

Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVIII Número 1, 2016 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Características clínico epidemiológicas de la enfermedad de Behçet

Behçet`s disease, epidemic clinical behavior

Urbano Solis Cartas ^I, Luis Poalasin Narvaez ^{II}, Giesela Quintero Chacón ^{III}, Marian Muñoz Balbín ^{IV}, Miriam Lay Wuillians ^V, Ediesky Solis Cartas ^{VI}

^I MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

^{II} MSc. Licenciado en Terapia Física y Rehabilitación. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

^{III} PhD. Licenciada en Educación. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

^{IV} Licenciada en Psicología. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

^V MSc. Licenciada en Psicología. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

^{VI} Licenciado en Ciencias de la Computación. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

RESUMEN

Introducción: la enfermedad de Behçet es una vasculitis sistémica que se caracteriza clínicamente por la presencia de úlceras orales y/o genitales las cuales unidas al resto de las manifestaciones clínicas ocasionan gran disminución de la percepción de la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

Objetivo: conocer el comportamiento clínico epidemiológico de la enfermedad de Behçet en nuestro medio.

Métodos: estudio retrospectivo, descriptivo de una serie de 4 casos que cumplieron con los criterios diagnósticos para la enfermedad de Behçet. Se revisaron las historias clínicas y la recogida de la información se hizo mediante un modelo confeccionado para el estudio, el cual permitió describir posteriormente las variables sociodemográficas, clínicas y de laboratorio encontradas en estos pacientes.

Resultados: el promedio de edad fue de 51.25 ± 4 años y de debut de la enfermedad de 46,25 años. El 75 % correspondió al sexo femenino y presentaron al menos una comorbilidad y/o hábito nocivo asociado. El 100 % del total de la muestra presentó al debut de la enfermedad síntomas generales, úlceras orales, úlceras genitales y afectación del sistema osteomioarticular. Los trastornos oculares se evidenciaron más frecuentemente en el curso de la enfermedad. El 100 % de los pacientes presentó alteraciones de los reactantes de fase aguda. El 100 % de los mismos llevan tratamiento con Colchicina y esteroides, mientras que el 75 % usa el metotrexate como fármaco modificador de la enfermedad.

Conclusiones: se presentó un comportamiento similar a lo descrito en la literatura excepto en la edad de debut de la enfermedad, la cual fue superior. La aparición de síntomas generales, úlceras orales y genitales, así como la presencia de afectación del sistema osteomioarticular fueron las manifestaciones que mayor incidencia tuvieron en el debut de la enfermedad. Las manifestaciones

oculares son más frecuentes en el curso de enfermedad que en el debut de la misma. Las alteraciones de los reactantes de la fase aguda así como la leucopenia fueron los hallazgos de laboratorio más característicos. La colchicina, los esteroides y el metrotexate son los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la enfermedad.

Palabras Clave: enfermedad de Behçet, aftas orales, aftas vaginales, uveítis, patergia.

ABSTRACT

Introduction: the illness of Behçet is a systemic vasculitis that is characterized clinically by the presence of you ulcerate oral and/or genital which cause great decrease of the perception of the quality of the patients' life that you/they suffer it together to the rest of the clinical manifestations.

Objective: to know the epidemic clinical behavior of the illness of Behçet in our means.

Methodology: i study retrospective, descriptive of a series of 4 cases that completed with the diagnostic approaches for the Behçet's disease. The clinical histories were revised and the collection of the information was made by means of a model made for the study, which allowed describing the variable sociodemographic later on, clinical and of laboratory found in these patients.

Results: the age average was of 51.25 ± 4 years and of premiere of the 46.25 year-old illness. 75 % corresponded to the feminine sex and they presented a comorbidity and/or habit noxious associate at least. 100% of the total of the sample presented to the premiere of the illness general symptoms, oral ulcers, genital ulcers and affectation of the system osteomioarticular. The ocular dysfunctions were more frequently evidenced in the course of the illness. 100 % of the patients presented alterations of the reactants of sharp phase. 100 % of the same ones take treatment with Colchicina and steroids, while 75 % uses the methotrexate like modifier pharmacy of the illness.

Conclusions: a similar behavior was presented to that described in the literature except in the age of premiere of the illness, which was superior. The appearance of general symptoms, oral and genital ulcers, as well as the presence of affectation of the system osteomioarticular was the manifestations that bigger incidence had in the premiere of the illness. The ocular manifestations are more frequent in the illness course than in the premiere of the same one. The alteration of the reactants of the sharp phase as well as the leucopenia was the most characteristic laboratory discoveries. The colchicina, the steroids and the methotrexate are the medications more used in the treatment of the illness.

Keywords: Behçet's disease, oral sores, vaginal sores, uveitis, patergy.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas son un grupo de alrededor de 250 afecciones, en su mayoría de origen autoinmune con proceso inflamatorio asociado que se caracterizan por la presencia de dolor, rigidez, afectación sistémica, disminución de la percepción de la calidad de vida y diversos grados de discapacidad funcional. Dentro de este grupo destacan, por su variedad y características, las vasculitis y dentro de ellas una de las más frecuentes es la enfermedad de Behçet.¹

La enfermedad de Behçet (EB) es conocida como una enfermedad multisistémica crónica de causa desconocida, que se caracteriza por un curso recurrente, evoluciona en brotes y que acarrea un compromiso inflamatorio de los vasos sanguíneos de todos los calibres, de los cuales depende la sintomatología que presenta. Recibe su nombre en honor al dermatólogo turco Hulusi Behçet quien dedicó 17 años de estudios de casos con sintomatología similar. Tiene una distribución mundial; sin embargo, es más frecuente en los países correspondientes con la antigua ruta

de la seda (Irán, Irak, Uzbekistán, Turkmenistán, China y Turquía) y menor en el norte de Europa y Estados Unidos. Se estima que Turquía es el país de mayor incidencia con 80-420 casos por 100,000 habitantes. En países como Japón, Corea, China, Irán, y Arabia Saudita fluctúa entre 13 a 22 casos por cada 100 000 habitantes. En los Estados Unidos se reportan de 0.12 a 0.33 casos por cada 100,000 habitantes en los primeros años de vida y la juventud, aumentando a 5.2 casos por cada 100,000 habitantes por encima de los 45 años. En países de América su incidencia es mucho más baja llegando a catalogarse como una enfermedad rara.²⁻⁴

Afecta principalmente a adultos jóvenes entre la 3da y 4ra década de la vida. En relación con el sexo se describe un predominio del sexo femenino en países de América y del sexo masculino en Asia.^{2,5}

La sintomatología más conocida de esta enfermedad es la presencia de aftas o úlceras orales y/o genitales, las cuales llegan a ser el elemento más significativo de la enfermedad,

también es generalmente común la presencia de otras afectaciones cutáneas como son los eritemas nudosos, lesiones acneiformes y pseudofoliculares.

Otros manifestaciones comunes son las lesiones oculares dadas sobre todo por la presencia de uveítis anterior y /o posterior, también podemos encontrar, aunque en menor porcentaje la presencia de manifestaciones neurológicas, vasculares, cardiorrespiratorias, digestivas, renales y psicológicas.⁶⁻¹¹

En el examen físico, además de la presencia de las manifestaciones antes mencionadas, destaca la presencia de la positividad de la prueba de la patergia, que aunque no es patognomónica de la enfermedad si constituye un elemento orientador en el diagnóstico de la misma, la cual cuenta con criterios bien establecidos para su diagnóstico definitivo.^{12,13}

El tratamiento de esta afección es sintomático, por lo que los medicamentos dependerán de la presencia de determinadas manifestaciones clínicas, además de que por tratarse de una afección con componente autoinmune se preconiza el uso de medicamentos inmunosupresores. Son de uso frecuente los AINES, inmunosupresores, corticoesteroides y otros. Reciente se está utilizando medicamentos biológicos para corregir el trastorno inmune subyacente con resultados alentadores.¹³

La variedad de las manifestaciones clínicas así como la no existencia de pruebas de laboratorio específicas, convierten a la EB en una enfermedad poco conocida, de difícil diagnóstico, invalidante, discapacitante y que causa gran disminución de la percepción de calidad de vida de los pacientes que la padecen. Es por eso que somos del criterio que es necesario conocer el comportamiento clínico epidemiológico de la EB en nuestro medio con el objetivo de diagnosticar lo más temprano posible esta afección y de esa manera disminuir las posibles complicaciones que esta provoca a los pacientes que la padecen.

MÉTODO

Con el objetivo de conocer las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de enfermedad de Behçet se realizó un trabajo retrospectivo, descriptivo en el centro de reumatología durante el periodo febrero 2013 a diciembre 2014. Los pacientes cumplieron los criterios de clasificación del grupo internacional para el estudio del síndrome de Behçet. [Anexo 1]¹³

A cada paciente se le confeccionó un modelo de recolección de datos que nos permitió identificar una serie de variables

demográficas, clínicas y de laboratorio que debemos tener en cuenta a la hora de sospechar, diagnosticar y tratar esta enfermedad. Todos los pacientes fueron informados de los objetivos del estudio y dieron su consentimiento a participar en el mismo. [Anexo 2].

Se confeccionó una base de datos Excel con la información recolectada la cual se procesó de forma automatizada utilizando el paquete estadístico SPSS-PC en su versión 11.5 para Windows. La información fue resumida mediante frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas y se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas continuas. Se estimaron los intervalos de confianza al 95 % para completar la estimación puntual de las medidas mencionadas.

RESULTADOS

El promedio de edad del grupo de pacientes estudiados fue de 51.25 ± 4 años, con edad de comienzo de los síntomas de 46,25 años y promedio de evolución de la enfermedad de 5 años. Existe una mayor representatividad del sexo femenino con 75 % de los pacientes. No existe diferencia en cuanto al color de piel. El 75 % de los pacientes presentaban comorbilidades y/o hábitos nocivos al debut de la enfermedad, destacando el hábito de fumar en el 100 % de los mismos. [Tabla 1]

Tabla 1. Distribución de pacientes según características demográficas.

	Edad (años)	Sexo	Color de la piel	Tiempo de evolución de la enfermedad (años)	Comorbilidades y hábitos nocivos asociados al debut
Caso 1	49	F	Blanco	4	N/R
Caso 2	52	F	No Blanco	7	D. Mellitus, Fumar
Caso 3	49	F	No blanco	3	Fumar
Caso 4	55	M	Blanco	6	Fumar

N/R: no refiere

Al debut de la enfermedad el 100 % de los pacientes presentaron síntomas generales, úlceras orales, úlceras genitales, afectación diversa del sistema osteomioarticular, dadas por artralgiás o artritis y prueba de patergia positiva, el 75 % presentó otro tipo de afectación cutánea y solo el 25 % presentó afectación ocular. En el transcurso de la enfermedad se presentaron como manifestaciones más frecuentes la presencia de manifestaciones oculares y trastornos psicológicos en el 50 % de los pacientes, las manifestaciones cutáneas, cardiopulmonares, neurológicas y vasculares se presentaron en el 25 % de los casos. [Tabla 2]

Tabla 2. Distribución de pacientes según presencia de manifestaciones clínicas y criterios de clasificación.

Casos	Manifestaciones clínicas al debut de la enfermedad	Otras manifestaciones que aparecieron en el curso de la enfermedad	Presencia de Criterios Diagnósticos en el debut de la enfermedad
Caso 1	Síntomas Generales Úlceras orales recidivantes Úlceras genitales Historia de Uveítis anterior Artralgias Monoartritis rodilla derecha Prueba patergia positiva	Iridociclitis, queratoconjuntivitis Polineuropatía Síndrome depresivo	Úlceras orales recidivantes Úlceras genitales Lesiones oculares Prueba patergia positiva
Caso 2	Síntomas Generales Úlceras orales recidivantes Úlceras genitales Eritema nudoso Poliartritis MCF y Rodillas Prueba patergia positiva	Trastornos digestivos	Úlceras orales recidivantes Úlceras genitales Lesiones cutáneas Prueba patergia positiva
Caso 3	Síntomas Generales Úlceras orales recidivantes Úlceras genitales Eritema nudoso Artritis codos y Rodillas Prueba patergia positiva	Uveítis anterior aguda Síndrome depresivo	Úlceras orales recidivantes Úlceras genitales Lesiones cutáneas Prueba patergia positiva
Caso 4	Síntomas Generales Úlceras orales recidivantes Artralgias Pseudofoliculitis Úlceras genitales Prueba patergia positiva	Trombosis venosa profunda Pleuropericarditis Eritema Nodoso	Úlceras orales recidivantes Úlceras genitales Lesiones cutáneas Prueba patergia positiva

El 100 % de los pacientes presentó cifras elevadas de PCR y VSG acelerada, el 75 % de los casos presentó leucopenia, en el 50 % de los pacientes se encontró anemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia. Solo el 25 % presento hiperglicemia y correspondió al paciente con e de

diabetes mellitus. El estudio histopatológico solo se llevó a cabo en 2 pacientes de los cuales uno evidenció datos que concuerdan con las alteraciones histopatológicas descritas para la EB. Los estudios inmunológicos realizados fueron negativos. [Tabla 3]

Tabla 3. Distribución de pacientes según resultado de exámenes de laboratorio.

Resultados exámenes laboratorio	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Hemoglobina/Hematocrito	N	↓	N	↓
Conteo de Leucocitos	↓	↓	N	↓
Velocidad Sedimentación Globular (VSG)	↑	↑↑↑	↑	↑↑↑
Proteína C Reactiva (PCR)	↑	↑↑	↑	↑↑↑
Glicemia	N	↑	N	N
Pruebas Funcionales Renales	N	N	N	N
Pruebas Funcionales Hepáticas	N	N	N	N
Colesterol	N	↑	N	↑
Triglicéridos	N	↑	↑	N
Factor reumatoide	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
Anticuerpos antinucleares	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.
Estudio Histopatológico	N/R	-	N/R	+
Antipéptido citrulinado cíclico	Neg.	Neg.	Neg.	Neg.

N: Dentro de parámetros normales Valores elevado: ↑ Valores disminuidos: ↓
 Neg.: Negativo N/R: No realizado -: Estudio no concluyente o negativo
 +: Estudio que evidencia infiltrado de mononucleares peri y/o intravascular

El 100 % de los pacientes usan colchicina como parte del esquema terapéutico actual, el 75 % llevan tratamiento con antiinflamatorios, esteroides y metrotexate, siendo este el fármaco modificador de la enfermedad más frecuentemente utilizado. [Tabla 4]

Tabla 4. Distribución de pacientes según esquema terapéutico utilizado en el momento de realizado el estudio.

Medicamentos en uso	Caso 1	Caso 2	Caso 7	Caso 8
AINE + Esteroides + Metrotexate	X	X	X	----
AINE + Esteroides + otro FAME y/o inmunosupresor	----	----	----	X
AINE esporádicos	----	----	----	----
Esteroides + Metrotexate	----	----	----	----
Solo Metrotexate	----	----	----	----
Uso Colchicina	X	X	X	X

DISCUSIÓN

La EB es una enfermedad sistémica y crónica caracterizada por afectar vasos de cualquier calibre. En este estudio encontramos una mediana de edad de comienzo de los síntomas de 46,25 años, comportándose por encima de otros estudios que reportan su aparición entre los 20 y 40 años. En relación con el sexo, al igual que lo que refleja la literatura para los países de América predominó el sexo femenino. El color de la piel no tuvo diferencias significativas.^{2,5,14}

El color de la piel predominante fue el blanco y se corresponde con la literatura, la cual también reporta que los pacientes del sexo masculino y los de la raza negra presentan mayores complicaciones y peor pronóstico.^{2,5,7}

La alta presencia de comorbilidades y/o hábitos nocivos demuestra que las enfermedades reumáticas pueden llegar a considerarse causa o consecuencia de las mismas, ya que estas pueden ser parte importante de su mecanismo etiopatogénico o consecuencia de la propia evolución de la enfermedad. Destaca de manera significativa que el 100 % de

los pacientes con comorbilidades y/o hábitos nocivos fumaban en el momento del debut de la enfermedad, por lo que pudiera tener alguna relación la presencia de este hábito con la posterior aparición de la enfermedad. Este dato no se recoge en los otros estudios publicados.¹⁵

En cuanto a la presencia de las manifestaciones clínicas en el debut destacan los síntomas generales, las úlceras orales y genitales y las manifestaciones del sistema osteomioarticular, así como la presencia de la patergia.

Cabe señalar que tanto las úlceras orales como genitales y la positividad de la prueba de la patergia forman parte de los criterios diagnósticos de la enfermedad lo que condiciona altos porcentajes de aparición. En este trabajo encontramos que las manifestaciones oculares se presentan con mayor incidencia en el transcurso de la enfermedad y no en el debut de la misma, lo que constituiría un elemento a tener en cuenta para el seguimiento de los pacientes con esta enfermedad.

El resto de las manifestaciones en los diferentes órganos y sistemas de órganos se comportó según lo reportado por estudios nacionales e internacionales, con destaque para los trastornos oculares y psicológicos.^{2,5,16-20}

Las alteraciones de los exámenes de laboratorio muestran elevación y aceleración de los reactantes de fase aguda, con importante presencia de leucopenia y en menor grado de anemia, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, no encontramos otros trabajos que abordaran este aspecto. Destaca que a solo el 50 % de los pacientes se les realizó estudio anatomopatológico, lo cual debe ser una meta para cada especialista a la hora de establecer el diagnóstico de la enfermedad.

En relación al tratamiento podemos describir que todos los pacientes usan colchicina y esteroides, siendo el Metrotexate el fármaco modificador de la enfermedad más usado en el tratamiento de esta enfermedad.^{14,17,21,22}

La EB es una enfermedad multisistémica que puede ocasionar complicaciones que llegan a poner en peligro la vida del paciente.

Es por esto que consideramos de vital importancia conocer las características clínicas y sociodemográficas de esta afección con el objetivo de aumentar el nivel de

conocimiento que se tiene de la misma por parte del personal médico, paramédico y de los propios pacientes.

CONCLUSIONES

La EB se comporta en nuestro medio de forma similar a lo que se describe en la literatura, predominando en el sexo femenino, con una edad de debut de la enfermedad superior a los 46 años, comportándose por encima de lo descrito.

La aparición de síntomas generales, úlceras orales y genitales, así como la presencia de afectación del sistema osteomioarticular son las manifestaciones que mayor incidencia tuvieron en el debut de la enfermedad. Las manifestaciones oculares son más frecuentes en el curso de enfermedad que en el debut de la misma y ellas, junto a los trastornos psicológicos fueron las de mayor representatividad.

Las alteraciones de los reactantes de la fase aguda así como la leucopenia fueron los hallazgos de laboratorio más característicos, seguidos de la aparición de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y anemia. Solo se realizó estudios anatomopatológicos en la mitad de los casos estudiados.

La colchicina, esteroides y metotrexate son los medicamentos más utilizados en el tratamiento de la EB.

Anexos

Anexo 1. Criterios de Clasificación de la enfermedad de Behçet

Anexo 1

CRITERIOS DEL GRUPO INTERNACIONAL DE ESTUDIO PARA LA ENFERMEDAD DE BEHÇET (Lancet 1990;335:1078-1080)

—*Aftas orales recidivantes:* aftas menores, mayores o herpetiformes, observadas por el médico o el paciente, que se repitan al menos tres veces en un período de 12 meses.

Más 2 de:

- Úlceras genitales recidivantes:* úlceras aftosas o cicatrices, observadas por el médico o el paciente.
- Lesiones oculares:* uveítis anterior, uveítis posterior, o células en el humor vítreo observados con la lámpara de hendidura, o vasculitis retiniana, observado por un oftalmólogo.
- Lesiones cutáneas:* eritema nodoso observado por el médico o el paciente, pseudofoliculitis, o lesiones pápulo-pustulosas, o nódulos acneiformes observados por un médico en pacientes tras la adolescencia que no reciban tratamiento con corticoides.
- Test de patergia positivo:* leído por un médico a las 24-24 horas.

El diagnóstico de Enfermedad de Behçet requiere el primer criterio y al menos dos de los siguientes.

Anexo 2. Ficha general

Nombre y apellido:

Edad: _____ Sexo: Masculino _____

Femenino _____

Tiempo de evolución de la enfermedad:

Edad a la que se diagnosticó la enfermedad:

Manifestaciones clínicas al debut de la enfermedad:

Manifestaciones clínicas en el curso de la enfermedad:

Criterios de Clasificación:

Resultados de los complementarios:

Tratamiento:

Consentimiento informado a participar en el estudio:

Si _____ No _____

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solis-Cartas U, Prada-Hernández D, Molinero-Rodríguez C, de-Armas-Hernandez A, García-González V, Hernández-Yane A. Rasgos demográficos en la osteoartritis de rodilla. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet].*2014 [citado 7 de May de 2015];17(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/383>
2. Castillo-González W, González--Argote J, Hernández-Estévez J. *Enfermedad de Behçet.* *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet].*2014 [citado 7 de Jul de 2015];16(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/359>
3. Khairallah M, Accorinti M, Muccioli C, Kahloun R, Kempen J. *Epidemiology of Behcets disease. Ocul Immunol Inflamm.*2012;20(5):324-35.
4. Davatchi F, Shahram F, Chams-Davatchi C, Shams H, Nadji A, Akhlaghi M, Abdollahi BS. *Behcet's disease: from East to West. Clinical rheumatology.*2010;29(8):823-33.
5. López de Maturana LD, Amaro BP, Balestrini DC, Segovia GL. *Manifestaciones clínicas en 5 casos de enfermedad de Behçet: Report of 5 cases. Rev. méd. Chile [revista en Internet].*2012 [citado 12 de May de 2015];130(5):551-6. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872002000500010&lng=es

6. Al-Araji A, & Kidd DP. Neuro-Behçet's disease: epidemiology, clinical characteristics, and management. *The Lancet Neurology*.2009;8(2):192-204.

7. Solis-Cartas U, Milera-Rodriguez Y, Santana I, Pereira-Torres J, De-Armas-Hernández A. Púrpura de Schonlein Henoch, presentación de caso. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*.2012 [citado 23 May de 2015]; 14(21):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/217>

8. Saadoun D, Bodaghi B, Bienvenu B, Wechsler B, Sene D, Trad S, Sève P. Biotherapies in inflammatory ocular disorders: interferons, immunoglobulins, monoclonal antibodies. *Autoimmunity reviews*.2013;12(7):774-83.

9. Seyahi E, Melikoglu M, Akman C, Hamuryudan V, Ozer H, Hatemi G, Yazici H. Pulmonary artery involvement and associated lung disease in Behçet disease: a series of 47 patients. *Medicine*.2012;91(1):35-48.

10. Caramaschi P, Poli G, Bonora A, Volpe A, Tinazzi I, Pieropan S, Biasi D. A study on thrombophilic factors in Italian Behçet's patients. *Joint Bone Spine*.2010;77(4):330-4.

11. Ebert EC. Gastrointestinal manifestations of Behçet's disease. *Digestive diseases and sciences*.2009;54(2):201-07.

12. Pozo González A, Barbán Fernández L, Rodríguez del Valle KM, Betancourt Fernández I. Síndrome de Behçet: presentación de un caso. *AMC [revista en Internet]*.2010 Dic [citado 14 de Jun de 2015];14(6):1-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000600016&lng=es

13. International Team for the Revisin of the Internacional Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD). Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ICBD). *Clin Exp Rheumatol*. 2006;24 suppl 42:14-5.

14. Baixauli A., Calvo J., Tamarit J. J., Campos C., García S., Herrera A.. Enfermedad de Behçet: estudio retrospectivo. *An. Med. Interna [revista en la Internet]*.2001[citado 10 de Jul de 2015];18(8):11-16. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992001000800002&lng=es

15. Solis-Cartas U, García-González V, Hernández A, Solis-Cartas E. Síndrome Poliglandular tipo III. A propósito de un caso. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*.2014 [citado 2015 Mar 3];16(Suppl. 1):[aprox. 3 p.]. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/370>

16. Salas Cabrera R, Sagué Larrea J, Laurencio Mena A. Enfermedad de Behçet: Presentación de un caso. *Arch. Esp. Urol. [revista en la Internet]*.2007 [citado 12 de Jul 2015];60(1):67-68. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000100011&lng=es

17. Pila Perez RV, Pila Peláez RU, Rosales Torres P, Artola Gonzalez JA. Enfermedad de Behçet: presentación de un caso. *AMC[revista en la Internet]*. 2014 Feb[citado 12 de Jul de 2015];18(1):134-45. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000100014&lng=es

18. Marques Zaghetto JP, Mina Yamamoto M, Barreto Souza M, Bezerra Gaspar Carvalho da Silva FT, Hirata CE, Olivalves E, et al. Chlorambucil and cyclosporine A in Brazilian patients with Behçet's disease uveitis – a retrospective study. *Arq Bras Oftalmol [revista en Internet]* 2010[citado 18 de Jun de 2015];73(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S00042749201000010007&script=sci_arttext&lng=es

19. Saldarriaga-Rivera L, da-Silveira-Campos G, Delgado-Quiroz L, Rios-Gomes-Bica B. Síndrome de la vena cava en paciente con Enfermedad de Behçet. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2014 [citado 23 Abr de 2015];16(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/283>

20. Solis-Cartas U, de-Armas-Hernandez A, García-González V. Comportamiento de la enfermedad de Still del adulto en el centro de reumatología. *Revista Cubana de Reumatología [revista en Internet]*. 2014 [citado 15 Jun 2015];16(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/354>

21. Ramos-Casals M, Diaz C, Cuadrado MJ, Khamashta, M A. Autoimmune diseases induced by biological agents: a doubleedged sword? *Autoimmunity reviews*.2010;9(3):188-93.

22. Wurmman Pamela, Díaz Gonzalo, Sabugo Francisca, Soto Lilian, Solanes Federica, Pino Sandra et al. Retrospective review of 44: Chilean patients with Behçet

disease. Rev. méd. Chile [revista en Internet].2009 [citado 17 Mar 2015];137(10):1333-40. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872009001000008&script=sci_arttext&tlngen

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 21 de julio de 2015

Aprobado: 10 de octubre de 2015

Publicado: 8 de marzo de 2016

Autor de la correspondencia: Dr. Urbano Solis Cartas. E-mail: umsmwork74@gmail.com

Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba. Chimborazo, Ecuador.