



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
Luis Guillermo Ibarra Ibarra
ESPECIALIDAD EN:

**OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y
CUELLO**

**“FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES
OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN LAS ENFERMEDADES
REUMATOLÓGICAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN DEL 2012-2022”**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN:
**OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y
CUELLO**

P R E S E N T A:
KARLA RUBI OLAYA ALBOR

PROFESOR TITULAR
OLGA EUGENIA BELTRÁN RODRÍGUEZ CABO

DIRECTOR DE TESIS
ALBERTO HIDALGO BRAVO



Ciudad de México, Junio 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
Luis Guillermo Ibarra Ibarra
ESPECIALIDAD EN:

OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO

***“FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES
OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN LAS ENFERMEDADES
REUMATOLÓGICAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN DEL 2012-2022”***

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN:
***OTORRINOLARINGOLOGIA Y CIRUGIA DE CABEZA Y
CUELLO***

P R E S E N T A:
KARLA RUBI OLAYA ALBOR

PROFESOR TITULAR
OLGA EUGENIA BELTRÁN RODRÍGUEZ CABO

DIRECTOR DE TESIS
ALBERTO HIDALGO BRAVO

Ciudad de México, Junio 2024

Comité Académico

“FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN LAS
ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN DEL 2012-2022”

DRA. OLGA EUGENIA BELTRÁN RODRÍGUEZ CABO
PROFESOR TITULAR

DR. ALBERTO HIDALGO BRAVO
DIRECTOR DE TESIS

DR. IVÁN HERMANN SCHOBERT CAPETILLO
ASESOR DE TESIS

“FRECUENCIA DE LAS MANIFESTACIONES OTORRINOLARINGOLÓGICAS EN LAS
ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN DEL 2012-2022”

DRA. LYDIA ESTELA ZERÓN GUTIÉRREZ
ENCARGADA DE DESPACHO DE LA DIRECCIÓN
DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. HUMBERTO VARGAS FLORES
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA

DR. ROGELIO SANDOVAL VEGA GIL
JEFE DEL SERVICIO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE POSGRADO

DEDICATORIAS

Para mi familia y mejores amigos que han sido mi pilar más fuerte a lo largo de este camino. Son quienes siempre han creído en mí incluso en los momentos más difíciles. Mis padres y mi hermano que son las personas más importantes en mi vida, quienes han formado la persona que soy en este momento y de quien se sienten orgullosos, sin ustedes no lo habría logrado, prometo siempre dar lo mejor de mí.

Jessi, mi mejor amiga, que siempre esta a mi lado, incluso en la distancia, gracias por tu apoyo incondicional y la confianza, este año nos hemos visto cumplir nuestros respectivos sueños, siempre celebrando la felicidad de la otra, me alegra tenerte en mi vida.

A mis coerres, quienes se han vuelto parte importante de mi vida, todos han contribuido a la persona que soy en este preciso momento, gracias por estos 4 años, que aunque no todo fue felicidad aprendimos a sobrellevarlo. Lo hemos logrado, me alegra saber que nos veremos en el futuro con mucho cariño.

¡Lo mejor esta por venir!

A mi profesora titular por creer en mí desde el primer día, seguiré creciendo profesionalmente como un compromiso continuo hacia usted.

Al Dr. Iván Schobert por las enseñanzas en la vida personal y profesional, siendo un gran ejemplo a seguir, me comprometo a ser una gran médico que le pueda brindar la mejor atención a los pacientes tal como usted lo hace.

Al Dr. Alberto Hidalgo por tener la dedicación y entusiasmo en este trabajo, resolviendo siempre mis dudas, sin usted no habría sido posible. Me alegra saber que tengo maestros como usted, con los cuales podré contar en todo momento.

Índice

<i>Resumen</i>	1
<i>Introducción</i>	2
<i>Objetivos</i>	3
Objetivo general:.....	3
Objetivos específicos:.....	3
<i>Hipótesis</i>	4
<i>Marco Teórico</i>	4
<i>Justificación</i>	13
<i>Planteamiento del problema</i>	14
<i>Material y Métodos</i>	15
Tabla 1. Variables analizadas.	15
<i>Resultados</i>	17
Tabla 2. Diagnósticos más frecuentes de enfermedades reumatológicas con manifestaciones otorrinolaringológicas en el Instituto Nacional de Rehabilitación.	17
Tabla 3. Diagnósticos incluidos en el grupo de “otros”.	19
Tabla 4. Frecuencia de subsitio afectado en el área de cabeza y cuello en pacientes con enfermedad reumatológica en el INR “LGII”.	20
Tabla 5. Frecuencia de afectación por subsitio de cabeza y cuello en cada grupo estudiado.....	21
Tabla 6. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Artritis reumatoide.....	21
Tabla 7. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Granulomatosis con poliangeítis.....	22
Tabla 8. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Esclerosis sistémica.	23
Tabla 9. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Espondilitis anquilosante.	24
Tabla 10. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Artritis reumatoide + Síndrome de Sjögren.	25
Tabla 11. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Síndrome de Sjögren.....	26

Tabla 12. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Lupus Eritematoso Sistémico.	26
Tabla 13. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Artritis reumatoide juvenil.	27
Tabla 14. Tiempo promedio en meses desde que existe una sospecha diagnóstica hasta un diagnóstico definitivo de una enfermedad reumática en el Instituto Nacional de Rehabilitación.	28
Tabla 15. Diagnóstico confirmado por biopsia en pacientes con enfermedades reumatológicas en el INR "LGII".	28
<i>Discusión</i>	30
<i>Conclusiones</i>	36
<i>Referencias bibliográficas</i>	37
<i>Anexos</i>	41
Lista de Tablas	41
Lista de figuras	42

Resumen

Las enfermedades reumáticas también conocidas como enfermedades del tejido conectivo se caracterizan por afecciones inflamatorias inmunomediadas que provocan daños orgánicos. Clínicamente suelen tener manifestaciones en el área de cabeza y cuello como signo inicial, es por ello que los otorrinolaringólogos tienen un papel crucial en estas enfermedades.

Objetivo: Analizar las manifestaciones otorrinolaringológicas y describir su frecuencia en pacientes con enfermedades reumatológicas en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” (LGII).

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se realizó una revisión de 9,033 expedientes desde 2012 a 2022 con enfermedades reumatológicas en el INRLGII, analizando las manifestaciones otorrinolaringológicas para determinar su frecuencia en cada una de las enfermedades.

Resultados: Se incluyeron 137 expedientes, se clasificaron en 6 grupos de acuerdo a enfermedad reumatológica. La enfermedad más frecuente fue artritis reumatoide (AR), seguida de AR + otra enfermedad reumatológica (AR+o) y Síndrome de Sjögren (SS). Las manifestaciones más frecuentes fueron xerostomía y disfunción de la articulación temporomandibular, correspondientes al subsitio de cavidad oral.

Discusión: Existen diferencias significativas en la prevalencia encontrada en la literatura con respecto a los resultados de nuestro estudio.

Conclusiones: Las manifestaciones otorrinolaringológicas se encuentran infra diagnosticadas en nuestro instituto, ya que un gran número de pacientes no se abordan por el servicio de otorrinolaringología en su seguimiento o incluso en el momento de una sospecha diagnóstica.

Palabras clave: frecuencia, enfermedad reumatológica, manifestaciones otorrinolaringológicas, cavidad oral, cuello, oído.

Introducción

Las enfermedades reumáticas también conocidas como enfermedades del tejido conectivo son un grupo de enfermedades con rasgos multisistémicos, caracterizadas por perturbaciones inflamatorias inmunomediadas que provocan daños orgánicos. (1)

Dentro del tejido conectivo se encuentran células y mediadores del sistema inmunitario que se distribuyen de forma amplia, como linfocitos, células plasmáticas, macrófagos, células dendríticas y eosinófilos. La estrecha proximidad entre el tejido conectivo, los vasos sanguíneos y las células del sistema inmunitario crea el entorno para el desarrollo de un grupo de trastornos mediados por una alteración de la regulación del sistema inmunitario y por alteraciones del sistema vascular. (2)

Clínicamente los trastornos del tejido conectivo suelen tener manifestaciones en el área de cabeza y cuello como signo inicial, su importancia radica en el reto diagnóstico que conllevan ya que suelen ser poco específicas. (3)

Se han descrito más de 100 tipos de enfermedades reumáticas, las cuales, suelen ser frecuentes y son una causa importante de disminución de la calidad de vida, aumento de las comorbilidades y disminución de la esperanza de vida. En los adultos hay seis enfermedades reumáticas prototípicas valoradas y tratadas con más frecuencia por los reumatólogos: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren, vasculitis, esclerosis sistémica y espondiloartritis (principalmente espondilitis anquilosante). (2) En las cuatro primeras se ha descrito que suelen presentar múltiples manifestaciones otorrinolaringológicas, lo que demuestra la importancia de su conocimiento para un abordaje diagnóstico oportuno. (4)

En 2011, *Beltrán y Tona* reportaron que en las vasculitis primarias los síntomas de presentación más frecuentes son los del tracto respiratorio superior en más de 90% de los casos en el transcurso de la enfermedad autoinmune. (5) En 2013, *Vega y cols.*, reportaron que en la granulomatosis con poliangeítis los síntomas sinonasales eran los más frecuentes, seguidos de los otológicos y laríngeos. (6) En 2015 *Gera y Kumar* encontraron que las

enfermedades con más síntomas en cabeza y cuello fueron el síndrome de Sjögren y la granulomatosis con poliangéitis, siendo la rinosinusitis crónica el síntoma más frecuente y la perforación septal el más infrecuente. (3)

Como se ha mencionado anteriormente, se ha descrito la frecuencia de manifestaciones otorrinolaringológicas en algunas enfermedades reumáticas, siendo la más descrita la granulomatosis con poliangéitis. En México no se ha reportado la frecuencia de estas manifestaciones en el resto de las enfermedades reumáticas. Al ser nuestro instituto un centro de atención de tercer nivel que cuenta con servicio de otorrinolaringología y reumatología, analizamos y describimos la frecuencia de estas manifestaciones en los pacientes con enfermedades reumatológicas en el periodo de 2012 a 2022.

Objetivos

Objetivo general:

Describir la frecuencia de las manifestaciones otorrinolaringológicas en pacientes con enfermedades reumatológicas tales como granulomatosis con poliangéitis, sarcoidosis, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, policondritis recidivante, granulomatosis eosinofílica con poliangéitis y enfermedades autoinflamatorias sistémicas en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Objetivos específicos:

- Enlistar las manifestaciones otorrinolaringológicas de las enfermedades reumáticas más frecuentes
- Describir el tiempo promedio para un diagnóstico reumatológico definitivo
- Describir el número de pacientes que ameritan tratamiento quirúrgico por el servicio de otorrinolaringología

Hipótesis

Las manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” se encontrarán en oído, nariz y cavidad oral. Las manifestaciones otorrinolaringológicas se encuentran subdiagnosticadas en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra”.

Marco Teórico

Las enfermedades reumáticas autoinmunes constituyen un grupo heterogéneo de afecciones caracterizadas por la degradación de la tolerancia inmune, con la consiguiente producción de autoanticuerpos y de una serie de sustancias responsables de lesiones en varias estructuras del organismo. (7)

La etiopatogenia no se conoce por completo, pero se ha postulado que las complejas interacciones entre factores genéticos y ambientales, incluidos los hábitos de vida, desempeñan un papel en la etiología de la enfermedad. (8)

Clínicamente suelen tener afección sistémica en las distintas fases de la enfermedad. Dentro de la afección sistémica pueden tener diversas manifestaciones relacionadas con el área de cabeza y cuello; las cuales se pueden presentar como un signo precoz de la enfermedad autoinmune no diagnosticada, ya que pueden ser las únicas manifestaciones en fases tempranas o aparecer durante el curso de la enfermedad. La severidad puede variar desde manifestaciones leves hasta manifestaciones potencialmente mortales. (3,9)

Muchos criterios de clasificación incluyen manifestaciones otorrinolaringológicas, como la granulomatosis con poliangeítis (GPA), la enfermedad de Behcet (EB), la policondritis recidivante (PR), la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA) y el síndrome de Cogan (SC). Otras enfermedades autoinmunes se caracterizan por una inflamación generalizada y pueden presentar síntomas otorrinolaringológicos, como la sarcoidosis, la

artritis reumatoide (AR), el síndrome de Sjögren (SS), lupus eritematoso sistémico (LES) y la esclerosis sistémica (ES). (9)

De las previamente mencionadas la artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren y las vasculitis son algunas de las enfermedades más frecuentes en los adultos. (2)

La AR es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por una enfermedad articular inflamatoria simétrica que puede evolucionar a daño articular y destrucción ósea. (9) En 2011 en México se estimó una prevalencia regional que oscilaba entre el 0,7% y el 2,8%. (10) Un metaanálisis de 2021 halló una prevalencia agrupada del 0,46% para el periodo 1986-2014. Sin embargo en 2022 un estudio de epidemiología mundial de AR reportó que la prevalencia mundial estandarizada por edad de la AR aumentó un 7,4% y la incidencia un 8,2% entre 1990 y 2017. (11) Hablando de las manifestaciones que involucran la región de cabeza y cuello en esta enfermedad se encuentran la disfunción de la articulación temporomandibular (DATM).

La articulación temporomandibular (ATM) es una articulación sinovial, en la presencia de AR se pueden encontrar mediadores inflamatorios típicos de la osteoartritis, incluido el factor de necrosis tumoral (TNF), la interleucina (IL)-1, la IL-6 y la IL-8. Estos hallazgos mantienen correlación con la extensión de la enfermedad. Una DATM puede manifestar síntomas como dolor otalgia secundaria, cefalea, dolor nervioso inespecífico y dolor odontogénico. Su diagnóstico requiere un abordaje médico específico el cuál puede ser llevado a cabo por otorrinolaringología y odontología, su estudio muchas veces pasa desapercibido en la práctica clínica de las enfermedades autoinmunes reumáticas. Se ha mencionado que la DATM es la manifestación orofacial más común en la AR. El examen clínico puede revelar: maloclusión, sensibilidad e inflamación de regiones preauriculares, rigidez articular al despertar, limitación del movimiento mandibular, crepitación o chasquido intracapsular y dolor en los músculos masticatorios y/o del cuello. La Enfermedad periodontal (EP) también es frecuente en esta patología, esta es una

enfermedad infecciosa crónica causada por bacterias anaeróbicas Gram negativas, que afecta los tejidos de protección y soporte del diente, como la encía, el ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar. Bajo la denominación de EP se incluyen tanto procesos reversibles (gingivitis) como irreversibles (periodontitis). Cuando no se diagnostica ni se trata, la EP puede provocar una destrucción progresiva del hueso alveolar, provocando movilidad dental y posterior pérdida dental. Algunos estudios recientes también sugieren una asociación significativa entre AR y EP, no obstante, la relación no está clara. La hiposalivación (bajo flujo salival) y la xerostomía (boca seca) también son frecuentes. El riesgo de desarrollar hiposalivación aumenta con la gravedad de la enfermedad. (7) La prevalencia de una HNS oscila del 21% al 69%. Otra manifestación que ha sido descrita, es la artritis de la articulación cricoaritenoides en la laringe lo que provocará disfonía, tos crónica, odinofagia, disfagia, aspiración o penetración laríngea. (5)

El LES es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica compleja. La incidencia global general de LES oscila entre 1,5 -11 por 100.000 personas-año, y la prevalencia global oscila entre 13 y 7.7 por 100.000 personas. Esta sorprendente variación se debe en parte a diferencias inherentes en la estructura de la población, como la distribución por sexo, el origen étnico y las exposiciones ambientales. Las mujeres se ven sistemáticamente más afectadas que los hombres. (12) Tiene una gran variedad en su presentación clínica, en el área de cabeza y cuello puede presentar lesiones en cavidad oral con una prevalencia de 6.5% y 21%. Estas lesiones afectan principalmente a la lengua, la mucosa oral, los labios y el paladar. Aparecen de diferentes formas, desde placas eritematosas, úlceras y lesiones similares a liquen plano o leucoplasia. El tamaño de estas lesiones también es variable, desde una pequeña erosión superficial hasta úlceras que cubren un área amplia y extensa. Las lesiones en el borde bermellón de los labios (especialmente en el labio inferior), merecen especial atención, ya que estas lesiones pueden estar relacionadas con queilitis lúpica, con o sin displasia epitelial. Otros signos/síntomas son ardor en la boca, hiposalivación, xerostomía, enfermedad de las glándulas salivales, gingivitis descamativa y

EP. La hiposalivación puede conducir a una mayor aparición de caries dental y a una predisposición a la candidiasis, especialmente si se utilizan agentes inmunosupresores como los corticosteroides. (7) También pueden presentar HNS con una prevalencia de 8% a 28%. (9)

El SS es una enfermedad inflamatoria autoinmune que presenta un curso crónico frecuente, en la que la infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas, particularmente las lagrimales y salivales, altera su función secretora. Tiene dos formas distintas, SS primario que no está asociado con otro trastorno; y SS secundario en el que el paciente expresa este síndrome en asociación con otras enfermedades autoinmunes. (7) Se estima que el SS afecta al 0,2% de la población mundial, con una prevalencia de 43 por 100.000 habitantes. Principalmente afecta a mujeres, en una proporción de 9:1, con una edad promedio general de 56.2 años en el momento del diagnóstico. La incidencia del SS aumenta progresivamente con la edad en las mujeres, alcanzando un máximo entre los 55 y los 65 años. En los hombres, la aparición de SS es en personas de 65 años o más. (13)

Muchos de sus síntomas son inespecíficos, dificultando y retrasando el diagnóstico. El ochenta por ciento de los pacientes con SS exhiben una aparición insidiosa de síntomas de sequedad que se desarrollan durante un período de varios meses a años. En el área otorrinolaringológica, las glándulas parótidas y submaxilares son las principalmente afectadas, lo que ocasiona pérdida de su función y por consiguiente una menor secreción salival, provocando una resequedad de la mucosa oral y faríngea. La peor lubricación y la pérdida de la acción amortiguadora y antimicrobiana de la secreción salival aumentan la incidencia de infecciones orales/dentales (candidiasis oral, caries dental, enfermedad periodontal), friabilidad de la mucosa, síntomas de irritación y ardor en la boca.

Por otro lado, algunos pacientes se quejan de xerostomía, que puede no ir acompañada de una disminución en la secreción salival. Sin embargo, en la etapa inicial de la enfermedad, cuando el diagnóstico aún no ha sido bien establecido, los pacientes pueden quejarse de xerostomía debido a cambios en la composición de la saliva o a una reducción de la

secreción salival de las glándulas salivales menores. La sialometría puede revelar que el paciente tiene un flujo salival normal; sin embargo, las pruebas de composición salival indicarán cambios cualitativos. La friabilidad de la mucosa en pacientes con SS conduce a menudo a lesiones de los tejidos blandos. Dichos signos incluyen labios secos y agrietados, glositis romboidal o lengua fisurada, pérdida de papilas linguales, estomatitis, queilitis angular, lesión aftosa, úlceras en la mucosa labial, disfagia y odinofagia. (7) Estos pacientes también pueden presentar disfonía y tos crónica, ya que la lubricación de las cuerdas vocales se realiza mediante la saliva y por tanto, es importante para una correcta fonación. Otra manifestación común es una parotiditis recurrente, que puede asociarse a etapas clínicas tempranas de la enfermedad. Finalmente, en pacientes con diagnóstico de SS, se puede presentar HNS con una prevalencia de 21-46%. (9) La xerostomía y la inflamación de las glándulas salivales son dos características clínicas por las que estos pacientes acuden a menudo al otorrinolaringólogo. La biopsia de la glándula salival menor es uno de los criterios para diagnosticar el SS y es competencia del otorrinolaringólogo. (3)

La GPA, antes conocida como granulomatosis de Wegener, es una vasculitis granulomatosa aséptica necrotizante poco frecuente. Es el tipo más común de vasculitis asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA), la cual afecta a vasos sanguíneos de tamaño pequeño a mediano, donde los neutrófilos actúan como fuente de autoantígeno. Se caracteriza por inflamación granulomatosa, glomerulonefritis necrotizante pauciinmune y vasculitis. La incidencia mundial oscila entre 0,5 y 20 casos/millón/año, con una prevalencia de 20-160 casos/millón en la población general. La edad media de aparición de la GPA es de 45 años, aunque es más frecuente en hombres de edad avanzada, entre 45 y 65 años. Se suele clasificar en enfermedad grave y limitada. La forma grave suele incluir afectación renal significativa, afectación respiratoria con hipoxia y hemorragia, o afectación del sistema nervioso central. La GPA limitada se da en el 50% de los pacientes, con enfermedad limitada al tracto respiratorio superior o inferior. (14, 15)

La afectación otorrinolaringológica se produce en el 70-99% de los pacientes con GPA y suele ser una manifestación temprana. Dentro de las manifestaciones se incluye sinusitis, epistaxis, perforación septal, deformidad nasal externa (“nariz en silla de montar”), OMS, otitis media crónica, hipoacusia conductiva, HNS, úlceras en cavidad oral, hiperplasia gingival eritematosa, disfonía, estenosis subglótica o bronquial. De estas manifestaciones otorrinolaringológicas, la afectación sinonasal es la más frecuente (hasta el 83% de los casos), seguida de hipoacusia en el 23-37% de los casos y por la estenosis subglótica en el 1-23%. (9, 14, 16)

La actividad de la enfermedad nasal suele manifestarse como costras, epistaxis y dolor nasal con o sin hiposmia. La mucosa nasal presenta costras, inflamación y friabilidad, con ulceraciones o granulaciones. La mejor forma de evaluar la actividad de la enfermedad nasal es mediante una endoscopia rígida. (16) Mediante este estudio auxiliar podemos encontrar nódulos submucosos blancos persistentes y manchas submucosas sanguinolentas, estos signos son los que muestran un alto rendimiento para el estudio histopatológico. (17)

Las perforaciones septales pueden causar silbidos, sensación de obstrucción, hemorragias y costras, incluso en ausencia de actividad de la enfermedad. Los primeros signos de una deformidad en silla de montar inminente son la aparición de dolor en los cartílagos nasales laterales superiores y una depresión de la suprapunta. En caso de que se produzca el ensillamiento, la rinoplastia estética para la reconstrucción de la deformidad de la nariz en silla de montar sólo debe intentarse durante periodos de remisión estable. (16)

La manifestación otológica más frecuente es la OMS secundaria a la disfunción de la trompa de Eustaquio y es consecuencia de la enfermedad sinonasal. Puede haber afectación directa del oído medio en la enfermedad crónica, en la que la infiltración granulomatosa llena las cavidades óseas, lo que puede asociarse a erosión ósea. (15) Los tubos de ventilación transtimpánicos pueden considerarse en caso de hipoacusia conductiva persistente por derrame del oído medio, aunque el derrame por vasculitis activa puede responder sólo a la inmunosupresión. La hipoacusia conductiva y neurosensorial puede responder a una rápida inmunosupresión sistémica. En la HNS aguda, debe iniciarse dosis altas de corticoesteroides

lo antes posible tras la aparición. A los pacientes con HNS persistente (es decir, dañada) se les debe ofrecer auxiliares auditivos, y en aquellos con pérdida grave y enfermedad bien controlada debe considerarse el implante coclear.

Debe considerarse la posibilidad de estenosis de las vías respiratorias en pacientes con dificultad respiratoria creciente al realizar esfuerzos y estridor. También puede haber disfonía o tos crónica. Dado que la estenosis subglótica puede producirse de forma aislada, la ausencia de otros signos de actividad de la enfermedad no excluye el diagnóstico, como tampoco lo hace la inspección de la subglotis con un nasofibrolaringoscopio flexible. Las estenosis crónicas suelen ser pálidas, fibróticas y gradualmente progresivas, mientras que las estenosis inflamatorias agudas son rápidamente progresivas, eritematosas y friables. Las estenosis inflamatorias agudas deben tratarse inicialmente con inmunosupresión sistémica con o sin budesonida nebulizada, reservando la dilatación aguda concurrente para los casos críticos/refractarios. Las dilataciones terapéuticas con balones deben realizarse simultáneamente con la broncoscopia flexible para identificar, evaluar y tratar las lesiones distales de las vías respiratorias. Los pacientes necesitarán a menudo dilataciones seriadas a intervalos planificados, con una necesidad decreciente con el tiempo en algunos con enfermedad bien controlada. (16) Los pacientes suelen dar positivo para c-ANCA en el 80-90% de los casos, pero esto puede variar con el estadio de la enfermedad. Un pequeño subgrupo de pacientes -tan sólo un 5%- puede presentar ANCA perinucleares (p-) contra la mieloperoxidasa (MPO) de los neutrófilos, lo que se asocia a una forma menos grave de GPA, con menos manifestaciones extrarrenales. Hay casos en los que los pacientes pueden ser c-ANCA negativos, como ocurre en el 25% de los pacientes con la forma limitada de la enfermedad. En pacientes con sospecha de GPA, síntomas comunes como la congestión nasal, rinorrea, algia o presión facial y la hiposmia o anosmia pueden diagnosticarse erróneamente como rinosinusitis crónica, especialmente en los casos negativos para c-ANCA.(15)

La GEPA es una vasculitis autoinmune rara de pequeño vaso asociada con asma, sinusitis recurrente y eosinofilia periférica, de etiología desconocida. En 1951 Churg y Strauss denominaron por primera vez esta enfermedad «angitis alérgica y granulomas». A partir de entonces, esta enfermedad se denominó síndrome de Churg-Strauss durante muchos años hasta 2012, cuando se cambió el nombre a GEPA. (18) Se distinguen tres estadios: prodrómico, eosinofílico (hipereosinofilia $> 10\%$ o $> 1.500/\text{mm}^3$) y de franca vasculitis sistémica con granulomas eosinofílicos extravasculares.

La fase prodrómica cursa con asma, obstrucción nasal, hiposmia y prurito nasal que son identificados inicialmente como rinitis alérgica, rinosinusitis recurrente y poliposis nasosinusal. La segunda fase cursa con eosinofilia e infiltrados tisulares eosinófilos. En la tercera fase hay una vasculitis sistémica que afecta al tejido pulmonar, el sistema nervioso central y el tejido renal. (5) Se ha descrito que aproximadamente tres cuartas partes de los pacientes con EGPA presentan afectación otorrinolaringológica. (18) Las manifestaciones en esta área asociadas a la enfermedad son rinosinusitis crónica con pólipos, rinitis alérgica severa, sinequias turbinoseptales, formación de costras nasales severas, otitis media, parálisis facial, HNS generalmente bilateral y rápidamente progresiva, parálisis cordal o lesiones de aspecto papilomatoso en glotis. La presencia de estas manifestaciones asociadas a vasculitis en la biopsia o la positividad de ANCA (solamente son positivos entre 30-50%) deben hacer sospechar de la enfermedad. (6) Se ha reportado que los tiempos medios de aparición son de $8.9 \pm 1,9$ años para la sinusitis, $4.2 \pm 0,9$ años para el asma y $1.5 \pm 0,7$ años para los síntomas auditivos desde el diagnóstico definitivo de EGPA. (18) Histológicamente, la EGPA se manifiesta como eosinofilia tisular, vasculitis necrotizante e inflamación granulomatosa eosinofílica. (5) Se ha reportado que la tasa positiva para el establecimiento de un diagnóstico exacto en el lugar de la biopsia fue de 25% para muestras de cavidad nasal, es importante recalcar que las muestras no deben ser tomadas de pólipos nasales, sino de mucosa granulomatosa de la pared lateral. En muestras citológicas de derrame del oído medio se han encontrado eosinófilos, neutrófilos y monocitos, siendo los

eosinófilos los predominantes. Esto no es útil para un diagnóstico definitivo sin embargo nos puede orientar a una sospecha diagnóstica.

Es importante mencionar que una comparación entre la GPA y la GEPA reveló que los síntomas nasales destructivos, como la perforación septal, la nariz en silla de montar y la granulación de la cavidad nasal debida a la vasculitis, son menos graves en los pacientes con GEPA. (18)

La esclerodermia, o esclerosis sistémica (ES), es una rara enfermedad autoinmune multisistémica del tejido conectivo, caracterizada por inflamación e hiperreactividad de la circulación micro y macrovascular asociada con un depósito excesivo de colágeno en los tejidos, con fibrosis posterior de la piel y/o de los órganos internos. Se divide en subconjuntos que incluyen la ES cutánea limitada y difusa. Tiene predilección por las mujeres con una edad de aparición cada vez mayor, con una incidencia de 2 a 10/un millón habitantes de la población general. El inicio de la ES a una edad más avanzada se asocia a una progresión acelerada de la enfermedad y a la afectación de órganos internos.

Dentro de las manifestaciones de cabeza y cuello, la microstomía es el hallazgo oral más común y se desarrolla debido al depósito de colágeno en los tejidos periorales, causando limitación de la apertura bucal, arrugamiento del surco perioral y rigidez del paladar blando, laringe y mucosa oral. Además, la hiposalivación y/o la xerostomía son manifestaciones secundarias de la enfermedad. También puede encontrarse DATM con diversos grados de reabsorción de la rama mandibular, la apófisis coronoides, el mentón y el cóndilo. Se cree que estas áreas se reabsorben debido al depósito crónico de colágeno. Todo lo anterior predispone a la aparición de la EP, debido al aumento de la acumulación de placa, que surge de la dificultad en la limpieza de la boca, provocada por una menor apertura bucal y la disminución salivar. El cáncer de lengua tiene una frecuencia significativamente mayor en pacientes con ES que presentan una apertura bucal <30 mm. Respecto a las manifestaciones otológicas, pueden presentar HNS con una prevalencia de 20-77%. (7,19)

La PR afecta a estructuras ricas en proteoglicanos y tejidos cartilaginosos, especialmente el pabellón auricular, septum, tráquea, bronquios y los componentes conectivos de varios órganos (ojos, válvulas cardiacas, vasos sanguíneos y oído interno). Respecto al oído externo la condritis auricular está presente en un 20% al inicio y en un 90% durante el curso de la enfermedad. La inflamación crónica puede generar una importante deformidad del pabellón auricular. La condritis nasal puede afectar hasta al 15% de los pacientes. La severidad nasal es menos marcada que en los oídos. La condritis laríngea se manifiesta como dolor por encima de la glándula tiroides y disfonía, causando laringomalacia o estenosis en los casos más graves.

La EB es una vasculitis sistémica que afecta a vasos de tamaño variable. Se caracteriza por una sinfín de manifestaciones sistémicas, como mucocutáneas, artríticas, vasculares, neurológicas y gastrointestinales. Dentro de las manifestaciones mucocutáneas se presentan las úlceras orales recurrentes, suelen ser múltiples y de tamaño variable (2-20 mm), con afección a la mucosa oral, lengua, paladar y orofaringe. La presencia de seis o más úlceras dolorosas y recurrentes, de tamaño variable y rodeadas de eritema en el paladar blando, orofaringe o hipofaringe debe hacer sospechar la presencia de EB.

El SC se asocia con la presencia de síntomas vestibulares como acúfeno y vértigo de aparición súbita, acompañados de queratitis intersticial no infecciosa o algunos otros síntomas oftalmológicos. (9)

Justificación

En el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra hay un retraso en el abordaje diagnóstico y a su vez en el tratamiento de pacientes con enfermedades reumáticas. Una de las razones de este déficit, es la falta de conocimiento de las manifestaciones otorrinolaringológicas que acompañan estas enfermedades, y que por ende, pueden expresar un dato clínico precoz que podría ayudar a diagnosticarlas. Al desconocer esta información, existe también una demora o ausencia de referencia al

servicio de otorrinolaringología para una valoración integral de nuestros pacientes con esta sospecha diagnóstica.

La falta de abordajes diagnósticos, como la toma de biopsia en áreas específicas de cabeza y cuello, pueden retrasar tanto la confirmación del diagnóstico como el inicio del tratamiento médico e incluso posiblemente un manejo quirúrgico necesario en algunos casos para reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida del paciente. Aunado a esto no existe un reporte previo en nuestro instituto que describa de la frecuencia de cada manifestación otorrinolaringológica en las enfermedades reumáticas. Al ser este un centro de tercer nivel que cuenta con servicio de reumatología y otorrinolaringología, es importante conocer la frecuencia de cada una de ellas para optimizar el abordaje diagnóstico clínico. Con esta información, esperamos disminuir los tiempos de atención, optimizando el diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes.

Planteamiento del problema

Frente al desconocimiento de las manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes en cada una de las enfermedades reumatológicas, se genera un retraso en el diagnóstico y por consiguiente el inicio del tratamiento, lo que afecta la calidad de vida de nuestros pacientes. Es por ello por lo que nos planteamos las siguientes interrogativas:

¿Cuáles son las manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes en las enfermedades reumatológicas en el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII, que nos podrían ayudar a los médicos especialistas a tener una sospecha diagnóstica específica?

¿Cómo podremos agilizar la atención integral de los pacientes con enfermedad reumatológica en el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII?

¿Cuántos pacientes con enfermedad reumática necesitan de un manejo quirúrgico por comorbilidad otorrinolaringológica en el Instituto Nacional de Rehabilitación LGII?

Material y Métodos

Se desarrolló un estudio descriptivo y retrospectivo, en el cual se realizó una revisión de expedientes clínicos electrónicos de 9,033 pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra que tuvieron atención médica por parte de reumatología y otorrinolaringología del 2012 al 2022, con diagnóstico de enfermedad reumatológica, como vasculitis sistémica (granulomatosis con poliangéitis, granulomatosis eosinofílica con poliangéitis), sarcoidosis, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, enfermedad de Behcet, policondritis recidivante, síndrome de Cogan, enfermedad relacionada con la inmunoglobulina G4 y enfermedades autoinflamatorias sistémicas.

Se tomaron como criterios de inclusión a los pacientes con diagnóstico confirmado de enfermedad reumatológica, notas de evolución completas por servicio de reumatología y otorrinolaringología, en caso de toma de biopsia que se contará con reporte de anatomía patológica, en caso de ameritar tratamiento quirúrgico por servicio de otorrinolaringología, contar con nota postoperatoria completa.

Se excluyeron a todos los pacientes que tuvieron notas de evolución incompletas, ausencia de reporte de anatomía patológica en caso de toma de biopsia y falta de nota postoperatoria en caso de manejo quirúrgico.

Como criterio único de eliminación fue la pérdida de seguimiento.

Se realizó una base de datos electrónica en la cual se analizaron las variables de la tabla número 1 de cada paciente incluido.

Tabla 1. Variables analizadas.

Diagnóstico reumatológico	
Tiempo de diagnóstico	
Tiempo de tratamiento	
Manifestación otorrinolaringológica	Nariz: 1) Rinitis alérgica, 2) Rinosinusitis crónica con pólipos, 3) Costras nasales, 4) Sinequias turbinoseptales, 5) Perforación septal, 6) Úlcera de mucosa nasal, 7)

	Tumor nasal, 8) Nariz en silla de montar, 9) Epistaxis, 10) Resequedad de mucosa nasal, 11) Hiposmia, 12) Telangiectasias en nariz
	Oído 1) Condritis de pabellón auricular, 2) Deformidad en coliflor de pabellón auricular, 3) Otitis media serosa, 4) Otitis media aguda, 5) Otitis media crónica, 6) Hipoacusia conductiva, 7) Hipoacusia neurosensorial, 8) Acúfeno, 9) Vértigo, 10) Parálisis facial, 11) Disf. vestibular, 12) Mareo, 13) Disfunción de la trompa de Eustaquio, 14) Perforación timpánica
	Cavidad oral 1) Úlceras en cavidad oral, 2) Xerostomía, 3) Candidiasis oral, 4) Enfermedad periodontal, 5) Disgeusia, 6) Parotiditis recurrente, 7) Disf de ATM, 8) Disgeusia, 9) Sialocele, 10) Telangiectasias
	Laringe 1) Disfagia, 2) Tos crónica no productiva, 3) Disfonía, 4) Laringomalacia, 5) Parálisis cordal, 6) Lesiones en pliegues vocales, 7) Estenosis subglótica, 8) Globus faríngeo, 9) RFL, 10) Anquilosis cricoaritenoidea
	Cuello 1) Adenopatías, 2) Torticolis, 3) Hipotiroidismo, 4) Hipertiroidismo
	Cara 1) Eritema, 2) Lesiones dérmicas atróficas, 3) Telangiectasias, 4) Lesiones hipercrómicas
Toma de biopsia por servicio de otorrinolaringología	
Diagnóstico confirmado por biopsia	
Manejo quirúrgico por otorrinolaringología	

Las enfermedades reumáticas analizadas se agruparon en 6 categorías, se determinó la frecuencia de cada enfermedad y de los subsitios afectados en el área de cabeza y cuello. Las variables descritas en la tabla 1, se reportan como n y porcentaje.

Resultados

De los 9,033 expedientes electrónicos revisados, solo se incluyeron 137 expedientes.

El resto se excluyeron ya que no cumplían con los criterios de inclusión, la mayoría de estos expedientes excluidos se debió a que no se confirmó el diagnóstico de enfermedad reumatológica o en caso de que se confirmará no eran referidos al servicio de otorrinolaringología para una valoración complementaria.

Para el análisis se agruparon los diagnósticos reumatológicos de la siguiente manera:

1. Artritis reumatoide (AR)
2. Artritis reumatoide + otra enfermedad reumatológica (AR+o)
3. Artritis reumatoide juvenil (ARJ)
4. Lupus eritematoso sistémico (LES)
5. Síndrome de Sjögren (SS)
6. Otras enfermedades (Otros)

La enfermedad más frecuente fue AR, seguido de AR+o y SS. En la tabla 2 e ilustración 1 se explica la frecuencia del resto de enfermedades.

Tabla 2. Diagnósticos más frecuentes de enfermedades reumatológicas con manifestaciones otorrinolaringológicas en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

<i>Enfermedad</i>	<i>Total pacientes n=137</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
		Frecuencia	Porcentaje
Artritis reumatoide (AR)		66	(48.2)
Artritis reumatoide + otra enfermedad reumatológica (AR+o)		20	(14.6)
Artritis reumatoide juvenil (ARJ)		4	(2.9)
Lupus eritematoso sistémico (LES)		8	(5.8)

Síndrome de Sjögren (SS)	16	(11.7)
Otras enfermedades (Otros)	23	(16.8)

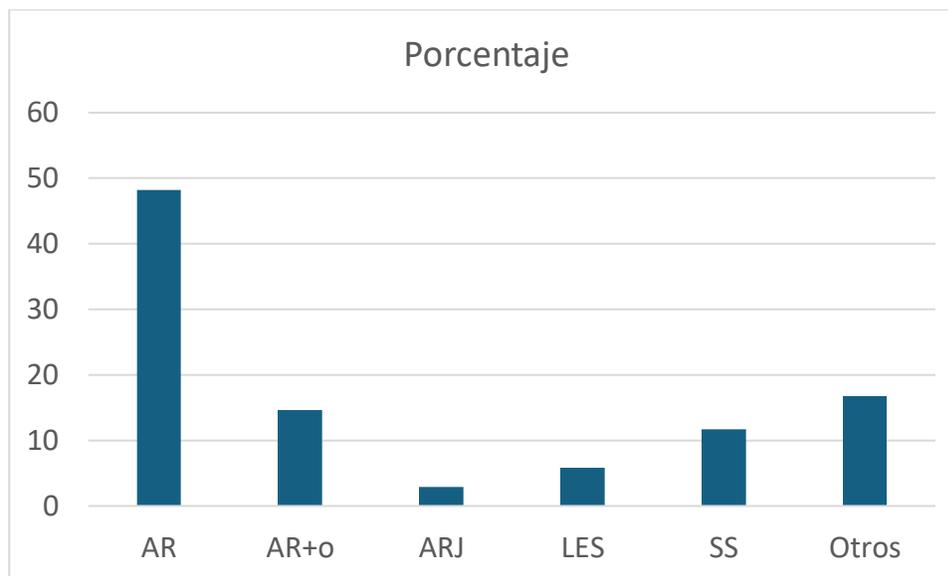


Ilustración 1. Frecuencia de enfermedades reumatológicas en el INR "LGII" del 2012 al 2022.

Del segundo grupo AR+o, la comorbilidad reumática asociada predominante fue el SS secundario, seguido de LES, fibromialgia y SS secundario + PR (Ilustración 2).

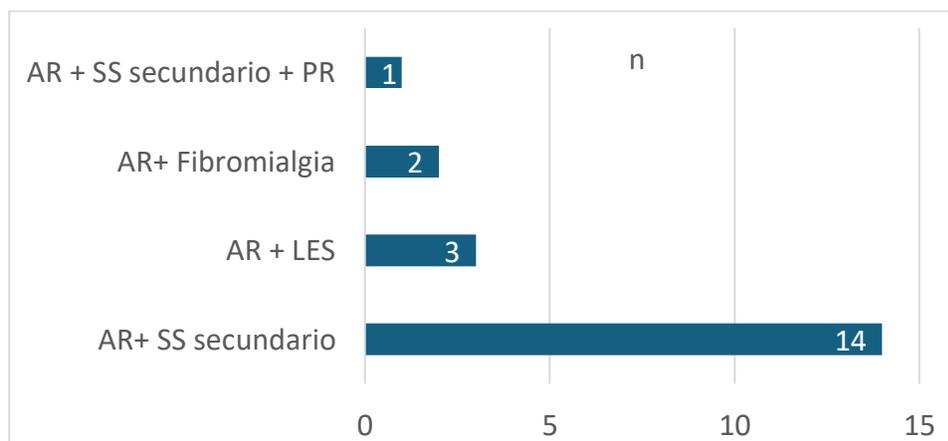


Ilustración 2. Diagnósticos incluidos en el grupo AR+o.

En el grupo número 6 “otros” se incluyeron a 23 pacientes, con diferentes diagnósticos los cuales se especifican en la tabla 3.

Tabla 3. Diagnósticos incluidos en el grupo de “otros”.

<i>Enfermedad</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i> <i>n=23</i>	<i>(%*)</i> <i>n=137</i>
	Frecuencia	Porcentaje*	Porcentaje**
Artritis psoriásica	2	(8.6)	(1.4)
Enfermedad autoinmune del oído interno	1	(4.3)	(0.72)
Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo	1	(4.3)	(0.72)
Esclerosis sistémica	6	(26)	(4.3)
Espondilitis anquilosante	4	(17.3)	(2.9)
Granulomatosis con poliangeítis	7	(30.4)	(5.1)
Policondritis recidivante	1	(4.3)	(0.72)
Síndrome antifosfolípidos	1	(4.3)	(0.72)

*Porcentaje correspondiente al grupo de otros. ** Porcentaje correspondiente al total de los pacientes estudiados con enfermedades reumatológicas

De las enfermedades reumatológicas analizadas, se encontró que de manera general las manifestaciones de cavidad oral fueron las más frecuentes, seguido de las de cuello, las otológicas, laríngeas, nasales y faciales (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de subsitio afectado en el área de cabeza y cuello en pacientes con enfermedad reumatológica en el INR “LGII”.

<i>Subsitio afectado</i>	<i>Total pacientes n=137</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>
		Frecuencia	Porcentaje
<i>Cara</i>		11	(8.0)
<i>Cavidad oral</i>		117	(85.4)
<i>Cuello</i>		32	(23.4)
<i>Laringe</i>		25	(18.2)
<i>Nariz</i>		24	(17.5)
<i>Oído</i>		28	(20.4)

En la cavidad oral, el grupo que más manifestaciones presentó fue el de AR, seguido de AR+o y SS. En el cuello de igual manera se encontró que el grupo que más manifestaciones presentó fue el de AR, seguido de AR+o y LES, SS y Otros. El grupo de ARJ no presentó manifestaciones en este subsitio. Respecto a las manifestaciones otológicas se presentaron con la siguiente frecuencia por grupo: AR, Otros, AR+o y LES. Tanto ARJ y SS no se encontraron manifestaciones en este subsitio. El grupo con mayor frecuencia de manifestaciones laríngeas fue Otros, seguido de AR, AR+o y SS. No se reportaron manifestaciones en este subsitio en ARJ ni LES. En nariz el grupo que presentó más alteraciones fue el de Otros, seguido de AR y SS, AR+o, LES. El grupo de ARJ no presentó ninguna alteración nasal. El subsitio con menor desarrollo de manifestaciones fue la cara, en el cual el grupo predominante fue LES, seguido de Otros, AR, AR+o y SS. En la Tabla 5 se especifican los datos obtenidos.

Tabla 5. Frecuencia de afectación por subsitio de cabeza y cuello en cada grupo estudiado.

Subsitio afectado	AR	AR+o	ARJ	LES	SS	Otros	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cara	1 (0.72)	1 (0.72)	0	5 (3.6)	1 (0.72)	3 (2.1)	11 (8.0)
Cavidad oral	57 (41.6)	20 (14.5)	4 (2.9)	6 (4.3)	16 (11.6)	14 (10.2)	117 (85.4)
Cuello	18 (13.1)	6 (4.3)	0	4 (2.9)	3 (2.1)	1 (0.72)	32 (23.4)
Laringe	8 (5.8)	4 (2.9)	0	0	3 (2.1)	10 (7.2)	25 (18.2)
Nariz	5 (3.6)	3 (2.1)	0	2 (1.4)	5 (3.5)	9 (6.5)	24 (17.5)
Oído	11 (8.0)	5 (3.6)	0	2 (1.4)	0	10 (7.2)	28 (20.4)

AR: Artritis reumatoide, AR+o: Artritis reumatoide + otra enfermedad, ARJ: Artritis reumatoide juvenil, LES: Lupus eritematoso sistémico, SS: Síndrome de Sjögren, n: número de pacientes afectados.

En AR las manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes fueron DATM, xerostomía, tortícolis, tos crónica no productiva e hipotiroidismo. En la tabla 6 se especifica la frecuencia de las manifestaciones encontradas por subsitio.

Tabla 6. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Artritis reumatoide.

Subsitio afectado	Manifestación	n (%)
Nariz	Rinitis alérgica	4 (6)
	PS, NSM	1 (1.5)
Oído	Acúfeno	4 (6)
	Hipoacusia conductiva	3 (4.5)
	HNS	4 (6)
	OMS	2 (3)

Cavidad oral	DATM	20 (30)
	Xerostomía	51 (77)
	EP	3 (4.5)
Laringe	Disfonía, RFL	3 (4.5)
	LPV, Aca	1 (1.5)
	Tos crónica no productiva	5 (8)
Cuello	Adenopatías	3 (4.5)
	Hipotiroidismo	5 (8)
	Tortícolis	10 (15)
Cara	Eritema	1 (1.5)

PS: Perforación septal, NSM: Nariz en silla de montar, HNS: Hipoacusia neurosensorial, OMS: Otitis media serosa, DATM: Disfunción de articulación temporo mandibular, EP: Enfermedad periodontal, RFL: Reflujo faringolaríngeo, LPV: Lesiones en pliegues vocales, Aca: Anquilosis cricoaritenoides, TCnp: Tos crónica no productiva

De los 23 pacientes en el grupo de Otros, se encontraron las siguientes manifestaciones por enfermedad. En la GPA el subsitio con mayor afectación fue la nariz. Respecto a las manifestaciones más frecuentes fueron costras nasales, seguido de HNS, OMC y acúfeno. En la tabla 7 se especifican las manifestaciones y su frecuencia por subsitio.

Tabla 7. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Granulomatosis con poliangeítis.

Subsitio afectado	Manifestación	n (%)
Nariz	Costras nasales	6 (86)
	Epistaxis, Resequedad nasal y RSCcP	2 (29)
	RA, NSM, PS, Hiposmia, UMN	1 (14)
Oído	HNS	4 (57)
	OMC, Acúfeno	3 (43)
	DTE	2 (29)
	PT, Mareo	1 (14)

Cavidad oral	DATM	1 (14)
	Xerostomía	1 (14)
Laringe	Disfonía, PC, LPV	1 (14)
Cuello y Cara	Ninguna	0 (0)

RSCcP: rinosinusitis crónica con poliposis, RA: rinitis alérgica, NSM: nariz en silla de montar, PS: perforación septal, UMN: úlceras de mucosa nasal, HNS: Hipoacusia neurosensorial, OMS: Otitis media serosa, DTE: Disfunción de la trompa de Eustaquio, PT: perforación timpánica, DATM: Disfunción de la articulación temporomandibular, PC: parálisis cordal, LPV: Lesiones en pliegues vocales.

La segunda enfermedad en frecuencia en el grupo de Otros fue Esclerosis sistémica, donde el subsitio con mayor afectación fue la laringe. La manifestación más frecuente fue disfagia, seguido de RFL y EP. En cuello y cara no se encontraron manifestaciones. En la tabla 8 se especifican el resto de las manifestaciones por subsitio.

Tabla 8. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Esclerosis sistémica.

Subsitio afectado	Manifestación	n (%)
Nariz	Resequedad nasal	2 (33)
	Epistaxis, Hiposmia	1 (17)
Oído	Disfunción vestibular	2 (33)
	Parálisis facial	1 (17)
Cavidad oral	EP	3 (50)
	Úlceras en mucosa oral, Xerostomía	2 (33)
	Disgeusia, DATM, Telangiectasias	1 (17)
Laringe	Disfagia	4 (67)
	RFL	3 (50)
	Disfonía	2 (33)
Cuello y Cara	Ninguna	0 (0)

EP: Enfermedad periodontal, DATM: Disfunción de la articulación temporo mandibular, RFL: Reflujo faringolaringeo

En Espondilitis anquilosante el subsitio más afectado fue cavidad oral, con xerostomía como manifestación más frecuente. El resto de las manifestaciones se especifican en la tabla 9.

Tabla 9. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Espondilitis anquilosante.

Subsitio afectado	Manifestación	n (%)
Oído	Disfunción vestibular	1 (25)
Cavidad oral	Xerostomía	3 (75)
	Disgeusia	1 (25)
Cuello	Adenopatías	1 (25)
Cara	Lesiones atróficas	1 (25)
Nariz, Laringe	Ninguna	0 (0)

De los 5 pacientes restantes del grupo de Otros se encontraron las siguientes manifestaciones. Artritis psoriásica: DATM en el 100% (n=2) y lesiones atróficas en cara en el 50% (n=1). No se encontraron manifestaciones en nariz, oído, laringe y cuello. Enfermedad autoinmune del oído interno: HNS con DTE 100% (n=1). No se encontraron manifestaciones en nariz, cavidad oral, laringe, cuello y cara. Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo: xerostomía, disfagia, tos crónica no productiva, eritema y telangiectasias en cara en el 100% (n=1). No se encontraron manifestaciones en nariz, oído y cuello. PR: condritis del pabellón auricular, HNS, Acúfeno y deformidad en coliflor del pabellón auricular 100% (n=1). No se encontraron manifestaciones en nariz, laringe, cuello, cavidad oral y cara. Síndrome antifosfolípidos: xerostomía y disfagia en el 100% (n=1). No se encontraron manifestaciones en nariz, oído, cuello y cara.

En el grupo de AR+o se encontraron las siguientes manifestaciones otorrinolaringológicas. En AR + SS las manifestaciones más frecuentes fueron xerostomía, seguido de HNS e hipotiroidismo. Se especifica su frecuencia en la tabla 10.

Tabla 10. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Artritis reumatoide + Síndrome de Sjögren.

Subsitio afectado	Manifestación	n (%)
Nariz	Resequedad nasal	1 (17)
Oído	HNS	4 (28.5)
	Acúfeno	1 (7)
Cavidad oral	DATM	2 (14)
	EP	2 (14)
	Úlceras en mucosa	1 (17)
	Xerostomía	14 (100)
Laringe	Disfagia	1 (7)
	RFL	2 (14)
	Tos crónica no productiva	1 (7)
Cuello	Hipotiroidismo	4 (28.5)
Cara	Eritema	1 (7)

HNS: Hipoacusia neurosensorial, DATM: Disfunción de la articulación temporo mandibular, EP: Enfermedad periodontal, RFL: Reflujo faringolaríngeo

En AR + Fibromialgia, se encontraron la siguientes manifestaciones por subsitio, en cavidad oral: DATM en 100% (n=2) y xerostomía en 50% (n=1). Cuello: tortícolis en 100% (n=2). No se encontraron manifestaciones en nariz, oído, laringe, y cara. AR + LES, en nariz se encontró epistaxis en 50% (n=1). Cavidad oral: úlceras y xerostomía en 100% (n=2). No se encontraron manifestaciones en oído, laringe, cuello y cara. El único paciente con AR + SS + PR presentó nariz en silla de montar, deformidad en coliflor del pabellón auricular izquierdo y xerostomía. No se encontraron manifestaciones en laringe, cuello y cara.

En SS, LES y ARJ se encontraron las manifestaciones otorrinolaringológicas descritas en las tablas 11, 12 y 13 respectivamente

Tabla 11. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Síndrome de Sjögren.

Subsitio afectado	Manifestación	n (%)
Nariz	Resequedad nasal	4 (25)
	Telangiectasias	1 (6)
Oído	Ninguna	0
Cavidad oral	EP	5 (31)
	Parotiditis recurrente	3 (19)
	Úlceras en mucosa	3 (19)
	Sialocele	1 (6)
	Xerostomía	16 (100)
Laringe	Disfagia	3 (19)
	Globus faríngeo	1 (6)
Cuello	Adenopatías	3 (19)
Cara	Lesiones hipocrómicas	1 (6)

EP: Enfermedad periodontal

Tabla 12. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Lupus Eritematoso Sistémico.

Subsitio afectado	Manifestación	n (%)
Nariz	Resequedad nasal	2 (25)
Oído	Disfunción vestibular	1 (12.5)
	HNS	1 (12.5)
	Mareo	1 (12.5)
	Parálisis facial	1 (12.5)

Cavidad oral	DATM	2 (25)
	EP	1 (12.5)
	Úlceras en mucosa	5 (62.5)
	Xerostomía	2 (25)
Laringe	Ninguna	0
Cuello	Adenopatías	3 (37.5)
	Hipotiroidismo	1 (12.5)
Cara	Eritema	5 (62.5)

HNS: Hipoacusia neurosensorial, DATM: Disfunción de articulación temporo mandibular, EP: Enfermedad periodontal.

Tabla 13. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Artritis reumatoide juvenil.

Subsitio afectado	Manifestación	n (%)
Nariz	Ninguna	0
Oído	Ninguna	0
Cavidad oral	DATM	2 (50)
	Úlceras en mucosa	1 (25)
	Xerostomía	2 (50)
Laringe	Ninguna	0
Cuello	Ninguna	0
Cara	Ninguna	0

DATM: Disfunción de articulación temporo mandibular.

En cuanto al rango de tiempo que se encontró desde el inicio de una sospecha diagnóstica hasta la confirmación de una enfermedad reumatológica fue de 7.31 a 9.96 meses, se especifica por diagnóstico en la tabla número 14.

Tabla 14. Tiempo promedio en meses desde que existe una sospecha diagnóstica hasta un diagnóstico definitivo de una enfermedad reumática en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

<i>TOTAL n=137</i>	<i>N</i> Frecuencia	<i>**Tiempo Dx (meses)</i> <i>promedio</i>
Artritis reumatoide (AR)	66	9.96
Artritis reumatoide + otra enfermedad reumatológica (AR+o)	20	8.95
Artritis reumatoide juvenil (ARJ)	4	9.25
Lupus eritematoso sistémico (LES)	8	8.52
Síndrome de Sjögren (SS)	16	7.31
Otras enfermedades (Otros)	23	9.32

****Tiempo promedio en meses desde la sospecha diagnóstica hasta un diagnóstico definitivo**

De todos los pacientes analizados, solo un pequeño porcentaje tuvo su diagnóstico confirmado mediante biopsia. En la tabla 15 se detalla el número exacto de pacientes.

Tabla 15. Diagnóstico confirmado por biopsia en pacientes con enfermedades reumatológicas en el INR “LGII”.

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Toma de biopsia por servicio de otorrinolaringología	6	4.38
Toma de biopsia por servicio de reumatología	14	10.2
Total	20	14.6

En la ilustración 3 y 4 se indican los diagnósticos y sitios de toma de biopsia realizados por el servicio de otorrinolaringología.

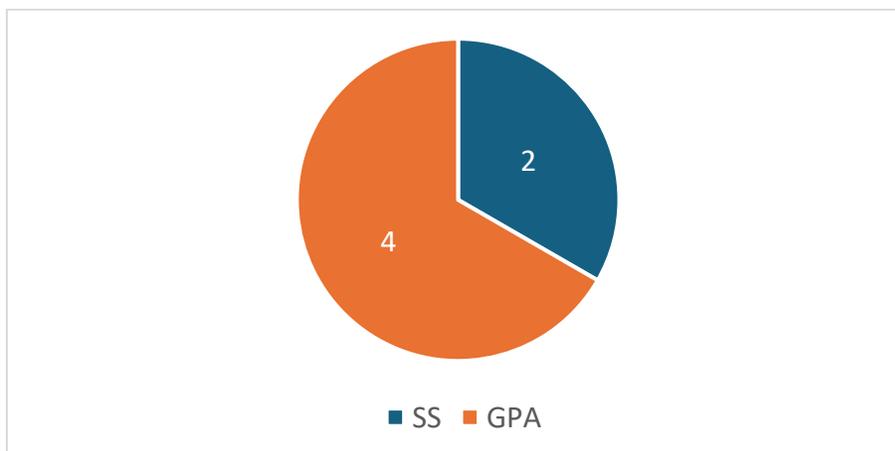


Ilustración 3. Diagnósticos confirmados por biopsia por el servicio de otorrinolaringología en el INR "LGII". SS: Síndrome de Sjögren, GPA: Granulomatosis con poliangeítis.

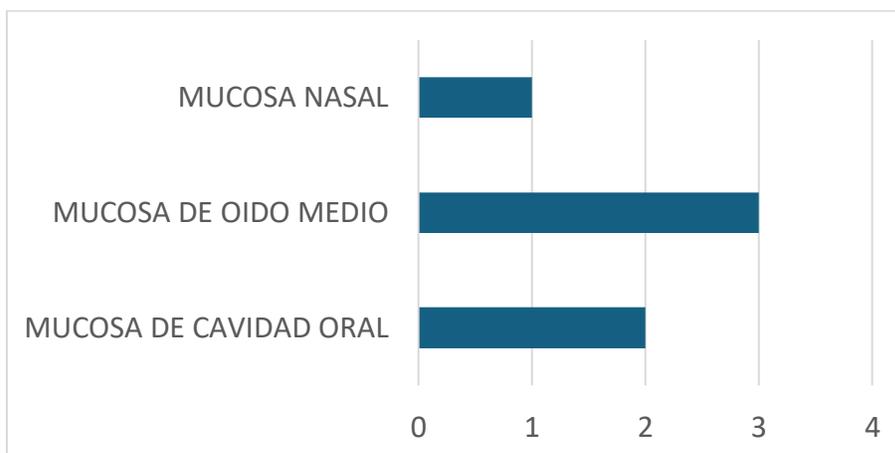


Ilustración 4. Sitios de toma de biopsia por el servicio de otorrinolaringología en el INR "LGII".

Únicamente el 5.8% de los pacientes requirieron un tratamiento quirúrgico de alguna de las manifestaciones otorrinolaringológicas, el procedimiento que más se realizó fue la colocación de tubos de ventilación transtimpánicos (TVT) como consecuencia de una otitis media serosa de repetición, con un total de 4 pacientes. Algunos pacientes necesitaron más de un procedimiento quirúrgico por el servicio de otorrinolaringología, la mayoría de estos pacientes tenían diagnóstico de GPA. Los procedimientos realizados se especifican en la ilustración 5.

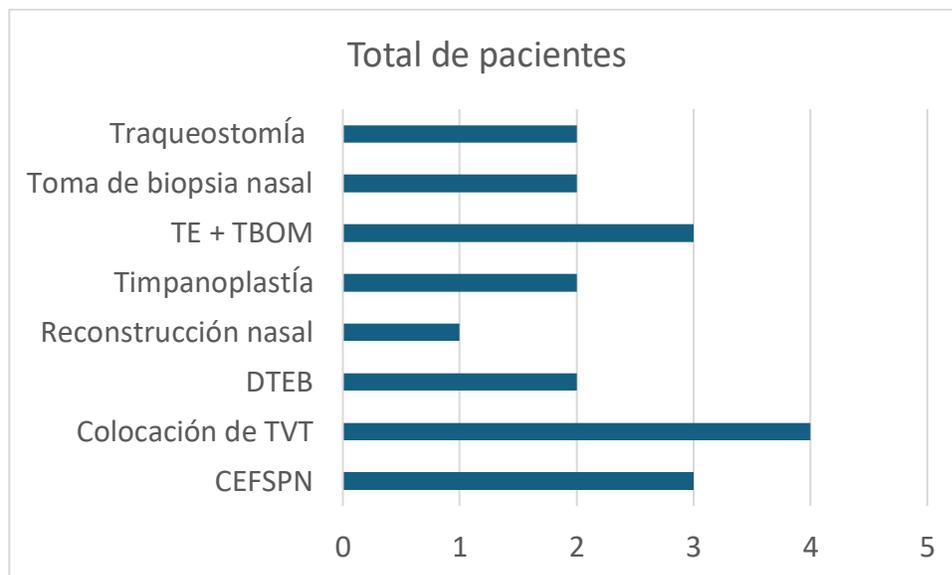


Ilustración 5. Frecuencia de procedimientos realizados en pacientes con enfermedades reumatológicas en el INR "LGII". TE + TBOM: Timpanotomía exploradora con toma de biopsia de oído medio, DTEB: Dilatación de la trompa de Eustaquio con Balón, Colocación de TVT: Colocación de tubo de ventilación transtimpánico, CEFSPN: Cirugía endoscópica y funcional de senos paranasales.

Discusión

Las enfermedades reumáticas tienen una elevada tasa de prevalencia en todo el mundo y un índice de discapacidad funcional representativo. Estas condiciones comprenden un grupo heterogéneo de entidades que producen cambios sistémicos que afectan al tejido conectivo de todo el organismo. Es por ello que pueden tener múltiples manifestaciones clínicas, sin embargo los síntomas otorrinolaringológicos, pueden ser las primeras manifestaciones de diversas enfermedades reumáticas. (20)

El presente estudio describe las manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes en pacientes con enfermedades reumáticas en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" del año 2012 al 2022.

Durante el análisis se encontró que las enfermedades reumáticas más frecuentes en nuestro instituto fueron la AR (48.2%), AR + otra enfermedad reumatológica (14.6%), en donde la comorbilidad más predominante fue SS secundario (10.2%), SS (11.7%), LES (5.8%),

el grupo de otros incluía a la GPA y la ES, estas corresponden al 5.1% y 4.3% de todos los pacientes estudiados.

Respecto a las manifestaciones otorrinolaringológicas, en nuestro estudio encontramos que en la AR las 5 manifestaciones más frecuentes fueron xerostomía (77%), DATM (30%), tortícolis (15%), hipotiroidismo y tos crónica no productiva (8%).

Abrão A. y cols. reportaron que la xerostomía afecta al 1% de los pacientes con AR (7), mientras que un estudio de 604 pacientes con AR mostraron una disminución en el flujo salival en el 43% de los sujetos (21), no obstante en nuestro estudio se encontró en el 77% de los pacientes, lo cual está por arriba de lo descrito en la literatura, la diferencia puede ser por los criterios diagnósticos de esta manifestación. En relación con la DATM, se ha descrito que es la manifestación orofacial más común en AR, con una prevalencia extremadamente variable (5-86%), en nuestro estudio se encontró en el 30% de los pacientes, esto puede variar de acuerdo a los criterios diagnósticos y métodos de evaluación (7). Referente a la tortícolis se encontró en el 15% de los pacientes, existen reportes sobre esta manifestación en pacientes con ARJ, donde mencionan que es una manifestación poco frecuente, sin embargo solo en AR no hay cifras reportadas de su prevalencia. En cuanto al hipotiroidismo se ha encontrado una fuerte relación con AR, según un estudio realizado en 52 pacientes con AR, se encontró hipotiroidismo en el 38.4% (22), en nuestros resultados se encontró en el 8%, lo cual es por debajo de lo reportado, lo asociamos a una falta de cribado de esta patología concomitante. Sobre la tos crónica se encontró en el 8% de los pacientes, esto puede estar asociado a otras manifestaciones que la desencadenan como la anquilosis cricoaritenoidea (Aca), Stojanović S. y cols mencionan que la anquilosis cricoaritenoidea (Aca) se encuentra en el 17% - 33% de pacientes con AR (23), en nuestro estudio se encontró en un solo paciente, lo que corresponde al 1.5%, llama la atención que 5 pacientes presentaron tos crónica no productiva y 3 disfonía, lo cual podría estar condicionado por una Aca, sin embargo no se realizó una laringoscopia para una valoración integral. Según Andrade S. y cols. (9), la HNS tiene una prevalencia de 21%-69% en esta enfermedad (9), en nuestro estudio se encontró en el 6%.

Respecto al segundo grupo de AR+o, se encontró que la comorbilidad más frecuente fue SS secundario; se le conoce como síndrome de Sjögren secundario cuando aparece en pacientes con enfermedades del tejido conjuntivo, como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, poliarteritis nodosa, polimiositis y esclerosis sistémica. En la literatura se ha reportado que la prevalencia del SS entre los pacientes con AR fue del 8,7% según el diagnóstico de los reumatólogos. Se ha indicado que la coexistencia de AR y SS podría dar lugar a una artritis más grave con un daño articular peor que el típico de la AR sola (24). En nuestro estudio de los 86 pacientes con AR, el 16% (n=14) presentó SS secundario, lo que se encuentra por arriba de lo reportado en la literatura. Las manifestaciones más frecuentes fueron xerostomía en el 100% de los pacientes (n=14), HNS e hipotiroidismo en el 28.5% (n=4), RFL, EP y DATM en el 14% (n=2). No existen reportes de la frecuencia de las manifestaciones otorrinolaringológicas en SS secundario que se puedan comparar.

El SS fue la tercera enfermedad más frecuente en nuestro estudio, con un 11.7%. Las manifestaciones más frecuentes fueron xerostomía en el 100% (n=16), EP en 31% (n=5), resequedad nasal en 25% (n=4), parotiditis recurrente, úlceras de mucosa oral, disfagia y adenopatías en el 19% (n=3). Un estudio en Brasil sobre los hallazgos otorrinolaringológicos en un grupo de pacientes con enfermedades reumáticas, reportaron en pacientes con SS las siguientes manifestaciones; en laringe: carraspeo 60%, acidez y disfonía 40%. Mientras que en nuestro estudio lo predominante fue la disfagia, sin estar presente alguna de las otras manifestaciones. En nariz el 100% de los pacientes tuvo inflamación de estructuras cartilaginosas, rinorrea en el 80%, obstrucción y prurito nasal en el 40%. Nosotros únicamente encontramos resequedad de mucosa nasal en el 25% y telangiectasias en el 6%. En oído el prurito ótico se encontró en el 100%, plenitud aural 80%, acúfeno 60% e hipoacusia conductiva 40%. (20) Sin embargo con esto último Andrade S. y cols., mencionan que la HNS es más frecuente con una prevalencia del 21-46%. (9) En nuestro estudio no encontramos ninguna manifestación otológica. También se menciona que la parotiditis recurrente está presente en el 30-50% de los pacientes con SS, nosotros la encontramos en

el 19%. Existe una gran diferencia entre nuestros resultados con lo reportado en la literatura, creemos que es necesario una muestra más grande y con una anamnesis y exploración minuciosa en el área de cabeza y cuello para encontrar datos significativos.

Tal como describen Gera C. y Kumar N, la xerostomía y la inflamación de las glándulas salivales son dos características clínicas por las que los pacientes con Sjögren acuden a menudo al otorrinolaringólogo (3). La biopsia de la glándula salival menor es uno de los criterios para hacer el diagnóstico, por lo tanto es competencia del otorrinolaringólogo, sin embargo en nuestro estudio, de los 20 pacientes que se les realizó biopsia, solo 6 fueron realizadas por otorrinolaringología, de estos, solo 2 fueron de cavidad oral. Es decir que solo el 10% de los pacientes con sospecha diagnóstica de esta enfermedad se refieren a nuestro servicio para un abordaje diagnóstico integral.

El LES fue la cuarta enfermedad más frecuente en nuestro estudio, esta patología afecta principalmente a toda la mucosa de la cavidad oral. Una de las manifestaciones más importantes son las úlceras en esta zona, ya que son recurrentes en casos de actividad y fácilmente detectables, es por ello, que se incluyen en los diferentes índices de actividad de LES. (7) En un estudio de 53 pacientes con LES se reportó una prevalencia de úlceras orales del 30% y otro estudio de 150 pacientes reportó una prevalencia de 56.6%. (25, 26) Comparado con nuestros resultados, lo encontramos en el 62.5%, esto está por arriba de lo reportado, no obstante lo asociamos al pequeño número de muestra analizado. La literatura también reporta otras lesiones en cavidad oral, con una prevalencia de eritema oral del 9%, candidiasis oral 9%, petequias 8%, queilitis 6% y leucoplaquias 3%. (25), sin embargo nosotros no encontramos ninguna de estas manifestaciones, lo más similar fue la EP, la cual estuvo presente en el 12.5%, que aunque es un porcentaje bajo consideramos que estos pacientes deberían recibir atención complementaria por el servicio de odontología como protocolo para un tratamiento integral.

El eritema facial se conoce como una de las lesiones cutáneas características de este diagnóstico. Se ha reportado una prevalencia del 30% de lesiones cutáneas en general, hablando específicamente de la erupción malar, según Kole y Ghosh tiene una prevalencia

del 80%. (26) En nuestro estudio lo encontramos en el 62.5%, sospechamos que esta diferencia con la literatura se podría deber al tipo de piel de nuestra población, esto puede ser un área de oportunidad para la investigación. Las adenopatías se encontraron en el 37.5% de nuestros pacientes, no existe bibliografía con la cual comparar la prevalencia de esta manifestación. Respecto a las manifestaciones otológicas, la hipoacusia se ha reportado con una prevalencia variable, de 8% a 33%. (9, 20, 27) En nuestro estudio se encontró en el 12.5% al igual que el acúfeno, aunque se encuentra dentro del rango reportado en la literatura, creemos que esta manifestación está infradiagnosticada y el valor podría incrementarse al realizar valoraciones audiológicas a todos los pacientes con enfermedades reumatológicas como parte de su seguimiento. Entre las manifestaciones nasales, solo se encontró resequead nasal en el 25% de nuestros pacientes, comparado con la literatura donde la obstrucción nasal e inflamación de cartílagos nasales tienen una prevalencia del 33%, en nuestro estudio no se encontraron estas manifestaciones. En laringe se ha reportado una prevalencia de disfonía y disnea en 67% y 33% respectivamente (20), por otra parte nosotros no encontramos manifestaciones en este subsitio, esto lo asociamos a la probable falta de una evaluación completa en las citas de seguimiento.

En la GPA está descrito que aproximadamente el 85% presentan afectación de la cabeza y cuello, siendo la región sinonasal la más frecuentemente afectada. (15) Se ha reportado una prevalencia variable en diferentes bibliografías en este subsitio, desde 25% a 83%. (15, 16) Rasmussen y cols., encontraron en un estudio de 124 pacientes que las costras nasales fueron el síntoma más frecuente con 56%, mientras que Candy y cols., en un estudio de 120 pacientes, las encontraron en 69%. (28, 29) En nuestro estudio encontramos una prevalencia de 86% de esta manifestación, lo cual se encuentra por arriba de lo reportado en la literatura, esto lo asociamos al tamaño de la muestra que está por debajo de los estudios encontrados en la literatura.

Otros síntomas reportados en la nariz son la obstrucción nasal 54% - 58%, rinorrea 50%-51%, rinosinusitis crónica 60%, perforación septal 32% y deformidad en silla de montar en 22%. (6) En nuestro estudio encontramos la epistaxis, resequead nasal y rinosinusitis

crónica con poliposis en el 29%, mientras que la rinitis alérgica, perforación septal y nariz en silla de montar en el 14%. Todos estos se encuentran por debajo de lo encontrado en la literatura, de igual manera lo asociamos al tamaño de muestra.

Respecto a los síntomas otológicos, la HNS se encontró en 57%, esto está correlacionado con lo reportado en la literatura, como en un estudio realizado en Brasil en 2014 por Gusmão R. y cols., se reportó que la hipoacusia neurosensorial bilateral fue la más frecuente con 53.1%. (6) La OMC y acúfeno estuvieron presentes en el 43% de nuestros pacientes, mientras que la DTE se encontró en 29%, como ya esta descrito una de las manifestaciones otológicas más frecuente en los pacientes con GPA es el derrame timpanomastoideo secundario a la disfunción de la trompa de Eustaquio y es consecuencia de la enfermedad sinonasal. Puede haber afectación directa del oído medio en la enfermedad crónica, en la que la infiltración granulomatosa llena las cavidades óseas, lo que puede asociarse a erosión ósea. (15) Hablando de la prevalencia, en un estudio se reportó otalgia, acúfeno, otorrea y plenitud aural, presentes en el 47%, 41%, 23% y 18% respectivamente (6). Aunque en nuestro estudio no se encontró únicamente otalgia, la prevalencia del acúfeno, otorrea y plenitud aural corresponden con lo encontrado en nuestro análisis, incluyendo a la otorrea como un síntoma de OMC y la plenitud aural como un síntoma de DTE.

Otra manifestación frecuentemente encontrada en estos pacientes es la estenosis subglótica, con una prevalencia reportada de 1%-23%. (16) Sin embargo en nuestro estudio no encontramos esta manifestación en ninguno de nuestros pacientes.

La ES fue la sexta enfermedad más frecuente en nuestro estudio, donde el subsitio con mayor afectación fue la laringe. Como ya está descrito el tracto gastrointestinal es uno de los sitios más comúnmente afectados, implicado en aproximadamente el 90% de los pacientes con ES. Los cambios específicos contribuyen a disfunciones autonómicas y dismotilidad que causan una variedad de síntomas mórbidos incluyendo disfagia donde se ha reportado una prevalencia de 47% y de RFL 37%. (30) Comparado con nuestro estudio la disfagia se encontró en el 67%, seguido de RFL y EP con 50%. Estos valores se encuentran por arriba de lo reportado en la literatura, probablemente por el tamaño de muestra. Otros

síntomas encontrados fueron resequedad nasal, disfunción vestibular, úlceras en mucosa oral, xerostomía y disfonía en 33%.

Con el resto de las enfermedades encontradas no consideramos relevante una comparación con la literatura, ya que el número de muestra fue demasiado pequeño.

Conclusiones

En nuestra población estudiada encontramos que la cavidad oral, cuello y oído fueron los subsitios más afectados, sin embargo la nariz se encontró muy por debajo de lo esperado. Consideramos que esto se debe a que las manifestaciones otorrinolaringológicas se encuentran infra diagnosticadas en las enfermedades reumáticas de nuestro instituto, ya que un gran número de pacientes no se abordan por el servicio de otorrinolaringología en su seguimiento o incluso en el momento de una sospecha diagnóstica. Hace falta un estudio con mayor número de muestra para comparar adecuadamente las manifestaciones de cabeza y cuello, esto se podría lograr implementando un protocolo en sospecha de enfermedad reumática, en donde sean abordados tanto por reumatología, otorrinolaringología y odontología desde el inicio y como parte de su seguimiento.

En resumen, las enfermedades reumáticas son afecciones que requieren un enfoque complejo para su diagnóstico debido a las múltiples afecciones sistémicas con las que pueden presentarse. Por lo tanto, es crucial identificar desde la sospecha diagnóstica estas manifestaciones que nos pueden guiar hacia un diagnóstico definitivo.

Referencias bibliográficas

- 1) Kahl L. Manual Washington de especialidades clínicas. Reumatología. 2a ed. la Ciudad Condal, España: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
- 2) Goldman L, Ausiello DA, Schafer AI, editores. Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna. 26a ed. Elsevier; 2021.
- 3) Gera C, Kumar N. Otolaryngologic manifestations of various rheumatic diseases: Awareness and practice among otolaryngologists. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2015;67(4):366–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12070-015-0854-3>.
- 4) Shapira Y, Agmon-Levin N, Shoenfeld Y. Geoepidemiology of autoimmune rheumatic diseases. Nat Rev Rheumatol [Internet]. 2010;6(8):468–76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2010.86>.
- 5) Beltrán Rodríguez Cabo OE, Tona Acedo G. Papel del otorrinolaringólogo en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con vasculitis primarias. Reumatol Clin [homepage on the Internet] 2011;7 Suppl 3:S7-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2011.10.002>.
- 6) Vega Braga FL, Machado de Carvalho G, Caixeta Guimarães A, Scaramussa L, Jordão Gusmão R. Manifestaciones otorrinolaringológicas de la granulomatosis de Wegener [Otolaryngological manifestations of Wegener's disease]. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013 Jan-Feb;64(1):45-9. Spanish. doi: 10.1016/j.otorri.2012.07.003. Epub 2012 Oct 9. PMID: 23063377.
- 7) Abrão AL, Santana CM, Bezerra AC, Amorim RF, Silva MB, Mota LM, Falcão DP. What rheumatologists should know about orofacial manifestations of autoimmune rheumatic diseases. Rev Bras Reumatol. 2016 Feb 11:S0482-5004(16)00021-8. English, Portuguese. doi: 10.1016/j.rbr.2015.08.011.

- 8)** Sharif K, Watad A, Bragazzi NL, Lichtbroun M, Amital H, Shoenfeld Y. Physical activity and autoimmune diseases: Get moving and manage the disease. *Autoimmun Rev.* 2018 Jan;17(1):53-72. doi: 10.1016/j.autrev.2017.11.010.
- 9)** Andrade S de O, Appenzeller S. Ear, nose and throat manifestations of autoimmune and autoinflammatory diseases: a rheumatology perspective. *Braz J Otorhinolaryngol* [homepage on the Internet] 2022;88(1):1–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2021.05.015>.
- 10)** Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Burgos-Vargas R, Garza-Elizondo M, Rodríguez-Amado J, Goycochea-Robles MV, Madariaga M, Zamudio J, Santana N, Cardiel MH; Grupo de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Músculo Articulares (GEEMA). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol Suppl.* 2011 Jan;86:3-8. doi: 10.3899/jrheum.100951.
- 11)** Finckh A, Gilbert B, Hodkinson B, Bae SC, Thomas R, Deane KD, Alpizar-Rodriguez D, Lauper K. Global epidemiology of rheumatoid arthritis. *Nat Rev Rheumatol.* 2022 Oct;18(10):591-602. doi: 10.1038/s41584-022-00827-y. Epub 2022 Sep 6. PMID: 36068354.
- 12)** Barber MRW, Drenkard C, Falasinnu T, Hoi A, Mak A, Kow NY, Svenungsson E, Peterson J, Clarke AE, Ramsey-Goldman R. Global epidemiology of systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Rheumatol.* 2021 Sep;17(9):515-532. doi: 10.1038/s41584-021-00668-1.
- 13)** Qin B, Wang J, Yang Z, Yang M, Ma N, Huang F, Zhong R. Epidemiology of primary Sjögren's syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2015 Nov;74(11):1983-9. doi: 10.1136/annrheumdis-2014-205375.
- 14)** Banerjee P, Jain A, Kumar U, Senapati S. Epidemiology and genetics of granulomatosis with polyangiitis. *Rheumatol Int.* 2021 Dec;41(12):2069-2089. doi: 10.1007/s00296-021-05011-1.

- 15)** Cleary JO, Sivarasan N, Burd C, Connor SEJ. Head and neck manifestations of granulomatosis with polyangiitis. *Br J Radiol.* 2021 Mar 1;94(1119):20200914. doi: 10.1259/bjr.20200914.
- 16)** Coates ML, Willcocks LC, Sivasothy P, Martinez Del Pero M. Ear, nose, throat and airways disease in granulomatosis with polyangiitis. *Rheumatology (Oxford).* 2021 Jun 17;60(Supple 3):iii50-iii53. doi: 10.1093/rheumatology/keab042.
- 17)** Beltrán Rodríguez-Cabo O, Reyes E, Rojas-Serrano J, Flores-Suárez LF. Increased histopathological yield for granulomatosis with polyangiitis based on nasal endoscopy of suspected active lesions. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2018 Feb;275(2):425-429. doi: 10.1007/s00405-017-4841-z.
- 18)** Nakamaru Y, Takagi D, Suzuki M, Homma A, Morita S, Homma A, Fukuda S. Otologic and Rhinologic Manifestations of Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis. *Audiol Neurootol.* 2016;21(1):45-53. doi: 10.1159/000442040.
- 19)** Calderon LM, Pope JE. Scleroderma epidemiology update. *Curr Opin Rheumatol.* 2021 Mar 1;33(2):122-127. doi: 10.1097/BOR.0000000000000785.
- 20)** Gusmão RJ, Fernandes FL, Guimarães AC, Scaramussa L, Sachetto Z, Pauna HF, de Carvalho GM. Otorhinolaryngological findings in a group of patients with rheumatic diseases. *Rev Bras Reumatol.* 2014 May-Jun;54(3):172-8. English, Portuguese.
- 21)** Russell SL, Reisine S. Investigation of xerostomia in patients with rheumatoid arthritis. *J Am Dent Assoc.* 1998 Jun;129(6):733-9. doi: 10.14219/jada.archive.1998.0315.
- 22)** Joshi P, Agarwal A, Vyas S, Kumar R. Prevalence of hypothyroidism in rheumatoid arthritis and its correlation with disease activity. *Trop Doct.* 2017 Jan;47(1):6-10. doi: 10.1177/0049475515627235. Epub 2016 Jan 20. PMID: 26792597.
- 23)** Stojanović SP, Zivić L, Stojanović J, Belić B. Total fixation of cricoarytenoid joint of a patient with rheumatoid arthritis and Hashimoto thyroiditis. *Srp Arh Celok Lek.* 2010 Mar-Apr;138(3-4):230-2. doi: 10.2298/sarh1004230s.

- 24)** Kim H, Cho SK, Kim HW, Han J, Kim Y, Hwang KG, Sung YK. The Prevalence of Sjögren's Syndrome in Rheumatoid Arthritis Patients and Their Clinical Features. *J Korean Med Sci.* 2020 Nov 23;35(45):e369. doi: 10.3346/jkms.2020.35.e369.
- 25)** Du F, Qian W, Zhang X, Zhang L, Shang J. Prevalence of oral mucosal lesions in patients with systemic Lupus Erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Oral Health.* 2023 Dec 21;23(1):1030. doi: 10.1186/s12903-023-03783-5.
- 26)** Kole AK, Ghosh A. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus in a tertiary referral center. *Indian J Dermatol.* 2009;54(2):132-6. doi: 10.4103/0019-5154.53189.
- 27)** Tsirves GK, Voulgari PV, Pelechas E, Asimakopoulos AD, Drosos AA. Cochlear involvement in patients with systemic autoimmune rheumatic diseases: a clinical and laboratory comparative study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019 Sep;276(9):2419-2426. doi: 10.1007/s00405-019-05487-5.
- 28)** Cannady SB, Batra PS, Koenig C, Lorenz RR, Citardi MJ, Langford C, Hoffman GS. Sinonasal Wegener granulomatosis: a single-institution experience with 120 cases. *Laryngoscope.* 2009 Apr;119(4):757-61. doi: 10.1002/lary.20161.
- 29)** Rasmussen N. Management of the ear, nose, and throat manifestations of Wegener granulomatosis: an otorhinolaryngologist's perspective. *Curr Opin Rheumatol.* 2001 Jan;13(1):3-11. doi: 10.1097/00002281-200101000-00002.
- 30)** Galli J, Marchese MR, De Canio C, Mandiello M, Mangone GM, Padula AA, Abignano G, Santandrea L, Paludetti G. Upper dysphagia in patients affected by systemic sclerosis: prevalence and features. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2020 Jun;40(3):204-210. doi: 10.14639/0392-100X-N0477.

Anexos

Lista de Tablas

1. Variables analizadas
2. Diagnósticos más frecuentes de enfermedades reumatológicas con manifestaciones otorrinolaringológicas en el Instituto Nacional de Rehabilitación.
3. Diagnósticos incluidos en el grupo de “otros”.
4. Frecuencia de subsitio afectado en el área de cabeza y cuello en pacientes con enfermedad reumatológica en el INR “LGII”
5. Frecuencia de afectación por subsitio de cabeza y cuello en cada grupo estudiado
6. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Artritis reumatoide
7. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Granulomatosis con poliangéitis
8. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Esclerosis sistémica
9. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Espondilitis anquilosante
10. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Artritis reumatoide + Síndrome de Sjögren
11. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Síndrome de Sjögren
12. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Lupus Eritematoso Sistémico

13. Manifestaciones otorrinolaringológicas más frecuentes por subsitio en Artritis reumatoide juvenil
14. Tiempo promedio en meses desde que existe una sospecha diagnóstica hasta un diagnóstico definitivo de una enfermedad reumática en el Instituto Nacional de Rehabilitación.
15. Diagnóstico confirmado por biopsia en pacientes con enfermedades reumatológicas en el INR "LGII"

Lista de figuras

1. Frecuencia de enfermedades reumatológicas en el INR "LGII" del 2012 al 2022.
2. Diagnósticos incluidos en el grupo AR+o.
3. Diagnósticos confirmados por biopsia por el servicio de otorrinolaringología en el INR "LGII". SS: Síndrome de Sjögren, GPA: Granulomatosis con poliangeítis.
4. Sitios de toma de biopsia por el servicio de otorrinolaringología en el INR "LGII".
5. Frecuencia de procedimientos realizados en pacientes con enfermedades reumatológicas en el INR "LGII".