

## Aclaraciones sobre el artículo «Sarcoidosis simulando una histiocitosis no Langerhans, tratada con antagonistas del factor de necrosis tumoral»

### Clarifications on the article "Sarcoidosis simulating a non-Langerhans cell histiocytosis, treated with tumour necrosis factor antagonists"

Sr. Editor:

En el número de *Anales de Pediatría* correspondiente al mes de octubre nos ha llamado la atención ver publicado un original breve<sup>1</sup> que hace referencia a una paciente que desde el año 2007 está siendo controlada en las Unidades de Oftalmología y Reumatología pediátricas del Hospital Universitario 12 de Octubre. Probablemente como consecuencia de que el papel asistencial desempeñado por el Servicio de Dermatología a lo largo de la evolución de esta paciente se ha limitado a la realización de las biopsias cutáneas, el artículo contiene imprecisiones que nos parece conveniente matizar.

Como bien comenta la Dra. Petiti en su nota clínica, la paciente debutó con panuveítis. Dada la posibilidad de que su enfermedad ocular fuera secundaria a una enfermedad sistémica la niña fue derivada a Reumatología, donde se apreció artritis de rodillas y codos así como lesiones cutáneas en el tronco y la raíz de los miembros por lo que, dentro de la valoración inicial, se solicitó una interconsulta al servicio de Dermatología. Después de varias biopsias, estas lesiones fueron filiadas como *histiocitosis eruptiva generalizada*. La evaluación diagnóstica, como la indicación del tratamiento de la panuveítis con metotrexato primero y terapia anti-TNF (adalimumab) después<sup>2,3</sup>, las infiltraciones de corticoides intraarticulares realizadas en distintas ocasiones a lo largo de la evolución y no mencionadas por los autores, la monitorización y las modificaciones de las dosis y las medicaciones fueron realizadas por las unidades de Reumatología y Oftalmología en función de la actividad de la enfermedad y de la tolerancia al tratamiento.

La paciente se mantuvo asintomática durante un periodo aproximado de 2 años, presentando posteriormente unas lesiones cutáneas que, a diferencia de lo mencionado por la Dra. Petiti, no se trataba de «un nuevo brote de lesiones», sino de unas lesiones completamente diferentes de las presentes al inicio de la enfermedad (las representadas en la fig. 1), y que consistían en placas eritematosas, induradas, calientes y dolorosas en la región pretibial bilateral, características de paniculitis. La paciente volvió a ser derivada a Dermatología, revelando una nueva biopsia cutánea granulomas epitelioides compatibles con sarcoidosis, lo que condujo a la ampliación del estudio y a la demostración de adenopatías hiliares en la tomografía computarizada torácica.

Simultáneamente, presentó una panuveítis que, en contra de lo afirmado en el artículo, fue refractaria al tra-

tamiento con dosis de infliximab de hasta 15 mg/kg cada 8 semanas (y no cada 4 como mencionan los autores), por lo que el control de la enfermedad era dependiente de la terapia con dosis moderadas de prednisona por vía sistémica. Por este motivo, se utilizaron distintas combinaciones de terapia biológica e inmunosupresores sin conseguir rebajar la dosis de esteroides hasta recientemente. En la actualidad, recibe tratamiento con golimumab y azatioprina, lo que ha permitido disminuir significativamente la dosis de prednisona y controlar adecuadamente la vitritis y la coriorretinitis, aunque continúa precisando terapia tópica para controlar adecuadamente la uveítis anterior.

Lamentablemente nuestra paciente presenta la evolución más habitual de la sarcoidosis en la edad pediátrica, donde la mayor morbilidad suele venir determinada por la enfermedad ocular, que frecuentemente es refractaria al tratamiento<sup>4,5</sup>. La buena respuesta de la uveítis asociada a sarcoidosis a la terapia anti-TNF ha sido confirmada posteriormente<sup>6</sup>, aunque parece que, como sucedió en nuestro caso, es transitoria.

Lamentamos que la información publicada no refleje verazmente ni el curso clínico de la paciente ni la eficacia del tratamiento recibido, lo que hubiera sido fácilmente subsanable si los autores se hubieran puesto en contacto con los clínicos responsables de la atención a esta adolescente.

## Bibliografía

- Petiti Martin G, Castellanos González M, Sanz Bueno J, Burgués Calderón M, Villar Buil M, Vanaclocha F, et al. Sarcoidosis simulando una histiocitosis no Langerhans, tratada con antagonistas del factor de necrosis tumoral. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77:267-71.
- Lindstedt EW, Baarsma GS, Kuijpers RWAM, van Hagen PM. Anti-TNF- $\alpha$  therapy for sight threatening uveitis. *Br J Ophthalmol*. 2005;89:533-6.
- Gallagher M, Quinones K, Cervantes-Castañeda RA, Yilmaz T, Foster CS. Biological response modifier therapy for refractory childhood uveitis. *Br J Ophthalmol*. 2007;91:1341-4.
- Rosé CD, Wouters CH, Meiorin S, Doyle TM, Davey MP, Rosenbaum JT, et al. Pediatric granulomatous arthritis: an international registry. *Arthritis Rheum*. 2006;54:3337-44.
- Shetty AK, Gedalia A. Childhood sarcoidosis: a rare but fascinating disorder. *Ped Rheumatol*. 2008;6:16.
- Erckens RJ, Mostard RLM, Wijnen PAHM, Schouten JS, Drent M. Adalimumab successful in sarcoidosis patients with refractory chronic non-infectious uveitis. *Graefes Arch Clin Exp*. 2012;250:713-20.

J. de Inocencio Arocena<sup>a,\*</sup>, P. Tejada Palacios<sup>b</sup>,  
A. Barceló Mendiguchía<sup>b</sup> e E. Enríquez Merayo<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Reumatología Pediátrica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup> Sección de Oftalmología Infantil, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jinocencio.hdod@salud.madrid.org  
(J. de Inocencio Arocena).