 2020 Apr 1;179(4):305–10.
20. Proc K, Madej M, Wiland P, Sebastian A. Biological treatment in Felty's syndrome with profound neutropenia. *Reumatologia*. 2023;61(3):213–8.

21. Wegscheider C, Ferincz V, Schöls K, Maieron A. Felty's syndrome. *Front Med (Lausanne)*. 2023;10.
22. Hamsho S, Alannouf I, Ashour AA. Rapidly Progressive Felty Syndrome After Sudden Discontinuation of Methotrexate: A Case Report and Review of Literature. *Int Med Case Rep J*. 2022;15:473–7.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**NÁTALY ESTEFANÍA PICÓN TENESACA** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107401796**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“SÍNDROME DE FELTY. REPORTE DE CASO”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 10 de junio del 2025

F: ..... 

**Nátaly Estefanía Picón Tenesaca**  
**C.I. 0107401796**