

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA. VILLA CLARA

INFORME DE CASO

POLICONDRITIS RECIDIVANTE. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Por:

Dra. Gloria Adriana Martínez Macías<sup>1</sup>, Dr. Amado Luis Figueroa Álvarez<sup>2</sup> y Dr. Walker Fernández Bascope<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. e-mail: [adrianamar70@hotmail.com.mx](mailto:adrianamar70@hotmail.com.mx)
2. Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: [amadofig@yahoo.es](mailto:amadofig@yahoo.es)
3. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.

*Descriptor DeCS:*

POLICONDRITIS RECURRENTE

*Subject headings:*

POLYCHONDRITIS, RELAPSING

La policondritis recidivante es una enfermedad rara, de carácter inflamatorio recurrente, que afecta las estructuras cartilaginosas y el tejido conectivo de todo el organismo, así como los órganos auditivo, visual, el riñón y sistema cardiovascular. La asociación frecuente con artritis reumatoidea y la vasculitis sistémica, el lupus eritematoso y otras enfermedades del tejido conectivo, sugieren un origen autoinmune.

El primer informe fue realizado por Jaksch Waternhorst en 1923, y la denominó policondriopatía. Person, Kline y Newcomer, en 1960, la nombraron policondritis recidivante<sup>1,2</sup>.

La edad promedio de aparición es entre 40 y 50 años, aunque se han descrito casos en niños; afecta por igual a varones y a hembras. La manifestación clínica más frecuente es la condritis de los pabellones auriculares, y es la forma de inicio en la mitad de los pacientes; le continúan la oligoartritis o poliartritis asimétrica no erosiva de cualquier articulación y la condritis nasal. En los ojos, la episcleritis, la conjuntivitis y la uveítis son las más frecuentes. Puede tomar los cartílagos del tracto respiratorio. Una cuarta parte de los pacientes presentan lesiones cutáneas vasculíticas, y otros, enfermos, disfunciones cócleo-vestibulares<sup>3,4</sup>.

El diagnóstico es clínico, y se basa en los criterios de Adams, aunque actualmente se han modificado, y se ha establecido que con la presencia de condritis (nasal, auricular, laringo-traqueal) en dos de estos sitios o en uno, con otras manifestaciones, se puede realizar el diagnóstico; en algunos pacientes se añade la biopsia del cartílago afectado o estudios inmunológicos, para demostrar la presencia de anticuerpos anticartilaginosos humanos<sup>4-6</sup>.

El pronóstico es variable; algunos evolucionan de forma progresiva e insidiosa; en otros, es rápido y mortal, en dependencia de las complicaciones.

El tratamiento depende de su evolución, y se utiliza desde la aspirina u otro antiinflamatorio no esteroideo, hasta los esteroides u otros medicamentos, como dapsone, metrotexato, azatioprina, ciclofosfamida y ciclosporina A; se realiza tratamiento quirúrgico en los pacientes con estenosis laringo-traqueal o insuficiencia aórtica<sup>7-9</sup>.

## Presentación del paciente

Paciente de 82 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II desde hace 10 años, demencia arteriosclerótica desde hace dos años, hipoacusia neurosensorial bilateral de varios años de evolución. Una semana antes de su ingreso comenzó con dolor en pabellón auricular izquierdo y aumento de volumen de este (Fig 1), y días después apareció dolor, enrojecimiento y aumento de volumen de la punta de la nariz, por lo que asiste al médico y le imponen tratamiento con antiinflamatorios y antibiótico; con posterioridad, se presenta dificultad para tragar y ligera disnea, por lo que asiste al cuerpo de guardia de Otorrinolaringología, y al examen físico se encuentra aumento de volumen del pabellón auricular, con una coloración rojo-violácea, excepto en el lóbulo de la oreja, muy doloroso a la palpación; en el examen de la nariz, se observa enrojecimiento de la punta y aumento de volumen con dolor a la palpación; en fosas nasales, enrojecimiento y edema de la mucosa en la región anterior del septum nasal; en la laringoscopia indirecta, se observa edema de aritenoides e hiperemia de dicha zona, que se extiende a seno piriforme izquierdo. En el examen físico general, se encuentra dolor a la palpación, aumento de volumen y enrojecimiento, en tercero y cuarto dedos del pie derecho (Fig 2). La paciente es ingresada para su estudio y tratamiento; se discute en colectivo y se llega al diagnóstico de policondritis recidivante. Se le indica tratamiento inicial con prednisona (60 mg diarios), analgésicos, así como conducta médica para la diabetes mellitus. Se hacen indicaciones de laboratorio y se interconsulta con las especialidades de Medicina Interna y Endocrinología; se le indicaron diversos estudios: Hemograma y coagulograma, glicemia, PC reactiva, creatinfosfoquinasa, transaminasa pirúvica, serología, creatinina, urea, factores reumatoideo, células LE, y se añade el estudio histológico por biopsia del pabellón auricular izquierdo. Los estudios hematológicos se encontraron dentro de límites normales. La evolución de la paciente no fue satisfactoria en la primera semana, y en el pabellón auricular derecho aparecieron iguales síntomas (Fig 3), por lo que se valora y se decide añadir al tratamiento dapsona, con una dosis inicial de 50 mg diarios los primeros días y continuar días después con 100 mg. La biopsia del cartílago auricular informa degeneración cartilaginosa con sustitución por tejido fibroso y pérdida de basofilia de la matriz. La paciente, a los 15 días de su ingreso, comenzó a evolucionar favorablemente; se halló como secuela la destrucción total del cartílago de ambos pabellones, así como la caída de la punta de la nariz (Figs 1,2); desapareció el aumento de volumen del aritenoides. Es egresada a los 30 días con tratamiento de dapsona (100 mg diario), y en un año evolucionó sin reactivación de su enfermedad.

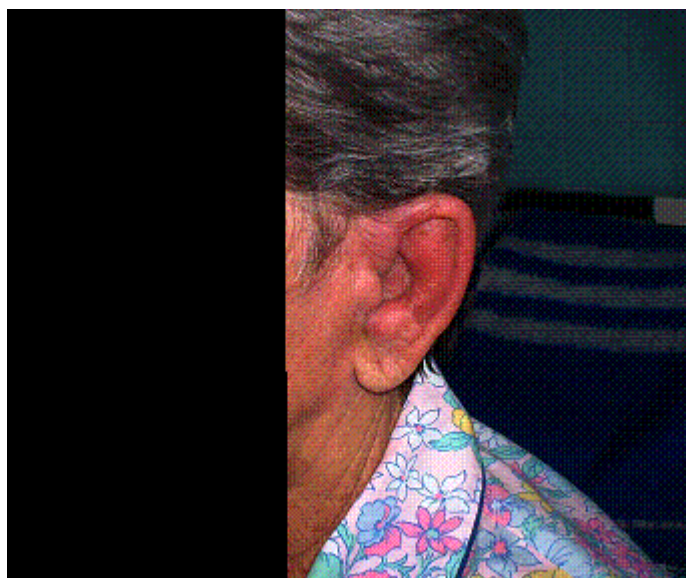


Fig 1 Se observa aumento de volumen del pabellón auricular izquierdo.



Fig 2 Aumento de volumen y enrojecimiento de tercero y cuarto dedos del pie derecho.

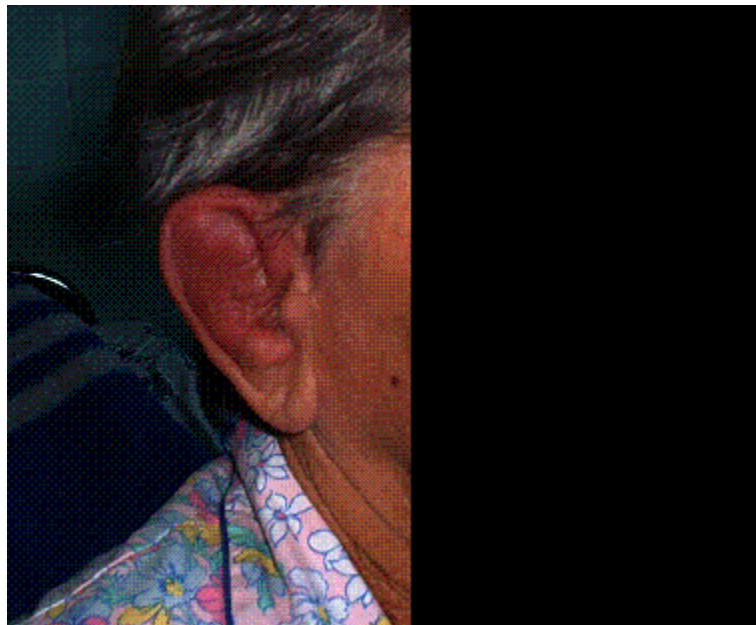


Fig 3 Obsérvese aumento de volumen y enrojecimiento del pabellón auricular derecho.

#### Comentario

La paciente comenzó con un proceso auricular, al cual se añadieron de forma paulatina las manifestaciones inflamatorias de condritis nasal y laríngea; le siguieron la de los dedos del pie y el otro pabellón auricular; tenía antecedentes de hipoacusia neurosensorial bilateral, que pudo deberse a su edad o a la vasculitis que padece por su enfermedad. En el examen oftalmológico no se encontró afección relacionada con su enfermedad actual, como son, con más frecuencia, las escleritis, episcleritis local o difusa, conjuntivitis e iritis, las cuales han sido observadas por otros autores<sup>4,7</sup>. La paciente cumple los criterios clínicos para el diagnóstico de policondritis recidivante, que fue confirmado por el estudio hístico realizado en el pabellón auricular, además de señalar que

comenzó con mejoría clínica evidente cuando se añadió al tratamiento inicial el dapsona, el cual se ha continuado administrando en dosis de 100 mg diarios, sin que se haya reactivado su enfermedad en el transcurso de dos años de evolución.

### ***Referencias bibliográficas***

1. McAdam LP, O'Hanlon MA, Bluestone R, Pearson CM. Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients and a review on the literature. *Medicine*. 1976;55(3):193-215.
2. Gergely P, Poor G. Relapsing polychondritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2004 Oct;18(5):723-38.
3. Crovetto M, Solano D, Centeno J. Policondritis recidivante a propósito de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2003;54:727-30.
4. Castrejon I, Ibañez M, Vicente E, Stelgmam JL, Castañeda S. Policondritis recidivante asociada a linfoma linfoplasmocítico y eritema nudoso. *Reumatol Clin*. 2007;3(1):45-7.
5. Narozmy W, Stankiewicz C, Perzewozmy T, Bakowska A, Czuszyńska Z. A case multisymptomatic relapsing polychondritis in a 22 years-old woman. *Acta Otorrinolaryngol Belg*. 2001;55(3):227-33.
6. Mosimak-Tropnorricz K, Les-Rutkiewicz M, Rutkiewicz B, Genter K. Polychondritis relapsing. A case report. *Otolaryngol Pol*. 2006;60(6):951-3.
7. Karen A, Amali F, Tachfonti S, Lagnouri M, Chercanoni Z, Hoppay-Hossouni W, et al. Bilateral uveitis in relapsing polychondritis. A case report. *J Fr Ophtalmol*. 2005 May;28(5):530-2.
8. O'Connor R. When is a biopsy justifiable in a case of relapsing polychondritis. *J Laringol Otol*. 1999;113(7):663-5.
9. Cervera CH, Torres CV. Policondritis recidivante tratado con metrotexate y celecoxib. Reporte de un caso. *Rev Med IMSS*. 2005;43(3):243-5.