

## **Policondritis recidivante, enfermedad rara e infrecuente en el adulto mayor**

### **Relapsing Polychondritis, a Rare and Uncommon Disease in the Elderly**

Cristina Beritán Moreno<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-3651-0032>

Celia María González Ugalde<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0004-8641-2766>

Yadira Hernández Pino<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-1145-9387>

Loandy SotolongoMontano<sup>1</sup><https://orcid.org/0009-0007-4194-1076>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [carfevl62@gmail.com](mailto:carfevl62@gmail.com)

#### **RESUMEN**

**Introducción:** La policondritis recidivante es una enfermedad sistémica, inmunomediada, caracterizada por episodios inflamatorios recurrentes de tejidos cartilaginosos y ricos en proteoglicanos. Esta enfermedad resulta rara en el adulto mayor. El comienzo suele ser agudo, a menudo con una reacción febril inicial. Los cartílagos más afectados son los pabellones auriculares, nasales y anillos traqueales. Otras estructuras como los ojos, el corazón y las articulaciones también pueden estar afectadas.

**Objetivo:** Describir la presentación infrecuente e inespecífica de la policondritis recidivante en el caso clínico atendido en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

**Presentación del caso clínico:** Se presenta una paciente adulta mayor de 79 años, con múltiples comorbilidades, con una inflamación del cartílago auricular derecho

de tres meses de evolución, con tórpida respuesta a la conducta farmacológica. En la evolución, aparecen nuevas manifestaciones como dolor y tumefacción en cartílago auricular izquierdo y acude a la consulta de urgencia por presentar también tumefacción del cartílago nasal, fiebre, disfonía, falta de aire y disfagia. Durante la hospitalización, se le realizó una biopsia de cartílago auricular. Se evidenció una mejoría clínica al uso del esteroide.

**Conclusiones:** La policondritis recidivante es una enfermedad rara, dada su gran infrecuencia y escasos reportes en la literatura científica nacional, resulta de interés su tratamiento y el estudio en la población geriátrica. Su diagnóstico resulta eminentemente clínico y su tratamiento empírico, según la clínica, la gravedad de la enfermedad y la afectación a los órganos diana, por lo que se hace necesario incrementar el estudio y tratamiento en la población adulta mayor.

**Palabras clave:** policondritis recurrente, inflamación; afección de cartílagos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Relapsing polychondritis is a systemic, immune-mediated disease characterized by recurrent inflammatory episodes of cartilage and proteoglycan-rich tissues. This disease is rare in the elderly. The onset is usually acute, often with an initial febrile reaction. The most affected cartilages are the auricles, nasal passages, and tracheal rings. Other structures such as the eyes, heart, and joints may also be affected.

**Objective:** To describe the uncommon and nonspecific presentation of relapsing polychondritis in the clinical case treated at Hermanos Ameijeiras Clinical and Surgical Hospital.

**Clinical case report:** A 79-year-old female patient with multiple comorbidities presented with inflammation of her right auricular cartilage that had been present for three months and poor response to pharmacological treatment. During the course of the condition, new symptoms appeared, such as pain and swelling of her left auricular cartilage. She presented to the emergency department due to swelling of the nasal cartilage, fever, dysphonia, shortness of breath, and dysphagia. During

hospitalization, an auricular cartilage biopsy was performed. Clinical improvement was observed with the use of steroids.

**Conclusions:** Relapsing polychondritis is a rare disease. Given its infrequency and limited reports in the national scientific literature, treatment and study in the geriatric population are of interest. Diagnosis is primarily clinical, and its empirical treatment depends on the clinical features, severity, and target organ involvement. Therefore, increased screening and treatment in the older adult population is necessary.

**Keywords:** relapsing polychondritis, inflammation, cartilage disease.

Recibido: 03/10/2024

Aceptado: 01/05/2025

## Introducción

La policondritis recurrente (PR) es una enfermedad inflamatoria sistémica poco frecuente, que afecta de forma predominante el cartílago, por ejemplo, en los pabellones auriculares, nasales y anillos traqueales. Otras estructuras como los ojos, el corazón y las articulaciones pueden estar afectadas. El compromiso clínico resulta más frecuente en la región auricular, nasal, tracto respiratorio, articular, ocular y vestibulococlear. La prevalencia ronda el caso por cada 4-5 millones de personas mundialmente. Se suele diagnosticar antes de los 60 años y después de los 40, sin ninguna predisposición por el sexo del individuo. La primera descripción de la enfermedad fue realizada por Jacksch-Wartenhorst, en 1923,<sup>(1)</sup> en un texto original en el que se consideraba esta enfermedad como una policondropatía degenerativa. Este término se reemplazó, en 1960, por el actual, cuando Carl Pearson y sus colaboradores describieron la naturaleza episódica de la enfermedad. Luego, en 1975, Arkin y Masi propusieron los primeros criterios diagnósticos para la enfermedad, aunque los desarrollados por McAdam un año

después obtuvieron mayor reconocimiento.<sup>(2)</sup> De acuerdo con estos preceptos, se consideraba que para realizar el diagnóstico de PR a una persona debía tener al menos tres de los siguientes seis criterios, siempre acompañados por la evidencia histológica de condritis:

- condritis auricular bilateral recurrente
- poliartritis inflamatoria seronegativa no erosiva
- condritis nasal
- compromiso ocular (conjuntivitis, queratitis, escleritis, epiescleritis, uveítis)
- condritis del tracto respiratorio (cartílagos laríngeos y/o traqueales)
- disfunción coclear y/o vestibular (pérdida auditiva neurosensorial, vértigo y/o tinnitus)

Posteriormente, *Damiani* y *Levine*<sup>(3)</sup> modificaron estos criterios y propusieron los que actualmente se utilizan con mayor frecuencia en la práctica clínica. Según estos preceptos, se consideraba el diagnóstico de PR si una persona cumple cualquiera de las siguientes tres condiciones:

- presencia de tres o más criterios de McAdam
- condritis en dos de tres sitios separados
- condritis de un sólo sitio con confirmación histológica

En la actualidad, existen aspectos desconocidos sobre esta enfermedad infrecuente en la población adulta mayor, como son las características clínicas diversas e inespecíficas, junto a su infrecuencia, se habita a pensar en otras hipótesis diagnósticas, por lo que se tiende a retrasar el diagnóstico y tratamiento. Diversas publicaciones señalan que esta enfermedad ha sido poco investigada,<sup>(4)</sup> y existen pocos reportes en los últimos años, específicamente en lo que respecta a la literatura científica nacional.

A continuación, se presenta el caso clínico de una paciente que se atendió en el Servicio de Geriatría y Gerontología, en septiembre de 2023, en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", a quien se le realizó este diagnóstico. La paciente consintió en participar en la investigación.

El objetivo de este trabajo fue describir la presentación infrecuente e inespecífica de la policondritis recidivante en un caso clínico atendido en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras".

## Presentación del caso

Se presentó una paciente femenina de 79 años de edad, con antecedentes patológicos personales como hipertensión arterial esencial, (tratada con enalapril 20 mg, 1 tableta cada 12 horas); cardiopatía isquémica, (tuvo un infarto agudo de miocardio, en dos ocasiones, en 2022) con presencia de bloqueo completo de rama derecha, (con nitrosorbide 20 mg, 1 tableta cada 8 horas; ácido acetil salicílico (ASA) 81 mg, 1 tableta diaria y atenolol 100 mg, ¼ tableta diaria); diabetes mellitus tipo 2 (controlada con glimepirida 4 mg, en dos tomas al día). En 2016, se le comprobó un diagnóstico de arteritis de la temporal, en 2016, (tratada con prednisona). La paciente negó tener hábitos tóxicos.

En la historia del padecimiento que motivó el estudio, se precisó que el 14 de agosto de 2023, la paciente se consultó en el Servicio de Urgencias del Hospital "Vladimir Ilich Lenin", de la provincia de Holguín, por presentar dolor, prurito en el pabellón auricular izquierdo (fig.1) y un aumento del volumen de esta zona. Se prescribió, de manera empírica, antibioticoterapia, sin evidencia de mejoría clínica, se realizó nueva valoración y prescripción antibiótica con ciprofloxacino 500mg, una cápsula cada 12 horas, por vía oral, durante 10 días, y gentamicina en crema, con una aplicación tópica en la región auricular, y mostró una respuesta satisfactoria al tratamiento. Se egresó el 27 de septiembre de 2023.

El 9 de octubre de 2023, se inició un cuadro clínico de dolor, rubor, tumefacción y aumento de volumen en el pabellón auricular derecho, razón por la que se trajo, el

11 de octubre, a la consulta externa del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", y se decidió el ingreso para el estudio y el tratamiento.

Durante su evolución clínica en el Servicio de Geriatría, aparecieron, además, síntomas respiratorios, dados por tos seca, disfonía y falta de aire, y se asoció con disfagia, odinofagia y fiebre de 38°C, así como pérdida de la funcionalidad y malestar general. Se solicitó una valoración por los servicios de Otorrinolaringología (ORL) y Reumatología, y una vez evaluada por estas especialidades, y al tener en cuenta los antecedentes referidos en la confección de la historia clínica, el interrogatorio y el examen físico, se planteó el diagnóstico de PR, por lo que se decidió la terapia de inducción de remisión con bolos de metilprednisolona 500 mg por 72 horas, en vía endovenosa, y posterior terapia con prednisona 60 mg, por vía oral y con reajuste de dosis.

La paciente evolucionó en favorables condiciones generales, y mejoró la disnea, aunque permaneció la tos seca escasa, por lo que se decide disminuir las dosis de metilprednisolona a las 72 horas y continuar con las dosis de prednisona de 60 mg al día e ir disminuyendo las dosis de 10 mg semanalmente. En la evolución de la paciente, se realizó el seguimiento por las especialidades de ORL y Reumatología. En la valoración por ORL, el examen físico del área del cartílago auricular izquierdo (fig. 1) determinó una condritis auricular izquierda. Se evidenció la permanencia de esta condritis, que fue la que ocasionó el inicio de los síntomas, pero no se contó con fotografías del área auricular derecha.

Se le realizó una rinoscopia anterior que mostró edema, eritema e inflamación en el cartílago nasal de manera bilateral (fig.2) con una condritis nasal, y el tabique nasal íntegro (fig.3).

En la zona de la orofaringe, se realizó una rinoscopia anterior que muestra edema, eritema e inflamación en el cartílago nasal bilateral. En la pared posterior faríngea, se mostró también eritema y secreciones escasas. En el examen de laringoscopia indirecta y del nasofibroscopio no se lograron resultados por la poca colaboración de la paciente. Se mantuvo un seguimiento por esta especialidad que mostró una evolución satisfactoria de la paciente



**Fig. 1 - Condritis auricular izquierda.**



**Fig. 2 - Condritis nasal.**

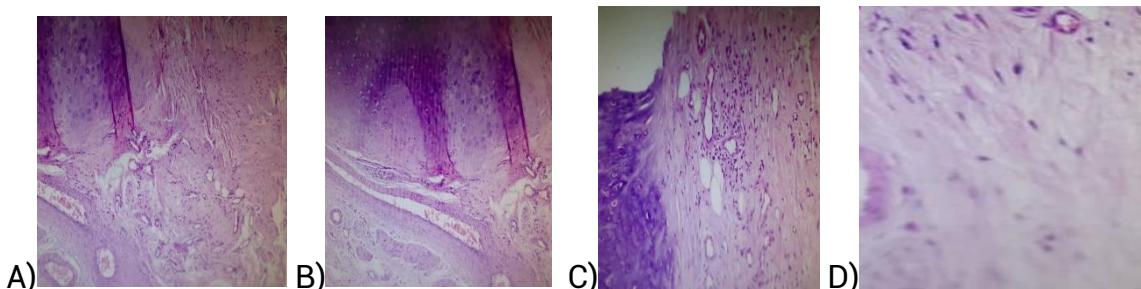


**Fig. 3 - Tabique nasal íntegro.**

La evaluación por cardiología, se realizó con un ecocardiograma que evidenció la función sistólica y diastólica conservadas en reposo y la fracción de eyección ventricular de 72 %, en el electrocardiograma mostró el bloqueo completo de rama derecha, relacionado con sus antecedentes previos, pero no existieron patologías asociadas, ni sintomatología relacionada a la esfera cardiovascular que pudiera avalar la PR.

En los resultados de los exámenes complementarios se observaron: en el hemograma completo que mostraba anemia ligera, leucocitosis leve, conteo plaquetario dentro de parámetros normales, eritrosedimentación: 40 mm/h, discretamente aumentado, funciones hepática y renal dentro de los parámetros normales, el exudado bacteriológico de la piel del pabellón auricular resultó negativo y el examen histopatológico del cartílago auricular reveló la presencia de infiltración linfocitaria en el pericondrio, y se concluyó la policondritis auricular (fig. 4).

Se le realizó una radiografía de tórax (fig. 5), sin alteraciones pleuropulmonares y un ultrasonido abdominal sin alteraciones tampoco.



**Fig. 4** - Biopsia de pabellón auricular, mostrando signos ligeros de A) cartílago degenerado; B) inflamación crónica; C) y D) fibrosis del pericondrio.



**Fig. 5** - Tráquea central y permeable. Hilio de aspecto normal.

Los criterios diagnósticos que avalaron la enfermedad en este caso, consistieron en la condritis auricular bilateral, la condritis nasal, la condritis del tracto respiratorio (tráquea) y, además de los signos de confirmación histológica. Este estudio se basó en los criterios publicados por *McAdam* y otros,<sup>(2)</sup> y luego, ligeramente modificado, por *Damiani* y *Levine*,<sup>(3)</sup> quienes incluyen tres o más de estos criterios (tabla 1).

**Tabla 1** - Criterios clínicos diagnósticos de la policondritis recidivante\*

Sitio anatómico afectado	Manifestaciones clínicas
Oídos	Condritis recurrente de ambas aurículas
Articulaciones	Poliartritis no erosiva
Nariz	Condritis de los cartílagos nasales
Ojos	Inflamación de estructuras oculares (incluye conjuntivitis, queratitis, escleritis, epiescleritis y uveítis)
Vías respiratorias	Implicación del cartílago laríngeo o traqueal y daño coclear o vestibular.

Nota: \*La policondritis recidivante debe considerarse confirmada si se cumplen al menos tres de estos criterios.

Fuente: *McAdam* y otros,<sup>(2)</sup> modificados por *Damiani* y *Levine*.<sup>(3)</sup>

## Consideraciones éticas

Los autores asumen la responsabilidad de que la institución de salud, en la que se realizó el estudio, autorizó la publicación de los datos del paciente investigad. Los autores garantizan que el trabajo no incumplió con la normativa de protección de datos de carácter personal, y con una previa autorización institucional y el consentimiento por escrito del familiar del paciente para su publicación.

## Discusión

La policondritis recidivante suele presentar manifestaciones clínicas y diagnosticarse entre los 40 y 60 años.<sup>(4)</sup> Sin embargo, en el caso presentado se puede observar que la enfermedad fue diagnosticada en edad avanzada. La aparición de condritis auricular, al inicio del cuadro, coincide con *Quintana y otros*<sup>(5)</sup> donde fue la característica más frecuente, encontrada en la totalidad de los casos estudiados, mientras que difiere de grandes series como la de *Michet y otros*,<sup>(6)</sup> en la cual la condritis auricular solo se presentó en el 39 % de los casos al inicio de la enfermedad; así como en la descripción clásica de *McAdam y otros*<sup>(2)</sup>, en la cual solo el 26 % de los pacientes tenía condritis auricular al inicio del cuadro.

El diagnóstico requiere al menos un criterio clínico y un hallazgo histológico de condritis en ubicaciones anatómicas separadas con respuesta al tratamiento. Los criterios de diagnóstico se modificaron, en 1986, de la siguiente manera: debe sospecharse PR cuando los episodios inflamatorios involucran al menos dos de los sitios típicos: auricular, nasal, laringotraqueal, o uno de los sitios típicos y otros dos: trastornos oculares, estato-acústicos (pérdida auditiva o vértigo) y artritis.<sup>(3)</sup> En el caso estudiado, el diagnóstico, además del examen físico realizado por las especialidades de Reumatología y Otorrinolaringología, se realizó una biopsia de piel del pabellón que constituyó positiva a la policondritis recidivante. En la actualidad, no existen pruebas de laboratorio clínico específicas para el diagnóstico de la PR.

Se conoce que la policondritis recidivante, al no constituir una enfermedad frecuente en el grupo poblacional en estudio, no se piensa en ella y, en muchas ocasiones, se retrasa el diagnóstico, se piensa, primeramente, en otras hipótesis diagnósticas que puedan explicar los síntomas o los signos, los cuales a su vez suelen ser inespecíficos y/o generalizados. En el caso estudiado, se llegó al diagnóstico rápidamente al existir varios elementos clínicos típicos que sustentaban este diagnóstico (la condritis auricular, la condritis nasal y las manifestaciones respiratorias como la tos seca, la disfonía y la falta de aire), sumado al resultado positivo de la biopsia de cartílago, en este caso auricular, que confirmó el diagnóstico.

La condritis auricular resulta la manifestación clínica más común y, a menudo, es la principal característica de presentación.<sup>(1,2)</sup> Los episodios inflamatorios agudos tienden a resolverse espontáneamente en pocos días o semanas, con recurrencia en intervalos variables.<sup>(3)</sup> La clínica y evolución de la paciente del caso clínico que se analiza se comportó de esta manera.

Respecto a la condritis nasal, resulta menos común que la condritis auricular, pero sigue un curso similar y puede ser el síntoma de presentación,<sup>(1)</sup> como en la paciente estudiada que apareció en el curso de la afección. Se plantea en la literatura que el proceso inflamatorio involucra de manera importante el puente nasal, con enrojecimiento agudo, sensibilidad y dolor, generalmente menos acentuado que en el cartílago auricular. La destrucción progresiva del cartílago nasal conduce al aplanamiento característico del puente nasal, lo que, finalmente, puede resultar en la deformidad irreversible e indolora en "nariz en silla de montar", observada con mayor frecuencia en los pacientes mujeres y menores de 50 años.<sup>(2)</sup> La paciente en estudio no llegó a presentar deformidad alguna, se conoce que esta aparece con la evolución hacia la cronicidad del padecimiento.<sup>(2,3)</sup>

Suelen aparecer otras manifestaciones, por ejemplo, a nivel respiratorio, involucra la laringe y la parte superior de la tráquea junto con el espacio subglótico, pero el proceso puede progresar y afectar también la parte inferior de la tráquea y los bronquios principales.<sup>(1,2,3)</sup> Los síntomas clínicos dominantes abarcan disfonía, tos,

estridor y disnea. La afectación de este sistema puede ser el único síntoma dominante de la enfermedad y puede confundirse con una bronquitis crónica banal, aspectos que como hemos descrito en la paciente, no constituyeron los síntomas iniciales. Y la condritis laringotraqueal y bronquial crónica pueden causar un estrechamiento de las vías respiratorias potencialmente fatal, lo que representa una enfermedad avanzada y de mal pronóstico. *Neilly* y otros,<sup>(7)</sup> plantean que el compromiso de las vías respiratorias superiores apareció desde el inicio de la enfermedad; en los pacientes jóvenes y, a menudo, son resistentes al tratamiento y tienen un pronóstico desfavorable.

Se describen otras manifestaciones a nivel de otros órganos y sistemas: corazón, riñones, el sistema nervioso, el tracto gastrointestinal y el sistema vascular.<sup>(1,2,3)</sup> Aspectos que no aparecen en el curso de la enfermedad en el caso estudiado, y no se describe un patrón específico en el desarrollo de la PR en el adulto mayor.

El sistema cardiovascular está involucrado alrededor del 10 % de los pacientes, particularmente en forma de aneurismas aórticos torácicos y abdominales.<sup>(1,2,3)</sup> Otro trastorno puede ser la aortitis que causa adelgazamiento de las paredes y dilatación de la raíz aórtica con rupturas de la válvula aórtica. Se identificó poliarteritis nodosa sistémica en el 9 % de los casos. El espectro clínico incluye valvulopatías, aneurisma aórtico, disección aórtica, miocarditis, pericarditis, bloqueo auriculoventricular y vasculitis sistémica. Además de estos síntomas y hallazgos, pueden ocurrir varias anormalidades, como arritmia, bloqueo cardíaco y taquicardia supraventricular causadas por miocarditis.<sup>(1,2,3)</sup> En el caso clínico presentado, se realizó una evaluación por cardiología desde el punto de vista clínico e imagenológico, y no existieron manifestaciones del tipo descrito.

La literatura señala que podrían realizarse evaluaciones también a nivel oftalmológico y pruebas de audiometría.<sup>(3)</sup> En el caso estudiado, no existió compromiso a estos niveles, se realizó una evolución de estos sistemas y no se demostró afectación.

En este caso clínico, se demostró una función renal conservada, y no coincidió con lo descrito en la literatura, en la que se plantea que alrededor del 20 % de los

pacientes con PR presentan afección renal, y se manifiesta predominantemente en forma de glomerulonefritis necrotizante proliferativa segmentaria.<sup>(3,4)</sup>

En la literatura se plantean que las afecciones a nivel hematológico son frecuentes, como el linfoma de Hodgkin y los síndromes mielodisplásicos, los trastornos gastrointestinales (que incluye la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa), las enfermedades endocrinas (que abarca diabetes mellitus tipo 1 y trastornos de la tiroides) y otras.<sup>(3)</sup> El cuadro clínico presentado de la paciente, no concuerda con los trabajos consultados.

Según la literatura también es frecuente la aparición de síntomas a nivel articular en el cuadro clínico de la PR, como la inflamación asimétrica episódica de articulaciones grandes y pequeñas, incluidas las articulaciones paraesternales y las articulaciones sacroilíacas que duran varios días o semanas.<sup>(3)</sup> Puede existir con frecuencia una poliartritis no deformante, no erosiva y seronegativa. Como regla general, el examen radiográfico de las articulaciones revela un estrechamiento del espacio articular sin erosión, que se debe al hecho de que el proceso patológico solo causa la pérdida del cartílago hialino. Estas manifestaciones que no aparecieron en el cuadro clínico de la paciente durante su diagnóstico.<sup>(1,2,3)</sup>

En las investigaciones se destaca el compromiso ocular también frecuente en la PR, presente en 50 a 60 % de los casos, la cual suele ser leve y consiste, en orden de frecuencia en epiescleritis unilateral o bilateral, escleritis y conjuntivitis. *Sallam* y otros<sup>(8)</sup> notificaron una manifestación inusual de PR en ancianos en la que, inicialmente, prevalecieron los signos oculares aislados, que simulaban queratitis infecciosa. Se trataba de un caso clínico de un hombre de 75 años con marcada irritación ocular izquierda y fotofobia. El examen oftalmológico reveló infiltrado intraestromal, corneal e hipopion, que no respondieron a las gotas antimicrobianas intensivas. Más tarde, el paciente desarrolló condritis auricular bilateral y se diagnosticó PR.<sup>(8)</sup> Un curso clínico diferente al de este estudio, lo que nos demuestra que en la población geriátrica la evolución de la enfermedad suele ser inespecífica. *Erten-Lyons* y otros<sup>(9)</sup> detectaron, en un abogado de 50 años con el

diagnóstico de policondritis recidivante subaguda, que desarrolló una demencia asociada con la enfermedad.<sup>(7)</sup> Otro paciente, un hombre de 68 años, con diagnóstico de PR, presentó mialgia, dolor de cabeza, fiebre e hinchazón bilateral de las aurículas,<sup>(8)</sup> durante ocho meses, y la condición del paciente se agravó gradualmente, con pérdida de peso típica, afectación de la conjuntiva y pérdida de las funciones cognitivas. El paciente no pudo realizar actividades de la vida diaria sin asistencia y tuvo dificultades para hablar durante varias horas. El examen psicológico reveló una alteración de la memoria verbal y visual que indicó una etapa temprana de demencia.<sup>(8)</sup>

En Latinoamérica, existe una alta incidencia de PR en el género femenino de acuerdo con la serie de cinco casos, publicada en México, por Meza y otros,<sup>(10)</sup> en la cual todos los pacientes fueron mujeres, hecho que concuerda con este caso, independientemente que otros estudios demuestren que no existe prevalencia estándar por ningún sexo en la PR.<sup>(7,8,9,10)</sup>

En el caso estudiado, los parámetros de laboratorio mostraron un aumento de los reactivos de la fase inflamatoria aguda, leucocitosis leve y anemia ligera, que coincide con la literatura.<sup>(11)</sup>

En relación con el tratamiento, desde el momento que se diagnosticó la PR, se emplearon los esquemas terapéuticos basados en el uso de esteroides, que actualmente están recomendados, y se mostró una adecuada respuesta al uso de los estos, según presenta la literatura por la infrecuencia de PR. Hasta la actualidad, no se han realizado suficientes ensayos controlados, aleatorizados, por tanto, la terapia se deriva de la evidencia empírica, basada en los casos y las opiniones de los expertos; y es el objetivo principal lograr el control de los síntomas, mantener la permeabilidad y la estabilidad de las vías respiratorias.

En pacientes menos graves, según plantea la literatura, se han utilizado principalmente antinflamatorios no esteroideos;<sup>(10)</sup> en formas no graves, caracterizadas por afectación de la nariz, oído externo o articulaciones únicamente. También en este nivel, según se ha descrito pueden utilizarse dapsona y colchicina.<sup>(11)</sup> En pacientes más gravemente afectados o con un compromiso

orgánico (la afectación ocular, laringotraqueal o cardíaca, vasculitis sistémica), se requiere inmunosupresión sistémica con corticoides o uso de agentes citotóxicos, como ciclofosfamida, metotrexato, azatioprina y ciclosporina. La última línea terapéutica farmacológica son los biológicos, según el mecanismo de acción, se ha reportado el uso de agentes anti-TNF- $\alpha$  (infliximab, etanercept, adalimumab), anti-IL6 (tocilizumab), anti-CD20 (rituximab), anti-IL1 (anakinra) e inhibidores de la activación de células T (abatacept); aunque la mayoría de estos reportes ha sido empleados en pequeñas series de casos, y no existe aún ensayos clínicos controlados al respecto ni se ha descrito su uso en la población geriátrica.

En casos seleccionados, complicados por estenosis bronquial grave, insuficiencia cardíaca intratable, debido a la insuficiencia valvular o en el caso de aneurismas aórticos, podrían ser necesarios los procedimientos quirúrgicos o intervencionistas.<sup>(8,9,10)</sup>

En ciertos casos, las dosis de prednisona pueden reducirse con éxito y mantener una remisión confiable; en cambio, a veces la reducción de las dosis de glucocorticoides provoca la exacerbación de la enfermedad.<sup>(12)</sup> En estos casos, debe intentarse un tratamiento inmunosupresor combinado (ciclofosfamida, azatioprina, clorambucilo y ciclosporina). *Van der Lubbe* y otros<sup>(13)</sup> utilizaron anticuerpos monoclonales anti-CD4 en la terapia<sup>(4,8)</sup> con buena respuesta al uso de los mismos. *Seymour* y otros<sup>(13)</sup> aplicaron con éxito adalimumab, en una dosis de 40 mg cada dos semanas, debido a la recaída sistemática de la enfermedad en una paciente que no había respondido favorablemente al infliximab, durante un período de diez meses. La remisión se mantuvo durante cuatro años, después del reemplazo de infliximab por adalimumab. Este fue el primer informe de un caso de PR, asociado con aortitis en el que el adalimumab se utilizó con éxito en el tratamiento.<sup>(10,11,12,13,14)</sup>

## Conclusiones

La policondritis recidivante constituye una enfermedad crónica, rara, progresiva, que se puede presentar en el adulto mayor, y puede causar alguna forma de discapacidad visual, auditiva, disfunción vestibular, enfermedad cardiopulmonar y, en algunos casos, asociarse a la demencia. Debido a su infrecuencia y los escasos reportes en la literatura científica nacional; resulta de interés su tratamiento y estudio en la población geriátrica. Los casos graves son mortales y, en muchas ocasiones, sus complicaciones cardiopulmonares son causantes de mortalidad. Su diagnóstico continúa siendo eminentemente clínico y su tratamiento empírico, según la clínica, la gravedad de la enfermedad y la afectación a órganos diana, por lo que se hace necesario incrementar el estudio y el tratamiento en la población adulta mayor.

## Referencias bibliográficas

1. Jaksch-Wartenhorst, R. Polychondropathia. Wien Arch Inn Med. 1923 [acceso 05/06/2025];6:93-100. Disponible en: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1571135650380788352>
2. McAdam L, Lawrence P, O'Hanlan M, Bluestone R, Pearson C. Relapsing Polychondritis: Prospective Study Of 23 Patients and A Review of The Literature. Medicine (Baltimore). 1976 [acceso 12/02/2020];55:193-215. Disponible en: [https://journals.lww.com/md-journal/citation/1976/05000/relapsing\\_polychondritis\\_prospective\\_study\\_of\\_23.1.aspx](https://journals.lww.com/md-journal/citation/1976/05000/relapsing_polychondritis_prospective_study_of_23.1.aspx)
3. Damiani J, Levine H. Relapsing Polychondritis-Report of Ten Cases. Laryngoscope. 1979;89(6):929-46. DOI: <https://doi.org/10.1288/00005537-197906000-00009>
4. Molina-Mesa M, Escobar-Mosquera A. Policondritis recidivante. Revista Cubana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2022 [acceso

- 06/02/2023];6(2). Disponible en:  
<https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/355>
5. Quintana M, Toro C, Cañas C, Caballero-Uribe C, Mantilla R, Latorre C et al. Policondritis recurrente: Estudio de 19 casos en Colombia. Salud, Barranquilla. 2007 [acceso 05/06/2025];23(1):1-8. Disponible en:  
[https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-55522007000100002&lng=en](https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000100002&lng=en)
6. Michet C, McKenna C, Luthra H, O'Fallon W. Relapsing Polychondritis: Survival and Predictive Role of Early Disease Manifestations. Annals of internal medicine. 1986;104(1):74-8. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-104-1-74>
7. Neilly J, Winter J, Stevenson R. Progressive Tracheobronchial Polychondritis: Need for Early Diagnosis. Thorax. 1985;40:78-9. DOI: <https://doi.org/10.1136/thx.40.1.78>
8. Sallam A, Islam T, Parmar D. Keratouveitis As a First Presentation of Relapsing Polychondritis. Case Rep Med. 2010 [acceso 21/02/2020];176514. Disponible en:  
<https://downloads.hindawi.com/journals/crim/2010/176514.pdf>
9. Erten-Lyons D, Oken B, Wolter R, Quinn J. Relapsing Polychondritis: An Uncommon Cause of Dementia. BMJ. 2009 [acceso 21/02/2020];79(5):609-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100775/>
10. Meza J, Remes J, Montaño A. Policondritis recidivante: presentación de 5 casos, revisión de la literatura. Rev Mex Reumatol. 2001 [acceso 21/02/2020];16(5):309-14. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-312318>
11. Lisanti R, Gatica D, Abal J, Di G. Policondritis recidivante, un desafío diagnóstico. Rev. Am. Med. Respir. 2015 [acceso 24/05/2021];5(2):146-9. Disponible en:  
[https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-236X2015000200012&lng=es](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2015000200012&lng=es)
12. Ucinia B, Viteri T, Peralvo S. Policondritis recidivante: manifestaciones clínicas y tratamiento. Rev Cub de Reu. 2020 [acceso 06/02/2023];22(2):1-14. Disponible en: <https://www.mediographic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=97572>

13. Van der Lubbe P, Miltenburg A, Breedveld F. Anti-CD4 Monoclonal Antibody for Relapsing Polychondritis. *Lancet*. 1991 [acceso 16/02/2020];337(8753):1349. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancer/article/PII0140-6736\(91\)93023-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancer/article/PII0140-6736(91)93023-3/fulltext)
14. Seymour M, Home D, Wiliams R, Allard S. Prolonged Response to Anti-Tumour Necrosis Factor Treatment with Adalimumab (Humira) in Relapsing Polychondritis Complicated by Aortitis. *Rheumatology*. 2007 [acceso 16/02/2020];46(11):1738-9. Disponible en: <https://academic.oup.com/rheumatology/article-pdf/46/11/1738/5052170/kem229.pdf>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflicto de intereses.