

Policondritis recidivante con colapso traqueobronquial: el largo camino hacia el diagnóstico

Relapsing polychondritis with tracheobronchial collapse: the long road to diagnosis

Daniel Mouhtar-El Halabi^{1*}, Belén López-Muñoz-Ballesteros², Laura Cebrián-Méndez³,
Mariara Calderón-Alcalá¹, Pilar Gete-García¹ y M.^a Jesús Buendía-García¹

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Reumatología; ³Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

La policondritis recidivante es una enfermedad inflamatoria inmunomediada poco frecuente que afecta preferentemente a estructuras cartilaginosas y tejidos ricos en proteoglicanos¹. La afectación respiratoria, presente hasta en un tercio de los pacientes, constituye una de las principales causas de morbilidad y puede simular patologías respiratorias comunes, lo que condiciona retrasos diagnósticos relevantes².

Presentamos el caso de una mujer de 38 años, sin antecedentes de interés, evaluada desde septiembre de 2022 por disnea y tos recurrentes interpretadas inicialmente como hiperreactividad bronquial. En abril de 2023 presentó un episodio de disnea grave con estridor, por lo que requirió traqueostomía urgente e ingreso en la unidad de cuidados intensivos. La broncoscopia mostró traqueomalacia moderada (> 50%) y broncomalacia derecha grave (> 90%), hallazgos descritos en fases avanzadas de la enfermedad³.

Durante la exploración física se objetivó una deformidad nasal en silla de montar (Fig. 1), lo que motivó la realización de una biopsia de cartílago nasal que evidenció condritis activa con fibrosis, compatible con policondritis recidivante. Se inició tratamiento de inducción con ciclofosfamida y prednisona, seguido de mantenimiento con adalimumab, con mejoría clínica inicial, en concordancia con las estrategias terapéuticas descritas para las formas graves⁴.

Durante el seguimiento presentó episodios de actividad inflamatoria sin progresión estructural radiológica. Ante la persistencia de síntomas se añadió metotrexato, logrando una estabilización clínica parcial. En julio de 2025 tuvo una nueva exacerbación caracterizada por estenosis glótica y supraglótica grave, que requirió una segunda traqueostomía. Se decidió cambiar el tratamiento



Figura 1. Deformidad nasal en silla de montar.

*Correspondencia:

Daniel Mouhtar-El Halabi
E-mail: dhmh2489@gmail.com

Recibido: 05-09-2025

Aceptado: 08-01-2026

DOI: 10.24875/RPR.25000042

Disponible en internet: 05-03-2026

Rev Pat Resp. 2026;29(2):61-62

www.revistadepatologiarrespiratoria.org

1576-9895 / © 2026 Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. NEUMOMADRID. Publicado por Permayer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

inmunosupresor a tocilizumab, con buena tolerabilidad y respuesta clínica favorable, tal como se ha comunicado en casos refractarios con afectación de la vía aérea⁵.

Como medida de soporte funcional se indicó presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) nocturna, observándose una mejoría significativa de la disnea y la tos, probablemente en relación con la reducción del componente dinámico del colapso de la vía aérea⁶.

La afectación traqueobronquial en la policondritis recidivante representa una forma grave y potencialmente letal de la enfermedad⁷. Cuando la primera manifestación es respiratorio, el retraso diagnóstico puede oscilar entre 2 y 5 años⁸. En el caso presentado, la identificación de una deformidad cartilaginosa extra-torácica fue clave para orientar el diagnóstico.

Desde el punto de vista terapéutico, la ciclofosfamida continúa siendo el tratamiento de elección en fases graves con compromiso de la vía aérea⁴. Los fármacos biológicos, incluidos los dirigidos contra el factor de necrosis tumoral y los inhibidores de la interleucina-6, han demostrado utilidad en casos refractarios, especialmente en presencia de afectación respiratoria^{5,9}. A pesar del control inflamatorio, puede persistir una vulnerabilidad estructural de la vía aérea, justificando el uso de medidas de soporte como la CPAP¹⁰.

En conclusión, la policondritis recidivante debe considerarse ante síntomas respiratorios persistentes en pacientes jóvenes, en especial si coexisten manifestaciones cartilaginosas. El diagnóstico precoz y la inmunosupresión adecuada son determinantes para evitar complicaciones graves, y la CPAP puede ser una herramienta complementaria eficaz en el manejo de la afectación traqueobronquial.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no se utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción ni la creación de contenido de este manuscrito.

Referencias

1. Kent PD, Michet CJ Jr, Luthra HS. Relapsing polychondritis. *Curr Opin Rheumatol.* 2004;16:56-61.
2. Eng J, Sabanathan S. Airway disease in relapsing polychondritis. *Chest.* 1988;93:360-6.
3. McAdam LP, O'Hanlan MA, Bluestone R, Pearson CM. Relapsing polychondritis: prospective study of 23 patients. *Medicine (Baltimore).* 1976;55:193-215.
4. Petitdemange A, Szejkowski C, Damian L, Martin T, Mouthon L, Amoura Z, et al. Treatment of relapsing polychondritis: a systematic review. *Clin Exp Rheumatol.* 2022;40:389-99.
5. Weber E, Gaultier J-B, Paul S, Guichard I, Monard E, Cathébras P. Sustained response with tocilizumab in a case of refractory relapsing polychondritis. *Rev Med Interne.* 2014;35(3):196-198. doi:10.1016/j.revmed.2013.02.019.
6. Lahmer T, Treiber M, von Werder A, Foerger F, Knopf A, Heemann U, et al. Relapsing polychondritis: an autoimmune disease with many faces. *Autoimmun Rev.* 2010;9:540-6.
7. Borgia F, Giuffrida R, Guarneri F, Cannavò SP. Relapsing polychondritis: an updated review. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2018;8:571-89.
8. Jaksch-Wartenhorst R. Polychondropathia. *Wien Arch Inn Med.* 1923;6:93-100.
9. Tillie-Leblond I, Wallaert B, Leblond D, Salez F, Perez T, Remy-Jardin M, et al. Respiratory involvement in relapsing polychondritis. *Clin Chest Med.* 1998;15:265-80.
10. Ernst A, Rafeq S, Boisselle P, Sung A, Reddy C, Michaud G, et al. Relapsing polychondritis and airway involvement. *Chest.* 2009;135:1024-30.