



<https://www.revclinesp.es>

764 - ENFERMEDAD DE BEHÇET

César Antonio Arderíus Junco, Jesús Antonio Cívico Ortega, Ángela Eloísa Moliz Molina, Ana Hidalgo Conde, Carlos González-Amezúa García y Daniel Clavijo Guerrero

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

Resumen

Objetivos: La enfermedad de Behçet es un trastorno inflamatorio crónico recidivante cuya etiología es incierta. Todo parece apuntar a que se trata de un trastorno poligénico, sin un claro patrón de herencia mendeliana, con el HLA-B51 como el mayor marcador de susceptibilidad. La manifestación clínica más característica son las úlceras orales y genitales, seguidas de la uveítis. Su distribución geográfica está bien definida, siendo la prevalencia de España baja y haciendo correr el riesgo de diagnosticar solo los casos más graves por el bajo índice de sospecha médica. El objetivo de este estudio es realizar un análisis descriptivo para conocer las manifestaciones más comunes de esta enfermedad y concienciar sobre su posible diagnóstico.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda de los pacientes incluidos en este diagnóstico en seguimiento por la unidad de Medicina Interna en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria, a través del Sistema de Información Asistencial Diraya. A continuación, se extrajeron y analizaron las variables principales.

Resultados: (Imágenes)

ENFERMEDAD DE BEHÇET (I)

n	15
Mujeres	66.66%
Hombres	33.33%
Edad media	45,67
HTA	13.33%
DL	13.33%
Aftas orales	86,67%
Aftas genitales	80%
Uveítis	46,67%
Artralgias	60%
Afectación neurológica	53,33%
Afectación digestiva	46,67%
Afectación vascular	26,67%

ENFERMEDAD DE BEHÇET (II)

HLA-B51	20%
ANA	26,67%
Anticoagulante lúpico	13,33%
ANCA	6,67%
Anticuerpo antipéptido cíclico citrulinado	6,67%
Síndrome de Sjögren	13,33%
Fibromialgia	13,33%
Síndrome antifosfolípido	6,67%
Corticoides	73,33%
Colchicina	66,67%
Azatioprina	33,33%
Otros (tocilizumab, hidroxicloroquina y/o metotrexato)	13,33%

Conclusiones: El paciente prototipo en esta muestra fue de una mujer en su cuarta década de vida sin un claro panel genético o autoinmune particular. Desgraciadamente, no existe un marcador específico que esclarezca el diagnóstico. Las aftas, tanto orales como genitales, siguen siendo la manifestación más característica, presentándose, al menos en una localización, en el 100% de la muestra estudiada. Otras manifestaciones muy características son las articulares y las neurológicas. La uveítis tiene también un papel importante, no solo por su incidencia, sino por la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz para el pronóstico visual. En cuanto al tratamiento, los corticoides, la colchicina y la azatioprina siguen siendo los fármacos más utilizados, pero existen otros escalones terapéuticos y el esquema debe adaptarse a la clínica del paciente, evitando así recurrencias que puedan provocar daño orgánico y secuelas. Por último, no olvidar que se trata de una enfermedad de afectación multisistémica que requiere de un abordaje multidisciplinar y donde la labor diagnóstica y coordinadora del médico internista es fundamental.

Bibliografía

1. Espinosa G, Carballeira MR. Enfermedad de Behçet. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2021;13(34):1975-84.
2. Clavijo Tinoco F, Herrera Alvarado A, Herrera Villalba H, *et al.* Síndrome de Behçet: Enfermedad de la ruta de la seda. Biociencias. 2023;16(1).
3. Solis Cartas U, Poalasín Narvaez L, Quintero Chacón G, *et al.* Características clínico epidemiológicas de la enfermedad de Behçet. Rev Cuba Reumatol. 2016;8.