

Enfermedad de Behçet.

Reporte de un caso con buena respuesta a colchicina

Arévalo Martínez FG,* Badia Flores JJ**

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Behçet (EB) es una enfermedad crónica, recidivante, caracterizada por úlceras orales y genitales recurrentes, manifestaciones oculares, dermatológicas, patergia positiva y afección a otros aparatos o sistemas, principalmente sistema nervioso central, aparato gastrointestinal, pulmonar, renal y cardiovascular. La biopsia de las lesiones revela una reacción vascular neutrofílica.¹ La vasculitis mediada por complejos inmunes es el probable mecanismo en el desarrollo de la enfermedad.^{2,3} Aunque no se conoce la patogénesis de la enfermedad, han sido implicados factores genéticos e infecciosos, mecanismos inmunes y mediadores de la inflamación. La enfermedad tiene un curso clínico variable en la mayoría de los pacientes, con exacerbaciones y remisiones, iniciando en la mayoría de los pacientes con manifestaciones mucocutáneas (Figura 1), presentándose las manifestaciones oculares o neurológicas varios años después del diagnóstico. La mortalidad es baja y usualmente está relacionada a hemorragia pulmonar del sistema nervioso central o perforación intestinal. El tratamiento de la EB está basado en las manifestaciones y severidad del cuadro clínico,⁴⁻⁹ estando indicado desde corticoesteroides tópicos o intralesionales, esteroides orales y dapsona para las manifestaciones mucocutáneas, hasta terapia inmunosupresora y medicamentos biológicos anti-TNF para pacientes con enfermedad sistémica severa.

OBJETIVO

Presentar un caso de EB con respuesta favorable a colchicina.

CASO CLÍNICO

Masculino de 40 años de edad con antecedentes heredo-familiares de abuela y tíos maternos con diabetes mellitus, tía materna con artritis reumatoide, hermano con tumor de Wilms. Con antecedentes personales de varicocele, herpes zoster costal severo izquierdo 1 mes previo a la consulta inicial que respondió con aciclovir oral y local sin dejar secuelas. Su padecimiento actual inicia en agosto del 2004 caracterizado por presentar úlceras orales (dolorosas), tipo aftas, en mucosa bucal, lengua y labios, xeroftalmia, conjuntivitis recurrente, artralgia en rodillas, tobillos y codos, rigidez matinal menor de 5 minutos, sin sinovitis, presentando en su evolución recurrencia de las úlceras orales y lesiones tipo eritema nodoso en miembros inferiores. La biopsia de lesiones orales y cutáneas evidenció EB. Por el antecedente inmediato de herpes zoster se decidió no iniciar tratamiento con esteroides ni con inmunosupresores, por lo que se indicó colchicina oral a dosis inicial de 0.6 mg cada 12 h y posteriormente cada 24 h e indometacina 25 mg cada 8 h, con mejoría paulatina de las lesiones orales y cutáneas en 4 semanas y sin recaída de las mismas después de un seguimiento de 4 meses.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la EB depende de la severidad y las manifestaciones clínicas. Además del tratamiento usualmente descrito con corticoesteroides e inmunosupresores, ha habido reportes de buena respuesta a la colchicina en pacientes con manifestaciones mucocutáneas. En nuestro caso hubo una adecuada respuesta a la colchicina que se indicó al haber una contraindicación relativa al uso de esteroides e inmunosupresores. Se deberá considerar el uso de este fármaco como

* Médico Reumatólogo Hospital Ángeles Metropolitano.

** Coordinador de Reumatología Hospital Ángeles Mocel.

Correspondencia:

Arévalo Martínez FG

Hospital Ángeles Metropolitano, Tlalocanpan Núm. 59, Col. Roma, México, D.F. 06760.

Correo electrónico: arevalo-guillermo@hotmail.com

Aceptado: 17-09-2007.



Figura 1. Manifestación mucocutánea.

medicamento alternativo en casos seleccionados de padecimientos con manifestaciones mucocutáneas no severas.

REFERENCIAS

1. Ackerman AB. Behcet's disease. In: Ackerman AB, Chongchitnant N, Sanchez J et al: *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases. An algorithmic method based on pattern analysis*, 2nd ed. Baltimore, Williamss & Wilkins, 1997: 229-232.
2. Williams BD, Lehner T. Immune complexes in Behcet's syndrome and recurrent oral ulcerations. *Br Med J* 1977; 1: 1387-1389.
3. Evereklioglu C. Current concepts in the etiology and treatment of Behcet disease. *Surv Ophthalmol* 2005; 50(4): 297-350.
4. Lin P, Liang G. Behcet disease: recommendation for clinical management of mucocutaneous lesions. *J Clin Rheumatol* 2006; 12(6): 282-286.
5. Yazici H, Barnes CG. Practical treatment recommendations for pharmacotherapy of Behcet's syndrome. *Drugs* 1991; 42(5): 796-804.
6. Al-Waiz MM, Sharquie KE, A-Oaissi MH, Hayani RK. Colchicine and benzathine penicillin in the treatment of Behcet's disease: a case comparative study. *Dermatol Online J* 2005; 11(3): 3.
7. Yurdakal S, Mat C, Tuzun Y et al. A double-blind trial of colchicines in Behcet's syndrome: *Arthritis Rheum* 2001; 44(11): 2686-2692.
8. Miyachi Y, Taniguchi S, Ozaki M, Horio T. Colchicine in the treatment of the cutaneous manifestations of Behcet's disease. *Br J Dermatol* 1981; 104(1): 67-69.
9. Kaklamani VG, Kaklamani PG. Treatment of Behcet's disease: an update. *Semin Arthritis Rheum* 2001; 30(5): 299-312.