

(neuropatía periférica, parálisis facial), cutáneas (vitíligo, úlceras orales, condritis), renales (glomerulonefritis membranoproliferativa) y linfadenopatías.

Para el diagnóstico de síndrome de Cogan no se han establecido aún criterios clínicos, pero se requiere una afección ocular inflamatoria y una clínica vestibuloauditiva objetiva con hipoacusia⁸. En las pruebas de laboratorio, los hallazgos suelen ser inespecíficos y deben incluir hematimetría con VSG y parámetros bioquímicos habituales. Se debe descartar una infección por *Treponema pallidum*, a la que algunos autores añaden serología de *Borrelia*^{3,8}. Respecto a las enfermedades autoinmunitarias, se solicitan ANA y ANCA⁸, a lo que se puede añadir factor reumatoide, complemento y anticuerpos antifosfolípidos^{3,5,6,8}. Las pruebas de imagen deben incluir una radiografía de tórax, y suele añadirse una resonancia craneal donde se ha encontrado un aumento de la señal en la membrana del laberinto^{4,8}. La arteriografía estará indicada en ciertas situaciones, como en caso de diferencias en los pulsos periféricos de las extremidades o clínica del sistema nervioso central^{8,9}. Aunque la etiología de este síndrome es desconocida, se la incluye entre las enfermedades autoinmunitarias por diversos hallazgos como la presencia de anticuerpos contra las células epiteliales de la córnea y membrana del laberinto¹⁰. Con esta base, el tratamiento de esta enfermedad suele incluir diferentes inmunosupresores, de los que los corticoides sistémicos son el tratamiento de primera línea junto con el tratamiento tópico de la clínica ocular. El síndrome de Cogan atípico, que habitualmente tiene un curso crónico más agresivo, necesita frecuentemente de otros inmunosupresores. Entre ellos, se ha empleado: ciclofosfamida oral (1-2 mg/kg/día), ciclosporina A (1-2 mg/kg/día) o metotrexato (7,5-10 mg/semana). La respuesta al tratamiento es variable y a menudo parcial^{3,6}. La insuficiencia aórtica puede nece-

sitar de cirugía y la afección auditiva, de implantes cocleares⁸.

Pablo Tutor-Ureta^a, Miguel Yebra-Bango^a,
Susana Mellor-Pita^a, José Ramón García Berrocal^b,
Aitor Fernández^c y Juan Antonio Vargas^a

^aServicio de Medicina Interna.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

^bServicio de Otorrinolaringología.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

^cServicio de Oftalmología.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

Bibliografía

1. Cogan DG. Syndrome of nonsyphilitic interstitial keratitis and vestibulo-auditory symptoms. Arch Ophthalmol. 1945;33:144-9.
2. Haynes BF, Kaiser-Kupfer MI, Mason P, Fauci AS. Cogan's syndrome: studies in thirteen patients, long-term follow-up, and a review of the literature. Medicine. 1980;59:426-41.
3. Grasland A, Pouchot J, Hachulla E, Blétry O, Papo T, Vinceneux P. Typical and atypical Cogan's syndrome: 32 cases and review of the literature. Rheumatology. 2004;43:1007-15.
4. García Berrocal JR, Vargas JA, Vaquero M, Ramón y Cajal S, Ramírez-Camacho RA. Cogan's syndrome: an oculo-audiovestibular disease. Postgrad Med J. 1999;75:262-4.
5. Orsoni JG, Zavota L, Pellistri I, Piazza F, Cimino L. Cogan's syndrome. Cornea. 2002;21:356-9.
6. Baumann A, Helbling A, Oertle S, Häusler R, Vibert D. Cogan's syndrome: clinical evolution of deafness and vertigo in three patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2005;262:45-9.
7. Cundiff J, Kansal S, Kumar A, Goldstein DA, Tessler HH. Cogan's syndrome: a cause of progressive hearing deafness. Am J Otolaryngol. 2006;27:68-70.
8. Gaubitz M, Lübber B, Seidel M, Schotte H, Gramley F, Domschke W. Cogan's syndrome: Organ-specific autoimmune disease or systemic vasculitis? A report of two cases and review of literature. Clin Exp Rheumatol. 2001;19:463-9.
9. Albayram MS, Wityk R, Yousem DM, Zinreich SJ. The cerebral angiographic findings in Cogan's syndrome. Am J Neuroradiol. 2001;22:751-4.
10. Arnold W, Pfaltz CR, Altermatt HJ. Evidence of serum antibodies against inner ear in the blood of patients with certain sensorineural hearing disorders. Acta Otolaryngol. 1985;99:437-44.

Fe de errores

En el artículo original "Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas (BIOBADASER): informe de la situación, 26 de enero de 2006", publicado en Reumatol Clin. 2007; 3(1):4-20, se ha detectado que en el listado de los miembros del Grupo de Estudio BIOBADASER se ha omitido por error el siguiente:

M. Isabel Rotés Mas (Hospital San Rafael).