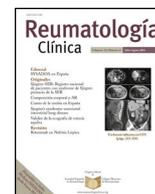




Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

[www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org)



Reumatología Clínica en imágenes

## Tratamiento exitoso de la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis con metotrexato y dosis bajas de mepolizumab



### Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis: Successful treatment with methotrexate and low-dose of mepolizumab

Luis Francisco Valdés-Corona<sup>a</sup>, Patricia Aguilar-Dominguez<sup>b</sup>, Ariel Jasqui-Bucay<sup>c</sup>  
y Mariana Arroyo-Machiavelo<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Reumatología, Hospital Angeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México, México

<sup>b</sup> Departamento de Neumología, Hospital Angeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México, México

<sup>c</sup> Departamento de Medicina Interna, Hospital Angeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México, México

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de mayo de 2024

Aceptado el 1 de septiembre de 2024

On-line el 10 de octubre de 2024

Femenino de 18 años con antecedente de asma de difícil control, sinusitis recurrente y enfermedad pulmonar intersticial diagnosticada en febrero de 2021, inicia padecimiento actual en enero de 2022 con tos, sibilancias y disnea. A la exploración física inicial destacan estertores bilaterales, dermatosis localizada en el dorso de ambas manos caracterizada por máculas eritemato-violáceas pruriginosas, las cuales no blanquean a la digitopresión. Los laboratorios de ingreso presentan leucocitosis de  $15,4 \times 10^9/l$ , con eosinofilia del 45%, así como elevación de reactantes de fase aguda (PCR y VSG). La tomografía de senos paranasales demuestra hipertrofia parasinusal, sinusitis crónica. La tomografía de tórax sin contraste demuestra imágenes de vidrio deslustrado multilobares que afectan más del 50% del parénquima pulmonar. Se realiza broncoscopia, se descartan causas infecciosas y se demuestran células inflamatorias con predominio eosinofílico. La biopsia nasal demostró infiltrado inflamatorio eosinofílico sin granulomas. Los estudios histopatológicos contra el citoplasma neutrofilico fueron negativos. Se realizó diagnóstico de granulomatosis eosinofílica con poliangeítis, se inició tratamiento con glucocorticoides a dosis altas con mejoría de las lesiones pulmonares y cutáneas. La paciente egresó con tratamiento a base de reducción gradual de glucocorticoides (descritas en el protocolo PEXIVAS), metotrexato 15 mg a la semana

y mepolizumab 100 mg subcutáneo mensual. Después de 24 meses de tratamiento se ha logrado la remisión total de la sintomatología, y el control bioquímico muestra menos del 1% de eosinófilos, con normalización de reactantes de fase aguda y puntaje en la escala *Birmingham Vasculitis Activity Score* (BVAS) de 0. La paciente no ha presentado ningún efecto adverso en el curso de su tratamiento.

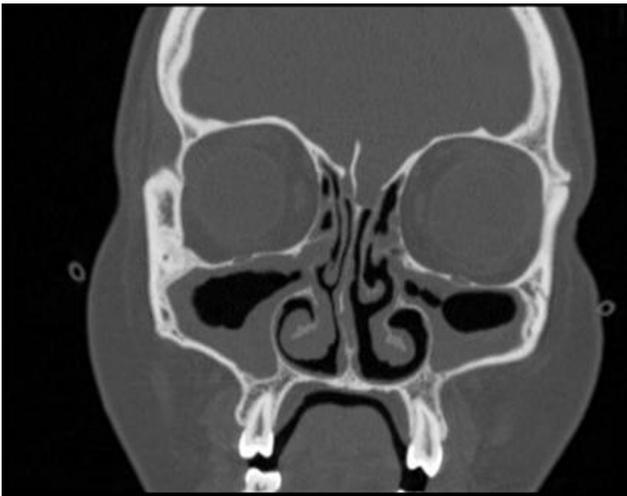
La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) es una enfermedad inmunomediada poco frecuente. Las características principales son asma de inicio tardío, eosinofilia periférica y tisular<sup>1</sup>. El estándar de oro diagnóstico es la biopsia con evidencia de infiltrados eosinofílicos y necrosis fibrinoide. La piedra angular del tratamiento son los glucocorticoides<sup>2</sup>. Sin embargo, los tratamientos biológicos, como el mepolizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado contra el receptor de IL-5, se ha demostrado como un tratamiento eficaz para EGPA<sup>3</sup>. Los criterios de clasificación recientemente actualizados respaldan el diagnóstico en este caso y evitan retrasos en el tratamiento<sup>1</sup>. Aunque la dosis recomendada de mepolizumab suele ser de 300 mg mensuales, se trata de un medicamento de alto coste<sup>4</sup>. Por lo tanto, en este caso decidimos inicialmente utilizar metotrexato, prednisona y dosis bajas de mepolizumab, con un resultado favorable<sup>4,5</sup> (figs. 1 y 2).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marianamachiavelo@hotmail.com](mailto:marianamachiavelo@hotmail.com) (M. Arroyo-Machiavelo).



**Figura 1.** Tomografía computarizada de tórax en corte coronal con evidencia de imágenes en vidrio deslustrado multilobares con afectación de más del 50% del parénquima pulmonar.



**Figura 2.** Tomografía computarizada de senos paranasales con evidencia de hipertrofia paranasal y sinusitis crónica.

## Financiación

No hubo fuentes de financiación.

## Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito del paciente para el uso de la imagen y la publicación de los detalles de su caso.

## Contribución de los autores

Todas las personas designadas como autores han participado en el trabajo para asumir la responsabilidad pública en su contenido.

## Conflicto de intereses

Los autores no tienen ningún conflicto de intereses que declarar.

## Bibliografía

1. White J. Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis: A review. *Autoimmun Rev.* 2023;22:103219, <http://dx.doi.org/10.1016/j.autrev.2022.103219> [consultado 2 Feb 2024].
2. Walsh M. Plasma exchange and glucocorticoids in severe ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med.* 2020;382:622–31, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1803537> [consultado 2 Feb 2024].
3. Detoraki A. Real-life evidence of low-dose mepolizumab efficacy in EGPA: A case series. *Respir Res.* 2021;22:185, <http://dx.doi.org/10.1186/s12931-021-01775-z> [consultado 2 Feb 2024].
4. Bettiol A. Mepolizumab for eosinophilic granulomatosis with polyangiitis: A European multicenter observational study. *Arthritis Rheumatol.* 2022;74:295–306, <http://dx.doi.org/10.1002/art.41943> [consultado 2 Feb 2024].
5. Vultaggio A. Low-dose mepolizumab effectiveness in patients suffering from eosinophilic granulomatosis with polyangiitis. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2020;12:885–93, <http://dx.doi.org/10.4168/aaair.2020.12.5.885> [consultado 2 Feb 2024].