

confluentes, no necrosantes, sugerentes de sarcoidosis. El despistaje de tuberculosis fue negativo.

Con estos hallazgos iniciamos tratamiento con glucocorticoides, primero 3 bolos de metilprednisolona intravenosa de 1 g/día y luego prednisona a dosis de 1 mg/kg en pauta descendente. Presentando una rápida mejoría clínica, aunque la extensión orbital y el daño neurológico establecido presentaron menor respuesta, objetivado con las pruebas de imagen. Dada la buena respuesta inicial a la corticoterapia, no se inició el uso de inmunosupresores.

En nuestra paciente, los hallazgos de la RM orbital sugirieron el STH y después del examen sistémico, y la biopsia nos planteamos una presentación inicial inusual de sarcoidosis sistémica con síntoma principal neurológico. La neurosarcoidosis aislada es poco común, debido a que más del 90% de los pacientes también tienen sarcoidosis en otros órganos, especialmente los pulmones y los ganglios linfáticos mediastínicos<sup>3</sup>. La neuropatía craneal es la manifestación más común de la neurosarcoidosis<sup>2</sup>. El diagnóstico de la neurosarcoidosis es a menudo difícil, porque las manifestaciones clínicas y los hallazgos de los estudios por imágenes pueden ser imitados por varias otras enfermedades. La RM cerebral es la imagen más sensible para el diagnóstico<sup>3</sup>. Este caso destaca que la sarcoidosis puede presentarse en formas inusuales, enmascarando trastornos neurológicos.

## Bibliografía

1. Lutt JR, Lim L, Phal P, Rosenbaum JT. Orbital inflammatory disease. *Semin Arthritis Rheum.* 2008;37:207–22.
2. Prete B, Sowka J. Painful ophthalmoplegia as an initial presentation of sarcoidosis. *Clin Exp Optom.* 2017;100:291–3.
3. Ungpraset P, Matteson EL. Neurosarcoidosis. *Rheum Dis Clin North Am.* 2017;43:593–606.

Anahy Brandy-García<sup>a,\*</sup>, Carlos Suárez-Cuervo<sup>b</sup>  
y Luis Caminal-Montero<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Department of General Medicine, Borders General Hospital, Melrose, Scotland, Reino Unido

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [anahymbg@gmail.com](mailto:anahymbg@gmail.com)  
(A. Brandy-García).

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2019.07.003>

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

## Respuesta a: Estado actual del tratamiento con infiltraciones intra-articulares en la artritis idiopática juvenil



### Response to: Current Status of Treatment With Intra-Articular Infiltrations in Juvenile Idiopathic Arthritis

Sr. Editor:

Hemos leído atentamente la publicación de Nieto-González y Monteagudo<sup>1</sup> en REUMATOLOGÍA CLÍNICA, donde se realiza una revisión narrativa de la literatura con relación a la práctica de infiltraciones intra-articulares con corticoides (IAC) en pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ). Nos gustaría exponer los resultados de una encuesta realizada a todos los miembros de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE) en 2017, en la que se les consultaba acerca de su práctica habitual en relación a diversos aspectos de dicha técnica.

La encuesta constaba de 10 preguntas ideadas por el Comité Científico del Congreso Nacional de 2017 de dicha sociedad. Las preguntas incidían sobre: especialidad médica del personal que realizaba las IAC (reumatólogo, pediatra, médico rehabilitador, traumatólogo); categoría de la AIJ en que se empleaba dicho procedimiento; indicación de analgesia y/o sedación durante el mismo; fármaco(s) empleado(s); detalles acerca de la técnica de IAC (asepsia, lavado con suero salino, dilución del corticoide y otros); número máximo de articulaciones infiltradas en una sesión; número máximo de IAC de una misma articulación en un año; recomendaciones tras la infiltración; complicaciones tras la infiltración; y diferencias entre niños según su edad. La plataforma empleada fue «SurveyMonkey», que permite la creación de encuestas en línea (<https://es.surveymonkey.com>). Dicha plataforma interpreta las respuestas de los encuestados y realiza una estadística descriptiva básica de las mismas.

De los 120 socios contactados, se obtuvo respuesta de 85. Los resultados de la encuesta evidenciaron la heterogeneidad existente

entre los diversos profesionales que realizan IAC en AIJ, que otros autores han comunicado con anterioridad<sup>2</sup>. La tabla adjunta expone dichos resultados. En general, las contestaciones de los encuestados reflejan la ausencia de guías de actuación reconocidas para esta técnica, poniendo de manifiesto la existencia de un proceder «según arte» en los diferentes centros que atienden niños y jóvenes con enfermedades reumáticas. Similares conclusiones se obtuvieron en un trabajo norteamericano basado asimismo en una encuesta<sup>3</sup>.

Este estudio tiene varias limitaciones, siendo quizás la principal el hecho de que la encuesta solo fue respondida por 85 de 120 socios, esto es, un 70%. Además, no todos los facultativos que asisten las enfermedades reumáticas de los niños en nuestro país son socios de la SERPE, aunque sí la mayoría. Por otro lado, no se ha realizado un análisis de potencial interés: evaluar sí, dentro de la heterogeneidad observada en las respuestas, se encontraría una mayor homogeneidad en las mismas si se estratificasen según especialidad del encuestado (reumatólogo, pediatra, rehabilitador, traumatólogo).

Hay aspectos relevantes, en nuestra opinión, en relación con la técnica de IAC que sí se han incluido en la encuesta. Uno de ellos es el creciente protagonismo de la ecografía en la consulta de reumatología pediátrica, incluyéndose en años recientes como una herramienta más<sup>4</sup> a la hora de infiltrar diversas localizaciones consideradas «difíciles» (articulación témporo-mandibular<sup>5</sup>, tendosinovitis<sup>6</sup>, subastragalina<sup>7</sup>). Por otro lado, en todos los ámbitos de la pediatría se está llevando a cabo una implementación de técnicas de sedo-analgésia con el fin de mejorar la calidad de la asistencia al paciente pediátrico; incluyendo las IAC, según diversas publicaciones recientes<sup>8–10</sup>.

Aunque la IAC no es una técnica que conlleve eventos adversos de relevancia, y que no requiere de una larga formación al respecto para poder realizarla con la suficiente pericia, los autores consideramos necesario el desarrollo de guías o recomendaciones al respecto dirigidas a la población infantil y juvenil (tabla 1).

**Tabla 1**  
Resultados de la encuesta a 120 socios de la SERPE con respuesta de 85 de ellos

Preguntas realizadas				
<i>¿Quién realiza IAC en su centro?</i>				
Traumatólogo: 11%	No hacemos IAC: 1,2%			
Pediatra: 87%	Médico rehabilitador: 11%			
Reumatólogo: 19%				
	Nunca	Alguna vez	A menudo	Siempre
<i>¿En qué situaciones clínicas realizas IAC?</i>				
Monoartritis, %	2,3	1,2	35	62
Oligoartritis, %	0	18	71	11
Poliartritis, %	2,4	47	45	6
Recaídas, %	1,2	27	61	11
<i>¿En cuanto a analgesia y sedación?</i>				
Clotetilo spray, %	60	17	13	10
EMLA, %	27	25	25	22
Óxido nítrico, %	17	28	46	9
Benzodiazepinas, %	28	42	28	2,6
Fentanilo, %	69	20	12	0
Anestesia general, %	42	27	30	1,3
Anestesia local, %	45	30	12	12
<i>¿Qué fármaco utilizas?</i>				
Acetonido de triamcinolona, %	3,6	17	35	45
Hexacetonido de triamcinolona, %	31	37	22	9
Betametasona, %	75	15	10	0
Ácido hialurónico, %	68	29	3	0
Itrio, %	64	35	0	0
<i>¿Qué dosis empleas según el tamaño de la articulación?</i>				
0,5 mg/kg en articulaciones pequeñas y 1 mg/kg en articulaciones grandes: 50%				
20 mg en articulaciones pequeñas y 40 mg en articulaciones grandes: 50%				
Respecto a la técnica	Nunca	Alguna vez	A menudo	Siempre
Guiada por ecografía, %	13	50	31	5
Guantes estériles CON campo quirúrgico, %	6	8	13	72
Guantes estériles SIN campo quirúrgico, %	53	17	16	14
Solo esterilización piel, %	89	4	5	2,5
Cálculo de dosis según peso, %	23	34	19	23
Considero dosis total, %	14	18	25	4
Obtengo consentimiento informado, %	15	13	18	54%
<i>¿Cuántas articulaciones infiltras en la misma sesión?</i>				
		Dos 30%	Tres 31%	Cuatro 35%
				Más de cuatro 4%
<i>¿Piensas que una misma articulación no debe infiltrarse &gt; 3 veces al año?</i>				
<i>En relación a las localizaciones articulares</i>				
		Sí: 76%		No: 24%
		Infiltrado tendosinovitis	Sí: 63%	No: 33%
		Infiltrado subastragalina	Sí: 61%	No: 33%
		Infiltrado ATM	Sí: 30%	No: 70%
		Infiltrado IFP, MCF	Sí: 71%	No: 29%
		Infiltrado dactilitis	Sí: 50%	No: 50%
		Infiltrado cadera	Sí: 60%	No: 40%
		Infiltrado sacroilíaca	Sí: 6%	No: 94%
En las recomendaciones postinfiltración	Nunca	Alguna vez	A menudo	Siempre
Indico vida normal sin sobrecarga, %	28	25	23	23
Recomiendo reposo de 12-24 h, %	7	7	13	73
Recomiendo analgesia oral, %	14	41	24	21
Le cito en 1-2 semanas para reevaluar, %	0	22	20	58
No reevalúo, indico contactar si no mejoría, %	74	14	7	5
<i>¿Has observado estas complicaciones?</i>				
	Nunca	Rara vez (< 1/100)		Frecuente (1/10-1/100)
Atrofia cutánea, %	8	64		27
Artritis séptica, %	95	4		0
Reacción vasovagal, %	55	41		3,5
Hemorragia por punción arterial, %	90	9,4		0
<i>¿Estableces diferencias en los pacientes más pequeños (&lt; 5 años)?</i>				
		Sí	No	
Uso guía ecográfica más a menudo, %		49	51	
Uso más métodos de sedoanalgesia, %		95	5	
Reduzco el número máximo de IAC, %		35	64	
Uso menor dosis de esteroide en art. grandes, %		63	37	

ATM: articulación temporomandibular; EMLA: Eutectic Mixture of Local Anaesthetic; IAC: infiltración intra-articular con corticoides; IFP: interfalángica proximal; MCF: metacarpofalángica; SERPE: Sociedad Española de Reumatología Pediátrica.

## 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.