

## Bibliografía

- Nieto-González JC, Monteagudo I. Intra-articular joint injections in juvenile idiopathic arthritis: State of the art. *Reumatol Clin.* 2019;15:69–72.
- Jennings H, Hennessy K, Hendry GJ. The clinical effectiveness of intra-articular corticosteroids for arthritis of the lower limb in juvenile idiopathic arthritis: A systematic review. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2014;12:23.
- Beukelman T1, Guevara JP, Albert DA, Sherry DD, Burnham JM. Usage of intra-articular corticosteroid injections for the treatment of juvenile idiopathic arthritis: A survey of pediatric rheumatologists in the United States and Canada. *Clin Exp Rheumatol.* 2008;26:700–3.
- Parra DA. Technical tips to perform safe and effective ultrasound guided steroid joint injections in children. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2015;13:2.
- Resnick CM, Vakilian PM, Kaban LB, Peacock ZS. Is Intra-Articular Steroid Injection to the Temporomandibular Joint for Juvenile Idiopathic Arthritis More Effective and Efficient When Performed With Image Guidance? *J Oral Maxillofac Surg.* 2017;75:694–700.
- Peters SE, Laxer RM, Connolly BL, Parra DA. Ultrasound-guided steroid tendon sheath injections in juvenile idiopathic arthritis: A 10-year single-center retrospective study. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2017;15:22.
- Young CM, Horst DM, Murakami JW, Shiels WE. Ultrasound-guided corticosteroid injection of the subtalar joint for treatment of juvenile idiopathic arthritis. *Pediatr Radiol.* 2015;45:1212–7.
- Weiss JE, Haines KA, Chalom EC, Li SC, Walco GA, Nyirenda TL, et al. A randomized study of local anesthesia for pain control during intra-articular corticosteroid injection in children with arthritis. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2015;13:36.
- Oren-Ziv A, Hoppenstein D, Shles A, Uziel Y. Sedation methods for intra-articular corticosteroid injections in Juvenile Idiopathic Arthritis: A review. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2015;13:28.
- Casado R, Lumberras J, de Inocencio J, Remesal A, Merino R, García-Consuegra J. Sedation for intra-articular corticosteroid injections in juvenile idiopathic arthritis: The views of patients and their parents. *Eur J Pediatr.* 2013;172:1411–3.

Sara Murias Loza<sup>a,\*</sup> y Genaro Graña Gil<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sección de Reumatología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, La Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [saramaria.murias@salud.madrid.org](mailto:saramaria.murias@salud.madrid.org) (S. Murias Loza).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.05.006>

1699-258X/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

## Seudotumor paravertebral en granulomatosis con poliangeítis



### Paravertebral Pseudotumour in Granulomatosis with Polyangiitis

Sr. Editor:

La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una vasculitis asociada a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) que puede afectar vasos de pequeño y mediano calibre<sup>1</sup>. Se caracteriza por lesiones granulomatosas y/o vasculitis necrosante en el tracto respiratorio superior y/o inferior, glomerulonefritis y, en menor frecuencia, compromiso mucocutáneo, orbitario y neurológico, entre otros<sup>1</sup>. Las lesiones seudotumorales pre o paravertebrales son infrecuentes, y existen escasos reportes en GPA<sup>2,3</sup>. Se presenta un caso de seudotumor paravertebral como hallazgo incidental en el contexto de compromiso sistémico de GPA.

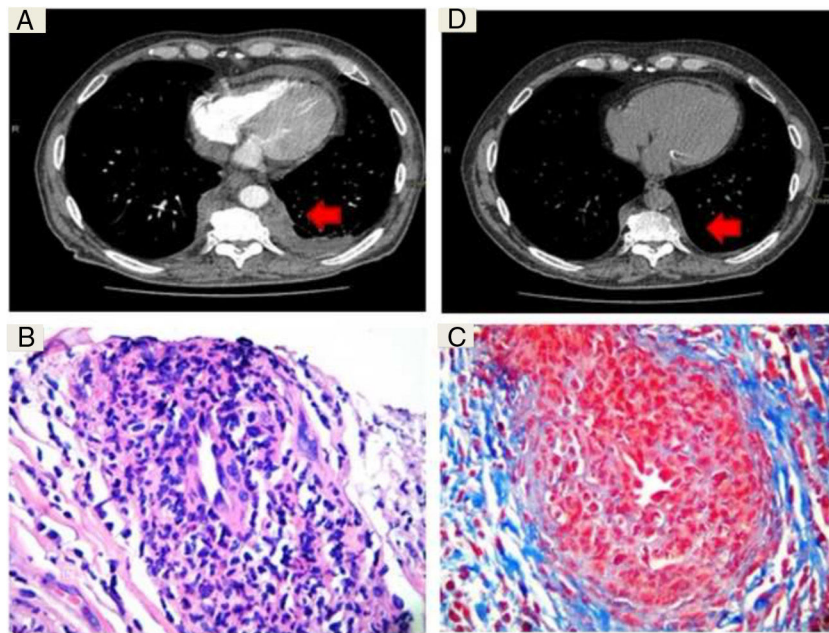
Varón de 60 años con hipertensión arterial y enfermedad renal crónica de 2 años de evolución, con requerimiento de hemodiálisis y biopsia renal previa con glomérulos esclerosados, fibrosis pericapsular e intersticial y túbulos atroficos. Consultó por pérdida de peso de 3 meses de evolución y púrpura palpable en miembros inferiores. Presentó síntomas de compromiso de vía aérea superior, compromiso renal con hematuria y proteinuria en rango no nefrótico con deterioro de la función renal. En el laboratorio se objetivó anemia normocítica normocrómica (hemoglobina 7,1 g/dl y hematocrito 21,9%), glóbulos blancos normales (5.600/mm<sup>3</sup>), eritrosedimentación acelerada (70 mm/h), proteína C reactiva elevada (3,19 mg/dl), creatinina (6,3 mg/dl), cociente proteinuria/creatininuria 2,1 y hematuria macroscópica. Los ANCA resultaron positivos, PR3 por ELISA y patrón citoplasmático en inmunofluorescencia. Los anticuerpos antinucleares, anti-Ro/SS-A, anti-La/SS-B, anti-DNA y las serologías virales para hepatitis B, C y VIH fueron negativos. La tomografía computarizada (TC) de senos paranasales evidenció engrosamiento de mucosa y erosión ósea, y la TC de alta resolución de tórax reveló nódulos centrolobulillares

y una lesión seudotumoral paravertebral (fig. 1A). Se realizó biopsia guiada por la TC que mostró hallazgos vinculables a vasculitis sin granulomatosis (fig. 1B y C).

Por los hallazgos clínicos mencionados, la positividad del ANCA y los cambios histológicos de la masa paravertebral, se diagnosticó GPA y se inició tratamiento de inducción con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida (15 mg/kg/cada 15 días/6 dosis). Se realizó TC de tórax de control a los 4 meses donde se objetivó una reducción significativa del tamaño de la lesión (fig. 1D).

Las lesiones infiltrantes y seudotumorales son frecuentes en pacientes con GPA. Pueden localizarse en órbita, senos paranasales, mediastino, mama, riñón y retroperitoneo, entre otros sitios<sup>1</sup>. Las lesiones paravertebrales son infrecuentes<sup>2,3</sup>. Según nuestro conocimiento solo 10 casos han sido reportados en esta localización, aunque existen otros reportes de lesiones mediastinales<sup>2,3</sup>. Pueden presentarse al momento del comienzo o durante el curso evolutivo de la enfermedad<sup>2,3</sup>. Su frecuencia puede ser subestimada debido a que en el 50% de los casos son asintomáticos y no se asocian con erosión ósea o compresión de estructuras adyacentes<sup>2</sup>. Algunos pacientes pueden experimentar dolor torácico crónico<sup>3</sup>. La TC de tórax con contraste y la resonancia magnética son los principales estudios sugeridos para el estudio de estas lesiones y establecer diagnósticos diferenciales. La histopatología es esencial para el diagnóstico<sup>2-4</sup>. También permite excluir malignidad y descartar otros diagnósticos diferenciales como tuberculosis, micosis, sarcoidosis, histiocitosis y enfermedad relacionada con IgG4<sup>4-6</sup>. Esta localización de la lesión plantea dificultades para la obtención de muestras histológicas, por lo que se sugiere realizar la biopsia guiada por la TC<sup>2,3</sup>. Las muestras obtenidas suelen mostrar infiltrados granulomatosos, y raramente vasculitis y calcificaciones<sup>2-7</sup>. Luego del tratamiento, las lesiones inflamatorias pueden disminuir de tamaño, mientras que las lesiones con mayor evolución y fibrosis no se modifican<sup>2-6</sup>.

En conclusión, se debe sospechar de GPA ante el hallazgo de seudotumores paravertebrales en el contexto clínico adecuado. La obtención de muestras para el estudio histopatológico es fundamental para el diagnóstico etiológico.



**Figura 1.** A) Tomografía computarizada con contraste intravenoso en la que se evidencia masa paravertebral dorsal de partes blandas (flecha) que se extiende al espacio extrapleural, sin calcificaciones ni compromiso óseo. B) Fragmento de tejido fibroconectivo que muestra elementos vasculares con abundante infiltrado inflamatorio intramural y reducción del calibre de las luces (H&E  $\times 10$ ). C) Arteria con denso infiltrado inflamatorio mixto constituido por linfocitos y polimorfonucleares neutrófilos, células endoteliales prominentes y reducción de la luz (Masson  $\times 40$ ). D) Tomografía computarizada sin contraste de control que muestra disminución de la lesión tras 4 meses de tratamiento.

## Bibliografía

1. Yates M, Watts R. ANCA-associated vasculitis. *Clin Med (Lond)*. 2017;17:60–4.
2. Barreto P, Pagnoux C, Luca L, Aouizerate J, Ortigueira I, Cohen P, et al. Dorsal prevertebral lesions in Wegener granulomatosis: Report on four cases. *Joint Bone Spine*. 2011;78:88–91.
3. Ramirez G, Della-Torre E, Campochiaro C, Bozzolo E, Berti A, Praderio L, et al. Juxta-vertebral lesions in granulomatosis with polyangiitis. *Semin Arthritis Rheum* 46. 2016:356–60.
4. Merkel PA, McCarty D, Sharma A, Stone JR. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 31–2008. A 39-year-old man with chest pain, arthralgias, and a mediastinal mass. *N Engl J Med*. 2008;359:1603–14.
5. Anderson G, Coles ET, Crane M, Douglas AC, Gibbs AR, Geddes DM, et al. Wegener's granuloma: A series of 265 British cases seen between 1975 and 1985: a report by a sub-committee of the British Thoracic Society Research Committee. *Q J Med*. 1992;83:427–38.
6. Fidler HH, Apter S, Langevitz P, AvielRonen S, Bank I, Livneh A, et al. Positive antineutrophil cytoplasmic antibodies-associated vasculitis presenting with hemoptysis and a mediastinal mass. *Chest*. 1999;115:1473–5.
7. George TM, Cash JM, Farver C, Sneller M, van Dyke CW, Derus CL, et al. Mediastinal mass and hilar adenopathy: Rare thoracic manifestations of Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum*. 1997;40:1992–7.

Janet Flores Balverdi<sup>a</sup>, Diego Federico Baenas<sup>a,\*</sup>,  
Nadia Claudine Riscanevo<sup>a</sup>, Emilia Chiple<sup>b</sup>, Maira Orozco<sup>c</sup>  
y Verónica Saurit<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

<sup>c</sup> Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [diegob.17@hotmail.com](mailto:diegob.17@hotmail.com) (D. Federico Baenas).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.04.005>

1699-258X/ © 2019 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.