

Revista Médica del IMSS

Volumen **43**
Volume

Número **2**
Number

Marzo-Abril **2005**
March-April

Artículo:

**Policondritis recidivante tratada con
metotrexate y celecoxib.**

Reporte de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Instituto Mexicano del Seguro Social

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ **Índice de este número**
- ☞ **Más revistas**
- ☞ **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

- ☞ ***Contents of this number***
- ☞ ***More journals***
- ☞ ***Search***



Medigraphic.com

Policondritis recidivante tratada con metotrexate y celecoxib. Reporte de un caso

RESUMEN

La policondritis recidivante es una enfermedad rara que afecta tejidos cartilaginosos como pabellones auriculares, nariz, estructuras laringotraqueales y articulaciones, entre otros. El tratamiento habitual de la enfermedad consiste en el uso de corticosteroides y antiinflamatorios tradicionales como aspirina e indometacina. Describimos un caso de policondritis recidivante en un hombre diabético de 82 años de edad, cuyas condiciones particulares obligaron a utilizar metotrexate y celecoxib como tratamiento alternativo, el cual fue exitoso.

SUMMARY

Relapsing polychondritis is a rare illness in which the cartilaginous tissues such as auricles, nose, laryngotraeal structures, joints and others, are affected. Customary treatment is based on corticosteroids and traditional antiinflammatory agents including aspirin and indomethacin. We describe a case of relapsing polychondritis in an 82-year-old man with associated diabetes mellitus and special features treated successfully with alternative therapy based on methotrexate and celecoxib.

Introducción

La policondritis recidivante es una enfermedad rara de etiología desconocida, caracterizada por ataques inflamatorios recurrentes progresivos a las estructuras cartilaginosas del cuerpo, con especial afección a órganos de los sentidos. Afecta principalmente pabellones auriculares, nariz, ojos, cartílago laringotraqueal, costal y articular, sin embargo, puede presentar gran variedad de manifestaciones sistémicas que incluyen vasculitis, glomerulonefritis, daño pulmonar y neurológico.¹

En 1976, McAdam propuso de manera empírica los criterios para el reconocimiento de los cambios característicos cuando se realiza el examen histológico del cartílago,² así como los criterios diagnósticos para policondritis recidivante:

1. Condritis recurrente de ambas aurículas.
2. Poliartritis no erosiva.
3. Condritis de cartílagos nasales.
4. Inflamación de estructuras oculares: conjuntivitis, queratitis, escleritis/epiescleritis o uveítis.
5. Condritis del tracto respiratorio incluyendo cartílagos laringeo o traqueal.
6. Daño coclear o vestibular manifestado por pérdida neurosensorial, tinnitus o vértigo.

Sin embargo, actualmente esos criterios han sido modificados y el diagnóstico se establece con base en la presencia de condritis en dos de tres sitios (auricular, nasal y laringotraqueal), o en un sitio además de otras características clínicas asociadas como inflamación ocular, daño audiovestibular y artritis seronegativa. La biopsia cartilaginosa es innecesaria en muchas ocasiones.³

En términos epidemiológicos se estima una incidencia anual de 3.5 por cada millón de habitantes, no obstante, son más de 600 los casos de policondritis recidivante reportados en la literatura mundial. Afecta ambos sexos con una relación estimada hombre:mujer entre 1:1 y 1:3, con presentación a cualquier edad, sin embargo, la mayoría de los casos reportados inicia entre los 40 y 50 años.^{1,4,5}

La terapia con corticosteroides proporciona una respuesta rápida y se considera la más efectiva, no obstante, los efectos indeseables a largo plazo y la resistencia al tratamiento limitan su empleo. Otras drogas que de manera tradicional se han utilizado como alternativas son la dapsona, ciclofósfamida y azatioprina. Aunque la ciclosporina-A, anti-CD4 e infliximab se han probado como terapias de salvamento, la experiencia acumulada sugiere que el uso de metotrexate se perfila como el tratamiento más eficaz.^{3,6}

Comunicación con:
Hernando
Cervera Castillo.
Tel.: 5797 5343.

Dirección electrónica:
cerverach@aol.com

Palabras clave

- ✓ policondritis recidivante
- ✓ metotrexate
- ✓ celecoxib

Key words

- ✓ relapsing polychondritis
- ✓ methotrexate
- ✓ celecoxib

¹Maestro
en Ciencias Médicas
y reumatólogo,
Hospital Regional 25

²Especialista
en medicina familiar,
Unidad de Medicina
Familiar 35

Adscritos
al Instituto Mexicano
del Seguro Social
y profesores
de la Facultad
de Estudios Superiores
Zaragoza,
Universidad Nacional
Autónoma de México

En la búsqueda de una alternativa terapéutica se presenta un caso particular de policondritis recidivante tratado con metotrexate y celecoxib.

Caso clínico

Hombre de 82 años, jubilado, cuyo padecimiento se inició en el 2000 con edema palpebral en ojo derecho, el cual cedió en 15 días con el uso de corticosteroides. En mayo de 2002 tuvo recidiva caracterizada por blefaritis de ojo derecho (figura 1), condritis auricular bilateral (figura 2), nasal y disfonía. Se indicó dapsona y prednisona, pero el paciente tuvo intolerancia, hipertensión arterial y diabetes mellitus. La glucemia fue de 316 mg/dL y la glucosuria +++, por lo que se prescribió glibenclamida; la dapsona y la prednisona fueron suspendidas. En junio de 2002 se intentó tratamiento con 150 mg de cloroquina, 50 mg de azatioprina y 200 mg de celecoxib, diarios, sin embargo, se suspendió la cloroquina y la azatioprina por intolerancia gástrica. En julio, se agregó eritema nodoso en extremidades superiores; los exámenes indicaron hemoglobina de 8.8 g/dL, creatinina de 1.9 mg/dL, glucosa de 176 mg/dL y la determinación de p-ANCA fue positiva 1:10. Ante la complejidad terapéutica del paciente, en agosto se prescribió 10 mg de metotrexate a la semana en forma intramuscular, asociados con 5 mg de ácido fólico y 200 mg de celecoxib, diarios.

Luego de seis semanas de iniciado el tratamiento, la condición clínica del paciente mejoró, cedió la

condritis nasal, la auricular, la blefaritis y la disfonía; la valoración audiológica indicó corticopatía bilateral degenerativa. Para enero de 2003, el paciente permanecía asintomático sin evidencia clínica de inflamación en tejidos cartilaginosos ni de lesiones mucocutáneas; su hemoglobina era de 12 g/dL, creatinina de 1.7 mg/dL y la glucemia de 114 mg/dL. En febrero de 2004 aún estaba bajo tratamiento con metotrexate y se había suspendido el celecoxib, sin identificar toxicidad clínica ni subclínica a metotrexate, ya que los niveles de aspartato transaminasa eran de 27 U/L y de alanina transaminasa, de 12 U/L.

Discusión

La policondritis recidivante es muy infrecuente y su diagnóstico es relativamente fácil, siempre y cuando se presenten las manifestaciones típicas de la enfermedad. Nuestro caso cumple con los criterios diagnósticos 1, 3, 4 y 5 propuestos por McAdam.² Puede prescindirse de la biopsia cartilaginosa cuando el cuadro clínico es prototípico de policondritis recidivante.⁶

Los diagnósticos diferenciales incluyen sífilis, sarcoidosis y vasculitis sistémica, principalmente granulomatosis de Wegener. La policondritis recidivante está asociada con enfermedades reumáticas, hematológicas y de otros tipos, incluyendo diabetes mellitus.⁶⁻⁹ En nuestro caso se asoció con positividad a p-ANCA y diabetes mellitus, esta última condición limitó el uso de corticosteroides.



Figura 1. Frente del paciente con edema palpebral y periorbitario derecho (blefaritis)



Figura 2. Condritis auricular

Hasta el momento no se reconoce una terapia estándar para tratar la policondritis recidivante. Se han empleado diferentes recursos tales como esteroides, antiinflamatorios no esteroideos, inmunosupresores, dapsona, metotrexate y terapia biológica. Cabe señalar que el uso de infliximab en policondritis recidivante y diabetes mellitus resultó catastrófico en un paciente, quien desarrolló septicemia y murió; de ahí que debe emplearse con cautela estos productos ante dichas condiciones.

Por lo antes expuesto, el tratamiento de policondritis recidivante se traduce como un verdadero reto. Sin embargo, el metotrexate se perfila como el medicamento de elección para la policondritis recidivante.^{4,6,10-13}

Aun cuando los mecanismos patogénicos no son claros en esta enfermedad, al parecer tienen similitudes con factores patogénicos y clínicos de otras enfermedades reumatólogicas, lo cual llevan a pensar que las drogas efectivas para dichas entidades pueden tener utilidad en policondritis recidivante.¹⁴⁻¹⁶

Sabemos que la policondritis recidivante es sumamente rara; en nuestro país existen dos series reportadas con un total de 12 casos. El comportamiento clínico, la edad de presentación y la respuesta al tratamiento son similares a los informados en la literatura mundial.^{4,17} A diferencia de lo señalado en series nacionales, nosotros destacamos:

1. Edad de inicio de presentación de la enfermedad a los 80 años, mucho mayor al promedio reportado (29 a 66 años).
2. Asociación con diabetes mellitus.

Se destaca la utilidad de la combinación de metotrexate y celecoxib en pacientes con características idiosincrásicas especiales, pues en nuestro caso se observó respuesta favorable.

Cabe mencionar que la mortalidad reconocida en policondritis recidivante estrictamente relacionada con la enfermedad es baja (10%); la presencia de anemia al momento del diagnóstico es un signo predictivo de muerte, sobre todo en ancianos.¹⁸ En nuestro caso fue reconfortante que luego de hemoglobina de 8.8 g/dL al inicio del diagnóstico, ésta mejorara a 12 g/dL con el tratamiento.

Podemos concluir que los casos de policondritis recidivante son raros y revisten gran complejidad terapéutica. En el presente caso se logró una remisión de las manifestaciones clínicas con la combinación de metotrexate y celecoxib.

Referencias

**Hernando
Cervera Castillo et al.
Policondritis recidivante**

1. Luthra HS. Relapsing polychondritis. En: Klippel JH, Dieppe P, editors. *Rheumatology*. Barcelona, Spain: Mosby; 1998.
2. McAdam LP, O'Hanlan MA, Bluestone R, Pearson CM. Relapsing polychondritis. Prospective study of 23 patients and review of the literature. *Medicine* 1976;55:193-215.
3. Kent PD, Michet CJ, Luthra HS. Relapsing polychondritis. *Curr Opin Rheumatol* 2004;16:56-61.
4. Meza J, Remes JM, Montaño A. Policondritis recidivante. Presentación de 5 casos y revisión de la literatura. *Rev Mex Reumatol* 2001;16:309-314.
5. Letko E, Zafirakis P, Baltatzis S, et al. Relapsing polichondritis: a clinical review. *Semin Arthritis Rheum* 2002;31:384-395.
6. Trentham ED, Le HC. Relapsing polychondritis. *Ann Intern Med* 1998;129:114-122.
7. Sane CD, Vidaillet JH, Burton SC. Cutaneous signs of cardiopulmonary disease. Saddle nose, red ears, and fatal airway collapse. *Chest* 1987;91:268-270.
8. Orme LR, Nordlund JJ, Barich L, et al. The magic syndrome (mouth and genital ulcers with inflamed cartilage). *Arch Dermatol* 1990;126:940-944.
9. Stewart SS, Ashizawa T, Dudley WA, Goldberg JW, Lidsky MD. Cerebral vasculitis in relapsing polychondritis. *Neurology* 1988;38:150-152.
10. Wilke SW. Methotrexate use in miscellaneous inflammatory diseases. *Rheumatic Dis Clin N Am* 1997;23:855-882.
11. Furst DE, Breedveld FC, Kalden JR, et al. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatoid arthritis and other immune mediated inflammatory diseases (May 2003). *Ann Rheum Dis* 2003;62(Suppl II):ii2-ii9.
12. Aletaha D, Kapral T, Smolen JS. Toxicity profiles of traditional disease modifying antirheumatic drugs for rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003;62:482-486.
13. Hoekstra M, van Ede AE, Haagsma CJ, et al. Factors associated with toxicity, final dose, and efficacy of methotrexate in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003;62:423-426.
14. Lang B, Rothenfusser A, Lanchbury SJ, Rauh G, Breedveld FC, Urlacher A, et al. Susceptibility to relapsing polychondritis is associated with HLA-DR4. *Arthritis Rheum* 1993;36:660-664.
15. Neild GH, Cameron JS, Lessof MH, Ogg CS, Turner DR. Relapsing polychondritis with crescentic glomerulonephritis. *Br Med J* 1978;1:743-745.
16. Sundaramam MBM, Rajput AH. Nervous system complications of relapsing polychondritis. *Neurology* 1983;33:513-515.
17. Lifshitz GA, Ibarra GF, García JL, Malváez VM, Halabe CJ. Policondritis recidivante: informe de siete casos. *Rev Med IMSS* 1986;24:387-392.
18. Michet JC, McKenna CH, Luthra SH, O'Fallon WM. Relapsing polychondritis. Survival and predictive role of early disease manifestations. *Ann Intern Med* 1986;104:74-78. 