

IMÁGENES EN REUMATOLOGÍA

## Signo de Holster como manifestación de reactivación en el síndrome antisintetasa: Respuesta clínica favorable tras ajuste de medicación

Holster sign as a manifestation of reactivation in antisynthetase syndrome:  
Favorable clinical response after medication adjustment

Ignacio Lasierra Lavilla, Julien Paola Caballero Castro,  
Juan Salas Jarque

Servicio de Medicina Interna, Hospital Obispo Polanco. Teruel, España.

**CORRESPONDENCIA**  
Ignacio Lasierra Lavilla  
ilasierral@gmail.com



**Figura 1.** A: Signo de Holster (flecha azul) al ingreso. B: Mejoría de lesión cutánea (flecha negra) tras administración de Rituximab.

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 41 años con diagnóstico confirmado de síndrome antisintetasa, quien mantenía un adecuado control clínico bajo tratamiento con corticoides, inmunoglobulina intravenosa mensual y tacrólimus. La paciente ingresó tras la suspensión del tratamiento inmunosupresor, desarrollando un brote de la enfermedad caracterizado por debilidad muscular y la aparición de un eritema maculopapular en la cara lateral del muslo derecho, compatible con el signo del “holster” (Figura 1A). Se instauró tratamiento con rituximab, evidenciándose una mejoría significativa de la fuerza muscular, normalización de los marcadores inflamatorios y resolución progresiva de las lesiones cutáneas (Figura 1B).

El síndrome antisintetasa es una enfermedad autoinmune infrecuente y de curso sistémico, caracterizada por compromiso multiorgánico, principalmente muscular y pulmonar. Se define por la presencia de autoanticuerpos antisintetasa y por la asociación con polimiositis y enfermedad pulmonar intersticial.<sup>1,2</sup> Durante los periodos de exacerbación, algunos pacientes pueden presentar manifestaciones cutáneas semejantes a las observadas en la dermatomiositis, como el eritema en heliotropo, las pápulas de Gottron, el signo de la “V” y el signo del “holster”.<sup>3,4</sup> Este último se caracteriza por una erupción violácea o eritematosa localizada en la región proximal de los muslos, con una distribución en banda que recuerda la forma de un cinturón.<sup>4</sup>

Dado que se trata de una entidad poco frecuente, las estrategias terapéuticas disponibles se sustentan principalmente en series de casos y estudios observacionales, existiendo pocas guías específicas para su manejo. Los corticoides constituyen el tratamiento de primera línea en las miopatías inflamatorias; sin embargo, ante la recurrencia de los síntomas musculares o la progresión del compromiso pulmonar durante la reducción de la dosis, suele ser necesario asociar agentes inmunosupresores como terapia ahorradora de esteroides.<sup>5,6</sup> En los casos refractarios, el uso de rituximab o ciclofosfamida ha mostrado beneficio, siendo el primero preferido por su mejor perfil de seguridad y menor toxicidad.<sup>6</sup>

#### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

No se han presentado conflictos éticos en la elaboración del artículo.

—

#### **FINANCIACIÓN**

El artículo no ha recibido ningún tipo de financiación.

—

#### **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

—

Fecha de recepción: 26/08/2025

Fecha de aceptación: 14/11/2025

#### **REFERENCIAS**

—

1. Robinson D, Scholz B. The antisynthetase syndrome. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2020 May 18;33(3):401-403.
2. Marin FL, Sampaio HP. Antisynthetase Syndrome and Autoantibodies: A Literature Review and Report of 4 Cases. *Am J Case Rep*. 2019 Jul 25;20:1094-1103.
3. Oddis CV, Aggarwal R. Clinical features of myositis patients: Skin manifestations. In: Aggarwal R, Oddis CV, editors. *Managing Myositis: A Practical Guide*. Springer; 2020. p. 47-56.
4. Witt LJ, Curran JJ, Streck ME. The Diagnosis and Treatment of Antisynthetase Syndrome. *Clin Pulm Med*. 2016 Sep;23(5):218-226.
5. Da Silva LMB, Rathore U, Agarwal V, Gupta L, Shinjo SK. Demographic, clinical, laboratory data, prognostic, and treatment features of patients with antisynthetase syndrome: An international, two-center cohort study. *Arch Rheumatol*. 2022 Mar 3;37(3):424-434.