

XLIX Congreso Mexicano de Reumatología

Carteles generales

C001

Prevalencia de vacunación en pacientes con artritis reumatoide

Tobar-Marcillo M, Irazoque-Palazuelos F, Muñoz-López S

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inmunomediada inflamatoria crónica, relacionada con un mayor riesgo de procesos infecciosos derivados tanto de la misma enfermedad como de los fármacos administrados en su tratamiento. Las guías de práctica clínica recomiendan de forma amplia la vacunación contra agentes infecciosos como influenza o neumococo; no se conoce la prevalencia de pacientes que se adhieren a estos programas de vacunación en México y a nivel internacional en general. **Objetivos:** Conocer la adherencia a la cartilla de vacunación del adulto en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal por medio de aplicación de un cuestionario a 227 pacientes con artritis reumatoide atendidos en el hospital de los autores, y se evaluaron variables sociodemográficas, antropométrica y terapéuticas. Se compararon las variables categóricas con ji cuadrada.

Resultados: Se encontró una prevalencia de vacunación óptima contra influenza en sólo 71 pacientes (31.3%) y contra neumococo en 40 pacientes (17.6); en otras vacunas: hepatitis B en 23 pacientes (10.1%) y herpes zóster en 9 pacientes (4%); los principales motivos para la falta de cumplimiento del esquema de vacunación guardan relación con el desconocimiento y la falta de recomendación por parte de los médicos (Tabla 1).

Tabla 1. Cumplimiento con el esquema de vacunación recomendado por el Colegio Mexicano de Reumatología para los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.(C001)

Vacuna	Recomendación	Cumplimiento n = 227 (%)	
		Sí	No
Influenza (anual en temporada especificada)	Se recomienda su aplicación antes de la estación. Se prefiere la aplicación tetravalente sobre la trivalente	71 (31.3)	156 (68.7%)
Neumococo	Aplicar dosis única PCV 13 preferentemente antes del inicio del tratamiento inmunosupresor, seguido por PPV23 una dosis 8 semanas después de la dosis inicial de PCV13, y una dosis más de PPV23 5 años después de la primera dosis de PPV23	40 (17.6%)	187 (82.4%)
Herpes	Aplicar antes del tratamiento con FARME sintético. Se sugiere aplicar 2 semanas antes del inicio de la terapia biológica y 4 semanas antes de los inhibidores de JAK	9 (4%)	218 (96%)

Virus del papiloma humano	Se sugiere su administración en mujeres menores de 26 años y hombres menores de 21 años	2 (0.9%)	225 (99.1%)
Hepatitis B	Se sugiere su aplicación en pacientes con AR con antígeno de superficie negativo y en aquellos con factores de riesgo para adquirirlo	23 (10.1%)	204 (89.9%)
Tétanos, difteria, tosferina	Dosis única a mayores de 19 años que no la hayan recibido	19 (8.4%)	208 (91.6%)

Conclusiones: Sin duda, el cumplimiento de los esquemas de vacunación recomendados para artritis reumatoide, y en general para enfermedades reumáticas, debe ser en gran medida responsabilidad del médico tratante no sólo para informar esta necesidad a sus pacientes sino para establecer el mejor momento para llevarla a cabo.

Bibliografía

- Furer V, Rondaan C, Heijstek MW, et al. 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 2020;79:39-52.
- Cepeda-Pérez AS, Tello Winniczuk N, Díaz Borjón A. Adherencia a las recomendaciones actuales de inmunización en pacientes con artritis reumatoide en México. *Reumatol Clin.* 2019.

C002

Eficacia y seguridad de upadacitinib monoterapia en pacientes con artritis reumatoide

García-Martell A¹, Kapetanovic MC², Andersson M³, Friedman A⁴, Shaw T⁵, Song Y⁴, Aletaha D⁶, Buch MH⁷, Müller-Ladner U⁸, Pope J⁹

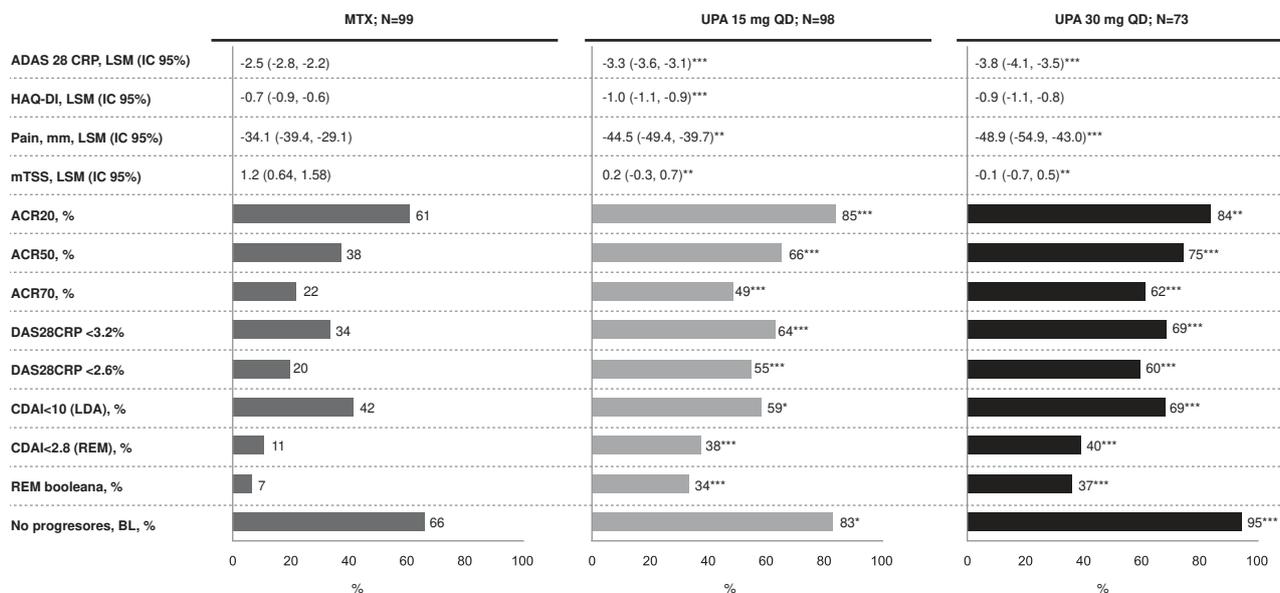
⁽¹⁾Práctica privada, ⁽²⁾Section of Rheumatology Lund University and Skåne University Hospital, Lund, Sweden, ⁽³⁾Abbvie AB, Solna, Sweden, ⁽⁴⁾Abbvie INC, North Chicago, United States of America, ⁽⁵⁾Abbvie LTD, Maidenhead, United Kingdom, ⁽⁶⁾Medical University of Vienna, Vienna, Austria, ⁽⁷⁾University of Leeds and Nibr Leeds Biomedical Research Centre, Leeds, United Kingdom, ⁽⁸⁾Justus Liebig University Giessen, Bad Nauheim, Germany, ⁽⁹⁾St. Joseph's Health Care London, London, Canada

Introducción: El tratamiento para la artritis reumatoide (AR) dentro de la ventana terapéutica (primeros 0-3 meses) se relaciona con mejores resultados clínicos y la función física.

Objetivos: Medir eficacia y seguridad de upadacitinib (UPA), un inhibidor oral JAK-1 selectivo, en pacientes con AR activa moderada a grave, sin MTX previo o con respuesta inadecuada a csDMARDs/bDMARDs.

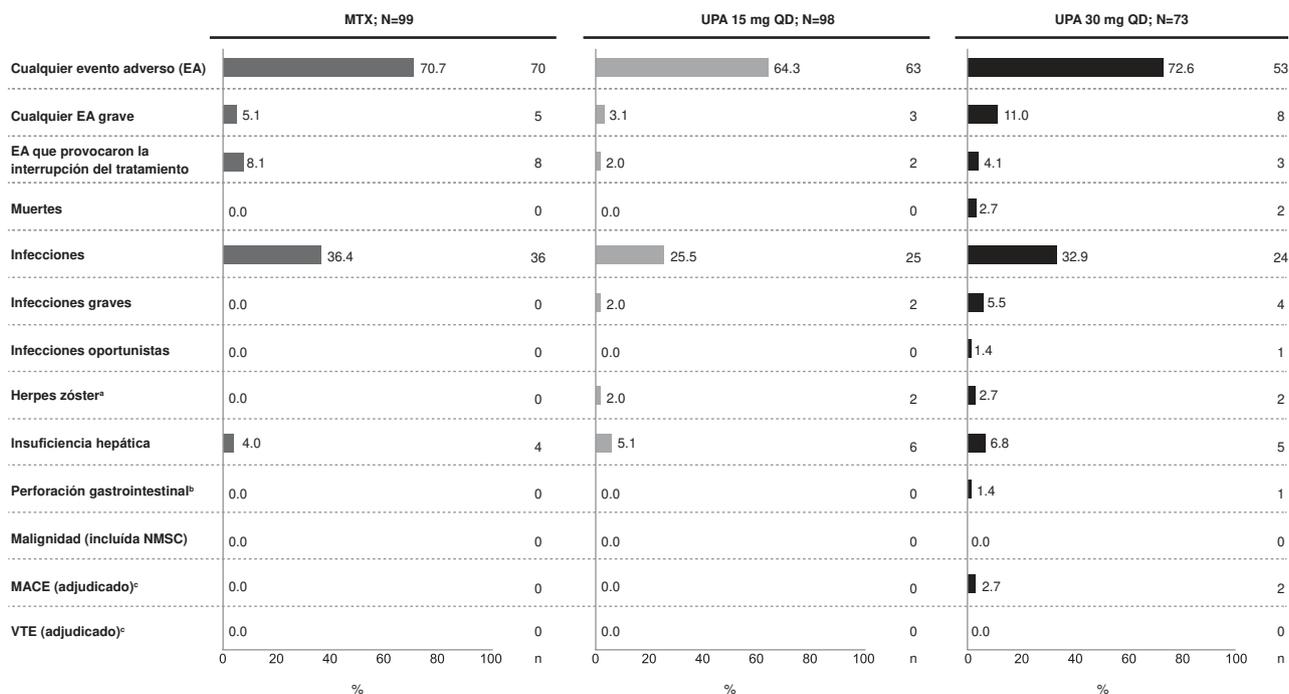
Material y métodos: Se aleatorizó a los pacientes sin MTX previo en *select-early* con AR activa y mal pronóstico, 1:1:1 a monoterapia con UPA una vez al día a 15, 30 mg o MTX semanal. Se registraron resultados de

Figura 2. Resumen de los eventos adversos en la semana 24 en pacientes con AR temprana que recibieron tratamiento dentro de los primeros 90 días de diagnóstico, n (%). (C002)



Los valores son tasas de respuesta (%) o diferencias medias de mínimos cuadrados con respecto al valor inicial con valores de IC del 95%. Los resultados se basan en el siguiente análisis: criterios de valoración binarios: NRI; DAS28CRP, dolor, HAQ-DI, datos después del primer rescate sobrescrito por LOCF; mTSS, imputación por extrapolación lineal; No progresores = DmTSS <0; definición de remisión booleana; TJC <1, SJC <1, CRP <1 mg / dl, ***, **, * estadísticamente significativo a 0.001, 0.01 y 0.5 respectivamente. ☒ cambio desde el inicio, QD una vez al día; Criterios ACR de mejoría ACR20 / 50/70, 20, 50 o 70%; CDAI, índice de actividad de la enfermedad clínica; DAS28CRP, puntuación de actividad de enfermedad de 29 articulaciones utilizando proteína C reactiva; HAQ-DI, índice de discapacidad del cuestionario de evaluación de la salud; LDA, baja actividad de la enfermedad; LOCD, última observación llevada a cabo; LSM, medios de mínimos cuadrados; mTSS, puntuación total aguda modificada; REM, remisión; SJC: recuento de articulaciones inflamadas; SCJ, recuento de articulaciones dolorosas.

Figura 1. Eficacia en la semana 24 en pacientes con AR temprana que recibieron tratamiento dentro de los primeros 90 días de diagnóstico. (C002)



^aMuertes: UPA 30, 1 muerte CV, 1 muerte debido a neumonía y sepsis; ^bHerpes zóster: todos los eventos adversos fueron leves a moderados; ^cPerforación gastrointestinal: UPA 30, 1 paciente con perforación, ^dMACE, eventos graves cardiovasculares (adjudicados), UPA, 1 IM no fatal y 1 muerte (súbita). AE, eventos adversos; NMSC, cáncer de piel no melanoma; VTE, tromboembolia; PE, embolismo pulmonar; DVT, trombosis venosa profunda.

eficacia (incluidos ACR, DAS28(CRP), CDAI y mTSS) y seguridad del análisis *post hoc* de pacientes que recibieron tratamiento en los primeros 90 días del diagnóstico.

Resultados: 270 pacientes iniciaron tratamiento en los primeros 90 días del diagnóstico de AR. Los pacientes tuvieron AR activa de moderada a grave con DAS28(CRP), daño estructural en la articulación y seropositividad a ACPA y RF de modo inicial. En comparación con MTX, una proporción más grande de pacientes con monoterapia con UPA (15 o 30 mg) logró una mejoría significativa en eficacia, incluidos ACR20, 50 y 70, DAS28CRP < 2.6, CDAI ≤ 2.8, remisión booleana, función física (HAQ-DI), disminución del dolor e inhibición del daño estructural (**Figura 1**). Los resultados de seguridad fueron consistentes con el estudio y el análisis integrado de seguridad (**Figura 2**).

Conclusiones: El inicio temprano con monoterapia con UPA (15 y 30 mg) dentro de los primeros tres meses del diagnóstico se acompañó de mejoría clínicamente significativa en eficacia. El perfil de seguridad fue consistente con el estudio en general y el análisis integrado de fase 3.

Bibliografía

1. Raza K. Ann Rheum Dis. 2011;70(10):1822-5.
2. Stack RJ. BMJ Open. 2019;9:e024361.
3. Parmentier. BMC Rheumatol. 2018;2:23.
4. Van Vollenhoven R. Arth Rheumatol. 2018; 70 (s10) [Abs ACR2018].
5. Burmester GR. Lancet. 2018;391:2503-12.
6. Genovese MC. Lancet. 2018;391:2513-24.
7. Cohen SI. Ann Rheum Dis. [Abs EULAR2019].

Co03

Impacto de upadacitinib vs MTX o adalimumab en pacientes con artritis reumatoide

García-Martell A¹, Van Vollenhoven R², Ostor A³, Mysler E⁴, Damjanov N⁵, Song I⁶, Song Y⁶, Suboticki J⁶, Strand V⁷

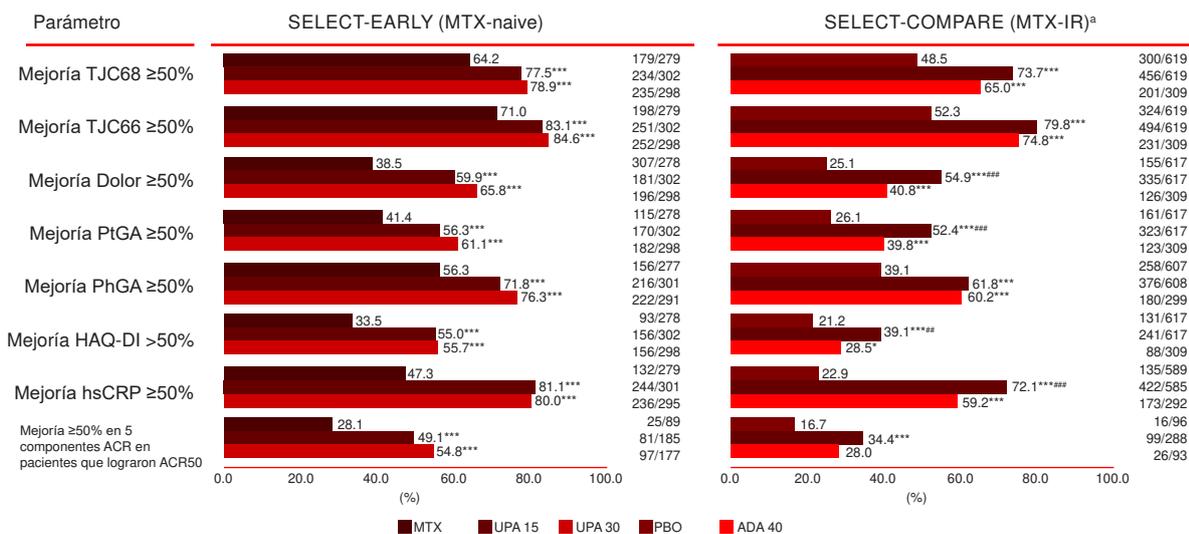
⁽¹⁾Abbvie Farmacéuticos S.A de C.V, ⁽²⁾Amsterdam Rheumatology and Immunology Center ARC, Amsterdam, Netherlands, ⁽³⁾Cabrini Medical Centre, Monash University, Malvern, Australia, ⁽⁴⁾Organización Médica de Investigación, Buenos Aires, Argentina, ⁽⁵⁾Institute of Rheumatology, Belgrade University School of Medicine, Belgrade, Serbia, ⁽⁶⁾Abbvie Inc., North Chicago, United States of America, ⁽⁷⁾Division of Immunology/Rheumatology, Stanford University, Palo Alto, United States of America

Introducción: Se evaluó upadacitinib (UPA), un inhibidor oral selectivo JAK1, como monoterapia en comparación con MTX (*select-early*) y en combinación con MTX contra adalimumab + MTX (ADA; *select-compare*).

Objetivos: Evaluar la actividad de la enfermedad en *select-early* y *select-compare*.

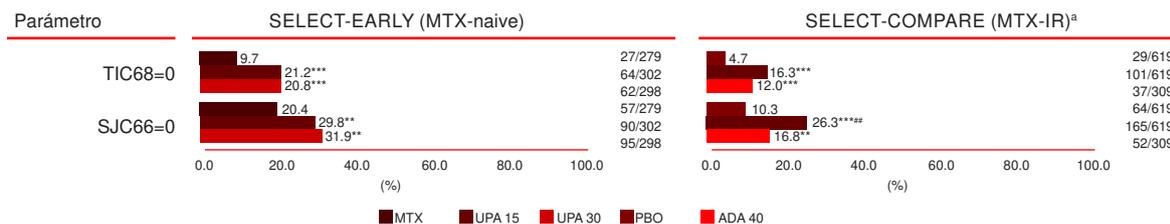
Material y métodos: En *select-early*, los pacientes con MTX previo recibieron UPA (15 o 30 mg) monoterapia una vez al día (QD), o MTX en monoterapia, por 12 semanas. En *select-compare*, los pacientes MTX-IR estables con MTX recibieron UPA (15 mg QD), placebo o ADA (40 mg) cada 2 semanas por 12 semanas. Las respuestas a la semana 12 se definieron como mejoría > 50% en los siete componentes de respuesta de ACR.

Figura 1a. Proporción de pacientes que lograron 50% de mejoría en componentes básicos de ACR en la semana 12. (C003)



*, **, ***p<0.05, p<0.01 y 0.001, respectivamente, vs PBO/MTX: ##, ###, p<0.01 y 0.001, respectivamente vs. ADA, ^aTodos los pacientes recibieron MTX, ^bDolor, PsGA, PhGA, HAQ-DI, hsCRP (SJC y TJC no incluidos como respondedores ACR50 deben lograr una mejoría del 50% en estos parámetros).

Figura 1b. Proporción de pacientes que lograron conteo de articulaciones en 0 en la semana 12. (C003)



*, **, ***p<0.05, p<0.01 y 0.001, respectivamente, vs PBO/MTX: ##, ###, p<0.01 y 0.001, respectivamente vs. ADA, ^aTodos los pacientes recibieron MTX, ^bDolor, PsGA, PhGA, HAQ-DI, hsCRP (SJC y TJC no incluidos como respondedores ACR50 deben lograr una mejoría del 50% en estos parámetros).

Resultados: 947 y 1 629 pacientes se aleatorizaron a *select-early* y *select-compare*, respectivamente. En *select-early*, más pacientes sin MTX previo que recibieron UPA (15 o 30 mg) en monoterapia lograron mejoría > 50% en todos los componentes ACR a la semana 12 comparado con MTX (Figuras 1a y 1b). En *select-compare*, más pacientes con MTX-IR en UPA (15 mg) + MTX lograron mejoría > 50% en ACR contra PBO (todos los componentes) y ADA + MTX (todos los componentes excepto SJC y PhGA).

Conclusiones: En pacientes sin tratamiento previo con MTX y MTX-IR se observaron respuestas a las 12 semanas en proporciones mayores de pacientes que recibieron monoterapia con UPA frente a MTX y UPA + MTX frente a PBO para los 7 componentes de los criterios de respuesta ACR, y para 5 de 7 componentes ACR para UPA + MTX contra ADA + MTX.

Bibliografía

1. Van Vollenhoven R. Arthritis Rheumatol. 2018;70(Suppl. 10): Abstract 891
2. Fleischmann R. Arthritis Rheumatol. 2018;70(Suppl. 10): Abstract 890

C004

Eficacia de baricitinib a tres años en pacientes con AR

Ramírez-Ramírez J¹, Smolen JS², Xie L³, Jia B³, Taylor PC⁴, Burmester G⁵, Tanaka Y⁶, Elias A³, Cardoso A³, Ortmann R³, Walls C³, Dougados M^{6,7}

⁽¹⁾ Eli Lilly and Company de México, ⁽²⁾ Vienna General Hospital, Vienna, Austria, ⁽³⁾ Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA, ⁽⁴⁾ University of Oxford, Oxford, UK, ⁽⁵⁾ Charité - University Medicine Berlin, Berlin, Germany, ⁽⁶⁾ University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, Japan, ⁽⁷⁾ Hospital Cochin, Paris, France

Introducción: Baricitinib (BARI) es un inhibidor JAK1/2 aprobado para tratar a adultos con artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Evaluar la eficacia a largo plazo de BARI en pacientes sin metotrexato previo (MTX [v-MTX]) o respuesta inadecuada (RI) a MTX con AR activa.

Material y métodos: Se analizaron datos de RA-BEGIN (v-MTX) y RA-BEAM (MTX-RI) durante 52 semanas y del estudio de extensión (LTE) (RA-BEYOND) durante 96 semanas adicionales (148 semanas totales). En la semana 52, los pacientes con v-MTX tratados inicialmente con MTX, BARI (4 mg) o BARI (4 mg) + MTX cambiaron a monoterapia con BARI (4 mg) en el LTE. En la semana 52, los pacientes con MTX-RI tratados con BARI (4 mg) o adalimumab (ADA) + MTX en RA-BEAM cambiaron al esquema con BARI (4 mg) (+MTX) en LTE. Los pacientes tratados con placebo (+MTX) cambiaron a BARI (4 mg) (+MTX) en la semana 24. Se

realizaron SDAI y HAQ-DI en pacientes de RA-BEGIN y RA-BEAM y se evaluó la proporción de pacientes que alcanzaron baja actividad de la enfermedad (LDA), junto al cambio desde la basal en HAQ-DI.

Resultados: Para la semana 24 en RA-BEGIN (n = 584), el 62% de los tratados con BARI (4 mg) o BARI (4 mg) + MTX lograron SDAI-LDA en comparación con 40% del grupo MTX; las tasas de respuesta para los grupos de BARI se mantuvieron hasta la semana 148 (Figura 1A). En la semana 24 en RA-BEAM (n = 1 305), 52% de los tratados con BARI (4 mg) + MTX y 50% de ADA + MTX lograron SDAI-LDA en comparación con el 26% del grupo PBO + MTX. Las tasas de respuesta de BARI (4 mg) y ADA en la semana 24 se mantuvieron hasta la 148, incluso después del cambio de ADA a BARI (4 mg) en la semana 52 (Figura 1B). Se demostró mejora de HAQ-DI. En el LTE, la tasa de discontinuación con BARI fue de 13.7% para RA-BEGIN y de 12.6% para RA-BEAM.

Conclusiones: El tratamiento a largo plazo con BARI (4 mg) demostró mantenimiento de resultados clínicos por tres años. Las bajas tasas de interrupción durante el LTE indican que el tratamiento con BARI (4 mg) fue bien tolerado.

Bibliografía

1. Markham A. Drugs. 2017;77:697-704.
2. Fleischmann R. Arthritis Rheumatol. 2017;69:506-517.

C005

Anticuerpos antiproteínas carbamiladas en artritis reumatoide establecida

Herrera-Sandate P¹, Vega-Morales D¹, Garza-Elizondo MA¹, Trouw LA², González-Márquez KI¹, Vázquez-Fuentes BR¹, Castañeda-Martínez DD¹, Castañeda-Martínez MM¹, Mendiola-Jiménez A¹, Cárdenas-De La Garza JA¹, Salinas-Carmona MC¹, Galarza-Delgado DA¹

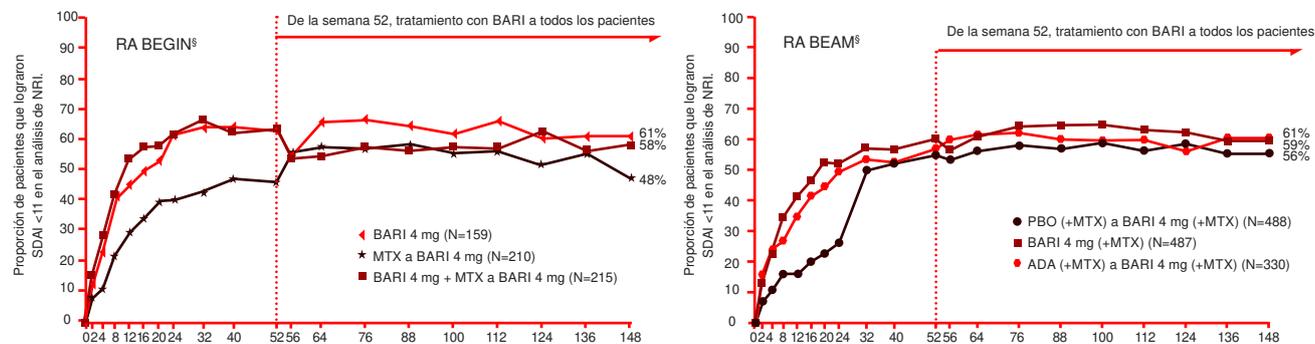
⁽¹⁾Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, México, ⁽²⁾Centro Médico Universitario de Leiden, Holanda

Introducción: Los anticuerpos antiproteínas carbamiladas (anti-CarP), detectados en fases tempranas, se relacionan con progresión radiográfica grave, mayor actividad de la enfermedad y discapacidad en la artritis reumatoide (AR). No existe registro de su prevalencia o relación con actividad de la enfermedad en AR de larga duración de pacientes hispanos.

Objetivos: Determinar la prevalencia de anticuerpos anti-CarP en AR establecida y determinar su relación con la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Se siguió a una cohorte de 278 pacientes con AR establecida durante 18 meses. Se cuantificó el factor reumatoide (RF), anticuerpos antiproteínas citrulinadas (ACPA) y anticuerpos anti-CarP con la técnica ELISA. Para medir la actividad de la enfermedad se usó el índice de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones con velocidad

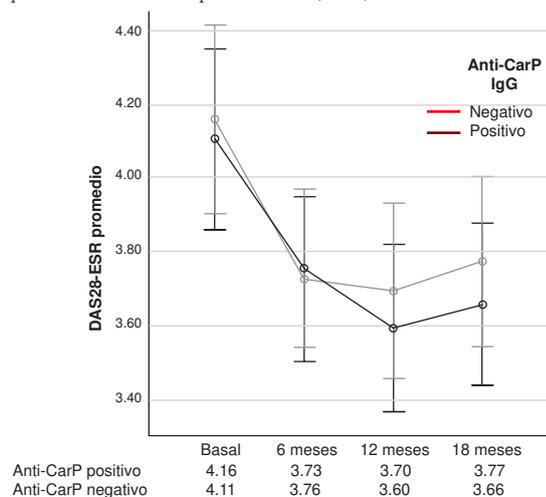
Figura 1. Proporción de pacientes que logran SDAI <11 en el análisis de NRI. (C004)



En el RA-BEGIN, se ofreció rescate de BARI 4mg + MTX a la semana 24
 En el RA-BEAM, se ofreció rescate de BARI 4 mg (+ MTX) a la semana 16. A la semana 24 todos los pacientes PLACEBO + MTX se cambiaron a BARI 4 mg + MTX.
 Al entrar al RA-BEYOND a la semana 52, los pacientes en ADA y MTX se cambiaron a BARI 4 mg.

de sedimentación globular (DAS28-ESR). Se utilizó ANOVA de medidas repetidas para buscar la relación entre los anticuerpos anti-CarP y los valores longitudinales del DAS28-ESR. Los pacientes se evaluaron a los 0, 6, 12 y 18 meses (**Figura 1 y Tabla 1**).

Figura 1. Valores promedio de DAS28-ESR en un seguimiento de 18 meses dividido por el estado de anticuerpos anti-CarP. (C005)



Asumiendo el modelo de no esfericidad por el análisis Greenhouse-Geisser, se obtuvo una diferencia estadísticamente no significativa ($p=0.829$) entre grupos en el ANOVA de medidas repetidas. Las barras de error representan un intervalo de confianza (IC) del 95%. DAS28-ESR, índice de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones con velocidad de sedimentación globular, anti-CarP, anticuerpos antiproteínas carbamyladas; Ig, Inmunoglobulina.

Tabla 1. Positividad de autoanticuerpos por isotipo en una cohorte de 278 pacientes con AR establecida. (C005)

	Promedio (DE)	Positividad de anticuerpos, n (%)	IC95%
RF IgA ^a	266.9 (460.5)	155 (58.9)	53.0 a 64.9
RF IgM ^a	406.8 (611.9)	188 (71.5)	66.0 a 77.0
RF IgG ^a	36.1 (249.6)	44 (16.7)	12.2 a 21.3
ACPA IgG ^a	191.01 (411.1)	144 (54.8)	48.7 a 60.8
Anti-CarP IgA ^b	212.9 (464.2)	74 (26.6)	21.4 a 31.8
Anti-CarP IgM ^b	381.6 (762)	89 (32)	26.5 a 37.5
Anti-CarP IgG ^b	227.5 (402.5)	133 (47.8)	41.9 a 53.8

^aLa información estaba disponible para 263 pacientes. Las unidades son UR/mL. ^bLa información estaba disponible para 278 pacientes. Las unidades son UA/mL. RF, factor reumatoide; ACPA, anticuerpos antiproteínas anticitrulinadas; anti-CarP, anticuerpos antiproteínas carbamyladas; Ig, inmunoglobulina; DE, desviación estándar; IC95%, intervalos de confianza del 95%.

Resultados: Los anticuerpos anti-CarP se identifican en 47.8% de los pacientes y en 9.5% de los pacientes negativos a RF y ACPA. La triple positividad de anticuerpos se observó en 42.6% de los individuos de esta muestra. La positividad a anticuerpos anti-CarP no mostró diferencias estadísticamente significativas en el promedio de DAS28-ESR cuando se comparó con pacientes negativos a anti-CarP a los 0, 6, 12 o 18 meses.

Conclusiones: Los anticuerpos anti-CarP están presentes en casi 50% de los pacientes con AR establecida y en 9% de los sujetos con RF y ACPA negativos. La positividad de anticuerpos anti-CarP no se relaciona con una mayor actividad de la enfermedad por DAS28-ESR en pacientes mexicanos con AR establecida.

Bibliografía

1. Shi J, Knevel R, Suwannalai P, Van Der Linden MP, Janssen GMC, Van Veelen PA, et al. Autoantibodies recognizing carbamylated proteins are

present in sera of patients with rheumatoid arthritis and predict joint damage. Proc Natl Acad Sci U S A. 2011;108:17372-17377.

2. Humphreys JH, Verheul MK, Barton A, MacGregor AJ, Lunt M, Toes REM, et al. Anticarbamylated protein antibodies are associated with long-term disability and increased disease activity in patients with early inflammatory arthritis: Results from the Norfolk Arthritis Register. Ann Rheum Dis. 2016;75:1139-1144.

Coo6

Rigidez arterial en artritis reumatoide

Gómez-Ramírez EE¹, Ramírez-Villafaña M², González-Ponce F¹, Aceves-Aceves JA¹, Esparza-Guerrero Y¹, Nava-Valdivia CA³, Rodríguez-Jiménez NA², Gómez-Camarena JJ¹, Cerpa-Cruz S⁴, Totsuka-Sutto SE², Cardona-Muñoz EG², Gámez-Nava JJ², González-López L²

⁽¹⁾Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Departamento de Fisiología (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Departamento de Microbiología y Parasitología (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾División de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de mortalidad en la artritis reumatoide (AR). La rigidez arterial (RA) es un factor para el desarrollo de ECV.

Objetivos: Determinar la frecuencia de RA en mujeres con artritis reumatoide.

Material y métodos: Diseño transversal. Incluyó a 81 mujeres con AR y 91 mujeres controles. Se excluyó a pacientes con hipertensión arterial. Se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas (duración de la enfermedad, DAS28, HAQ-DI, tratamiento). La rigidez arterial se determinó mediante velocidad de onda de pulso braquial (VOPb). El riesgo de ECV se definió como VOPb > 10 m/s. Análisis estadístico. T de Student y χ^2 para comparación entre grupos. Prueba de Pearson para correlación de variables de interés.

Resultados: En la comparación entre AR y CL se encontraron edades (58 ± 11 vs. 59 ± 6 , $p = 0.45$) e índice de masa corporal (26 ± 5 vs. 27 ± 5 , $p = 0.22$) similares. Los pacientes con AR tuvieron mayor frecuencia de RA (72.8% vs. 49.5%, $p = 0.002$) y menor prevalencia de menopausia ($p < 0.001$). En la AR, la rigidez arterial se correlacionó con mayor IMC ($p = 0.003$) y masa grasa ($p = 0.005$). No se observó correlación con actividad de la enfermedad ni duración de ésta.

Conclusiones: Los pacientes con AR tienen una elevada frecuencia de rigidez arterial que debe identificarse y tratarse como factor de riesgo para futuras ECV.

Bibliografía

1. Avalos I, Chung CP, Oeser A, Gebretsadik T, Shintani A, Kurnik D, et al. Increased augmentation index in rheumatoid arthritis and its relationship to coronary artery atherosclerosis. J Rheumatol. 2007;34:2388-94.

Coo7

Baja prevalencia en uso de bifosfonatos/antirresortivos en artritis reumatoide + osteoporosis

González-López L¹, Gómez-Ramírez EE², Ramírez-Villafaña M¹, Nava-Valdivia CA³, Gómez-Camarena JJ⁴, Jacobo-Cuevas H⁴, Artega-Gallegos IY⁵, García-García GA⁵, Rubio-Castro JJ⁵, Totsuka-Sutto SE¹, Cardona-Muñoz EG¹, Alcaraz-López MF⁶, Gámez-Nava JJ¹

⁽¹⁾Departamento de Fisiología, Centro Universitario Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Departamento de Microbiología y Parasitología (CUCS), Universidad

de Guadalajara, ⁽⁴⁾Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽⁵⁾Médico Pasante de Investigación, Programa Nacional de Servicio Social en Medicina, Secretaría de Salud, México, ⁽⁶⁾Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 46, IMSS, Guadalajara, México.

Introducción: La osteoporosis (OP) es una entidad identificada en alrededor del 29% de los pacientes con artritis reumatoide (AR). La prescripción de bifosfonatos constituye una conducta terapéutica para prevenir, tratar la OP y reducir el riesgo de fracturas. A pesar de la prescripción, una elevada tasa de pacientes con AR abandona el tratamiento con bifosfonatos y otros antirresortivos.

Objetivos: Identificar la permanencia en uso de tratamiento con bifosfonatos/antirresortivos en pacientes con AR y OP.

Material y métodos: Diseño transversal. Incluyó a 115 mujeres con AR. Se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas (duración de la enfermedad, DAS28, HAQ-DI). Se evaluó la permanencia del tratamiento con bifosfonatos o raloxifeno en pacientes con osteopenia y osteoporosis. La densidad mineral ósea se evaluó mediante DXA y osteoporosis de acuerdo con los criterios ISCD (2015). Análisis estadístico: ji cuadrada para comparación de variables de interés.

Resultados: La prevalencia de OP fue del 35.7% y la de osteopenia del 41.7%. De los pacientes con OP, a pesar de la prescripción, sólo 34.2% utilizaba algún tratamiento para OP: 29.3% consumía bifosfonatos y 4.9% raloxifeno. En cuanto a la AR + osteopenia, el 29.2% se hallaba bajo algún tratamiento para OP: 14.6% con bifosfonatos y 14.6% con raloxifeno. El consumo de glucocorticoides se observó en el 82.5% de los pacientes con AR, de los cuales 69.4% no recibía ningún tratamiento con bifosfonatos a pesar de su prescripción.

Conclusiones: Una baja persistencia de uso de bifosfonatos o raloxifeno se observa en pacientes con osteopenia y osteoporosis a pesar del uso crónico de glucocorticoides en AR. Se necesitan nuevas conductas para mejorar la tasa de permanencia con bifosfonatos en estos pacientes con alto riesgo.

Bibliografía

- Gómez-Nava JI, Zavaleta-Muñoz SA, Vázquez-Villegas ML, Vega-López A, Rodríguez-Jiménez NA, et al. Prescription for antiresorptive therapy in Mexican patients with rheumatoid arthritis: is it time to reevaluate the strategies for osteoporosis prevention. *Rheumatol Int.* 2013;33:145-50.

Coo8

Ideación suicida en artritis reumatoide

Purón-González E, Cerpa-Cruz S, González-Díaz V, Martínez-Bonilla G, Gutiérrez-Ureña S, Amaya-Cabrera EL, Contreras-Sánchez S, Rosal-Arteaga CA

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: La AR es una enfermedad crónica inflamatoria de distribución universal. Se encontró que la prevalencia de conductas suicidas es de 2.7% y hasta de 11% en pacientes con AR. Algunos estudios sugieren que los medicamentos utilizados para el tratamiento de AR pueden ser posibles inductores de la aparición de ideación suicida.

Objetivos: Determinar la frecuencia de ideación e intento suicida en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo. Se incluyó a un total de 50 sujetos con diagnóstico de AR por ACR/EULAR 2010 y 50 sanos que acudieron a la consulta de abril del 2019 a septiembre del 2019. Se les aplicaron la Escala de la gravedad de la ideación suicida de Columbia (C-SSRS) y la escala de ideación suicida de Roberts. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva. Se correlacionaron las variables con la prueba r de Pearson. Se utilizó el software SPSS v.25.

Resultados: En la **Tabla 1** se muestran las características clínicas y demográficas de los pacientes. En la **Tabla 2** aparecen las correlaciones de Pearson sobre ideación suicida y AR.

Las frecuencias de ideación suicida de moderada a grave en pacientes con AR por C-SSRS y en la escala de ideación suicida de Roberts fueron de 20% (10) y 14% (7), en comparación con el grupo control que presentó el 8% (4) de ideación suicida leve con la escala de Roberts y 4% (2) con la C-SSRS.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de pacientes con AR. (C008)

	AR n = 50	Sanos n = 50
Edad media (DE) años	50.18 (11.15)	27.76 (8.18)
Femenino: (%)	48 (96)	42(84)
Duración de enfermedad, media (DE) meses	98.90 (68.94)	-
Hábitos: (%)		
- Alcoholismo	4 (8)	18 (36)
- Tabaquismo	3 (6)	8 (16)
- Toxicomanías	0 (0)	2 (4)
Factor reumatoide positivo (%)	50 (100)	-
Anti-CCP (%)	5 (10)	-
Medicamentos: (%)		
- Metotrexato	44 (88)	-
- Sulfasalazina	34 (68)	-
- Antidepresivos	5 (10)	-
- Analgésicos	38 (76)	-
- Corticosteroides	33 (66)	-
DAS28 2.6 (%)	34 (68)	-

AR: artritis reumatoide; Anti-CCP: anticuerpos antipeptido citrulinado cíclico; DAS28: índice de actividad de artritis reumatoide.

Tabla 2. Correlación de Pearson de pacientes con AR.(C008)

	Riesgo de suicido, Columbia		Ideación suicida, Roberts	
	r ²	p	r ²	p
DAS28 2.6	0.048	0.738	0.019	0.896
Dolor (EVA)	0.208	0.147	0.055	0.704
Tabaquismo	0.121	0.403	0.182	0.205
Alcoholismo	-0.019	0.895	-0.110	0.445
Corticosteroides	0.024	0.869	0.068	0.639
Inmunosupresores	0.068	0.641	0.011	0.938

AR: artritis reumatoide; DAS28: índice de actividad de artritis reumatoide.

Conclusiones: En este estudio no se halló una relación clara entre la ideación suicida y la actividad de la artritis reumatoide.

Bibliografía

- Boer AC, Huizinga TWJ, van der Helm-van Mil AHM. Depression and anxiety associated with less remission after 1 year in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2019 Jan;78(1):e1-e1.
- Vallerand IA, Patten SB, Barnabe C. Depression and the risk of rheumatoid arthritis. *Current Opinion in Rheumatology.* 2019 May;31(3):279-84.

Coo9

Evidencia del mundo real de baricitinib en el registro suizo

Barragán-Garfias JA¹, Gilbert B², Lauper K³, Courvoisier DS², Perrier C⁴, Mueller R⁵, Finckh A²

⁽¹⁾Eli Lilly and Company, Ciudad de México, ⁽²⁾Division of Rheumatology, Geneva University Hospitals, Geneva, ⁽³⁾Centre for Epidemiology Versus Arthritis, Centre for Musculoskeletal Research, University of Manchester, ⁽⁴⁾Eli Lilly (Suisse) SA, 16 CH DES Coquelicots, CH-1214 Vernier, ⁽⁵⁾Division of Rheumatology, Medical University Department, Kantonsspital Aarau, 5001 Aarau, Switzerland

Introducción: Baricitinib (BARI) tiene eficacia demostrada en varios estudios, con poca información sobre su uso en el mundo real.

Objetivos: Analizar al grupo de pacientes con AR que iniciaron tratamiento con BARI y con otros FARMEd y analizar su apego con el paso del tiempo.

Material y métodos: Estudio de cohorte, observacional y prospectivo con base en el Registro Suizo de Gestión de la Calidad Clínica en Enfermedades Reumáticas. El periodo de seguimiento (01/09/2017 al 01/09/2019) comparó al grupo tratado con BARI con el grupo de FARMEd, el cual se dividió en tratados con anti-TNF y otros mecanismos de acción (OMA), sin incluir rituximab.

Resultados: Se analizaron 979 cursos de tratamiento (240 en el grupo de BARI, 461 en el de anti-TNF y 278 en el de OMA). El grupo de BARI se prescribió sobre todo en mayores de edad, con mayor duración de la enfermedad y más falladores a tratamientos previos. El mantenimiento de la continuidad del fármaco no ajustada fue significativamente menor en el grupo de anti-TNF respecto del de BARI ($p = 0.019$). Después del ajuste sobre los potenciales factores de confusión, el riesgo de interrupción de los anti-TNF fue mayor en comparación con el grupo de BARI ($p = 0.02$). Por otro lado, se observó una tendencia similar entre los grupos de OMA y BARI ($p = 0.06$). Las covariables se relacionaron en grado significativo con la disminución del mantenimiento del fármaco con medicamentos concomitantes, como FARMEd y glucocorticoides.

Conclusiones: En este estudio, BARI demostró cifras significativamente mayores de mantenimiento en comparación con anti-TNF, con una tendencia similar entre el grupo de BARI y OMA.

Bibliografía

1. Taylor PC. N Eng J Med. 2017;376:652-662.

Co10

Morbimortalidad cardiovascular en artritis reumatoide: seguimiento a cinco años

Rodríguez-Romero AB¹, Galarza-Delgado DA¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Azpíri-López JR², Guajardo-Jáuregui N¹, Lugo-Pérez S², Cárdenas-De La Garza JA¹

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La enfermedad cardiovascular (CV) es la principal causa de mortalidad en pacientes con artritis reumatoide (AR). Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) son bien conocidos, pero su grado de control no es óptimo.

Objetivos: Conocer la prevalencia de mortalidad CV y evolución de FRCV durante un seguimiento a cinco años en una cohorte de AR.

Material y métodos: Estudio longitudinal y prospectivo. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años de edad, con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010) al momento de la inclusión a la clínica de Cardio-Reuma. En ambas visitas se registraron variables demográficas, clínicas y perfil lipídico. Los resultados incluyeron el desarrollo de una comorbilidad cardiovascular: hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia y enfermedad CV. Comparaciones con McNemar y T de Student. Probabilidades de supervivencia con Kaplan-Meier.

Resultados: Se siguió a un total de 92 pacientes. Durante el seguimiento, 9 (9.8%) fallecieron, 3 por enfermedad CV. La edad media de muerte fue de 67.2 ± 10.5 años. De los 83 restantes, 11 pacientes (13.3%) desarrollaron

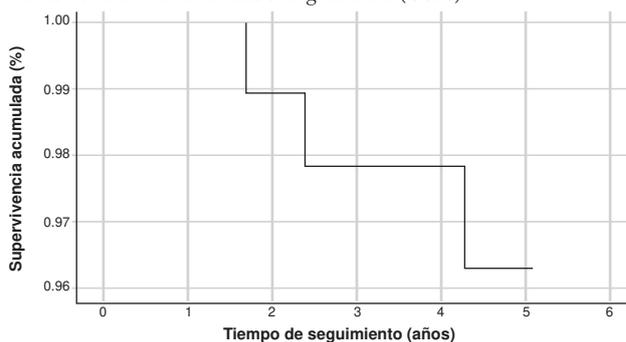
HTA ($p = 0.001$) y 8 (9.6%) pacientes DM ($p = 0.031$). El número de sujetos con dislipidemia se redujo a 14 (16.9%) ($p = 0.031$) y 4 (4.8%) sufrieron un ACV (**Tabla 1**). La probabilidad de supervivencia sin muerte CV es de 96% a cinco años de seguimiento (**Figura 1**) y una probabilidad de 30.1% de desarrollar una comorbilidad cardiovascular.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas al momento de inclusión y a cinco años de los pacientes con artritis reumatoide. (C010)

	Basal (n = 83)	5 años (n = 83)	p
Edad, años \pm DE	56.0 \pm 8.9		-
Género femenino, n (%)	75 (90.4)		-
Duración de la enfermedad, años mediana (p25-p75)	10.4 (4.4-15.7)		-
FRCV, n (%)			
HTA	27 (32.5)	38 (45.8)	0.001
Dislipidemia	25 (30.1)	16 (19.3)	0.041
DM	6 (7.2)	14 (16.9)	0.008
Tabaquismo activo	8 (9.6)	6 (7.2)	NS
Sobrepeso/obesidad	67 (81.7)	63 (81.9)	NS
ACV	0	4 (4.8)	-
Clínicas y perfil lipídicos			
IMC, kg/m ² \pm DE	28.1 \pm 4.1	28.5 \pm 4.3	NS
PAS, mmHg \pm DE	123.7 \pm 18.4	126.9 \pm 16.8	NS
Colesterol total, mg/dl \pm DE	180.8 \pm 29.0	173.9 \pm 34.2	NS
Triglicéridos, mg/dl \pm DE	136.1 \pm 56.1	146.1 \pm 64.2	NS
HDL, mg/dl \pm DE	55.2 \pm 16.3	55.1 \pm 15.9	NS
Estatinas, n (%)	9 (10.8)	13 (15.7)	NS
Metotrexato, n (%)	71 (85.5)	63 (75.9)	0.039
Glucocorticoides, n (%)	49 (59)	40 (48.2)	NS

NS, no significativo; HTA, hipertensión arterial; DM, diabetes mellitus; IMC, índice de masa corporal; PAS, presión arterial sistólica; HDL, lipoproteína de alta densidad.

Figura 1. Curva de Kaplan-Meier que analiza la supervivencia sin muerte cardiovascular tras cinco años de seguimiento. (C010)



Conclusiones: En esta cohorte, HTA y DM se volvieron más prevalentes tras cinco años de seguimiento y se encontró además una supervivencia del 96% que se puede explicar por el control de los FRCV al formar parte de una clínica preventiva de Cardio-Reuma.

Bibliografía

1. Semb AG, Ikdahl E, Wibetoe G, Crowson C, Rollefstad S. Atherosclerotic cardiovascular disease prevention in rheumatoid arthritis. Nat Rev Rheumatol. 2020;16(7):361-79.

C011

Análisis de polimorfismos clave del metabolismo de la vitamina D: asociación del rs2282679 GC con riesgo genético en artritis reumatoide

Carrillo-Carmona A¹, Muñoz-Valle JF¹, Rivera-Escoto Melissa¹, Ruiz-Ballesteros AI¹, Meza-Meza MR¹, Mora-García PE¹, Pesqueda-Cendejas LK¹, Cerpa-Cruz S², De La Cruz-Mosso U¹

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, CUCS, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾División de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México

Introducción: La vitamina D es un inmunonutriente que regula a diversas células del sistema inmunitario. Su deficiencia sérica es común en varias enfermedades autoinmunitarias, como la artritis reumatoide (AR). El 65% de la variabilidad de los valores séricos de vitamina D puede atribuirse a polimorfismos en genes relacionados con el metabolismo de la vitamina D como el de la proteína de unión a vitamina D (VDBP; rs2282679 GC), la 25-hidroxilasa (rs10751657 CYP2R1) y la 1 α -hidroxilasa (rs10877012, CYP27B1).

Objetivos: Determinar la relación de polimorfismos en genes clave del metabolismo de la vitamina D con la AR.

Material y métodos: Estudio transversal en 71 sujetos control (SC) y 78 pacientes con AR (ACR-EULAR 2010). La genotipificación de los polimorfismos de nucleótido único (SNP) se efectuó por diferenciación alélica.

Resultados: Los SNP evaluados: (rs2282679) GC, (rs10741657) CYP2R1 y (rs10877012) CYP27B1 se observaron en equilibrio de Hardy-Weinberg ($p > 0.05$). El genotipo AA del SNP en GC fue el más frecuente (AR = 68% vs. SC = 49%) seguido por el GG del SNP en CYP27B1 (AR = 55% vs. SC = 47%) y el AG del SNP en CYP2R1 (AR = 49% vs. SC = 39%). El genotipo AA del SNP rs2282679 en GC se vinculó con 2.38 veces mayor riesgo genético para AR (OR = 2.38; IC, 1.1-5.1; $p = 0.02$) y el genotipo AC con 2.32 veces menor riesgo (OR = 0.43; IC, 0.1-0.9; $p = 0.01$). La relación del genotipo AA en GC con la AR se corroboró mediante un modelo genético de herencia dominante (OR = 2.18; IC, 1.06-4.48; $p = 0.02$).

Conclusiones: El genotipo AA del rs2282679 GC se vincula con mayor riesgo genético para AR.

Bibliografía

- Ruiz-Ballesteros A, Meza-Meza M, Vizmanos-Lamotte B, Parra-Rojas I, De la Cruz-Mosso U. Association of vitamin d metabolism gene polymorphism with autoimmunity: evidence in population genetic studies. *Int J Mol Sci.* 2020;21 (9626). Doi: 10.3390/ijms21249626.
- Meza-Meza M, Ruiz-Ballesteros A, De la Cruz-Mosso U. Functional effects of vitamin D: from nutrient to immunomodulator. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2020. Doi: 10.1080/10408398.2020.1862753.

C012

Calidad de vida y polifarmacia en pacientes con artritis reumatoide

Mateos-Martínez AL, Lozada-Pérez CA, Espinosa-Morales R

Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: La polifarmacia se define como el consumo de cinco o más medicamentos y, con un enfoque cualitativo, puede ser apropiada e inapropiada. En la artritis reumatoide (AR), la prevalencia registrada de polifarmacia es de 44.4% a 67.9%. La calidad de vida es un concepto que incluye salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y relación con las características más destacadas de su entorno. Las comorbilidades, polifarmacia y factores psicológicos percibidos por el paciente con AR pueden atenuar la calidad de vida.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida en los pacientes con AR y polifarmacia. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal. Se comparó la calidad de vida de los pacientes con AR mediante los cuestionarios HAQ y RAQoL con la presencia de polifarmacia, de enero de 2019 a diciembre de 2019.

Resultados: Se incluyó a 101 pacientes con AR, el 92.92% correspondió a mujeres, la mediana de edad fue de 66 años, el 74% de los pacientes tenía al menos una comorbilidad y 45.54% de los pacientes padece polifarmacia. Al comparar el grado de la actividad de la AR mediante DAS28 y su presencia no se encontró diferencia ($p = 0.688$). Mediante la prueba de U de Mann-Whitney se comparó la distribución entre los dos grupos de estudio (sin y con polifarmacia) y no se pudo observar un nexo entre la polifarmacia y el HAQ, $p = 0.325$.

Conclusiones: La polifarmacia no influyó en la calidad de vida de los pacientes con AR en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México.

Bibliografía

- Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L. What is polypharmacy. A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):230.
- Levy HB. Polypharmacy reduction strategies: tips on incorporating American Geriatrics Society beers and screening tool of older people s prescriptions criteria. *Clin Geriatr Med.* 2017;33(2):177-187.

C013

Impacto de la artritis reumatoide en el remodelado ventricular izquierdo

Lugo-Pérez S¹, Azpiri-López JR¹, Colunga-Pedraza JJ², Galarza-Delgado DA², Rodríguez-Romero AB², Guajardo-Jáuregui N², Cárdenas-De La Garza JA², Cepeda-Ayala OA¹, Azpiri-Díaz H¹

⁽¹⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y una sólida relación en el remodelado anormal del ventrículo izquierdo. El remodelado concéntrico y el excéntrico se han considerado factores independientes de paro cardíaco súbito en la población general con función ventricular normal o levemente disminuida.

Objetivos: Determinar las características de la geometría ventricular izquierda y el efecto de la AR.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal. Se incluyó a 52 pacientes con AR de 40 a 75 años (criterios ACR/EULAR 2010) y controles pareados por edad, género y comorbilidades (Tabla 1). Se los sometió a un ecocardiograma transtorácico. Comparaciones con T de Student, U de Mann-Whitney y χ^2 . Se realizó una regresión binaria con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) habituales, edad y diagnóstico de AR.

Tabla 1. Características demográficas y hallazgos ecocardiográficos. (C013)

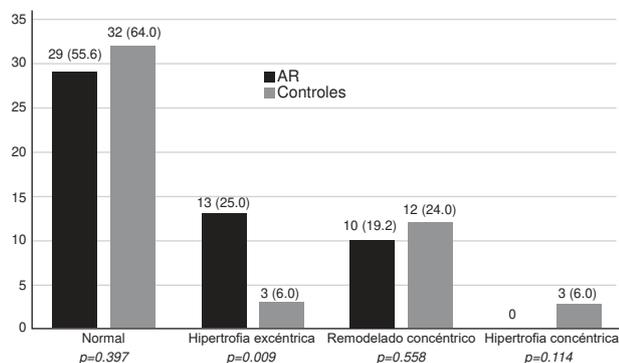
	AR (n=52)	Controles (n=50)	p
Edad, años \pm DE	51.4 \pm 6.2	51.1 \pm 5.5	NS
Género femenino, n (%)	51 (98.1)	49 (98.0)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	8 (15.4)	8 (16.0)	NS
Dislipidemia, n (%)	11 (21.2)	13 (26.0)	NS
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	5 (9.6)	5 (10.0)	NS
Hipertensión arterial, n (%)	8 (15.4)	10 (20.0)	NS
IMC, kg/m ² (p25-p75)	27.8 (24.5-31.4)	28.3 (25.4-30.3)	NS

ASC, mediana (p25-p75)	1.7 (1.6-1.8)	1.8 (1.6-1.9)	0.003
Presión sistólica, mmHg (p25-p75)	119.5 (110.0-127.5)	120.0 (110.7-130.0)	NS
Variables ecocardiográficas			
LVPWTd, mediana (p25-p75)	0.9 (0.8-1.0)	0.9 (0.8-1.0)	NS
LVIDd, mediana (p25-p75)	4.8 (4.3-5.2)	4.6 (4.5-4.9)	NS
Masa VI, mediana (p25-p75)	131.2 (119.5-155.7)	131.2 (113.2-154.3)	NS
Masa indexada del VI, mediana (p25-p75)	78.6 (69.7-95.6)	76.0 (66.7-84.6)	NS
GPR, media ± DE	0.4 ± 0.09	0.4 ± 0.07	NS

NS, no significativo; IMC, índice de masa corporal; ASC, área de superficie corporal; LVPWTd, pared posterior del ventrículo izquierdo en diástole; LVIDd, diámetro del ventrículo izquierdo en diástole; GPR, grosor parietal relativo.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en los FRCV comunes (diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo e hipertensión). La mayoría de los sujetos mostró una geometría normal (Figura 1). Se encontró una mayor prevalencia de hipertrofia excéntrica en el grupo de AR, 13 (25%) sujetos contra 3 (6%), p=0.009. La regresión binaria mostró que el diagnóstico de AR fue el único factor de riesgo independiente para la presencia de hipertrofia excéntrica (RM, 7.22; IC95%, 1.68-31.02; p=0.008).

Figura 1. Alteraciones en la geometría ventricular en los pacientes con AR. (C013)



Conclusiones: Existe una mayor prevalencia de remodelado excéntrico en pacientes con AR independientemente de los FRCV regulares. El diagnóstico de AR es un factor de riesgo independiente para desarrollar hipertrofia excéntrica que se vincula con mayor mortalidad.

Bibliografía

1. You S, Cho CS, Lee I, Hood L, Hwang D, Kim WU. A systems approach to rheumatoid arthritis. PLoS One. 2012;7(12):e51508.
2. Pascale V, Finelli R, Giannotti R, Coscioni E, Izzo R, Rozza F, et al. Cardiac eccentric remodeling in patients with rheumatoid arthritis. Sci Rep. 2018;8(1):5867.

Tabla 1. Metodología usada para el cálculo del costo de tratamiento a 24 meses y resultados de razón de momios (OR), número necesario a tratar (NNT) y costo por respondedor a la semana 24 para los diferentes fármacos evaluados. (C014)

Cálculo de dosis y costos por producto					
Producto	Presentación	Dosis	Precio promedio/empaque 2020	Empaques para 24 semanas	Costo de tratamiento por 24 semanas
Adalimumab	40 mg, jeringa precargada con autoinyector	40 mg cada 2 semanas	\$5,773.60	12	\$69,283.20
Baricitinib	4 mg x 28	4 mg/día	\$ 7,983.80	6	\$47,902.80
Certolizumab pegol	Certolizumab, 200 mg x 2 jeringas	200 mg cada 2 semanas	\$ 7,360.60	12	\$88,327.20
Etanercept	50 mg, 2 plumas prellenadas con 1 ml	50 mg/sem	\$ 6,228.50	12	\$74,742.00

C014

Costo por respondedor en artritis reumatoide después del primer FARME

Cardozo-Ortega M¹, Gómez-Mora D², Gómez O³

⁽¹⁾PHL Laboratorios, ⁽²⁾BIOMAB IPS, ⁽³⁾Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

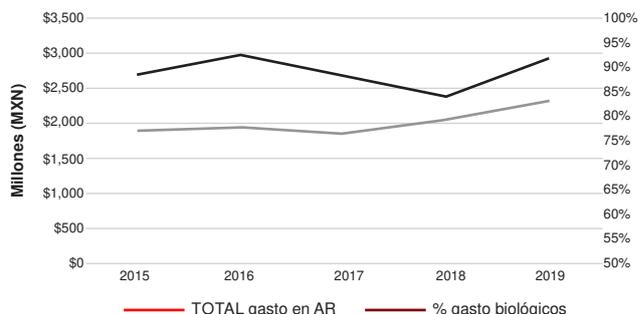
Introducción: La artritis reumatoide, con una prevalencia calculada de 0.8%, genera grados variables de discapacidad y alto consumo de recursos en el sistema de salud mexicano por consumo de medicamentos. Es necesario tener un marco de referencia del costo de las intervenciones, además de las consideraciones clínicas.

Objetivos: Comparar el costo por respondedor para el tratamiento farmacológico de pacientes con falla terapéutica al primer FARME.

Material y métodos: Se determinó el costo por respondedor al calcular el número necesario a tratar (NNT) de tratamientos de segunda línea en artritis reumatoide tomando como desenlace la respuesta ACR20 a 24 semanas en pacientes con falla a FARME convencionales. Los costos de cada fármaco se calcularon con el promedio del precio facturado al gobierno mexicano en 2020 registrados en la plataforma Gob360; para metotrexato subcutáneo se tomó el precio considerado de venta al público por el importador (Tabla 1). Las dosis se calcularon según el prospecto de cada medicamento.

Resultados: Entre los biológicos, el menor NNT para ACR20 a la semana 24 se obtuvo con adalimumab (1.90) y el mayor con golimumab (3.15), mientras que entre los sintéticos baricitinib (2.69) y los convencionales metotrexato subcutáneo (3.75) fueron el menor y mayor, respectivamente (Figura 1). En el análisis de costo por respondedor, MTX SC fue el más favorable y alcanzó menos de la mitad del costo de las alternativas más cercanas.

Figura 1. Tendencia del gasto en medicamentos para el tratamiento de la AR en México 2. (C014)



Tendencia del gasto público en medicamentos para el tratamiento de la AR en México y la participación de las terapias biológicas como porcentaje del total del gasto.

Conclusiones: Metotrexato subcutáneo puede ser una intervención ahorradora de costo para el tratamiento de la artritis reumatoide. Es necesario realizar un análisis económico completo para evaluar su lugar terapéutico.

Golimumab	Golimumab, 50 mg una pluma	50 mg/mes	\$ 7,391.40	5,5	\$40,652.70
MTX SC	Una jeringa prellenada x 15 mg	15 mg/sem	\$ 700.00	24	\$16,800.00
Tofacitinib	5 mg x 56 tab	5 mg c/12 h	\$ 9,736.50	6	\$58,419.00
Costo por respondedor ACR, 20 a 24 semanas					
Tratamiento	Fuente de los datos	Razón de momios (IC-95)	NNT ACR, 20 a 24 sem	Costo por respondedor a 24 semanas	Diferencia vs. MTX SC
Adalimumab SC, 40 mg + MTX	Weinblatt et al.	0.08 (0.03-0.20)	1.90	\$ 131,638	109%
Baricitinib, 4 mg + MTX	Taylor et al.	0.2 (0.16-0.27)	2.69	\$ 128,859	105%
Certolizumab pegol SC, 200 mg + MTX	Keystone et al.	0.11 (0.07-0.17)	2.21	\$ 195,203	210%
Etanercept SC, 50 mg + MTX	Weinblatt et al.	0.15 (0.05-0.39)	2.25	\$ 168,170	167%
Golimumab SC, 50 mg + MTX	Keystone et al.	0.26 (0.15-0.46)	3.15	\$ 128,056	103%
MTX SC, 15 mg	Braun et al.	0.2 (0.07-0.52)	3.75	\$ 63,000	0%
Tofacitinib oral, 5 mg c/12h + MTX	Van Vollenhoven et al.	0.26 (0.15-0.43)	2.90	\$ 169,415	169%

Todos los precios están reflejados en pesos mexicanos, tomando como base para el cálculo los datos de las compras de gobierno durante 2020 registradas en la base de datos de Gob360.

Bibliografía

- Galindo-Suarez R. Estimación de la prevalencia de artritis reumatoide en México. Value in Health. 2013. A719.
- Gob360. <http://gob360.mx/>.
- Weinblatt ME. Adalimumab, a fully human anti-tumor necrosis factor monoclonal antibody, for the treatment of rheumatoid arthritis in patients taking concomitant methotrexate. Arthritis & Rheumatism. 2003;48(1):35-45.
- Taylor PC. Baricitinib versus placebo or adalimumab in rheumatoid arthritis. The New England Journal of Medicine. 2017;367(7):652-662.
- Keystone E. Certolizumab pegol plus methotrexate is significantly more effective than placebo plus methotrexate in active rheumatoid Arthritis. Arthritis & Rheumatism. 2008;58(11):3319-3329.
- Weinblatt ME. A trial of etanercept, a recombinant tumor necrosis factor receptor:fc fusion protein, in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate. The New England Journal of Medicine. 1999;340(4):253-259.
- Keystone EC. Golimumab, a human antibody to tumour necrosis factor given by monthly subcutaneous injections, in active rheumatoid arthritis despite methotrexate therapy: the GO-FORWARD Study. Annals of the Rheumatic Diseases. 2008;68(6):789-796.
- Braun J. Comparison of the clinical efficacy and safety of subcutaneous versus oral administration of methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism. 2008;58(1):73-81.
- van Vollenhoven R. Tofacitinib or adalimumab versus placebo in rheumatoid arthritis. The New England Journal of Medicine. 2012;367(6):508-519.

C015

Presión de pulso predice aterosclerosis subclínica en artritis reumatoide

Guajardo-Jáuregui N¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Azpiri-López JR², Galarza-Delgado DA¹, Rodríguez-Romero AB¹, Lugo-Pérez S², Cárdenas-De La Garza JA¹, Garza-Acosta AC³, Reyes-Soto MA¹

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo

León, ⁽³⁾Servicio de Radiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La presión de pulso (PP) es un parámetro clínico que ha demostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo de aterosclerosis en la población general. Valores elevados de la PP se acompañan de una mayor incidencia de muerte cardiovascular.

Objetivos: Analizar la diferencia de PP entre pacientes con artritis reumatoide (AR) y controles sanos y la diferencia entre pacientes con placa carotídea (PC) y sin PC.

Materiales y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 92 pacientes con AR y 92 controles sin AR pareados por género, edad y comorbilidades, de 40 a 75 años. Se realizó un ultrasonido carotídeo a los pacientes con AR y se dividió en dos subgrupos, con y sin PC. Se realizó una toma de presión arterial después de 15 minutos de reposo. Análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión. Distribución con prueba de Kolmogorov-Smirnov. Comparaciones con χ^2 , T de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se encontró una diferencia significativa en la PP entre pacientes con AR y controles (50 mmHg vs. 41 mmHg, respectivamente, p = 0.032) (Tabla 1). En pacientes con AR se encontró una diferencia significativa en la PP de pacientes con y sin PC (50 mmHg vs. 44 mmHg, respectivamente, p = 0.008) (Tabla 2). En la regresión logística binaria, la PP fue el único predictor independiente de PC en pacientes con AR (RM, 1.054; IC95%, 1.008-1.101; p = 0.020).

Tabla 1. Características demográficas de pacientes con AR y controles. (C015)

	AR (n = 92)	Controles (n = 92)	p
Género femenino, n (%)	85 (92.4)	85 (92.4)	NS
Edad, años (p25-p75)	58.0 (55.0-63.0)	56.5 (54.0-61.0)	NS
DMT2, n (%)	17 (18.5)	15 (16.3)	NS
HTA, n (%)	33 (35.9)	33 (35.9)	NS
Dislipidemia, n (%)	30 (32.6)	29 (31.5)	NS
Obesidad, n (%)	30 (32.6)	31 (33.7)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	11 (12.0)	20 (21.7)	NS
Presión de pulso, mmHg (p25-p75)	50 (40-55)	41 (40-50)	0.032

Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	10.57 (4.26-17.56)	-	-
---	-----------------------	---	---

NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial.

Tabla 2. Características demográficas de pacientes con AR con y sin PC. (C015)

	AR con PC (n = 39)	AR sin PC (n = 53)	p
Género femenino, n (%)	36 (92.3)	49 (92.5)	NS
Edad, años ± DE	60.13 ± 5.98	58.08 ± 7.00	NS
DMT2, n (%)	9 (23.1)	8 (15.1)	NS
HTA, n (%)	16 (41.0)	17 (32.1)	NS
Dislipidemia, n (%)	13 (33.3)	17 (32.1)	NS
Obesidad, n (%)	15 (38.5)	15 (28.3)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	6 (15.4)	5 (9.4)	NS
Presión de pulso, mmHg (p25-p75)	50 (49.0-50.0)	44 (37.5-54.0)	0.008
Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	8.44 (3.00-15.50)	12.86 (4.66-19.66)	NS

NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial.

Conclusiones: Los pacientes con AR presentaron una PP más elevada que los controles. La PP es un predictor independiente para aterosclerosis subclínica en pacientes con AR.

Bibliografía

- Zureik M, Touboul PJ, Bonithon-Kopp C, Courbon D, Berr C, Leroux C, et al. Cross-sectional and 4-year longitudinal associations between brachial pulse pressure and common carotid intima-media thickness in a general population: The EVA study. *Stroke*. 1999;30(3):550-5.
- Harbaoui B, Nanchen D, Lantelme P, Gencer B, Heg D, Klingenberg R, et al. Prognostic value of pulse pressure after an acute coronary syndrome. *Atherosclerosis*. 2018;277:219-26.

C016

Bronquiolitis obliterante (BOOP) asociada a artritis reumatoide

Zárate-Torres JD, Maya-Piña LV, Barbosa-Cobos RE, Lugo-Zamudio GE, Alonso-Martínez D

Hospital Juárez de México

Introducción: La bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BOOP) es una enfermedad rara de las vías respiratorias pequeñas, caracterizada por la destrucción del epitelio bronquiolar y obstrucción progresiva del flujo de aire. La segunda causa de BOOP son las enfermedades reumáticas autoinmunitarias como la AR, en la que se presenta con baja frecuencia; el tratamiento de primera línea incluye glucocorticoides.

Material y métodos: Paciente femenino de 28 años con diagnóstico de AR (criterios ACR/EULAR 2010) de nueve años de evolución, con factor reumatoide de 628 UI/ml y anti-CCP de 188 U/ml, sin actividad articular (DAS-28, 1.46), con antecedente de actividad extraarticular ocular (úlceras corneales autoselladas por tejido uveal y colocación de parche tectónico en ojo derecho). Debido a la presencia de factores de riesgo (factor reumatoide/anti-CCP positivo alto y úlcera corneal) se realizó búsqueda intencionada de otras manifestaciones extraarticulares como las pulmonares mediante TCAR (**Figura 1**) y se identificó imagen consistente con BOOP; se realizó espirometría que reveló FVC de 125% y FEV₁/FVC de 89%. Se agregó al tratamiento preestablecido (metotrexato e hidroxiquina) prednisona a dosis altas.

Figura 1. TCAR, corte transversal. Se observan áreas de atrapamiento aéreo con distribución en mosaico (*). (C016)



Resultados: Las manifestaciones extraarticulares pulmonares en AR se presentan en 10% a 67% de los pacientes con AR y hasta en 60% son asintomáticas, como en el caso presentado de BOOP. Es relevante el tamizaje ya que 10% a 20% de las muertes en AR son atribuibles a las manifestaciones pulmonares.

Bibliografía

- Lin E, Limper AH, Moua T. Obliterative bronchiolitis associated with rheumatoid arthritis: analysis of a single-center case series. *BMC Pulm Med*. 2018 22;18(1):105.
- Devouassoux G, Cottin V, Lioté H, Marchand E, Frachon I, Schuller A, Béjui-Thivolet F, Cordier JF, Groupe d Etudes et de Recherche sur les Maladies "Orphelines" Pulmonaires (GERM"O" P). Characterisation of severe obliterative bronchiolitis in rheumatoid arthritis. *Eur Respir J*. 2009;33(5).

C017

Manifestaciones cutáneas y calidad de vida en pacientes con AR

Pascual-Ramos V, Sánchez-Cárdenas G, Contreras-Yañez I, Guaracha-Basáñez G, Pacheco-Santiago LD, Méndez-Flores S, Barrera-Vargas A, Merayo-Chalico J, Domínguez-Cherit J

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Las manifestaciones cutáneas (MC) comprometen la calidad de vida (CV).

Objetivos: Los objetivos fueron describir las MC de pacientes que integran una cohorte de AR temprana e identificar los factores relacionados con MC y CV dermatológica reducida (CVDR).

Material y métodos: Un dermatólogo cegado a la evaluación reumatológica evaluó la piel y el pelo de 122 pacientes (85% de la cohorte). Las lesiones identificadas se clasificaron en AR específicas y AR inespecíficas, a su vez categorizadas como se resume en la **Tabla 1**. La CVDR se definió como una puntuación de la versión hispana del *Dermatology Life Quality Index (DLQI)* > 1. Se usaron estadística descriptiva y análisis de regresión múltiple.

Resultados: Los pacientes fueron en su mayoría mujeres adultas (91%), con AR controlada y mediana de seguimiento de 9 años. Hasta 94 pacientes (77%) tuvieron MC (**Figura 1**) y de ellos 17 (13.1%) lesiones AR específicas y 91 (96.8%) lesiones AR inespecíficas (**Tabla 1**). La edad (OR, 1.054; IC95%, 1.015-1.094) y la preocupación por la piel (OR, 5.657; IC95%, 1.771-18.070) se vincularon con MC, mientras que la edad y la puntuación del DLQI con el número de MC/paciente.

Tabla 1. Tipos y distribución (número, %) de las MC categorizadas como AR inespecíficas. (C017)

Enfermedades de la piel n = 32 (35.2%)		Enfermedades del pelo n = 19 (20.9%)		Signos y síntomas cutáneos n = 70 (76.9%)	
Melasma	6 (18.8)	Efluvio telógeno	17 (89.5)	Xerosis	66 (94.3)
Dermatitis acneiforme	6 (18.8)	Tricotilomanía	1 (5.3)	Atrofia cutánea	10 (14.3)
Fibroma blando	4 (12.5)	Alopecia	1 (5.3)	Manchas posinflamatorias	2 (2.9)
Dermatitis por contacto	2 (6.3)			Hematomas	2 (2.9)
Acné	2 (6.3)			Cicatrices postraumatismo	1 (1.4)
Queratosis actínica	2 (6.3)			Prurito	22 (18.9)
Dermatitis seborreica	2 (6.3)				
Vitiligo	1 (3.1)				
Psoriasis	1 (3.1)				
Neoplasias cutáneas malignas	1 (3.1)				
Pitiriasis versicolor	1 (3.1)				
Hipomelanosis en gotas idiopática	1 (3.1)				
Intertrigo	1 (3.1)				
Púrpura pigmentada	1 (3.1)				
Foliculitis	1 (3.1)				
Quiste epidermoide	1 (3.1)				
Verrugas plantares	1 (3.1)				
Nevo melanocítico	1 (3.1)				
Queratosis pilar	1 (3.1)				

Figura 1. Ejemplos de MC, AR inespecíficas del tipo “enfermedades de la piel”. (C017)



a, melasma; b, carcinoma basoceleular; c, dermatitis acneiforme; d, vitiligo.

Se registró a 29 pacientes (24.2%) con CVDR. El componente emocional del SF-36 (OR, 0.955; IC95%, 0.923-0.988) y las MC/paciente (OR, 2.873; IC95%, 1.723-4.791) se relacionaron CVDR. El prurito y las alteraciones del pelo fueron las categorías individuales acompañadas de CVDR. El incremento de la puntuación del DLQI modificó el SF-36-emocional.

Conclusiones: Una cuarta parte de los pacientes estudiados tuvo CVDR y ésta se relacionó con más MC, enfermedades del pelo y prurito. Las MC afectaron la CV.

Bibliografía

1. Finlay AY, Ryan TJ. Disability and handicap in dermatology. Int J Dermatol. 1996;35:305-11.
2. Basra MKA, Fenech R, Gatt RM, Salek MS, Finlay AY. The Dermatology Life Quality Index 1994-2007: a comprehensive review of validation data and clinical results. Br J Dermatol. 2008;159:997-335.

C018

Prevalencia de MSA en AR con involucro pulmonar sub-clínico

Vázquez del Mercado-Espinosa M¹, Chavarría-Ávila E², Pérez-Vázquez F³, Aguilar-Vázquez A⁴, Pizano-Martínez O³, Victoria-Ríos DA³, Llamas-García A³, Ramos-Hernández A¹, Mejía-Ávila ME³, Alvarado-Alvarenga

K¹, Palacios-Zárate B¹, Gutiérrez-Rivera EX¹, Ávila-Armengol H¹, Aguilar-Arreola JE¹, Durán-Barragán S³, López-Blasi JI¹

⁽¹⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, ⁽²⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, ⁽³⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, UDG, ⁽⁴⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, UDG, ⁽⁵⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) se han reclasificado como síndrome antisintetasa (ASS) en años recientes por la red americana y europea del síndrome de antisintetasa. Ha surgido un gran debate acerca del papel de los anticuerpos específicos de miositis (MSA) en enfermedades autoinmunitarias reumáticas sistémicas (SARD) diferentes de las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII).

Objetivos: Determinar la prevalencia de MSA y anticuerpos relacionados con miositis en pacientes con AR (ACR/EULAR 2010), sin afección pulmonar aparente ni datos clínicos de MII.

Material y métodos: Se identificaron variables demográficas y clínicas, incluidos DAS28 PCR, espirometría y tomografía de alta resolución (TACAR) pulmonar. Los resultados se informaron de acuerdo con la American Thoracic Society y la European Respiratory Society (ATS/ERS). La detección de MSA y MAA se realizó mediante LIA. Análisis estadístico: se calculó un tamaño de muestra mínimo de 30 considerando $\alpha = 0.05$ y $1-\beta = 95\%$.

Resultados: La edad media de 33 pacientes con AR fue de 46.6 ± 8.25 años. La afectación pulmonar asintomática se encontró en 18% y fue la neumonía intersticial linfocítica la más frecuente (12.1%) y la usual con 6.1% (Tabla 1). La prevalencia de MSA fue del 18.1% y la coexistencia de MSA de 3%. No se identificaron diferencias en los valores de FVC y FEV₁/FVC según los hallazgos de la TACAR.

Conclusiones: Se mostró una prevalencia de MSA de 18.1% en AR y coexistencia de MSA en 3%. Se necesitan más estudios y diferentes métodos emergentes para la detección de MSA y MAA con confiabilidad, reproducibilidad, especificidad y sensibilidad adecuadas para su uso en la clínica.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con AR. (C018)

Caso	TACAR	MSA	MAA	Anti-CCP	DAS28PCR
1	LIP	-	-	-	2.77
2	LIP	-	-	-	3.35
3	LIP	-	-	+	2.30
4	LIP	-	-	-	---
5	UIP	Anti-OJ	Anti-Ku	+	2.29
6	UIP	-	-	-	1.77
7	-	-	-	+	3.09
8	-	-	Anti-Ku	-	3.82
9	-	-	-	-	3.73
10	-	-	-	-	0.0
11	-	Anti-OJ	-	+	6.73
12	-	-	-	-	4.97
13	-	Anti-PL12	Anti-Ro52	+	1.39
14	-	-	Anti-Ro52	+	2.06
15	-	Anti-PL7	-	+	3.70
16	-	-	-	+	4.10
17	-	-	-	+	4.07
18	-	-	-	+	3.25
19	-	-	-	-	4.40
20	-	-	-	+	5.36
21	-	-	-	+	2.97
22	-	Anti-SAE1 Anti-Mi-2β	Anti- PMScl100	-	2.99
23	-	-	-	+	3.94
24	-	-	-	+	3.26
25	-	-	-	+	3.29
26	-	Anti-Mi-2β	-	+	0.0
27	-	-	-	+	3.60
28	-	-	-	+	4.68
29	-	-	-	+	---
30	-	-	Anti-Ku	+	---
31	-	-	-	+	---
32	-	-	-	-	---
33	-	-	Anti-Ro52	+	2.75

TACAR, tomografía de alta resolución; MSA, autoanticuerpos específicos de miositis; MAA, autoanticuerpos relacionados con miositis; CCP, anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado; DAS28, Índice de actividad de la enfermedad basado en 28 articulaciones y valores de proteína C reactiva; LIP, neumonía intersticial linfocítica; UIP, neumonía intersticial usual.

Bibliografía

1. Cavagna L. Serum Jo-1 autoantibody and isolated arthritis in the antisynthetase syndrome: review of the literature and report of the experience of AENEAS Collaborative Group. Clin Rev Allergy Immunol. 2017;52(1):71-80. doi:10.1007/s12016-016-8528-9
2. Cavagna L. Clinical spectrum time course in anti Jo-1 positive anti-synthetase syndrome: results from an International Retrospective Multicenter Study. Medicine (Baltimore). 2015;94(32):e1144. doi:10.1097/MD.0000000000001144

C019

Grosor íntima-media carotídeo y anticuerpos en artritis reumatoide

Rodríguez-Romero AB¹, Galarza-Delgado DA¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Azpiri-López JR², Valdovinos-Bañuelos A³, Guajardo-Jáuregui N¹, Lugo-Pérez S², Cárdenas-De La Garza JA¹, Garza-Ácosta AC¹

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) poseen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Cualquier marcador de aterosclerosis podría prevenir de una manera temprana episodios cardiovasculares en estos pacientes. El ultrasonido carotídeo es un método sencillo y se utiliza como marcador subrogado de aterosclerosis coronaria. **Objetivos:** Determinar si existe una relación de la positividad de anticuerpos con el grosor íntima-media carotídeo (GIMC) en pacientes con AR. **Material y métodos:** Observacional y transversal. Se incluyó a 79 pacientes con AR que cumplieran criterios ACR/EULAR 2010, de 40 a 75 años. Se excluyó a todos los pacientes con comorbilidades cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia), consumo de estatinas, enfermedad cardiovascular previa y embarazadas. Se realizó un ultrasonido Doppler carotídeo bilateral para medición de GIMC evaluado por un radiólogo certificado. Se tomó una muestra de sangre para medición de factor reumatoide (FR) y anti-CCP.

Resultados: La edad media fue de 53 años y el 93.7% correspondió a mujeres. Las características demográficas y clínicas se hallan en la **Tabla 1**. Se encontró una correlación pequeña significativa con el GIMC derecho y los títulos de FR IgM (rho = 0.232, p = 0.045). El resto de los isotipos de FR y anti-CCP mostraron significancia estadística con el GIMC (**Tabla 2**).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con artritis reumatoide. (C019)

Variables	AR (n = 79)
Edad, años ± DE	53.1 ± 8.3
Género femenino, n (%)	64 (93.7)
Tabaquismo activo, n (%)	9 (11.4)
Características de la enfermedad, mediana (p25-p75)	
Duración de la enfermedad, años	1.7 (3.0-15.1)
DAS28-PCR	3.0 (2.0-4.2)
CDAI	11 (3-20)
Medicamentos, n (%)	
Metotrexato	64 (81)
Biológicos	6 (7.6)
Glucocorticoides	48 (60.8)
Títulos de anticuerpos, mediana (p25-p75)	
Anti-CCP, U/mL	114.1 (2.9-198.7)
FR IgM, U/mL	8.4 (3.0-23.8)
FR IgG, U/mL	200.0 (62.2-200)
FR IgA, U/mL	87.0 (14.4-198.3)
GIMC derecho, mm (p25-p75)	0.7 (0.6-0.9)
GIMC izquierdo, mm (p25-p75)	0.8 (0.6-0.12)

DAS28, disease activity score using 28 joints; PCR, proteína C reactiva; CDAI, clinical disease activity index; anti-CCP, anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado; FR, factor reumatoide; GIMC, grosor íntima-media carotídeo.

Tabla 2. Correlaciones rho de Spearman del grosor íntima-media carotídeo con títulos de anticuerpos. (C019)

Títulos de anticuerpos	GIMC derecho	p	GIMC izquierdo	p
Anticuerpos anti-CCP	0.086	NS	0.053	NS
FR IgG	0.075	NS	0.216	0.065
FR IgM	0.232	0.045	0.072	NS
FR IGA	0.011	NS	0.056	NS

NS, no significativo; anti-CCP, anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado; FR, factor reumatoide; GIMC, grosor íntima-media carotídeo.

Conclusiones: Los títulos de FR IgM se vincularon con un mayor GIMC derecho, por lo que su positividad justifica la realización de ultrasonido carotídeo en los pacientes sin comorbilidades cardiovasculares para la correcta estratificación del riesgo cardiovascular.

Bibliografía

- England BR, Thiele GM, Anderson DR, Mikuls TR. Increased cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: mechanisms and implications. *BMJ*. 2018;361:k1036.
- Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJ, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis*. 2017;76(1):17-28.

C020

Función ventricular izquierda en artritis reumatoide mediante rastreo de partículas

Lugo-Pérez S¹, Azpiri-López JR¹, Galarza-Delgado DA², Colunga-Pedraza IJ², Rodríguez-Romero AB², Guajardo-Jáuregui N², Cárdenas-De La Garza JA², Cepeda-Ayala OA¹, Azpiri-Díaz H¹

⁽¹⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares (ECV). Existe controversia sobre el efecto de la actividad de la enfermedad sobre la función sistólica del ventrículo izquierdo (FSVI). Esta última puede evaluarse mediante la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI) y técnicas ecocardiográficas como rastreo de partículas.

Objetivos: Comparar la FSVI en pacientes mestizos mexicanos con AR y controles sanos y evaluar el efecto de la actividad de la enfermedad mediante ecocardiografía de rastreo de partículas.

Material y métodos: Estudio transversal de 52 pacientes con AR entre 40 y 75 años (ACR/EULAR 2010) y controles sanos. Se realizó un ecocardiograma transtorácico evaluado por dos cardiólogos certificados. La FEVI y las deformaciones del miocardio (circunferencial, longitudinal y radial) se evaluaron mediante ecocardiografía de rastreo de partículas.

Resultados: El grupo con AR se dividió en dos grupos, remisión-baja actividad y moderada-alta actividad según la puntuación DAS28-PCR. La FEVI fue menor en sujetos con AR que controles (62.7% vs. 64.7%, p = 0.012). Se encontró una diferencia significativa en la deformación circunferencial global (GCS) entre los pacientes con AR según la actividad de la enfermedad, disminuida en el grupo de actividad moderada-alta en comparación con el grupo de actividad baja-remisión (-14.6% vs. -17.1%, respectivamente, p = 0.025).

Conclusiones: Los pacientes con AR tenían una FEVI menor. Además, los pacientes con AR con mayor actividad de la enfermedad presentaron una deformación miocárdica reducida, evaluada por GCS. El efecto de estas anomalías en la morbimortalidad cardiovascular en pacientes con AR necesita una evaluación prospectiva.

Bibliografía

- You S, Cho CS, Lee I, Hood L, Hwang D, Kim WU A systems approach to rheumatoid arthritis. *PLoS One*. 2012;7(12):e51508.doi:10.1371/journal.pone.0051508.

C021

Nefropatía IgA ANCA positivo en un paciente con artritis reumatoide

Arévalo-Martínez FG¹, Badia-Flores JJ²

⁽¹⁾Hospital Ángeles Metropolitano, ⁽²⁾Hospital Ángeles Mocel

Introducción: La nefropatía IgA es la enfermedad glomerular primaria más frecuente. La biopsia muestra depósitos de IgA₁, IgM, C₃, C₄, properdina, lectina, aumento de matriz y celularidad mesangial, necrosis, semilunas y esclerosis segmentaria glomerular. Se presenta con hematuria, proteinuria o hipertensión. Se relaciona con factores genéticos, infecciones, cáncer y enfermedades autoinmunitarias. El tratamiento consiste en esteroides e inmunosupresores.

Objetivos: Presentar un caso de nefropatía positiva a IgA ANCA en un paciente con artritis reumatoide (AR).

Material y métodos: Es un estudio transversal de un paciente con AR atendido en el consultorio en el 2010. Individuo masculino de 58 años con AR de 10 años de evolución, tratado con FARMES, biológicos anti-TNF- α , tres años con tocilizumab subcutáneo, un frasco cada mes los últimos seis meses. Tres meses antes inicia hipertensión arterial, eritrocituria y proteinuria; laboratorios: albúmina 3.1/3.5 g/dl, colesterol 256/200 mg/dl, VSG 27/20, proteinuria de 24 h con 4 430 mg y ANCA P positivo 1:80/1:40; biopsia con nefropatía por IgA M1, E₁, S₁, T₁, C₀, sin identificar vasculitis. Se trató con IECA, pulsos de metilprednisolona (1 g IV al día, 3 días), micofenolato de mofetilo (500 mg cada 8 h), con buena respuesta.

Resultados: La nefropatía IgA tiene una presentación clínico-histológica y un tratamiento muy variados, en la cual debe considerarse el cuadro clínico de la enfermedad autoinmunitaria relacionada.

Conclusiones: La biopsia renal debe realizarse en todo paciente con proteinuria y hematuria. En este caso, con ANCA P positivos, cambiaron radicalmente el diagnóstico sospechado, el tratamiento y el pronóstico.

Bibliografía

- Lafayette RA, Canetta PA, Rovin BH, Appel GB, et al. Randomized, controlled trial of rituximab in IgA nephropathy with proteinuria and renal dysfunction. *J Am Soc Nephrol*. 2017;28:1306-1313.
- Rauen T, Eitner F, Fitzner C, et al. Intensive supportive care plus immunosuppression in IgA nephropathy. *N Eng J Med*. 2015. 373:2226-2226.

C022

Porcentaje de referencia a medicina familiar-reumatología por artralgia de manos

Herrera-Sandate P, Figueroa-Parra G, Vega-Morales D, Esquivel-Valerio JA, Vázquez-Fuentes BR, Garza-Elizondo MA, Ordóñez-Azuara YG, Gutiérrez-Herrera RF, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La referencia temprana en pacientes con sospecha de artritis reumatoide tiene efectos en el pronóstico. Se ha descrito que el tiempo de referencia en un hospital público se aproxima a 112.8 semanas desde el inicio de los síntomas hasta la evaluación por el reumatólogo. Se busca actualizar la información de una cohorte de pacientes con artralgia de manos en un hospital universitario.

Objetivos: Determinar el tiempo de referencia a reumatología y diagnóstico en pacientes con artralgia de manos en un hospital universitario.

Material y métodos: Se incluyó a 110 pacientes de la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de Monterrey, Nuevo León. Acudieron con artralgia de manos como motivo de consulta. Se les dio seguimiento para identificar si fueron referidos al servicio de reumatología y determinar el tiempo de referencia.

Resultados: Del total de pacientes, 90 (81.8%) fueron mujeres. La media de edad fue de 49.69 (DE, 14.92) años. En 100 (90.9%) sujetos se solicitaron estudios de gabinete. Hasta 49 (44.5%) recibieron indicación de acudir al servicio de reumatología, de los cuales 34 (30.9%) acudieron. La mediana de tiempo de referencia fue de 38 días (RIC, 20.5-62.5). El tiempo promedio para el diagnóstico definitivo fue de 71 días (DE, 106.63).

Conclusiones: El 90% de los pacientes con artralgia de manos recibe abordaje paraclínico en medicina familiar, casi la mitad es referida y sólo un tercio acude a la consulta de reumatología. El tiempo de referencia es de 38 días y el diagnóstico se establece en 71 días.

Bibliografía

- Vega-Morales D, Covarrubias-Castañeda Y, Arana-Guajardo AC, Esquivel-Valerio JA. Time delay to rheumatology consultation: rheumatoid arthritis diagnostic concordance between primary care physician and rheumatologist. *American Journal of Medical Quality: the Official Journal of the American College of Medical Quality*. 2016;31(6):603. <https://doi.org/10.1177/1062860616646446>.

C023

Hallazgos por ecocardiografía speckle tracking en pacientes con artritis reumatoide

Rosal-Arteaga CA, Hernández-Del Río JE, Purón-González E, Almengor-Montenegro OJ, Ventura-Valenzuela ME, Uribe-Martínez JF, Del Ángel-Aranda AK, Cepeda-Rocha MS, Martínez-Bonilla G, González-Díaz V, Gutiérrez-Ureña S, Cerpa-Cruz S

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se considera una enfermedad articular y sistémica relacionada con un aumento del riesgo cardiovascular. Algunos datos sugieren que la afección cardíaca existe incluso antes del diagnóstico clínico de AR.

Objetivos: Evaluar alteraciones ecocardiográficas subclínicas de la aurícula izquierda medidas por ecocardiografía *speckle tracking* (rastreo de motas) en pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Estudio transversal analítico que incluyó a 34 pacientes con AR sin antecedente de enfermedad cardiovascular y 50 controles sanos. Se realizó análisis con T de Student para la comparación de ambos grupos. Se realizó análisis de correlación de Spearman para variables propias de AR (escalas de actividad, tiempo de evolución de la enfermedad, HAQ, entre otros) y mediciones ecocardiográficas.

Resultados: El 79.4% de los pacientes AR era del sexo femenino, con edad media de 47 ± 11 años. El 38.2% se encontraba en actividad baja/remisión, 41.2% con actividad moderada y 20.6% con actividad alta medida por SDAI. Dentro del grupo control, el 86% era de sexo femenino y la edad media fue de 31 ± 11.3 años. El *strain* longitudinal global de la aurícula izquierda fue menor al de los controles sanos (45.14% vs. 57.34%; $p < 0.05$) al igual que el *strain* longitudinal global del ventrículo izquierdo ($p \leq 0.05$). No se hallaron correlaciones significativas entre variables ecocardiográficas y niveles de actividad de AR, edad, tiempo de evolución de AR o HAQ.

Conclusiones: Existen alteraciones en parámetros ecocardiográficos de la aurícula izquierda y ventrículo izquierdo medidos por *speckle tracking* en pacientes con artritis reumatoide en comparación con los controles sanos.

Bibliografía

- Avina-Zubieta JA, Thomas J, Sadatsafavi M, Lehman AJ, Laccaille D. Risk of incident cardiovascular events in patients with rheumatoid

arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(9):1524-9

- Maradit-Kremers H, Crowson CS, Nicola PJ, Ballman KV, Roger VL, Jacobsen SJ, et al. Increased unrecognized coronary heart disease and sudden deaths in rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Arthritis Rheum*. 2005;52(2):402-11.

C024

Tratamiento farmacológico en pacientes con artralgia de manos

Herrera-Sandate P, Vega-Morales D, Badillo-Rodríguez H, Figueroa-Parra G, Vázquez-Fuentes BR, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: Los síntomas iniciales en pacientes con sospecha de artritis reumatoide (AR) incluyen artralgias que afectan la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. El control sintomático, especialmente el analgésico, constituye un principio fundamental en el tratamiento de la AR. No se tiene registro del tratamiento farmacológico empleado en primer nivel para pacientes con artralgia sospechosa de progresión a AR.

Objetivos: Determinar el tratamiento farmacológico en primer nivel para pacientes con artralgia de manos.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y ambispectivo de pacientes con artralgias de manos incluidos en la consulta de medicina familiar de dos centros de primer nivel de atención en Monterrey, Nuevo León. Se utilizaron los expedientes físicos o electrónicos para recabar información clínica de los pacientes.

Resultados: Se incluyó a 202 pacientes, de los cuales 165 (81.7%) eran mujeres, con promedio de edad de 50.55 (DE, 14.12) años. Se informó el uso de 13 fármacos distintos, de los cuales el más administrado fue el paracetamol en 129 (28.3%) pacientes por un periodo de 41.1 días; a 67 (14.7%) pacientes se les administró celecoxib por 18.3 días; el diclofenaco se prescribió en 47 (10.3%) pacientes por 41.9 días; la indometacina se empleó en 37 (8.13%) pacientes por 38.4 días; el sulindaco se indicó en 31 (6.8%) pacientes por 49.4 días, con el mayor periodo de uso notificado. El promedio de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) empleados es de 2.17 por paciente.

Conclusiones: El paracetamol se suministra como tratamiento de primera línea para artralgia de manos, seguido del celecoxib, mediante un promedio de 2 AINE por paciente en el primer nivel de atención hospitalario.

Bibliografía

- Warburton L, Hider SL, Mallen CD, Scott IC. Suspected very early inflammatory rheumatic diseases in primary care. *Best practice & research. Clinical Rheumatology*. 2019;33(4):101419. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.06.001>.

C025

Alteración en geometría ventricular influenciada por factor reumatoide y anti-CCP

Guajardo-Jáuregui N¹, Azpiri-López JR², Galarza-Delgado DA¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Lugo-Pérez S², Rodríguez-Romero AB¹, Cárdenas-De La Garza JA¹, Azpiri-Díaz H², Cepeda-Ayala OA²

⁽¹⁾ Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾ Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen mayor prevalencia de presentar alteraciones de la geometría del ventrículo izquierdo en

comparación con la población general. Los valores del factor reumatoide (FR) y anti-CCP se han relacionado con peor pronóstico cardiovascular (CV).

Objetivos: Analizar la relación que existe entre los títulos de los anticuerpos, FR y anti-CCP y las alteraciones de la geometría ventricular.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y comparativo. Se incluyó a pacientes de 40 a 75 años con diagnóstico de AR (ACR/EULAR 2010). Se realizó un ecocardiograma transtorácico a todos los pacientes y se clasificaron en dos grupos, 41 pacientes con alteración de la geometría ventricular y 41 sin alteración. La geometría ventricular se evaluó con la masa indexada del ventrículo izquierdo y el grosor parietal relativo. Se tomó una muestra de sangre para medir FR y anti-CCP. Comparaciones con χ^2 , U de Mann-Whitney y T de Student.

Resultados: De los 41 pacientes con alteración de la geometría ventricular, 37 (90.2%) presentaban remodelado concéntrico y 4 (9.8%) hipertrofia concéntrica. Las características demográficas se hallan en la **Tabla 1**. Se observó que los pacientes con alteración de la geometría ventricular

mostraron títulos más elevados de anti-CCP (193.04 vs. 18.29, $p \leq 0.01$) y FR IgA (102.11 vs. 21.70, $p = 0.01$) (**Figura 1**).

Conclusiones: Los pacientes con alteración en la geometría ventricular mostraron títulos más elevados de anti-CCP y FR IgA. Esto sugiere un nexo entre los títulos de anticuerpos y el pronóstico de CV de los pacientes con AR. Los reumatólogos deben tomar en cuenta este dato al momento de la evaluación CV de sus pacientes.

Bibliografía

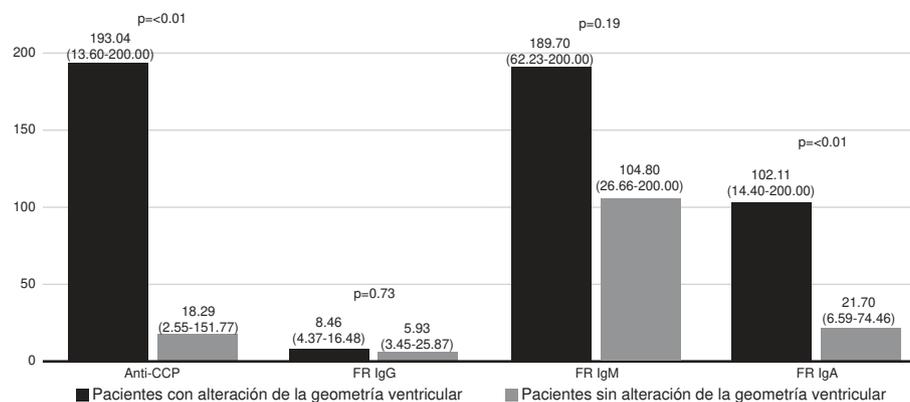
1. Myasoedova E, Davis JM, Crowson CS, Roger VL, Karon BL, Borgeson DD, et al. Rheumatoid arthritis is associated with left ventricular concentric remodeling: Results of a population-based cross-sectional study. *Arthritis Rheum.* 2013;65(7):1713-8.
2. Geraldino-Pardilla L, Russo C, Sokolove J, Robinson WH, Zartoshti A, Van Eyk J V, et al. Association of anti-citrullinated protein or peptide antibodies with left ventricular structure and function in rheumatoid arthritis. *Rheumatol (United Kingdom).* 2017;56(4):534-40.

Tabla 1. Características demográficas y de la enfermedad. (C025)

	Pacientes con alteración de la geometría ventricular (n = 41)	Pacientes sin alteración de la geometría ventricular (n = 41)	p
Edad, años \pm DE	53.12 \pm 7.62	52.34 \pm 7.74	NS
Género femenino, n (%)	39 (95.1)	39 (95.1)	NS
DMT2, n (%)	7 (17.1)	4 (9.8)	NS
HTA, n (%)	13 (31.7)	10 (24.4)	NS
Dislipidemia, n (%)	9 (22.0)	11 (26.8)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	4 (9.8)	3 (7.3)	NS
Obesidad, n (%)	11 (26.8)	14 (34.1)	NS
IMC, kg/m ² (p25-p75)	27.95 (25.33-31.45)	28.42 (25.84-32.00)	NS
Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	10.37 (2.72-17.80)	6.40 (3.43-13.29)	NS
CDAI, mediana (p25-p75)	10.00 (3.00-16.50)	14.00 (2.00-22.00)	NS
DAS28-VSG, media \pm DE	4.71 \pm 1.41	4.16 \pm 1.26	NS
DAS28-PCR, media \pm DE	3.52 \pm 1.42	3.09 \pm 1.11	NS
VSG, mediana (p25-p75)	30.00 (16.50-45.50)	21.50 (14.75-35.00)	NS
PCR, mediana (p25-p75)	0.95 (0.51-1.44)	0.80 (0.50-1.15)	NS
Tratamiento			
MTX, n (%)	33 (80.5)	34 (82.9)	NS
Glucocorticoides, n (%)	25 (61.0)	23 (56.1)	NS
Antihipertensivo, n (%)	13 (31.7)	8 (19.5)	NS
Estatinas, n (%)	6 (14.6)	4 (9.8)	NS

NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; IMC, índice de masa corporal; CDAI, *clinical disease activity index*; DAS28, *disease activity score using 28 joints*; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva; MTX, metotrexato.

Figura 1. Títulos de anticuerpos (C025)



Co26

Correlación: fuerza prensil y características inflamatorias articulares en artritis reumatoide

Ramírez-Villafaña M¹, Gómez-Ramírez EE², Nava-Valdivia CA³, Saldaña-Cruz AM¹, Ponce-Guarneros JM¹, González-Ponce F², Esparza-Guerrero Y², García-Martelli A², García-García GA⁴, Rubio-Castro JJ⁴, Totsuka-Sutto SE¹, Cardona-Muñoz EG¹, Gámez-Nava JI¹, González-López L¹

⁽¹⁾ Departamento de Fisiología (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾ Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾ Departamento de Microbiología y Parasitología (CUCS), Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾ Médico Pasante de Investigación, Programa Nacional de Servicio Social en Medicina, Secretaría de Salud, México.

Introducción: La fuerza prensil es un parámetro que puede reflejar la actividad de la enfermedad y el deterioro funcional articular en la artritis reumatoide (AR). Pocos estudios han evaluado la correlación de esta fuerza prensil con los datos de actividad inflamatoria articular en estos pacientes.

Material y métodos: Diseño transversal. Incluyó a 201 mujeres con diagnóstico de AR (ACR1987). Se evaluaron las características sociodemográficas y clínicas (duración de AR, DAS28, HAQDI, tratamiento y marcadores inflamatorios). La fuerza prensil se valoró mediante la fuerza de presión mediante dinamómetro. Análisis estadístico: prueba de Pearson para correlación de variables de interés.

Resultados: Una disminución de la fuerza prensil se correlacionó con la duración de la enfermedad ($r = -0.242$; $p = 0.02$), gravedad de la rigidez matinal ($r = -0.30$; $p < 0.001$), gravedad de la enfermedad ($r = -0.34$; $p < 0.001$), puntaje del DAS28-PCR ($r = -0.356$; $p < 0.001$), puntaje de HAQ-DI ($r = -0.196$; $p = 0.006$). Por su parte, la fuerza prensil aumentó a mayor peso ($r = 0.162$; $p = 0.02$).

Conclusiones: La fuerza prensil se correlaciona con las características inflamatorias articulares en AR y por tanto es un parámetro que debe considerarse en la evaluación de la respuesta terapéutica.

Bibliografía

1. Lin JZ, Liang JJ, Ma JD, Li QH, Mo YQ, et al. Myopenia is associated with joint damage in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019;10:355-367.

Co27

Polimorfismo rs1544105 del gen FPGS y falla terapéutica a metotrexato

Gallardo-Moya SG¹, Sánchez-Rodríguez EN¹, Becerra-Alvarado IN¹, Nava-Valdivia CA², Centeno-Valdez JD³, Villagómez-Vega A⁴, Nuño-Aranda I⁵, Corona-Sánchez EG⁶, Guerra-Durán IA⁷, Cardona-Muñoz EG⁸, González-López L², Gámez-Nava JI⁹, Saldaña-Cruz AM¹⁰, Álvarez-Ayala EG¹, Esparza-Guerrero Y¹

⁽¹⁾ Doctorado de Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), UDG, ⁽²⁾ Departamento de Microbiología y Patología, CUCS, UDG, ⁽³⁾ Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽⁴⁾ Departamento de Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Tonalá, UDG, ⁽⁵⁾ Instituto de Investigación en Genética Molecular, Centro Universitario de la Ciénega, UDG, ⁽⁶⁾ Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Musculo-Esquelético, Departamento de Biología Molecular y Genómica, ⁽⁷⁾ Programa Nacional de Servicio Social en Investigación en Salud, Secretaría de Salud México, ⁽⁸⁾ Doctorado de Salud Pública, CUCS, UDG, ⁽⁹⁾ Doctorado de Salud Pública y Doctorado de Farmacología, CUCS, UDG, ⁽¹⁰⁾ Departamento de Fisiología, CUCS, UDG, Guadalajara, México.

Introducción: El metotrexato (MTX) es la piedra angular en el tratamiento de primera línea de la AR; sin embargo, se ha publicado una tasa de respuesta del 46% en monoterapia. Se considera que variantes genéticas podrían influir en esta tasa de respuesta.

Objetivos: Evaluar la relación del polimorfismo rs1544105 (*CFPGS* *fo-lilpoliglutamato sintasa*) con la respuesta terapéutica en monoterapia con MTX en AR.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. Se evaluó a 110 pacientes mestizos mexicanos con diagnóstico de AR (ACR1987) en tratamiento con MTX. Se valoró la respuesta terapéutica mediante el DAS-28 tras considerar una puntuación ≥ 3.2 después de tres meses de uso de MTX como falla de respuesta. Se identificó el polimorfismo rs1544105 del gen *FPGS* por PCR en tiempo real mediante sondas TaqMan[®]. Se compararon variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas.

Resultados: Las frecuencias genotípicas encontradas fueron: 24.4% para CC, 58.2% para CT y 17.3% para TT. El 51% de los pacientes tuvo falla terapéutica. El alelo T del gen *FPGS* no se vinculó con falla terapéutica (OR = 1.43; IC, $p = 0.1$).

Conclusiones: Se observó una alta prevalencia de falla terapéutica en este grupo de pacientes. No se encontró nexo del polimorfismo *FPGS* (rs1544105) con falla terapéutica en AR, pero otros polimorfismos deben investigarse para comprender el componente genético de la respuesta terapéutica del MTX.

Bibliografía

1. Ruiz-Padilla AJ, Gámez-Nava JI, Saldaña-Cruz AM, Murillo-Vázquez JD, Vázquez-Villegas ML, Zavaleta-Muñoz, et al. The -174G/C interleukin-6 gene promoter polymorphism as a genetic marker of differences in therapeutic response to methotrexate and leflunomide in rheumatoid arthritis [Internet]. 2016:1-10. [Consultado el 4 de agosto de 2019]. Disponible en <https://doi:10.1155/2016/4193538>.
2. Strand V. 1999. Treatment of active rheumatoid arthritis with leflunomide compared with placebo and methotrexate. *Archives of Internal Medicine* [Internet]. [Consultado el 20 Sep. 2019]; 159(21):2542. Disponible en: <https://doi:10.1001/archinte.159.21.2542>.
3. Yamamoto T, Shikano K, Nanki T, Kawai S. Polyglutamate synthase is a major determinant of intracellular methotrexate polyglutamates in patients with rheumatoid arthritis. *Scientific Reports*, [Internet]. 2016;6(1). [Consultado el 13 Sep. 2019]. Disponible en: <https://doi:10.1038/srep35615>.

Co28

AR: demografía y actividad de enfermedad en pacientes recibiendo upadacitinib

Colín-Bracamontes I¹, Weinblatt ME², Mysler E³, Osttor A⁴, Broadwell A⁵, Jeka S⁶, Dunlap K⁷, Suboticki JL⁷, Enejosa J⁷, Hendrickson B⁷, Zhong S⁷, Cherny K⁷, Wright G⁸

⁽¹⁾ *Abbvie Farmacéuticos SA de CV*, ⁽²⁾ *Brigham and Women's Hospital, Boston, United States*, ⁽³⁾ *Organización Médica de Investigación, Buenos Aires, Argentina*, ⁽⁴⁾ *Cabrini Medical Center, Monash University, Melbourne, Australia*, ⁽⁵⁾ *Rheumatology and Osteoporosis Specialists, Shreveport, United States*, ⁽⁶⁾ *Department of Rheumatology and Connective Tissue Diseases, CM UMK, 2nd University Hospital, Bydgoszcz, Poland*, ⁽⁷⁾ *Abbvie Inc., North Chicago, Illinois, United States*, ⁽⁸⁾ *New York, United States*

Introducción: Upadacitinib (UPA), un inhibidor selectivo de JAK1 oral, ha demostrado eficacia y seguridad favorable en estudios en pacientes con artritis reumatoide (AR) activa de moderada a grave.

Objetivos: Eficacia y seguridad de UPA en pacientes con AR predefinidos en función de las diferencias en los datos demográficos y la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Tres estudios de fase 3 en pacientes con AR que tenían una respuesta inadecuada (RI) a los FARMIE sintéticos. Dos conjuntos de análisis integrados: comparación de UPA (15 mg diarios) con

placebo, y UPA (15 mg, 1x/día), UPA (30 mg, 1x/día) con placebo. Tratamiento de base con FARME convencionales. En los pacientes que alcanzaron ACR20 y DAS28 (CRP) < 3.2 en la semana 12 se evaluaron actividad y demografía.

Resultados: Tres estudios de fase 3; 1 036, 384 y 1 041 pacientes que recibieron 15 mg de UPA una vez al día, 30 mg de UPA una vez al día o placebo, respectivamente. Las tasas de respuesta ACR20 y DAS28 < 3.2 en la semana 12 fueron más altas con UPA (15 mg) y UPA (30 mg) en comparación con placebo y evaluadas de la enfermedad (**Figura 1**). La eficacia de UPA (15 mg diarios) es similar a la del UPA (30 mg diarios).

Conclusiones: Los pacientes con AR y FARME convencionales-RI o FARME biológicos-RI, UPA (15 mg o 30 mg diarios) en combinación con FARME convencionales mejoraron resultados en la semana 12 en comparación con placebo.

Bibliografía

- Burmester GR. Lancet. 2018;23;391:2503-2512.
- Genovese MC. Lancet. 2018;391:2513-24.
- Smolen JS. Lancet. 2019 May 23[Epub ahead of print].
- Van Vollenhoven R. Arthritis Rheumatol. 2018;70(Suppl. 10): Abstract 891.
- Fleischmann R. Arthritis Rheumatol. 2018;70(Suppl. 10): Abstract 890.
- Winthrop KL. Arthritis Rheum. 2014;66:2675-84.
- Winthrop KL. ACR 2016 [Abstract 3027].

C029

Adherencia a tratamiento y correlación con desenlaces en segundo y tercer nivel de atención, estudio multicéntrico

Amaya-Estrada JL, Andrade-Ortega L, Chavira-Flores MV, Guerrero-Solís C, Irazoque-Palazuelos F

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La falta de adherencia dificulta lograr la remisión de la enfermedad, junto con mayores tasas de recaídas. Estudios latinoamericanos y europeos han mostrado adherencia desde de 40% a 60%.

Objetivos: Identificar el grado de adherencia en pacientes con AR. Determinar motivos de falta de adherencia, factores relacionados y diferencias.

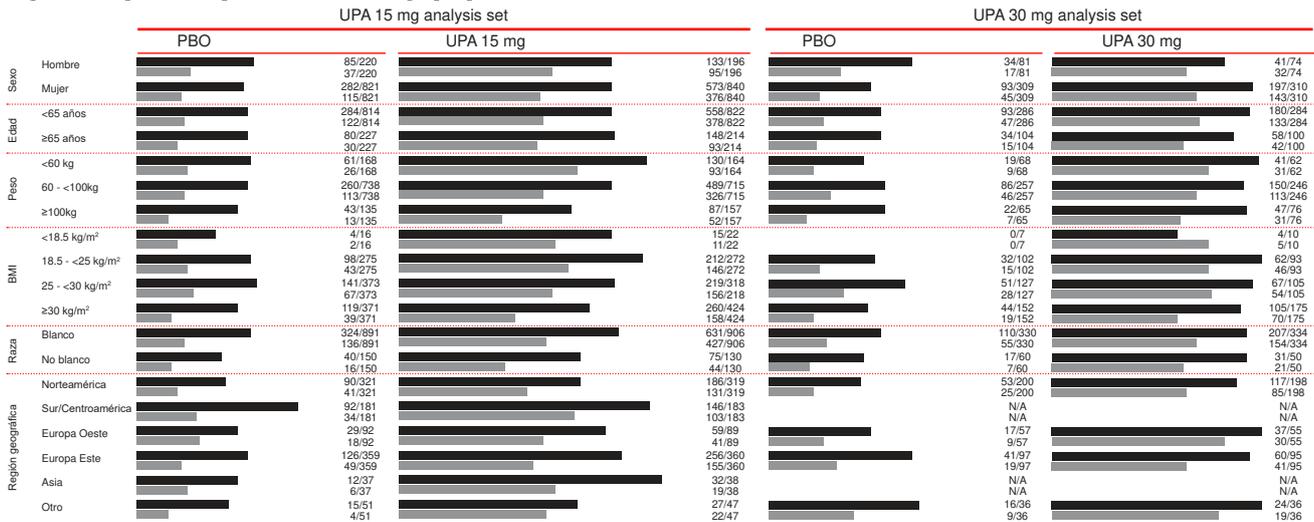
Material y métodos: Se incluyó a pacientes de distintos centros de atención, con obtención de características clínicas, y se aplicaron los cuestionarios SMAQ y CQR5. Se realizaron estadística descriptiva y análisis multivariado para identificar factores vinculados con la adherencia.

Resultados: Participó un total de 459 pacientes: 389 del ISSSTE, 29 de SEDENA y 41 particulares. La duración de la enfermedad en promedio fue de 14.62 años. Hasta 30.9% se encontraba en monoterapia; el 32.9% con TNFi, 15.3% con anti-CD-20, 16.3% con anti-CTLA-4, 25.9% con anti-IL-6 y 0.7% con inhibidores JAK. El 92.4% estaba satisfecho con el tratamiento recibido y el 42% no tenía ninguna dificultad para la administración de su tratamiento. El cumplimiento terapéutico se alcanzó en el 55.10% mediante la herramienta SMAQ (**Tabla 1**), mientras que por CQR5 lo logró el 98.30%. El olvido de la administración de los fármacos se presentó en 22.22%, con afección externa en 19.61% y olvido en fin de semana en 8.06%. En el análisis multivariado sólo el género femenino y el grado de actividad se correlacionan con la adherencia del tratamiento.

Tabla 1. Análisis multivariado que compara a pacientes adherentes y no adherentes con SMAQ (C029)

	Adherentes (n = 252)	No adherentes (n = 207)	p
Hospital, n (%)			
CMN 20 Nov	77 (30.55 %)	81 (39.13 %)	p = 0.106
Chihuahua	19 (7.53 %)	5 (2.41 %)	
Zaragoza	44 (17.46 %)	30 (14.49 %)	
Toluca	9 (3.57 %)	8 (3.86 %)	
Diario Fernández	18 (7.14 %)	16 (7.72 %)	
SEDENA	11 (4.36 %)	18 (8.69 %)	
Queretaro	39 (15.47 %)	43 (20.77 %)	
Particular	35 (13.88 %)	6 (2.89 %)	
Sexo			
Femenino	227 (90.07 %)	190 (91.78 %)	p = 0.011
Masculino	25 (9.92 %)	16 (7.72 %)	
Educación			
Primaria	25 (9.92 %)	30 (14.49 %)	p = 0.199
Secundaria	46 (18.25 %)	34 (16.42 %)	
Preparatoria	45 (17.85 %)	36 (17.39 %)	
Licenciatura	75 (29.76 %)	63 (30.43 %)	
Posgrado	61 (24.20 %)	44 (21.25 %)	
Situación laboral			
Pensionado	84 (33.33 %)	69 (33.33 %)	p = 0.302
Trabajador	114 (45.23 %)	107 (51.69 %)	
No trabajador	54 (21.42 %)	28 (13.52 %)	

Figura 1. Proporción de pacientes en cada subgrupo que alcanzó ACR20 o DAS28 (PCR) < 3.2 a la semana 12. (C028)



Situación vivienda			
Vive solo	15 (5.95 %)	23 (11.11 %)	p = 0.242
Vive acompañado	237 (94.04 %)	184 (88.88 %)	
FARME			
Metotrexato	146 (74.87 %)	121 (73.78 %)	p = 0.275
Leflunomida	40 (20.51 %)	34 (20.73 %)	
Sulfasalazina	9 (4.61 %)	8 (4.87 %)	
Hidroxicloroquina	0	1 (0.60 %)	
Monoterapia			
Monoterapia biológico	79 (31.34 %)	63 (30.43 %)	p = 0.375
	56 (22.22 %)	43 (20.77 %)	p = 0.185
Número de FARME			
0	56	42	p = 0.592
1	153	115	
2	37	43	
3	6	7	
Terapia biológica			
Infliximab	4	3	p = 0.614
Golimumab	12	8	
Adalimumab	36	25	
Certolizumab	15	10	
Etanercept	11	7	
Rituximab	29	41	
Abatacept	42	32	
Tocilizumab	65	54	
Tofacitinib	1	2	
Administración			
Autoadministrado	30	25	p = 0.202
Administrado por familiar	215	174	
Administrado por personal de salud	7	8	
Actividad			
Remisión	159 (63.09 %)	105 (50.72 %)	p = 0.002
Leve	59 (23.41 %)	61 (29.48 %)	
Moderada	26 (10.31 %)	35 (16.90 %)	
Alta	8 (3.17 %)	6 (2.89 %)	

Conclusiones: La adherencia es similar a la publicada a nivel mundial y la falla en el abastecimiento es la principal causa relacionada con la falla de adherencia. El sexo femenino y el grado de actividad de la enfermedad mostraron relación con la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

1. Van den Bemt, Van den Hoogen, Benraad B, Hekster Y, Van Riel P, Van Lankveld W. Adherence rates and associations with nonadherence in patients with rheumatoid arthritis using disease modifying antirheumatic drugs. *J Rheumatol.* 2009;36(10):2164-70.
2. Zwikker H, van den Bemt B, van den Ende C, van Lankveld W, Broeder A den, van den Hoogen F, et al. Development and content of a group-based intervention to improve medication adherence in non-adherent patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns.* 2012;89(1):143-51.

C030

Correlación entre termografía y ultrasonido para remisión de artritis reumatoide

Hernández-Islas D, Herrera-Van Oostdam DA, Santillán-Guerrero EN, Abud-Mendoza C, Fandiño-Vargas MC, Castro-Suazo LA, Hernández-Licona LD, García-Cañas IE

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide y actividad persistente tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, aumento de infecciones y otras complicaciones, ante lo que resulta imperativo mantener

a estos sujetos en remisión. La actividad y la gravedad se evalúan mediante DAS-28, que tiene variabilidad. La resonancia magnética y la gammagrafía son costosas, por lo que no son prácticas. El ultrasonido es útil pero depende del operador. La termografía infrarroja es sencilla, no invasiva y reproducible, y mide la radiación y calor característicos de la inflamación y puede cuantificarse de forma objetiva.

Objetivos: Determinar la correlación entre termografía y ultrasonido de manos para valorar la remisión de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide.

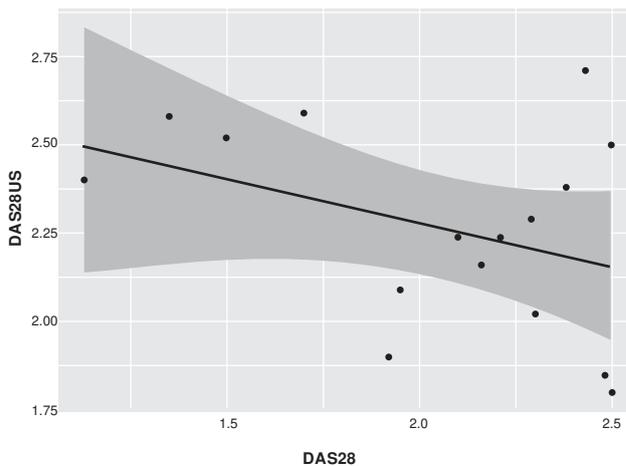
Material y métodos: Se realizó estadística descriptiva. Las variables continuas se expresaron en medias mediante Shapiro-Wilks. Las variables categóricas se expresaron en proporciones. Para el análisis de correlación se utilizó rho de Spearman.

Resultados: 16 pacientes en remisión; se calculó DAS 28 por USG y media de la delta de la temperatura general, y el promedio delta de temperatura de la mano izquierda y la derecha (Tabla 1 y Figura 1). No se halló correlación entre DAS28 por ultrasonido, DAS 28 clínico y delta de temperatura general (p = 0.49; r = -0.28). La evaluación de DAS 28USG con el promedio de la delta de temperatura de las manos derecha e izquierda tampoco obtuvo correlación significativa (p = 0.4; r = -0.017) y (p = 0.75; r = -0.064).

Tabla 1. Correlación de DAS 28 clínico con DAS 28 USG, delta de temperatura de las manos izquierda y derecha. (C030)

Variable	Variables	R	r ²	Error estándar	P
DAS 28	DAS 28 USG	0.079	0.006	0.87	0.15
	Δ Tº mano der	-0.017	-0.0002	0.14	0.75
	Δ Tº mano izq	-0.64	0.004	0.14	0.4

Figura 1. Gráfico de valores DAS 28 vs. DAS 28 USG. (C030)



Correlación entre DAS 28 y DAS28 USG en pacientes con artritis reumatoide en remisión (Fuente: elaboración propia con base en resultados del estudio).

Conclusiones: No se identificó correlación significativa entre DAS 28 USG con la delta de temperatura promedio de manos por termografía; persiste la necesidad de medidas reproducibles, rentables, rápidas y no invasivas para valorar la actividad en la artritis reumatoide.

Bibliografía

1. Gatt A, Mercieca C, Borg A, Grech A, Camilleri L, Gatt C, Formosa C. A comparison of thermographic characteristics of the hands and wrists of rheumatoid arthritis patients and healthy controls. *Scientific Reports.* 2019;9(1).doi:10.1038/s41598-019-53598-0.
2. Jones B, Hassan I, Tsuyuki RT, Dos Santos MF, Russell AS, Yacyshyn E. Hot joints: myth or reality A thermographic joint assessment of inflammatory arthritis patients. *Clin Rheumatol.* 2018;37(9):2567-71.

C031

Upadacitinib y evaluación del índice RAPID3 en pacientes con artritis reumatoide

Núñez-Contreras A¹, Bergman M², Tanaka Y³, Citera G⁴, Bahlas S¹, Ali M⁵, Meerwein S⁶, Song Y⁵, Strand V⁷

⁽¹⁾ Consulta privada, ⁽²⁾ Drexel University College of Medicine, Philadelphia, United States of America, ⁽³⁾ University of Occupational and Environmental Health, Japan, Kitakyushu, Japan, ⁽⁴⁾ Instituto de Rehabilitación Psicofísica, Buenos Aires, Argentina, ⁽⁵⁾ Abbvie Inc., North Chicago, United States of America, ⁽⁶⁾ PABBVIE GMBH CO. KG, Ludwigshafen, Germany, ⁽⁷⁾ Division of Immunology/Rheumatology, Stanford University, Palo Alto, United States of America

Introducción: Upadacitinib (UPA) es un inhibidor oral reversible de JAK diseñado para una mayor selectividad para JAK1 respecto de JAK2, JAK3 y TYK2; en la actualidad se evalúa para el tratamiento de la AR. RAPID3 es un índice que agrupa las tres medidas clave notificadas por el paciente: evaluación global del paciente, dolor y función física.

Objetivos: Evaluar el efecto del tratamiento con UPA en RAPID3 en los estudios *SELECT-BEYOND*, *SELECT-COMPARE* y *SELECT-MONOTHERAPY*.

Material y métodos: Se evaluaron los cambios medios de mínimos cuadrados desde el valor basal (BL) en RAPID3 y la proporción de pacientes que notificaron remisión RAPID3 (≤ 3), baja (LDA, > 3 a ≤ 6), moderada (MDA, > 6 a ≤ 12) y actividad alta (HDA, > 12). También se evaluó la correlación entre la remisión rápida y la remisión definidas por CDAI, SDAI y DAS28 (CRP).

Resultados: Se notificaron mejoras numéricamente más altas desde la basal en RAPID3 con tratamiento con UPA (15 y 30 mg) en comparación con PBO en *SELECT-BEYOND*, y frente a cMTX en *SELECT-MONOTHERAPY* (Tabla 1). UPA (15 mg QD) también se acompañó de mayores reducciones desde el inicio en RAPID3 contra PBO y ADA en *SELECT-COMPARE* (Tabla 1 y Figura 1). Cabe destacar que las mejoras en RAPID3 con UPA y ADA superaron la diferencia mínima clínicamente importante (MCID). Las proporciones de pacientes que lograron remisión rápida fueron numéricamente más altas en los grupos de UPA (15 y 30 mg) respecto de PBO y cMTX.

Tabla 1. Cambio desde el valor inicial en RAPID3 en la semana 12 para *SELECT-BEYOND* y *COMPARE*, y en la semana 14 en *SELECT-MONOTHERAPY*.(C031)

Estudio fase III	Grupo	n	Cambio promedio (DE) respecto del valor inicial
<i>SELECT-BEYOND</i> (RI-FARMEb)	Placebo	148	-3.5 (7.1)
	UPA, 15 mg una vez al día	159	-6.9 (6.7)
	UPA, 30 mg una vez al día	150	-7.4 (6.9)
<i>SELECT-COMPARE</i> (RI-MTX)	Placebo	616	-4.2 (6.4)
	UPA, 15 mg una vez al día	613	-8.6 (6.6)
	ADA, 40 mg semanalmente	307	-7.0 (6.1)
<i>SELECT-MONOTHERAPY</i> (RI-MTX)	Continuar con MTX	203	-3.5 (6.5)
	UPA, 15 mg una vez al día	201	-7.2 (7.1)
	UPA, 30 mg una vez al día	205	-8.5 (6.3)

DE, desviación estándar; RI, respuesta inadecuada; FARMEb, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos; UPA, upadacitinib; ADA, adalimumab; MTX, metotrexato.

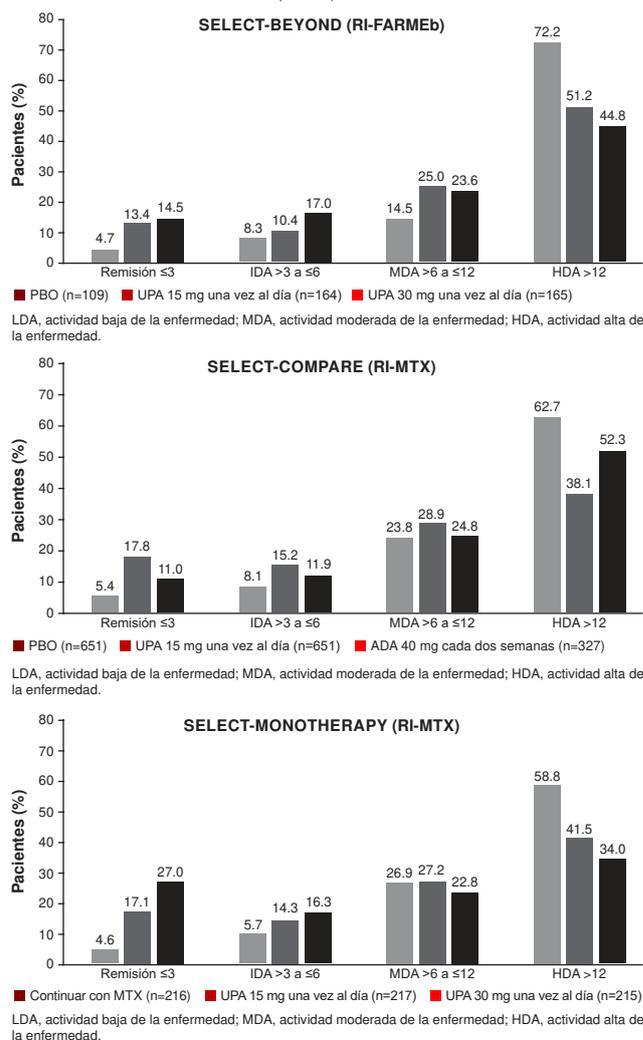
Conclusiones: UPA se relacionó con mejoras en RAPID3, tanto en monoterapia como en combinación, en pacientes MTX-IR (*SELECT-*

COMPARE y *SELECT-MONOTHERAPY*) o bDMARD-IR (*SELECT-BEYOND*).

Bibliografía

1. Ann Rheum Dis. 2020;79(Suppl1):311.

Figura 1. Los estudios *SELECT-BEYOND*, *SELECT-COMPARE* y *SELECT-MONOTHERAPY*. (C031)



C032

Asociación entre variables atmosféricas y artralgia de manos

Herrera-Sandate P, Vega-Morales D, Badillo-Rodríguez H, Figueroa-Parra G, Vázquez-Fuentes BR, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: Muchos de los pacientes con enfermedades reumáticas refieren que sus síntomas empeoran antes o durante los cambios de clima. En un cuestionario, el 68% de los pacientes con dolor crónico creía que los cambios atmosféricos afectaban su dolor. Muchas variables se han analizado, pero sólo tres (temperatura, humedad relativa y presión atmosférica) se

han estudiado de manera extensa. Se desconoce si existe una relación entre el clima y la artralgia de manos en el medio.

Objetivos: Evaluar la relación entre variables atmosféricas y la presencia de artralgia en manos.

Material y métodos: Se incluyó a 129 pacientes en la consulta de medicina familiar y reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González cuyo motivo de consulta fuera la artralgia de manos. Después de la obtención del consentimiento informado se llevó a cabo la maniobra de *squeeze test* (ST) mediante un compresor automatizado que registrara la fuerza necesaria para suscitar dolor (maniobra positiva). Se llevó a cabo una correlación con rho de Spearman para buscar la relación entre la presión atmosférica y la temperatura del día de la consulta y del inicio de los síntomas con la fuerza del ST (**Tabla 1**).

Tabla 1. Correlación con rho de Spearman entre variables atmosféricas del día de la consulta y del inicio de los síntomas con la fuerza necesaria para un *squeeze test* (ST) positivo. (C032)

Parámetro	Fuerza para ST positivo en mano derecha	Fuerza para ST positivo en mano izquierda
Día de la consulta		
Temperatura promedio	-0.115	-0.132
Presión atmosférica máxima	-0.017	0.009
Presión atmosférica mínima	-0.11	0.015
Presión atmosférica promedio	-0.36	-0.006
Día de inicio de los síntomas		
Temperatura promedio	-0.178	-0.207
Presión atmosférica máxima	0.244	0.279
Presión atmosférica mínima	0.268	0.299
Presión atmosférica promedio	0.222	0.262

Resultados: Del total de pacientes, 108 (83.7%) fueron mujeres y el promedio de edad fue de 49.42 (DE, 14.77) años. El promedio de fuerza para ST positivo en la mano derecha fue de 4.19 kg (DE, 3.09) y en la izquierda de 4.06 kg (DE, 2.94). Hubo una correlación no significativa, cercana a cero, entre la fuerza para ST positivo y las variables atmosféricas del día de la consulta y de inicio de la artralgia de manos.

Conclusiones: No existe una relación significativa entre las variables atmosféricas y la fuerza necesaria para provocar artralgia en manos.

Bibliografía

1. Smedslund G, Hagen KB. Does rain really cause pain. A systematic review of the associations between weather factors and severity of pain in people with rheumatoid arthritis. *European Journal of Pain* (London, England). 2011;15(1):5-10. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2010.05.003>
2. Jamison RN, Anderson KO, Slater MA. Weather changes and pain: perceived influence of local climate on pain complaint in chronic pain patients. *Pain*. 1995;61(2):309-315. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00215-z](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00215-z).

C033

Presentación de un caso de glomerulonefritis membranoproliferativa asociada a artritis reumatoide

Sánchez-Toxqui Y, Catana-Hernández R, Galicia-Lucas UJ, Hernández-Pérez C, Enríquez-Luna A

Centro Médico Siglo XXI

Introducción: La afección renal en la artritis reumatoide (AR) es rara, pero su prevalencia es mayor que en la población general. El tipo de daño

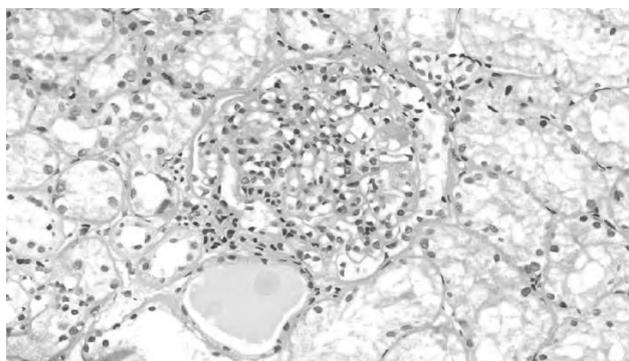
más frecuente es la amiloidosis renal, aunque también se pueden presentar diferentes tipos de glomerulonefritis.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una paciente con glomerulonefritis membranoproliferativa relacionada con AR.

Material y métodos: Se analiza el caso de una paciente con AR y proteinuria en límites nefróticos.

Resultados: Se trata de una mujer de 39 años con AR seropositiva desde 2005, sin actividad de la enfermedad desde 2017; osteoporosis secundaria e hipotiroidismo primario. En 2017 inició con proteinuria < 0.5 g/día, con aumento progresivo desde 2019, sin respuesta a enalapril ni medidas dietéticas; proteinuria máxima de 11.66 g/24 h en agosto de 2020; en clínica sólo edema de miembros pélvicos ++, sedimento urinario normal, ANA 1:1 280, patrón homogéneo, anti-Ro 999 CU; el ultrasonido renal delineó riñones de tamaño normal pero pérdida de la relación corteza-médula; dos meses después experimentó elevación de creatinina 1.49 mg/dl (basal, 0.82 mg/dl); la biopsia renal señaló daño glomerular difuso, patrón membranoso con capilares engrosados (**Figura 1**); expansión mesangial y depósitos mesangiales nodulares eosinofílicos acelulares (PAS positivo, rojo Congo y plata negativos), atrofia tubular, fibrosis e inflamación intersticial leve. Recibió tratamiento con 3 pulsos de metilprednisolona (500 mg) y ciclofosfamida con esquema NIH.

Figura 1. Biopsia renal de la paciente. Glomérulo hiper celular, capilares de aspecto rígido y depósitos mesangiales nodulares, acelulares. (C033)



Discusión: La glomerulonefritis membranoproliferativa relacionada con AR se puede presentar con proteinuria aislada, de evolución progresiva, y en pocos casos se logra remisión completa y el deterioro de la función renal empeora el pronóstico.

Conclusiones: La nefropatía membranoproliferativa se puede presentar junto con AR, con el riesgo de evolución a enfermedad renal crónica y peor pronóstico de los pacientes.

Bibliografía

1. Góis M, Carvalho F, Sousa H, Ferreira AC, João Sousa, Nolasco F. Renal dysfunction among rheumatoid arthritis patients: a retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*. 2020;60:280-284.
2. Góis M, Carvalho F, Sousa H, Ferreira AC, João Sousa, Nolasco F. Renal involvement in rheumatoid arthritis: analysis of 53 renal biopsies. *Port J Nephrol Hypert*. 2017;31(1):25-30. Advance Access publication 10 March 2017.

C034

Diagnósticos en pacientes con artralgia en manos referidos a reumatología

Herrera-Sandate P, Figueroa-Parra G, Vega-Morales D, Esquivel-Vallero JA, Vázquez-Fuentes BR, Garza-Elizondo MA, Ordóñez-Azuara YG, Gutiérrez-Herrera RF, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

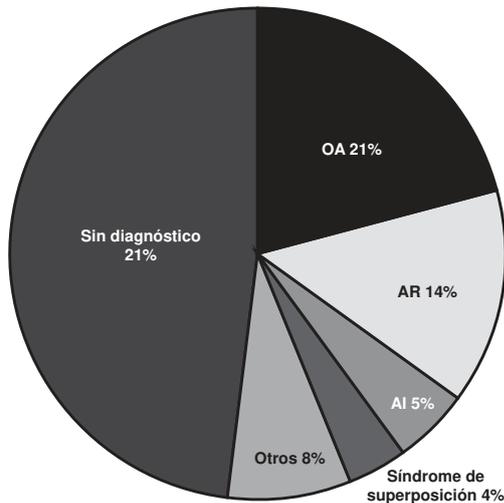
Introducción: Cuando una adecuada atención primaria está disponible, la mayor parte de las consultas se atiende en la comunidad sin la necesidad de referencias a servicios especialistas. Esto es aplicable a padecimientos comunes como dolor lumbar y osteoartritis (OA), pero los pacientes con sospecha de artritis inflamatoria necesitan opciones alternativas a la consulta de atención primaria para optimizar el pronóstico y la evolución.

Objetivos: Determinar los diagnósticos definitivos en pacientes con artralgia en manos y la referencia a un servicio de reumatología en un hospital universitario.

Material y métodos: En un periodo de dos años se incluyó a 129 pacientes con artralgia en manos de la consulta de medicina familiar y la consulta de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León. Se les dio seguimiento para identificar si obtuvieron un diagnóstico final.

Resultados: De un total de 129 pacientes, de los cuales 108 (83.7%) son mujeres, se estableció un diagnóstico definitivo en 67 (51.9%) pacientes (Figura 1). Hasta 27 (20.9%) se diagnosticaron con OA, 18 (14%) con artritis reumatoide (AR), 7 (5.4%) con artritis indiferenciada (AI), 5 (3.8%) con síndrome de superposición y 10 (7.7%) con otros. De este grupo de 67 pacientes, 47 (36.4%) continúan su seguimiento en el servicio de reumatología.

Figura 1. Diagnósticos finales establecidos en una cohorte de 129 pacientes con artralgia en manos. (C034)



Conclusiones: De una cohorte de 129 pacientes con artralgia de manos, 52% recibió un diagnóstico definitivo y la OA fue el diagnóstico más común (20.9%). Del total de pacientes, sólo 47 (36.4%) los atiende un reumatólogo.

Bibliografía

1. Corominas H, Narváez J, Díaz-Torné C, Salvador G, Gómez-Caballero ME, de la Fuente D, et al. Diagnostic and therapeutic delay of rheumatoid arthritis and its relationship with health care devices in Catalonia. The AUDIT study. *Reumatología clínica*. 2016;12(3):146-150. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2015.08.002>.

C035

Remisión clínica y progresión radiográfica en artritis reumatoide de reciente inicio

Lobato-Belmonte AC, García-García C, Álvarez-Hernández E

Hospital General de México

Introducción: En la artritis reumatoide (AR), el daño radiográfico se establece durante los primeros dos años y la mayor parte ocurre en los primeros

cinco. La definición de remisión clínica es variable, con DAS28 de 19% a 47%, SDAI de 18% a 21% y CDAI de 22%.

Objetivos: Determinar la prevalencia de remisión clínica y progresión radiográfica (PR) en los pacientes de la clínica de AR de reciente inicio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal y observacional. Se recabaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y clinimetría. Se realizó una valoración radiográfica con el método de Sharp/Van der Heijde modificado (SVHm). La PR se definió como un aumento de la puntuación total > 5 con respecto a la basal. Se utilizó estadística descriptiva, prueba t, χ^2 y coeficientes de correlación intraclase para la valoración radiográfica.

Resultados: Se incluyó a 49 pacientes. La remisión clínica fue de 44%, 21.4% y 27.7%, por DAS28-PCR, DAS28-VSG y CDAI, respectivamente. La media de la puntuación de erosiones, DEA y puntuación total de SVHm de las radiografías basales fueron de 1.68 ± 2.88 , 6.85 ± 7.71 y 8.54 ± 8.9 DE, respectivamente, y de las radiografías finales de 2.73 ± 4.41 , 13.14 ± 11.32 y 15.88 ± 13.22 DE, respectivamente. El coeficiente de correlación intraclase fue de 0.90 (IC95%, 0.64-0.96) en la valoración radiográfica.

Conclusiones: La remisión clínica concordó con lo notificado en las publicaciones médicas, mientras que el 51.4% de los pacientes presentó PR. No se encontraron correlaciones entre el esquema de tratamiento y el grado de actividad, ni con la capacidad funcional.

Bibliografía

1. Hulsmans HM, Jacobs JW, van der Heijde DM, van Albada-Kuipers GA, Schenk Y, Bijlsma JW. The course of radiologic damage during the first six years of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2000;43:1927-40.
2. Einarsson JT, Willim M, Ernestam S, Saxne T, Geborek P, Kapetanovic MC. Prevalence of sustained remission in rheumatoid arthritis: impact of criteria sets and disease duration, a Nationwide Study in Sweden. *Rheumatology*. (Oxford). 2019;58(2):227-236.

C036

Criterios de artralgia clínicamente sospechosa en pacientes de medicina familiar

Herrera-Sandate P, Figueroa-Parra G, Vega-Morales D, Esquivel-Valerio JA, Vázquez-Fuentes BR, Garza-Elizondo MA, Ordóñez-Azuara YG, Gutiérrez-Herrera RF, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: Los criterios de artralgia clínicamente sospechosa (ACS) elaborados por la *European League Against Rheumatism* (EULAR) son una serie de características clínicas para pacientes que se hallan en riesgo de avanzar a artritis reumatoide (AR). Se elaboraron con la finalidad de determinar la probabilidad de diagnóstico de artritis reumatoide entre reumatólogos. Una alta sensibilidad (> 90%) se obtiene si > 2 parámetros están presentes; y una alta especificidad requiere la presencia de > 3 parámetros. Más de 4 criterios representan una especificidad del 93.4% para predecir la progresión a AR en un año. Se desconoce cuál es su prevalencia en pacientes evaluados en medicina familiar con artralgia de manos.

Objetivos: Identificar los criterios de ACS en una cohorte de pacientes con artralgia en manos en primer nivel de atención y su referencia a reumatología.

Material y métodos: En la consulta de medicina familiar del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en Monterrey, Nuevo León, se incluyó a 110 pacientes con artralgia de manos como motivo de consulta. Se les aplicó un cuestionario dentro del cual se evaluarán los siete criterios de ACS.

Resultados: Del total de pacientes, 90 (81.8%) fueron mujeres. La media de edad fue de 49.69 (DE, 14.92) años. La frecuencia según el número de criterios de CSA se describe en la **Tabla 1**. La proporción de pacientes con > 4 criterios entre referidos y no referidos no tuvo una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 1. Criterios de ACS, frecuencia y porcentaje en una cohorte de 110 pacientes con artralgia de manos. ACS, artralgia clínicamente sospechosa. (C036)

Criterios	n (%)
1	14 (12.7)
2	22 (20.0)
3	32 (29.1)
4	28 (25.5)
5	10 (9.1)
6	3 (2.7)
7	1 (0.9)

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes, un mayor porcentaje de pacientes (29.1%) tuvo tres criterios presentes. La presencia de > 4 criterios de ACS no se vinculó con una referencia temprana a reumatología.

Bibliografía

1. Van Steenberg HW, Aletaha D, Beart-Van De Voorde LJJ, Brouwer E, Codreanu C, Combe B, et al. EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76:491-496.

C037

Factores asociados a modificación de masa ósea en artritis reumatoide

Castro-Suazo LA, Herrera-van Oostdam DA, Cuevas-Orta E, Moreno-Valdés R, Santillán-Guerrero EN, Fandiño-Vargas MC, Hernández-Islas D, García-Cañas IE, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí

Introducción: Pérdida ósea en la artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Determinar factores clínicos que se vinculan con cambios en la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con artritis reumatoide y comparar resultados de FRAX en distintos momentos de la enfermedad con y sin DMO (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación entre pacientes con AR con y sin osteoporosis. (C037)

Variable	Con OP	Sin OP	P
OP en madre	3	4	1.21
AR en madre	7	11	0.96
Fractura por fragilidad en madre	3	4	1.21
Tabaquismo previo	5	7	1.16
Tabaquismo actual	3	2	2.49
Alcoholismo previo	1	3	0.52
Diabetes mellitus	8	17	0.44
Hipertensión arterial sistémica	19	36	0.38
Hipotiroidismo	1	13	0.0096
Cáncer	0	2	0
Ooforectomía antes de los 42 años	3	8	0.57
Sobrepeso	14	20	0.69
Obesidad	10	24	0.18

IMC < 18.5	0	2	0
Fractura por fragilidad previa	8	4	0.05
Riesgo > 20% para fractura osteoporótica mayor sin 1 DMO (FRAX)	4	3	0.34
Riesgo > 3% para fractura cadera sin 1 DMO (FRAX)	13	15	0.35
Riesgo > 20% para fractura osteoporótica mayor con 1 DMO (FRAX)	13	1	< 0.0001
Riesgo > 3% para fractura de cadera con 1 DMO (FRAX)	22	6	< 0.0001
Riesgo > 20% para fractura osteoporótica mayor sin 2 DMO (FRAX)	8	5	0.077
Riesgo > 3% para fractura de cadera sin 2 DMO (FRAX)	19	20	0.12
Riesgo > 20% para fractura osteoporótica mayor con 2 DMO (FRAX)	11	3	0.001
Riesgo > 3% para fractura cadera con 2 DMO (FRAX)	32	14	< 0.0001
2 FARMEsc	21	38	0.49
3 FARMEsc	8	12	0.874
Denosumab	1	1	1.48

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo (Figura 1) de pacientes con AR (ACR 2010) de 18 años o más, con 2 DMO con intervalo de tiempo entre cada una con mínimo de 48 meses, registro de variables demográficas y clínicas, entre ellas actividad de la enfermedad mediante DAS28VSG un año antes de primera DMO y en los primeros tres meses de primera y segunda DMO. Informe de variables mediante prueba de Shapiro-Wilk y análisis de regresión logística para decremento de masa ósea (Tabla 2).

Figura 1. Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes con AR. (C037)

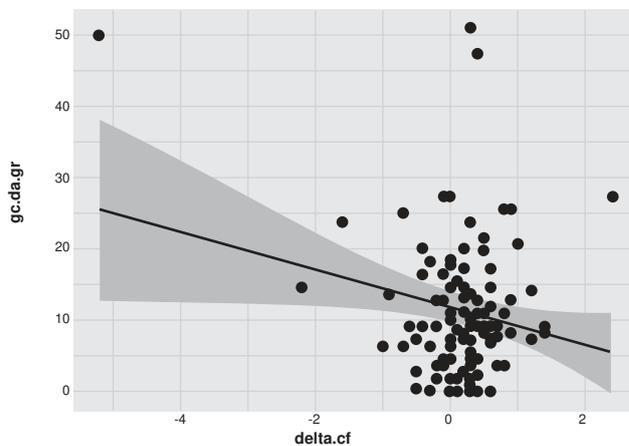


Tabla 2. Análisis de regresión para riesgo de evolución de pérdida de masa ósea. (C037)

Variable	Resultado	P
Dosis acumulada de GC	-2.3	0.02
Actividad moderada de la enfermedad en 1 DMO	1.29	0.01

Resultados: Se valoró a 104 pacientes con AR y 2 DMO, 98.1% de mujeres, edad promedio de 62.5 años y edad media a primera y segunda DMO de 57.5 y 61.9 años, respectivamente, con media de DMO en CL y CF de -1.9, -1.5 y -2.1, -2.6, respectivamente. Porcentajes similares relacionados con actividad de la enfermedad en ambas DMO; predominó actividad

moderada de 63% y 59%. Fractura por fragilidad e hipotiroidismo más frecuentes en osteoporosis con $p < 0.05$. La FRAX sin DMO subestima el riesgo de fractura osteoporótica mayor y de cadera en comparación con resultado con DMO con $p < 0.0001$ (1 y 2 DMO). En análisis de regresión, la dosis acumulada de glucocorticoide y la actividad moderada de la enfermedad se relacionaron con pérdida de masa ósea con $p = 0.05$.

Conclusiones: La actividad moderada de la enfermedad y la dosis acumulada de GC se vinculan con pérdida de masa ósea.

Bibliografía

- Hu Z, Xu S, Lin H, Ni W, Yang Q, Qi J, et al. Prevalence and risk factors for bone loss in southern chinese with rheumatic diseases. BMC Musculoskelet Disord. 2020;21(1):1-12.
- Hauser B, Riches PL, Wilson JF, Horne AE, Ralston SH. Prevalence and clinical prediction of osteoporosis in a contemporary cohort of patients with rheumatoid arthritis. Rheumatol (United Kingdom). 2014;53(10):1759-66.

C038

Factores predictores de remisión sostenida en pacientes con artritis reumatoide en terapia biológica

Chavira-Flores MV, Rosales-Don Pablo VM, Amaya-Estrada JL

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

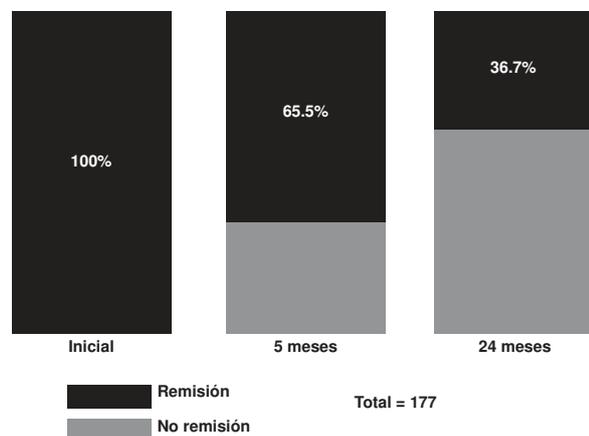
Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica autoinmunitaria que afecta sobre todo a las articulaciones y es potencialmente invalidante. La intervención terapéutica temprana mejora los resultados clínicos y reduce la acumulación de daño articular y discapacidad. No existe una definición universal de remisión sostenida. En cuanto a los factores predictores, se han descrito en las publicaciones médicas, pero éstos no han sido uniformes.

Objetivos: Determinar los factores predictores de remisión sostenida en pacientes con artritis reumatoide con uso de biológico.

Material y métodos: Se trata de un estudio de cohorte observacional retrospectiva. Estadística descriptiva de variables numéricas y frecuencias y porcentajes para las variables categóricas.

Resultados: Se evaluó a 177 pacientes en remisión: 116 (65.5%) persistieron en remisión a los seis meses y 65 (36.7%) con remisión sostenida a los 24 meses (Figura 1). La única variable significativa que se relaciona con remisión a los seis meses es el uso de esteroides ($p = 0.001$). En el análisis multivariado sólo el metotrexato ($p = 0.020$), esteroides ($p = 0.009$) y clase funcional I ($p = 0.003$) produjeron variables relacionadas con una remisión sostenida.

Figura 1. Porcentaje de pacientes que lograron la remisión sostenida a 6 y 24 meses. (C038)



Conclusiones: Un mayor porcentaje alcanzó la remisión sostenida a 6 y 24 meses en comparación con lo descrito en las publicaciones médicas. La mayoría de los pacientes que no lograron remisión se encuentra en actividad baja de la enfermedad. En esta población se encontró que sí existen factores relacionados con remisión sostenida: consumo de esteroides, metotrexato y clase funcional I, similar a lo descrito en las publicaciones mundiales.

Bibliografía

- Ajeganova S, Huizinga T. Sustained remission in rheumatoid arthritis: latest evidence and clinical considerations. Ther Adv Musculoskel Dis. 2017;9(10):249-262.

C039

Interacciones farmacológicas con metotrexato en pacientes con artritis reumatoide

Esparza-Guerrero Y¹, Saldaña-Cruz AM², Gómez-Ramírez EE¹, Martínez-Hernández A¹, Vázquez-Villegas ML³, Nava-Valdivia CA⁴, Rodríguez-Jiménez NA², Cardona-Muñoz EG², Vázquez-Jiménez JC⁵, Alcaraz-López MF⁶, Ramírez-Villafaña M², Sánchez-Rodríguez EN¹, Martelli-García A¹, Gámez-Nava JP¹, González-López LC²

⁽¹⁾Programa de Doctorado en Farmacología, Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, ⁽³⁾Unidad de Medicina Familiar 04, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México, ⁽⁴⁾Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco México, ⁽⁵⁾Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas, Universidad de Colima, Colima, México, ⁽⁶⁾Hospital General de Zona 46, Unidad de Reumatología, Instituto Mexicano del Seguro Social, Jalisco, México

Introducción: El metotrexato es el pilar del tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide. Sin embargo, existe un gran número de fármacos que puede generar potenciales interacciones con dichos FARMACOS y por tanto desencadenar efectos indeseables o pérdida de la eficacia en el tratamiento de la artritis reumatoide.

Objetivos: Identificar las interacciones farmacológicas con metotrexato presentes en un grupo de pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Diseño transversal comparativo. Se incluyeron los registros de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide procedentes de consulta externa de un hospital de segundo nivel de atención. Se capturó la historia clínica completa, junto con el historial de medicamentos prescritos, que luego se analizó con un programa de interacciones farmacológicas a través del cual se identificaron las potenciales interacciones farmacológicas con metotrexato.

Resultados: Se evaluó a 201 pacientes con AR. Se observó un predominio del sexo femenino en 84.5%, con una media de edad de 51 ± 12 años. De éstos, el 22.9% correspondió a adultos mayores. Se encontró una media de tiempo de evolución de la AR de 11 ± 8 años. Se capturó la prevalencia de comorbilidades (32.8%), en la cual las más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica, la depresión y la osteoporosis. Se observó una prevalencia de interacciones farmacológicas de 84.3% de los pacientes. Se identificaron en todas ellas incremento del riesgo de toxicidad a metotrexato. Las principales interacciones observadas fueron el omeprazol (57.2%), sulindaco (37.3%) y diclofenaco (34.8%).

Conclusiones: Se observó una elevada prevalencia de interacciones farmacológicas relacionadas con metotrexato que pueden incrementar la toxicidad a este fármaco. Esto resalta la importancia de la farmacovigilancia para evitar efectos tóxicos indeseables en pacientes tratados con dicho fármaco.

Bibliografía

- Bourré-Tessier J, Haraoui B. Methotrexate drug interactions in the treatment of rheumatoid arthritis: a systematic review. J Rheumatol. 2010;37(7):1416-21. doi: 10.3899/jrheum.090153. Epub 2010 May 1. PMID: 20436072.

Co40

Diagnóstico de artritis reumatoide en el primer nivel de atención

Herrera-Sandate P¹, Rojas-Ávila ME², Vega-Morales D¹, Badillo-Rodríguez H¹, Figueroa-Parra G¹, Vázquez-Fuentes BR¹, Galarza-Delgado DA¹

⁽¹⁾Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, ⁽²⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, UMF No. 26

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, sistémica y autoinmunitaria que afecta sobre todo a las articulaciones y causa inflamación, dolor y rigidez. Puede ser incapacitante y reducir la expectativa de vida hasta 10 años. Los médicos generales son el primer contacto de pacientes con problemas de salud y son una pieza clave en el diagnóstico oportuno de la AR.

Objetivos: Identificar los síntomas y signos presentes en pacientes con diagnóstico de AR de primera vez.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo, con uso de los expedientes electrónicos de los pacientes con diagnóstico reciente de AR referidos a segundo nivel de atención en la Unidad de Medicina Familiar 26 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Resultados: De un total de 94 pacientes, 77 (82%) fueron mujeres y la media de edad fue de 47 (DE, 12.4) años; el número promedio de citas previas antes del envío a segundo nivel fue de 4.1 (DE, 1.75) y el tiempo promedio de referencia fue de 9.5 meses (DE, 5.9). La totalidad de los pacientes presentaba artroalgia, 95% en manos, seguido de rigidez articular en 81%. Se documentó el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en el 95% de los pacientes y el laboratorio más solicitado fue el factor reumatoide (FR) (93%).

Conclusiones: El perfil de un paciente con diagnóstico de AR que acude a primer nivel de atención es una mujer de la cuarta década de la vida con artroalgia de manos, en quien se solicitará FR y recibirá AINE como tratamiento por nueve meses antes de ser referida al segundo nivel de atención.

Bibliografía

1. Vidal-Bralo L, Pérez-Pampin E, Regueiro C, Montes A, Varela R, Boveda MD, et al. Anti-carbamylated protein autoantibodies associated with mortality in Spanish rheumatoid arthritis patients. *PLoS One*. 2017;12:e0180144.

Co41

Asociación entre carcinoma de colon y artritis reumatoide

Guillén-Durán CA¹, Santiago-Manzano ME²

⁽¹⁾ISSSTE Pachuca, ⁽²⁾Hospital General de Pachuca

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un mayor riesgo de desarrollar neoplasias malignas (cáncer de pulmón y linfoma) en comparación con la población general. Sin embargo, también en múltiples estudios se ha encontrado menor relación entre AR y cáncer de colon y mama. Se presenta el caso de una paciente con AR de reciente diagnóstico y cáncer de colon.

Resultados: Caso clínico: paciente femenino de 44 años, con diagnóstico de artritis reumatoide en enero de 2019, tratada con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (metotrexato y sulfasalazina) y hallada en remisión. Desde septiembre de 2019 mostró cuadro diarreico persistente, recibió tratamiento antibiótico en tres ocasiones con mejoría parcial, con pérdida de peso acompañante de 6 kg en dos meses. Acude a valoración por actividad alta de la enfermedad que exigió ajuste terapéutico y depósito de esteroide. Debido a que persiste con cuadro diarreico y se agregan evacuaciones purulentas se decide hospitalización y colonoscopia

con toma de biopsia; se identifica fistulización anal posterior con absceso y lesión vegetante en colon ascendente, con informe histopatológico de carcinoma de colon poco diferenciado. Se inicia protocolo por oncología quirúrgica.

Conclusiones: La mayor frecuencia de ciertos tipos de cáncer en los pacientes con AR puede explicarse por diferentes mecanismos, sobre todo la patogenia autoinmunitaria común entre la enfermedad reumática y proceso maligno. Se necesitan más estudios que revisen aspectos específicos (tratamientos, tabaquismo y otros factores del estilo de vida) para investigar mecanismos subyacentes del aumento o disminución del riesgo de algunos tipos de cáncer en pacientes con AR en comparación con la población general.

Bibliografía

1. Simon T, Thompson A, Ghandi K, et al. Incidence of malignancy in adult patients with Rheumatoid arthritis: a meta-analysis. *Arthritis Research & Therapy*. 2015;17:212.
2. Love T, Solomon DH. The relationship between cancer and rheumatoid arthritis: still a large research agenda. *Arthritis Res Ther*. 2008;10:109.
3. Smitten AL, Simon TA, Hochberg MC, Suissa S. A meta-analysis of the incidence of malignancy in adult patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther*. 2008;10:R45.

Co42

Estudio aleatorizado de retiro de tofacitinib en artritis idiopática juvenil

Santana-De Anda K¹, Abud-Mendoza C², Ruperto N³, Synoverska O³, Ting T⁴, Suehiro R⁵, Martini A³, Lovell D⁴, Brunner H⁴

⁽¹⁾Pfizer, ⁽²⁾Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, ⁽³⁾Printo, ⁽⁴⁾PRCSG, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, ⁽⁵⁾Pfizer Inc., Colledgeville, USA

Introducción: Tofacitinib es un inhibidor oral de Janus bajo investigación en artritis idiopática juvenil (AIJ).

Objetivos: Evaluar eficacia/seguridad de tofacitinib en AIJ.

Material y métodos: Estudio F3, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo (NCT02592434), en pacientes de 2 a <18 años con AIJ y curso poliarticular (pc), con artritis psoriásica o artritis relacionada con entesitis que recibieron tofacitinib hasta la semana (S) 18 (parte 1). En la S18, los respondedores a JIA/ACR30 se aleatorizaron 1:1 a tofacitinib o placebo hasta la S44 (parte 2). Valoración de eficacia: tasa de reactivación a la S44 en parte 2 (criterio de valoración principal); tasas de respuesta IAJ/ACR50/30/70, cambio desde la basal en parte 2 (^b) en CHAQ-DI a la S44; tiempo a reactivación en parte 2; y JADAS27-CRP hasta la S44. La seguridad se evaluó en todos los pacientes.

Resultados: 225 pacientes (AIJpc, n = 184) recibieron tofacitinib en parte 1; y 173 pacientes (AIJpc, n = 142) ingresaron a la parte 2. La tasa de reactivación fue significativamente menor con tofacitinib respecto del placebo (p = 0.0031; **Figura 1a**). Las tasas de respuesta de AIJ/ACR50/30/70 (**Figura 1b**), ΔCHAQ-DI (**Figura 1c**) y el tiempo de reactivación de la enfermedad (**Figura 1d**) mejoraron con tofacitinib en comparación con placebo. JADAS27-CRP mejoró con el tiempo (**Figura 1e**). La seguridad fue similar con tofacitinib o placebo. Parte 1: 2 pacientes tuvieron herpes zoster (no grave); 3 sufrieron episodios infecciosos graves (EIG). Parte 2: un EIG en 1 paciente con tofacitinib y 1 con placebo. Ningún paciente falleció (**Tabla 1**).

Conclusiones: En pacientes con AIJpc, tofacitinib demostró significativamente menor reactivación de enfermedad y tiempo para reactivación, mejor actividad de la enfermedad y mejor funcionamiento físico. La seguridad de tofacitinib fue consistente con pacientes con artritis reumatoide.

Bibliografía

1. Brunner HI. *J Rheumatol*. 2002;29:1058-1064.
2. Consolaro A. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2016;14:23.

Tabla 1. Episodios de seguridad. (C042)

	Parte 1	Parte 2	
	Tofacitinib ^a n = 225	Tofacitinib ^a n = 88	Placebo n = 85
Pacientes con episodios, n (%)			
EA	153 (68.0)	68 (77.3)	63 (74.1)
EAG	7 (3.1)	1 (1.1)	2 (2.4)
Descontinuación permanente por EA	26 (11.6)	16 (18.2)	29 (34.1)
EA de especial interés			
Fallecimiento	0	0	0
Perforación gastrointestinal ^b	0	0	0
Episodio hepático ^b	3 (1.3)	0	0
Herpes zóster (no grave y grave)	2 (0.9) ^c	0	0
Enfermedad pulmonar intersticial ^b	0	0	0
Episodio cardiovascular mayor ^b	0	0	0
Neoplasia (incluido cáncer de piel distinto de melanoma) ^b	0	0	0
Síndrome de activación macrófágica ^b	0	0	0
Infección oportunista ^b	0	0	0
EIG	3 (1.3)	1 (1.1) ^d	1 (1.2)
Episodio trombótico (trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar ^b o tromboembolismo arterial)	0	0	0
Tuberculosis ^b	0	0	0

^a5 mg BID o equivalente basado en el peso en pacientes < 40 kg.

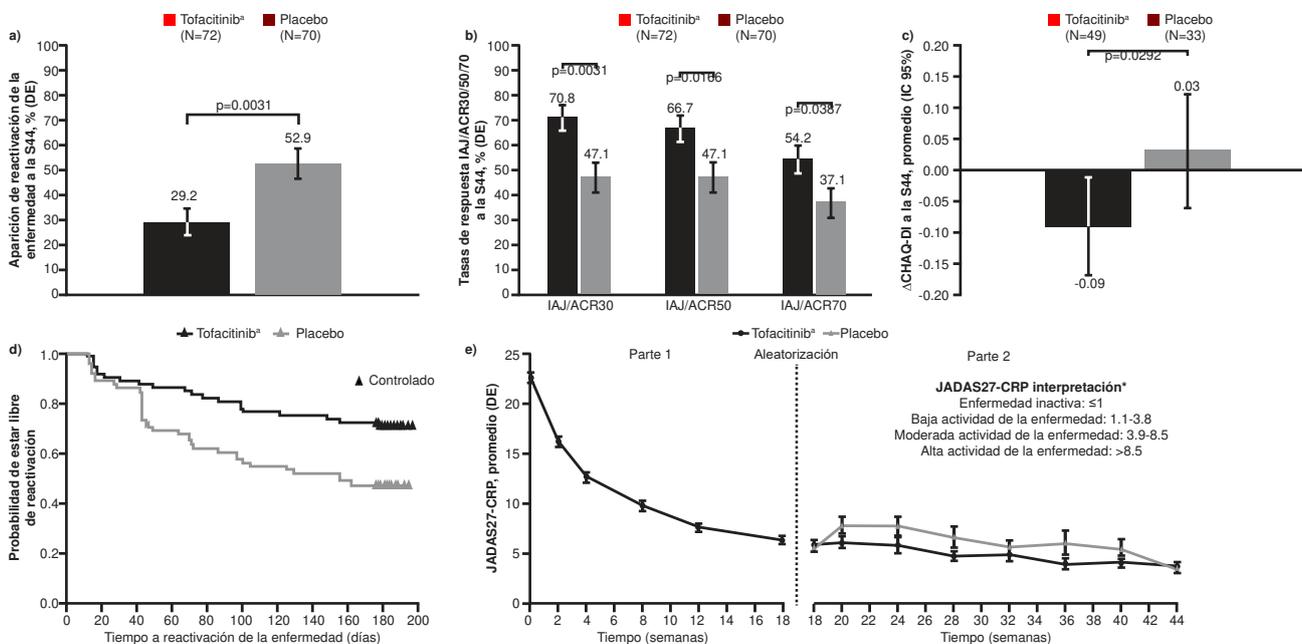
^bEpisodios adjudicados.

^cAmbos no graves.

^dUn EAG de reparación de quiste pilonidal se codificó como procedimiento quirúrgico en vez de infecciones, y fue inadvertidamente no identificado como un EIG. Luego de la adjudicación, el EAG no alcanzó criterio para infección oportunista; se incluyó también como EIG en la tabla.

BID, dos veces al día; EA, episodio adverso; EAG, episodio adverso grave; EIG, episodio infeccioso grave.

Figura 1. Eficacia de tofacitinib vs. placebo en pacientes con AIJpc: a) Aparición de reactivación de enfermedad^a a la S44 (Parte 2)^b; b) Tasas de respuesta AIJ/ACR30/50/70^c a la S44 (Parte 2)^b; c) ΔCHAQ-DI a la S44 (Parte 2)^b; d) Gráfico de Kaplan-Meier del tiempo hasta la reactivación de la enfermedad^a (Parte 2); y e) JADAS27-CRP a lo largo del tiempo (Parte 1 y Parte 2). (C042)



HR (IC 95%) para tofacitinib vs. placebo: 0.459 (0.268, 0.785)
Log-rank; p=0.0037

Tofacitinib: N=72; eventos=21; mediana del tiempo a la reactivación (IC 95%): - (-,-)

Placebo: N=70; eventos=37; mediana del tiempo a la reactivación (IC 95%): 155.0 (86.0,-)

Co43

Predictores de remisión con etanercept en artritis idiopática juvenil

Santana-De Anda K¹, Burgos-Vargas R², Vojinovic J³, Chasnyk V³, Dehoorne J³, Panaviene V³, Akikusa J³, Avcin T³, Chaitow J³, Lauwerys B³, Anton J³, Penades I³, Jaller J³, Vlahos B¹, Zang C¹, Ruperto N³

⁽¹⁾Pfizer, ⁽²⁾Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ⁽³⁾Paediatric Rheumatology International Trials Organisation

Introducción: CLIPPER es un estudio multicéntrico, abierto de fase IIIb de ocho años de duración acerca de la eficacia y seguridad de etanercept en pacientes con artritis idiopática juvenil oligoartricular extendida, artritis relacionada con entesitis y artritis psoriásica.

Objetivos: Identificar los factores que predicen remisión clínica continua por seis meses bajo tratamiento con medicamentos con uso de datos de CLIPPER.

Material y métodos: Es un análisis *post hoc* de las características iniciales de 127 niños enrolados en el estudio CLIPPER que identifica factores predictores de remisión clínica (ACR o JADAS) durante seis meses consecutivos mediante modelos univariados de regresión logística y modelos multivariados escalonados. Además, se evaluaron la respuesta clínica y el estado de actividad de la enfermedad después de 4, 8 y 12 semanas de tratamiento. El análisis sólo incluyó casos observados.

Resultados: La puntuación de la evaluación global del paciente/padres, inactividad de la enfermedad (ACR y JADAS) y baja actividad de la enfermedad (LDA, JADAS) en la semana 12 se acompañaron de remisión de la enfermedad por seis meses (Tabla 1). Los análisis multivariados mostraron que la edad al inicio y LDA en la semana 12 predijeron remisión por seis meses (ACR de AIJ) mientras que LDA sólo fue predictor en la semana 12.

Tabla 1. Factores predictores de remisión clínica sostenida de seis meses con tratamiento en el estudio CLIPPER. (C043)

Análisis univariados		
Características del paciente	Definición de remisión	
	ACR de AIJ (n = 127)	JADAS (n = 127)
	OR (IC95%)	OR (IC95%)
Edad al inicio (≤ 7.61 años vs. edad mayor)	5.17 (2.31, 11.57)	1.93 (0.90, 4.14)
Evaluación global (puntuación) del paciente/padre/madre (≤ 2.5 vs. > 2.5)	2.67 (1.13, 6.28)	2.75 (1.13, 6.67)
IA (ACR) en la semana 12 (sí vs. no)	5.06 (1.51, 16.99)	4.64 (1.24, 17.38)
LDA (JADAS) en la semana 12 (sí vs. no)	5.83 (2.60, 13.06)	7.06 (3.02, 16.51)
IA (JADAS) en la semana 12 (sí vs. no)	7.00 (2.14, 22.89)	4.10 (1.26, 13.29)
Análisis multivariados		
Definición de remisión y características del paciente	ACR (n = 127) OR (IC95%)	JADAS (n = 127) OR (IC95%)
Edad al inicio (≤ 7.61 años vs. edad mayor)	7.19 (2.71, 19.09)	No significativos
LDA (JADAS) en la semana 12 (sí vs. no)	6.29 (2.46, 16.06)	7.68 (3.08, 19.14)

ACR: Colegio Americano de Reumatología; IC: intervalo de confianza; IA: enfermedad inactiva; JADAS: puntuación de actividad, 71 articulaciones; AIJ: artritis idiopática juvenil; LDA: baja actividad de la enfermedad; OR: razón de verosimilitud.

Conclusiones: En la semana 12 del tratamiento con etanercept, LDA (JADAS) predijo la remisión clínica sostenida por seis meses con tratamiento médico según los criterios del ACR y JADAS y la edad menor al inicio fue también predictor en el estudio CLIPPER.

Bibliografía

- Horneff G. Efficacy and safety of open-label etanercept on extended oligoartricular juvenile idiopathic arthritis, enthesitis-related arthritis and psoriatic arthritis: part 1 (week 12) of the CLIPPER study. *Ann Rheum Dis.* 2014;7:1114-1122.
- Foeldvari I. Etanercept treatment for extended oligoartricular juvenile idiopathic arthritis, enthesitis-related arthritis, or psoriatic arthritis: 6-year efficacy and safety data from an open-label trial. *Arthritis Res Ther.* 2019;21(1):125.

Co44

Impacto económico de la artritis idiopática juvenil: revisión sistemática

Jiménez-Hernández S, Rubio-Pérez NE, García-Rodríguez F, Villarreal-Treviño AV, Ochoa-Alderete L, Barrientos-Martínez VA, Gamboa-Alonso AA

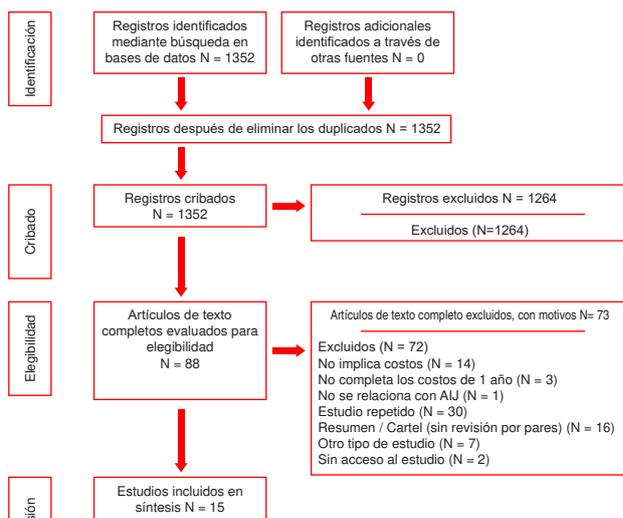
Hospital Universitario

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por artritis crónica antes de los 16 años y requieren un tratamiento y seguimiento prolongados. El tratamiento es multidisciplinario, con múltiples citas, estudios de laboratorio y medicamentos; este abordaje de la enfermedad representa un alto costo económico.

Objetivos: Recolectar y agrupar información actualmente disponible sobre costos directos e indirectos de la AIJ.

Material y métodos: Se siguieron las recomendaciones de PRISMA, se efectuó una búsqueda sin limitaciones en diferentes bases de datos del 1 de enero de 2000 al 27 de julio de 2019, con actualización el 25 de mayo de 2020 (Figura 1). Los revisores trabajaron de forma independiente y por duplicado, con buena concordancia (kappa 0.61). Los costos informados se pasaron de la moneda original a dólares estadounidenses (USD) para el año de la publicación y se realizó un ajuste inflacionario al 31 de diciembre 2019 (Tabla 1).

Figura 1. Diagrama de flujo prisma. (C044)



Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis: la declaración PRISMA. *PLoS Med* 6 (6): e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed1000097

Tabla 1. Costos totales, directos e indirectos notificados de estudios elegibles. (C044)

REFID	Moneda original	Costos totales		Costos directos relacionados con la atención médica		Costos directos no relacionados con la atención médica		Costos indirectos	
		Notificado	Ajustado*	Notificado	Ajustado*	Notificado	Ajustado*	Notificado	Ajustado*
278	EUR 2012	31 546	44 832	14 508	20 618	8 323	11 828	8 715	12 385
650	CAD 2005			3 002	3 298				
423	CAD 2009	1 063	1 122	674	711	34	37	355	375
705	EUR 1999	3 471	5 591	1 821	2 933	78	126	1 571	2 530
704~x	USD 2000	7 732	11 753	7 339	11 155			418	635
19‡	GBP 2016	15 980	23 117						
561	EUR 2009	3 994	6 844	3 913	6 705			81	139
283	EUR 2012	30 034	42 682						
132	EUR 2014			3 631	5 450				
147	EUR 2014			3 155	4 736				
789+	USD 2016			10 175	10 830				
614	EUR 2018	4 663	5 312	4 172	4 752				
522*	EUR 2005			12 478	15 949				
171^	USD 2016	1 130	1 204	969	1 033				
636	GBP 2008			1 649	2 709				

CAD: dólar canadiense; USD: dólar estadounidense; EUR: euro; GBP: libra esterlina.

*Ajustado a inflación y convertido a USD. Basado en el tipo de cambio al 31 de diciembre 2019. ~Posterior a tratamiento biológico. +Sólo costos relacionados con AIJ. ^Sólo AIJ sistémica. ~Este artículo notifica costos trimestrales. ‡Este artículo notifica costos en un periodo de 18 meses.

Resultados: Se encontraron 15 artículos, en su mayoría provenientes de Europa. Los costos totales variaron de 1 122 a 44 832 USD por año, los costos directos relacionados con servicios de salud fluctuaron entre 711 y 20 618 USD por año, los costos directos no relacionados en salud variaron de 37 a 11 828 USD por año, y los costos indirectos en cinco estudios oscilaron entre 139 y 12 385 USD por año.

Conclusiones: Existe gran variabilidad entre los estudios al definir los costos y la forma de medición. Es necesario estandarizar los informes y generar información de países en vías de desarrollo para obtener un análisis más certero sobre el efecto de la enfermedad.

Bibliografía

1. Kuhlmann A. Social/economic costs and health-related quality of life in patients with juvenile idiopathic arthritis in Europe. *Eur J Heal Econ.* 2016;17:79-87.
2. Ens A, Lang B, Ramsey S, Stringer E, Huber AM. The financial burden of juvenile idiopathic arthritis: a Nova Scotia experience. *Pediatr Rheumatol.* 2013;11:6.

C045

Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (SIMP), serie de casos

Santos-Márquez D, Menchaca-Tapia VM, Rubio-Silveira JE

Hospital General Regional 46, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: El SIMP es una enfermedad inflamatoria, aguda, posinfecciosa, relacionada de forma temporal con el SARS-CoV-2. Se caracteriza por fiebre, afección multiorgánica y parámetros inflamatorios positivos. En los casos graves ocasiona choque, activación macrofágica y muerte.

Objetivos: Describir tres casos de SIMP.

Material y métodos: Serie de casos.

Resultados:

1. Paciente femenino de seis años. Cinco días con fiebre, aumento de volumen en hemicuello izquierdo, vómito y afección mucocutánea. Exploración:

irritable, máculas eritematosas en cuello, cara y tórax, inyección conjuntival, labios hiperémicos y agrietados, lengua “en fresa”, adenopatía cervical de 2 cm, edema e hiperemia en palmas y plantas. Laboratorio: **Tabla 1.** TAC: engrosamiento interlobulillar, hiperdensidad heterogénea apical posterior y lateral basal izquierda. Ecocardiograma: normal. Tratamiento: IGIV, metilprednisolona pulsos y mantenimiento, antiagregación.

2. Paciente masculino de 12 años. Dos días con fiebre, dermatosis, dificultad respiratoria. Exploración: hiperemia conjuntival, faringe hiperémica, poplipnea, estertores crepitantes, pápulas de 2 mm en extremidades inferiores, exantema maculopapular en abdomen y tórax, ulceración profunda en pierna izquierda. Laboratorio: **Tabla 1.** TAC: adenopatías generalizadas, derrame pleural derecho, lesiones nodulares pulmonares bilaterales, consolidaciones en lóbulo inferior derecho, trombosis en vena poplítea izquierda (**Figura 1**). Ecocardiograma: normal. Tratamiento: cefepima, vancomicina, IGIV, metilprednisolona en pulsos, tocilizumam y enoxaparina.

3. Paciente masculino de ocho años. Seis días con fiebre, dolor abdominal, diarrea, vómito y afección mucocutánea. Exploración: inyección conjuntival, lengua «en fresa», labios con hiperemia y descamación, máculas eritematosas generalizadas, abdomen doloroso, escroto eritematoso, edema y eritema palmoplantar. Laboratorio: **Tabla 1.** TAC: engrosamiento peribronquial, patrón micronodular e interlobulillar difuso, atelectasias laminares en segmentos posterobasales, patrón en vidrio despolido. Ecocardiograma: normal. Tratamiento: IGIV, metilprednisolona (2 mg/kg/día), ceftriaxona, claritromicina y antiagregación.

Conclusiones: Se presentaron tres casos diferentes, todos con inflamación grave, trombocitopenia, linfopenia y elevación de pro-BNP, lo que demuestra que la enfermedad es heterogénea en su presentación y tratamiento. Se requiere una sospecha temprana. El tratamiento debe ser radical.

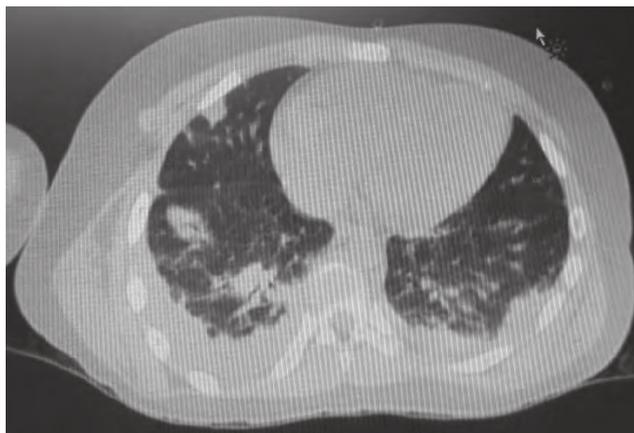
Bibliografía

1. Henderson LA, Canna SW, Friedman KG, et al. American College of Rheumatology Clinical Guidance for Pediatric Patients with Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) associated with SARS-CoV-2 and hyperinflammation in COVID-19: Version 1. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(11): 1791-1805.
2. Pouletty M, Borocco C, Ouldali M, et al. Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with SARS-CoV-2 mimicking Kawasaki disease (Kawa-COVID-19): a multicentre cohort. *Ann Rheum Dis.* 2020;0:1-8.

Tabla 1. Hallazgos de laboratorio significativos en cada paciente. (C045)

Parámetro	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Hemoglobina	10.2	7.7	12.6
Hematócrito	37.3	23.6	37.2
Leucocitos	13,240	13 240	7,690
Linfocitos	760	1,240	800
Neutrófilos	2,950	10,660	6,700
Plaquetas	127,000	111,000	121,000
PCR (mg/l)	274	112	312
VSG	28	26	38
Ferritina	> 2,000	1,099	1,667
Fibrinógeno	720	329	566
Dímero D	1,018	3,020	899
AST	144	31	42
ALT	81.5	20	38
DHL	614	626	343
Albumina	2.86	1.71	3.5
Sodio	136	132	132
Pro-BNP	3,078	1,823	9,760
Troponinas	24.4	10.2	12.3
PCR SARS-CoV-2	Positiva	Positiva	Positiva

Figura 1. TAC simple de tórax del paciente 2 que revela infiltrado bilateral en “vidrio despolido” y derrame pleural leve.(C045)



C046

Artritis reactiva por COVID 19. Reporte de un caso

Morales-Irazoque MF¹, Amaya-Estrada JL²

⁽¹⁾Hospital Manuel Gea González, ⁽²⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La relación entre infecciones e inflamación articular existe desde hace décadas. La artritis reactiva se clasifica dentro de las espondiloartropatías, definida como un proceso articular inflamatorio en el que la infección se conoce pero no se detecta microorganismo intraarticular. Enfermedad poco frecuente que puede afectar a niños y aparece 2 a 4 semanas después del proceso infeccioso. La patogenia de la artritis reactiva es multifactorial, con participación de factores ambientales, genéticos e inmunológicos.

Objetivos: Paciente masculino de 14 años; como antecedente de importancia tiene padre hipertenso con COVID-19 de tres semanas de evolución. Inició con fiebre, malestar general, adinamia, hipersomnolia, por lo que acudió al médico familiar quien diagnostica COVID 19 e inicia tratamiento con azitromicina (500 mg tres días), paracetamol e ivermectina (cada 12 h por dos días), con lo que los síntomas ceden en siete días. Acude por presentar tres semanas posteriores a este cuadro aumento de volumen en rodilla izquierda (**Figura 1**), dolor EVA 10/10, limitación para la flexoextensión.

Figura 1. Rodilla izquierda con aumento de volumen, eritema, calor y liavedo reticular.(C046)



Material y métodos: Exploración con monoartritis, sin otros datos de afección reumatológica. Se obtuvieron 30 ml de líquido sinovial que se envían a estudio y se identifica líquido inflamatorio. Laboratorios: BH normal, VSG de 40 y PCR de 16, HLA B de 27, factor reumatoide, ACPA y ANA negativos.

Resultados: Se inició tratamiento con AINE con buena respuesta.

Conclusiones: En la población pediátrica, el COVID-19 produce la mayoría de las veces cuadros leves; los niños representan menos del 5% del total de infectados y se reconocen como transmisores asintomáticos. Sin embargo, aún no se ha informado la relación de COVID-19 con artritis reactiva.

Bibliografía

1. Parisi S, Borrelli R, Bianchi S, Fusaro E. Viral arthritis and COVID-19. *Lancet Rheumatol.* 2020;2(11):e655-7.

C047

Validación de criterios diagnósticos de enfermedad de Behcet pediátrica

De La Cera-Rodríguez MI, Faugier-Fuentes E

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una anomalía inflamatoria sistémica poco frecuente en la infancia, que comparte características clínicas de vasculitis y enfermedad autoinflamatoria. La EB no es común en la infancia y sus características difieren considerablemente entre adultos y niños.

En consecuencia, la aplicación de los criterios de adultos restringe en muchas ocasiones el diagnóstico de esta afección en la población pediátrica.

Objetivos: La EB pediátrica difiere de la presentación en adultos, lo que dificulta el empleo de los criterios diagnósticos. Se describe un caso clínico que permite establecer los criterios clasificatorios para EB pediátrica al mostrar sus diferencias con los criterios de adultos.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal que establece el empleo de criterios diagnósticos/clasificatorios pediátricos para diagnosticar a un paciente con EB.

Resultados: El paciente objeto de estudio tiene cuatro años de evolución y al cumplir 16 años de edad reunió las características requeridas en los tres grupos de criterios descritos para establecer el diagnóstico (Tabla 1). En contraste, al aplicar al paciente los criterios pediátricos (PEDBD) el diagnóstico se establece en forma temprana (Figura 1).

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la enfermedad de Behçet en los diferentes criterios clasificatorios. (C047)

	ISG 1992	ICBD 2006	PEDBD 2015
Aftosis oral	*	*	*
Aftosis genital	*	*	*
Manifestaciones cutáneas	*	*	*
Prueba de patergia	*	Opcional	*
Manifestaciones oculares	*	*	*
Manifestaciones SNC		*	*
Manifestaciones vasculares		*	*

Figura 1. Aftosis oral y pseudofoliculitis cutáneas. (C047)



Conclusiones: La EB pediátrica difiere de la presentación en adultos, lo que dificulta el empleo de los mismos criterios diagnósticos para ambos. Por lo tanto, la aplicación de los criterios basados en estudios de adultos limita en muchas ocasiones el diagnóstico de esta enfermedad en la población pediátrica. Es importante la validación de los criterios pediátricos para definir al paciente menor de 16 años como portador de EB para intervenir tempranamente en el diagnóstico y el tratamiento y mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

- Koné-Paut I, Shahram F, Darce-Bello M, et al. Consensus classification criteria for paediatric Behçet's disease from a prospective observational cohort: PEDBD. *Ann Rheum Dis.* 2016;75:958-964.
- Diagnostic/classification criteria in pediatric Behçet's disease *Rheumatology International.* 2019;39:37-46.

C048

Enfermedad de Kawasaki asociada a COVID con aneurismas coronarios y sistémicos

Cantú-Pompa JJ, Cuevas-Orta E, González-García JA, Baranda-Cándido ML, Abud-Mendoza C, Moreno-Valdés R

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: La enfermedad de Kawasaki muestra propensión por las arterias de mediano tamaño, especialmente las coronarias. Las complicaciones tardías relacionadas con los aneurismas coronarios y sistémicos son una causa importante de morbilidad. Hasta el 2% de los pacientes desarrollan aneurismas sistémicos.

Material y métodos: Presentación del caso: paciente femenino de tres meses sin antecedentes, gestación normoevolutiva, nacimiento abdominal por falla de progresión del trabajo de parto a 38.4 SDG. Diagnosticada con enfermedad de Kawasaki incompleta ante síndrome febril inicialmente tratado como choque séptico neumónico (PCR: negativo a SARS-COV2, serología positiva a IgM). Ante persistencia de síndrome febril se realiza ecocardiograma transtorácico. Se registran dilataciones coronarias, la derecha con diámetro de 5 mm y la izquierda de 5-7 mm (puntuaciones Z > 10); la angiogramografía confirma aneurismas coronarios y documenta dilatación grave de subclavias y axilares, aneurismas en intercostales, dilatación de la mesentérica superior hasta su bifurcación con diámetro mayor infrarrenal de 24 mm e imagen de trombo mural (Figura 1). Recibió inmunoglobulina (2 dosis) y metilprednisolona, con resolución del síndrome febril y mejoría del estado general. Para mantenimiento se indicó metotrexato (10 mg/m² SC, semanal), prednisona, enoxaparina, ácido acetilsalicílico y clopidogrel. Ante persistencia de reactantes de fase aguda elevados se inició baricitinib, con lo que mostró resolución de biomarcadores. En el seguimiento a seis meses, el ecocardiograma transtorácico no ha presentado progresión de lesiones coronarias. Cursa con desarrollo adecuado y continúa bajo vigilancia.

Resultados: Este caso resalta por la rareza de los aneurismas sistémicos en la enfermedad de Kawasaki, la relación con afección con probable COVID y la aparente respuesta a baricitinib.

Figura 1. La angiogramografía confirma los aneurismas coronarios. (C048)



C049

Exoesqueleto en dermatomiositis juvenil

Martínez-Báez MF, Aparicio-Vera LA

Hospital para el Niño Poblano

Introducción: La calcinosis universal (exoesqueleto) es una manifestación cutánea de la dermatomiositis juvenil que generalmente se acompaña de mal pronóstico; su detección oportuna obliga a instituir tratamiento radical con el fin de mejorar la calidad de vida.

Objetivos: Describir la relación de dermatomiositis juvenil con exoesqueleto (Figura 1).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de expediente clínico.

Resultados: Paciente masculino de nueve años de edad que inicia su padecimiento a los seis años de edad con debilidad muscular proximal, exantema facial, eritema en heliotropo, extremidad superior derecha con

calcinosis, induración a nivel supracondíleo y disminución de los arcos de movimiento, por lo que se deriva a reumatología pediátrica que decide iniciar bolos de metilprednisolona, prednisona y metotrexato. A pesar del tratamiento, el paciente experimenta evolución de la enfermedad con predominio y persistencia de actividad en piel y calcificaciones generalizadas. Con posterioridad se agrega afectación cardíaca y pulmonar y se decide intensificación del tratamiento, con cambio de inmunosupresión e inicio de rituximab, con lo que se observa mejoría de fuerza muscular, actividad cutánea y escalas de funcionalidad.

Figura 1. Dermatomiositis juvenil con exoesqueleto.(C049)



Conclusiones: La dermatomiositis juvenil es una miopatía inflamatoria autoinmunitaria crónica. Una de las manifestaciones poco frecuentes corresponde a la calcinosis universal o exoesqueleto. La relevancia del caso radica en la escasa frecuencia de esta presentación clínica.

Bibliografía

1. Orandi A, Baszis K. Assessment, classification and treatment of calcinosis as a complication of juvenile dermatomyositis: a survey of pediatric rheumatologists by the childhood arthritis and rheumatology research alliance (CARRA). *Pediatric Rheumatology*. 2017;15:71:1-10.
2. Susan Kim, Philip Kahn. Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance consensus clinical treatment plans for juvenile dermatomyositis with skin predominant disease. *Pediatric Rheumatology*. 2017;15(1):1-8.

C050

Caracterización clínica y mortalidad en miopatía inflamatoria idiopática

Argüelles-Zayas AC, Chico-Capote A, Ramírez-Cueva AK, Guerrero-Barragán M

Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son enfermedades sistémicas y autoinmunitarias caracterizadas por debilidad proximal y se clasifican en dermatomiositis y polimiositis.

Objetivos: Identificar factores sociodemográficos y clínicos que pueden influir en la mortalidad en pacientes diagnosticados con miopatía inflamatoria idiopática.

Material y métodos: Diseño metodológico; se realizó un estudio observacional descriptivo transversal en el servicio de reumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras en el periodo comprendido entre abril de 2005 y julio del 2019. La muestra constó de 104 pacientes con diagnóstico de miopatías inflamatorias idiopáticas del adulto que asistieron a la consulta protocolizada de reumatología de la institución que cumplieron los criterios de selección.

Resultados: Edad media al inicio de 43 años, el 83.7% del sexo femenino, el 75% de procedencia urbana y el 62.5% con dermatomiositis; hasta 93% de las miopatías inflamatorias estaba en remisión y 35.3% mostraba anticuerpos.

Conclusiones: Predominaron en el sexo femenino, piel blanca, procedencia urbana y tipo de dermatomiositis; los antecedentes patológicos personales más importantes fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo. Los anticuerpos específicos más frecuentes fueron anti Jo-1 y MI2, y entre los relacionados el más frecuente fue el Ro52, el primero en relación con la neumopatía intersticial y daño cardíaco y el segundo con daño cutáneo. Existió un nexo entre la actividad de la enfermedad y el fallecimiento, con una elevada razón de riesgo de fallecer si la enfermedad está activa. Las causas más frecuentes de fallecimiento fueron las de tipo cardiovascular y las neoplasias, seguidas de las infecciones.

Bibliografía

1. Nuño-Nuño L, Joven BE, Carreira PE, Maldonado-Romero V, Larrea-Grijalba C, Cubas IL, et al. Mortality and prognostic factors in idiopathic inflammatory myositis: a retrospective analysis of a large multicenter cohort of Spain. *Rheumatol Int*. 2017;37:1853-61.
2. Cobo-Ibáñez T, López-Longo FJ, Joven B, Carreira PE, Muñoz-Fernández S, Maldonado-Romero V, et al. Long-term pulmonary outcomes and mortality in idiopathic inflammatory myopathies associated with interstitial lung disease. *Clin Rheumatol*. 2019;38:803-15.

C051

Capilaroscopia en pediátricos con enfermedades reumáticas y fenómeno de Raynaud

Jiménez-Hernández S, Rubio-Pérez NE, García-Rodríguez F, Villarreal-Treviño AV, De La O-Cavazos M

Hospital Universitario

Introducción: La capilaroscopia ayuda a valorar la microcirculación, que tiene una relación con enfermedades del tejido conectivo (ETC), por lo que se ha vuelto una herramienta importante en reumatología. El fenómeno de Raynaud (FR) es una anomalía común en pacientes con enfermedades reumáticas (ER).

Objetivos: Describir diferencias capilaroscópicas cualitativas y cuantitativas entre pacientes pediátricos con ER, con y sin FR.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes de reumatología pediátrica en un centro de tercer nivel en Monterrey, Nuevo León, de julio de 2017 a marzo de 2020. Se utilizó el videocapilaroscopio Optilia 200x y todas las mediciones las realizó el mismo observador. Se capturaron los datos para describir a la población, así como el diagnóstico, edad y FR.

Resultados: Participaron 16 pacientes, de los cuales 81.2% correspondió a enfermos femeninos, y se dividieron en dos grupos, con FR (9) y sin FR (7). La mediana del grupo de FR fue de 13 años y el grupo sin FR fue de 11 años. Los diagnósticos se dividieron en artritis idiopática juvenil (5), ETC (5), esclerodermia (2) y otras (4).

En la evaluación cualitativa, el patrón de alteraciones inespecíficas fue el predominante (Tabla 1). No se encontró diferencia estadísticamente significativa en la evaluación semicuantitativa. Para la cuantitativa se tomaron

medias de cada dedo de cada paciente y se promediaron aquéllos con y sin FR, pero no se encontró diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 1. Evaluación cuantitativa de la videocapilaroscopia en pacientes con y sin fenómeno de Raynaud. Se agrupan los datos como promedio de todos los valores en todos los dedos evaluados. (C051)

	Fenómeno de Raynaud		Valor de P
	Sí n = 9 Mediana (RIC)	No n = 7 Mediana (RIC)	
Longitud media	219 (190-275)	212 (198-329)	0.958
Ancho medio	52 (47-58)	54 (45-65)	0.711
Distancia intercapilar media	99 (84-111)	111 (89-113)	0.491
Diámetro arterial medio	18.5 (17-26)	16 (15-22)	0.125
Diámetro venoso medio	23 (21-25)	24 (22-30)	0.560

Conclusiones: No se identificaron diferencias cualitativas o cuantitativas estadísticamente significativas entre los pacientes con y sin FR; al ser pacientes con ER, todos mostraron alteraciones capilaroscópicas; asimismo, el tamaño de la muestra en esta cohorte es pequeño, por lo que no es posible inferir conclusiones sólidas. Se requieren estudios longitudinales prospectivos con población más grande y control de niños sanos.

Bibliografía

- Smith V, Herrick AL, Ingegnoli F, Damjanov N, De Angelis R, et al. EULAR Study Group on microcirculation in rheumatic diseases and the scleroderma clinical trials consortium group on capillaroscopy. Standardisation of nailfold capillaroscopy for the assessment of patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. *Autoimmun Rev.* 2020;19(3):102458. doi: 10.1016/j.autrev.2020.102458. Epub 2020 Jan 10. PMID: 31927087.
- Lambova SN, Kuzmanova SI. Raynaud's phenomenon in common rheumatic diseases. *Folia Med (Plovdiv).* 2006;48(3-4):22-8. PMID: 17668693.

C052

Síndrome de activación macrófaga en enfermedad de Still

Sánchez-Cruz AA, Castro-Colín Z

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La enfermedad de Still es una entidad infrecuente, con gran heterogeneidad en su presentación clínica. Entre las complicaciones hematológicas más graves figura el síndrome de activación macrófaga (SAM) que puede aparecer hasta en 10% a 15% de los casos.

Objetivos: Describir la evolución de un caso de enfermedad de Still, con tratamiento previo con tocilizumab.

Material y métodos: Se informa un caso atendido en el HE CMN la Raza.

Resultados: Paciente femenino de 19 años, con diagnóstico de artritis idiopática juvenil sistémica a los 11 años, inicialmente en tratamiento con metotrexato, ciclosporina y glucocorticoides, pero por resistencia se indicó tratamiento con tocilizumab (dosis 8 mg/kg/mes) con adecuada respuesta. En noviembre del 2019 aparece cuadro de infección de vías respiratorias y luego ictericia; acude una semana después e ingresa a hospitalización, con evidencia de hepatoesplenomegalia palpable; los paraclínicos revelan transaminasemia y bilirrubina a expensas de directa, alargamiento de tiempos de coagulación, hipertrigliceridemia y pancitopenia; ante sospecha de SAM se inicia tratamiento con esteroide (1 mg/kg/día); se realiza AMO con datos de fagocitosis de eritrocitos y granulocitos; se prescriben pulsos de metilprednisolona, así como ciclosporina (2.5 mg/kg/día) y se observa

adecuada respuesta clínica y bioquímica. Al egreso continúa con tratamiento de tocilizumab y ciclosporina y sin recaídas o complicación.

Conclusiones: Este caso demuestra que en la enfermedad de Still, a pesar del tratamiento con anti-IL-6, puede desarrollarse SAM, que incluso puede oscurecer su diagnóstico, por lo que debe tenerse alta sospecha diagnóstica; con el tratamiento establecido se logró una adecuada respuesta y se evitó una alta morbimortalidad descrita en esta alteración.

Bibliografía

- Ruscitti P, Rago C, Breda L, et al. Macrophage activation syndrome in Still's disease: analysis of clinical characteristics and survival in paediatric and adult patients. *Clin Rheumatol.* 2017 Dec;36(12):2839-2845.

C053

Edema subcutáneo: manifestación infrecuente en dermatomiositis juvenil; reporte de caso

López-Noguera MA, García-Domínguez M

Hospital Pediátrico de Sinaloa

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta a personas menores de 16 años de edad, manifestada por debilidad muscular proximal y cambios dermatológicos patognomónicos. Sin embargo, el edema generalizado o de las extremidades, como signo de presentación de DMJ, es raro en niños y sólo se han notificado 28 casos hasta el momento; se denomina dermatomiositis edematosa.

Resultados: Paciente femenino de seis años de edad, con cuadro de dos meses de evolución con fotosensibilidad, caídas frecuentes, dificultad para levantarse y subir escaleras de manera progresiva y edema generalizado. Exploración física: debilidad por escala de Daniels: cervical 1/5, cintura escapular 3/5, cintura pélvica 2/5 (MMT8 49), edema en cara y extremidades (figura 1,2). Creatinfosfocinasa sérica de 2 800 U/L (38-174 U/L), deshidrogenasa láctica de 1 433 U/L (120-300 U/L), AST de 362U/L (10-35 U/L), ALT de 226 U/L (7-35 U/L), albúmina de 3.6 g/dl (3.4-4.8 g/dl) y examen de orina normal. Biopsia muscular consistente con miositis. Electromiografía: patrón miofático. Capilaroscopia: capilares dilatados y arboriformes. Diagnóstico de DMJ; se trata con 5 pulsos de metilprednisolona (30 mg/kg/d), inmunoglobulina IV (2 g/kg/d, total), después prednisona (1 mg/kg/d), hidroxicloquina (5 mg/kg/d) y 6 dosis de ciclofosfamida mensual (750 mg/m² SC). Actualmente en seguimiento con MMT8 de 71, sin presentar complicaciones.

Conclusiones: El edema subcutáneo puede ser la única lesión cutánea en la presentación de la DMJ. La permeabilidad vascular en el músculo y el tejido subcutáneo como resultado del depósito de complejos inmunitarios puede llevar a microinfartos musculares que contribuyen al desarrollo del edema. Éste se ha informado en raras ocasiones en las publicaciones médicas (la mayoría adultos), y puede cursar una evolución agresiva de la enfermedad que exige tratamiento rápido.

Bibliografía

- Tu J, McLean-Tooke A, Junckerstorff R. Increasing recognition of dermatomyositis with subcutaneous edema - Is this a poorer prognostic marker *Dermatol Online J.* 2014;15:20-1244.2.
- Karabiber H, Aslan M, Alkan A, Yakinci C. A rare complication of generalized edema in juvenile dermatomyositis: a report of one case. *Brain Dev.* 2004;26:269-72.3.

C054

Oftalmoplejía dolorosa en pediatría: reporte de un caso

Cuatecontzi-Romero A, Guadarrama-Rivera L, Ramírez-López ET, Rosenthal-Garber D

Hospital de la Niñez Oaxaqueña

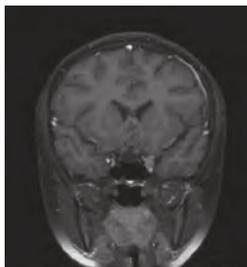
Introducción: El síndrome de Tolosa-Hunt es una inflamación granulomatosa idiopática del seno cavernoso o la fisura orbitaria superior, caracterizado por una oftalmoplejía dolorosa. Es infrecuente en la edad pediátrica.

Material y métodos: Paciente masculino de 11 años, sin antecedentes inmunorreumatológicos conocidos. En abril de 2020 muestra cuadro de hipoactividad, dermatosis generalizada, fiebre y crisis convulsivas tónico-clónicas; posterior a estudios se documenta por PCR positividad a Epstein-Barr en LCR, en sangre Coombs directo positivo, y el cuadro se atribuye a causa infecciosa. Un mes después sufre nuevamente un episodio convulsivo-febril; la RMN revela imágenes hiperintensas prerrolándicas izquierdas con aislamiento de *Neisseria weaverii* en LCR y sangre, y se considera encefalitis posinfecciosa e infección oportunista; se instituye cobertura antimicrobiana y pulsos de esteroide por tres días, hasta lograr respuesta favorable. Con posterioridad se registra Coombs directo negativo. A final de noviembre padece cefalea, dolor ocular izquierdo, vómito, visión borrosa, ataxia y parálisis del tercer par craneal izquierdo.

Resultados: La RMN muestra una lesión que se refuerza al medio de contraste en la zona del seno cavernoso izquierdo (**Figura 1**), sin documentar etiología infecciosa o autoinmunitaria alguna, por lo que se considera síndrome de Tolosa-Hunt y se inicia tratamiento con prednisona (1 mg/kg/día); se observa mejoría progresiva a las dos semanas, con recuperación total.

Conclusiones: Este caso no sólo resalta por la rareza de presentación; este paciente mostraba fenómenos de autoinmunidad durante y después del proceso infeccioso, antes del inicio de la parálisis del tercer par craneal izquierdo, por lo que es necesario un seguimiento minucioso a estas pruebas que muestren indicios de mayor autoinmunidad.

Figura 1.(C054)



C055

Lupus eritematoso sistémico juvenil y hepatitis autoinmune: reporte de caso

Aparicio-Vera LA, Galán-Meza C

Hospital para el Niño Poblano

Introducción: Se presenta el caso de una paciente que inicia con un cuadro febril acompañado de artralgias, hepatomegalia y elevación de transaminasas. Durante su evolución se integra diagnóstico de LES y HAI.

Objetivos: Paciente femenina que a los 8 años presenta un cuadro febril acompañado de síntomas constitucionales y aumento del perímetro abdominal. En 2016 acude al hospital donde se realiza diagnóstico de LES y se inicia tratamiento con esteroides e inmunosupresores. La paciente sufre enfermedad de difícil control y en 2017 experimenta exacerbación de actividad lúpica más aumento de transaminasas y hepatomegalia con lo que se inicia abordaje de hepatitis crónica. Se notifica positiva para hepatitis autoinmunitaria, con base en elevación de transaminasas, hiper-IgG, ANA positivos y biopsia hepática consistente. En 2020 muestra nuevamente elevación de enzimas hepáticas y artralgias, y síntomas constitucionales; se solicitan nuevos estudios de laboratorio: ANA

y anti-DNA positivos, pH 1.640, anticardiolipina, IgG e IgM positivos, C4 disminuido en 7.8, IgG 3 873. Se introduce otra modificación al tratamiento con respuesta clínica y sérica. Al momento permanece en vigilancia en consulta externa.

Material y métodos: Informe de caso.

Resultados: Abordaje positivo para LES y HAI, incluida la biopsia hepática.

Conclusiones: El síndrome de sobreposición es poco común en la población pediátrica, pero es necesario conocer la diferencia entre la HAI y el daño hepático relacionado con LES, ya que el tratamiento y el pronóstico pueden ser diferentes. La sospecha temprana y el reconocimiento oportuno de esta relación pueden suministrar un panorama más específico de la conducta a seguir con los pacientes.

Bibliografía

1. Gebreselassie A, Aduli F, Howell CD. Rheumatologic diseases and the liver. Clin Liver Dis. 2019;23:247-261.
2. Wan-Tz Lai, Wan-Hua Cho, Hock-Liew Eng, Ming-Hui Kuo, Fu-Chen Huang. Overlap syndrome involving systemic lupus erythematosus and autoimmune hepatitis in children: a case report and literature review front. Pediatr. 7:310

C056

Síndrome de encefalopatía posterior reversible y LES en paciente pediátrico

Martín Álvarez-Tostado JA, Yáñez-Sánchez P, Catalán-Sánchez T

Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La encefalopatía posterior reversible es un síndrome clínico y radiográfico de causa heterogénea; se caracteriza por cefalea, síntomas visuales, confusión o alteración del estado de conciencia, y crisis convulsivas, en relación con una neuroimagen característica de edema cerebral posterior de la sustancia blanca. En la población pediátrica, la incidencia calculada de esta anomalía es de 0.04%. La patogenia de ésta permanece poco clara y el factor de riesgo principal relacionado es la hipertensión arterial sistémica.

Objetivos: Describir el síndrome de encefalopatía posterior reversible y su nexa con lupus eritematoso sistémico en un paciente pediátrico.

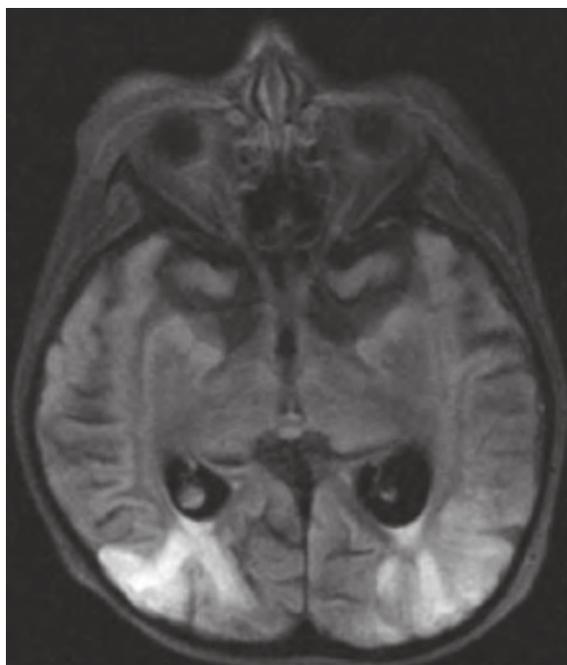
Resultados: Caso clínico: paciente femenino de 7 años de edad con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con afección renal en relación con hipertensión arterial sistémica resistente en tratamiento con ocho antihipertensivos, con cifras de presión arterial hasta de 180/110 mmHg; inicia con disminución de la agudeza visual, alteración del estado de conciencia, además de crisis convulsivas controladas con benzodiazepinas. Se realiza resonancia magnética del encéfalo con datos de síndrome de encefalopatía posterior reversible, con afectación occipitoparietotemporal bilateral y signos de episodio isquémico agudo agregado en la región parietal derecha (**Figura 1**). Se agregan a los síntomas nistagmo y movimientos coreicos; se administra un pulso de ciclofosfamida (500 mg/m² SC)/metilprednisolona (30 mg/kg) y se inicia tratamiento con infusión de nitroprusiato. Se consigue mejoría del estado de alerta y control de cifras de presión arterial con disminución de dosis y retiro paulatino de antihipertensivos.

Conclusiones: A pesar de que la encefalopatía posterior reversible tiene una frecuencia baja en la población pediátrica y suele presentar una evolución monofásica y casi siempre reversible, es necesario el conocimiento de esta entidad, ya que puede pasar inadvertida.

Bibliografía

1. Tai-Heng C. Childhood posterior reversible encephalopathy syndrome: clinicoradiological characteristics, management and outcome. Frontiers in Pediatrics. 2020;8:585. doi:10.3389/fneur.2020.00071.
2. Hinduja A. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical features and outcome. Front Neurol. 2020;11:71. doi:10.3389/fneur.2020.00071.

Figura 1. RMN, corte transversal del encéfalo en fase T2; se observa edema de sustancia blanca en la región parietooccipital.(C056)



C057

Síndrome de DRESS, como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico/pediátrico

Guerrero-Solís C¹, Morales-Irazoque MF², Andrade-Ortega L¹

⁽¹⁾Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado,

⁽²⁾Hospital Manuel Gea González

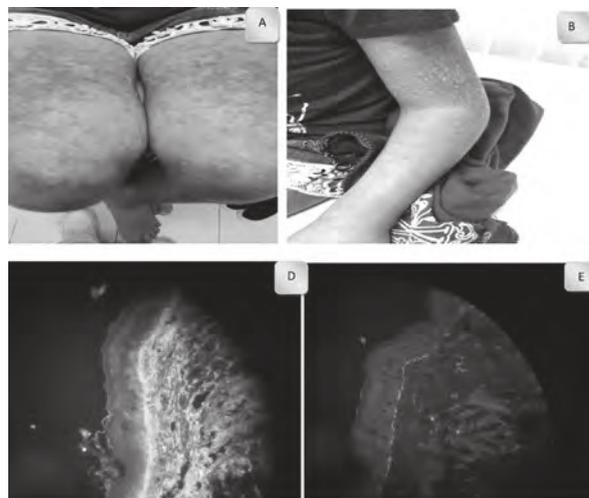
Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) de la infancia puede iniciar con manifestaciones diferentes respecto del adulto. El síndrome de reacción farmacológica eosinofílica y síntomas sistémicos (DRESS) es una reacción grave e idiosincrásica a medicamentos, con manifestaciones sistémicas, adenopatías, exantema disseminado y fiebre. Es una rara y grave farmacodermia, con incidencia de 1:10 000 expuestos, con bases farmacogenéticas diversas, y menor en niños que adultos.

Objetivos: Mujer escolar de 12 años, sin antecedentes autoinmunitarios familiares, con inmunizaciones completas. Sin antecedentes patológicos. Cursó con rinofaringitis, sin especificar tratamiento; al mes presenta fiebre 38°-39°, artralgias en tobillos, lesiones dérmicas rojas y pruriginosas en cuello, brazos, abdomen, piernas, mejillas y nariz. Sin mejoría con tratamiento antihistamínico. Se establece diagnóstico de dengue. Se valora en esta unidad y se identifican úlceras orales, eritema malar, hepatomegalia, sinovitis en interfalángicas proximales y rodillas, Raynaud bifásico, adenopatías cervicales e inguinales (**Figura 1**). Leucocitosis, linfocitosis y eosinofilia (5.810). Dermatología diagnóstica: síndrome DRESS con relación indeterminada; se administra inmunoglobulina (1 g/kg) y prednisona (1 mg/kg). Mejoran la fiebre y las lesiones dérmicas.

Biopsia de piel: infiltrado dérmico mononuclear perivascular. Patrón granular en unión dermoepidérmica IgG/C3. Perfil inmunológico: C3 (52.9), C4 (2.70), ANA 1:320, moteado fino y mitocondrial 4+, DNAdc 931.5. Se inició reducción de esteroide, hidroxycloquina, azatioprina, con adecuada respuesta.

Conclusiones: El LES pediátrico puede ser difícil de diagnosticar por las manifestaciones sistémicas iniciales diversas e inespecíficas, y es necesario

Figura 1. Signos identificados en la paciente.(C057)



un amplio diagnóstico diferencial. En el síndrome DRESS, sólo en 2% de los casos no se identifica una relación farmacológica; las manifestaciones cutáneas de LES (sobre todo agudas) pueden simular un DRESS. Pero como relación (entidades independientes) no se ha notificado en las publicaciones médicas.

Bibliografía

- Kim GY, Anderson KR, Davis DMR, Hand JL, Tollefson MM. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) in the pediatric population: a systematic review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(5):1323. Epub 2020 Apr 2.
- Cabañas R, Ramírez E, Sendagorta E, Alamar R, Barranco R, Blanca-López N, et al. Spanish guidelines for diagnosis, management, treatment, and prevention of DRESS syndrome. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2020;30(4):229. Epub 2020 Jan 14.

C058

Lupus eritematoso seronegativo en paciente pediátrico: reporte de caso

Orozco-Juárez ML¹, Arellano-Valdez CA², Méndez-Núñez M², Rivera-Navarro D², Tlacuilo-Parra JA²

⁽¹⁾Unidad Médica de Alta Especialidad Pediatría, ⁽²⁾Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria que tiene un amplio espectro de manifestaciones, cuya característica principal es la positividad de anticuerpos dirigidos más frecuentemente al núcleo. Para su clasificación, por criterios de ACR 1990, se requieren 4 de 11 criterios, o 4 de 17 por criterios de SLICC o biopsia que demuestre nefritis lúpica en presencia de ANA o anti-DNA. Sin embargo, < 4% de los pacientes con características clínicas de LES tiene resultado de ANA negativo.

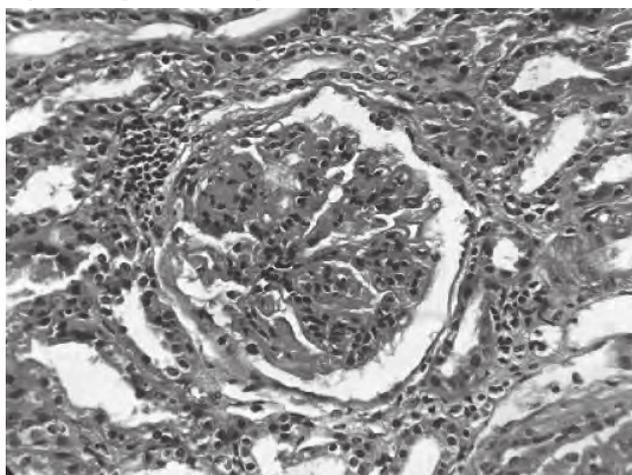
Objetivos: Describir el caso de un paciente con lupus eritematoso sistémico seronegativo.

Resultados: Paciente masculino de 15 años, que presenta en 2007 edema bpalpebral y de extremidades inferiores, astenia y adinamia, urgencia hipertensiva con desprendimiento de retina y síndrome nefrótico de rápida progresión, leucopenia (< 4 000), linfopenia de 540, hipocomplementemia y lesión renal. En ecocardiograma hay derrame pericárdico, por lo que se solicita ANA y anti-DNA que son negativos, anti-Sm: 92, anti-RNP: 98.2; se diagnostica LES por serositis, afectación renal (pro-

teinuria y hematuria), leucopenia y alteración inmunológica. Se realiza biopsia renal que indica GMN lúpica de clase IV-V (Figura 1), índice de actividad 10/24 y cronicidad 4/12, en IFI IgG +++, C1q ++, C3 ++. Requiere tratamiento de sustitución renal con hemodiálisis e inducción a la remisión con ciclofosfamida; presenta remisión de proteinuria y retiro de hemodiálisis.

Conclusiones: El lupus seronegativo está poco documentado y se debe tomar en consideración al momento del diagnóstico, sin perder de vista que existe una gran heterogeneidad en su presentación clínica; ante sospecha, la negatividad serológica no excluye al lupus y es posible un resultado positivo en etapas posteriores incluso después de años.

Figura 1. Biopsia renal de la paciente.(C058)



Bibliografía

1. Chow J, Achuko MN, Chen XL. An unusual and rare case of a seronegative male patient with lupus nephritis. *Cureus*. 2020 Aug 14;12.
2. Lee E, Yeo M-K, You S Kyoung, Kim YK, Ryu S, Lee JM. An unusual pediatric case of seronegative systemic lupus erythematosus presented with acute abdominal pain and gross hematuria. 2017:12-16.
3. Simmons SC, Smith ML, Chang-Miller A, Keddis MT. Antinuclear antibody-negative lupus nephritis with full house nephropathy: a case report and review of the Literature. *Am J Nephrol*. 2015:451-9.

C059

Síndrome de Budd-Chiari asociado a síndrome de anticuerpos antifosfolípidos en pediatría

Aparicio-Vera LA, Suárez-Martínez JM

Hospital para el Niño Poblano

Introducción: El síndrome de Budd-Chiari (BCS) es una rara entidad en la infancia, de causa generalmente desconocida, que se caracteriza por trombosis de las venas suprahepáticas. Los anticuerpos antifosfolípidos deben considerarse dentro del abordaje de estos pacientes.

Objetivos: Describir la relación de SAF y BCS debido a la frecuencia sumamente baja de esta relación.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de expediente clínico.

Resultados: Se trata de un paciente masculino de 15 años de edad, que acude a la institución por un padecimiento caracterizado por síntomas constitucionales y síntomas gastrointestinales. La exploración física revela fenómeno de Raynaud, abdomen doloroso, Murphy positivo y borde hepático de 3 cm por debajo del reborde costal. Se observa en USG abdominal vena porta dilatada (23 mm), con trombos y nulo flujo vascular. Se informa vena porta y esplénica con trombos en su interior. En angio-TAC de

abdomen se corrobora trombosis portal, con ocupación de un 68% (tercio distal) y 45.7% (proximal). Durante la valoración presenta trastorno hemorrágico gastrointestinal y la endoscopia muestra varices esofágicas. Los estudios de laboratorio señalan trombocitopenia, prolongación de TTP, consumo de complemento y EGO con proteínas y cilindros granulosos. Se descartan causas infecciosas, metabólicas y vinculadas con defectos primarios de coagulación. En abordaje reumatológico se notifica perfil de SAF convencional y ampliado negativo (Tabla 1). Con base en la trombosis portal, fenómeno de Raynaud, TTP prolongado, trombocitopenia e hipocomplementemia se integra SAF seronegativo. Se inicia tratamiento con anticoagulantes de esteroide y azatioprina, con mejoría en cuenta de complemento y plaquetaria.

Tabla 1. Abordaje infeccioso, hematológico y reumatológico.(C059)

Infeccioso		
Ac antihepatitis C	0.79	No reactivo
Ac totales vs. hepatitis "A"	0.09	No reactivo
Ac antiantígeno "S" de hepatitis "B"	0.6	No reactivo
Ac anti-VIH 1/VIH 2	No reactivo	
VDRL	Negativo	Negativo
Tífico "O"	Negativo	
Tífico "H"	Negativo	
Paratífico "A"	Negativo	
Paratífico "B"	Negativo	
Hematológico		
TP	16.7 seg	
TTP	50.2 seg	Prolongado
INR	1.5	
Dímero D	778 nm/mL	
Fibrinógeno	385 mg/dl	
Transferrina	188 mg/dl	
Ferritina	201.61 ng/ml	
Factor X	60.5	
Ácido fólico	6.1 ng/ml	
Proteína C	Ag de proteína 69.68% Proteína C funcional 91.4%	
Proteína S	Total 74% Fracción libre 66.05%	
Antitrombina III	Actividad antigénica 0.26 g/dl Actividad funcional 82%	
Factor V (mutación de Leiden)	No detectado	
Alfafetoproteína	2.08 ng/ml	
Calprotectina	Negativo	
Lactoferrina	Negativo	
Inmunológico		
Coombs	Negativo	
Anticuerpos anti- <i>Saccharomyces cerevisiae</i> IgA	< 20 U	No reactivo
Anticuerpos anti- <i>Saccharomyces cerevisiae</i> IgG	< 20 U	No reactivo
AC anticardiolipina IgM	< 2	Negativo

AC anticardiolipina IgG	< 2	Negativo
Anticoagulante lúpico	Negativo	
AC anti-β 2GPI IgG	13.45	Negativo
Ac antifosfatidil serina IgG	< 10	Negativo
Ac antifosfatidil serina IgM	< 25	Negativo
Ac antifosfatidil etanolamina IgG	3 nKU/L	
Ac antifosfatidil etanolamina IgM	0.29	
Fosfolípidos totales	132	Disminuidos
Ac citoplasma neutrófilos	MPO 3.13 UR/ml PR3 6.25 UR/ml	

Conclusiones: La relevancia del caso radica en la escasa frecuencia de esta relación (SAF y BCS). Es imperativo el inicio de tratamiento por la comorbilidad que representa esta anomalía.

Bibliografía

- Pignatelli P, Ettorre E, Menichelli D, Pani A, Violi F, Pastori D. Seronegative antiphospholipid syndrome: refining the value of non-criteria antibodies for diagnosis and clinical management. *Haematologica*. 2020;105(3):562-572.
- Pastori D, Misasi R, Sorice M, Cribari F, Menichelli D, Violi F, Pignatelli P. Multiple arterial thrombosis in seronegative antiphospholipid syndrome: need for new diagnostic criteria. *European Journal of Case Reports in Internal Medicine EFIM* 2019 DOI: 10.12890/2019_001180.

Co60

Prevalencia y características clínicas de las vasculitis sistémicas en pediatría

De La Rosa-Castillo MJ, Arellano-Valdez CA, Méndez-Núñez M, Tlacuilo-Parra JA, Aguilar-Campohermoso NJ

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría CMNO

Introducción: Las vasculitis representan 1% a 6% de las enfermedades reumáticas pediátricas. Se clasifican de acuerdo con su fenotipo clínico, tamaño de los vasos e histopatología. La incidencia y prevalencia varían en las diferentes poblaciones del mundo y las vasculitis por IgA y la enfermedad de Kawasaki (EK) son las más comunes.

Objetivos: Conocer la prevalencia y características clínicas más frecuentes de las vasculitis sistémicas en pediatría.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, de 2015 a 2020. No se incluyeron las vasculitis por IgA y EK.

Resultados: Se incluyó a 24 pacientes, clasificados como granulomatosis con poliangeítis (GPA) (45.8%), arteritis de Takayasu (AT) (25%), poliarteritis nodosa (4.2%), granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (8.3%), enfermedad de Behçet (8.3%) (**Figura 1**), poliangeítis microscópica (4.2%) y vasculitis limitada a riñón (4.2%). Edad media al diagnóstico: 8.9 años (intervalo, 3 meses-15 años). El diagnóstico se retrasó en promedio 19 meses. El principal órgano afectado fue el riñón en 50%. Se realizó estudio de imagen en 70.8% de los casos e histopatológico en 45.8%. Recibieron pulsos de metilprednisolona (62.5%) de los pacientes, seguido de prednisona oral por 13.6 meses. El tratamiento principal de mantenimiento fue metotrexato (62.5%). Desarrolló enfermedad renal terminal el 37.5%. Al seguimiento se documentó remisión en el 70.8%, inducción a remisión en 12.5%, enfermedad activa en 12.5% y muerte en 4.2%.

Conclusiones: La vasculitis más frecuente fue la GPA. El retraso en el diagnóstico fue mayor de 18 meses; no obstante, el 70.8% de los pacientes alcanzó la remisión.

Figura 1. Enfermedad de Behçet.(C060)



Bibliografía

- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum*. 2013 Jan;65:1-11.
- Sag E, Batu ED, Ozen S. Childhood systemic vasculitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2017 Aug;31:558-575.

Co61

Pseudotumor orbitario juvenil como manifestación de granulomatosis con poliangeítis limitada

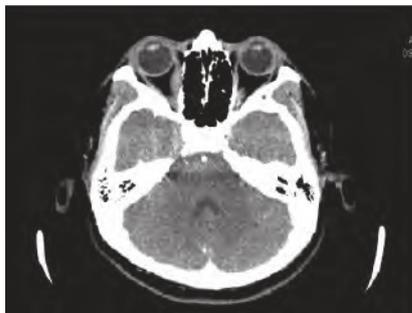
Cuatecontzi-Romero A, Guadarrama-Rivera L, Ramírez-López ET

Hospital de la Niñez Oaxaqueña

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis es una vasculitis autoinmunitaria que afecta a múltiples órganos. El tejido blando de la órbita se puede afectar en el 45% a 60% y puede ser la primera manifestación antes de la afectación multisistémica.

Material y métodos: Paciente femenino que inicia a los 10 años con epifora y prurito en ojo derecho (OD); se consideró tratamiento sintomático, sin mejoría; seis meses después presenta proptosis en OD, se descarta enfermedad tiroidea y se solicitan estudios de USG, TAC de órbitas (**Figura 1**) y RMN; se diagnostica pseudotumor orbitario y se realiza biopsia muscular, con hallazgo de infiltrado linfoplasmocitario moderado, vasos congestivos con eritrocitos extravasados, sin evidencia de proceso maligno; se inicia prednisona (PDN) (50 mg/día) que produce respuesta parcial. Con posterioridad, azatioprina (AZA), metotrexato (MTX) y dosis alternadas de PDN; al descenso se exacerba la proptosis.

Figura 1. TAC de órbitas de la paciente.(C061)



Resultados: En mayo 2018 se descarta compromiso sistémico y se considera granulomatosis con poliangitis limitada de OD; se administran seis dosis mensuales de metilprednisolona (MPD)/ciclofosfamida (CFM) y se logra descenso de PDN; al intentar el cambio a AZA no hay tolerancia; se intenta MTX, pero existe proptosis y astenopia; se retoman tres pulsos mensuales y tres bimensuales con MPD/CFM junto con MTX, y se logra la remisión; mantenimiento con MTX. En abril de 2020 se suspende el tratamiento. Hasta la fecha actual sin documentar actividad clínica.

Conclusiones: Los estudios recientes demuestran la posibilidad de inducir la remisión y mantenimiento en vasculitis relacionadas con ANCA con tratamiento biológico; sin embargo, en muchas unidades hospitalarias no se cuenta con dichas modalidades; esto demuestra la efectividad aún de una dosis alta acumulada de ciclofosfamida, sin sobrepasar la dosis máxima para evitar la falla gonadal.

C062

Hipermenorrea y metrorragia: debut de lupus eritematoso sistémico juvenil

Hernández-Torres Y, Aparicio-Vera LA

Hospital para el Niño Poblano

Introducción: El LES es una alteración autoinmunitaria poco frecuente, cuyos síntomas pueden ser muy variados. El mayor conocimiento de estos síntomas iniciales puede apoyar un diagnóstico oportuno.

Objetivos: Describir una manifestación poco frecuente de LES juvenil.

Material y métodos: Paciente femenino de 14 años con sangrado uterino anormal como síntoma inicial de LES más SAF.

Resultados: Inicia en noviembre de 2019 con hipermenorrea y metrorragias. Ingresa al HNP en febrero del 2020 por persistencia de SUA, con adición de síndrome anémico. Los estudios paraclínicos señalan prolongación de TTP y se inicia abordaje hematológico, que descarta trastornos primarios de coagulación. Se la valora en el servicio de reumatología sin encontrarse síntomas clínicos indicativos de LES. Acude un mes después por persistir con SUA, en ausencia de otros síntomas; la biometría hemática revela anemia no hemolítica. A continuación se informa hipocomplementemia. Un mes después acude otra vez por persistencia de SUA con informe de ANA, anti-DNA, anticardiolipina y anticoagulante lúpico positivos; se indican bolos de metilprednisolona más azatioprina, y decrece el SUA. Un mes después presenta crisis convulsivas; la IRM revela infarto en lóbulos parietal, frontal y temporal, además de hematuria y proteinuria; se inician rituximab y micofenolato de mofetilo, con buena respuesta. Actualmente en vigilancia.

Conclusiones: La metrorragia y la menorragia como inicio del LES juvenil son infrecuentes; tras descartar otras causas hemorrágicas, debe considerarse LES como diagnóstico diferencial. Esto conlleva un desafío terapéutico; es fundamental el tratamiento oportuno de la hemorragia con esteroides, inmunosupresores o plasmaféresis.

Bibliografía

1. Bleeding and thrombosis in a patient with secondary antiphospholipid syndrome. Saudi J Kidney Dis Transpl. <http://www.sjkdt.org> on Tuesday, November 24, 2020, IP: 187.130.64.220.
2. Rheumatology International. <https://doi.org/10.1007/s00296-018-4127-9> Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature 2018, Lupus anticoagulant hypoprothrombinemia syndrome associated with systemic lupus erythematosus in children: report of two cases and systematic review of the literature.

C063

Coagulación intravascular diseminada, complicación fatal en lupus eritematoso sistémico juvenil

Pérez-Castañeda T, Aparicio-Vera LA

Hospital para el Niño Poblano

Introducción: Se presenta una serie de casos de tres pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con múltiples comorbilidades y complicaciones derivadas de la enfermedad subyacente, que durante la evolución desarrollan coagulación intravascular diseminada con diagnóstico clínico y bioquímico y quienes progresan a un desenlace letal.

Objetivos: Conocer la importancia del diagnóstico de esta entidad clínica, ya que no existe una base o incidencia establecida en las publicaciones mexicanas o internacionales.

Material y métodos: Revisión de expedientes clínicos.

Resultados: Se trata de tres pacientes con diagnóstico de LES en tratamiento en la unidad hospitalaria. Estos pacientes ingresan para tratamiento médico y de complicaciones relacionadas con su enfermedad subyacente con una evolución no favorable. Durante la hospitalización se identifican comorbilidades graves: sepsis, choque séptico, infección fúngica e insuficiencia orgánica. Los pacientes inician con cuadros clínicos de expresión hemorrágica y trombótica, entre ellos sangrado de tubo digestivo, hemorragia cerebral, hemorragia alveolar, trombosis renal y trombosis intestinal. En el análisis bioquímico durante el estado de gravedad presentan prolongación de tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activada, dímero D y fibrinógeno elevados que no respondieron al tratamiento de apoyo, por lo que se diagnostica coagulación intravascular diseminada. Evolucionan de manera inadecuada y al final fallecen.

Conclusiones: En los pacientes con diagnóstico de LES, una complicación rara pero grave y letal es la CID. Crece su importancia al referirse como una complicación mortal que requiere una identificación y diagnóstico tempranos.

Bibliografía

1. Yoshinori Shimamoto, Akihide Ohta, Masayuki Sano, Kenji Suga, Masaya Yamaguchi. Improved or fatal acute disseminated Intravascular coagulation in systemic lupus erythematosus. Division of Hematology, Rheumatology and Allergy, Department of Internal Medicine, Saga Medical School, Saga, Japan, 1993.
2. Eyama, Takashi Y, Mamoru M. Systemic lupus erythematosus associated with massive ascites and pleural effusion in a patient who presented with disseminated intravascular coagulation. Internal Medicine. 2002;41(2).

C064

Síndrome inflamatorio multisistémico asociado a SARS-CoV-2 como debut de leucemia

Jirón-Mendiola KV¹, Villarreal-Treviño AV², García-Rodríguez F², Rubio-Pérez N³, Jiménez-Hernández S⁴

⁽¹⁾Reumatología Pediátrica, ⁽²⁾Profesor Reumatología Pediátrica, ⁽³⁾Profesor Titular Especialidad de Reumatología Pediátrica, ⁽⁴⁾Residente Reumatología Pediátrica. Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", de la Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El síndrome inflamatorio multisistémico en niños relacionado con SARS-CoV2 (MIS-C) es una enfermedad emergente; se han descrito fenotipos de expresividad variables caracterizados por una respuesta inflamatoria sistémica y tormenta de citocinas.

Objetivos: Describir un caso de MIS-C secundario a SARS-CoV2 con inicio de leucemia.

Resultados: Se trata de un paciente masculino de 2 años y 9 meses de edad, con antecedente de infección de vías áreas superiores tres semanas previas. Ingresa por astenia, adinamia, dolor abdominal y afectación mucocutánea de tres días de evolución; se identifican pancitopenia, elevación de reactantes de fase aguda, dímero D y CPK con positividad de IgG cuantitativa para SARS-CoV2 (**Tabla 1**); desarrolla miocarditis, birrefringencia coronaria y datos de choque que exige ventilación mecánica.

Se realizan aspirado de médula ósea y citometría de flujo para leucemia aguda, se identifican blastos y se confirma leucemia linfoblástica aguda tipo B.

El paciente recibió tratamiento con gammaglobulina intravenosa (2 g/kg/dosis x 2), ácido acetilsalicílico y corticoesteroides, así como tratamiento de inducción a la remisión con L-asparaginasa y dexametasona. Durante el seguimiento a las tres semanas se encuentra persistencia de ectasia coronaria (*z-score*, 2.9), y continúa el tratamiento con ácido acetilsalicílico.

Conclusiones: Se describe el caso de coexistencia de MIS-C e inicio de leucemia aguda en un paciente sin síntomas relacionados con el padecimiento hematológico anterior al cuadro agudo inflamatorio, lo cual sugiere como posible desencadenante inmunológico el virus SARS-CoV-2 para ambas afecciones.

Bibliografía

1. Ravelli A, Martini A. Kawasaki disease or Kawasaki syndrome. 2020:993-995.

Tabla 1. Flujograma de los estudios de laboratorio. (C064)

Estudios	30.07.20	01.08.20	02.08.20	03.08.20	04.08.20	05.08.20	06.08.20	07.08.20	08.08.20	09.08.20	10.08.20	11.08.20	12.08.20
Hb		15	11.8		9.31	8.17	7.78	8.77	7.33	7.21	6.69	6.49	13.3
Hcto		47	35.1		28.6	24.2	25.7	27	22	22.3	20.4	19.2	37.1
Leucocitos		0.52	0.51		0.59	0.51	0.90	1.56	2.16	4.93	2.89	5.67	11.7
Neutrófilos		0.06	0.13		0.31	0.29	0.54	0.84	1.74	3.84	2.22	3.74	10.3
Linfocitos		0.36	0.28		0.19	0.16	0.27	0.53	0.26	0.63	0.37	1.11	0.94
Monocitos		0.57			0.66	0.047	0.071	0.139	0.1125	0.367	0.223	0.726	0.361
Plaquetas		9.53	19.80		11.0	21.100	27.60	7.81	54.60	26.20	25.00	37.0	23.50
VSG						-							
PCR						18.6		8		4		2.80	7.1
CREA				0.3			0.1	1.2 mg/dL				0.1	
AU												1.5	
BUN				17			13					24	
BT		7.2		4.2			1.5					0.8	
BD		4.6		2.2			0.6					0.3	
BI		2.6		2			0.9					0.5	
Prot tot		4		5.6								6.1	
Albúmina		2.2		2.5			2.8					2.7	
Globulina		1.80		3.1			3.80					3.4	
Relac Alb/Glob		1.22		0.80								0.79	
Triglicéridos		116		278			223					179	
AST		118		44			17					35	
ALT		50		64			29					27	
DHL		360		185			137					172	
GGT													
TP		32.7						13.3					
TTP		57.1						19.8					
INR								1.15					
Fibrinógeno		450 mg%											
pH	7.05		7.36				7.37			7.42	7.43	7.40	

pCO2	49		56				50			25	32	39	
pO2	42		55				51			49	43	36	
HCO3	13.6		31.6				28.9			16.2	21.2	24.2	
Lactato	2.9		1.3				1.0			2.2	1.4	1.5	
Beb	-16.6		5				2.8			6.2-	2.2-	0.5-	
DU							1020					1017	
PH							Mayor a 9					7.0	
Proteínas							30					Negativo	
Glucosa							neg					Negativo	
Cetonas							15					15	
Nitritos							neg					Negativo	
Urobilinógeno							1.0					1.0	
Hemoglobina												Negativo	
Sedimento												Negativo	
Cilindros							Esc. amorf					Ausentes	
Bacterias							ausentes					Ausentes	
Eritrocitos							4/campo					2.4	
Leucocitos							2					1.2	
Procacitonina													
Biopsia piel													
Biopsia													
Ferritina sérica			1655.93 ng/ml				568.77 ng/ml					472.51 ng/ml	
Dímero D			23298 ng/ml				5.83 ug/mL						
CPK										147 UI/L			
CPK MB	879 UI/L									44 UI/L			

Co65

Enfermedad de Kawasaki asociada a COVID-19, reporte de caso

Chacón-Abril K, Maya-Piña LV, Barbosa-Cobos RE, Lugo-Zamudio G, Solís-Vences JC

Hospital Juárez de México

Introducción: La infección por SARS-CoV2 en los niños es poco frecuente (2%) y se presenta en la mayor parte de los casos con síntomas leves de vías respiratorias altas; sin embargo, el 1.8% se manifiesta en la forma de enfermedad de Kawasaki (EK).

Resultados: Paciente femenino de 4 años de edad con antecedente de padre y madre con infección por SARS-CoV-2. Presentó fiebre de 39°C y cefalea, luego ojo rojo, mialgias, artralgias y lesiones cutáneas, por lo que acudió al servicio de urgencias. La exploración física mostró hiperemia conjuntival bilateral, edema palpebral, petequias en cavidad oral, eritema oral, queilitis, exantema localizado en brazos (**Figura 1A**), muslos y región glútea, soplo sistólico de grado II, foco pulmonar, artritis de rodilla (**Figura 1B**) y adenomegalias cervicales y axilares. Los estudios de laboratorio se muestran

en la **Tabla 1**; dos determinaciones PCR para SARS-CoV2: negativas; anticuerpos para SARS-CoV2: IgM negativos e IgG positivos; radiografía de tórax: cardiomegalia (**Figura 1C**); ecocardiograma: hipertensión pulmonar leve, sobrecarga hídrica, función ventricular conservada. TCAR de tórax: imagen indicativa de neumonía por COVID-19 (**Figura 1D**). Se diagnosticó EK incompleta relacionada con COVID-19. Se trató con gammaglobulina, ácido acetilsalicílico y glucocorticoides con mejoría clínica.

Conclusiones: La EK es una vasculitis sistémica aguda de vasos medianos cuya causa no se ha dilucidado con claridad; se han postulado diversos agentes infecciosos como desencadenantes, a los cuales se sumó recientemente el virus SARS-CoV2. La EK relacionada con COVID-19 aumenta la morbimortalidad de los niños con SARS-CoV2; en casi todos los casos requiere tratamiento radical y es imperativo el diagnóstico temprano para un tratamiento oportuno.

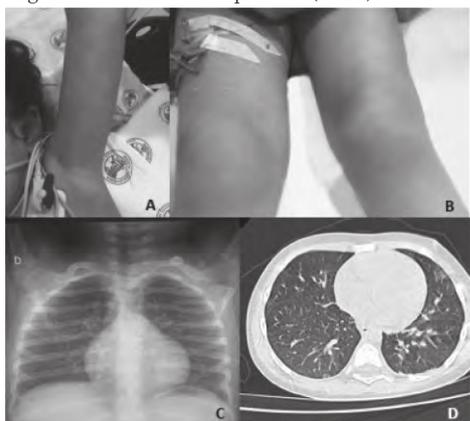
Bibliografía

1. Yasuhara J, Kuno T, Takagi H, Sumitomo N. Clinical characteristics of COVID-19 in children: a systematic review. *Pediatr Pulmonol.* 2020 Jul 29. doi: 10.1002/ppul.24991.
2. Jones VG, Mills M, Suárez D, Hogan CA, Yeh D, Segal JB, et al. COVID-19 and Kawasaki disease: novel virus and novel case. *Hosp Pediatr.* 2020;10(6):537-540.

Tabla 1. Estudios de laboratorio. (C065)

Leucocitos (5.2-12.4 x 10 ³ /ul)	13.31 x 10 ³ /ul
Neutrófilos (1.9-8 x 10 ³ /ul)	7.42 x 10 ³ /ul
Linfocitos (0.9-5.2 x 10 ³ /ul)	4.62 x 10 ³ /ul
Plaquetas (130-400 x 10 ³ /ul)	226 x 10 ³ /ul
Bilirrubina total (0.01-1 mg/dl)	0.4 mg/dl
Transaminasa glutámica oxalacética (10-39 U/L)	111 U/L
Transaminasa glutámica pirúvica (10-49 U/L)	113 U/L
Deshidrogenasa láctica (105-330 U/L)	962 U/L
Creatinina (0.50-1.30 mg/dl)	1.05 mg/dl
Proteína C reactiva (0-0.50 mg/dl)	12.2
Ferritina (200-400 mg/dl)	309 mg/dl
Factor reumatoide (0-35 UI/ml)	10.1 UI/ml
Anti-DNAc (negativo < 100 UI/ml)	< 10 UI/ml
Anti-Smith (negativo < 20 UR/ml)	< 2 UR/ml
Anti-Ro (negativo < 20 UR/ml)	9.35 UR/ml
Anti-La (negativo < 20 UR/ml)	2.62 UR/ml
Anticardiolipina IgG (negativo < 12 U/ml)	< 2 U/ml
Anticardiolipina IgM (negativo < 12 U/ml)	15.63 U/ml

Figura 1. Signos identificados en la paciente.(C065)



C066

Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico con compromiso neurológico por SARS-COV-2

De La Rosa-Encarnación NL, Faugier-Fuentes E, Mercedes-Pérez ER, Ramos-Tiñini PP, Fernando-Menchaca H, Rodríguez-Aguayo S

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (PIMS) se caracteriza por la aparición de fiebre persistente relacionada con hipotensión y compromiso multisistémico. El SARS-CoV 2 es un virus neuroinvasor con manifestaciones neurológicas causadas por la tormenta de citocinas, que provoca respuesta excesiva, como meningoencefalitis.

Resultados: Paciente femenina de 4 meses. Contacto epidemiológico: abuelo materno con COVID-19 cuatro semanas previas. Cuadro clínico: fiebre de cinco días (40°C), irritabilidad, tos esporádica, exantema maculopapular generalizado, conjuntivitis no supurativa, edema de manos y pies. A su ingreso se muestra irritable, somnolienta, fontanela anterior abombada, taquicárdica, pulsos saltones, llenado capilar flash. Requirió oxígeno, cargas con cristaloides e ingreso a terapia intensiva. Se consideraron PIMS y meningoencefalitis. Líquido cefalorraquídeo (LCR): proteinorraquia y leucocitosis, SARS-CoV2 positivo en LCR y suero (**Tabla 1**). Ecocardiograma, radiografía de tórax y tomografía de cráneo sin alteración. Tratamiento: gammaglobulina (2g/kg/d), metilprednisolona (2mg/kg/d) e enoxaparina (1mg/kg/d). Egresada sin secuelas a los seis días de hospitalización.

Conclusiones: Se notifica el excepcional caso de meningoencefalitis por SARS-CoV-2 con PCR positiva en el LCR. La valoración integral del

paciente con compromiso neurológico por SARS-CoV-2 debe ser minuciosa. El PIMS se relaciona con letargia y somnolencia. En este caso, el dato clínico relevante fue la irritabilidad. Es imperativo el abordaje integral del paciente ante la diversidad del comportamiento infeccioso de SARS-CoV-2.

Tabla 1. Estudios del líquido cefalorraquídeo (LCR). (C066)

Citoquímico:	Proteína 105	Glucosa 45	Leucocitos 121	Polimorfo nucleares 8	Mono nucleares 92
Cultivo de LCR	Negativo				
PCR-SARS-CoV2 en LCR	Positiva				

Bibliografía

1. Kest H, Kaushik A, DeBruin W, Colletti M, Goldberg D. (2020). Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C) asociado con la infección por el nuevo coronavirus de 2019 (SARS-CoV-2). Reporte de casos en pediatría, 2020, 8875987. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7383305/>. doi.org/10.1155/2020/88759873
2. Melina N, Conto-Palomino, M Cabrera-Bueno, KVargas-Ponce, E Rondón-Abuhadba, N Atamari-Anahui. Encephalitis associated with COVID-19 in a 13-year-old girl: A case report. Medwave. 2020;20(7) <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Casos/7984.act?ver=sindiseno>

C067

Plasmaféresis efecto terapéutico en enfermedad de Kawasaki refractaria

Mercedes-Pérez ER, Faugier E, Ramos-Tiñini PP, De La Rosa-Encarnación N, Menchaca-Aguayo HF, Rodríguez-Aguayo S

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis de medianos vasos, autolimitada y de causa desconocida. Hasta 10% a 20% de los pacientes sufren enfermedad de Kawasaki resistente.

Objetivos: Describir el efecto terapéutico de la plasmaféresis en la enfermedad de Kawasaki resistente.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico y revisión de las publicaciones médicas.

Resultados: Lactante menor de 7 meses, sano con anterioridad, con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki resistente. Harada, 6 puntos. No respondió a dos dosis de inmunoglobulina intravenosa, a tres bolos de metilprednisolona e infliximab. Persiste con elevación de proteína C reactiva, trombocitosis e incremento de aneurismas. No hubo efectos con ciclofosfamida y azatioprina, además de un segundo esquema de 3 bolos de metilprednisolona. A falta de remisión se aumentó el tratamiento a tres sesiones de plasmaféresis (**Tabla 1**).

Conclusiones: Las guías AHA 2017, SHARE 2019 y Japonesa 2002 para el tratamiento de Kawasaki recomiendan como tratamiento inicial una dosis de inmunoglobulina, ácido acetilsalicílico y bolos de metilprednisolona. En el control de la enfermedad de Kawasaki resistente no hay consenso sobre la pauta terapéutica; se han utilizado tratamientos de segunda línea: segunda dosis de inmunoglobulina, bolos de metilprednisolona, infliximab, plasmaféresis y agentes inmunosupresores como ciclofosfamida y ciclosporina A. Se demostró la utilidad de la plasmaféresis como opción terapéutica eficaz, en este caso en particular ante la resistencia.

Bibliografía

1. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of

Tabla 1. Comparación de la evolución clínica, estudios de laboratorio y tratamiento clínico realizado. (C067)

Laboratorio	01.06.20 Neuroinfección	04.06.20 Apendicitis. Choque séptico	08.06.20 Kawasaki incompleta	13.06.20 Kawasaki resistente	02.07.20 Resolución de la enfermedad
Leucocitos	35 400	57 700	35.30	21 200	18 700
NT	29.8%	40 390	25 060	17 600	7 480
LT	22.8%	15 000	8 120	2 760	8 600
HGB	11.7	13.20	9.30	8.60	10.50
HCT	35.9	41.3	27.7	25.9	31.4
PLT	125 000	27 000	11 900	785 000	930 000
VSG			7.0	22	
PCR			9.86		0.692
Ferritina		888	417		
Fibrinógeno		238	278.9		
Dímero D		8 478	4 543		
Troponina			3.30		
Péptidonatriurético			709.20		
Albúmina	1.8	1.5	1.1		
ALT		39			
SARS-CoV2	Negativo		Negativo		
Citoquímico de líquido cefalorraquídeo	Proteína: 71 mg/dl, Glucosa: 57 mg/dl, Leucocitos: 55 mm ³				
Tratamiento	Ceftriaxona- Vancomicina	Apoyo de aminos	Inmunoglobulina, ácido acetilsalicílico, bolos de metilprednisolona.	Segunda dosis de inmunoglobulina.	Plasmaféresis 3/3

Kawasaki disease: a scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation*. 2017.
 2. Ebato T, Ogata S, Ogihara Y, Fujimoto M, Kitagawa A, Takanashi M, Ishii M. The clinical utility and safety of a new strategy for the treatment of refractory Kawasaki disease. *J Pediatr*. 2017 Dec;191:140-144.

Co68

Enfermedad de Kawasaki con aneurismas sistémicos

Menchaca-Aguayo HF, Faugier-Fuentes E, Patrón-Chi S, Loor-Chávez RE, Mercedes-Pérez ER, Ramos-Tiñiñi P

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis de medianos vasos de causa desconocida.

Objetivos: Describir el caso de una paciente con EK que desarrolló múltiples aneurismas.

Material y métodos: Caso descriptivo y observacional. Datos del expediente clínico.

Resultados: Lactante femenina de 2 meses previamente sana. Ingresó por fiebre de 14 días de evolución hasta de 38.5°C, acompañada de evacuaciones disminuidas en consistencia e irritabilidad. La exploración física revela soplo mesosistólico, con normalidad en los demás parámetros. El hemograma muestra leucocitosis, neutrofilia y trombocitosis, con examen de orina normal. Hemocultivo, urocultivo, cultivo de LCR, coprocultivo y coproparasitoscópico negativos. Serologías virales, PCR de SARS-CoV-2 y panel viral respiratorio negativos. Se inició cobertura con ceftriaxona y amikacina. Por persistencia de fiebre se prescribe cefepima y se resuelve al día 11 de hospitalización. Ante PCR de 14.2 y trombocitosis de 1000000 se solicitó ecocardiograma. Hallazgos: arteria coronaria derecha distal 3.7 mm (Z+, 10.9), arteria coronaria derecha medial 4.9 mm (Z+, 13.9), arteria

coronaria derecha proximal 6.1 mm (Z+, 16.78) y arteria coronaria izquierda 3.6 mm (Z+, 7.81). Se integró el diagnóstico de EK y se inició tratamiento con gammaglobulina (2g/kg/d), pulsos de metilprednisolona (30 mg/kg/d, 3 días), ASA (50 mg/kg/d), clopidrogel (0.3mg/kg/d) y enoxaparina (1.5 mg/kg/d). Angio-TAC: aneurismas extracoronarios (**Figura 1**). **Conclusiones:** Aunque se han informado aneurismas en la EK que afectan a las arterias extracoronarias, éstos son escasos. Este caso clínico demuestra

Figura 1. Angiotomografía de la aorta en reconstrucción volumétrica. Se observan aneurismas periféricos (ambas subclavias y humerales) y en aorta abdominal e infrarenal. (C068)



la importancia de un diagnóstico oportuno para evitar secuelas y la evaluación integral para documentar formación de aneurismas extracoronarios.

Bibliografía

- Ekici F, Varan B, Kocabas A, Erdogan I, Eminoglu S, Aktas D. Multiple giant aneurysms and stenoses of the coronary and systemic arteries in an infant with Kawasaki disease at the early stage of convalescent period. *Echocardiography*. 2014;31:E147-50.
- McCordle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnóstico, tratamiento y manejo a largo plazo de la enfermedad de Kawasaki: declaración científica para profesionales de la salud de la American Heart Association. *Circulación*. 2017;135(17): e927-99.

Co69

Hallazgos ecocardiográficos en artritis psoriásica, artritis reumatoide y controles

Rodríguez-Romero AB¹, Azpiri-López JR², Colunga-Pedraza IJ¹, Galarza-Delgado DA¹, Guajardo-Jáuregui N¹, Lugo-Pérez S², Cárdenas-De La Garza JA¹, Azpiri-Díaz H², Cepeda-Ayala OA²

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una artropatía inflamatoria relacionada con alteraciones cardiovasculares, pero no hay estudios que comparen estas alteraciones en sujetos con artritis reumatoide (AR) y controles.

Objetivos: Determinar la prevalencia de anomalías cardíacas en pacientes con AP y compararla con AR y controles mediante la ecocardiografía dado que es un método no invasivo.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal. Se incluyó a 38 pacientes (19 en cada grupo) de 40 a 75 años que cumplieran los criterios ACR/EULAR 2010 para AR y CASPAR para AP y 19 controles pareados por género, edad y comorbilidades. Se excluyó a aquéllos con pobre ventana ultrasonográfica, antecedente de enfermedad cardiovascular previa y embarazo. Dos cardiólogos certificados realizaron el ecocardiograma transtorácico. Comparaciones con χ^2 , Kruskal-Wallis o ANOVA.

Resultados: Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Se encontró mayor prevalencia de disfunción diastólica en AP y AR en comparación con controles (52.6% vs. 52.6% vs. 5.3%, p=0.002); asimismo, fue mayor la presencia de valvulopatía mitral (84.2% vs. 52.6% vs. 10.5%, p=0.001) y pulmonar (68.4% vs. 10.5% vs. 0%, p=0.001). Fue mayor la prevalencia de alteraciones en la geometría ventricular del ventrículo izquierdo (68.4% vs. 63.2% vs. 21.1%, p=0.006) en AP y AR respecto de los controles (**Tabla 2**).

Tabla 1. Comparaciones de las características demográficas y clínicas entre los pacientes con AP, AR y controles. (C069)

	AP (n=19)	AR (n=19)	Controles (n=19)	p
Edad, años ± DE	54.7 ± 7.7	55.4 ± 9.9	55.3 ± 5.9	NS
Género femenino, n (%)	11 (57.9)	11 (57.9)	11 (57.9)	NS
FRCV, n (%)				
Diabetes mellitus	4 (21.1)	3 (15.8)	2 (10.5)	NS
Hipertensión arterial	10 (52.6)	8 (42.1)	7 (36.8)	NS
Dislipidemia	10 (52.6)	4 (21.1)	7 (36.8)	NS
Tabaquismo activo	4 (21.1)	2 (10.5)	5 (26.3)	NS
Características de la enfermedad				
Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	6 (4-14)	7 (5-18)	-	NS
DAS28-VSG, media ± DE	3.5 ± 1.4	4.2 ± .8	-	NS

DAS28-PCR, media ± DE	2.2 ± 0.8	3.1 ± .8	-	0.003
Medicamentos, n (%)				
Metotrexato	13 (68.4)	18 (94.7)	-	NS
Biológicos	10 (52.6)	3 (15.8)	-	0.017
Glucocorticoides	1 (5.3)	8 (42.1)	-	0.019

NS, no significativo; FRCV, factores de riesgo cardiovasculares; DAS28-VSG, disease activity score using 28 joints; VSG, velocidad de sedimentación globular; PCR, proteína C reactiva.

Tabla 2. Hallazgos ecocardiográficos entre los pacientes con AP y AR comparados con controles. (C069)

	AP (n = 19)	AR (n = 19)	Controles (n = 19)	p
Disfunción diastólica, n (%)	10 (52.6)	10 (52.6)	1 (5.3)	0.002
Índice de masa del VI, g/m2 (p25-p75)	78.9 (55.9-86.3)	73.7 (61-85.7)	69.5 (52-98.7)	NS
FEVI ± media DE	62.3 ± 6.1	59.7 ± 8.6	62.9 ± 6.1	NS
Volumen telediastólico del VI, media ± DE	79.5 ± 22.9	82.7 ± 27.8	74.1 ± 21.2	NS
Volumen AI indexado, ml/m2 (p25-p75)	25 (20.6-27.8)	28 (15.8-33.3)	21.3 (17.2-27.9)	NS
TASPE, cm ± DE	21.8 ± 2.7	22.4 ± 2.7	23.7 ± 3.1	NS
Valvulopatía aórtica, n (%)	5 (26.3)	4 (21.1)	1 (5.3)	NS
Valvulopatía mitral, n (%)	16 (84.2)	10 (52.6)	2 (10.5)	< 0.001
Valvulopatía pulmonar, n (%)	13 (68.4)	2 (10.5)	0 (0)	< 0.001
Valvulopatía tricúspide, n (%)	15 (83.3)	13 (76.5)	11 (57.9)	NS
Alteraciones en la geometría VI, n (%)	13 (68.4)	12 (63.2)	4 (21.1)	0.006
RCVI, n (%)	12 (63.2)	10 (52.6)	4 (21.1)	0.025

NS, no significativo; VI, ventrículo izquierdo; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; AI, aurícula izquierda; TAPSE, excursión sistólica del anillo tricúspideo; RCVI, remodelación concéntrica del ventrículo izquierdo.

Conclusiones: Los pacientes con AP tienen mayor prevalencia de alteraciones ecocardiográficas comparados con los controles, de la misma magnitud que los pacientes con artritis reumatoide, por lo que se justifica la realización de un ecocardiograma para una valoración cardiovascular completa y detección oportuna de alteraciones cardíacas.

Bibliografía

- Shang Q, Tam LS, Yip GW, Sanderson JE, Zhang Q, Li EK, et al. High prevalence of subclinical left ventricular dysfunction in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2011;38(7):1363-70.

Co70

Valor diagnóstico de polimorfismos de un solo nucleótido del HLA-B*27 en espondilitis anquilosante

Terrazas-Ontiveros NA, Fernández-Torres J, Espinosa-Morales R, Lozada-Pérez C, Martínez-Nava G, Zamudio-Cuevas Y, Martínez-Flores K

Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria que tiene relación con la presencia del gen *HLA-B*27*. Los métodos

moleculares habituales para identificarlo son el primer de secuencia específica (SSP) y oligonucleótido de secuencia específica (SSO), técnicas poco accesibles para muchos pacientes. Se han descrito polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs) dentro del gen *HLA-B*27* que podrían utilizarse como biomarcadores alternos en el diagnóstico de EA.

Objetivos: Evaluar la relación de cinco SNPs de los genes *HLA-B*27* y *ERAP1* en pacientes con EA y determinar su valor diagnóstico.

Material y métodos: Se incluyó a 40 pacientes con EA y 65 controles sanos. Se analizaron tres SNPs del gen *HLA-B*27* y dos SNPs del gen *ERAP1*. La genotipificación se efectuó mediante sondas TaqMan. La relación de cada SNP con EA se evaluó con modelos de regresión logística ajustados por edad y género. Se determinaron especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo y negativo, en comparación con la prueba de referencia (SSP o SSO). Se evaluó la interacción SNP-SNP mediante el método de reducción de dimensionalidad multifactorial (MDR) con usodel software MDRv3.0.2.

Resultados: Los valores de sensibilidad y especificidad de los SNPs rs13202464, rs4349859 y rs11688202, en el área bajo la curva ROC, fueron de 0.82, 0.87, y 0.84, respectivamente, en comparación con la curva ROC del B*27 que fue de 0.88. Se demostró interacción epistática entre los genes *HLA-B*27* y *ERAP1*.

Conclusiones: El polimorfismo rs4349859 alcanza un valor similar al *HLA-B*27*, lo cual podría utilizarse como biomarcador molecular para identificar a pacientes con diagnóstico de EA a costomás bajo.

Bibliografía

1. Brown MA. Breakthroughs in genetic studies of ankylosing spondylitis. Rheumatology (Oxford). 2008;47(2):132-137.
2. Akar S, Içci YZ, Sari I, et al. Do major histocompatibility complex tag single nucleotide polymorphisms accurately identify HLA-B27 in the turkish population. Int J Rheum Dis. 2017;20(12):2035-2039.
3. Evans DM, Spencer CC, Pointon JJ et al. Interaction between ERAP1 and HLA-B27 in ankylosing spondylitis implicates peptide handling in the mechanism for HLA-B27 in disease susceptibility. NatGenet. 2011;43:761-7.

C071

SPIRIT-H2H: ixekizumabvs.adalimumab con/sin FARMEScs en pacientes con artritis psoriásica

Ramírez-Ramírez J¹, Smolen JS², Sebba A³, Ruderman EM⁴, Gellett AM⁵, Sapin C⁵, Trevelin-Sprabery A⁵, Liu-Leage S⁵, Pillai S⁵, Reis P⁴, Nash P⁶

⁽¹⁾Eli Lilly yCompañía de México, ⁽²⁾Medical University of Vienna, Austria, ⁽³⁾Arthritis Associates, Palm Harbor, Florida, United States of America, ⁽⁴⁾Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, United States of America, ⁽⁵⁾Eli Lilly and Company, Indianapolis, Indiana, United States of America, ⁽⁶⁾School of Medicine, Griffith University, Brisbane, Queensland, Australia

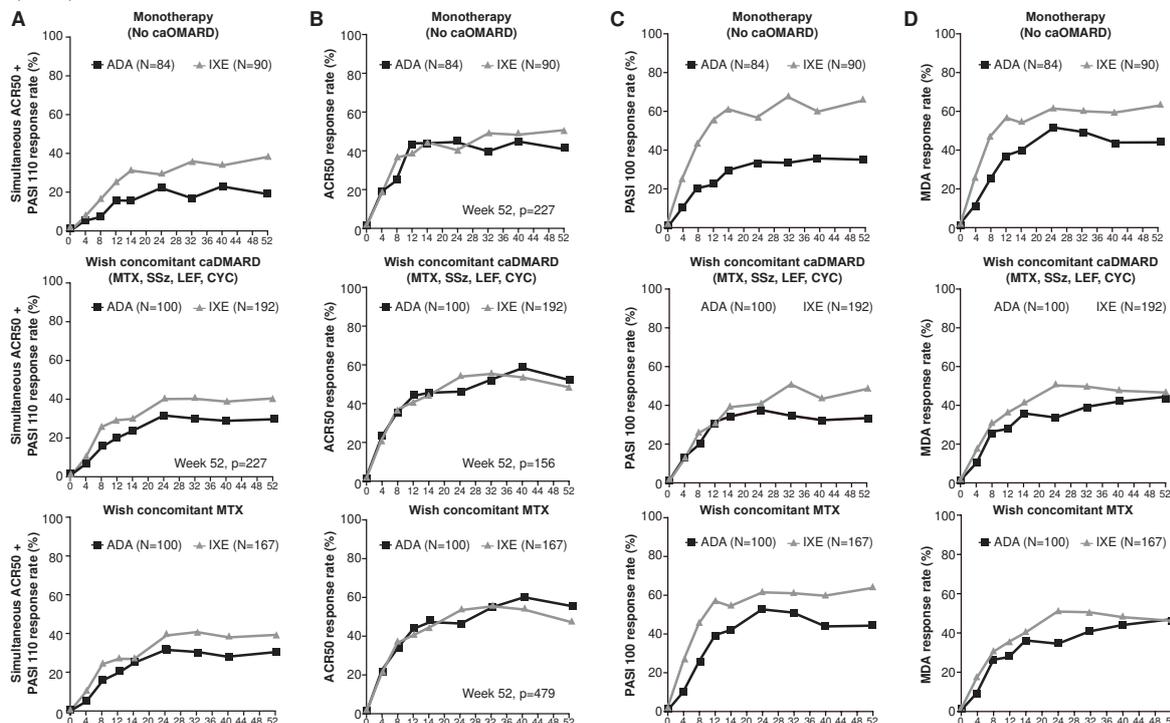
Introducción: Ixekizumab (IXE) fue superior a adalimumab (ADA) en la semana 24 para el desenlace primario simultáneo de ACR 50/PASI 100 en pacientes con artritis psoriásica activa en el estudio SPIRIT-H2H.

Objetivos: Determinar cómo el uso concomitante de fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales (FARMEScs) afecta la seguridad y eficacia de IXE y ADA en subgrupos preespecificados (monoterapia biológica, uso de MTX concomitante u otros FARMESc concomitantes).

Material y métodos: SPIRIT-H2H (NCT03151551) fue un estudio de grupos paralelos, multicéntrico, aleatorizado, abierto, cegado para el investigador, de 52semanas de duración, que evaluó la eficacia y seguridad de IXE frente a ADA en adultos con artritis psoriásica sin FARMEB (biológicos) previos. Los resultados de eficacia (por presencia/ausencia de FARMESc) hasta la semana 52 se compararon entre IXE y ADA utilizando modelos de regresión logística y prueba exacta de Fisher. Los datos faltantes se imputaron mediante imputación de no respondedores.

Resultados: En la medición basal, 193 pacientes tratados con IXE y 199 tratados con ADA tenían FARMESc concomitante. Una proporción significativamente mayor de pacientes con IXE en comparación con ADA logró PASI100 cuando se usó como monoterapia o en combinación con

Figura 1. Proportion patients through 52 weeks with simultaneous achievement of ACR50 + PASI 100, ACR50, PASI 100 and MDA-18 enthesal points. (C071)



FARMEsc (Figura 1 A, C). La proporción de pacientes que alcanzaron ACR50 no fue estadísticamente diferente entre IXE y ADA (semana52) (Figura1B). Una proporción significativamente mayor de pacientes alcanzó mínima actividad de la enfermedad (MDA) en IXE en comparación con ADA en el subgrupo de monoterapia (49% vs. 33%), mientras que las tasas de respuesta fueron similares en ambos subgrupos de combinación (Figura1D). La frecuencia de efectos adversos fue similares en todos los subgrupos para IXE y ADA.

Conclusiones: Se observó una eficacia constante en múltiples dominios de artritis psoriásica con IXE independientemente de si IXE se tomara como monoterapia o combinada (MTX o FARMEsc).

Bibliografía

- Ritchlin CT. N Engl J Med. 2017;376:957-70.
- www.ema.europa.eu/documents/product-information/taltz-epar-product-information_en.pdf [Accessed 18 Feb 2020].
- Mease PJ. Ann Rheum Dis. 2020;79:123-31.

C072

Evaluación del SASDAS, una versión simplificada del ASDAS

Santana-De Anda K¹, Schneeberger E², Citera G², Ponce De León D¹, Szumski A¹, Kwok K¹, Cutri M¹, Dougados M³

⁽¹⁾Pfizer, ⁽²⁾Instituto de Rehabilitación Psicofísica, ⁽³⁾Hospital Cochín

Introducción: El SASDAS es una alternativa simple al ASDAS.

Objetivos: Comparar el SASDAS con el ASDAS (versión de proteína C reactiva) en un estudio aleatorizado (EMBARK).

Material y métodos: El estudio EMBARK evaluó al etanercept (ETN, n = 106) frente al placebo (PBO, n = 109) durante 12 semanas, seguido de ETN solo, en pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica (EsPaxnr). Análisis estadístico: correlación de Spearman, índice kappa ponderado de Cohen, effectsize (ES) para evaluar la capacidad de diferenciar entre los tratamientos y la sensibilidad al cambio.

Resultados: El ASDAS y el SASDAS mostraron una sólida correlación (rho: 0.85 y 0.90 en todos los tratamientos/puntos temporales). La concordancia con la basal, entre los puntos de corte de ambos índices, fue aproximadamente de 70% (Tabla 1). Luego del tratamiento se observó un patrón similar. El índice kappa ponderado de Cohen osciló entre 0.54 y 0.73 para todos los tratamientos/puntos temporales, lo que refleja una concordancia de moderada a sustancial. La capacidad diferenciadora fue mayor con el ASDAS (ES [IC95%]: ASDAS -0.74 [-1.03, -0.46]; SASDAS -0.51 [-0.79, -0.23]), aunque la sensibilidad al cambio fue similar (Figura 1).

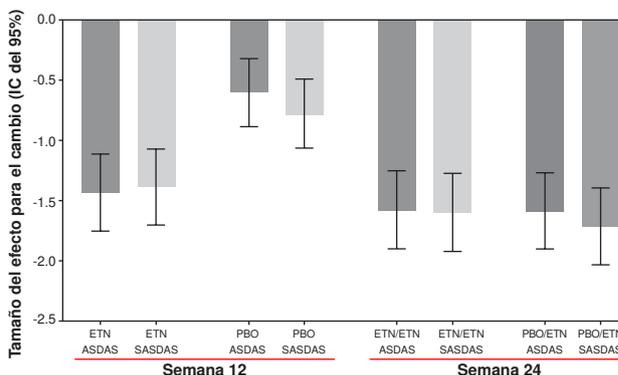
Tabla 1. ASDAS por categorías de SASDAS al inicio (MITT y casos observados; tratamientos combinados, n = 213). (C072)

	SASDAS					Kappa ponderado de Cohen*
	Categorías de la enfermedad	Inactiva	Moderada	Alta	Muy alta	
ASDAS	Inactiva	2 (0.9 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	0.58 (0.49, 0.67)
	Moderada	3 (1.4 %)	13 (6.1 %)	20 (9.4 %)	0 (0.0 %)	
	Alta	0 (0.0 %)	4 (1.9 %)	83 (39.0 %)	18 (8.5 %)	
	Muy alta	0 (0.0 %)	0 (0.0 %)	19 (8.9 %)	51 (23.9 %)	

Conclusiones: El SASDAS y el ASDAS tienen una muy buena correlación, con una concordancia de moderada a sustancial para clasificar la

actividad de la enfermedad. La capacidad de diferenciar el tratamiento fue menor para el SASDAS, con una sensibilidad al cambio similar al ASDAS.

Figura 1. Comparación de la sensibilidad al cambio desde la basal para ASDAS frente a SASDAS mediante la fórmula del ES del cambio dividido por la basal. (C072)



Bibliografía

- Salaffi F, Ciapetti A, Carotti M, Gasparini S, Citera G, GutierrezM. Construct validity and responsiveness of the simplified version of Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (SASDAS) for the evaluation of disease activity in axial spondyloarthritis. Health Qual Life Outcomes. 2014;12:129.
- Sommerfleck FA, Schneeberger EE, Buschiazzi EE, Maldonado Cocco JA, Citera G. A simplified version of Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. Clin Rheumatol. 2012;31:1599-1603.

C073

Mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis psoriásica

Guajardo-Jáuregui N¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Galarza-Delgado DA¹, Azpiri-López JR², Flores-Alvarado DE¹, Lugo-Pérez S², Rodríguez-Romero AB¹, Cárdenas-De La Garza JA¹, Garza-Acosta AC³, García-Arellano G¹

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾Servicio de Radiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) tienen mayor riesgo de sufrir un episodio cardiovascular (CV) que la población general. El ultrasonido carotídeo es una herramienta no invasiva que permite detectar aterosclerosis subclínica.

Objetivos: Comparar los hallazgos del ultrasonido carotídeo en pacientes con AP y controles.

Material y métodos: Estudio transversal, comparativo y observacional. Se incluyó a 75 pacientes con AP de 40 a 75 años que cumplieran los criterios diagnósticos CASPAR 2006 y se parearon con 75 controles por edad, género y factores de riesgo CV. Se excluyó a pacientes con antecedente de episodio CV y embarazadas. Se les realizó un ultrasonido carotídeo para evaluar el grosor de la íntima media carotídeo (GIMc) y la presencia de placa carotídea (PC). El aumento del GIMc se consideró de 0.8 mm-1.1 mm y la PC se definió como un engrosamiento focal \geq 0.5 mm o GIMc \geq 1.2 mm. Comparaciones con χ^2 , T de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Las características demográficas se encuentran en la Tabla 1. La placa carotídea fue más prevalente en los pacientes con AP (44.0% vs. 26.7%, p = 0.026). La aterosclerosis subclínica, definida como aumento de

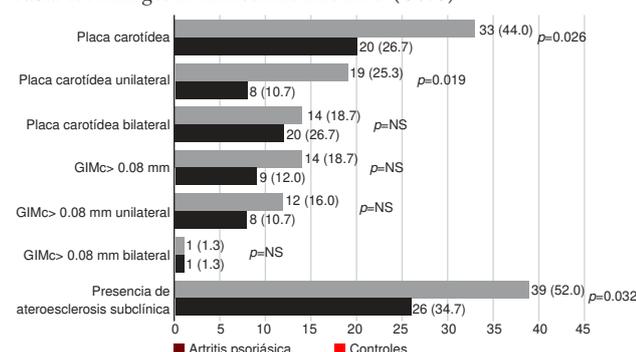
GIMc o presencia de placa carotídea, fue más prevalente en los pacientes con AP (52.0% vs. 34.7%, p = 0.032) (**Figura 1**).

Tabla 1. Características demográficas y de la enfermedad. (C073)

	AP (n = 75)	Controles (n = 75)	p
Edad, años ± DE	53.89 ± 10.59	54.25 ± 7.08	NS
Género femenino, n (%)	43 (57.3)	43 (57.3)	NS
DMT2, n (%)	16 (21.3)	15 (20.0)	NS
HTA, n (%)	28 (37.3)	21 (28.0)	NS
Dislipidemia, n (%)	33 (44.0)	28 (37.3)	NS
Obesidad, n (%)	31 (41.3)	32 (42.7)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	14 (18.7)	18 (24.0)	NS
IMC, kg/m ² (p25-p75)	29.32 (26.23-32.03)	28.9 (25.4-33.5)	NS
Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	5.0 (3.0-10.0)	-	-
DAPSA, mediana (p25-p75)	12.6 (5.3-22.9)	-	-
Glucocorticoides, n (%)	10 (13.3)	-	-
MTX, n (%)	51 (68.0)	-	-
Biológico, n (%)	28 (37.3)	-	-

NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; IMC, índice de masa corporal; DAPSA, *disease activity for psoriatic arthritis*; MTX, metotrexato.

Tabla 1. Hallazgos de ultrasonido carotídeo. (C073)



Conclusiones: Los pacientes con AP tienen mayor riesgo de desarrollar PC, que es un marcador subclínico de aterosclerosis. Se debe considerar la realización de un US carotídeo como parte de la evaluación CV de todos los pacientes con AP para identificar a aquellos que se beneficiarán de iniciar un tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Yim KM, Armstrong AW. Updates on cardiovascular comorbidities associated with psoriatic diseases: epidemiology and mechanisms. *Rheumatol Int.* 2017;37(1):97-105.

C074

Reclasificación del riesgo cardiovascular por ultrasonido carotídeo en artritis psoriásica

Guajardo-Jáuregui N¹, Galarza-Delgado DA¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Azpiri-López JR², Flores-Alvarado DE¹, Lugo-Pérez S², Rodríguez-Romero AB¹, Cárdenas-De La Garza JA¹, Ilizaliturri-Guerra O¹, Garza-Acosta AC³, Elizondo-Riojas G³

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾Servicio de Radiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) tienen mayor riesgo de desarrollar un episodio cardiovascular que la población general. Existen múltiples algoritmos de estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) para la población general; sin embargo, no existe uno para pacientes con AP.

Objetivos: Comparar la reclasificación de RCV por ultrasonido carotídeo en pacientes con AP y controles.

Material y métodos: Estudio transversal. Se inscribió a 75 pacientes con AP entre 40 y 75 años (criterios CASPAR 2006) y se parearon con 75 controles por edad, género y factores de riesgo CV. Se calculó el RCV con base en seis algoritmos (FRS-lípidos, FRS-IMC, SCORE, ACC/AHA, QRISK3 y Reynolds). Se realizó un ultrasonido carotídeo para evaluar la presencia de placa carotídea definida como un engrosamiento focal ≥ 0.5 mm o un grosor de la íntima media carotídeo ≥ 1.2 mm. Se reclasificó a los pacientes a RCV muy alto en caso de presentar placa carotídea. Comparaciones con χ^2 , T de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Se encontraron diferencias significativas en cinco de las seis calculadoras. Se reclasificaron a riesgo muy alto según el ultrasonido carotídeo a 29.3% vs. 13.3% (p = 0.017) con FRS-lípidos, 26.7% vs. 10.7% (p = 0.012) con FRS-IMC, 41.3% vs. 21.3% (p = 0.008) con SCORE, 33.3% vs. 17.3% (p = 0.024) con QRISK3 y 36.0% vs. 21.3% (p = 0.047) con Reynolds (**Tabla 2**).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas. (C074)

	AP (n = 75)	Controles (n = 75)	p
Edad, años ± DE	53.89 ± 10.59	54.25 ± 7.08	NS
Género femenino, n (%)	43 (57.3)	43 (57.3)	NS
DMT2, n (%)	16 (21.3)	15 (20.0)	NS
HTA, n (%)	28 (37.3)	21 (28.0)	NS
Dislipidemia, n (%)	33 (44.0)	28 (37.3)	NS
Obesidad, n (%)	31 (41.3)	32 (42.7)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	14 (18.7)	18 (24.0)	NS
IMC, kg/m ² (p25-p75)	29.32 (26.23-32.03)	28.9 (25.4-33.5)	NS
FRS lípidos, mediana (p25-p75)	9.8 (4.1-16.5)	9.1 (5.6-13.7)	NS
FRS IMC, mediana (p25-p75)	12.5 (5.7-22.3)	11.0 (6.9-18.6)	NS
SCORE, mediana (p25-p75)	1.0 (0.0-2.0)	1.0 (1.0-3.0)	NS
ACC/AHA, mediana (p25-p75)	4.5 (1.6-11.1)	3.5 (1.7-6.9)	NS
QRISK3, mediana (p25-p75)	5.0 (2.0-11.3)	5.2 (2.5-7.9)	NS
Reynolds, mediana (p25-p75)	3.0 (1.0-6.0)	1.0 (1.0-4.0)	0.003
Placa carotídea, n (%)	33 (44.0)	16 (21.3)	0.003
Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	5.0 (3.0-10.0)	-	-
DAPSA, mediana (p25-p75)	12.6 (5.3-22.9)	-	-
Glucocorticoides, n (%)	10 (13.3)	-	-
MTX, n (%)	51 (68.0)	-	-
Biológico, n (%)	28 (37.3)	-	-

NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; IMC, índice de masa corporal; FRS, *Framingham Risk Score*; DAPSA, *disease activity for psoriatic arthritis*; MTX, metotrexato.

Tabla 2. Reclasificación del riesgo cardiovascular por ultrasonido carotídeo. (C074)

	AP (n = 75)	Controles (n = 75)	p
FRS lípidos			
Reclasificación, n (%)	22 (29.3)	10 (13.3)	0.017
Riesgo bajo, n (%)	16 (21.3)	3 (4.0)	0.001
Riesgo moderado, n (%)	6 (8.0)	7 (9.3)	NS
FRS IMC			
Reclasificación, n (%)	20 (26.7)	8 (10.7)	0.012
Riesgo bajo, n (%)	13 (17.3)	3 (4.0)	0.008
Riesgo moderado, n (%)	7 (9.3)	5 (6.7)	NS
SCORE			
Reclasificación, n (%)	31 (41.3)	16 (21.3)	0.008
Riesgo bajo, n (%)	14 (25.9)	6 (11.1)	0.048
Riesgo moderado, n (%)	9 (16.7)	8 (14.8)	NS
Riesgo alto, n (%)	1 (1.9)	3 (5.6)	NS
ACC/AHA			
Reclasificación, n (%)	23 (30.7)	13 (17.3)	0.056
Riesgo bajo, n (%)	17 (22.7)	10 (13.3)	NS
Riesgo intermedio, n (%)	6 (8.0)	3 (4.0)	NS
QRISK3			
Reclasificación, n (%)	25 (33.3)	13 (17.3)	0.024
Riesgo bajo, n (%)	19 (25.3)	9 (12.0)	0.036
Riesgo intermedio, n (%)	6 (8.0)	4 (5.3)	NS
Reynolds			
Reclasificación, n (%)	27 (36.0)	16 (21.3)	0.047
Riesgo bajo, n (%)	17 (22.7)	7 (9.3)	0.026
Riesgo moderado, n (%)	10 (13.3)	9 (12.0)	NS

NS, no significativo; FRS, Framingham Risk Score; IMC, índice de masa corporal.

Conclusiones: Las calculadoras de RCV subestiman el verdadero riesgo de los pacientes con AP, por lo que se justifica la realización de un ultrasonido carotídeo para clasificar correctamente a los pacientes y poder identificar a aquellos que pueden beneficiarse de un tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Yim KM, Armstrong AW. Updates on cardiovascular comorbidities associated with psoriatic diseases: epidemiology and mechanisms. *Rheumatol Int.* 2017;37(1):97-105.

C075

Riesgo cardiovascular en espondiloartritis: un estudio comparativo

Saavedra-Salinas MA, Morales-Castañeda WA, Miranda-Hernández DG, Castro-Colín Z

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Se ha notificado un aumento del riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide. Sin embargo, su efecto en las espondiloartritis ha producido resultados inconsistentes.

Objetivos: Comparar la prevalencia de riesgo cardiovascular elevado entre espondiloartritis y controles sin enfermedad reumática.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de espondiloartritis y se calculó su riesgo cardiovascular mediante la escala QRISK 2. Se compararon con pacientes sin antecedente de enfermedad reumatológica ingresados a hospitalización durante el año 2020.

Resultados: Se incluyó a 114 pacientes con espondiloartritis (63 espondilitis anquilosante, 39 artritis psoriásica, 5 artropatía enteropática, 5 artritis reactiva, 2 indiferenciada) y se compararon con 119 pacientes sin enfermedad reumatológica. En los casos se identificaron valores más elevados de colesterol total (184.5 [55-336] vs. 157 [72-298], p < 0.001) y colesterol HDL (39.9 ± 10.1 vs. 27 [5-62], p ≤ 0.0001), pero en los controles el

índice colesterol total/HDL (5.84 [2-58-40.1] vs. 4.80 ± 1.09, p = 0.016) y el riesgo cardiovascular (7.8 [0.1-47] vs. 4.6 [0.1-51.9], p = 0.006) fueron mayores. La diferencia en la prevalencia de un riesgo cardiovascular elevado (> 20% de probabilidad de sufrir un episodio cardiovascular a 10 años) no fue significativa (13 [72.2%] vs. 5 [27.8%], p = 0.062). En un análisis secundario se encontró que los pacientes con artritis psoriásica tuvieron un riesgo cardiovascular más elevado en comparación con los otros grupos (6.8 [0.1-51.9], p = 0.001).

Conclusiones: En este estudio no se encontró una diferencia significativa en la prevalencia del riesgo cardiovascular elevado entre pacientes con espondiloartritis en comparación con controles.

Bibliografía

1. Liew JW. Cardiovascular morbidity and mortality in ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology.* 2018;32:369-38.

2. Bengtsson C. Are ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and undifferentiated spondyloarthritis associated with an increased risk of cardiovascular events a prospective nationwide population-based cohort study. *Arthritis Res Ther.* 2017;19:102.

Tabla 1. Comparación de datos entre casos y controles. (C075)

	Casos (n = 114)	Controles (n = 119)	P
Edad	50 (17-77)	49 (16-72)	0.525 ^a
Colesterol total	157 (72-298)	184.5 (55-336)	< 0.001 ^a
Presión arterial sistólica	112 (80-160)	117 (80-152)	0.323 ^a
Talla en cm	167 (145-185)	163.5 (141-185)	0.057 ^a
Peso en kg	75 (45-140)	75 (44-131)	0.808 ^a
Colesterol de alta densidad (HDL)	27 (5-62)	39.9 ± 10.1	< 0.001 ^a
Relación colesterol total/HDL	5.84 (2.58-40.17)	4.80 ± 1.09	0.016 ^a
Riesgo cardiovascular ^c	7.8 (0.1-47)	4.6 (0.1-51.9)	0.006 ^a
Hombres	75 (50.7%)	73 (49.3%)	0.873 ^b
Tabaquismo activo	26 (56.5%)	20 (43.5%)	0.482 ^b
Diabetes tipo 2	31 (66%)	16 (34%)	0.022 ^b
Enfermedad renal crónica	16 (76.2%)	5 (23.8%)	0.016 ^b
Hipertensión arterial	47 (62.7%)	28 (37.3%)	0.015 ^b
Fibrilación auricular	1 (100%)	0 (0%)	0.511 ^b
Riesgo cardiovascular elevado ^d	13 (72.2%)	5 (27.8%)	0.062 ^b

^a U de Mann-Whitney.

^b χ².

^c Resultado de la aplicación de QRISK-2.

^d Riesgo > 20% de padecer un episodio cardiovascular a 10 años.

C076

Psoriasis sine psoriasis a propósito de un caso

Pérez-Vinueza P

Instituto Nacional de Reha

Introducción: La artritis psoriásica “sine psoriasis” se caracteriza por dactilitis, artritis de interfalángicas distales (IFD), antecedentes familiares de psoriasis en ausencia de psoriasis cutánea o ungueal; la aparición de las lesiones dermatológicas posteriores tiene una prevalencia de 20% de los casos.

Material y métodos: Caso clínico: paciente masculino de 47 años, con antecedente de displipidemia, esteatosis hepática y síndrome depresivo. En 2008

tuvo sinovitis de rodilla izquierda y aproximadamente cada año presentaba monoartritis de la articulación señalada; requirió artrocentesis y el análisis de líquido sinovial reveló características inflamatorias, sin cristales. En 2011 refirió dolor y se exploró limitación de límites de movimiento de articulación radiocarpiana derecha, además de sinovitis en IFD y proximales. Laboratorio: HLA B27, FR y anti-CCP negativos; en las radiografías se observan erosiones en primera, segunda y tercera IFD de mano derecha y en segunda IFD de mano izquierda, deshilachamiento (*whiskering*) del semilunar y anquilosis del carpo derecho (**Figura 1**); el ultrasonido demostró sinovitis de los recessos articulares radiocarpiano, escafosemilunar y mediocarpiano, además de erosiones en segunda MCF, sinovitis en segunda y quinta MTF bilateral; entesopatía aquilea calcificada distal y bursitis retrocalcánea en tobillo.

Figura 1. Erosiones en primera, segunda y tercera IFD de mano derecha y en segunda IFD de mano izquierda. Se identifica deshilachamiento (*whiskering*) del semilunar con irregularidades de sus estructuras y anquilosis en el carpo derecho. (C076)



Resultados: Debido a la artropatía asimétrica y la distribución de IFD, IFP, carpos y estudios negativos para AR, y los hallazgos radiográficos ya mencionados, se consideró espondiloartritis periférica variedad artritis por psoriasis sine psoriasis. Llama la atención la lenta progresión radiográfica a diferencia de otros casos notificados en las publicaciones médicas.

Bibliografía

- Olivieri I, Padula A, D'Angelo S, Cutro MS. Psoriatic arthritis sine psoriasis. The Journal of Rheumatology Supplement. 2009;83:28-29.
- Sudo-Szopiska I, Matuszewska G, Kwiatkowska B, Praco G. Diagnostic imaging of psoriatic arthritis. Part I: etiopathogenesis, classifications and radiographic features. Journal of ultrasonography. 2016;16(64):65.

C077

Flexión de la rodilla, contracción del cuádriceps y estructuras infrapatelares

Canoso JJ¹, Naredo E², Yinh J³, Salomón-Escoto K⁴, Kalish RA⁵, Pascual-Ramos V⁶, Martínez-Estupiñán L², Kissin E⁷

⁽¹⁾Centro Médico ABC, Ciudad de México, México; ⁽²⁾Tufts University, Boston, USA, ⁽³⁾Hospital Universitario y Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España, ⁽⁴⁾Massachusetts General Hospital y Harvard Medical School, Boston, USA, ⁽⁵⁾University of Massachusetts Medical School, Worcester, USA, ⁽⁶⁾Tufts Medical School and Tufts Medical Center, Boston, USA, ⁽⁷⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México, ⁽⁷⁾Boston University and Boston University Medical Center, Boston, USA

Introducción: El efecto de la contracción isométrica del cuádriceps (CIC) y de la flexión completa de la rodilla sobre las estructuras infrapatelares se ha estudiado poco.

Objetivos: Determinar si la flexión de la rodilla y la CIC modifican el tendón patelar (TP), la grasa infrapatelar de Hoffa (GIH) y la bursa infrapatelar profunda (BIPP).

Material y métodos: Estudio 1 (Boston): se estudió la rodilla de siete sujetos sanos en relajación y en CIC, en extensión y flexión de 60°, por palpación, plicometría y ultrasonografía (US).

Estudio 2 (Madrid): se realizó US de rodilla a siete personas en relajación y en CIC desde la flexión completa a 60° de flexión, en decrementos de 15°. Ambos estudios tuvieron aprobación de CEI. Se usó estadística descriptiva y prueba de Wilcoxon.

Resultados: Estudio 1 (**Tabla 1**). En todos los individuos, durante la CIC en extensión, la palpación reveló protrusión lateromedial y endurecimiento de GIH; la plicometría mostró engrosamiento de la GIH en extensión y flexión; el US mostró incremento sagital de la GIH en extensión y flexión. Estudio 2. En todos los sujetos, el US registró aumento sagital de la GIH, su avance dentro de la BIPP y en flexión completa, y contacto del TP y la tibia.

Tabla 1. Diámetro transverso de la región infrapatelar por plicometría y por ultrasonido (US) sagital del tendón patelar (PT), con la rodilla extendida y flexionada 60°, con y sin contracción isométrica del cuádriceps (CIC) en siete sujetos. (C077)

	Rodilla extendida		P*	Rodilla flexionada 60°		
	CR#	CIC		CR#	CIC	P*
Plicometría	4.3 (3.5-4.5)	4.7 (4.1-5.3)	0.018	3.4 (3.2-4.2)	3.7 (3.4-4.4)	0.028
US (PT proximal)	0.9 (0.7-1.1)	1.2 (1-1.4)	0.018			
US (PT distal)	0.5 (0.5-0.6)	0.6 (0.6-0.6)	0.027	0.3 (0.2-0.4)	0.5 (0.4-0.5)	0.018

*Prueba de Wilcoxon. Los datos se presentan como mediana (P25-P75) #Cuádriceps relajado.

Figura 1. Ultrasonido del tendón patelar (PT), proximal y distal, y la grasa de Hoffa subyacente (IPFP), en relajación y durante la contracción isométrica (*contracted*) y relajación (*relaxed*) del cuádriceps. (C077)



Conclusiones: En extensión y flexión, la CIC empuja la GIH anterolateralmente. El contacto del TP con la tibia (las caras de la BIPP) en flexión explica el fibrocartilago presente en la porción superior de la tibia y las células cartilaginosa en el TP. La BIPP y la retrocalcánea son homólogas.

Bibliografía

- Naredo E. Dynamic changes in the infrapatellar knee structures with quadriceps muscle contraction. An in vivo study. Ann Anat. 2021;235:151663.
- Macchi V. The infrapatellar fat pad and the synovial membrane: an anatomo-functional unit. J Anat. 2018;233:146-154.
- Stephen JM. The infrapatellar fat pad is a dynamic and mobile structure, which deforms during knee motion, and has proximal extensions which wrap around the patella. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2018;26:3515-3524.

C078

Factores de riesgo cardiovascular en mestizo-mexicanos con artritis psoriásica

Lugo-Pérez S¹, Colunga-Pedraza IJ², Azpiri-López JR¹, Galarza-Delgado DA², Flores-Alvarado DE², Guajardo-Jáuregui N², Rodríguez-Romero AB², Cárdenas-De La Garza JA²

⁽¹⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) tienen una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) comunes y un riesgo incrementado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, como infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad vascular periférica e insuficiencia cardiaca; a pesar de ello se desconocen los principales FRCV en la población.

Objetivos: Determinar los principales FRCV en pacientes mestizo-mexicanos con diagnóstico de AP y compararlos con controles.

Material y métodos: Estudio observacional, comparativo y transversal. Se incluyó a 96 pacientes con AP de 40 a 75 años (CASPAR 2006), pareados por edad y género con controles. Comparaciones con χ^2 y T de Student. Se realizó una regresión binaria con los FRCV habituales, edad y diagnóstico de AP.

Resultados: Se demostró una mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en el grupo de AP en comparación con controles (35.4% vs. 19.8%, respectivamente, $p = 0.015$). De igual manera hubo diferencia significativa en el diagnóstico de dislipidemia (42.7% vs. 22.9%, $p = 0.003$). El resto de los factores de riesgo no demostró diferencias entre ambos grupos (**Tabla 1**).

La regresión logística binaria reveló que el diagnóstico de AP (RM, 2.235; IC95%, 1.141-4.375; $p = 0.019$) y el tabaquismo activo (RM, 2.429; IC 95%, 1.137-5.186; $p = 0.022$) son factores de riesgo independientes para la presencia de dislipidemia (**Tabla 2**).

Tabla 1. Comparación de factores de riesgo cardiovascular entre artritis psoriásica y controles. (C078)

	AP (n = 96)	Controles (n = 96)	p
Edad, años \pm DE	53.19 \pm 11.13	53.34 \pm 8.4	NS
Género femenino, n (%)	58 (60.4)	58 (60.4)	NS
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	21 (21.9)	12 (12.5)	NS
Hipertensión arterial, n (%)	34 (35.4)	19 (19.8)	0.015
Tabaquismo activo, n (%)	21 (21.9)	20 (20.8)	NS
Dislipidemia, n (%)	41 (42.7)	22 (22.9)	0.003
Obesidad, n (%)	36 (37.5)	25 (26.0)	NS

NS, no significativo.

Tabla 2. Regresión logística binaria para la presencia de dislipidemia. (C078)

	B	p	RM	IC95%	
				Inferior	Superior
Género	0.491	NS	1.634	0.841	3.174
Diabetes mellitus	0.132	NS	1.141	0.459	2.835
Hipertensión arterial	0.716	NS	2.046	0.889	4.708
Obesidad	0.707	NS	2.029	0.991	4.155
Diagnóstico de AP	0.804	0.019	2.235	1.141	4.375
Tabaquismo activo	0.887	0.022	2.429	1.137	5.186
Edad	-0.001	NS	0.999	0.963	1.036

RM, razón de momios; AP, artritis psoriásica.

Conclusiones: Los pacientes con AP tienen mayor prevalencia de HTA y dislipidemia. El diagnóstico de AP demostró ser un factor independiente para la dislipidemia. Es importante para los reumatólogos identificar los FRCV en este grupo de pacientes debido a su efecto en la morbimortalidad.

Bibliografía

1. Peluso R, Caso F, Tasso M, Ambrosino P, Dario Di Minno MN, Lupoli R, et al. Cardiovascular risk markers and major adverse cardiovascular events in psoriatic arthritis patients. Rev Recent Clin Trials. 2018;13(3):199-209.

C079

Aterosclerosis asociada a seropositividad en artritis psoriásica

Guajardo-Jáuregui N¹, Galarza-Delgado DA¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Azpiri-López JR², Flores-Alvarado DE¹, Lugo-Pérez S², Rodríguez-Romero AB¹, Cárdenas-De La Garza JA¹, Garza-Acosta AC³, García-Arellano G¹

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾Servicio de Radiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con artritis psoriásica (AP) tienen mayor riesgo de presentar un episodio cardiovascular (CV) que la población general. La positividad del factor reumatoide (FR) y anti-CCP se ha relacionado con un peor pronóstico CV en pacientes con artritis reumatoide, pero esto no se ha estudiado en la AP.

Objetivos: Relacionar la presencia de aterosclerosis subclínica por US carotídeo y positividad de FR y anti-CCP en pacientes con AP.

Material y métodos: Estudio transversal, comparativo y observacional. Se incluyó a 64 pacientes con AP de 40 a 75 años que cumplieran los criterios diagnósticos CASPAR 2006. Se les realizó un ultrasonido carotídeo para evaluar la presencia de placa carotídea (PC) que se definió como un engrosamiento focal ≥ 0.5 mm o grosor de la íntima media carotídeo ≥ 1.2 mm. Punto de corte para FR ≥ 20 U/ml y anti-CCP ≥ 5 U/ml. Se dividió a los pacientes en dos grupos, 32 con PC y 32 sin PC. Comparaciones con χ^2 , prueba exacta de Fisher, T de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Las características demográficas se muestran en la **Tabla 1**. Los pacientes con PC mostraron mayor prevalencia de seropositividad a FR IgM que los pacientes sin PC (59.4% vs. 34.4%, $p = 0.045$). No se observaron diferencias significativas en los otros isotipos de FR y anti-CCP (**Tabla 2**).

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los pacientes con AP. (C079)

	Placa carotídea (n = 32)	Sin placa carotídea (n = 32)	p
Edad, años (p25-p75)	56.0 (46.5-69.7)	56.0 (52.0-59.0)	NS
Género femenino, n (%)	16 (50.0)	16 (50.0)	NS
DMT2, n (%)	11 (34.4)	5 (15.6)	NS
HTA, n (%)	14 (43.8)	14 (43.8)	NS
Dislipidemia, n (%)	17 (53.1)	12 (37.5)	NS
Obesidad, n (%)	11 (34.4)	13 (40.6)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	5 (15.6)	8 (25.0)	NS
IMC, kg/m ² \pm DE	29.5 \pm 4.8	29.4 \pm 6.0	NS
Duración de la enfermedad, años (p25-p75)	6.5 (3.0-10.0)	4.5 (2.2-8.0)	NS
DAPSA, mediana (p25-p75)	10.7 (5.0-20.9)	13.0 (5.5-22.2)	NS

PASI, mediana (p25-p75)	0.5 (0.0-3.7)	0.4 (0.0-2.0)	NS
NAPSI, mediana (p25-p75)	1.0 (0.0-4.0)	0.0 (0.0-5.7)	NS
MTX, n (%)	24 (75.0)	19 (59.4)	NS
Biológico, n (%)	12 (37.5)	14 (43.8)	NS

NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; IMC, índice de masa corporal; DAPSA, *disease activity score for psoriatic arthritis*; PASI, *psoriasis area severity index*; NAPSI, *nail psoriasis severity index*; MTX, metotrexato.

Tabla 2. Seropositividad y títulos de anticuerpos en pacientes con AP. (C079)

	Placa carotídea (n = 32)	Sin placa carotídea (n = 32)	p
FR IgG			
Seropositividad, n (%)	0 (0.0)	2 (6.3)	NS
Títulos, U/ml (p25-p75)	2.0 (2.0-5.7)	2.0 (2.0-4.4)	NS
FR IgM			
Seropositividad, n (%)	19 (59.4)	11 (34.4)	0.045
Títulos, U/ml (p25-p75)	26.0 (7.0-69.0)	13.2 (6.1-47.2)	NS
FR IgA			
Seropositividad, n (%)	6 (18.8)	5 (15.6)	NS
Títulos, U/ml (p25-p75)	4.1 (2.0-19.0)	3.1 (2.0-8.1)	NS
Anti-CCP			
Seropositividad, n (%)	4 (12.5)	3 (9.4)	NS
Títulos, U/ml (p25-p75)	1.0 (1.0-3.0)	1.0 (1.0-2.0)	NS

NS, no significativo; FR, factor reumatoide; anti-CCP, anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado.

Conclusiones: Los pacientes con AP y PC tienen mayor prevalencia de seropositividad a FR IgM que los pacientes sin PC. Esto indica que la seropositividad a FR IgM puede ser un marcador útil para predecir la presencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con AP.

Bibliografía

- Tomasson G, Aspelund T, Jonsson T, Valdimarsson H, Felson DT, Gudnason V. Effect of rheumatoid factor on mortality and coronary heart disease. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(9):1649-54.
- López-Longo FJ, Oliver-Miñarro D, De La Torre I, De Rábago EGD, Sánchez-Ramón S, Rodríguez-Mahou M, et al. Association between anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and ischemic heart disease in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 2009;61(4):419-24.

Co80

sRANKL, osteoprotegerina y densidad mineral ósea en espondilitis anquilosante

Nava-Valdivia CA¹, Gámez-Nava JI², Rubio-Castro JJ³, Saldaña-Cruz AM⁴, Ponce-Guarneros JM⁴, Ramírez-Villafañá M⁴, Contreras-Harrom B⁴, Pérez-Guerrero EE⁴, González-Ponce F⁵, Celis-De La Rosa AJ⁶, Echeverría-González G⁷, González-López L²

⁽¹⁾Departamento de Microbiología y Patología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, ⁽²⁾Programa de Doctorado en Farmacología del Departamento de Fisiología y Programa de Doctorado en Salud Pública, Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, México, ⁽³⁾Médico pasante de Servicio Social en Investigación, Programa Nacional de Servicio Social en Investigación en Salud, Secretaría de Salud, ⁽⁴⁾Instituto de Terapéutica Experimental y Clínica, Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, ⁽⁵⁾Programa de Doctorado en Farmacología, Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, ⁽⁶⁾Departamento de Salud Pública, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, ⁽⁷⁾Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del

Seguro Social, Guadalajara, México

Introducción: La pérdida de densidad mineral ósea (DMO) representa una comorbilidad frecuente en la espondilitis anquilosante (EA). Pocos estudios han evaluado los valores séricos del ligando del receptor activador del factor nuclear κB (sRANKL) y osteoprotegerina (OPG) en EA.

Objetivos: Correlacionar los valores séricos de sRANKL y OPG con DMO en EA.

Material y métodos: Estudio transversal-analítico. Se incluyó a 33 pacientes con EA, que acudieron al servicio de densitometría ósea de un centro universitario.

Se realizaron evaluaciones clinimétricas BASDAI, BASFI y HAQ-S. Se determinó la DMO central mediante DXA. La cuantificación sérica de RANKL y OPG se realizó con ELISA. Análisis estadístico: correlación de Pearson.

Resultados: De los 33 pacientes con EA, el 63.6% correspondió al sexo masculino y la edad promedio fue de 48 ± 10 años. La duración de la enfermedad fue de 14 ± 7 años. El 57.6% de los pacientes se trató con sulfasalazina, 30.3% con metotrexato, 27.3% con anti-TNF y 51.5% con glucocorticoides. La puntuación promedio en el índice de actividad de la enfermedad BASDAI fue de 3.9 ± 2.3, capacidad funcional por BASFI de 3.5 ± 2.6 y HAQ-S de 0.54 ± 0.48. Los valores séricos de sRANKL se correlacionan con edad (r = 0.344, p = 0.05) y DMO de columna (r = -0.343, p = 0.05). La OPG se correlaciona con edad (r = 0.488, p = 0.004), HAQ-S (r = 0.338, p = 0.05) y dosis diaria de glucocorticoides (r = 0.398, p = 0.022).

Conclusiones: Los valores séricos altos de sRANKL se correlacionan con una disminución de la DMO de columna en EA. Se requieren futuros estudios longitudinales para evaluar si las cifras elevadas de RANKL pueden relacionarse con el desarrollo de fracturas osteoporóticas en EA.

Bibliografía

- Chen M, Hu X, Wu M, Yang J, Han R, et al. Serum levels of OPG, RANKL, and RANKL/OPG Ratio in Patients with Ankylosing Spondylitis: A Systematic review and meta-analysis. *Immunological Investigations*. 2019;48(5):490-504. <https://doi.org/10.1080/08820139.2019.1567531>.
- Kim HR, Lee SH, Kim HY. Elevated serum levels of soluble receptor activator of nuclear factors-kappaB ligand (sRANKL) and reduced bone mineral density in patients with ankylosing spondylitis (AS). *Rheumatology (Oxford, England)*. 2006;45(10):1197-1200. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/ke1072>

Co81

Úlceras intestinales en espondilitis anquilosante posterior a infección por SARS-CoV2

Escudero-Tepale EM, Saavedra-Salinas MA, Miranda-Hernández DG

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La afectación intestinal en la espondilitis anquilosante es una manifestación extraarticular común. La EII clínicamente evidente se observa en 6% a 14% y es silente hasta en 60%.

Objetivos: Describir el caso de un paciente con espondilitis anquilosante con úlceras intestinales, luego de infección por SARS-CoV2.

Material y métodos: Paciente de reumatología del CMN La Raza.

Resultados: Hombre de 30 años con antecedente de EA en familiar de primer grado. Atresia intestinal que requirió resección intestinal. A los 16 años sufrió lumbalgia inflamatoria y mejoría con AINE. A los 21 años tuvo hemorragia digestiva alta con evidencia endoscópica de úlceras yeyunales; resección intestinal con infiltrado inflamatorio inespecífico. Cuatro años después lumbalgia inflamatoria, HLA-B27 positivo y resonancia magnética con sacroileitis bilateral grado IV; se indicó certolizumab pegol, con remisión de la enfermedad. En marzo de 2020 panuveitis derecha, que requirió glucocorticoide local y sistémico. Cambio a golimumab en

julio de 2020. Con posterioridad diarrea y malestar general; la PCR revela positividad a COVID-19; TACAR, CORADS-6; < 5 g de hemoglobina, sangre oculta en heces positiva; cápsula endoscópica que muestra úlceras en yeyuno-íleon en fase activa y crónica (Figura 1). Inició budesonida (9 mg por 8 semanas), pero persiste con guayaco y calprotectina fecal positivos y se reinicia budesonida por ocho semanas, con mejoría de la cifra de hemoglobina.

Figura 1. Imagen intestinal obtenida con cápsula endoscópica. **A**, úlcera yeyunal en la anastomosis. **B**, úlcera activa. **C**, úlcera aftosa. **D**, úlcera en íleon. **E**, úlcera en íleon terminal. **F**, úlcera en íleon terminal con fibrina. (C081)



Conclusiones: La EA se relaciona con EII evidente en < 15% y silente en 60%. El COVID-19 no difiere en pacientes con enfermedades reumáticas respecto de la población general. La hemorragia digestiva se notifica como manifestación gastrointestinal en esta población. El abordaje diagnóstico en pacientes con manifestaciones gastrointestinales de la enfermedad e infección por SARS-CoV2 requiere métodos de imagen, laboratorio y diferente abordaje terapéutico.

Bibliografía

1. Fragoulis G, Liava C, Dimitrios D, et al. Inflammatory bowel diseases and spondyloarthropathies: from pathogenesis to treatment. *World J Gastroenterol.* 2019 May 14;25(18):2162-2176. DOI 10.3748/wjg.v25.i18.2162.
2. Smale S, Natt R, Orchard T, et al. Inflammatory bowel disease and spondyloarthropathy. *Arthritis & Rheumatism.* 2001 Dec;44 (12):2728- 36.

C082

Caracterización clínica de una cohorte de espondiloartritis axial y periférica

Rivera-Ruiz AY, Panamá M, Burgos-Vargas R

Hospital General de México

Introducción: Los avances en la clasificación y el tratamiento de las axEspA y perEspA requieren el ensamblaje de cohortes multicéntricas.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y terapéuticas en la visita inicial de los pacientes consecutivos con EspA (criterios de ASAS) del periodo de marzo de 2019 a abril de 2020.

Material y métodos: Análisis descriptivo de la primera visita de casos consecutivos, incidentes y prevalentes, con EspA en dos centros con interés en este tipo de enfermos. Se incluyó a pacientes con EspA, espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (AP) de acuerdo con el diagnóstico del médico tratante. Análisis estadístico: media y desviación estándar para variables paramétricas, mediana con rangos intercuartiles no paramétricos, frecuencias y porcentajes y ji cuadrada para las comparaciones. Se procesaron en SPSS 21.

Resultados: Se incluyó a 125 pacientes, con edad media de 42 años y 56.8% hombres; 13.6% tenía familiares con EspA, 50.4% HLA-B27 positivo. Hasta 70.4% sufría afección axial y 29.6% periférica. ASDAS: VSG, PCR y BASDAI (promedio y \pm DE) de 2.6 ± 1.1 , 3.0 ± 1.3 , y 4.5 ± 2.6 respectivamente; cronicidad BASFI de 3.7 ± 1.9 y BASMI de 4.08 ± 2.9 , ASAS HI de 2.84 ± 1.9 y EQ-5D de 0.57 ± 0.3 . La entesitis se identificó en el 39.3%, el 86.4% recibió AINE, 68.8% sulfazalacina, 28.8% metotrexato, 12.0% glucocorticoides y 4% biológicos.

Conclusiones: En este estudio, la espondiloartritis axial se presentó con mayor frecuencia en el sexo masculino. Los pacientes con compromiso axial y periférico tuvieron actividad relativamente alta según los cuestionarios (ASDAS, BASDAI, BASMI, BASFI) y no hubo diferencias significativas en capacidad funcional de ambos grupos de acuerdo con ASDAS, BASDAI, BASMI, BASFI; en su mayoría recibieron tratamiento a base de AINE y FARME.

Bibliografía

1. Peláez-Ballestas I, Navarro-Zarza JE, Julán B, López A, Flores-Camacho R, Casasola-Vargas JC, et al. A Community-based study on the prevalence of spondyloarthritis and inflammatory back pain in mexicans. *J Clin Rheumatol.* 2013 Mar;19(2):57-61.
2. Rudwaleit M, Van Der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011 Jan;70(1):25-31.

C083

SPiRiT H2H: evaluación de los componentes individuales entre ACR50+PASI100 y MDA

Barragán-Garfias JA¹, Coates LC², Nissen MJ³, El Baou C⁴, Zochling J⁵, Marchesoni A⁶, Liu-Leage S⁷, Soriano ER⁸, Azevedo V⁹, Machold K¹⁰, Sapin C⁷

⁽¹⁾Eli Lilly and Company, Ciudad de México, ⁽²⁾Ndorms, University of Oxford, UK, ⁽³⁾Division of Rheumatology, University of Geneva, Switzerland, ⁽⁴⁾Lilly Research Centre, Windlesham, UK, ⁽⁵⁾Rheumatology Tasmania, Australia, ⁽⁶⁾ASST Gaetano Pini-Cto, Milan, Italy, ⁽⁷⁾Eli Lilly and Company, Indianapolis, USA, ⁽⁸⁾Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina, ⁽⁹⁾Universidade Federal Do Paraná, Brazil, ⁽¹⁰⁾Medical University of Vienna, Austria

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad con varios dominios. El índice de mínima actividad (MDA) es un objetivo multidimensional que puede ayudar como objetivos de tratamiento.

Objetivos: Evaluar los componentes ACR50 y PASI100 en resultados simultáneos a la semana 24, así como MDA como objetivos finales. Evaluar en la semana 24 los componentes individuales del logro simultáneo de ACR50 y PASI100 y comparar con los de MDA.

Material y métodos: Los pacientes con AP activa (articulaciones inflamadas [NAI] $\geq 3/68$, articulaciones dolorosas [NAD] $\geq 3/66$ y área de superficie corporal afectada [ASC] de placas de psoriasis activas > 3%) y los pacientes sin FARMEb previos o sin respuesta a ellos se aleatorizaron 1:1 en dosis aprobadas de ixekizumab (IXE) o adalimumab (ADA)

en el estudio SPIRIT-H2H. Se calculó la proporción de pacientes que cumplieron cada criterio de las variables compuestas con una población por intención a tratar con $n = 566$ y la población de respuesta MDA a la semana 24 ($n = 235$).

Resultados: En general, la población por intención de tratar y la de respuesta MDA, el uso de PASI ≤ 1 o BSA $\leq 3\%$ en el componente cutáneo del MDA contribuyeron a la mayor tasa de respuesta en relación con PASI100. El porcentaje de respondedores fue similar entre MDA y ACR50 + PASI100 como componentes individuales para HAQ y NAI. Los valores elevados basales de NAD (promedio IXE = 19.1, ADA = 21.3) en comparación con los valores bajos basales de NAI (promedio IXE = 10.1, ADA = 10.7) hicieron que el criterio MDA-NAD (≤ 1) fuera más difícil de alcanzar que el criterio equivalente del punto final ACR50 + PASI100.

Conclusiones: A pesar de las diferencias en las definiciones de criterios, se observaron patrones de respuesta coherentes en el componente individual de los dos puntos finales, en particular a nivel articular.

Bibliografía

- Smolen JS. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: update of recommendations by an international task force. *Annals of the Rheumatic Disease*. 2017;77(218):3-17.
- Mease PJ, The SPIRIT H2H Study Group, et al. A head-to-head comparison of the efficacy and safety of ixekizumab and adalimumab in biological-naïve patients with active psoriatic arthritis: 24-week results of a randomised, open-label, blinded-assessor trial. *Annals of the Rheumatic Disease*. 2020;79:123-131.

Co84

Caracterización clínica de pacientes con artritis psoriásica mediante modelo de atención multidisciplinaria

Zorrillo-Choque M, Murillo-Vilches MR, Casasola-Vargas JC

Hospital General de México

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una enfermedad multiorgánica, crónica y progresiva. El diagnóstico temprano es crítico, ya que 40% a 60% de los pacientes tienen daño articular en el primer año de aparición de la enfermedad.

Objetivos: Describir las características clínicas, imagenológicas y de laboratorio de los pacientes de la clínica de atención multidisciplinaria de psoriasis y AP.

Material y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo, observacional y exploratorio. Se incluyó a pacientes que acuden a la consulta de atención multidisciplinaria con diagnóstico de AP. Se realizó una base de datos en la que se incluyeron parámetros demográficos. Se utilizó la prueba T para muestras independientes y χ^2 para variables categóricas.

Resultados: Se incluyó a un total de 176 pacientes que acudieron a la consulta de atención multidisciplinaria en el Hospital General de México en el periodo comprendido entre mayo de 2019 y marzo de 2020. De los 176 pacientes con psoriasis, el 13.6% (24) se diagnosticó con artritis psoriásica; se realizó un subanálisis, en el que el 70.8% (17) correspondió al sexo femenino, con una edad media de 54 años (± 16.1); la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial 37.5% (9). De estos pacientes, el 87.5% consume FARMES como tratamiento de base.

Conclusiones: Este estudio refleja la prevalencia calculada de AP en pacientes con AP de la clínica de atención multidisciplinaria. El estudio fue una descripción de datos clínicos y laboratorio en un periodo de 10 meses y sólo se tomó en cuenta a individuos que acudían al Hospital General de México. Para mejorar las cifras de prevalencia es necesario obtener datos de varios centros que atiendan a pacientes con psoriasis.

Bibliografía

- Gelfand JM. Metabolic syndrome in patients with psoriatic disease. *J Rheumatol Suppl*. 2012;89:24-28.

- Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133(2):377-85.

Co85

Bloqueo cardiaco congénito autoinmune; a propósito de un caso

Sánchez-Cruz AA, Saavedra-Salinas MA, Miranda-Hernández DG

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El bloqueo cardiaco congénito autoinmunitario es una enfermedad inmunomediada que se relaciona con la transferencia placentaria de anticuerpos maternos, en particular anti-Ro y La. Más de la mitad de las madres afectadas son asintomáticas. El 75% de los casos se diagnostica durante las semanas 20 a 29. Para el tratamiento se pueden administrar corticosteroides, plasmaféresis, gammaglobulina intravenosa, agentes betaadrenérgicos, hidroxicloloquina o marcapasos intrauterino.

Objetivos: Describir la experiencia clínica y resultado terapéutico de un caso de bloqueo cardiaco congénito de 2° grado.

Material y métodos: Se informa un caso atendido en el HE CMN la Raza en 2020.

Resultados: Mujer embarazada de 30 años, sin enfermedad reumatológica preexistente, que cursa segundo embarazo, antes sin morbilidad obstétrica; se la remite por embarazo con USG obstétrico que indica 19.6 SDG, bloqueo cardiaco de 2° grado, corazón estructuralmente normal, ANA negativo, anti-Ro positivo y resto de ENA negativo. Se inicia tratamiento con dexametasona (8 mg/día) y cloroquina (150 mg/día); 20 día después se produce reversión del bloqueo a ritmo sinusal y se reduce dosis de dexametasona a 2 mg/día; permanece ritmo sinusal fetal y concluye embarazo en cesárea con producto vivo de 38 SDG, talla de 45 cm, peso de 2 200 g, Apgar 8/9, sin morbimortalidad neonatal.

Conclusiones: El tratamiento para el bloqueo cardiaco congénito resulta controvertido, ya que no se cuenta con un algoritmo terapéutico; la evidencia sugiere que el tratamiento oportuno puede revertir el bloqueo cardiaco a ritmo sinusal, pero la mayor parte de los bloqueos de 2° grado tiende a evolucionar o requerir tratamiento más avanzado; sin embargo, en el caso descrito hubo respuesta adecuada a esteroides y antipalúdicos, lo que evita un desenlace fetal adverso como progresión del bloqueo y muerte intrauterina.

Bibliografía

- Brito Z, Izmirly P, Ramos C, et al. The clinical spectrum of autoimmune congenital heart block. *Nat Rev Rheumatol*. 2015 May;11(5):301-312.
- Wainwright B, Bhan R, Trad C, et al. Autoimmune-mediated congenital heart block. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Apr;64:41-51.

Co86

Factores involucrados en planificación familiar de mujeres con enfermedades reumatológicas

Compeán-Villegas JE, Espinosa-Bañuelos LG, Skinner-Taylor CM, Pérez-Barbosa L, Rodríguez-Chávez RA, Lujano-Negrete AY, Moyeda-Martínez R, Cárdenas-De La Garza JA, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La capacidad reproductiva de mujeres con enfermedades reumatológicas (ER) podría verse afectada por disfunción sexual, función gonadal reducida, pérdidas fetales, fármacos y elecciones personales. Las

mujeres con ER pueden subestimar su capacidad reproductiva, lo que se refleja en embarazos no planeados o resultados adversos. La salud reproductiva no se aborda de forma sistemática, por lo que es un área de oportunidad para mejorar la calidad en la atención y la investigación.

Objetivo: Identificar factores demográficos y clínicos relacionados con obtención de embarazo temprano en mujeres con ER.

Material y métodos: Estudio poblacional de mujeres con ER que tuvieron su primer episodio obstétrico desde septiembre del 2017 hasta noviembre de 2020 (Tabla 1). De acuerdo con el inicio de la vida sexual y la fecha de concepción del primer embarazo se formaron dos grupos: quienes tuvieron su primer episodio obstétrico antes y después de cinco años transcurridos. Las variables cualitativas se compararon con χ^2 y variables cuantitativas con t de Student. Se consideró un valor significativo de $p < 0.05$.

Tabla 1. Principales características clínicas y demográficas de los pacientes incluidos. (C086)

	Grupo con episodio obstétrico antes de los 5 años	Grupo con episodio obstétrico después de los 5 años	Valor <i>p</i>
Total	27	21	
Edad media actual	24.29 ± 5.89	30.47 ± 6.14	0.536
Edad media durante el primer episodio obstétrico	21.07 ± 3.45	27.95 ± 6.37	0.009
Edad media al inicio de enfermedad reumatológica	20.44 ± 6.5	25.23 ± 6.86	0.873
Diagnóstico principal			
Artritis reumatoide, n (%)	9 (33.3)	12 (57.1)	0.099
Lupus eritematoso sistémico, n (%)	5 (18.5)	2 (9.5)	0.381
Síndrome antifosfolípidos, n (%)	4 (14.8)	4 (19.0)	0.696
Dermatomiositis, n (%)	2 (7.4)	0 (0.0)	0.203
Artritis idiopática juvenil, n (%)	3 (11.1)	0 (0.0)	0.115
Síndrome de Sjögren, n (%)	1 (3.7)	0 (0.0)	0.373
Fibromialgia, n (%)	1 (3.7)	1 (4.8)	0.856
Enfermedad indiferenciada, n (%)	2 (7.4)	2 (9.5)	0.792
Toxicomanías			
Etilismo previo, n (%)	8 (29.6)	4 (19.0)	0.867
Tabaquismo previo, n (%)	9 (33.3)	4 (19.0)	0.653
Drogas ilícitas previas, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
Comórbidos			
Diabetes mellitus, n (%)	1 (3.7)	1 (4.8)	0.856
Hipertensión, n (%)	3 (11.1)	0 (0.0)	0.115
Depresión, n (%)	5 (18.5)	3 (14.3)	0.696
Ansiedad, n (%)	3 (11.1)	5 (23.8)	0.242
Medicamento antes del embarazo			
Metotrexato, n (%)	4 (14.8)	5 (23.8)	0.428
Leflunomida, n (%)	1 (3.7)	2 (9.5)	0.409
Sulfasalazina, n (%)	3 (11.1)	2 (9.5)	0.580
Hidroxicloroquina, n (%)	9 (33.3)	5 (23.8)	0.471

Cloroquina, n (%)	2 (7.4)	0 (0.0)	0.203
Esteroides, n (%)	8 (29.6)	4 (19.0)	0.867
Comorbilidad obstétrica			
Abortos, n (%)	9 (33.3)	8 (38.1)	0.732
Preeclampsia/eclampsia, n (%)	3 (11.1)	2 (9.5)	0.858
Diabetes gestacional, n (%)	2 (7.4)	2 (9.5)	0.792
Estado civil			
Soltera, n (%)	9 (33.3)	5 (23.8)	0.471
Casada, n (%)	9 (33.3)	10 (47.6)	0.315
Unión libre, n (%)	9 (33.3)	6 (28.6)	0.724
Viuda, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
Escolaridad			
Analfabeta, n (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	NA
Primaria, n (%)	1 (3.7)	1 (4.8)	0.856
Secundaria, n (%)	7 (25.9)	8 (38.1)	0.367
Bachillerato, n (%)	8 (29.6)	4 (19.0)	0.401
Técnico, n (%)	3 (11.1)	2 (9.5)	0.858
Licenciatura, n (%)	8 (29.6)	6 (28.6)	0.936
Ocupación			
Ama de casa, n (%)	17 (63.0)	13 (61.9)	0.940
Oficio, n (%)	2 (7.4)	2 (9.5)	0.792
Estudiante, n (%)	4 (14.8)	1 (4.8)	0.258
Profesión, n (%)	4 (14.8)	5 (23.8)	0.428
Salud sexual			
Edad media de inicio de vida sexual, n (%)	19.4	18.47	0.259
Promedio parejas sexuales, n (%)	1.7	2.3	0.114
Uso métodos anticonceptivos, n (%)	13 (48.1)	11 (52.4)	0.085
Método de barrera (preservativo masculino), n (%)	8 (29.6)	4 (19.0)	0.705

Resultados: Se recolectaron datos de 48 mujeres; el principal diagnóstico fue artritis reumatoide (43.75%) y 27 de ellas obtuvieron un embarazo en los primeros cinco años del inicio de vida sexual. No hubo diferencia significativa en alguna característica clínica, pero las mujeres con embarazos tempranos tuvieron menores porcentajes de unión matrimonial (33.3% vs. 47.6%), trabajo formal (21.42% vs. 33.33%), y uso de métodos anticonceptivos efectivos (18.5% vs. 33.33%).

Conclusiones: No se identificaron factores significativos determinantes de embarazos tempranos, pero existe una tendencia a presentarse en mujeres solteras, sin fuentes de ingreso formal, y con mayor uso de anticonceptivos de barrera.

Bibliografía

- Østensen, M. Sexual and reproductive health in rheumatic disease. Nature Reviews Rheumatology. Nature Publishing Group. 2017; August 1. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2017.102>.
- Talabi MB, Clowse MEB, Blalock SJ, Switzer G, Yu L, Chodoff A, Borrero S. Development of ReproKnow, a reproductive knowledge assessment for women with rheumatic diseases. BMC Rheumatology. 2019;3(1). <https://doi.org/10.1186/s41927-019-0091-6>.

Co87

Indicaciones de cesárea en mujeres mexicanas con enfermedades reumáticas

Lujano-Negrete AY, Skinner-Taylor CM, Pérez-Barbosa L, Cárdenas-De La Garza JA, Hernández-Castro F, Rodríguez-Chávez RA, Espinosa-Bañuelos LG, Moyeda-Martínez R, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: Las cesáreas se vinculan con complicaciones maternas y perinatales. México tiene una de las mayores prevalencias en cesáreas en mujeres, lo cual afecta negativamente al producto.

Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar las indicaciones de cesárea en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias con mujeres sin enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas y del departamento de obstetricia del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se incluyó a mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias entre agosto de 2017 y noviembre de 2020. Todos los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos.

Resultados: Se incluyó a 106 pacientes (53 mujeres con enfermedades reumáticas y 53 mujeres sanas), dos pacientes sufrieron un aborto, para un total de 104 productos. De los 53 embarazos del grupo con enfermedades reumáticas, más de la mitad terminaron en cesárea (n = 31, 58.48%). En el grupo control se presentaron 24 cesáreas y 28 partos vaginales. Las indicaciones de cesárea se muestran en la **Figura 1**. No se encontró diferencia significativa en la prevalencia de cesárea entre ambos grupos. Hubo más cambios patológicos en el registro cardiotocográfico como indicación de cesárea en el grupo con enfermedades reumáticas (n = 11, p 0.002).

Conclusiones: Hubo mayor prevalencia de cesáreas en las mujeres con enfermedades reumáticas que en el grupo control, aunque esta diferencia fue estadísticamente no significativa. Son necesarios estudios con una mayor muestra para demostrar complicaciones y diferencias entre ambos grupos.

Bibliografía

1. Saavedra MA, Sánchez A, Bustamante R, Miranda-Hernández D, Soliz-Antezana J, Cruz-Domínguez P, Morales S, Jara LJ. Desenlace materno-fetal en mujeres mexicanas con artritis reumatoide [Maternal and fetal outcome in Mexican women with rheumatoid arthritis].

Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53 Suppl 1:S24-9. Spanish. PMID: 26020659.

2. Álvarez-Nemegyei J, Cervantes-Díaz MT, Ávila-Zapata F, Marín-Ordóñez J. Desenlace obstétrico antes y después del inicio de la artritis reumatoide [Pregnancy outcomes before and after the onset of rheumatoid arthritis]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2011 Nov-Dec;49(6):599-604. Spanish. PMID: 22176821.

Co88

Diagnóstico prenatal de bloqueo auriculoventricular autoinmune congénito

Hernández-Castro F¹, Skinner-Taylor CM², Pérez-Barbosa L², Lujano-Negrete AY², Cárdenas-De La Garza JA², Barriga-Maldonado ES², Gómez-Torres PC², Rodríguez-Chávez RA², Espinosa-Bañuelos LG², Moyeda-Martínez R², Figueroa-Parra G², Galarza-Delgado DA²

⁽¹⁾ Clínica de Embarazo y Enfermedades Reumáticas, ⁽²⁾ Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El bloqueo auriculoventricular autoinmunitario congénito (BAVC) es una manifestación del lupus neonatal (LN). Afecta a 1:20 000 nacidos vivos y es potencialmente letal. Se vincula con transferencia placentaria de anticuerpos (Ac) maternos específicos para antígenos Ro/SSA y La/SSB expresados en miocardiocitos fetales.

Objetivos: Describir un caso de diagnóstico y tratamiento prenatal de BAVC y sus resultados perinatales.

Material y métodos: Primigesta sin antecedentes patológico; el ultrasonido fetal a las 26.2 semanas de gestación (SDG) detectó bradicardia (63 lpm), disociación entre frecuencias auricular y ventricular, relación 2.3:1. PR 463 ms. Fracciones de acortamiento y expulsión, así como relaciones E/A normales. Calificación cardiovascular (SCV): 10/10 (**Figura 1**). A las 29.5 SDG se agregaron cardiomegalia y regurgitación tricuspídea, con disminución a SCV 8/10. Ac anti-SSA/Ro y anti-SSB/La > 200 U/ml. Ac antinucleares en moteado fino > 1:5 120.

Resultados: En control prenatal multidisciplinario se indicaron dexametasona, salbutamol e hidroxicloroquina y se sugirió inmunoglobulina para limitar lesiones de LN. Nacimiento a las 37 SDG por vía abdominal por condilomatosis vulvovaginal; se obtiene neonato femenino, 2 620 g, Apgar 8-9, frecuencia cardiaca 50 lpm. Trasladada a UCIN donde se colocó

Figura 1. Indicaciones para cesárea.(C087)

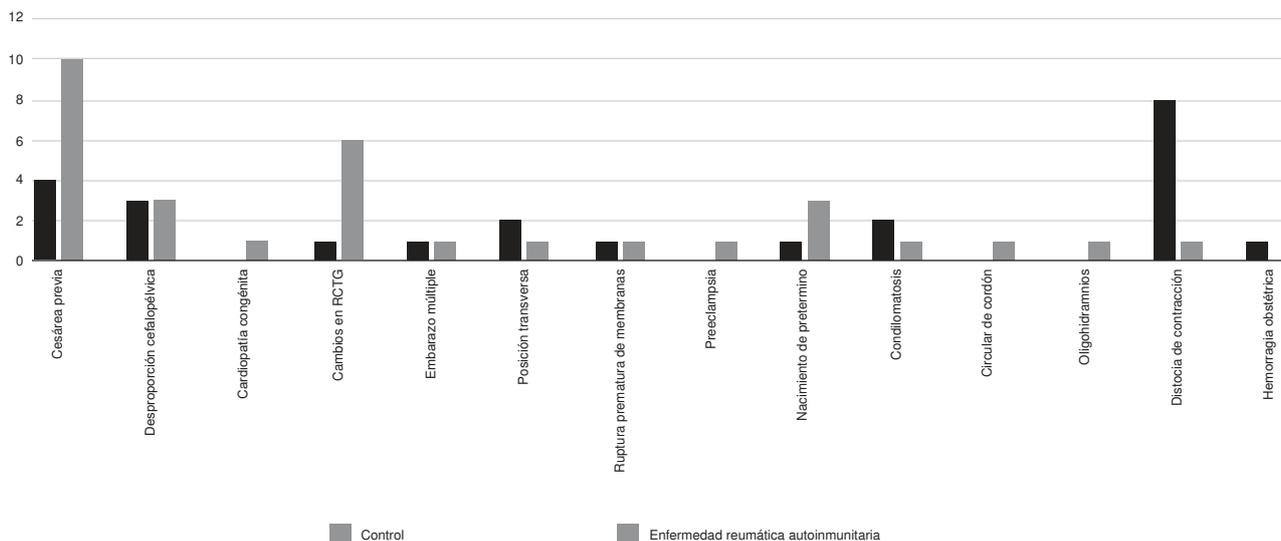
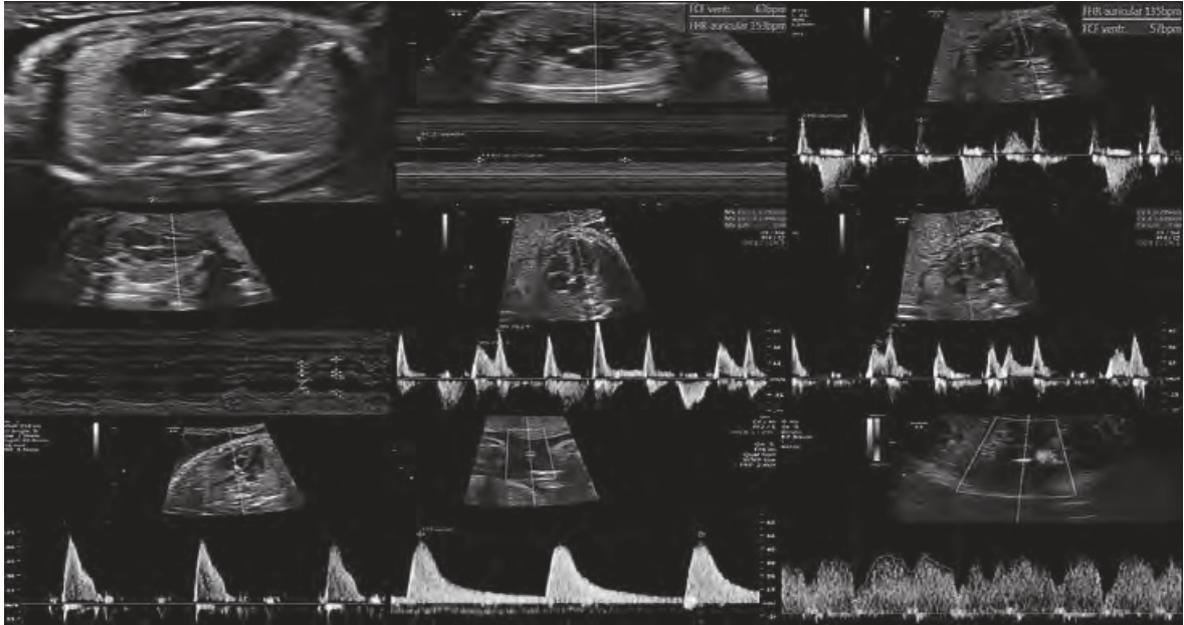


Figura 1. Valoración cardíaca fetal funcional en la que se muestra BVAC completo.(C088)



marcapaso transcutáneo temporal y 48 horas después definitivo. Ambas egresaron por evolución adecuada. El BAVC se relaciona con mortalidad fetal y neonatal (20%-30%). Es típico de embarazadas con síndrome de Sjögren y lupus eritematoso sistémico pero también en 1% a 2% sin evidencia de enfermedad. Una vez establecido el BAVC completo, los esteroides no revierten el daño al sistema de conducción.

Conclusiones: En fetos con diagnóstico de BAVC son importantes tanto el diagnóstico prenatal oportuno de las alteraciones estructurales y funcionales cardíacas como el tratamiento multidisciplinario para disminuir resultados perinatales adversos.

Bibliografía

1. Capone C, Buyon JP, Friedman DM, Frishman WH. Cardiac manifestations of neonatal lupus: a review of autoantibody-associated congenital heart block and its impact in an adult population. *Cardiol Rev.* 2012;20:72-76.
2. Brito-Zerón P, Izmirly PM, Ramos-Casals M, Buyon JP, Khamashta MA. The clinical spectrum of autoimmune congenital heart block. *Nat Rev Rheumatol.* 2015;11:301-312.

Co89

COVID-19 y embarazo en pacientes con enfermedad reumática

Rodríguez-Chávez RA, Figueroa-Parra G, Compeán-Villegas JE, Skinner-Taylor C, Pérez-Barbosa L, Espinosa-Bañuelos LG, Moyeda-Martínez R, Lujano-Negrete AY, Cárdenas-De La Garza JA, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Las mujeres embarazadas representan una población de alto riesgo durante la pandemia de COVID-19. Los pacientes con enfermedades reumáticas (ER) tienen numerosos factores que podrían hacerlos más susceptibles a las infecciones. A pesar de los esfuerzos por registrar información sobre COVID-19 y ER, no hay suficientes datos de pacientes embarazadas con ER.

Objetivos: Describir una serie de casos de COVID-19 de una clínica de embarazo y enfermedades reumáticas (ER).

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario Dr. José E. González en Monterrey, México. Se incluyó a pacientes embarazadas, posparto y posaborto con ER y COVID-19 documentado entre marzo y noviembre de 2020. Se obtuvieron características demográficas y clínicas.

Resultados: De las 18 mujeres con ER en seguimiento durante este periodo, 2 (11.1%) mujeres embarazadas, 2 (11.1%) mujeres posparto y 1 (5.5%) mujer posaborto desarrollaron COVID-19. La edad media fue de 28 ± 6.3 años, 3 (60%) tenían lupus eritematoso sistémico, 1 (20%) mostraba artritis reumatoide y 1 (20%) tenía síndrome antifosfolípido. Las características clínicas, medidas preventivas y tratamientos se muestran en la **Tabla 1**. Cuatro (80%) presentaron síntomas leves y 1 (20%) con síntomas graves que exigieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos y ventilación mecánica. Los síntomas clínicos se muestran en la **Figura 1**. Tres (60%) refirieron antecedentes de contacto con una persona que tenía COVID-19. Todos los pacientes usaban prednisona e hidroxilcloroquina.

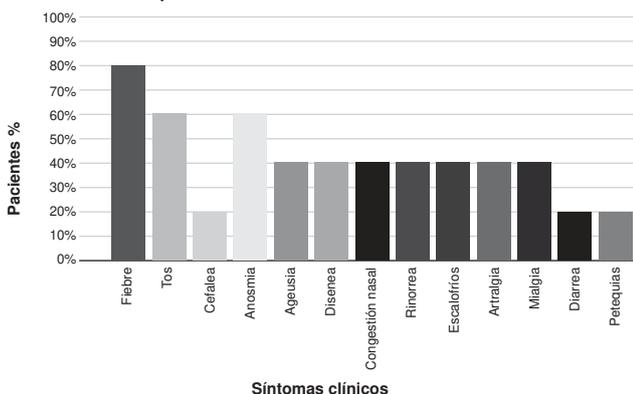
Tabla 1. Características clínicas, medidas preventivas y tratamientos durante la enfermedad. (C089)

	n = 5
Edad en años, media (DE)	28 (6.36)
Diagnóstico, n (%)	
Lupus eritematoso sistémico	3 (60)
Artritis reumatoide	1 (20)
Síndrome antifosfolípido	1 (20)
Obesidad, n (%)	2 (40)
Ocupación actual, n (%)	
Empleada	3 (60)
Estudiante	1 (20)
Ama de casa	1 (20)
Gravedad de la enfermedad, n (%)	

Leve	4 (80)
Grave	1 (20)
Hospitalización	1 (20)
Ventilación mecánica	1 (20)
Medidas preventivas, n (%)	
Distanciamiento social	2 (40)
Cuarentena	3 (60)
Contacto con una persona que tuvo COVID-19	3 (60)
Tratamientos utilizados antes de la enfermedad, n (%)	
Prednisona	5 (100)
Hidroxicloroquina	5 (100)
Sulfasalazina	2 (40)
Azatioprina	1 (20)
Metotrexato*	1 (20)
Tratamiento reumático durante la enfermedad, n (%)	
Continuado	3 (60)
Suspendido	2 (40)

* El metotrexato se utilizó durante la concepción y se suspendió inmediatamente después de la detección del embarazo.
 PCR: reacción en cadena de la polimerasa.

Figura 1. Porcentaje de los síntomas de pacientes embarazadas con enfermedad reumática y COVID-19.(C099)



Conclusiones: La proporción de pacientes embarazadas con ER y curso leve de la infección por SARS-CoV-2 coincide con la población general, por lo que se sugiere que las ER podrían no contribuir a un peor desenlace.

Bibliografía

1. Arentz M, Yim E, Klaff L, et al. Characteristics and outcomes of 21 critically ill patients with COVID-19 in Washington State. *JAMA*. 2020; 323(16):1612-1614. doi:10.1001/jama.2020.4326.

C090

Defectos congénitos y resultados perinatales en mujeres con enfermedades reumáticas

Rodríguez-Chávez RA, López-Uriarte GA, Martínez-De Villarreal LE, Skinner-Taylor C, Pérez-Barbosa L, Figueroa-Parra G, Barriga-Maldonado

ES, Pérez-Onofre I, Elizondo-Plazas A, Moyeda-Martínez R, Espinosa-Bañuelos LG, Lujano-Negrete AY, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) se relaciona con un aumento del riesgo de resultados perinatales adversos y defectos de nacimiento. La tasa de estos efectos varía entre poblaciones.

Objetivos: Describir la frecuencia de malformaciones congénitas y los resultados perinatales adversos en mujeres mexicanas.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo que incluyó a todas las pacientes embarazadas con ERA de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario Dr. José E. González que dieron a luz entre febrero de 2019 y noviembre de 2020. Se evaluó la información demográfica, el resultado del embarazo y los defectos de nacimiento. Los defectos de nacimiento los confirmó clínicamente un genetista clínico.

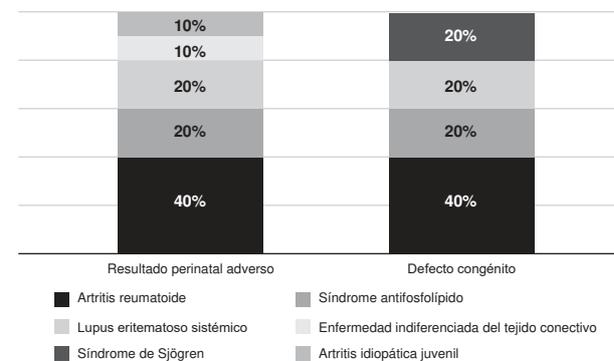
Resultados: Se incluyó a 40 mujeres en el análisis final. El diagnóstico de ERA se muestra en la **Figura 1**. No se notificaron complicaciones ni defectos de nacimiento en 25 (62.5%). Se informaron resultados perinatales adversos en 10 (25%) mujeres y defectos congénitos en 5 (12.5%). Los resultados perinatales adversos más frecuentes fueron el parto prematuro en 6 (15%) y el segundo más frecuente fue el aborto espontáneo con 3 (7.5%) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Frecuencia y porcentajes de resultados perinatales adversos y defectos congénitos. (C090)

	Resultado perinatal adverso (n = 10) 25%	Defectos congénitos (n = 5) 12.5%
Nacimiento pretérmino	6 (15%)	-
Aborto	3 (7.5%)	-
Mortinato	1 (2.5%)	-
Enfermedad cardíaca congénita*	-	1 (2.5%)
Bloqueo cardíaco congénito con colocación temporal de marcapasos	-	1 (2.5%)
Enfermedad de Krabbe	-	1 (2.5%)
Apéndice preauricular	-	1 (2.5%)
Fetopatía diabética	-	1 (2.5%)

*Tetralogía de Fallot

Figura 1. Porcentajes de los resultados perinatales adversos y defectos congénitos por enfermedad reumática. (C090)



Conclusiones: Se identificó una elevada frecuencia de resultados perinatales adversos y defectos de nacimiento en mujeres mexicanas con ERA. Se necesitan grupos multidisciplinarios y clínicas para atender adecuadamente a esta población compleja y disminuir la morbilidad y la mortalidad.

Bibliografía

- Viktil KK. (2012). Outcomes after anti-rheumatic drug use before and during pregnancy: a cohort study among 150 000 pregnant women and expectant fathers. *Scand J Rheumatol.* 41:196.
- Vinet E, Bernatsky S. (2017). Outcomes in children born to women with rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin N Am.* <http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2016.12.006>.

C091

Complicaciones obstétricas-perinatales en pacientes anti-Ro(+) con o sin enfermedad reumatológica

Hernández-González J, Castro-Lizano N

Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Las enfermedades reumáticas como el lupus eritematoso sistémico (LES), artritis reumatoide (AR), síndrome de Sjögren primario (SSp) y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) se han relacionado con resultados adversos del embarazo. Los anticuerpos anti-Ro/SSA vinculados con dichas anomalías y en mujeres asintomáticas se acompañan de complicaciones perinatales, principalmente bloqueo cardiaco congénito (BCC) y lupus neonatal (LN).

Objetivos: Describir las complicaciones obstétricas y perinatales en mujeres con anti-Ro(+).

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo-prospectivo. Se incluyó a pacientes de 16 a 45 años, con gestas previas o embarazo al momento del estudio, con anti-Ro(+), con o sin diagnóstico de enfermedad reumatológica.

Resultados: Se analizó a 100 pacientes, 45 (45%) tenían anti-Ro(+) y 55 (55%) anti-Ro(-), con una media de anti-Ro(+) de 81.25 U/l. La enfermedad más prevalente fue LES, 35 (77.8%), y sólo una paciente era portadora asintomática, 1 (2.2%). La cesárea fue el método de resolución más frecuente en anti-Ro(+), 32 (71.2%), con interrupción del embarazo de pretérmino en 29 (64.4%). El peso y la edad gestacional fueron menores en los productos de madres anti-Ro(+): 2 349 ± 947 g y 33.36 SDG, respectivamente. Las alteraciones cardíacas se presentaron en 2 productos de pacientes anti-Ro(+) y anti-La(+), detectados en las semanas 18 y 21 de gestación, con necesidad en 1 (50%) de colocación de marcapasos temporal, ambos con desenlaces letales (**Tablas 1 y 2**).

Tabla 1. Relación de características obstétricas.(C091)

Relación de características obstétricas de pacientes con anticuerpos anti-Ro (+) y anti-Ro (-)				
Variables	Anti-Ro (+) (%)	Anti-Ro (-) n ± (%)	Total de pacientes	P (0.05)
Cesárea	32 (55.2)	26 (44.8)	58	0.025
Parto	11 (28.9)	27 (71.1)	38	0.014
Aborto	2 (50)	2 (50)	4	1.0
Término	14 (25.5)	41 (74.5)	55	< 0.005
Pretérmino	29 (70.7)	12 (29.3)	41	< 0.005
Óbito	1 (25)	3 (75)	4	0.62
Género	F: 12 (26.7) M: 31 (68.9) A: 2 (4.4)	F: 16 (29.1) M: 37 (67.3) A: 2 (3.6)	100	-
Complicaciones en el embarazo	30 (69.8)	13 (30.2)	43	< 0.005

Asociación significativa, p ≤ 0.05.

F: femenino; M: masculino; A: aborto. Complicaciones en el embarazo: aborto, pretérmino, término, oligohidramnios, restricción de crecimiento intrauterino.

Tabla 2. Relación de características perinatales.(C091)

Relación de características perinatales de las pacientes con anticuerpos anti-Ro (+) y anti-Ro (-)				
Variables	Anti-Ro (+) n ± (%)	Anti-Ro (-) n ± (%)	Total de pacientes	p = 0.05
Peso	2 349 ± 947	2 705 ± 924	96	0.61
Edad gestacional (SDG)	33.36 ± 8.15	35.32 ± 8.22	100	0.23
Apgar	7.18 ± 2.07	7.71 ± 2.53	92	0.26
Oligohidramnios	0	2 (100)	2	0.50
RCIU	17 (48.6)	18 (51.4)	35	0.67
BCC	2 (100)	0	2	0.20
MCP	1 (2.2)	-	1	-
LN	1 (100)	0	1	0.45
SDD	25 ± 9.1	-	3	-

Relación significativa p ≤ 0.05.

SDG: semanas de gestación; RCIU: restricción del crecimiento intrauterino; BCC: bloqueo cardiaco congénito; MPC: marcapasos; LN: lupus neonatal; SDD: semanas de detección.

Conclusiones: Las pacientes con anti-Ro(+) y anti-La(+) tienen mayor probabilidad de complicaciones obstétricas y perinatales; los productos de madres con anticuerpos anti-La(+) poseen una probabilidad significativa de presentar bloqueo cardiaco congénito.

Bibliografía

- Ostensen M. State of the art: reproduction and pregnancy in rheumatic diseases. *Autoimmun Rev.* (2015);14:376-386.
- Martínez-Sánchez N. Obstetric and perinatal outcome in anti-Ro/SSA- positive pregnant women: a prospective cohort study. *Immunol Res.* 2017;65:487-494.

C092

Resultados perinatales de mujeres mexicanas con enfermedades reumáticas

Hernández-Castro F¹, Skinner-Taylor CM², Pérez-Barbosa L², Lujano-Negrete AY², Cárdenas-De La Garza JA², Barriga-Maldonado ES², Gómez-Torres PC², Rodríguez-Chávez RA², Espinosa-Bañuelos LG², Moyeda-Martínez R², Figueroa-Parra G², Galarza-Delgado DA²

⁽¹⁾*Clinica de Embarazo y Enfermedades Reumáticas, Universidad Autónoma de Nuevo León* ⁽²⁾*Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León*

Introducción: Las enfermedades reumáticas (ER) afectan a mujeres en edad reproductiva y se han relacionado con resultados perinatales adversos (RPA). La Clínica de Enfermedades Reumáticas y Embarazo de la Universidad Autónoma de Nuevo León está dedicada al tratamiento de estos embarazos.

Objetivos: Describir los resultados perinatales de embarazos atendidos en una clínica especializada en gestaciones con ER.

Material y métodos: Estudio de cohortes realizado entre 2017 y 2020. Se analizaron los resultados perinatales de embarazos con ER. Los RPA se compararon con los de la población obstétrica general (POG) de un hospital de tercer nivel.

Resultados: Se registró un total de 62 embarazos con ER. La edad materna fue mayor en embarazos con ER (29 [24-35] y 23 [19-28] años, respectivamente, p < 0.001). En ese mismo grupo, la edad gestacional y el peso al nacer fueron menores y la probabilidad de nacimiento de pretérmino fue mayor también (OR, 1.85; IC95%, 1.03-3.30; p = 0.038). Otros RPA se resumen en la **Tabla 1**. La artritis reumatoide (n = 24) fue el diagnóstico más frecuente seguido por el de lupus eritematoso sistémico (n = 14). El nacimiento mediante cesárea fue más frecuente en el grupo de ER (66.1% y 50.8%, respectivamente, p = 0.016). La **Figura 1** muestra las

Tabla 1. Resultados perinatales y efectos adversos. (C092)

	ER (n = 62)	POG (n = 31 254)	OR (IC95%)	p
Resultado perinatal				
Pérdida del embarazo ^a	6 (9.68)	1 560 (4.99)	1.94 (0.84-4.49)	0.122
Nacidos vivos ^a	60 (90.9)	29 694 (95)	0.96 (0.67-1.35)	0.8
Edad gestacional ^b	37.6 (37-39)	39 (38-40.2)	-	< 0.001
Peso al nacer (kg) ^c	2 831.6 (2 677.4-2 985.8)	3 022.2 (2 986.8-3 057.6)	-	0.007
Efectos adversos				
Maternos				
Nacimiento pretérmino < 37 semanas ^a	14 (23.7)	3 821 (12.2)	1.85 (1.03-3.3)	0.038
< 34 semanas ^a	3 (5.1)	1 065 (3.4)	1.42 (0.45-4.53)	0.553
Diabetes gestacional ^a	4 (6.5)	1 406 (4.5)	1.43 (0.52-3.95)	0.485
Preeclampsia ^a	5 (8.1)	2 471 (7.89)	1.02 (0.41-2.54)	0.97
Hemorragia obstétrica ^a	0	930 (2.97)	0.27 (0.017-4.35)	0.355
Cesárea de emergencia ^a	8 (12.9)	1 844 (5.9)	2.19 (1.05-4.57)	0.037
Muerte materna ^a	0	31(0.09)	7.94 (0.48-131.2)	0.148
Fetales				
Aborto ^a	3 (4.8)	663 (2.12)	2.28 (0.71-7.29)	0.164
Muerte fetal ^a	3 (4.8)	897 (2.87)	1.69 (0.53-5.38)	0.377
Anomalías congénitas ^a	4 (6.5)	1 094 (3.5)	1.84 (0.67-5.08)	0.237
Neonatales				
Peso bajo al nacer (< percentil 10 ^a) ^a	7 (12.3)	3 782 (12.1)	0.933 (0.43-2.04)	0.862
Muy bajo peso al nacer (< percentil 3 ^a) ^a	3 (5.3)	813 (2.6)	1.86 (0.58-5.93)	0.294
Apgar a los 5 minutos (< 7) ^a	4 (7.02)	1781 (5.7)	1.13 (0.41-3.12)	0.81

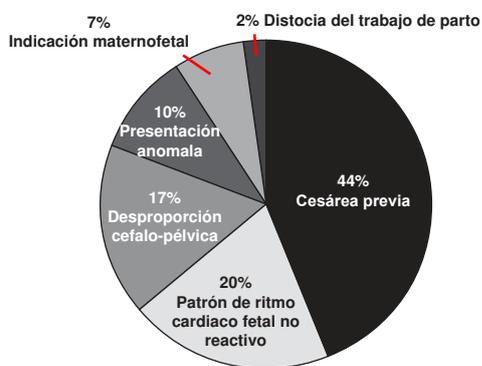
^an, %.

^bMediana, intervalo intercuartílico.

^cIC, intervalo de confianza.

ER, enfermedades reumáticas; POG, población obstétrica general.

Figura 1. Indicaciones de cesárea.(C092)



indicaciones de cesárea; las principales fueron cesárea previa y patrón de frecuencia cardíaca fetal no tranquilizante.

Conclusiones: Los embarazos con ER tienen riesgo incrementado de RPA. Las mujeres de esta población deben recibir información sobre estos resultados y vigilarse por un equipo multidisciplinario como embarazo de alto riesgo.

Bibliografía

1. Sugawara E, Kato M, Fujieda Y, Oku K, Bohgaki T, Yasuda S, et al. Pregnancy outcomes in women with rheumatic diseases: a real-world observational study in Japan. *Lupus*. 2019;28:1407-1416.
2. El Miedany Y, Palmer D. Rheumatology-led pregnancy clinic: enhancing the care of women with rheumatic diseases during pregnancy. *Clin Rheumatol*. 2020;39:3593-3601.

C093

Resultados perinatales y complemento en mexicanas con LES y SAF

Rodríguez-Chávez RA, Skinner-Taylor C, Pérez-Barbosa L, Cárdenas-De La Garza JA, Figueroa-Parra G, Moyeda-Martínez R, Espinosa-Bañuelos LG, Lujano-Negrete AY, Galarza-Delgado DA

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípido (SAF) tienen un mayor riesgo de resultados perinatales adversos. Los valores bajos o altos de la fracción C3 y C4 del complemento se han vinculado con complicaciones durante el embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunitarias como LES y SAF.

Objetivos: Evaluar la relación entre los resultados perinatales adversos (RPA) y los valores de complemento C3 y C4 en mujeres mexicanas con LES y SAF.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes de la clínica de embarazo y enfermedades reumáticas del Hospital Universitario Dr. José E. González. Se incluyó a mujeres embarazadas con LES y SAF de agosto de 2017 a octubre de 2020 con al menos una medición de C3 y C4 durante el embarazo. Los resultados adversos del embarazo fueron aborto, óbito, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer.

Resultados: Se identificó a 28 mujeres embarazadas con LES o SAF; sólo 17 tuvieron una medición, edad media de 27.9 ± 5.7, 11 (64.7%) tenían LES y 6 (35.3%) SAF. Las características y resultados perinatales se muestran en

la **Figura 1**. Seis (35.3%) pacientes tuvieron un resultado perinatal adverso. Los valores altos de C3 (> 120 mg/dl) fueron más frecuentes en pacientes sin RPA (63.6% vs. 33.3%, p = 0.334). Los valores bajos de C4 (< 20 mg/dl) fueron más frecuentes en mujeres que tuvieron un resultado adverso (83.3% vs. 36.4%, p = 0.131) (**Tabla 1**). El cociente de riesgo de cifra baja de C4 para RPA fue de 8.75 (IC95%, 0.737-103.823, p = 0.086) no estadísticamente significativo.

Tabla 1. Valores de complemento y resultados perinatales. (C093)

	Sin resultado adverso n = 11	Resultado adverso n = 6	p*
Valor de C3, mg/dl, media (DE)	130.71 (27.97)	113.83 (34.32)	.289
< 50 mg/dl, n (%)	-	-	-
50-120 mg/dl, n (%)	4 (36.4)	4 (66.7)	.335
> 120 mg/dl, n (%)	7 (63.6)	2 (33.3)	.335
Valor de C4, mg/dl, media (RIQ)	22.35 (11.10-30.87)	12.43 (10.76-19.20)	.301
< 20 mg/dl, n (%)	4 (36.4)	5 (83.3)	.131
20-50 mg/dl, n (%)	7 (63.6)	1 (16.7)	.131
> 50 mg/dl, n (%)	-	-	-

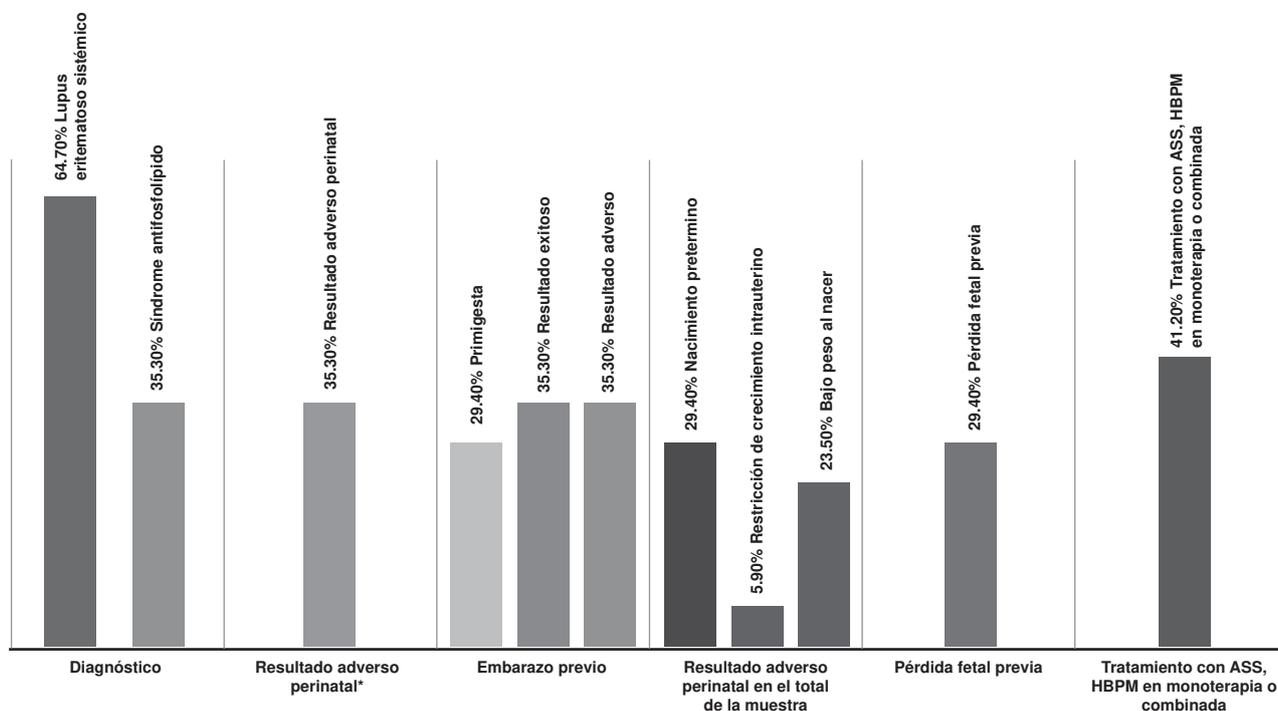
*Se utilizaron las pruebas T, U de Mann-Whitney o exacta de Fisher para comparar a los grupos.

Conclusiones: Los valores bajos de complemento C4 fueron más frecuentes en pacientes con LES o SAF que tenían RPA.

Bibliografía

- Chighizola CB, Lonati PA, Trespidi L, Meroni PL, Tedesco F. The complement system in the pathophysiology of pregnancy and in systemic autoimmune rheumatic diseases during pregnancy. *Front Immunol.* 2020;11:2084. doi:10.3389/fimmu.2020.02084.

Figura 1. Características clínicas y resultados perinatales en mujeres con lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido. (C093)



C094

Neumoperitoneo como manifestación de gravedad en esclerosis sistémica

Galicia-Lucas U, Pérez-Cristóbal M, Marín-Hernández AP, Hernández-Pérez C

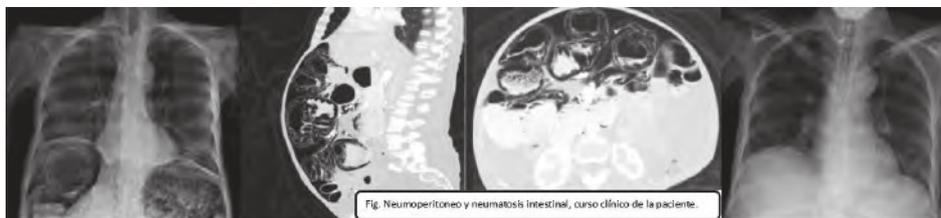
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: En la esclerosis sistémica casi el 90% de los pacientes tiene algún grado de afección gastrointestinal y el esófago es el sitio más afectado; el neumoperitoneo es una complicación poco frecuente con un cuadro clínico que se asemeja a una perforación intestinal.

Material y métodos: Presentación del caso: mujer de 65 años de edad con antecedente de LES desde los 52 años en tratamiento con metotrexato y cloroquina en control; en octubre de 2019 muestra parestesias de ambas manos, fenómeno de Raynaud y esclerodactilia; en enero de 2020 se agrega disfagia y dos meses después notoria distensión abdominal que exige operación por sospecha de oclusión intestinal; como hallazgo en el procedimiento se observa gran dilatación de asas. Se la revalora clínicamente en septiembre de 2020 y se observan facies esclerodérmica, boca en bolsa de tabaco, distensión abdominal notable, Rondan de 13 puntos, TAC abdominal que revela neumoperitoneo y neumatosis intestinal (**Figura 1**); se establece el diagnóstico de superposición de LES y esclerosis sistémica. Se coloca sonda nasogástrica, con nutrición parenteral, metronidazol oral e inmunoglobulina intravenosa; al término se observa disminución del perímetro abdominal, con poca tolerancia oral secundaria a disfagia y aún con neumoperitoneo; durante este tiempo se registra una pérdida de 28 kg; pese al tratamiento, dos meses posteriores fallece.

Resultados: La neumatosis intestinal es una complicación rara y grave, que suele presentarse en las formas graves, con un curso subagudo y progresivo; no hay un tratamiento definido, pero el sintomático es el de elección (sonda nasogástrica, nutrición parenteral y antibioterapia); rara vez se justifica una intervención quirúrgica.

Figura 1. Curso clínico de la paciente con neumoperitoneo y neumatosis intestinal.(C094)



Bibliografía

1. Balbir-Gurman A, Brook OR, Chermesh I, Braun-Mocovici Y. Pneu-
matosis cystoides intestinalis in scleroderma-related conditions. *Inter
Med J.* 2012;42(3):323-9.

C095

Escleromiositis. Reporte de caso

Gallegos-Hernández O, Hernández-Lemus T

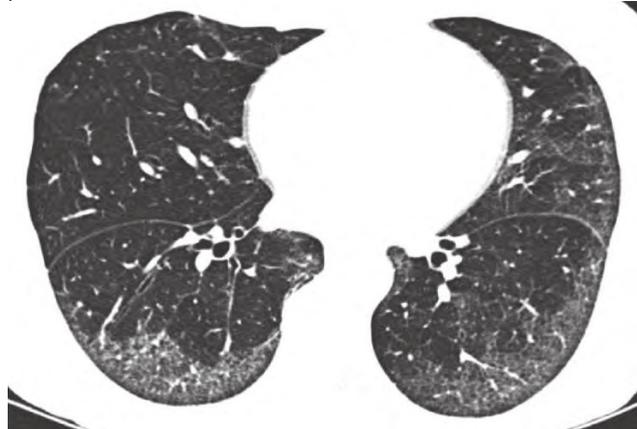
Hospital General Regional 196

Introducción: La escleromiositis es un síndrome de superposición que abarca características clínicas e inmunológicas de esclerosis sistémica y polimiositis. El antígeno que más se ha relacionado con esta enfermedad es el anticuerpo anti-PM-SCL. El curso es benigno y crónico.

Resultados: Presentación del caso. Paciente femenino de 41 años, sin antecedentes personales patológicos. Inicia tres meses previos con tos no productiva, de tipo disnea y se agregan Raynaud, así como mialgias y artralgias generalizadas, debilidad muscular proximal de extremidades inferiores, sin sinovitis aguda ni lesiones cutáneas. Se documenta elevación de creatina cinasa (350); radiografía de tórax con patrón intersticial. Se inicia protocolo de estudio para descartar esclerodermia y polimiositis. Se descartan infecciones: baciloscopias y *QuantiFERON*® con resultado negativo; PCR negativo a SARS-CoV2 y TORCH negativo. Se realiza tomografía de tórax con evidencia de vidrio deslustrado y patrón reticular (**Figura 1**). Se solicitan inmunológicos con ANA (1:320) moteado fino, anti-RO y anti-LA negativos; anti-SM y anti-ds-DNA negativos; FR (+), anti-CCP (-); anti-SCL 70 y anticentrómero negativos; anti-PM SCL positivo, anti-Mi2 y anti-Ku negativos. Se realiza biopsia de cuádriceps: infiltrado linfocitario TCD8 a nivel perimisial con focos de necrosis.

Conclusiones: Los síndromes de sobreposición representan un reto diagnóstico por su complejidad y el diagnóstico preciso tiene repercusiones terapéuticas. En este caso, las manifestaciones cardinales (Raynaud, neumopatía

Figura 1. Radiografía de tórax que revela aspecto de vidrio deslustrado y patrón reticular.(C095)



intersticial, aumento de creatina cinasa y debilidad muscular) y el perfil de anticuerpos (ANA + y anti-PM SCL +) con biopsia positiva permitieron identificar en esta paciente escleromiositis, que a diferencia de cada una de las entidades independientes tiene un curso benigno. Mostró adecuada respuesta al consumo de esteroides y azatioprina.

Bibliografía

1. Balbir A, Braun Y. Scleroderma overlap syndrome. *IMAJ.* 2011;13:14-20.
2. Hanke. Antibodies against PM/Scl-75 and PM/ Scl-100 are independent markers for different subsets of systemic sclerosis patients. *Arthritis Research & Therapy.* 2009;11:1-9.
3. Koschik. Anti-PM-SCL antibody in patients with systemic sclerosis. *Clin Exp Rheumatol.* 2012;30:12-16.

C096

Cohorte: evolución clínica de pacientes con esclerodermia y COVID-19

Morales-Montalvo SI, Cruz-Domínguez MP, Vera-Lastra OL, López-Zamora B, Medina-García G, Ordóñez-González I, Jara-Quezada LJ

Hospital de Especialidades, UMAE

Introducción: Los pacientes con esclerosis sistémica (ES) tienen alto riesgo de adquirir COVID-19 por la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y los tratamientos inmunosupresores.

Objetivos: Describir la evolución clínica y el pronóstico de infección por COVID-19 en una cohorte de pacientes con ES.

Material y métodos: Cohorte de 197 pacientes con ES (criterios de clasificación del ACR/EULAR, 2013), que se mantuvo en contacto telefónico con la Clínica de ES del HECMN La Raza. Ante la sospecha de infección por COVID-19 (fiebre, cefalea, odinofagia, malestar general, anosmia, ageusia) se indicó la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (hisopado nasofaríngeo) para SARS-CoV-2. Los casos se siguieron cada 24 horas hasta su sobrevida o fallecimiento. Los pacientes con ES hospitalizados por COVID-19 se trataron de acuerdo con el protocolo del hospital.

Resultados: Nueve mujeres (4.56%) con ES de 59 ± 3 años desarrollaron COVID-19 y se siguieron durante siete meses, seis con ES cutánea difusa y tres limitada. Dos pacientes tuvieron EPI crónica. Los inmunosupresores administrados al momento de contraer la infección fueron: 5 con micofenolato, 1 con metotrexato y 2 con prednisona a dosis bajas (< 10 mg). Los principales síntomas fueron dolor torácico, tos, disnea, disgeusia y anosmia. Tres pacientes tuvieron mínimos síntomas sin neumonía, cinco con neumonía atípica leve y tratadas en casa y sólo una tuvo neumonía atípica grave y se la hospitalizó. Cinco pacientes requirieron oxígeno por COVID-19 y una por fibrosis pulmonar. Una paciente con neumonía atípica grave en tratamiento hospitalario murió de 77 años. Tres pacientes suspendieron sus inmunosupresores durante la pandemia y una de ellas fue la que falleció.

Conclusiones: La presencia de EPI y el tratamiento inmunosupresor en pacientes con ES son factores de riesgo para el desarrollo de COVID-19 y neumonía atípica con alta mortalidad.

Bibliografía

1. Ehrenfeld M, Tincani A, Andreoli L, Cattalini M, Greenbaum A, Kanduc D. Covid-19 and autoimmunity. *Journal of Pre-proof.* 2020;19(8):1-29.

2. Cutolo M, Soldano S, Smith V. Pathophysiology of systemic sclerosis: current understanding and new insights. *Expert Rev Clin Immunol.* 2019;15(7):753-764.

C097

Derrame pericárdico sintomático en esclerosis sistémica

López-Vargas JR, Sabido-Sauri RA, Barbosa-Cobos RE, Lugo-Zamudio GE, Dueñas-Zambrano MA

Hospital Juárez de México

Introducción: La etiología del derrame pericárdico (DP) en la esclerosis sistémica (ES) es idiopática (20%), yatrogénica (16%), neoplásica (13%), infecciosa (9%) y relacionada con síndromes de superposición (5%). El 16% suele ser sintomático y leve, y menos del 1% desarrolla taponamiento cardiaco en relación con desenlace letal.

Material y métodos: Se describen las características clínicas de cinco mujeres con ES y DP idiopático (Tabla 1). La mediana de edad al diagnóstico de ES fue de 57 años y la del DP fue de 58 años; la mediana del tiempo de evolución entre los diagnósticos ES y DP fue de un año. Hasta 60% de los casos con variedad limitada y 40% difusa; 80% presentó anticuerpos antitopoisomerasa I, 20% anticentrómero; 20% falleció y presentó en el 100% DP grave e hipertensión arterial pulmonar (HAP).

Resultados: La frecuencia de DP sintomático en la ES fue de 5% a 16%. Resulta trascendente identificar los casos graves y relacionados con HAP, ya que confieren un pronóstico sombrío al incrementar la mortalidad hasta en 55%.

Bibliografía

- Hung G, Mercurio V, Hsu S, Mathai SC, Shah AA, Mukherjee M. Progress in understanding, diagnosing, and managing cardiac complications of systemic sclerosis. *Curr Rheumatol Rep.* 2019;21(12):68.
- Hosoya H, Derk CT. Clinically symptomatic pericardial effusions in hospitalized systemic sclerosis patients: demographics and management. *Biomed Res Int.* 2018;2018:6812082.

Tabla 1. Características clínicas de pacientes con DP en ES. (C097)

Caso/Sexo	Edad al diagnóstico de ES	Edad al diagnóstico de DP	Tipo de ES	Perfil de autoanticuerpo	Tipo de compromiso pericárdico	Efecto hemodinámico	HAP	Muerte durante admisión	
1/F	F	48	50	Limitada	ATA	Leve	Sin TC	No	No
2/F	F	57	58	Difusa	ATA	Grave	Con TC	Sí (moderada)	Sí
3/F	F	71	72	Limitada	Anticentrómero	Leve	Sin TC	No	No
4/F	F	59	59	Difusa	ATA	Grave	Con TC	Sí (moderada)	Sí
5/F	F	53	58	Limitada	ATA	Leve	Sin TC	Sí (moderada)	No

C098

Patrón capilaroscópico en esclerosis sistémica con/sin hipertensión arterial pulmonar

Dueñas-Zambrano MA, Maya-Piña LV, Lugo-Zamudio GE, Barbosa-Cobos RE

Hospital Juárez de México

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se presenta en 8% a 15% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES), principal manifestación clínica del compromiso vascular y causa predominante de muerte. Se ha informado que los cambios microvasculares en ES pueden evidenciarse en presencia de HAP y detectarse en fase temprana con capilaroscopia.

Objetivos: Comparar el patrón capilaroscópico en pacientes con ES con y sin HAP.

Material y métodos: Estudio de casos y controles; se incluyó a 23 mujeres con diagnóstico de ES (ACR/EULAR 2013). Se evaluó HAP mediante ECOTT y se describió el patrón capilaroscópico con hoja de informe de capilaroscopia del grupo de estudio PANLAR. Se comparó el patrón capilaroscópico entre pacientes con y sin HAP a través de la prueba χ^2 .

Resultados: 16 pacientes sin HAP (69.56%); 7 con HAP (30.43%), leve en 6 (26.08%) y moderada en 1 (4.34%). Patrón esclerodérmico en 11 pacientes sin HAP (68.5%) y en 3 con HAP (42.8%). Cuatro pacientes con HAP mostraron ectasias (57.1%), 2 densidad capilar disminuida (28.5%), 2 hemorragias (28.5%), 2 zonas avasculares (28.5%) y 1 capilares gigantes (14.8%); 9 pacientes sin HAP mostraron disminución de densidad capilar (56.2%) y 7 zonas avasculares (43.7%). La comparación del patrón capilaroscópico entre pacientes con y sin HAP se muestra en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Comparación del patrón capilaroscópico entre pacientes con y sin HAP (prueba χ^2). (C098)

	Sin HAP n (%)	Con HAP n (%)	p ^b	
Densidad capilar	Conservada	7 (30.4)	5 (21.8)	0.371
	Disminuida	9 (39.1)	2 (8.7)	
Capilares ectásicos	No	3 (13.1)	3 (13.1)	0.318
	Sí	13 (56.5)	4 (17.4)	
Capilares gigantes	No	7 (30.4)	6 (26.1)	0.089
	Sí	9 (39.1)	1 (4.4)	
Hemorragias	No	7 (30.4)	5 (21.8)	0.371
	Sí	9 (39.1)	2 (8.7)	
Zonas avasculares	No	9 (39.1)	5 (21.8)	0.657
	Sí	7 (30.4)	2 (8.7)	
Patrón	Inespecífico	5 (21.7)	4 (17.4)	0.725
	Temprano	2 (8.7)	1 (4.3)	
	Activo	7 (30.4)	1 (4.4)	
	Tardío	2 (8.7)	1 (4.3)	

Conclusiones: En estos pacientes con ES y HAP, los hallazgos de capilaroscopia fueron predominantemente ectasias. No se identificó diferencia estadística en el patrón capilaroscópico entre las pacientes con ES con y sin HAP; sin embargo, el tamaño de la muestra es limitado y es necesario incrementarlo para alcanzar poder estadístico significativo.

Bibliografía

- Jiang Y, Turk MA, Pope JE. Factors associated with pulmonary arterial hypertension (PAH) in systemic sclerosis (SSc). *Autoimmun Rev.* 2020 Sep;19(9):102602.
- van Leeuwen NM, Wortel CM, Fehres CM, Bakker JA, Scherer HU, et al. Association between centromere and topoisomerase specific immune responses and the degree of microangiopathy in systemic sclerosis. *J Rheumatol.* 2020 Jun 1;jrheum.191331.

C099

Neumonía adquirida en comunidad y esclerosi- s sistémica: caso clínico

Soto-Santillán P, Paulino-Camacho G

Servicio de Medicina Interna, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La esclerosi-
s sistémica es una enfermedad compleja que se
caracteriza por la afectación de la microvasculatura y diversos órganos con
el depósito de tejido fibrótico y la obliteración microvascular.

Objetivos: Caso clínico.

Material y métodos: Paciente femenino de 56 años de edad sin antece-
dentes patológicos previos que inicia su padecimiento con tos productiva,
acompañada de esputo blanquecino, disnea de medianos esfuerzos, astenia,
adinamia y fatiga; y con posterioridad se agregaron fiebre, cianosis
peribucal y disnea de pequeños esfuerzos, por lo que acude a la unidad de
los autores. Se encontró febril con fascies inexpressiva con microstomía,
afilamiento nasal, tos productiva, estertores crepitantes finos en ambas
bases pulmonares, fenómeno de Raynaud, engrosamiento digital e hiper-
pigmentación difusa en tórax. Se integraron los diagnósticos de neumonía
adquirida en la comunidad y se solicitaron anticuerpos anticentrómero y
antitopoisomerasa para integrar el diagnóstico de esclerosi-
s sistémica; se inició tratamiento antibiótico y oxigenoterapia, con adecuada respues-
ta terapéutica al antibiótico; sin embargo, persistió con dependencia de
oxígeno, disnea de medianos esfuerzos y edema periférico, por lo cual se
indicó el abordaje de posible compromiso pulmonar; la TACAR reveló
un patrón consistente con fibrosis pulmonar idiopática (**Figura 1**) y con
posterioridad el ecocardiograma delineó hipertrofia ventricular derecha,

elevación de presión ventricular derecha con disfunción del ventrículo de-
recho y se determinó el diagnóstico de HAP.

Resultados: Es relevante el diagnóstico oportuno de esclerosi-
s sistémica, ya que más del 50% de las muertes en esclerosi-
s sistémica ocurre cuatro años después del diagnóstico de HAP; la afectación pulmonar se identifica
en cerca del 30% de pacientes con SSc. La enfermedad intersticial pulmo-
nar es una complicación común de SSc; los expertos sugieren tamizar a los
pacientes de diagnóstico reciente.

Bibliografía

1. Perelas A, Silver RM, Arrossi AV, Highland KB. Systemic sclerosis-
associated interstitial lung disease. *Lancet Respir Med.* 2020 Mar;
8(3):304-320. doi: 10.1016/S2213-2600(19)30480-1. Epub 2020 Feb
27. PMID: 32113575.

C100

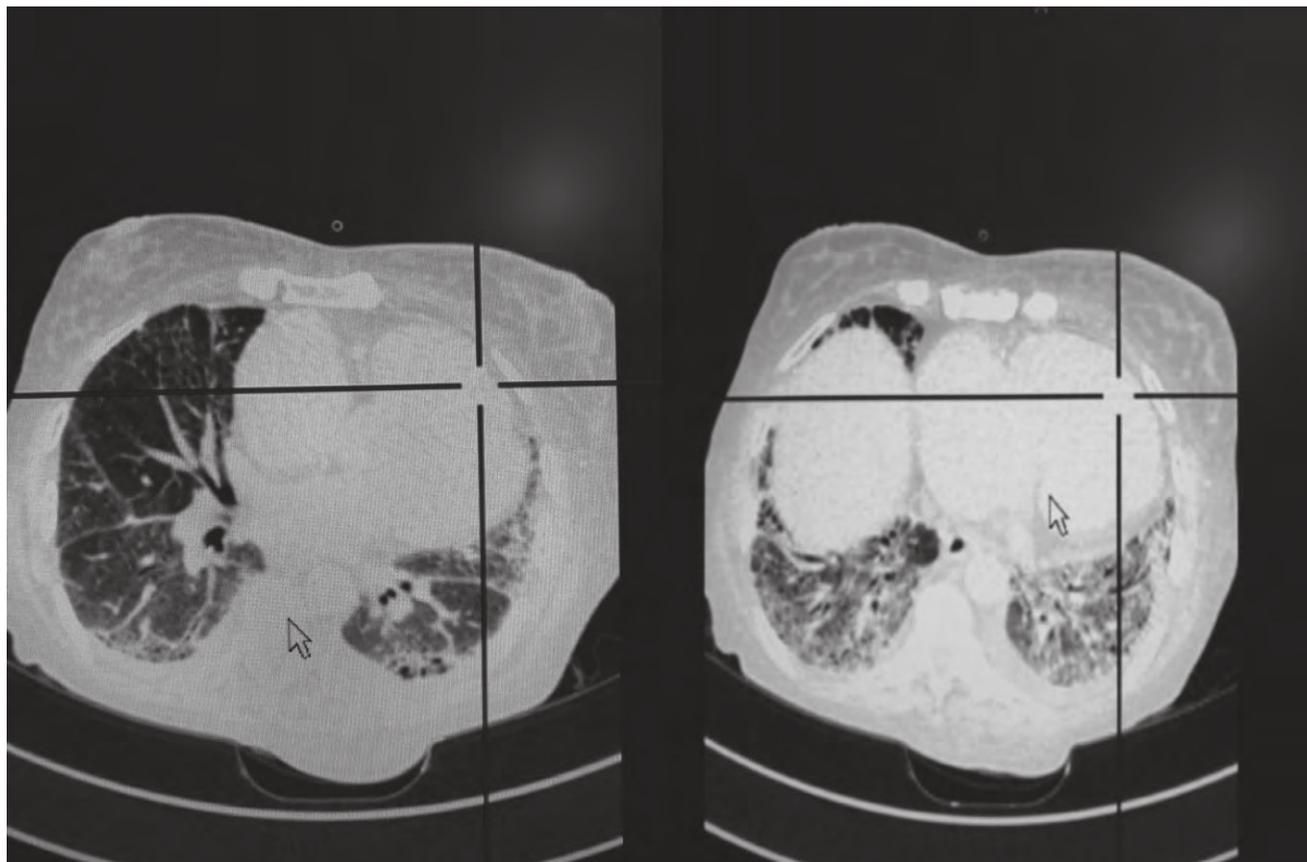
Asociación de índices celulares y actividad en lupus eri- tematoso sistémico

García-Cerda D¹, García-De La Torre I¹, Ruiz-Rodríguez SL², Rivas-
Casillas NC¹, Marín- Rosales M³

⁽¹⁾ Hospital General de Occidente, ⁽²⁾ Centro Universitario de Ciencias de la Sa-
lud, ⁽³⁾ Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Guadalajara, México

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es la enfermedad
autoinmunitaria prototipo caracterizada por recaídas y remisiones; su ac-
tividad se valora mediante sistemas estandarizados como el SLEDAI y

Figura 1. TACAR que revela un patrón consistente con fibrosis pulmonar idiopática.(C099)



el BILAG2004. En fecha reciente se ha notificado que los índices neutrófilos/linfocitos (NLR) y plaquetas/linfocitos (PL)R se vinculan con procesos inflamatorios crónicos sistémicos. Debido a su bajo costo es de particular interés evaluar si estos índices se relacionan con la actividad clínica en pacientes con LES.

Objetivos: Vincular los índices NLR y PLR con los índices MexSLEDAI y BILAG en pacientes lúpicos hospitalizados y tratados de forma ambulatoria.

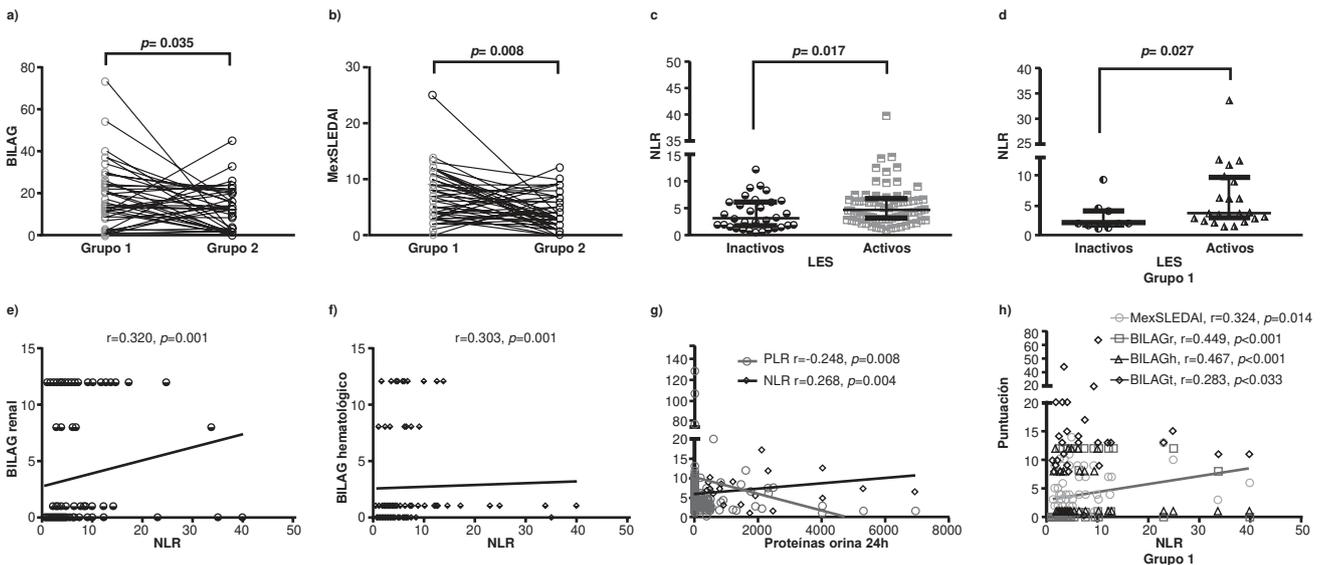
Material y métodos: Se incluyó a pacientes clasificados con LES de acuerdo con los criterios ACR1997 del Hospital General de Occidente entre el periodo de 2009 a 2019. Se determinaron NLR, PLR, BILAG2004 y MexSLEDAI a su ingreso hospitalario y en consulta antes de su hospitalización. Se utilizó estadística no paramétrica y se consideró un valor de $p < 0.05$ estadísticamente significativo.

Resultados: Se incluyó un total de 123 valoraciones divididas en el grupo 1 ($n = 63$ [hospitalizados]) y el grupo 2 ($n = 60$ [ambulatorios]). El grupo 1 mostró una mayor actividad (Tabla 1). Al estratificarlos como activos (MexSLEDAI > 2) o inactivos (< 2), el NLR fue mayor en pacientes activos (3.7 [IQR, 2.9-9.9] vs. 1.9 [IQR, 1.5-4.3]; $p < 0.05$), sobre todo en el grupo 1 ($p < 0.05$) y se correlacionaron positivamente con los sistemas estandarizados de actividad, en especial con los fenotipos renal y hematológico (Figura 1).

Tabla 1. Características clínicas de pacientes hospitalizados y ambulatorios. (C100)

Variables	Grupo 1 (n = 63)	Grupo 2 (n = 60)	Valor de p
Edad	36 (25-47)	32 (24-49)	0.826
Género femenino (%)	63 (100)	60 (100)	-
PAS	100 (100-120)	100 (1100-117)	0.689
PAD	60 (60-70)	60 (60-70)	0.694
MexSLEDAI	6 (3-9)	3 (1-7)	0.001
SLICC	0 (0-1)	0 (0-1)	0.322
BILAG total	13 (9-25)	9.5 (1-16)	0.009
Constitucional	0 (0-8)	0	0.002

Figura 1. a) y b), muestran el cambio de los índices de actividad clínica en función del grupo de estancia hospitalaria y ambulatorio. c) y d), muestran la relación de NLR con pacientes lúpicos activos (c) y hospitalizados (d). Además, el índice NLR se correlacionó de forma positiva con la puntuación BILAG renal (e), hematológico (h) y con proteinuria (f). De forma contraria, el índice NLR se correlacionó negativamente con la cantidad de proteínas urinarias (g). En los pacientes del grupo 1, el índice NLR se correlacionó positivamente con los índices de actividad global MexSLEDAI, BILAGt y con los dominios BILAGh y BILAGr. (C100)



Mucocutáneo	1 (0-8)	0 (0-8)	0.033
Musculoesquelético	0 (0-1)	0 (0-2)	0.376
Renal	0 (0-12)	0 (0-8)	0.520
Hematológico	1 (0-8)	1 (0-1)	0.100
VSG	14 (0-56)	0 (0-17.75)	0.018
PCR	0 (0-0.7)	0 (0-0.39)	0.879
Procalcitonina	0 (0-100)	0 (0-4.8)	0.035
PLR	5.01 (2.68-9.03)	4.77 (2.65-7.69)	0.652
NLR	4.27 (2.39-7.4)	4.86 (2.87-6.69)	0.836

El valor de p se obtuvo mediante la prueba U de Mann-Whitney; los datos se registran en frecuencia (%) y medianas con rangos intercuartílicos. Grupo 1: hospitalizados; grupo 2: ambulatorios.

Conclusiones: El índice NLR se vincula y correlaciona con actividad clínica en lupus, principalmente en los fenotipos renal y hematológico, y por lo tanto puede utilizarse como herramienta diagnóstica en pacientes hospitalizados.

Bibliografía

- Huz De, Sun Y, Guo J, et al. Red blood cell distribution width and neutrophil/lymphocyte ratio are positively correlated with disease activity in primary Sjögren s syndrome. Clin Biochem. 2014;47(19):287-90.
- Soliman WM, Sherif NM, Ghanima IM, El-Badawy MA. Neutrophil to lymphocyte and Platelet to Lymphocyte ratios in systemic lupus erythematosus: relation with disease activity and lupus nephritis. Rheumatol Clin. 2020;16(4):255-61.
- Haitao Y, Lili J, Yaho L, et al. Predictive value of the neutrophil to lymphocyte ratio and hemoglobin in systemic lupus erythematosus. Exp Ther Med. 2019;16(2):1547-53.
- Peirovy A, Mahdavi AM, Khabbazi A, et al. Clinical usefulness of hematologic indices as predictive parameters for systemic lupus erythematosus. Lab Med. 2020;51(5):519-28.
- Firizal AS, Sugianli AK and Hamijoyo L. Cut off point of neutrophil-to-lymphocyte ratio as a marker of active disease in systemic lupus erythematosus. Lupus. 2020;0(0):1-5.

C101

Rituximab como manejo de vasculitis urticariana hipocomplementémica refractaria en LES

Avelino-Moreno E¹, García Juárez A², Castro-Colín Z²

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, ⁽²⁾IMSS

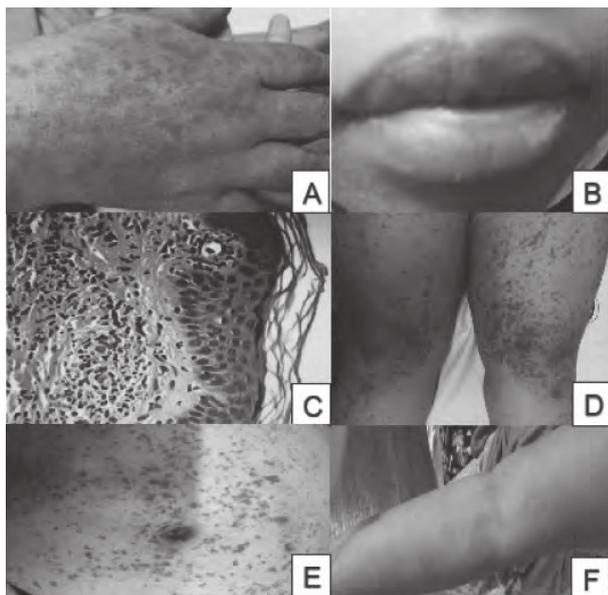
Introducción: La vasculitis hipocomplementémica urticarial (VHU) se caracteriza por episodios recurrentes de urticaria con hipocomplementemia, con manifestaciones sistémicas y vasculitis leucocitoclástica. La VHU se puede relacionar con lupus eritematoso sistémico (LES) en 7% y su tratamiento es un reto terapéutico.

Objetivos: Describir un caso de VHU.

Material y métodos: Paciente del Hospital de Especialidades del CMN La Raza.

Resultados: Mujer de 44 años con LES desde el 2014 y biopsia renal con informe de glomerulonefritis membranosa. Se la trató con ciclofosfamida (CFM) mensual cada 6 meses y mantenimiento con ácido micofenólico (1.5 g/día), con respuesta completa. En septiembre de 2020, la paciente acude por presentar desde cinco meses antes dermatosis localizada en brazos, manos, piernas y abdomen, consistentes con vasculitis, así como hipocomplementemia (C3, 21; C4, 2) y biopsia que indica vasculitis leucocitoclástica (**Figura 1**). Se diagnostica VHU, que es resistente a los pulsos de metilprednisolona y CFM, lo que lleva a la administración de rituximab (1 g, d0, d15, m 6/12), con respuesta favorable de las lesiones.

Figura 1. A, lesiones vasculíticas en manos. **B,** angioedema. **C,** biopsia cutánea con vasculitis leucocitoclástica. **D y E,** lesiones vasculíticas en miembros inferiores y abdomen. **F,** respuesta posterior al tratamiento con rituximab. (C101)



Conclusiones: En la experiencia de los autores, el uso del rituximab puede estabilizar la VHU, ante resistencia a otros inmunosupresores. Se necesitan estudios de largo plazo para validar la seguridad y eficacia del tratamiento con rituximab en VHU y LES.

Bibliografía

1. Sjöwall C, Mandl T, Skattum L, Olsson M, Mohammad AJ. Epidemiology of hypocomplementaemic urticarial vasculitis (anti-C1q vasculitis). *Rheumatology (Oxford)*. 2018 Aug 1;57(8):1400-1407. Doi: 10.1111/j.1365-4632.2006.02847.x.

C102

Densidad mineral ósea en mujeres con lupus eritematoso sistémico

Etchegaray-Morales I¹, Munguía-Realpozo P², Mendoza-Pinto C², Juárez-Melchor D³, Nicolás-Santiago M¹, Navarro-Milán O¹, Rodríguez-Ramírez G¹, Méndez-Martínez S⁴, García-Carrasco M²

⁽¹⁾Departamento de Reumatología, Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽²⁾Departamento de Reumatología, Facultad de Medicina, BUAP; Unidad de Investigación de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, UMAE-CIBIOR, IMSS, ⁽³⁾Unidad de Investigación de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, UMAE-CIBIOR, IMSS, ⁽⁴⁾Coordinación de Investigación en Salud, IMSS, Delegación, Puebla, México.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmunitaria relacionada con una disminución de la densidad mineral ósea (DMO) por diversos factores adjuntos.

Objetivos: Determinar el cambio en la DMO en mujeres con LES a largo plazo, correlacionar el porcentaje de cambio de la DMO con la dosis acumulada de glucocorticoides (GC) y determinar la incidencia de osteoporosis y osteopenia.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, observacional, ambilectivo y homodémico en 100 mujeres con LES. Se midió la DMO en las participantes que ya contaban con una determinación previa, por medio de absorciometría dual de rayos X (DEXA) en cadera y columna lumbar, y se correlacionó con la dosis acumulada de GC.

Resultados: Se realizó seguimiento con una mediana de 11.5 años; media de edad de 51.5 años y 66% de posmenopáusicas. Hasta 79% recibió GC y 31% bifosfonatos. Media de DMO basal en la columna lumbar: 0.956 ± 0.190 g/cm². Seguimiento: 0.877 ± 0.137 g/cm². Media de cambio: -0.079 ± 0.163 g/cm² (-8.3 %).

Media de DMO basal en el cuello femoral: 0.882 ± 0.191 g/cm². Seguimiento: 0.729 ± 0.108 g/cm². Media de cambio: -0.163 ± 0.127 g/cm² (-17.9 %); p < 0.001 significativa. La incidencia de osteopenia fue de 2.1 nuevos casos por cada 100 personas-año y 1.4 para osteoporosis.

Conclusiones: Se encontró una pérdida significativa de la DMO en el periodo de seguimiento. No se encontró correlación entre el porcentaje de cambio de la DMO y la dosis acumulada de GC.

Bibliografía

1. Mendoza-Pinto C, Rojas-Villarraga A, Molano-González N, Jiménez-Herrera EA, De La Luz León-Vázquez M, Montiel-Jarquón A, et al. Bone mineral density and vertebral fractures in patients with systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-regression. *PLoS One*. 2018;13(6):1-15.
2. Trujillo MM, Rúa I, Ruiz G, et al. Clinical practice guidelines for systemic lupus erythematosus: recommendations for general clinical management. *Med Clínica*. 2016;146:413.e1-413.e14.

C103

Alteraciones ecocardiográficas en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Guajardo-Jáuregui N¹, Azpiri-López JR², Galarza-Delgado DA¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Reyna-De La Garza RA³, Rodríguez-Romero AB¹, Lugo-Pérez S², Cárdenas-De La Garza JA¹, Azpiri-Díaz H², Cepeda-Ayala OA²

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria y autoinmunitaria que provoca daño a órganos vitales como el corazón. Los pacientes con LES tienen mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular que la población general.

Objetivos: Comparar las alteraciones ecocardiográficas de los pacientes con LES y controles.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y comparativo. Se incluyó a 38 pacientes > 18 años con diagnóstico de LES (EULAR/ACR 2019) y 38 controles, pareados por edad y género. Se excluyó a los pacientes con mala ventana ecocardiográfica o antecedente de enfermedad cardiovascular. Se realizó un ecocardiograma transtorácico, evaluado por dos cardiólogos certificados. Comparaciones con χ^2 , T de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Las características demográficas se hallan en la **Tabla 1**. Se encontró diferencia significativa en la fracción de expulsión del ventrículo izquierdo (FEVI) (57.02% vs. 61.89%, p = 0.001), la deformación longitudinal global (GLS) (-19.55% vs. -21.00%, p = 0.001), la excursión sistólica del anillo tricuspídeo (TAPSE) (22.00 mm vs. 24.00mm, p = 0.011), el volumen indexado de la aurícula izquierda (28.44 ml/m² vs. 22.29 ml/m², p = 0.014) y la insuficiencia mitral, que es más prevalente en los pacientes con LES (31.6% vs. 10.5%, p = 0.024) (**Tabla 2**).

Tabla 1. Características demográficas. (C103)

	LES (n = 38)	Controles (n = 38)	p
Edad, años (p25-p75)	37.5 (24.5-43.2)	45.0 (24.0-50.0)	NS
Género femenino, n (%)	34 (89.5)	37 (97.4)	NS
DMT2, n (%)	1 (2.6)	3 (7.9)	NS
HTA, n (%)	9 (23.7)	3 (7.9)	NS
Dislipidemia, n (%)	3 (7.9)	3 (7.9)	NS
Obesidad, n (%)	1 (2.6)	5 (13.2)	NS
Tabaquismo activo, n (%)	7 (18.4)	3 (7.9)	NS
Características clínicas			
SLEDAI, mediana (p25-p75)	9.21 ± 7.02	-	-
Duración de la enfermedad, años ± DE	6 (1.12-10.25)	-	-
Tratamiento			
HCQ/CQ, n (%)	34 (89.5)	-	-
Glucocorticoides, n (%)	35 (92.1)	-	-

NS, no significativo; DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; SLEDAI, Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index.

Tabla 2. Hallazgos ecocardiográficos. (C103)

	LES (n = 38)	Controles (n = 38)	p
Índice de masa del VI, g/m ² (p25-p75)	64.00 (50.66-87.09)	60.30 (52.97-76.74)	0.009
GPR, mediana (p25-p75)	0.37 (0.30-0.46)	0.38 (0.33-0.45)	NS
FEVI (%), media ± DE	57.02 ± 7.37	61.89 ± 5.23	0.001
GLS (%), mediana (p25-p75)	-19.55	-22	
Volumen indexado de la AI, ml/m ² (p25-p75)	(-21.02 - -15.95)	(-21.00 - -20.00)	0.014
TAPSE, mm (p25-p75)	22.00 (20.00-24.00)	(17.97-27.13)	0.011
Valvulopatías, n (%)			
Insuficiencia aórtica	2 (5.3)	21.00-25.00)	NS
Insuficiencia mitral	12 (31.6)	1 (2.6)	0.024
Insuficiencia tricuspídea	16 (42.1)	4 (10.5)	NS
		17 (44.7)	

NS, no significativo; VI, ventrículo izquierdo; GPR, grosor parietal relativo; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; GLS, deformación longitudinal global; AI, aurícula izquierda; TAPSE, excursión sistólica del anillo tricuspídeo.

Conclusiones: Los pacientes con LES tienen una peor función sistólica del ventrículo izquierdo, evaluada por FEVI y GLS, peor función sistólica

del ventrículo derecho, evaluada por TAPSE, un aumento del volumen de la aurícula izquierda y mayor prevalencia de insuficiencia mitral, lo cual se ha relacionado con mayor riesgo de muerte cardiovascular. Es importante considerar un ecocardiograma a los pacientes con LES para iniciar un tratamiento oportuno.

Bibliografía

1. Kostopoulou M, Nikolopoulos D, Parodis I, Bertias G. Cardiovascular disease in systemic lupus erythematosus: recent data on epidemiology, risk factors and prevention. *Curr Vasc Pharmacol.* 2019 Dec 27;18(6):549-65.

C104

El género y su impacto en los pacientes con LEG

Cano-Cruz LG, Valdez-López M, Aguirre-Aguilar E, Barrera-Vargas A, Pascual-Ramos V, Merayo-Chalico FJ

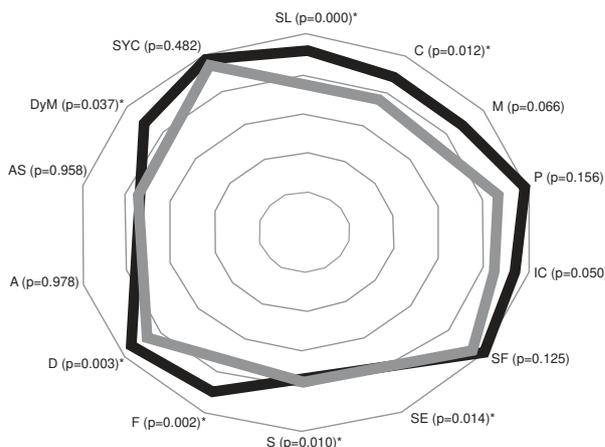
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Es necesario conocer el efecto de la diferencia de género en aspectos biopsicosociales para mejorar la calidad de la atención médica. **Objetivos:** Determinar si las diferencias de género influyen en las esferas biopsicosociales en pacientes con LEG (desenlaces notificados por los pacientes (LupusPRO), psicopatología (depresión y ansiedad), relación médico-paciente (PDRQ-9) y adherencia al tratamiento (MMAS-8).

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal en el que se integraron datos de hombres y mujeres con diagnóstico de LEG, y se realizó una evaluación a través de herramientas estandarizadas autoaplicadas.

Resultados: Se incluyó a 205 pacientes con LEG, 65 (32%) hombres y 140 (68%) mujeres. Las características fueron similares en ambos grupos, pero se observó mayor puntuación de SLEDAI 2K en hombres. Por el otro lado, las mujeres señalaron con más frecuencia depresión (p = 0.041) y ansiedad (p = 0.004). La calidad de vida (LupusPRO) mostró mejores puntuaciones en hombres respecto de las mujeres (p = 0.003) (**Figura 1**). Ambas poblaciones tuvieron puntuaciones bajas en relación con el apego al tratamiento según MMAS-8. La relación médico-paciente (PDRQ9) reveló una satisfacción máxima en 41.3% y fue similar para ambos grupos (p = 0.243) (**Tabla 1**). Un análisis multivariado encontró que ser mujer es un factor de riesgo vinculado con psicopatología (OR, 2.57; IC95%, 1.3-4.8; p = 0.004).

Figura 1. Calidad de vida de los pacientes con LES, mediana con LupusPRO. (C104)



■ Hombres ■ Mujeres

Tabla 1. Aspectos evaluados entre hombres y mujeres con LEG. (C104)

	Hombres n = 65	Mujeres n = 140	p
Depresión CES D-20 (n, %)	20 (31.2%)	65 (46.4%)	0.041
Ansiedad, escala de ansiedad de BECK (n, %)	7 (10.8%)	41 (29.3%)	0.004
Calidad de vida, SF-36 (mediana, P 25-P75)	79 (61.9-85.5)	70 (56-83)	0.018
Relación médico-paciente, PDRQ9 (mediana, P 25-P75)	43(39-45)	43 (34-45)	0.243
Adherencia al tratamiento MMAS-8 (mediana, P 25-P75)	6 (4.3-7)	5.8 (4-7)	0.373
LupusPRO* (mediana, P 25-P75)	83 (73-88)	76 (64-86)	0.003

CES D20 = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, SF-36 = Short Form-36; PDRQ9 = 9-item Patient-Doctor Relationship Questionnaire, MMA-8 = 8-item Morisky medication adherence.

Conclusiones: Es el primer estudio que demuestra que, a pesar de que los hombres con LEG tienen un curso de enfermedad más activa, las mujeres poseen una peor calidad de vida y mayor afectación de salud mental.

Bibliografía

- Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. BMC Psychiatry 2017;17(1):70. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1234-1>.

C105

Respuesta al tratamiento durante el primer año en LES

Álvarez-Hernández E, Abril-Jaramillo SL, Valle-Apolinar S

Hospital General de México

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica y autoinmunitaria con un amplio número de manifestaciones clínicas. Las complicaciones suelen ser frecuentes. El tratamiento y la adherencia a él durante el primer año de evolución son muy importantes para evitar el daño y tener un mejor pronóstico.

Objetivos: Caracterizar la respuesta al tratamiento en el primer año de seguimiento de pacientes con LES.

Material y métodos: Se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico definido de LES que tenían por lo menos un año de seguimiento. Se recabaron datos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos y adherencia. Se midió la capacidad funcional (HAQ-DI), calidad de vida (EuroQoL-5D), el daño acumulado (SLICC) y la actividad de la enfermedad (BILAG y Mex-SLEDAI) en las visitas inicial y a los 6 y 12 meses.

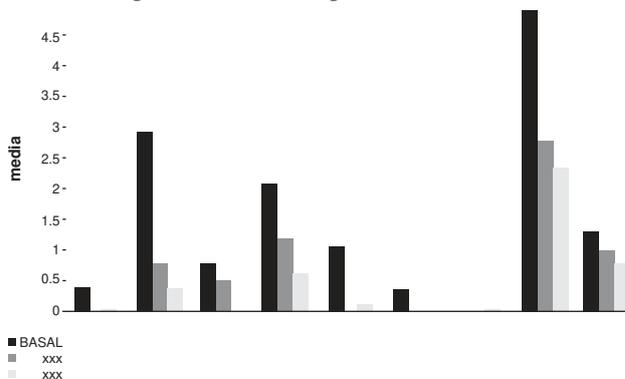
Resultados: Se revisaron 101 expedientes, 90 (90.1%) del género femenino, con 40.4 ± 11.9 años de edad y escolaridad de 10.83 ± 3.16 años. El tratamiento utilizado aparece en la **Tabla 1**. La adherencia fue > 80% en 86 (85.1%). SLICC 1 ± 1, HAQ-DI 0.23 ± 0.38, EuroQoL-5D 0.71 ± 0.29. En la **Figura 1** se observa la disminución global por visita de BILAG numérico (recuadro) y por componente (barras) y la actividad más persistente se observó en los planos renal, hematológico y neuropsiquiátrico. El apego bajo se acompañó de una menor escolaridad y mayor daño. El Mex-SLEDAI > 4 a los 12 meses se vinculó con mayor daño.

Tabla 1. Uso de fármacos en las visitas inicial y a los 6 y 12 meses en pacientes con LES. (C105)

Fármaco	Basal, n (%)	6 meses, n (%)	12 meses, n (%)	p
Hidroxicloroquina	61 (85.9)	63 (88.7)	65 (92.5)	0.301
Azatioprina	23 (32.4)	35 (49.3)	30 (42.3)	0.013

Ciclofosfamida	20 (28.2)	22 (31)	15 (21.1)	0.062
Metotrexato	10 (14.1)	12 (16.9)	9 (12.7)	0.311
Mofetilo de micofenolato	2 (2.8)	2 (2.8)	7 (9.9)	0.044
Prednisona	48 (67.6)	41 (57.7)	35 (49.3)	0.056
Metilprednisolona IV	16 (22.5)	6 (8.5)	0 (0)	0.001

Figura 1. Actividad de LES por BILAG numérico, global (recuadro) y por componentes. Const, constitutivo; MC, mucocutáneo; NP, neuropsiquiátrico; ME, musculoesquelético; CP, cardiopulmonar; GI, gastrointestinal; Oft, oftalmológico; Hemat, hematológico.(C105)



Conclusiones: La disminución de la actividad fue significativa en la mayoría de los pacientes. Los sistemas orgánicos con mayor persistencia de actividad fueron el renal, el hematológico y el neuropsiquiátrico.

Bibliografía

- Pego-Reigosa JM, Rúa-Figueroa Í, López-Longo FJ, Galindo-Izquierdo M, Calvo-Alén J, Olivé-Marqués A, et al. Analysis of disease activity and response to treatment in a large Spanish cohort of patients with systemic lupus erythematosus. Lupus. 2015;24(7):720-9.
- Fava A, Petri M. Systemic lupus erythematosus: diagnosis and clinical management. J Autoimmun. 2019;96:1-13.

C106

Síndrome de pseudo-pseudo Meigs; reporte de un caso

Sánchez-Cruz AA, Olguín-Ortega ML

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El síndrome de seudoseudo-Meigs es una manifestación rara del lupus eritematoso sistémico (LES) que se caracteriza por la presencia de ascitis, derrame pleural y valores elevados de CA-125.

Objetivos: Describir la evolución clínica y respuesta terapéutica en el síndrome de seudoseudo-Meigs como inicio del LES.

Material y métodos: Se informa un caso captado en el HE CMN la Raza en 2020.

Resultados: Paciente femenino de 47 años, que inicia con artralgias de MCF, IFP, lesiones cutáneas en cara y brazos, en relación con la fotoexposición; se agrega fenómeno de Raynaud, edema en extremidades inferiores, dolor abdominal e incremento del perímetro abdominal acompañado de disnea de mínimos esfuerzos, y clínicamente con derrame pleural derecho, ascitis de grado 3; se integra el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, con anticuerpos antinucleares 1:1 280 de patrón homogéneo, anti-Sm 97, C3 48, C4 9; la radiografía revela derrame pleural bilateral, con ecocardiograma con derrame pericárdico; el USG muestra abdomen con ascitis; el líquido obtenido en la paracentesis muestra características de exudado (GASA < 1.1), con cultivos negativos; se solicitaron marcadores tumorales:

carcinoembrionario, α -fetoproteína y Ca-19.9 de 4.9 (negativo), resultado Ca-125 de 473.90 UI/ml (.1-35); el USG pélvico no revela alteraciones en ovarios. Se establece entonces el diagnóstico de síndrome de seudoseudo-Meigs y se solicita ferritina con resultado 1,191.47 ng/mL (6.24-137) y se instituye tratamiento con esteroide (1 mg/kg/día) y ácido micofenólico, con mejoría clínica.

Conclusiones: El síndrome de seudoseudo-Meigs es una manifestación rara y puede ser el inicio del lupus eritematoso sistémico; como en este caso, es necesario tener alta sospecha clínica para el diagnóstico, con la finalidad de iniciar un tratamiento temprano con glucocorticoides e inmunosupresores y obtener un adecuado control de la enfermedad.

Bibliografía

- Ahmed O, Malley T, Kitchen J. A case of pseudo-pseudo Meigs syndrome. *Oxf Med Case Reports*. 2019 Jan 31;2019(2):omy136.
- Li T, Xie QB. A case report of pseudo-pseudo Meigs syndrome. *Chin Med J (Engl)*. 2019 Jun 20;132(12):1497-1498.

C107

Seguimiento de la actividad clínica y del daño orgánico acumulado en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico de la Península de Yucatán, México (1995-2016)

López-Villanueva R¹, Valencia-Pacheco G², Zapata-Vázquez R³, López-Suárez R⁴, Castro-Sansores C³

⁽¹⁾ISSSTE, ⁽²⁾CIR Hideyo Noguchi, ⁽³⁾UADY, ⁽⁴⁾Hospital O'Horan

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria de curso impredecible, con remisiones, exacerbaciones y gravedad variable, frecuente en individuos hispanos y afroamericanos. Los estudios realizados en mujeres con LES de la población étnica/racial maya en Yucatán han revelado la participación de mecanismos inmunitarios y factores genéticos vinculados con el desarrollo de la enfermedad.

Objetivos: Conocer la evolución clínica de la actividad y el daño orgánico acumulado, en el seguimiento a través de los años, en una cohorte dinámica de pacientes con LES de la Península de Yucatán, México.

Material y métodos: Se realizó un análisis descriptivo en 200 pacientes con LES, del Hospital Regional ISSSTE, Mérida, Yucatán, de 1995 a 2016. Se evaluó la actividad de la enfermedad y el daño orgánico acumulado mediante la escala MEX-SLEDAI y el SLICC-ACR-DI, respectivamente, y su correlación con variables clínicas y demográficas.

Resultados: Se analizó a 185 pacientes femeninos y 15 masculinos. El índice de actividad promedio se observó significativamente menor en las mujeres (4.36 ± 2.61 vs. 7.43 ± 3.86 , $p = 0.0086$), y el daño acumulado promedio fue más alto en los hombres (1.5 ± 1.41 vs. 1.07 ± 1.27 , $p = 0.26$). La mayor actividad se acompañó de manifestaciones mucocutáneas, articulares, inmunológicas, hematológicas, renales y neurológicas. Los sistemas con mayor daño orgánico fueron el neurológico, musculoesquelético, gonadal, renal, cutáneo, ocular y cardiovascular. Se encontró correlación significativa entre los valores promedio del MEX-SLEDAI y del SLICC-ACR-DI con el tiempo de evolución, recaídas, remisiones/reactivaciones, actividad persistente y grados de actividad. La mortalidad se relacionó con actividad persistente, complicaciones vasculares sistémicas, sepsis, insuficiencia renal y hepática.

Conclusiones: Los pacientes mestizos de la Península de Yucatán con LES presentaron comportamiento clínico y daño orgánico similar a lo notificado en otras áreas geográficas de Latinoamérica.

Bibliografía

- Valencia Pacheco G, Novelo Noh IB, Velasco Cárdenas RM, Angulo Ramírez AV, López Villanueva Ricardo, Quintal Ortiz IG, et al. Expression of TLR-7, MyD88, NF-kB and INF-alfa in B lymphocytes of mayan women with systemic lupus erythematosus in México. *Frontiers Immunol*. 2016;2;7:22.

- Ramírez-Bello J, Cadena Sandoval D, Fragoso JM, Barbosa-Cobos RE, Moreno-Eutimio MA, Saavedra-Salinas MA, et al. The VEGFA-1154G/A polymorphism is associated with reduced risk of rheumatoid arthritis but not with systemic lupus erythematosus in mexican women. *J Gene Med*. 2018;20(6):e3024.

C108

Hospitalización en LEG: causas de admisión y factores de riesgo

García-Cañas IE, Cuevas-Orta E, Herrera-Van Oostdam DA, González-García JA, Cantú-Pompa JJ, Fandiño-Vargas MC, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: Las manifestaciones graves del lupus eritematoso generalizado (LEG) requieren hospitalización y las causas más frecuentes para ello incluyen infecciones y actividad de la enfermedad. No se conocen los factores de riesgo en la población mexicana.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo y las causas de hospitalización en pacientes con LEG.

Material y métodos: Estudio transversal de pacientes hospitalizados y no hospitalizados con criterios SLICC 2012 del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de enero del 2019 a octubre del 2020 (**Tabla 1**); las variables continuas se expresaron como medianas y RIQ y categóricas en proporciones. La comparación de las variables continuas se realizó con prueba t de Student o U de Mann-Whitney y las categóricas con prueba de Fisher o χ^2 ; se realizó análisis de regresión logística.

***Tabla 1.** Características de los pacientes hospitalizados y no hospitalizados. (C108)

	No hospitalizados, n = 71	Hospitalizados, n = 75	P
Edad (RIQ)	36 (20)	29 (15)	0.1036
Edad al diagnóstico (RIQ)	27 (17.5)	25 (18)	0.5281
Tiempo de evolución, meses (RIQ)	72 (84)	36 (103.5)	< 0.0001
Criterios ACR/EULAR 2019 (RIQ)	15 (5)	19 (8.5)	0.0031
SLEDAI (RIQ)	2 (4)	12 (9.5)	< 0.0001
Antecedentes			
Mujeres (%)	67 (94.4)	61 (81.3)	0.0166
Tabaquismo (%)	3 (4.2)	3 (4)	0.999
Inicio de la enfermedad (%)	0	11 (14.7)	0.0007
Cumple criterios 2019 (%)	50 (75.8)	61 (85.9)	0.1297
Tratamiento 3 meses antes de la hospitalización			
Prednisona mg/día, (RIQ)	2.5 (5)	5 (12.5)	< 0.0003
Antipalúdicos mg/día, (RIQ)	200 (50)	150 (200)	0.00144
Metotrexato mg/sem (RIQ)	7.5 (12.5)	0	< 0.0007
Pulsos de metilprednisolona (%)	0	5 (6.7)	0.99
Prednisona (%)	48 (67.6)	59 (78.3)	0.1311
Antipalúdicos (%)	57 (80.3)	39 (52)	0.0003
Metotrexato (%)	45 (63.4)	16 (21.3)	< 0.0002
Azatioprina (%)	17 (23.9)	7 (9.3)	0.0172
Micofenolato de mofetilo (%)	13 (18.3)	22 (29.3)	0.1189
Tacrolimus (%)	8 (11.3)	14 (18.7)	0.2116
Rituximab (%)	0	6 (8)	0.0284
Ciclofosfamida (%)	0	14 (18.7)	0.0001
Estudios de laboratorio de la última consulta u hospitalización			
Hemoglobina (RIQ)	13.8 (1.9)	9.1 (3.3)	< 0.0007
Linfocitos (RIQ)	1.5 (1)	0.9 (0.7)	< 0.0006

Plaquetas (RIQ)	226 000 (128 000)	180 000 (148 000)	0.0120
Creatinina (RIQ)	0.7 (0.2)	1.9 (2.3)	< 0.0003
RAC (RIQ)	0 (0.1)	2 (3.7)	0.0014
DHL (RIQ)	211 (130)	187 (261)	0.8543
Sistemas afectados en la última consulta o la hospitalización			
Constitucional (%)	21 (29.6)	28 (37.3)	0.79
Mucocutáneo (%)	27 (38)	10 (13.3)	0.03
Musculosquelético (%)	33 (46.5)	17 (22.7)	0.046
Hematológico (%)	8 (11.3)	27 (36)	< 0.0001
Renal (%)	8 (11.3)	50 (66.7)	< 0.0001
Neurológico (%)	0	11 (14.7)	< 0.002
Gastrointestinal (%)	0	12 (16)	< 0.002
Cardiopulmonar (%)	2 (2.8)	19 (25.3)	< 0.0001
Intervenciones			
Total de biopsias renales (N°)	-	Clase III (3) Clase III+V (2) Clase IV (32) Clase IV+V (6) Clase V (1)	
Biopsia renal en esta hospitalización (%)	-	14 (18.7)	-
Tratamiento durante la hospitalización			
Metilprednisolona (%)	-	28 (37.3)	
Ciclofosfamida (%)	-	25 (33.3)	
Causas de hospitalización			
Toxicidad farmacológica (%)	-	4 (5.3)	-
Infecciosa (%)	-	20 (26.7)	-
Actividad de la enfermedad (%)	-	45 (60)	-
Otros (%)	-	6 (8)	-

Descripción de las características basales e intervenciones en pacientes hospitalizados y no hospitalizados con LEG.

Resultados: Se evaluó a 146 pacientes, 75 (51.3%) hospitalizados, con mediana de edad 34.5 años. La causa principal de hospitalización fue actividad de la enfermedad en 45 pacientes (60%), seguida de infecciones en 20 (26.7%). Los pacientes hospitalizados tenían menor tiempo de evolución del LEG (36 m vs. 72 m), SLEDAI más alto (12 vs. 2), dosis más altas de prednisona (5 mg vs. 2.5 mg/día), Cr más elevada (1.9 mg/dl vs. 0.7 mg/dl), mayor afectación hematológica (36% vs. 11.3%) y renal (66.7% vs. 11.3%) con $p < 0.005$. Los factores principales relacionados con hospitalización fueron mayor SLEDAI (OR1.2) y actividad renal (OR17).

Conclusiones: En esta cohorte de pacientes, el 60% de las hospitalizaciones se debe a actividad de la enfermedad; lo más prevalente fue el deterioro de la función renal y los factores de riesgo más importantes fueron SLEDAI alto y actividad renal.

Bibliografía

- Petri M, Genovese M. Incidence of and risk factors for hospitalizations in systemic lupus erythematosus: a prospective study of the Hopkins Lupus Cohort. *J Rheumatol.* 1992 Oct;19(10):1559-65.
- Li D, Madhoun H, Jarjour W. Determining risk factors that increase hospitalizations in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2018. DOI. 10.1177/0961203318770534.

C109

Manifestaciones hematológicas inusuales en lupus eritematoso sistémico

Rosas-Villegas CE, Miranda-Hernández D, Miguel Ángel

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El LES rara vez puede comprometer la médula ósea (MO) y las proteínas de la coagulación. Se describe un caso relacionado con hemofilia adquirida (HA) y otro con aplasia pura de células rojas (APCR).

Objetivos: Descripción de dos casos.

Material y métodos: Caso 1: mujer de 17 años con poliartritis, epistaxis y síndrome anémico: Hb, 3.7 g/dl; leucocitos, 3,000/mm³; linfocitos, 800/mm³; TP, 36 seg y TTPa, 157 seg. La TAC abdominal delineó quiste ovárico hemorrágico. Se informaron AAN positivos; anti-DNA, 240 U; C3, 32 mg/dl; C4, 2.9 mg/dl; anticoagulante lúpico *muy elevado*; anticardiolipinas-IgM, 157 U; y factores VIII, 11%; IX, 3%; XII, 2%. Se trató con MTP, 3 g; RTX, 2 g; AZA, 50 mg/día; y PDN, 1 mg/kg/día.

Caso 2: mujer de 26 años con anemia persistente, sometida a biopsia de MO que indicó APCR. Después presentó trombocitopenia. Se realizaron AAN, 1:160 moteado; anti-DNA, 74 U; y anticardiolipinas-IgG, 214 U. Se indican PDN (1 mg/kg/día), danazol (400 mg/día), CLQ (150 mg/día) y CsA (100 mg/día), pero abandona el tratamiento. Se reinicia AZA (1.5 mg/kg/día por Hb de 8 g/dl), suspendida por mielotoxicidad. Al mes presentó Hb, 5.3 g/dL. Se trató con MTP, prednisona (1 mg/kg/día), RTX (2 g), CsA (125 mg/día) y EPO (6 000 UI/sem).

Resultados: La HA se relaciona con el LES en 1% a 3%. Ocurre por inhibidores circulantes de las proteínas de la coagulación. La eliminación del inhibidor requiere dosis altas de esteroides y CFA o RTX; existen informes de AZA, MMF, CsA y tacrolimus. La APCR ocurre por anticuerpos contra la EPO o eritroblastos de la MO, a diferencia de la anemia aplásica (anticuerpos contra precursores de la MO).

Conclusiones: El 85% responde al tratamiento con esteroides combinados con CFA, CsA, MMF, HCQ o RTX. La EPO es efectiva.

Bibliografía

- Trotta F, Bajocchi G, La Corte R, Moratelli S, Sun LY. Long-lasting remission and successful treatment of acquired factor VIII inhibitors using cyclophosphamide in a patient with systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford).* 1999 Oct;38(10):1007-9. doi: 10.1093/rheumatology/38.10.1007. PMID: 10534554.
- Bashal F. Hematological disorders in patients with systemic lupus erythematosus. *Open Rheumatol J.* 2013 Oct 18;7:87-95. doi: 10.2174/1874312901307010087. PMID: 24198852; PMCID: PMC 3816272.

C110

Impacto de fármacos antimaláricos sobre biomarcadores de aterosclerosis subclínica en lupus eritematoso sistémico: revisión sistemática y meta-análisis

Mendoza-Pinto C¹, Munguía-Realpozo P¹, Méndez-Martínez S¹, Etchegaray-Morales P¹, Montiel-Jarquín A¹, Nicolás-Santiago M², García-Carrasco M¹

⁽¹⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽²⁾Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Introducción: El tratamiento antipalúdico puede ser ateroprotector en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivos: Evaluar el efecto de los antipalúdicos sobre biomarcadores de aterosclerosis comunes y no comunes en LES por medio de revisión sistemática y metaanálisis.

Material y métodos: Búsqueda en las publicaciones médicas: MEDLINE, Embase y Cochrane Library de estudios clínicos controlados (ECC) y estudios observacionales. La extracción incluyó perfil de lípidos, diabetes mellitus, presión arterial (TA), resistencia a la insulina (RI), PCR-alta sensibilidad, homocisteína, anti-apoA1, función endotelial (FE), engrosamiento íntima media (EIM), placa carotídea, calcificación de la arteria coronaria (CAC), entre otros. El instrumento QUIPS (estudios observacionales) y Cochrane RoB-Tool y GRADE evaluaron la calidad de la evidencia. Se condujo metaanálisis y síntesis narrativa.

Resultados: Se incluyeron 64 artículos (1 ECC y 63 observacionales). Las diferencias de medias (DM) en colesterol-VLDL (DM:-10.29 mg/

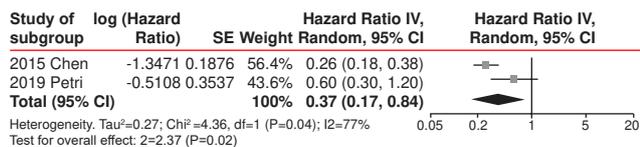
dl; IC95%, -15.35, 5.24), triglicéridos (MD: -15.68 mg/dl; IC95%, -27.51, -3.86) y TA-diafónica (MD: -3.42 mmHg; IC95%, -5.62, -1.23) fueron significativamente diferentes en pacientes con y sin antipalúdicos. Sin diferencias en colesterol total y colesterol -HDL. Se encontró un riesgo menor de prevalencia e incidencia (HR, 0.37; IC95%, 0.17, 0.84) de DM en pacientes con antipalúdicos. Este tratamiento se acompañó de menor variabilidad en TA. Otros biomarcadores no fueron diferentes (anti-apoA1, EIM, homocisteína, RI, PCR alta sensibilidad, placa carotídea y CAC). El beneficio sobre la FE y rigidez arterial es incierto. La calidad global de evidencia es baja a muy baja.

Conclusiones: Existe alguna evidencia derivada de estudios observacionales sobre relaciones entre tratamiento antipalúdico y algunos marcadores de aterosclerosis. Sin embargo, los datos para esta conclusión se basan en evidencia baja o muy baja.

Bibliografía

1. Floris A, Piga M, Mangoni AA, et al. Protective effects of hydroxychloroquine against accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Mediators Inflamm.* 2018;424136. doi: 10.1155/2018/3424136.

Figura 1. Forest plot de hazard ratio (HR) ajustada para incidencia de DM entre pacientes bajo terapia antimalárica versus pacientes sin terapia antimalárica (C110)



C111

¿Deberíamos tratar bacteriuria asintomática en nefritis lúpica durante inducción a remisión?

López-Vargas JR, Barbosa-Cobos RE, Maya-Piña LV, Lugo-Zamudio GE

Hospital Juárez de México

Tabla 1. Frecuencia de los desenlaces del estudio en 19 pacientes con NL y BA. (C111)

		Grupo con antimicrobianos, n (%) 14 (73.7%)	Grupo sin antimicrobianos, n (%) 5 (26.3%)	RR (IC95%)	Valor p
Frecuencia IVU sintomática	Sí	1 (7.1)	0 (0)	-	1.00 ^a
	No	13 (92.9)	5 (100)	-	
Admisión hospitalaria por IVU sintomática	Sí	0 (0)	0 (0)	-	-
	No	14 (100)	5 (100)	-	
Infección o colonización por bacterias RMF	Sí	3 (21.4)	3 (60)	0.35 (0.10, 1.22)	0.26 ^a
	No	11 (78.6)	2 (40)		
Microorganismo bacteriano aislado en urocultivo		10 (71.4)	2 (40)	1.78 (0.58, 5.49)	0.47 ^a
<i>Escherichia coli</i>		2 (14.3)	1 (20)	0.71 (0.081, 6.27)	1.00 ^a
<i>Klebsiella pneumoniae</i>		0 (0)	2 (40)	-	0.11
<i>Enterococcus faecalis</i>		1 (7.1)	0 (0)	-	1.00 ^a
<i>Proteus mirabilis</i>		1 (7.1)	0 (0)	-	1.00 ^a
<i>Streptococcus agalactiae</i> grupo b	Sí	10 (71.4)	3 (60)	1.19	1.00 ^a
	No	4 (28.6)	2 (40)	(0.54, 2.62)	
Pacientes hospitalizados	Sí	0 (0)	0 (0)	-	-
	No	14 (100)	5 (100)	-	
Infección por <i>Clostridioides difficile</i>	Sí	0 (0)	0 (0)	-	-
	No	14 (0)	5 (100)	-	
Mortalidad					

^aPrueba exacta de Fisher.

BA: bacteriuria asintomática; IVU: infección de vías urinarias; RMF: resistentes a múltiples fármacos, NL: nefritis lúpica. 1.00^a

Introducción: La bacteriuria asintomática (BA) en el LES se presenta en el 35%, un dato de reciente publicación, pero no se especifica la prevalencia en la nefritis lúpica (NL). La guía IDSA-2019 del tratamiento de BA no incluye a pacientes con LES; las recomendaciones de los pacientes incluidos con inmunodeficiencias secundarias, por ejemplo aquéllos con neutropenia vinculada con quimioterapia, trasplante renal y de otros órganos sólidos, no pueden aplicarse a pacientes con NL por diferencias en la fisiopatología y el tratamiento inmunosupresor.

Objetivos: Describir la frecuencia de infección de vías urinarias (IVU) sintomática en pacientes con NL en inducción a la remisión y BA, con y sin tratamiento antimicrobiano.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte en el periodo de 2018 a 2020; se incluyó a 46 mujeres con NL en inducción a remisión de acuerdo con el protocolo NIH. Se documentó en el análisis descriptivo la frecuencia de BA en NL y la de IVU sintomática en pacientes con BA, con y sin tratamiento antimicrobiano.

Resultados: Diecinueve pacientes (60%) presentaron BA; en 14 (73.7%) se administró tratamiento antimicrobiano y 5 (26.3%) no lo recibieron; una paciente que recibió antimicrobiano (7.1%) desarrolló IVU sintomática y ninguna del grupo sin antimicrobianos tuvo IVU sintomática (Tabla 1).

Conclusiones: En la NL, la BA es común, pero la evidencia de tratarla o no es insuficiente. En el grupo estudiado ninguna paciente con BA sin tratamiento antimicrobiano desarrolló IVU sintomática, lo cual justificaría no tratarla; sin embargo, el tamaño de la muestra es limitado. El uso inapropiado de antibióticos favorece la aparición de bacterias resistentes a múltiples fármacos; no obstante, la BA puede desencadenar o mantener la autoinmunidad sistémica; se requieren estudios con poder estadístico significativo para sustentar la decisión terapéutica.

Bibliografía

1. Pachucki RJ, Corradetti C, Kohler L, Ghadiali J, Gallo PM, Nicastro, et al. Persistent bacteriuria and antibodies recognizing curli/edna complexes from escherichia coli are linked to flares in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatol.* 2020 Nov;72(11):1872-1881.
2. Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, Colgan R, DeMuri GP, Drekonja D. Clinical practice guideline for the management of asymptomatic bacteriuria: 2019 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2019. pii: ciy1121.

C112

Lupus eritematoso sistémico seronegativo con morfología Castleman like

Hurtado-Díaz J, Castro-Colín Z, Flores-Cisneros AL, Zamora-Zúñiga NC, Saavedra-Salinas MA

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad caracterizada por afectación multisistémica y positividad de autoanticuerpos. La enfermedad de Castleman multicéntrica (ECM) es un trastorno linfoproliferativo no neoplásico. La variedad ECM-TAFRO es clínicamente difícil de distinguir del LES; el diagnóstico diferencial se realiza mediante biopsia de ganglio linfático.

Objetivos: Se presenta el caso de un paciente con LES seronegativo con morfología similar a Castleman.

Material y métodos: Mujer de 35 años, que inició con fiebre, pérdida de peso, úlceras orales, dolor y aumento de perímetro abdominal. La tomografía mostró adenopatías cervicales, axilares, mediastínicas, abdominales, derrame pleural y ascitis. Se realizó biopsia cervical con informe de ECM. Al ingreso tenía esplenomegalia, anemia, trombocitopenia, proteinuria nefrótica, PCR y VSG incrementados, inmunoglobulinas normales, hipo complementemia, ANA, anti-DNA y ENA negativos. Se descartó infección y neoplasia. Cumplió criterios de clasificación SLICC 2012 para LES y criterios del *Castleman Disease Collaborative Network 2017* para variedad ECM-TAFRO (**Tabla 1**) Revisión de laminillas: hiperplasia linfoide y del manto con configuración concéntrica (en cebolla) y capilares que semejan penetrar el centro germinal; se concluye linfadenopatía lúpica crónica con cambios morfológicos similares a Castleman. Con posterioridad presentó lesiones cutáneas tipo vasculitis y neuropatía periférica. Recibió pulsos de metilprednisolona, inmunoglobulina y ácido micofenólico con adecuada respuesta clínica y bioquímica.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas y de laboratorio presentes en el lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Castleman variedad TAFRO. (C112)

Manifestaciones clínicas			
	Lupus	ECM-TAFRO	Paciente
Edad	Segunda y tercera décadas	Quinta década	35 años
Anasarca: derrame pleural ascitis	Derrame pleural: 50% Ascitis: 8%-12%	Derrame pleural + ascitis 96%-100%	Derrame pleural y ascitis
Dolor abdominal	8%-37%	32%	
Fiebre 38°C	52%	60%-80%	
Hepatomegalia o esplenomegalia	Esplenomegalia: 10%-45% Hepatomegalia: 12%-25%	Esplenomegalia + hepatomegalia: 89%-100%	Esplenomegalia
Linfadenopatía cervical	40%	+++	
Linfadenopatía generalizada	10%	+++	
Laboratorio			
Trombocitopenia < 100 000/ μ L	25%-50%	+++	
Anemia	Crónica: 37% AIH: 5%-14%	+++	
Fosfatasa alcalina elevada	--	63%-79%	NSP
Elevación de PCR o VSG	--	+++	
Hipergammaglobulinemia	--	+/-	NSP
Síndrome nefrótico	13%-26%	+/-	
Hipocomplementemia	47%-55%	+/-	Negativo

ANA	70%-98%	30%	Negativo
Anti-DNA	70%	+/-	Negativo

NSP: no se presentó; VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva; ANA: anticuerpos antinucleares; Anti-DNA: anticuerpos antiácido desoxirribonucleico bicatenario.

Resultados: La ausencia de anticuerpos no excluye el diagnóstico de LES. La relación entre ECM y síndrome nefrótico es extremadamente rara. La biopsia ganglionar y la respuesta al tratamiento fueron claves en su distinción.

Conclusiones: La similitud clínica y bioquímica entre LES y ECM hace difícil el diagnóstico diferencial, por lo que debe reconocerse la ECM como simuladora del LES.

Bibliografía

- Hasegawa E, Sato H, Wada Y, Takai K, Wakamatsu A, Nozawa Y, et al. Characterization of patients with systemic lupus erythematosus who meet the diagnostic criteria for TAFRO syndrome. *Lupus*. 2018;27(3): 417-27.
- Dispenzieri A, Fajgenbaum DC. Overview of Castleman disease. *Blood*. 2020;135(16):1353-64.

C113

Crioglobulinemia mixta asociada a lupus eritematoso sistémico: un reto diagnóstico

Zamora-Zúñiga NC¹, Bustamante-González RM², Flores-Cisneros AL², Hurtado-Díaz J²

⁽¹⁾Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, ⁽²⁾Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La crioglobulinemia se refiere a un síndrome inflamatorio sistémico, que incluye vasculitis de vasos pequeños mediada por inmunocomplejos. El diagnóstico se establece de acuerdo con manifestaciones clínicas y demostración de crioglobulinas en suero, como el caso que se presenta a continuación.

Objetivos: Presentación de un caso.

Material y métodos: Paciente de la consulta externa del servicio de reumatología.

Resultados: Hombre de 49 años, sin antecedentes de importancia. Inició con síndrome doloroso abdominal y fatiga intensa, con aparición de púrpura palpable en extremidades inferiores, tórax anterior y manos. A su ingreso también se observó en clínica el fenómeno de Raynaud bifásico en manos, parestias, poliartritis bilateral y ampollas tensas hemorrágicas (**Figura 1**).

Figura 1. **A**, hemorragia conjuntival bilateral. **B**, dermatosis que afecta la mano derecha caracterizada por múltiples ampollas de contenido hemorrágico sobre una base violácea. **C**, angiogramografía con vasculitis de arteria mesentérica superior. **D**, biopsia cutánea con inflamación transmural, fragmentación de neutrófilos e infiltrado rico en neutrófilos en el área perivascular. (C113)



Bioquímicamente con anemia, linfopenia, elevación de VSG y factor reumatoide, ANAS 1:100 y patrón nuclear homogéneo, anti-DNA 29.1, con consumo de complemento, hipergammaglobulinemia (IgG, 2 010 mg/dl), panel viral y TORCH no reactivos. Angiotomografía con vasculitis en arteria mesentérica superior. En su evolución con hemorragia conjuntival bilateral se agrega deterioro neurológico y es necesaria la ventilación mecánica asistida. La TAC de cráneo revela un episodio cerebral de tipo isquémico en tálamo y cerebelo. Biopsia cutánea con informe de vasculitis leucocitoclástica. Se sospechó síndrome de hiperviscosidad con prueba negativa y crioglobulinas positivas. Se trata con glucocorticoides, ciclofosfamida y recambio plasmático, sin respuesta terapéutica y desenlace letal.

Conclusiones: La vasculitis crioglobulinémica en el contexto de enfermedades autoinmunitarias se ha notificado en un 15% con una morbilidad y mortalidad significativas. La triada típica de Meltzer (fatiga, púrpura y artralgias) debe obligar a investigar las crioglobulinas en suero para normar la terapéutica a seguir.

Bibliografía

1. Cacoub P, Comarmond C, Domont F, Savey L, Saadoun D. Cryoglobulinemia Vasculitis. The American Journal of Medicine. (2015), doi: 10/1016/j.amjmed.2015.02.017.

C114

Títulos de anticuerpos y alteraciones ecocardiográficas en lupus eritematoso sistémico

Rodríguez-Romero AB¹, Galarza-Delgado DA¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Azpiri-López JR², Reyna-De La Garza RA³, Guajardo-Jáuregui N¹, Lugo-Pérez S², Cárdenas-De La Garza JA¹, Azpiri-Díaz H², Cepeda-Ayala OA²

⁽¹⁾ Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾ Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽³⁾ Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica y autoinmunitaria; los pacientes con LES tienen un riesgo hasta de 9 veces de enfermedad cardiovascular comparados con la población general. Se han descrito alteraciones ecocardiográficas en estos individuos, pero no una relación con la presencia de ciertos anticuerpos.

Objetivos: Correlacionar los títulos de anticuerpos con alteraciones ecocardiográficas en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio transversal y observacional. Se incluyó a 43 pacientes > 18 años con diagnóstico de LES (EULAR/ACR 2019). Se excluyó a aquellos con antecedente de enfermedad cardiovascular y embarazadas. Todos los pacientes fueron objeto de un ecocardiograma transtorácico, evaluado por dos cardiólogos certificados. Se tomó una muestra de sangre para la medición sérica de los valores de anticuerpos. Se excluyó a aquellos con pobre ventana ultrasonográfica. Correlaciones con rho de Spearman.

Resultados: Las características demográficas se hallan en la **Tabla 1**. Se encontró una correlación grande en la deformación longitudinal global y anticardiolipina IgA (rho = 0.507, p = 0.002), una correlación mediana en fracción de expulsión del ventrículo izquierdo con anti-Ro (rho = 0.326, p = 0.038) y anti-La (rho = 0.397, p = 0.012) y una correlación mediana con TAPSE y valores de C3 (r = 0.396, p = 0.013) (**Tabla 2**).

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes con LES. (C114)

Variables	LES (n = 43)
Edad, años ± DE	35.5 ± 12.0
Género femenino, n (%)	39 (90.7)
DMT2, n (%)	1 (2.3)

HTA, n (%)	9 (20.9)
Dislipidemia, n (%)	3 (7.0)
Obesidad, n (%)	1 (2.3)
Tabaquismo activo, n (%)	8 (18.6)
Características clínicas	
SLEDAI, media ± DE	9.0 ± 6.8
Duración de la enfermedad, meses (p25-p75)	72 (14-132)
Tratamiento	
Antipalúdicos, n (%)	39 (90.7)
Glucocorticoides, n (%)	39 (90.7)

DMT2, diabetes mellitus tipo 2; HTA, hipertensión arterial; SLEDAI, *systemic lupus erythematosus disease activity index*.

Tabla 2. Correlaciones de Spearman entre los títulos de anticuerpos y variables ecocardiográficas. (C114)

Variables	GLS	FEVI	TAPSE
Anti-DNA	NS	NS	NS
Anticardiolipina IgA	rho 0.507** p = 0.002	NS	NS
Anti-Ro	NS	rho 0.326* p = 0.038	NS
Anti-La	NS	rho = 0.397* p = 0.012	NS
C3	NS	NS	rho 0.396* p = 0.013

*La correlación es significativa a nivel de 0.05. **La correlación es significativa a nivel de 0.01. NS, no significativo; GLS, deformación miocárdica longitudinal; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo; TAPSE, excursión sistólica del anillo tricuspídeo.

Conclusiones: Existe una relación con los valores de anticuerpos anticardiolipina IgA, anti-Ro y anti-La con alteraciones ecocardiográficas del ventrículo izquierdo y cifras del complemento C3 con alteraciones del ventrículo derecho; éstos pueden surgir como posibles predictores para detectar anomalías cardíacas en pacientes con LES.

Bibliografía

1. Hesselvig JH, Ahlehoff O, Dreyer L, Gislason G, Kofoed K. Cutaneous lupus erythematosus and systemic lupus erythematosus are associated with clinically significant cardiovascular risk: a Danish nationwide cohort study. *Lupus*. 2017;26(1):48-53.

C115

Mielitis longitudinal extensa: manifestación inicial de lupus sistémico del anciano

Vargas-Avilés AS, Garduño-Arriaga GB

Hospital Juárez de México

Introducción: La mielitis longitudinal extensa (MLE) es una forma limitada de mononeuritis óptica. Afecta a tres o más segmentos medulares. Clínicamente puede aparecer en dos formas: monofásica y polifásica. Es una manifestación muy rara del lupus eritematoso sistémico (LES) con prevalencia calculada de 0.9% a 3.2% en pacientes jóvenes. Sólo existen informes de casos en ancianos.

Resultados: Mujer de 67 años de edad sin antecedentes relevantes. Acudió por cuadro clínico de dos semanas de evolución, con parestesias y disestesias en miembros pélvicos (MP), dolor hipogástrico y disuria. Después presentó disminución súbita de la fuerza de MP, con caída sobre

su plano de sustentación, imposibilidad para la marcha, incontinencia urinaria y fecal. Exploración física: temp. 36°C, FR 18 x min, FC 73 x min, TA 110/70 mmHg, Glasgow 15, globo vesical, disminución de sensibilidad al tacto, dolor y temperatura por debajo de T2; MP: hiporreflexia, fuerza muscular 3/5 proximal y distal. Resto sin alteraciones. Estudios de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea y CPK normales, VSG 32 mm/h, PCR 1.5 g/dl. Urocultivo positivo para *E. coli*. Citoquímico y cultivo de líquido cefalorraquídeo sin alteraciones. RMN de columna dorsolumbar: mielopatía de predominio en sustancia gris con edema marginal de T1 a T7. Anticuerpos antiacuaporina 4 negativos, C3 10.2, C4 5.3, ANA 1:1 280 de patrón homogéneo, anti-DNA 14.5, anti-sm 3.5, anti-RNP 8. Recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida intravenosa, con lo cual evolucionó a la mejoría clínica.

Conclusiones: En pacientes seniles con un primer episodio MLE debe considerarse en el diagnóstico diferencial LES, dado que la MLE puede ser una manifestación inicial, aunque rara. La MLE puede aparecer en pacientes ancianos sin evidencia de LES activo.

Bibliografía

1. Hang S, Wang Z, Zhao J, Wu Di, Li J, Wang Q, Su J, Xu J, et al. Clinical features of transverse myelitis associated with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2020;0:1-9.
2. Kitley JL, Leite MI, George JS, Palace JA. The differential diagnosis of longitudinally extensive transverse myelitis. *Mult Scler*. 2018;271:270-285.

C116

Tratamiento de la nefritis lúpica resistente con tacrolimus combinado con ácido micofenólico

Cabrales-García HA, Grageda-Portes DO, Ramos-Sánchez MA, Mejía-Holguín Y, Becerra-Márquez AM, Ortiz-Treviño L

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La nefritis lúpica resistente al tratamiento convencional se presenta en el 20% a 70% de los pacientes y por ello existen hoy día otras propuestas terapéuticas.

Objetivos: Evaluar la respuesta al tratamiento con tacrolimus combinado con ácido micofenólico en la nefritis lúpica resistente.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con nefritis lúpica resistente a ciclofosfamida y ácido micofenólico mayores de 18 años y con adición de tacrolimus a su tratamiento. Se revisaron los expedientes y se registraron los datos clínicos, demográficos y la valoración renal inicia y después de seis meses, con evaluación de la tasa de respuesta renal completa y parcial. Se empleó SPSS 23.0 para el análisis estadístico.

Resultados: Se incluyó a 27 pacientes, 24 mujeres y 3 hombres, con edad promedio de 36.6 ± 13 años y la duración de la nefritis fue de 69.83 ± 16.6 meses; la dosis media de tacrolimus fue de 3 mg (1-8) y de ácido micofenólico de 2 g (1-3). Después de seis meses de tratamiento combinado hubo mejoría de la proteinuria (2.90 ± 2.09 vs. 1.59 ± 1.21 g, p = 0.001) y también mejoró C4 sin lograr significancia estadística (16 ± 8.2 vs. 20.19 ± 12.17, p = 0.074). Dos (7.4%) pacientes lograron respuesta completa y 10 (37%) respuesta parcial. Ningún paciente tuvo insuficiencia renal.

Conclusiones: Se identificó disminución de la proteinuria a los seis meses en los pacientes en tratamiento combinado con tacrolimus y ácido micofenólico.

Bibliografía

1. Yap DY, Yung S, Chan TM. Lupus nephritis: an update on treatments and pathogenesis: Treatment and pathogenesis of LN. *Nephrology*. 2018;23:80-3.
2. Zhou T, Lin S, Yang S, Lin W. Efficacy and safety of tacrolimus in induction therapy of patients with lupus nephritis. *DDDT*. 2019;13:85-69.

C117

Interacción entre actividad, dosis de glucocorticoides, daño y mortalidad en LEG. Análisis longitudinal

Domínguez-Quintana M¹, Zamora-Medina MC², Roldán-Ortega J¹, Lara-Reyes P¹, Romero-Díaz J¹

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Instituto Nacional de Perinatología

Introducción: Los glucocorticoides (GC) son la piedra angular en el tratamiento del lupus eritematoso generalizado (LEG). A pesar de su eficacia antiinflamatoria e inmunosupresora, poseen múltiples efectos adversos.

Objetivos: Identificar la interacción entre actividad de la enfermedad y la dosis de GC en el desarrollo de daño y mortalidad en los pacientes con LEG.

Material y métodos: Cohorte de inicio de pacientes con LEG, con análisis de los primeros 10 años de seguimiento. Para prever el daño relacionado con GC mediante SDI (SLICC/DI) se consideró la dosis promedio de GC durante el primer año y se dividió en cuatro grupos de la siguiente manera: grupo 1, sin uso de prednisona; grupo 2, con prednisona ≤ 10 mg/día; grupo 3, con prednisona (11-29 mg/día); y grupo 4, ≥ 30 mg/día. Estadística descriptiva y regresión de Cox.

Resultados: Se incluyó a 233 pacientes. Se observó daño vinculado con GC con fracturas por osteoporosis con dosis ≥ 10 mg/día (3%), desarrollo de diabetes con dosis ≥ 10 mg/día (4%), daño renal en 28% y 41% de los pacientes en los grupos 3 y 4, respectivamente, sin diferencias en el desarrollo de IRCT. Al evaluar los desenlaces se observó mayor mortalidad del 28% en el grupo 4 y la causa principal fueron las infecciones. En el análisis multivariado se encontró como factor protector el consumo de hidrocliclo-roquina (OR, 0.98; IC95%, 0.97-0.99; p = 0.0007).

Conclusiones: Las dosis de GC (> 30 mg/día) se vincularon con mayor daño y mortalidad. No hubo diferencias en la incidencia de IRCT al comparar con el grupo 3 (< 30 mg).

Bibliografía

1. Ruiz-Arraza I, Lozano J, Cabezas-Rodríguez I, et al. Restrictive use of oral glucocorticoids in systemic lupus erythematosus and prevention of damage without worsening long-term disease control: an observational study. *Arthritis Care Res*. 2018;70(4):582-591. doi:10.1002/acr.23322.
2. Ruiz-Arraza I, Ugarte A, Cabezas-Rodríguez I, Medina JA, Moran MA, Ruiz-Iratorza G. Glucocorticoids and irreversible damage in patients with systemic lupus erythematosus. *Rheumatol (United Kingdom)*. 2014;53(8):1470-1476. doi:10.1093/rheumatology/keu148.

C118

Nefritis lúpica rápidamente progresiva, experiencia en San Luis Potosí

García-Cañas IE¹, Cuevas-Orta E, Herrera-Van Oostdam DA, González-García JA, Cantú-Pompa JJ, Hernández-Licona LD, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: La nefritis lúpica es una de las causas principales de hospitalización, la mayoría debido a manifestaciones de pérdida de función renal de rápida progresión (NLRP); sin embargo, algunos trastornos pueden explicar esta expresión clínica de manera aislada o combinada.

Objetivos: Describir las características de pacientes hospitalizados por causa renal respecto de otras causas en pacientes con LEG.

Material y métodos: Estudio transversal de pacientes hospitalizados con LEG del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto de enero del 2019 a junio del 2020; las variables continuas se expresaron como medianas y RIQ y las categóricas en proporciones. La comparación de las variables

continuas se realizó con prueba t de Student o U de Mann-Whitney y las categóricas con prueba de Fisher o χ^2 .

Resultados: Se evaluó a 75 pacientes hospitalizados de manera consecutiva, de los cuales 23 (30.6%) fueron por causa renal y 26.1% inició con la enfermedad (Tabla 1). Sólo en 56.5% se corroboró NLRP; de los restantes, 4 pacientes (17.3%) mostraron síndrome urémico, 3 de los cuales requirieron inicio de hemodiálisis por primera vez; 3 (13%) ingresaron por deterioro de la tasa de filtrado glomerular (TFG) pero sin sedimento activo; la sobrecarga hídrica, síndrome nefrótico y lesión renal aguda se presentaron en 13%.

Tabla 1. Tipo de afección renal. (C118)

	Hospitalización por causa renal = 23 (30.6%)
Glomerulonefritis de rápida progresión (%)	13 (56.5)
Síndrome urémico (%)	4 (17.3)
Inicio de hemodiálisis (%)	3 (75)
Continuación de hemodiálisis (%)	1 (25)
Deterioro de la TFG (%)	3 (13)
Sobrecarga hídrica (%)	1 (4.3)
Síndrome nefrótico (%)	1 (4.3)
Lesión renal aguda (%)	1 (4.3)
Tipo de afección renal en pacientes hospitalizados por otras causas	
	Hospitalización por otras causas = 52 (69.3%)
Afección renal (%)	27 (51.9)
Evaluación del sedimento	23/27
Sedimento activo (%)	10 (43.4)
Sedimento blando (%)	13 (56.5)
Lesión renal aguda (%)	13 (56.5)

Tipo de afección renal en los pacientes hospitalizados por otros factores y causa renal.

En los desenlaces no hubo diferencias en requerimiento de ingreso a la UCI, días de estancia intrahospitalaria y mortalidad entre hospitalizados por causa renal u otras causas.

Conclusiones: En 43.5% de los pacientes catalogados inicialmente como NLRP, el deterioro rápido de la función renal se debió a causas diferentes.

Bibliografía

- Aragón C, Ruíz I, Quintana J, Suárez A, Gallego L, Gallego C, et al. Clinical characterization, outcomes, and prognosis in patients with systemic lupus erythematosus admitted to the intensive care unit. *Lupus*. 0(0) 1-7. DOI: 10.1177/0961203320935176.
- Dhital R, Kumar R, Pudel D, Oladunjoye O, Paudel P, Karmacharya P. All cause hospitalizations and mortality in systemic lupus erythematosus in the US: results from a national inpatient database. *Rheumatology International*. 2019. DOI:10.1007/s00296-019-04484-5.

C119

Hallazgos de tomografía de coherencia óptica de dominio espectral en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Ventura-Valenzuela ME, Salazar-García JA, Sánchez-Sánchez SO, Uribe-Martínez JF, Rosal-Arteaga CA, Almengor-Montenegro OJ, Contreras-Sánchez S, Pérez-Topete SE, Martínez-Bonilla G, González-Díaz V, Gutiérrez-Ureña S, Medina-Cruz EJ, Cerpa-Cruz S

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: El lupus eritematoso sistémico representa el prototipo de enfermedad sistémica autoinmunitaria y su etiología incluye interacciones

aberrantes entre factores genéticos, inmunológicos y ambientales, con afectación de múltiples órganos y sistemas, incluido el sistema ocular.

Objetivos: Describir y relacionar hallazgos oculares y clínicos en pacientes con lupus eritematoso sistémico mediante tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT).

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo; se realizó estadística descriptiva y análisis de correlación con prueba de Spearman de hallazgos oculares mediante SD-OCT en pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, tratados en el servicio de reumatología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Resultados: Se incluyó a 29 pacientes, con edad media de 33 ± 10 años, 26 mujeres y 3 hombres; anticuerpos antinucleares con patrón homogéneo en 59% y moteado fino en 21%, anticoagulante lúpico en 14%, anticardiolipinas en 28%, b2GP1 en 14%, nefritis lúpica clase IV en 24%, clase III en 10%, clase IV+V en 7%, MEX-SLEDAI > 9 puntos en 11% y < 9 puntos en 89%; maculopatía por antipalúdicos en 24% de los pacientes; las correlaciones encontradas fueron: anticoagulante lúpico/maculopatía, $p = 0.008$; anticuerpos anticardiolipinas/maculopatía, $p = 0.026$; anti-Smith/coriocapilaritis, $p = 0.014$; disminución de perfusión capilar/coriocapilaritis, $p = 0.003$; y coroiditis lúpica, $p = 0.012$; disminución de perfusión por cuadrantes/maculopatía, $p = 0.043$; coriocapilaritis, $p = 0.001$; y coroidorretinitis lúpica, $p = 0.008$.

Conclusiones: Los hallazgos encontrados en este estudio mediante SD-OCT fueron predominantemente coroides, maculares y capilares, coriocapilaritis y coroidorretinitis lúpica, así como alteraciones en la perfusión ocular en pacientes con anticuerpos antifosfolípidos y anti-Smith positivos.

Bibliografía

- Dias-Santos A, Tavares Ferreira J, Pinheiro S, Cunha JP, Alves M, Paipoila AL, et al. Neurodegeneration in systemic lupus erythematosus: layer by layer retinal study using optical coherence tomography. *Int J Retina Vitreol*. 2020 Dec;6(1):15.
- Silpa-archa S, Lee JJ, Foster CS. Ocular manifestations in systemic lupus erythematosus. *Br J Ophthalmol*. 2016 Jan;100(1):135-41.

C120

Sobreposición de lupus eritematoso sistémico y cirrosis biliar primaria

Mendoza-Vargas LA, Castro-Lizano N, Hernández-González JM, Saucedo-Sánchez AM, López-López CP, Espinosa-Ruvalcaba SA

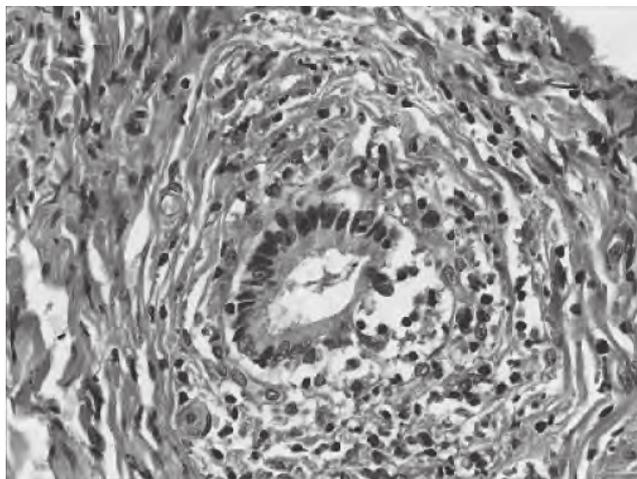
Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La sobreposición de cirrosis biliar primaria (CBP) y lupus eritematoso sistémico (LES) es rara, lo que lo confiere un pronóstico desfavorable si no se establece un diagnóstico y tratamiento tempranos.

Objetivos: Describir un caso clínico de sobreposición en una mujer con CBP y LES.

Material y métodos: Mujer de 41 años con antecedente de transaminasemia y trombocitopenia en abordaje de tres meses de evolución. Inicia padecimiento en enero del 2020 con cuadro de abdomen agudo, motivo por lo cual acudió a la unidad de los autores. A su ingreso con colecistitis aguda por clínica e imagen, así como derrame pleural bilateral (> 50%), ascitis grado II con transaminasemia (> 3 LSN) y trombocitopenia grave; ante esto se inicia hemotransfusión de concentrados plaquetarios y se programa para operación de urgencia que detecta colecistitis alitiásica y se realiza biopsia hepática por sospecha de hepatopatía autoinmunitaria. En su abordaje se practicó toracocentesis y paraclínicos: ANA, 1:640 con patrón moteado y puntos brillantes en núcleo; C3 42 mg/dl; C4 13.7 mg/dl; Coombs directo +; ENA negativos; proteinuria en 24 h, 430 mg/d más leucoeritrocituria; ECOTT con derrame pericárdico leve y citológico de líquido pleural con células LE; anticuerpos antimitocondriales positivos y biopsia hepática con hallazgos histopatológicos de cirrosis biliar primaria (Figura 1); se confirma síndrome de sobreposición con LES y CBP. Se la trata con esteroides, AZA y ácido ursodesoxicólico con mejoría clínica.

Figura 1. Colangitis linfocítica no supurativa correspondiente a cirrosis biliar primaria.(C120)



Resultados: Actualmente hay pocos casos descriptivos de la relación entre CBP y LES, que comparten mecanismos inmunológicos y genéticos aún en investigación.

Conclusiones: La coexistencia de CBP y LES es excepcional; es importante la descripción de casos clínicos para establecer un perfil clínico para determinar un diagnóstico temprano.

Bibliografía

1. Fan X. Concomitant systemic lupus erythematosus might have a negative impact on the biochemical responses to treatment in patients with primary biliary cholangitis. *Clin Rheumatol.* 2020;39(3):795-803.
2. Shizuma T. Clinical characteristics of concomitant systemic lupus erythematosus and primary biliary cirrhosis: a literature review. *J Immunol Res.* 2015; 2015: 713728.

C121

Predictores de mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Gamboa-Alonso CM, Figueroa-Parra G, De León-Ibarra AL, Vega-Morales D, Díaz-Angulo JE, Serna-Peña G, Villarreal-Alarcón M, Galzarza-Delgado D

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica crónica heterogénea que tiene un riesgo incrementado de requerir atención intrahospitalaria, con mayor morbimortalidad. Las causas de mortalidad más frecuentes son actividad de la enfermedad, infección y enfermedad cardiovascular.

Objetivos: Determinar los predictores de mortalidad en pacientes con diagnóstico de LES.

Material y métodos: Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo y observacional durante el periodo comprendido entre marzo de 2017 y marzo de 2020 en el Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León, incluidos pacientes con diagnóstico de LES según los criterios ACR-EULAR 2012/2019. Se utilizó estadística descriptiva para variables demográficas y clínicas.

Se determinaron las relaciones entre mortalidad y variables clínicas mediante regresión logística binaria; una $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativa. Se utilizó el programa SPSS V20.

Resultados: Se estudió a 186 pacientes con diagnóstico de LES, 161 (86.6%) eran mujeres; la edad media fue de 35.8, DE 15.41. La mayor

parte de las interconsultas se llevó a cabo en el servicio de medicina interna (137, 73.66%), seguido por la consulta de reumatología (33, 17.74%), ginecología (4.3%) y otros servicios (8, 4.3%).

Los motivos de consulta principales fueron disnea 31 (16.7%), fiebre 28 (15.1%), afectación renal 21 (11.29%) y artritis 19 (10.22%). De los 186 pacientes, 34 (18.3%) tuvieron un reinternamiento, 13 (7%) requirieron tratamiento en cuidados intensivos, 68 (36.6%) desarrollaron infección y 22 (11.8%) fallecieron (**Figura 1**). Los factores relacionados con mortalidad se observan en la **Tabla 1**. El tratamiento anterior al internamiento fue de 73 (39.2%) con esteroides y 92 (49.5%) con inmunosupresores.

Figura 1. Desenlaces de los pacientes con diagnóstico de LES.(C121)

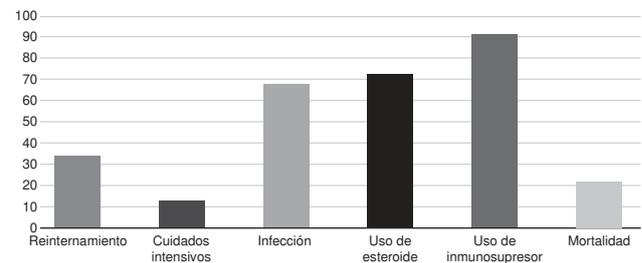


Tabla 1. Relación entre factores clínicos, terapéuticos y su vínculo con mortalidad. (C121)

Factores relacionados con mortalidad	Univariado	Multivariado
	β (IC95%)	β (IC95%) ^f
Edad	0.93 (0.96-1.02)	0.98 (0.96-1.02)
Uso de ventilación mecánica	3.83 (1.07-13.4)*	3.07 (0.59-16.04)
Consumo previo de esteroides	3.92 (1.51-10.15)*	2.04 (0.58-7.35)
Consumo previo de inmunosupresores	4.04 (1.42-11.45)*	2.85 (0.71-11.48)
Infección	3.57 (1.41-9.01)*	3.25 (1.19-8.86)*

* $p < 0.05$

Conclusiones: Las infecciones son todavía las principales causas de muerte en pacientes con LES. Los factores que predisponen a infecciones son el consumo crónico de esteroides e inmunosupresores, así como la elevada actividad de la enfermedad.

Bibliografía

1. Adwan MH, Qasem U, Mustafa KN. In-hospital mortality in patients with systemic lupus erythematosus: a study from Jordan 2002-2017. *Rheumatol Int.* 2020 May;40(5):711-717. doi: 10.1007/s00296-020-04538-z. Epub 2020 Mar 7. PMID: 32146489.

C122

PRES, una rara complicación en LES

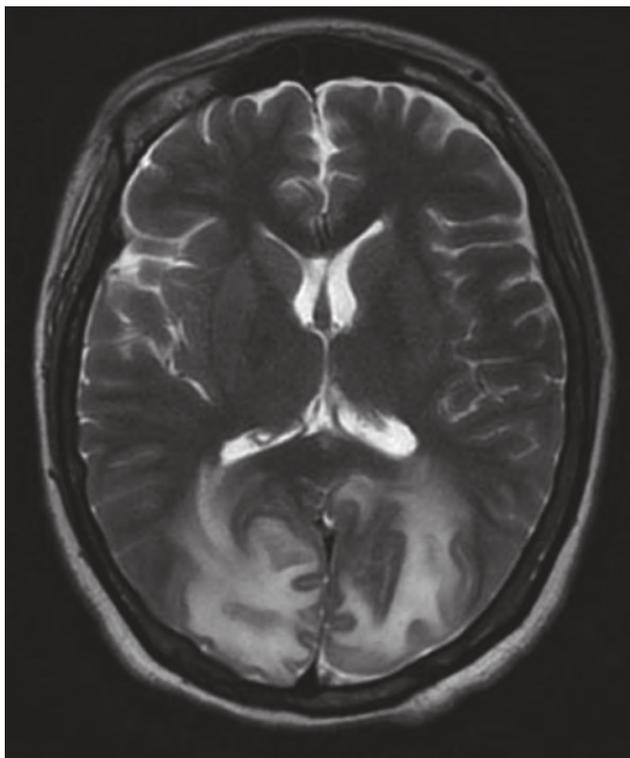
Maya-Piña LV, García-López BT, Gomezcoello-Vásquez VH, Barbosa-Cobos RE, Lugo-Zamudio GE

Hospital Juárez de México

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) se presenta en el 0.43% de los pacientes con LES; es un trastorno neurológico relacionado con edema vasogénico por hiperperfusión y se caracteriza por alteración del estado mental, convulsiones y compromiso visual. Se vincula con descontrol hipertensivo, eclampsia, preeclampsia, nefritis, dislipidemia, linfopenia, SLEDAI > 12 y tratamiento con glucocorticoides e inmunosupresores.

Material y métodos: Paciente femenino de 29 años de edad, con antecedente de LES, SLICC 2012 (articular, mucocutáneo, hematológico: linfopenia; inmunológico: ANA, 1:160 homogéneo, anti-DNAc y anti-Sm positivos) de cinco años de evolución en tratamiento con HCQ y MTX; ingresó por recaída de la enfermedad con síndrome orgánico cerebral, nefritis lúpica, pancreatitis aguda, SLEDAI 2K 26; recibió pulsos de metilprednisolona y rituximab y durante los cuatro días de tratamiento presentó elevación de TA de difícil control; luego sufrió crisis convulsivas tonicoclónicas generalizadas, irritabilidad, hemianopsia homónima temporal bilateral y cefalea holocraneal. IRM de encéfalo; FLAIR: hiperintensidad occipital bilateral, lóbulos parietales y frontales con compromiso de cuerpo caloso; T1: hipointensidad occipital poco definida; difusión: hipointensidad, sin restricción en la difusión; T2 estrella: hiperintensidad poco definida; T2: hiperintensidad occipital y parietal bilateral, predominio derecho (**Figura 1**); se integró el diagnóstico de PRES y recibió anticonvulsivos, antihipertensivos y diuréticos, con respuesta favorable de las manifestaciones neurológicas.

Figura 1. IRM en T2 que muestra una imagen de morfología irregular, hiperintensa, de bordes mal definidos, sin adecuada interfaz entre sustancia gris y sustancia blanca, con afectación de ambos lóbulos occipitales y parcial del cuerpo caloso. (C122)



Resultados: En el LES es infrecuente la presentación de PRES, que representa un diagnóstico diferencial de las manifestaciones neuropsiquiátricas lúpicas. El tratamiento de PRES consiste en control de los factores desencadenantes y no requiere glucocorticoides ni inmunosupresores; el 90% de los pacientes muestra mejoría completa y la recurrencia es rara.

Bibliografía

1. Cui HW, Lei RY, Zhang SG, Han LS, Zhang BA. Clinical features, outcomes and risk factors for posterior reversible encephalopathy syndrome in systemic lupus erythematosus: a case-control study. *Lupus*. 2019;28(8):961-969.
2. Ho CM, Mok CC. Posterior reversible encephalopathy syndrome as a neuropsychiatric manifestation of systemic lupus erythematosus. *Hong Kong Med J*. 2019;25(5):410-412.

C123

Púrpura trombótica trombocitopénica y lupus eritematoso sistémico: asociación poco frecuente

Jiménez-Jiménez X¹, Maya-Piña LV², Alvarado-Romano V¹, Galaviz-Pérez RA¹

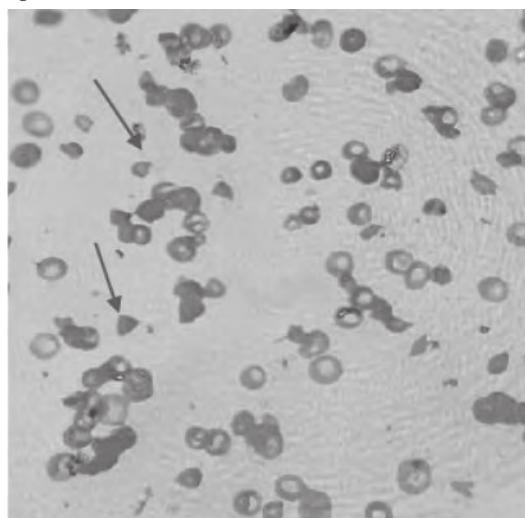
⁽¹⁾Centro Médico Naval, ⁽²⁾Hospital Juárez de México

Introducción: La púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) es un trastorno que se caracteriza por fiebre, anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia, manifestaciones neurológicas fluctuantes y trastornos renales. Casi siempre es idiopática, puede ser secundaria a fármacos, infecciones, proceso maligno, embarazo y enfermedades autoinmunitarias como lupus eritematoso sistémico (LES); los anticuerpos inhibidores de la metaloproteasa ADAMTS 13 pueden precipitar la agregación plaquetaria por incremento del factor de von Willebrand.

Objetivos: Presentar un caso de PTT en paciente con lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Paciente femenino de 45 años con LES de tres años de evolución y manifestaciones hematológicas, mucocutáneas y articulares. Se ingresa por iniciar tres días previos con fiebre, cefalea en región frontal, alteración del estado de alerta y lesiones petequiales en miembros pélvicos. La exploración revela tendencia a la somnolencia y petequias en miembros pélvicos. Se inicia abordaje y se descarta proceso infeccioso del SNC; PL normal, IRM con hiperintensidad difusa de ganglios basales; TAC toracoabdominal con derrame pericárdico. Estudios de laboratorio: leucocitos 3,900, hemoglobina 8, linfocitos 1,100, plaquetas 8,000, LDH alto, creatinina 2.5, Coombs (-), frotis de sangre periférica con esquistocitos (**Figura 1**), complemento normal. Score Plasmic alto, determinación de ADAMTS 13 bajo. Recibió 8 sesiones de plasmaféresis, rituximab (375 mg/m²) y ciclofosfamida que mejoran las cifras plaquetarias hasta 270 mil, con incremento de ADAMTS 13. Se observa evolución satisfactoria.

Figura 1. Frotis sanguíneo que muestra esquistocitos y eritrocitos de forma irregular señalados con la flecha. (C123)



Resultados: La relación de LES y PTT oscila entre 1% y 4%, en particular con actividad de la enfermedad, con una tasa de mortalidad hasta de 90%. La plasmaféresis es la piedra angular del tratamiento y de ahí la importancia de realizar un diagnóstico oportuno.

Bibliografía

1. Go RS, Winters JL, Leung N, et al. Thrombotic microangiopathy care pathway: a consensus statement for the mayo clinic complement

alternative pathway thrombotic microangiopathy (CAP-TMA) disease-oriented group. *Mayo Clin Proc.* 2016;91(9):1189-211.

- Chen MH, Chen MH, Chen WS, et al. Thrombotic microangiopathy in systemic lupus erythematosus: a cohort study in North Taiwan. *Rheumatology.* 2011;50(4):768-75.

C124

Discapacidad laboral en pacientes con LES. Estudio piloto

Álvarez-Hernández E, Abril-Jaramillo SL, Valle-Apolinar S

Hospital General de México

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen mayor discapacidad laboral y pérdida de la productividad respecto de la población general. El presenteísmo (disminución de la productividad, mientras se trabaja debido a la enfermedad en el último mes) y el ausentismo son peores en estos pacientes y lo mismo pasa en las labores del hogar donde también hay limitaciones notorias.

Objetivos: Describir la discapacidad laboral y pérdida de la productividad en pacientes con LES.

Material y métodos: Se estudió a pacientes con diagnóstico definido de LES. Se recabaron datos sociodemográficos, clínicos y se aplicó el cuestionario *Work productivity and activity impairment para lupus* (WAPAI LES V2). Se midieron calidad de vida con EuroQoL5d y capacidad funcional con HAQ-DI.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes, 26 (86.7%) del sexo femenino, con 41 ± 9.8 años de edad, escolaridad de 10.3 ± 1.7 años y evolución de 7.9 ± 4 años. Sólo 14 (46.7%) tenían un trabajo remunerado (73% permanente y el resto eventual). Hasta 26.7% correspondía a empleados, 10% comerciantes, 10% profesionistas, 23.3 amas de casa y 30% desempleados. Las horas de trabajo perdidas por la enfermedad en una semana fueron de 5.57 ± 9.15. El ausentismo fue del 24.29% y el presenteísmo del 55.71%; la discapacidad en labores de la vida diaria fue de 50.33%. El EuroQoL fue de 0.705 ± 0.29 y el HAQ-DI de 0.23 ± 0.38.

Conclusiones: La discapacidad laboral y la pérdida de la productividad son altas en los pacientes con LES. Es necesario un estudio de mayor escala.

Bibliografía

- Utset TO, Baskaran A, Segal BM, Trupin L, Ogale S, Herberich E, Kalunian K. Work disability, lost productivity and associated risk factors in patients diagnosed with systemic lupus erythematosus. *Lupus Science & Medicine.* 2015;2:e000058. doi:10.1136/lupus-2014-000058.

C125

Neumonitis lúpica con derrame pleural refractario: reporte de un caso

Arenas-Silva I, Reyes-Cetina IL

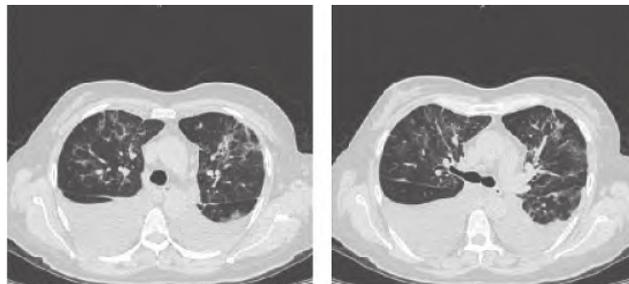
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La neumonitis lúpica aguda (NLA) es una manifestación infrecuente (prevalencia, 1%-12%) con tasa de mortalidad alta (50%). El derrame pleural relacionado con lupus eritematoso sistémico (DP-LES) responde a dosis medias de glucocorticoide (GC) con remisión en dos a tres semanas. Son pocos los casos resistentes al tratamiento.

Resultados: Mujer de 50 años de edad con diagnóstico de LES 10 años antes, tratada con GC y ácido micofenólico (AM). Hospitalizada en julio del 2020 por tos no productiva, intermitente, disneizante, saturación de oxígeno (SO) de 84%. Tomografía computarizada de tórax (TCT): derrame pleural bilateral (DPB) y derrame pericárdico. PCR-Sars-CoV2, negativa. Recibió tratamiento con GC (1 mg/kg/día) y AM (3 g/día) con

mejoría clínica. Sin embargo, se hospitaliza en agosto del 2020 por tos no productiva, en accesos, disneizante y emetizante, pleuresía, SO de 69%, artralgias, úlceras peribucales y cefalea frontal opresiva, EVA 8/10 acompañada de acúfenos y fosfenos. Síndrome de DP (50%) y estertores crepitantes gruesos. Estudios complementarios: linfocitos 410, hemoglobina 10.2, hematócrito 37, VCM 102, HCM 39, plaquetas 148 000, proteinuria (35 mg/24 h), VSG 51, DHL 254, PCR 23 mg/dL, C3: 70 mg/dl, C4: 16 mg/dl. PCR-Sars-CoV2 negativa. TCT con vidrio deslustrado, bronquiectasias derechas por tracción, áreas de consolidación con broncograma aéreo y DPB (Figura 1). Diagnóstico: DP-LES resistente al tratamiento y NLA. Recibió tratamiento con pulsos de metilprednisona y rituximab.

Figura 1. TC de tórax: imagen en vidrio deslustrado, bronquiectasias derechas por tracción, áreas de consolidación con broncograma aéreo y DP bilateral.(C125)



Conclusión: La relación de NLA y DP-LES resistente al tratamiento es rara. No se han notificado casos de DP-LES resistente al tratamiento que preceda a la presentación de NLA.

Bibliografía

- Tselios K, Urowitz MB. Cardiovascular and pulmonary manifestations of systemic lupus erythematosus. *Curr Rheumatol Rev.* 2017;13:206.
- Ahuja J, Arora D, Kanne JP, et al. Imaging of pulmonary manifestations of connective tissue diseases. *Radiol Clin North Am.* 2016;54:1015.

C126

Vasculitis de sistema nervioso central en LES de aparición tardía

Morales-Castañeda WA, Miranda-Hernández DG

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La vasculitis del sistema nervioso central en el LES es una presentación poco frecuente, con manifestaciones clínicas diversas que requiere tratamiento radical para evitar las secuelas.

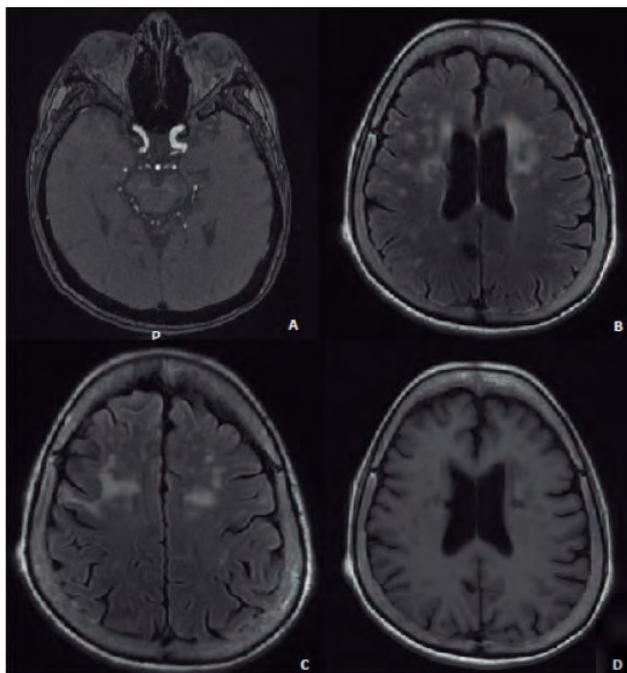
Objetivos: Describir un caso de vasculitis del SNC en paciente con LES de aparición tardía.

Material y métodos: Paciente del servicio de reumatología del CMN La Raza.

Resultados: Paciente femenina de 59 años, con antecedente de diabetes tipo 2 de 10 años de diagnóstico, control con metformina (850 mg/día). Inicia en mayo de 2020 con artritis en articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de ambas manos, rodillas y hombros. Tratada al principio con AINE, sin mejoría; por manifestaciones articulares e inmunológicas (FR: 102, ACCP: 424.70) se diagnosticó artritis reumatoide y se inició prednisona (5 mg/día), metotrexato (15 mg/sem). Con posterioridad presenta cuadro de inicio súbito de debilidad distal y proximal de extremidades superiores, déficit de atención y afasia nominal, y se solicitan estudios de extensión por afectación neurológica. RMN: zonas de gliosis confluentes frontoparietales y periventriculares bilaterales relacionadas con adelgazamiento del segmento M3/M4 derecho por vasculitis (Figura 1). Con anti-DNA (45.6; positivo), ANA (1:320 MG) e hipocomplementemia

(C3 71; C4 12), se reconsideró diagnóstico de lupus eritematoso sistémico. A dos semanas de iniciado el cuadro, se indica tratamiento con metilprednisolona (3 g) y rituximab, con mejoría de los síntomas.

Figura 1. Resonancia magnética de cráneo. En **A** se observan irregularidad y asimetría de las arterias cerebrales medias por adelgazamiento de los segmentos M3 y M4 derecho (3D T₂OF). En **B** y **C** (T₂ FLAIR) se observan múltiples imágenes hiperintensas subcorticales a nivel frontoparietal y periventricular, algunas con tendencia a la confluencia de predominio frontal y periventricular que incluye ganglios basales y que se observan hipointensas en T₁ (**D**). (C126)



Conclusiones: La vasculitis del sistema nervioso central se halla en < 10% de las necropsias de pacientes con LES y su prevalencia en LES de aparición tardía es aún menor. Las manifestaciones clínicas son variables, desde cefalea hasta crisis convulsivas. El realce y engrosamiento de la pared vascular en RMN son muy indicativos de vasculitis. La paciente contaba con factores de buen pronóstico, como el diagnóstico temprano, tratamiento radical y afección neurológica limitada.

Bibliografía

- Rodrigues M, Galego O, Costa C, Jesus D, Carvalho P, Santiago M, Malcata A, Inês L. Central nervous system vasculitis in systemic lupus erythematosus: a case series report in a tertiary referral centre. *Lupus*. 2017 Nov;26(13):1440-1447.

C127

Lupus eritematoso sistémico en varón. Reporte de un caso atípico

Novelo-Pérez JP¹, García-Ruvalcaba AJ¹, Lozano-Platas LI²

⁽¹⁾Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽²⁾Hospital General de Zona No. 67, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) se caracteriza por ser una entidad autoinmunitaria, de causa multifactorial, con una presentación

clínica diversa y evolución crónica que sin tratamiento es potencialmente letal, con una relación mujer:varón de 9:1 mundial.

Objetivos: Remarcar la importancia en la sospecha clínica de LES; un retraso en el diagnóstico da lugar a efectos en la morbimortalidad de los pacientes en los que la afección clínica no se sospecha debido a la falta de abordaje integral y oportuno.

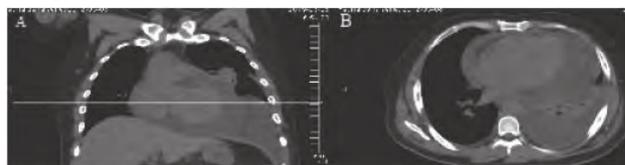
Material y métodos: Varón de 34 años de edad, con antecedente de emergencia hipertensiva con lesión renal secundaria previa; ingresó por síntomas consistentes con pericarditis más derrame pericárdico; durante su hospitalización se documentó alteración hematológica. Debido a la sospecha diagnóstica se solicitaron anticuerpos antinucleares (ANA) que resultaron positivos y con posterioridad se inició el tratamiento adecuado (**Tabla 1**).

Tabla 1. Resultados paraclínicos. (C127)

Paraclínicos	Resultado
Coombs directo	Positivo +++
Anticuerpos antinucleares (método IFA, HEP-2)	Positivo moteado 1:1 280
Anticuerpos anti-DNA nativo	Positivo
ANCA-c, ANCA-p	Negativo
VDRL	Negativo
Antígeno contra VIH	Negativo
Antígeno superficial VHB	Negativo
Anticuerpo VHC	Negativo

IFA, detección de anticuerpos por inmunofluorescencia; HEP-2, células Hep-2; DNA, ácido desoxirribonucleico; ANCA-c, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos tipo citoplasmático; ANCA-p, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos tipo perinuclear; VDRL, *Veneral Disease Research Laboratory* (Prueba de laboratorio para estudio de enfermedades venéreas); VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; VHB, virus de la hepatitis B; VHC, virus de la hepatitis C.

Figura 1. A. Corte coronal de tomografía simple de torax que evidencia aumento del diámetro mediastínico, derrame pleural derecho y derrame pericárdico. **B.** Corte axial de tomografía simple de torax que evidencia la magnitud del derrame pericárdico. (C127)



Resultados: La afectación de la función cardiovascular como inicio de los síntomas en pacientes con LES es rara. La lesión renal, las alteraciones dermatológicas, el dolor reumático y los episodios tromboembólicos son frecuentes en varones con LES; la influencia hormonal juega un papel importante en estas condiciones clínicas. El diagnóstico diferencial es fundamental para evitar las potenciales complicaciones multiorgánicas.

Conclusiones: El LES en varones se presenta con características clínicas atípicas. Actualmente no se cuenta con estudios epidemiológicos de gran efecto demográfico para demostrar los signos y síntomas más frecuentes de esta enfermedad en varones. Se necesitan estudios a futuro en relación con la prevalencia de esta entidad, así como el espectro clínico en varones mexicanos y sus efectos en la salud pública.

Bibliografía

- Kaul A, Gordon C, Crow Mm, Touma Z, Urowitz M, van Vollenhoven, et al. Systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Dis Primers* 2. 2016;16039:1-21. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.39>.
- Rees F, Doherty M, Grainge M, Davenport G, Lanyon P, Zhang W. The incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus in the UK, 1999-2012. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(1):136-141. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-206334>.

C128

Manifestaciones iniciales del lupus eritematoso sistémico en pacientes mujeres

Barrera-Rodríguez AA¹, Zamora-Tehozol EA¹, Galicia-Reyna NA²

⁽¹⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽²⁾R4MI, Instituto Mexicano del Seguro Social

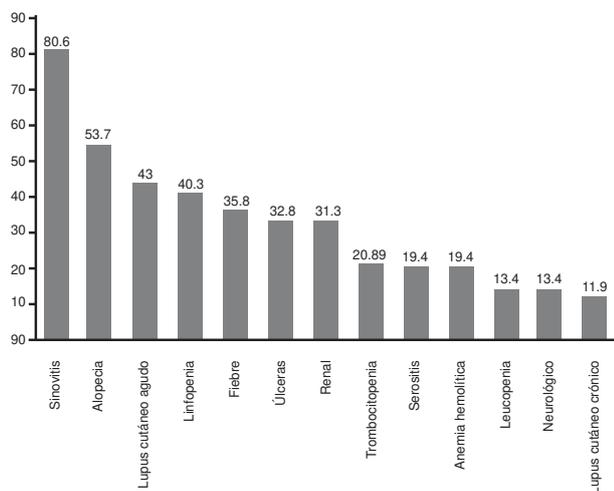
Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria con afectación sistémica y una relación de mujeres hombre de 9:1. En la población latina y del sureste mexicano (Caribe) la información es escasa.

Objetivos: Describir y comparar las manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda en hojas diarias de la consulta externa de reumatología del Hospital General # 1 Lic. Ignacio García Téllez, del 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2019; se incluyó a pacientes mujeres con diagnóstico de LES.

Resultados: Se obtuvo a 67 pacientes mujeres. La edad promedio fue de 28.8 años. Manifestaciones encontradas al momento del diagnóstico: sinovitis 80.6%, alopecia 53.7%, lupus cutáneo agudo 43%, linfopenia 40.3%, fiebre 35.8%, úlceras 32.8%, trastorno renal 31.3%, serositis 19.4%, anemia hemolítica 19.4%, trombocitopenia 19.4%, leucopenia 13.4%, lupus cutáneo crónico 11.9% y psicosis 5.9% (**Figura 1**); las pruebas inmunológicas fueron: anticuerpos antinucleares 73.1%, anti-DNA doble cadena 53.7%, hipocomplementemia 50.7%, anticuerpos antifosfolípidos 25.4%, Coombs directo 8.96% y anticuerpos anti-Smith 4.48%.

Figura 1. Distribución de frecuencias de las manifestaciones clínicas y hematológicas al momento del diagnóstico de LES (n = 67). Las cinco principales son sinovitis, alopecia, lupus cutáneo agudo, leucopenia-linfopenia y fiebre. (C128)



Conclusiones: Los resultados coinciden con lo informado por el grupo GLADEL en edad, sinovitis, manifestaciones cutáneas, neurológicas y renales, así como las inmunológicas, mas no en la anemia hemolítica, leucopenia y linfopenia, en que fue menor el porcentaje y completamente distintas de lo que notificaron Metri et al. Éste es el primer informe del sureste mexicano.

Bibliografía

1. Pons-Estel BA, Catoggio LJ, Cardiel MH, et al. Grupo Latinoamericano de Estudio del Lupus. *Medicine* (Baltimore). 2004;83(1):1-17.
2. Metry AM, Al Salmi I, Al Balushi F, et al. *Antinflamm Antiallergy Agents Med Chem*. 2019;18(2):142-150.

C129

Estrés oxidativo en lupus eritematoso sistémico: activo vs. inactivo

Balderas-Guerrero MB, Gallardo JM, Ramírez-Gil A, Vázquez-Zaragoza MA, Cruz-Rosales A, Valdés-Caballero P

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica. La actividad de la enfermedad se ha relacionado con desequilibrio del estrés oxidativo, con predominio de oxidantes y disminución de antioxidantes.

Objetivos: Establecer si existe correlación entre los valores de estrés oxidativo y la actividad de la enfermedad en mujeres con LES y comparar su comportamiento entre grupos activos, inactivos y un grupo control.

Material y métodos: Se incluyó a 78 mujeres, 52 de ellas con criterios de clasificación para LES de ACR/EULAR 2019; 26 mujeres en el grupo control. La actividad de la enfermedad se clasificó en activa e inactiva de acuerdo con SLEDAI. El estrés oxidativo se basó en la medición de antioxidantes: superóxido dismutasa (SOD), glutatión (GSH), vitamina C y los oxidantes óxido nítrico (NOX) y malondialdehído (MDA), productos tardíos de la glucosilación (AGE) y productos de la oxidación avanzada de proteínas (AOPP) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Diferencias en los marcadores oxidantes y antioxidantes de las pacientes aparentemente sanas con lupus eritematoso sistémico inactivo y activo. (C129)

Parámetro	AS * n = 26	Inactivos ** n = 21	Activos *** n = 29	P
NOX (uM)	1.98 ± 1.21	2.12 ± 1.44	3.13 ± 1.32	0.01 *vs*** 0.01 **vs***
MDA (uM)	8.34 ± 4.87	7.18 ± 5.14	7.46 ± 4.24	NS
AGE (UAF)	2.33 ± 1.07	2.93 ± 1.59	2.92 ± 1.57	NS
AOPP (uM)	33.6 ± 12.2	53.5 ± 12	58.3 ± 16.2	< 0.0001 *vs** < 0.0001 *vs*** NS ** vs***
SOD (%IDP)	40.9 ± 10.7	52.0 ± 9.15	51.4 ± 8.79	< 0.0001 *vs** < 0.0001 *vs*** NS ** vs***
Vitamina C (mM)	2.62 ± 0.82	3.26 ± 0.79	2.80 ± 0.64	0.015 *vs** NS *vs*** NS ** vs***
GSH (uM)	4.07 ± 0.64	4.37 ± 0.60	4.74 ± 0.70	0.0015 *vs*** NS *vs** NS **vs***

AS, sujetos aparentemente sanos; N, número de participantes; NOX, óxido nítrico; MDA, malondialdehído; AGE, productos tardíos de la glucosilación; UAF, unidades arbitrarias de fluorescencia; AOPP, productos de la oxidación avanzada de proteínas; SOD, superóxido dismutasa; GSH, glutatión; IDP: inhibición de pirogalol; X, promedio; DS, desviación estándar.

Resultados: En las pacientes con LES activo se encontraron valores significativamente elevados de NOX y AOPP (3.13 ± 1.32 uM y 58.3 ± 16.2 uM, respectivamente) en comparación con el LES inactivo y los controles. También se identificó elevación en SOD con LES activo (51.4% ± 8.79% IDP) y GSH en mayor cantidad; la vitamina C sin diferencias significativas.

Conclusiones: Los pacientes con LES activo tienen mayores cantidades de oxidantes en comparación con pacientes con lupus inactivo y el grupo aparentemente sano. Al contrario de lo notificado en otros estudios, los valores de antioxidantes (SOD y GSH) fueron mayores en el grupo de LES activo.

Bibliografía

1. Sam NB, Li BZ, Leng RX, Pan HF, Ye DQ. Circulating antioxidant levels in systemic lupus erythematosus patients: a systematic review and meta-analysis. *Biomark Med.* 2019;13(13):1137-52.
2. D Shah, N Mahajan, S Sah, SK Nath, B Paudyal. Oxidative stress and its biomarkers in systemic lupus erythematosus. *Journal of Biomedical Science.* 2014;21, article 23.

C130

Manifestaciones multisistémicas graves: debut de lupus eritematoso sistémico en hombres

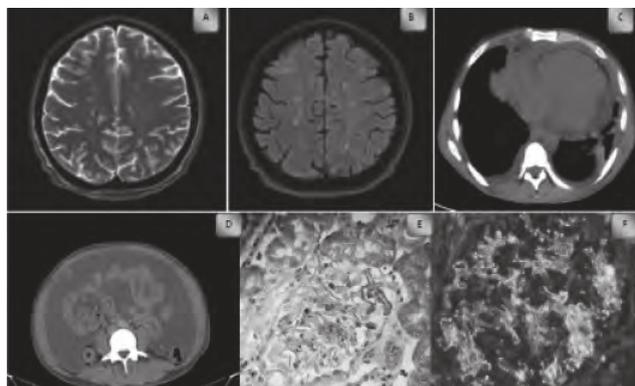
Guerrero-Solís C, Hadid-Smeke J, Irazoque-Palazuelos F, Amaya-Estrada JL, Tobar-Marcillo MA

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria, con producción de autoanticuerpos y manifestaciones sistémicas diversas, con marcada predilección en mujeres (7-9:1) debido a factores genéticos y hormonales. En hombres, las manifestaciones graves se han relacionado con peor pronóstico.

Objetivos: Paciente masculino de 29 años, casado y obrero. Sin antecedentes personales patológicos. Niega toxicomanías. Comenzó hace un año con síndrome consuntivo (20 kg), hiporexia, plenitud posprandial; hace tres meses, aumento de volumen abdominal, edema en extremidades inferiores, poliartritis simétrica, disminución de la fuerza muscular y disnea. Hace dos meses, fiebre 39° y ascitis de grado 3, derrame pleural izquierdo de 30%. Se registran anemia, linfopenia, hipoalbuminemia, hiperazoemia, elevación de la creatina cinasa, albuminuria (2 594 mg/día) y cilindros granulares. Gradiente de albúmina (GASA, 0.38), cultivo estéril. Panel viral negativo. Valorado en la unidad de los autores: se documentan desorientación e hiporreactividad, derrame pleural bilateral, ascitis a tensión, fuerza muscular 3/5, sinovitis en carpos, metacarpofalángicas e interfalángicas. Estudios de extensión: ECOTT (derrame pericárdico global, colapso cav, 50%), TAC (derrame pleural bilateral, ascitis, hepatoesplenomegalia), RMN (hiperintensidad-T2/FLAIR global y reforzamiento al contraste). Inmunológicos: C3 (34.5), C4 (7.8) ANA 4+ ribosomal DNAdc (1 443) anti-Sm 94.8, anti-RNP (109.18) aCL-IgG (76), anti-Ro (138), IgG 2 520, IgM 490. Toxoplasma IgM (> 400) con carga viral negativa. Biopsia renal: nefritis lúpica IV/V, actividad 18/24. Debido a manifestaciones graves (SNC, renal, miositis y serositis) se inició esteroide en pulsos, luego reducción de dosis y esquema con ciclofosfamida NIH (**Figura 1**).

Figura 1. A. Lesiones hiperintensas frontoparietales en T2. **B.** FLAIR y realce a contrastes de lesiones supratentoriales bilaterales. **C.** TAC de tórax con derrame pleural bilateral y pericárdico considerable. **D.** TAC abdominal con líquido libre abundante. **E.** Biopsia renal: tricrómico de Masson 40x, depósitos celulares extensos (asa de alambre). **F.** Patrón granular subepitelial y membranoso de IgG. (**C130**)



Resultados: En hombres con LES se presentan valores más bajos de testosterona/estradiol. Múltiples factores desencadenan un peor pronóstico, como en este caso; las manifestaciones diversas graves y multisistémicas representan un reto, así como retraso en el diagnóstico y tratamiento apropiado.

Bibliografía

1. Stephanie G Nantes, Jiandong Su, Ashneet Dhaliwal, Kenneth Colosimo, Zahi Touma. Performance of screening tests for cognitive impairment in systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology.* 2017.
2. Zimmermann N, Goulart Corrêa D, Almodovar Kubo T, Netto TM, Batista Pereira D, Paz Fonseca R, et al. Global cognitive impairment in systemic lupus erythematosus patients: a structural MRI study. *Clin Neuroradiol.* 2015.

C131

Infarto esplénico como manifestación inicial del síndrome antifosfolípido y lupus

Santiago-Manzano ME¹, Guillén-Durán CA²

⁽¹⁾Hospital General de Pachuca, ⁽²⁾ISSSTE Pachuca

Introducción: Tanto el lupus eritematoso sistémico (LES) como el síndrome antifosfolípido (SAF) son enfermedades autoinmunitarias, multiorgánicas, en las que puede haber compromiso vascular; ambas son más frecuentes en mujeres. Las manifestaciones digestivas son comunes en el LES, hasta 40% en la enfermedad activa; en el SAF es rara (1.5%) y se afectan más a menudo el hígado y el bazo. Se presenta el caso de un paciente masculino con infarto esplénico como manifestación inicial de LES y SAF.

Resultados: Paciente masculino de 18 años que presenta en abril de 2020 signos de abdomen agudo que exige hospitalización en el Hospital ISSSTE Ixmiquilpan; se realiza abordaje diagnóstico con tomografía de abdomen simple/contrastada y se documenta lesión hipodensa, bien definida, de bordes lisos, sin captación periférica, indicativa de infarto esplénico. Se realizan estudios complementarios; la leucocitopenia, la trombocitopenia y la prolongación de los tiempos de coagulación obligan a solicitar serología para LES/SAF, que es positiva y se confirma el diagnóstico. En la actualidad se halla bajo tratamiento con esquema de anticoagulación, azatioprina (100 mg/día), hidroxycloquina (200 mg/día) y prednisona en dosis de reducción. Se encuentra estable y sin datos de actividad de la enfermedad.

Conclusiones: El LES afecta a 0.1% de la población; alrededor de 30% de estos pacientes se relaciona con SAF, que se caracteriza por un estado de hipercoagulabilidad que puede desencadenar trombosis, algunas de estas potencialmente letales. Existen pocos informes de infarto esplénico vinculado con antifosfolípidos; en la LES, la autoesplenectomía o la asplenia funcional también son raras. Las causas no embólicas de infartos esplénicos son excepcionales, entre ellas estados trombofílicos como SAF, si bien se requiere un alto índice de sospecha.

Bibliografía

1. Uthman I, Khamashta M. The abdominal manifestations of the antiphospholipid syndrome. *Rheumatology.* 2007;46:1641-7.
2. Choi BG, Jeon HS, Lee SO, Yoo WH, Lee ST, Ahn DS. Primary antiphospholipid syndrome presenting with abdominal angina and splenic infarction. *Rheumatol Int.* 2002;22:119-21.

C132

Meningitis aséptica como manifestación debut en lupus eritematoso sistémico

Morales-Castañeda WA, Sánchez-González A, Miranda-Hernández DG

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La meningitis aséptica es uno de los 19 síndromes clínicos reconocidos como manifestaciones neuropsiquiátricas en LES.

Objetivos: Describir un caso de meningitis aséptica como manifestación inicial en el LES.

Material y métodos: Paciente del servicio de reumatología del CMN La Raza.

Resultados: Paciente femenina de 52 años. Inicia en 2017 con cuadro de meningitis, tratado al principio con antibioticoterapia, con secuela de epilepsia, pero sin determinación etiológica. El 23/10/2019 sufre cefalea holocraneal, EVA 6/10, opresiva, atenuada con paracetamol, fiebre 39°C, mioartralgias, desorientación, alteración en la nominación, semántica y dislalia, que siguió con crisis tónico-clónicas generalizadas. La punción lumbar mostró leucocitos 231, hipoglucoorraquia 60 mg, eritrocitos 121, leucocitos 10-15, PMN 60%, BAAr y Gram (-); RMN de encéfalo: realce leptomeníngeo, paquimeningitis y lesiones hiperintensas en diencéfalo; se administran ceftriaxona (2 g/12 h IV), vancomicina y aciclovir (700 mg/8 h IV) ante sospecha de proceso infeccioso y DFH, sin mejoría. Dada la falta de respuesta al tratamiento, se solicitaron pruebas de extensión: ANA (1:80 MF) y anti-DNA (722, positivo). Se concluyó LES y se inició tratamiento con metilprednisolona y rituximab, con remisión de los síntomas.

Conclusiones: La meningitis aséptica es una manifestación rara de LES, identificada en 1.4% a 2%, y es más rara como signo inicial. Puede relacionarse con la enfermedad *per se*, fármacos o infecciones virales. La clínica muestra cefalea, fiebre, irritación meníngea y alteraciones neurológicas diversas. El diagnóstico es de exclusión, basado en clínica, alteraciones del líquido cefalorraquídeo y estudios de imagen. El tratamiento debe incluir esteroides a dosis altas e inmunosupresión con ciclofosfamida o rituximab.

Bibliografía

1. Tsukamoto M, Shimamoto M, Terashima T, et al. Aseptic meningitis with systemic lupus erythematosus: case report and review of the literature. *Arch Rheumatol.* 2018;34(1):108-111.
2. Al Mahmeed N, El Nekidy W, Langah R, et al. Meningitis as the initial manifestation of systemic lupus erythematosus. *ID Cases.* 2020;21, e00904.

C133

Manifestaciones gastrointestinales como debut en paciente con lupus eritematoso sistémico

Hernández-Pérez C, Pérez-Cristóbal M, Galicia-Lucas UJ, Enríquez-Luna A, Sánchez-Toxqui Y

Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

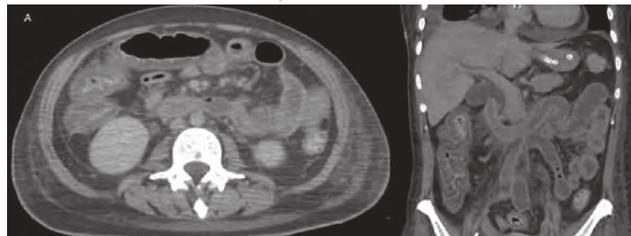
Introducción: Las manifestaciones gastrointestinales consecutivas al lupus eritematoso sistémico son infrecuentes y se reconocen en el 10% de los pacientes; las más comunes son vasculitis mesentérica, enteropatía perdedora de proteínas, seudoobstrucción intestinal y pancreatitis aguda.

Objetivos: Describir un caso de manifestaciones iniciales de tipo gastrointestinal en un paciente con diagnóstico reciente de lupus eritematoso sistémico.

Resultados: Mujer de 39 años. Inició padecimiento con edema en esclavina, parálisis del VI par craneal junto con disminución de la agudeza visual en ojo derecho; se evidencia trombosis de carótida derecha y vena cava superior y se inicia anticoagulación. Paraclínicos con ANA 1:640 moteado fino, hipocomplementemia, anticoagulante lúpico, anticardiolipina y anti-DNA positivos. Se agregó síndrome doloroso abdominal en relación con náusea y emesis de contenido gastrointestinal, USG y TAC abdominal con ascitis y pancolitis (**Figura 1**). Se eleva más de tres veces el valor basal de lipasa y amilasa y se concluye suboclusión intestinal y pancreatitis autoinmunitaria; se excluyeron otras causas. Hipoalbuminemia atribuible de forma inicial a proteinuria no nefrótica (2.3 g/día), pero el estudio de gammagrama revela extravasación de albúmina radiomarcada desde íleon hasta

colon descendente en relación con enteropatía perdedora de proteínas. Se concluyó LES vinculado con manifestaciones gastrointestinales, nefropatía lúpica y síndrome antifosfolípido. Se inició tratamiento con esteroides e inmunoglobulina intravenosa con adecuada respuesta al tratamiento.

Figura 1. Cambios consistentes con proceso inflamatorio colónico generalizado con predominio en el segmento ascendente y presencia de líquido libre en la cavidad. Cortes axial y coronal. (C133)



Conclusiones: En esta paciente predominaron las manifestaciones gastrointestinales en el contexto de gran actividad de la enfermedad. La pancreatitis complicada puede elevar la mortalidad hasta el 45%, la seudoobstrucción en 18% y la vasculitis mesentérica hasta en 50%, por lo que es importante el diagnóstico temprano y el tratamiento basado sobre todo en glucocorticoides e inmunosupresores.

Bibliografía

1. Li Z, Xu D, Wang Z, Wang Y, Zhang S, Li M, Zeng X. Gastrointestinal system involvement in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2017 Oct;26(11):1127-1138.
2. Fawzy M, Edrees A, Okasha H, El Ashmaui A, Ragab G. Gastrointestinal manifestations in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2016 Nov;25(13):1456-1462.

C134

Volumen plaquetario medio e índices hematológicos en el síndrome antifosfolípido

Llorente-Chávez A, Hernández-Molina G, Martín-Nares E, Núñez-Álvarez C

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El volumen plaquetario medio (VPM) es un marcador de la función plaquetaria y un predictor de riesgo cardiovascular. El índice plaquetas/linfocitos (PL) y neutrófilos/linfocitos (NL) son indicadores de inflamación y riesgo de trombosis.

Objetivos: Evaluar el VPM y los índices PL y NL en pacientes con SAF primario de acuerdo con el fenotipo trombótico o hematológico y valorar su variación en el episodio agudo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 96 pacientes con SAF primario según los criterios de Sydney o pacientes con trombocitopenia o anemia hemolítica autoinmunitaria que cumplieran con los criterios de Sydney serológicos. Se registró el VPM y los índices ya mencionados al ingreso a la institución (basal) y en el episodio agudo (trombosis o trombocitopenia).

Resultados: Un VPM basal más bajo y un índice PL más alto caracterizaron al grupo trombótico (n = 74). El área bajo la curva para el índice PL inicial fue de 0.82 (p < 0.001): SE 69%, SP 91%, VPP 96%, VPN 74%, LR + 13.67 y LR- 0.19. Al episodio agudo, ambas aumentaron. En la trombocitopenia (n = 66) se tuvo un VPM basal más alto y un índice PL más bajo. Durante el episodio agudo, el índice PL decreció más. El área bajo la curva para el VPM fue de 0.64 (p = 0.02): SE 44%, SP 92%, VPP 86%, VPN 40%, LR+ 3.3 y LR- 0.85.

Conclusiones: El VPM basal y el índice PL pueden ayudar a identificar a los pacientes con SAF primario según sea su fenotipo trombótico o hematológico. Dichos índices se modifican durante el episodio agudo.

Bibliografía

1. Korkmaz S, Uslu AU, Sahin S, et al. Is there a link between mean platelet volume and thrombotic events in antiphospholipid syndrome. *Platelets*. 25 (2014) 343-347.
2. Rupa-Matysek J, Gil L, Wojtasinska E, et al. The relationship between mean platelet volume and thrombosis recurrence in patients diagnosed with antiphospholipid syndrome. *Rheumatol Int*. 34 (2014) 1599-1605.

C135

Anemia aplásica como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico

Tovar-Torres S, Flores-Agredano S, Portillo-Hernández P, Ricaño-Rocha R

Hospital Escandón

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad sistémica autoinmunitaria con compromiso de diferentes sistemas.

Objetivos: Las alteraciones hematológicas se presentan en los pacientes y en este caso se describe un caso de anemia aplásica.

Material y métodos: Paciente femenino de 26 años, referida de hospital del IMSS de Jalapa en febrero del 2020 con diagnóstico de LES que satisfacía los criterios inmunológicos, mucocutáneos, renales, hematológicos y neurológicos. Ingresa a la unidad de cuidados intensivos por estado epiléptico y choque séptico. Se inicia tratamiento con pulsos de 1 g de metilprednisolona, fenitoína y antibiótico de amplio espectro. Debido a la insuficiencia respiratoria y estado epiléptico se requiere tratamiento avanzado de la vía aérea. En el hemograma se encuentra disminución gradual de todas las líneas celulares en cuatro días que apoyan el diagnóstico de anemia aplásica.

Como protocolo diagnóstico diferencial de síndrome mieloproliferativo por pancitopenia se realiza aspirado de médula ósea y mielocultivo en el que se informa aplasia medular y se descarta proceso maligno o infeccioso medular. El hematólogo determina anemia aplásica inducida por actividad lúpica y se indica tratamiento con ciclofosfamida por actividad neurológica, renal y hematológica. Tras la mejoría se retira ventilación mecánica, ya sin criterios de sepsis y se recuperan valores de las líneas celulares. Por la nefritis lúpica se la cita para cinco sesiones más de ciclofosfamida.

Resultados: La anemia aplásica es una manifestación poco común en el LES; en la búsqueda bibliográfica sólo se encontró un informe de 27 casos en el plano mundial.

Conclusiones: Se requiere diagnóstico diferencial con síndromes mieloproliferativos e infecciones.

Bibliografía

1. Tagoe C, Shah A, Yee H, Belmont M. Aplastic anemia in systemic lupus erythematosus: a distinct presentation of acquired aplastic anemia. *J Clin Rheumatol*. 2001;7(6): 377-383.
2. Anderson E, Shah B, Davidson A, Furie R. Lessons learned from bone marrow failure in systemic lupus erythematosus: case reports and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 2018;48(1): 90-104.

C136

Prolactina como marcador de enfermedad activa en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Medina-Castillo J, Becerra-Márquez AM, Ramos-Sánchez MA, Grageda-Portes DO, Ortiz-Treviño L

Centro Médico Noreste, Hospital de Especialidades No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La prolactina desempeña un papel en la patogenia de las enfermedades autoinmunitarias, incluido el lupus eritematoso sistémico

(LES) en el que se han notificado valores séricos aumentados durante la enfermedad activa.

Objetivos: Determinar la correlación entre los valores de prolactina y la actividad de la enfermedad en mujeres con LES.

Material y métodos: Estudio de tipo transversal y analítico en el que se incluyó a mujeres, con edad ≥ 18 años y diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (según ACR/EULAR 2019) en las cuales se determinó la prolactina sérica y se evaluó la enfermedad con el Índice de Actividad del Lupus Eritematoso Sistémico Mexicano (MEX-SLEDAI). Se realizó el análisis univariado y bivariado y se determinó el coeficiente de correlación con rho de Spearman; se consideró significativa una $p < 0.05$. Se empleó el programa SPSS versión 25.0.

Resultados: Se incluyó a 55 pacientes, 10 (18.1%) tenían MEX-SLEDAI < 7 y 45 (81.8%) > 7 . Se encontró una correlación débilmente positiva con rho de Spearman de 0.298 ($p = 0.201$) entre los valores de prolactina sérica y el MEX-SLEDAI. Los sujetos que presentaban enfermedad activa tenían un 80% de manifestaciones renales y hematológicas.

Conclusiones: No se encontró correlación entre la enfermedad activa definida por MEX SLEDAI ≥ 7 puntos y los valores de prolactina sérica ≥ 20 ng/ml.

Bibliografía

1. Jacobi A, Rohde W, Ventz M, Riemekasten G, Burmester G, Hiepe F. Enhanced serum prolactin (PRL) in patients with systemic lupus erythematosus: PRL levels are related to the disease activity. *Lupus*. 2001;10(8):554-561.
2. Song G, Lee Y. Circulating prolactin level in systemic lupus erythematosus and its correlation with disease activity: a meta-analysis. *Lupus*. 2017;26(12):1260-1268.

C137

Lupus eritematoso sistémico y poliautoinmunidad

Ramírez-Morales R, Solórzano-Flores SY, Martínez-Martínez LA, Vargas-Guerrero A

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La poliautoinmunidad es la presencia de más de una enfermedad autoinmunitaria (EAI) bien definida en un paciente.

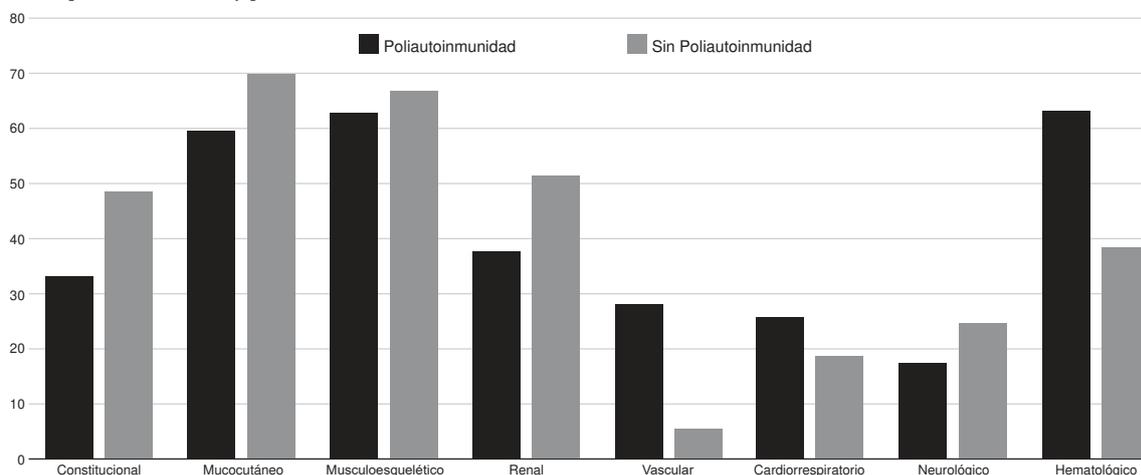
Objetivos: Describir la frecuencia de poliautoinmunidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedades coexistentes, manifestaciones clínicas y autoinmunidad familiar.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal de pacientes con LES (según los criterios del *American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism* del 2019), valorados en la consulta de reumatología de septiembre a diciembre de 2019. Se interrogó la autoinmunidad familiar y se revisó el expediente. Variables de interés: EAI, características demográficas y manifestaciones clínicas. Se realizó análisis descriptivo y se utilizó χ^2 , prueba exacta de Fisher, correlación de Pearson o Spearman, según correspondiera.

Resultados: Se incluyó a 132 pacientes con LES; 60 (45.5%) con poliautoinmunidad y 54 (90%) mujeres. Dos EAI en 44 (73.3%) y síndrome de autoinmunidad múltiple (> 3 EAI) en 16 (26.7%). Las coexistencias más frecuentes fueron síndrome antifosfolípidos (SAF) en 29 (48.3%), enfermedad tiroidea en 26 (43.3%), artritis reumatoide en 8 (13.3%), síndrome de Sjögren en 7 (11.7%), esclerosis sistémica en 5 (8.3%) y miopatías inflamatorias en 2 (3.3%). No se encontró nexo con la autoinmunidad familiar (poliautoinmunidad 44.6% vs. nula poliautoinmunidad 32.4%; $p = 0.112$). El compromiso hematológico fue más frecuente en pacientes con poliautoinmunidad 63.2% (vs. poliautoinmunidad nula 38.6%; $p = 0.005$), así como el vascular (poliautoinmunidad 28.1% vs. nula poliautoinmunidad 5.8%; $p = 0.001$) (**Figura 1**).

Conclusiones: La poliautoinmunidad fue frecuente en pacientes con LES (45.5%); el SAF es la afección más vinculada; y el compromiso hematológico y vascular se observó con más frecuencia en la poliautoinmunidad. No

Figura 1. Compromiso en el LES y poliautoinmunidad.(C137)



se relacionó la poliautoinmunidad con autoinmunidad familiar. Se amplía el grupo y valora la influencia de la poliautoinmunidad en la actividad de la enfermedad.

Bibliografía

1. Anaya JM. The diagnosis and clinical significance of polyautoimmunity. *Autoimmun Rev.* 2014 Apr-May;13(4-5):423-6. doi: 10.1016/j.autrev.2014.01.049.
2. Ordóñez-Cañizares MC, Mena-Vázquez N, Redondo-Rodríguez R, Manrique-Arija S, Jiménez-Núñez FG, Ureña-Garnica I, Fernández-Nebro A. Frequency of polyautoimmunity in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *J Clin Rheumatol.* 2020 Sep 18. doi: 10.1097/RHU.0000000000001574.

C138

Pancreatitis como manifestación de lupus eritematoso sistémico

Dueñas-Zambrano MA, Vargas-Avilés AS

Hospital Juárez de México

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) en el lupus eritematoso sistémico (LES) tiene una incidencia anual de 0.4-1.1/1 000 pacientes. Las principales causas etiológicas son alcohol y litiasis, pero la PA relacionada con LES puede ocurrir por producción de autoanticuerpos, vasculitis, microtrombosis, entre otros.

Objetivos: Describir a siete pacientes con LES (criterios ACR y SLICC 2012) y pancreatitis aguda que ingresaron al servicio de reumatología.

Resultados: Edad promedio de los pacientes, 24 años (22-29); género femenino en 6 (85.7%); tiempo de evolución de LES de 3.8 años (1 a 7), SLE-DAI de 19 puntos (12-19). El 100% de los pacientes refirió dolor abdominal relacionado con PA, náusea en 71.42% y vómito en 85%. El 100% mostró síntomas cutáneos, los trastornos hematológicos ocurrieron en 6 pacientes (85.71%), y serositis y afección articular en 5 (71.42%). Se evidenció nefritis lúpica en 4 casos (57.14%), y afección pulmonar en 2 pacientes (28.57%), 1 con neumopatía intersticial y 1 con hemorragia alveolar. Un paciente presentó en el plano neurológico meningitis aséptica y luego desarrolló síndrome de encefalopatía posterior reversible. El tratamiento en 4 pacientes (57.14%) incluyó metilprednisolona y ciclofosfamida, y en 2 pacientes (28.57%) se utilizó metilprednisolona y rituximab. En el paciente con hemorragia alveolar se indicó tratamiento con plasmaféresis sin respuesta favorable.

Conclusiones: La pancreatitis aguda en esta serie de casos se vinculó principalmente con manifestaciones hematológicas, articulares y serosas.

Se consideró secundaria a la actividad de LES. El tratamiento con glucocorticoides e inmunosupresores mejora el pronóstico de los pacientes.

Bibliografía

1. Dima A, Vasile D, Jurcut C, Jinga M. Systemic lupus erythematosus-related acute pancreatitis. *Lupus.* 2021 Jan;30(1):5-14.
2. Li Z, Xu D, Wang Z, Wang Y, Zhang S, Li M, et al. Gastrointestinal system involvement in systemic lupus erythematosus. *Lupus.* 2017; 26:1127-1138.

C139

Nefritis lúpica limitada al riñón. Presentación de 5 casos y revisión de la literatura

Ruiz-Leija I, Borjas-García JA, Martínez-Morales HA, Abud-Mendoza C

Grupo de Estudio Potosino de Nefritis Lúpica “Lunpos”, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: La nefritis lúpica limitada al riñón es una entidad muy rara que se caracteriza por nefritis lúpica confirmada por biopsia renal, sin manifestaciones extrarrenales, con anticuerpos antinucleares negativos y valores normales de complemento.

Objetivos: Presentación de cinco casos y revisión de las publicaciones médicas.

Material y métodos: Presentación de cinco pacientes y revisión de casos publicados en PubMed, Cochrane Library y Google Scholar utilizando los términos “Renal-Limited Lupus-Like Nephritis,” “Lupus-like nephritis”, “Renal Limited Lupus” y “Full-House Nephritis”.

Resultados: Se presentan los casos de tres mujeres (edades, 24, 61 y 68 años) y dos hombres (edades, 31 y 41 años), que se presentaron con síndrome nefrótico (dos con deterioro función renal), sin manifestaciones extrarrenales de lupus eritematoso sistémico, valores normales de C3 y C4, así como AAN y anti-dsDNA negativos. Biopsia renal: NL clase V con inmunorreactantes por IF de “casa llena”. Sólo una paciente tuvo seroconversión de anticuerpos a ocho años de seguimiento durante el embarazo. Todos los pacientes recibieron tratamiento inmunosupresor de acuerdo con guías, con respuesta variable.

Se identificaron 54 casos notificados en las publicaciones médicas de NL limitada al riñón, 57% en mujeres, con edad media de 36 años (16-67 años), predominantemente de clases proliferativas: 55% clase IV, 14.8% clase III, 14.8% clase IV + V, 7.4% clase V. Presentación clínica: hematuria, proteinuria y síndrome nefrótico. La mayoría de los pacientes tuvo mal pronóstico con avance y deterioro de clase funcional.

Conclusiones: A diferencia de los cinco casos presentados, la mayor parte de las clases informadas en la bibliografía es proliferativa y responde al tratamiento inmunosupresor, pero el desenlace renal suele ser malo; pocos experimentan seroconversión al seguimiento.

Bibliografía

1. Touzot M, Terrier CS, Faguer S, et al. Proliferative lupus nephritis in the absence of overt systemic lupus erythematosus: a historical study of 12 adult patients. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(48):e9017.
2. Huerta A, Bomback AS, Liakopoulos V, et al. Renal-limited lupus-like nephritis. *Nephrol Dial Transplant*. 2012;27:2337-42.

C140

Cirrosis biliar primaria en paciente con lupus eritematoso sistémico (LES)

Santiago-Manzano ME¹, Guillén-Durán CA²

⁽¹⁾Hospital General de Pachuca, ⁽²⁾ISSSTE Pachuca

Introducción: Hasta 50% de los pacientes con LES sufre anomalías del perfil hepático en algún momento de su evolución. El compromiso hepático en el lupus puede deberse a actividad, fármacos hepatotóxicos o favorecedores de esteatohepatitis, sobreposición con otras enfermedades autoinmunitarias o incluso hepatitis viral. Se observan esteatosis hepática (72.6%), hiperplasia nodular regenerativa (6.8%), hepatitis virales (4.1%), cirrosis biliar primaria (CBP) (2.7%) y hepatitis autoinmunitaria (2.7%). Se presenta el caso de CBP en un paciente con LES.

Resultados: Paciente femenino de 48 años, con diagnóstico de LES en 2010 (hematológico-mucocutáneo-articular) y tratamiento inicial con prednisona (PDN) a dosis baja en reducción, azatioprina (AZA) y antipalúdico, con adecuada respuesta. Cursa sin actividad y se continúa el antipalúdico hasta octubre de 2016, cuando la afectación hematológica y el eritema nodoso en extremidades inferiores obligan a administrar metilprednisolona 1 g (3); con posterioridad PDN a dosis media, AZA y antipalúdico, con buena respuesta. Colectomía en diciembre 2017 por datos de colestasis y tomografía abdominal con litiasis vesicular. En marzo 2018 presenta ictericia, prurito, esteatorrea y persiste el patrón colestásico con fosfatasa alcalina (650), inmunoglobulina G (2 200), anticuerpos antimitocondriales (1:160), serología negativa para síndrome antifosfolípido; en abril de 2018 biopsia hepática: inflamación en áreas portaes y periportaes (CBP fase histológica 2). Inicia seguimiento en gastroenterología; actualmente con actividad baja de LES.

Conclusiones: La CBP es una enfermedad hepática crónica caracterizada por inflamación y destrucción progresiva de conductillos biliares y colestasis concomitante. Se presenta en 2.7% de los pacientes con LES. Edad de presentación más frecuente: 40-60 años, 90% correspondiente a mujeres. A su vez, del total de los casos de CBP, menos del 5% se relaciona con LES. La evolución lenta e insidiosa propicia un diagnóstico tardío. Ante un cuadro de colestasis en un paciente con LES debe considerarse CBP.

Bibliografía

1. Schlenker C. Rheumatologic disease and the liver. *Clin Liver Dis*. Elsevier Ltd; 2011;15(1):153-64.
2. Dubois. *Lupus erythematosus and related syndromes*. Elsevier, 8va ed., 2012.

C141

Mielitis longitudinal refractaria como manifestación grave de lupus eritematoso sistémico

Veloz-Aranda JA¹, García-Cázares R², Bermúdez-Barrientos CG³, Rodríguez-Valencia N³

⁽¹⁾Departamento de Reumatología, Hospital Regional ISSSTE León, Gto. México, ⁽²⁾Departamento de Neurología, Coordinación de Medicina Interna, Hospital Regional ISSSTE León, Gto. México, ⁽³⁾Médico Residente de Medicina Interna, Hospital Regional ISSSTE León, Gto. México

Introducción: Se trata de un paciente de 19 años con antecedente de lupus eritematoso sistémico según criterios ACR/EULAR 2018 (eritema malar, úlceras orales, alopecia, glomerulonefritis clase IV, aumento de anti-DNA, hipocomplementemia), con tratamiento estable con micofenolato de mofetilo (2.5 g/24 h), tacrolimus (2 g/24 h) y prednisona (10 mg/24 h). **Objetivos:** Se informa este caso en virtud de la escasa frecuencia de esta complicación neurológica del lupus, así como la escasez de esquemas de tratamiento efectivos.

Material y métodos: Hospitalizada por exacerbación de tres días de evolución basada en diplopía, afasia motora, cefalea, paraplejía simétrica con nivel sensitivo en T5, pérdida del control de esfínteres; además, presentó alopecia, úlceras orales y descontrol tensional. Se inició estudio que identificó hiperazoemia, sedimento urinario activo y proteinuria. Se valoró en el servicio de neurología con resonancia magnética con hallazgo de hiperintensidad intramedular desde T3 hacia el cono medular. Comenzó tratamiento con pulsos de metilprednisolona hasta completar 5 g y después se iniciaron bolos de ciclofosfamida de 1 g cada mes.

Resultados: Tras la evaluación continua no se registró mejoría a los tres meses de tratamiento y persistieron nivel sensitivo en T7, paraplejía y falta de control de esfínteres. Se indicó rituximab (1 g) como dosis inicial y una segunda dosis dos semanas después. A los seis meses tras el inicio del cuadro se observó mejoría con respecto a la actividad renal, pero sin recuperación neurológica y con espasticidad en miembros pélvicos; se

Figura 1. Resonancia magnética torácica simple en secuencia T1 sagital con efecto mielográfico, en la cual la médula dorsal muestra hiperintensidad y señal intramedular de T3 hasta el cono medular. (C141)



realizó nueva resonancia magnética que reveló médula torácica y lumbar con atrofia sin lesiones activas.

Conclusiones: Se mantiene en rehabilitación y tratamiento de mantenimiento con micofenolato de mofetilo, tacrolimus y prednisona.

Bibliografía

1. Tobin WO. Longitudinally extensive transverse myelitis. *Curr Opin Neurol.* 2014;27:279-289.
2. Chiganer EH. Mielitis y lupus: clínica, diagnóstico y tratamiento. *Revisión. Reumatol Clin.* 2016. doi.org/10.1016/j.reuma.2016.06.004.
3. Li XY. Myelitis in systemic lupus erythematosus. *Journal of Clinical Neuroscience.* 2017;18-22 19.

C142

Hemorragia alveolar difusa como manifestación de lupus eritematoso sistémico

Durán-Cordero A, Montes de Oca-Pineda HC, Landa-Vázquez DB, Uribe-López Pérez E, Melchor-Duarte AC

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una complicación poco frecuente, pero representa una de las manifestaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivos: Describir las características clínicas, tratamiento y evolución de un caso de HAD secundaria a LES.

Material y métodos: Paciente femenino de 21 años de edad con LES de dos años de diagnóstico. Inició cuadro clínico con dolor torácico, disnea y palpitations, ingresa a medicina interna con hemoglobina 5.9 g/dl, leucocitos 11 200/uL, neutrófilos 7 280/uL, linfocitos 2 553/uL, urea 28.9 mg/dl, creatinina 0.6 mg/dl y EGO normal. Se solicitaron estudios complementarios y TC de tórax que mostró infiltrados alveolares bilaterales y se

Figura 1. Radiografía y TC de tórax que revelan radioopacidades difusas brillantes y zonas de afectación peribroncovascular bilateral de aspecto algodonoso. (C142)



iniciaron bolos de metilprednisolona (**Figura 1**); estudios de laboratorio: Coombs directo negativo, DHL 453 uL, BT 0.8 mg/dl, C3 52 mg/dl, C4 4 mg/dl, ac. anti-DNA 180 UI/mL y ANA positivo. A las 48 horas muestra dolor precordial, mayor disnea y hemoptisis; control de BH: hemoglobina 4.8 g/dl pese a transfusión de 2 CE, leucocitos 8 000/uL, neutrófilos 7 100/uL, linfocitos 400/uL; se realizó ECOTT que muestra infiltración miocárdica e hipercogenidad en rayos de sol en relación con fibrosis pericárdica. Se administró inmunoglobulina IV con una dosis total 125 g y anti-CD20, sin mejoría; el deterioro respiratorio continuó y requirió AMV, evoluciona a SIRA grave y muere a las 48 horas.

Resultados: La patogenia de la HAD se desconoce; sin embargo, se caracteriza por alta actividad de la enfermedad, depósito de inmunocomplejos alveolares y capilaritis. En clínica se presenta con la triada habitual: hemoptisis, descenso del hematocrito e infiltrados pulmonares.

Conclusiones: Debido a la baja incidencia no hay publicaciones que comparen el tratamiento, lo que contribuye a un mal pronóstico.

Bibliografía

1. Kazzaz NM, Coit P, Lewis EE, McCune WJ, Sawalha AH, Knight JS. Systemic lupus erythematosus complicated by diffuse alveolar haemorrhage: risk factors, therapy and survival. *Lupus Sci Med.* 2015;2(1).
2. Martínez-Martínez MU, Abud-Mendoza C. Hemorragia alveolar difusa en pacientes con lupus eritematoso sistémico: manifestaciones clínicas, tratamiento y pronóstico. *Reumatol Clin.* 2014;10(4):248-53.

C143

Osteonecrosis en paladar duro: una manifestación rara de LES

Bermúdez-Benítez E, Aranda-Fraustro A, Vargas-Guerrero A, Ángeles-Acuña A

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La osteonecrosis es una entidad clínica caracterizada por la muerte de la médula ósea y el hueso trabecular como resultado de un deficiente suministro arterial. Puede aparecer en relación con medicamentos como los bifosfonatos o junto con factores de riesgo como el lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivos: Mujer de 58 años de edad con diagnóstico de LES desde 2008 en tratamiento con prednisona (5 mg) e hidroclicloroquina. Insuficiencia mitral; osteoporosis tratada de 2014 a 2016 con bisfosfonatos, actualmente con calcio y vitamina D. Un mes antes de la consulta inició con herpes facial, dolor ocular izquierdo, disfagia y úlcera en paladar duro. Se trató con aciclovir por siete días, que mejoró las lesiones faciales y la expansión de la úlcera oral.

Material y métodos: L exploración física mostró lesión extensa y profunda en el paladar duro con pérdida de la mucosa, bordes irregulares, poco dolorosa y ligeramente edematosa. Análítica con anemia 10.6 g/dL, linfopenia 0.7103/dL PCR 29 mg/L, C3 83.4 mg/dL y C4 16 mg/dL. SLEDAI 2K: 4 puntos.

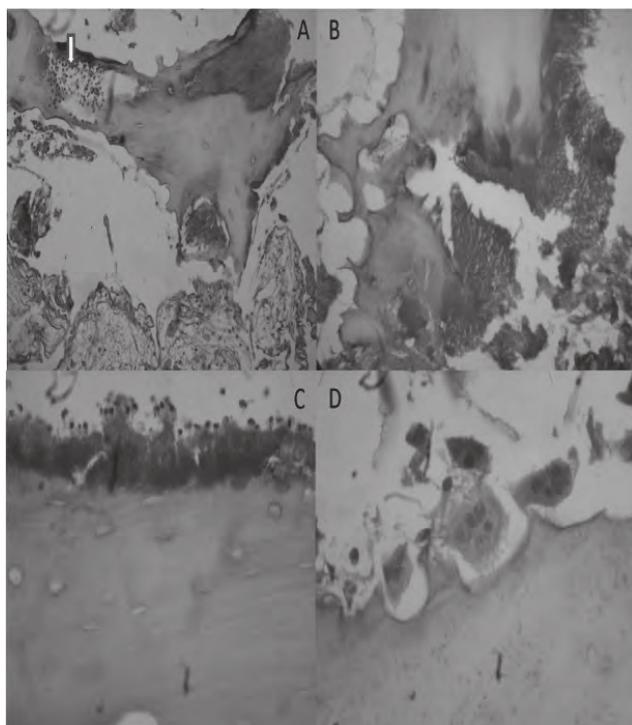
Resultados: Se demostró por biopsia osteonecrosis, con necrosis fibrinoide y leucocitos polimorfonucleares en los bordes corticales y remodelación ósea por la proliferación de osteoclastos (**Figura 1**). Se realizó TAC del macizo facial en la que identificó un defecto de paladar blando izquierdo y erosión de la lámina perpendicular del hueso palatino ipsolateral que comunica nasofaringe y orofaringe.

Conclusiones: La osteonecrosis debe considerarse sobre todo en presencia de factores de riesgo como infección, actividad del LES y consumo de fármacos (glucocorticoides y bisfosfonatos). Es necesario complementar con estudio de imagen en el abordaje diagnóstico.

Bibliografía

1. Caramaschi P, Biasi D, Dal Forno I & Adami S. Osteonecrosis in systemic lupus erythematosus: an early, frequent, and not always symptomatic complication. *Autoimmune diseases.* 2012, 725249. https://doi.org/10.1155/2012/725249.

Figura 1. **A:** Fotomicrografía del hueso trabecular en color rosa, abajo en blanco con “aspecto espumoso” y la médula mal conservada, carente de células hematopoyéticas. El hueso muestra áreas de color morado con “aspecto fibrilar”. Hay una zona de hueso infiltrada por leucocitos polimorfonucleares (flecha) (H-E, 4x). **B:** Fotomicrografía del hueso en la zona de necrosis en que se observa un material morado de “aspecto fibrilar” dado que se asemeja a una “red”. Corresponde a las zonas de necrosis ósea (H-E, 10 x). **C:** Fotomicrografía de la periferia de una trabécula ósea en color rosa y necrosis fibrinoide en color morado que se acompaña de infiltrados de leucocitos polimorfonucleares en el borde (H-E, 40 x). **D:** Fotomicrografía del borde de la trabécula ósea que muestra células gigantes multinucleadas que corresponden a osteoclastos; indican un proceso de remodelación ósea (H-E, 100x). (C143)



C144

Cirrosis hepática alcohólica y lupus eritematoso sistémico: caso clínico

Soto-Santillán P, Paulino-Camacho G

Servicio de Medicina Interna, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmunitaria sistémica heterogénea con diversas manifestaciones clínicas. Las manifestaciones gastrointestinales se presentan en 20% a 50%; pese a las anomalías hepáticas en pacientes con lupus, el desarrollo de enfermedad hepática crónica es raro.

Objetivos: Presentación de caso clínico.

Material y métodos: Paciente femenino de 52 años de edad con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico diagnosticado a los 31 años de edad, con consumo habitual de alcohol y dependencia de éste a razón de tres bebidas alcohólicas al día, durante siete años, quien acude a la unidad médica por incremento del perímetro abdominal, astenia y adinamia; se encuentra eritema malar, úlceras orales, artritis en MCF, eritema palmar; el ultrasonido abdominal revela cirrosis hepática; la paracentesis

diagnóstico-terapéutica muestra GASA > 1.1, hipocomplementemia y leucopenia; se descartó infección por VIH, VHB y VHC, y se integraron los diagnósticos de cirrosis hepática de causa alcohólica: Child-Pugh B, MELD 19, SLEDAI 10; se inicia tratamiento inmunosupresor, además de restricción de sodio en la dieta, diurético y profilaxis de peritonitis bacteriana espontánea.

Resultados: Esta paciente presentaba compromiso hepático no relacionado con LES, pero estos individuos pueden desarrollar afectación hepática no vinculada con la actividad de la enfermedad de diversa causa; en el caso de la coexistencia de LES y cirrosis, SIRA estos pacientes deben tratarse con las mismas recomendaciones propuestas para la población general.

Conclusiones: Los pacientes con LES y cirrosis hepática requieren una atención multidisciplinaria con la finalidad de reducir la morbimortalidad.

Bibliografía

- González-Regueiro JA, Cruz-Contreras M, Merayo-Chalico J, Barrera-Vargas A, Ruiz-Margáin A, Campos-Murguía A, et al. Hepatic manifestations in systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2020 Jul;29(8): 813-824. doi: 10.1177/0961203320923398. Epub 2020 May 9. PMID: 32390496.

C145

Dermatomiositis amiopática. Reporte de un caso

Arcos-Cruz M, Catalán-Sánchez T, Yáñez-Sánchez P

Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La dermatomiositis juvenil es la miopatía inflamatoria más común de la infancia. El diagnóstico definitivo se establece con base en la afectación de la piel y al menos tres de los siguientes: debilidad muscular proximal simétrica, elevación de enzimas musculares, electromiografía y biopsia muscular consistente con miositis inflamatoria. Existe un grupo de pacientes con dermatomiositis que presentan lesiones cutáneas sin evidencia clínica de lesión muscular, descrita como dermatomiositis amiopática.

Objetivos: Describir la dermatomiositis amiopática en un paciente pediátrico.

Material y métodos: Descripción del caso clínico y revisión de las publicaciones médicas.

Resultados: Paciente masculino de 15 años de edad, previamente sano. Inicia en agosto de 2020 con fiebre de cuatro semanas de evolución, edema y eritema biperlebral. Tratado de modo inicial como celulitis; estudios complementarios con elevación de enzimas musculares (AST 251, ALT 129.5, DHL 1 161, CPK 5 329). En clínica destacan la ausencia de debilidad muscular y otras manifestaciones cutáneas. Estudios de extensión: electromiografía normal, angiogramografía de tórax con afectación pulmonar intersticial y alveolar basal y derrame pleural masivo; se requiere toracocentesis evacuadora. La resonancia magnética de pelvis y cuádriceps revela edema muscular en vastos y glúteos. Biopsia muscular dirigida que muestra datos de necrosis fascicular y vasculitis de vasos de mediano tamaño. Informe de anti-Jo1 y anti-PL12 positivos. Se descartan causas hematológicas y oncológicas, tóxicas e infecciosas. Se establece diagnóstico de dermatomiositis amiopática. Se inicia tratamiento con metilprednisolona y metotrexato con evolución satisfactoria.

Conclusiones: La dermatomiositis amiopática se ha descrito en menos del 10% en adultos y es aún más rara en pacientes pediátricos. La presentación subclínica de la enfermedad representa un reto en el diagnóstico.

Bibliografía

- Byun Robinson. Clinical characteristics of children with juvenile dermatomyositis: The Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance Registry. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014 March; 66(3).
- Pappa. Case Report: Clinically amyopathic dermatomyositis presenting acutely with isolated facial edema. *F1000Research* 2018;7:60.

C146

Linfopenia persistente como biomarcador de actividad y daño en miopatías

Torres-Ruiz JJ, Williams-Sánchez H, Pérez-Fragoso A, Absalón-Aguilar A, Gómez-Martín D

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

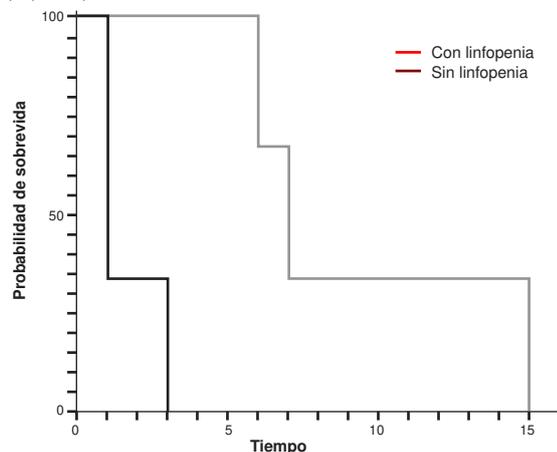
Introducción: Estudios retrospectivos han demostrado que la linfopenia es una característica frecuente de las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) activas.

Objetivos: Analizar la relación entre linfopenia leve a moderada (< 1 000/mm³) persistente (en dos o más determinaciones consecutivas) y la actividad, daño acumulado y supervivencia de pacientes con MII.

Material y métodos: Se incluyó a 119 pacientes con MII con seguimiento mínimo de 12 meses. Se realizó un análisis de medidas repetidas y de Kaplan-Meier para analizar la actividad, daño acumulado, discapacidad y supervivencia de los pacientes con y sin linfopenia persistente.

Resultados: La mayoría de los pacientes (73.8%) correspondió a mujeres. La mediana e intervalo intercuartílico (IIC) de edad fue de 45 (36-56) años. El diagnóstico más frecuente fue dermatomiositis (68.9%). Cuarenta y un sujetos (34.5%) tuvieron linfopenia persistente. En ellos se observó una mayor dosis acumulada de prednisona (4.65 [1.38-7.86] vs. 0.22 [0-5.16] g; p = 0.0027), dosis media de metotrexato (20.57 vs. 17.73 mg; p = 0.039), actividad evaluada por el médico por escala visual análoga (EVA) (4.36 vs. 2.34; p = 0.0001), EVA de actividad muscular (2.4 vs. 1.2; p = 0.003), EVA de actividad extramuscular (2.4 vs. 1.3; p = 0.017), EVA de daño infeccioso (1.23 vs. 0.18; p = 0.0006), EVA de daño global (2.3 vs. 1.4; p = 0.061) y discapacidad por *Health assessment questionnaire* (HAQ) (1 vs. 0.62; p = 0.03). Los pacientes con linfopenia persistente tuvieron mayor riesgo de mortalidad (RR, 19.6; IC95%, 1.52-253.6; p = 0.02) (**Figura 1**).

Figura 1. Los pacientes con MII y linfopenia moderada a grave persistente tuvieron una menor mediana de supervivencia (1 vs. 7 meses; p = 0.02). (C146)



Conclusiones: La linfopenia persistente es un marcador de actividad, daño acumulado y un factor de riesgo de muerte en MII.

Bibliografía

- Wang DX, Lu X, Zu N, Lin B, Wang LY, Shu XM, Ma L, Wang GC. Clinical significance of peripheral blood lymphocyte subsets in patients with polymyositis and dermatomyositis. *Clin Rheumatol.* 2012;31:1691-1697.
- Viguer M, Fouere S, de la Salmoniere P, Rabian C, Lebbe C, Dubertret L, et al. Peripheral blood lymphocyte subset counts in patients with dermatomyositis: clinical correlations and changes following therapy. *Medicine (Baltimore).* 2003;82:82-86.

C147

Síndrome antisintetasa, reporte de caso

Carlos-Mancilla BN, Olán F, Hernández-Núñez E

Hospital Gustavo A. Rovirosa Pérez

Introducción: El síndrome antisintetasa es un padecimiento descrito en adultos, con edad promedio 45 a 60 años. Predomina en el género femenino. Se caracteriza por anticuerpos aminoacil RNAt, de los cuales el anti-Jo-1 es el más frecuente, seguido de anti-PL7, anti-PL 12 y anti-EJ. El síndrome antisintetasa incluye polimiositis o dermatomiositis (90%), enfermedad pulmonar intersticial (50%-70%), poliartritis (50%), fenómeno de Raynaud (60%), "manos de mecánico" (40%) y anticuerpos antisintetasa (ACAS). La prednisona a dosis de 1 mg/kg/día es el medicamento de elección.

Objetivos: Describir una entidad de difícil diagnóstico inicial.

Material y métodos: Paciente femenina 48 años, que inicia un año antes con síndrome poliarticular asimétrico en MCF, IFP, IFD, rodilla y tobillos, edema de ambas manos y fenómeno de Raynaud; un mes después tiene lesiones eritemato-violáceas induradas en superficies flexoras y tres meses posteriores muestra úlceras digitales de los dedos medio y pulgar bilaterales, así como primer ortejo de pie derecho, disfagia a sólidos, mialgias y debilidad proximal simétrica progresiva, y lesiones eritemato-violáceas en cara y cuello. Presenta pápulas de Gottron, manos de mecánico y exantema heliotropo. Paraclínicos: CK 86, valores de aldolasa 9.2 UI/ml, ac. anti-Jo-1: positivo; ANA: negativo. TC de tórax: patrón en vidrio deslustrado en las zonas declives bilaterales. Biopsia del músculo deltoides: atrofia leve de fibras musculares e inflamación crónica leve focal.

Resultados: Se ha descrito el anticuerpo anti-Jo-1 en 20% a 30% de los pacientes con miositis inflamatoria, valores no relacionados con actividad. También se ha señalado que la neumonitis precede a la miositis en años, en relación con el anticuerpo anti-PL12, variabilidad en la clínica (son más características las manos de mecánico), como en este caso.

Conclusiones: El diagnóstico es difícil por la diversidad de síntomas; el pronóstico lo determina la afectación pulmonar.

Bibliografía

- Maddison PJ. Aminoacyl-tRNA histidil (Jo-1) synthetase autoantibodies. Peter JB, Shoenfeld Y, editors. *Autoantibodies.* Elsevier Science; 1996:31-5.
- Villalobos RS. Síndrome antisintetasa y afección pulmonar intersticial. Descripción de 6 casos. *Arch Bronconeumol.* 2002;38(10):495-8.
- Rodríguez Herrera R. Síndrome antisintetasa, reporte de caso. *Acta Pediatr Mex.* 2011;32(4):240-246.

C148

Manifestaciones pulmonares en miopatías inflamatorias idiopáticas, serie de casos

Maya-Piña LV¹, Medranda-Santos MV¹, Barbosa-Cobos RE¹, Alonso-Martínez D, Jiménez-Jiménez X²

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Centro Médico Naval

Introducción: El compromiso pulmonar en las miopatías inflamatorias (MII) aumenta la morbilidad y mortalidad, y se manifiesta como enfermedad pulmonar intersticial (EPI), HAP o neumomediastino. Los anticuerpos relacionados con EPI en MII son anti-aminoacil-RNAt sintetas, anticuerpos anti-MDA-5 y anti-Ro52. Los factores de mal pronóstico de MII con EPI son la edad avanzada, género masculino, raza no caucásica, úlceras cutáneas, bajos valores séricos de CK y anticuerpos anti-MDA-5.

Tabla 1. Características clínicas y estudios complementarios. (C148)

Características	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Género	F	F	F	F	F
Edad (años)	47	42	37	29	46
Diagnóstico	DM	DM	DM	DM	PM
Evolución (meses)	3	12	2	24	12
Síntomas agregados	Disfagia	Disfagia	-	Disfagia, FR y úlceras cutáneas	FR
Síntomas pulmonares	Disnea y tos	Disnea y tos	Disnea y tos	Ninguno	Disnea y tos
TC de tórax	Neumonía organizada	Neumomediastino y neumonía organizada	Neumonía organizada	Neumonía organizada	Neumonía organizada
CVF	60%	82%	82%	68%	77%
Anticuerpos	Anti-Mi-2- α ++ Anti-Mi-2- β ++ Anti-MDA-5 + Anti-PM/Scl-100 +	Anti-Mi-2- α ++	-	Anti-MDA-5 ++ Anti-Ro52++	Anti-EJ +++ Anti-Ro52 +++ Anti-SAE + Anti-Mi-2- β +
Tratamiento	MP/RTX	MP/CYC	MP/CYC	MP/RTX	MP/RTX
Desenlace	Defunción	Egreso con oxígeno domiciliario complementario	Egreso con oxígeno domiciliario complementario	Egreso por mejoría	Egreso por mejoría

F: femenino; M: masculino; DM: dermatomiositis; PM: polimiositis; TC: tomografía computarizada; FM: fenómeno de Raynaud; Mi-2- α y β : anticuerpos contra proteínas nucleares 220 y 218 kDa; anti-MDA-5: antiproteína 5 relacionada con la diferenciación de melanoma; anti-PM/Scl-100: anticuerpos contra el complejo de 11-16 proteínas nucleolares; anti-Ro52: anticuerpo contra ligasa de ubiquitina de 52 kDa; anti-EJ: anticuerpos antisintetasa de glicina ARNt; MP: metilprednisolona; CYC: ciclofosfamida; RTX: rituximab.

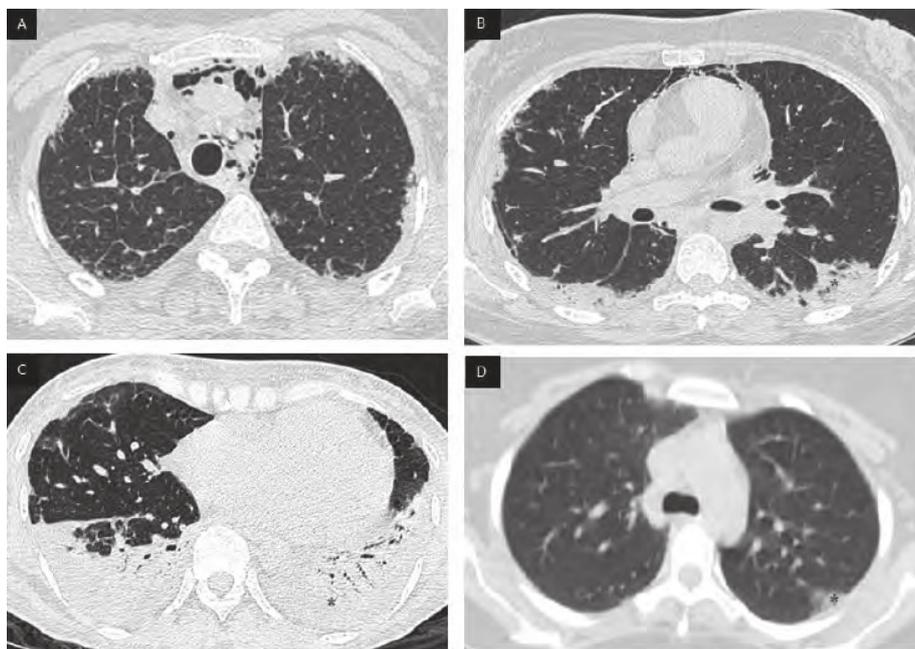
Material y métodos: Se presentan cinco casos con diagnóstico de MII con manifestación pulmonar (Tabla 1); 5 mujeres (100%) de raza no caucásica (100%), media de edad de 40 años, 4 con DM (80%) y 1 con polimiositis (20%); 4 pacientes presentaron disnea y tos (80%), una con evolución de rápida progresión y 1 paciente con úlceras cutáneas (20%); hallazgos en TCAR: neumonía organizada en todos los casos (100%) y en un caso neumomediastino (20%) (Figura 1); anticuerpos: anti-Mi-2 en 3 pacientes (60%), anti-MDA-5 en 2 (40%), anti-Ro52 en 2 (40%) y antisintetasa en 1 (20%); espirometría: patrón restrictivo en 3 pacientes (60%). Desenlace: 1 defunción, 2 pacientes requirieron oxígeno complementario domiciliario y 2 experimentaron mejoría; todas las pacientes recibieron pulsos de metilprednisolona, 2 ciclofosfamida y 3 rituximab.

Resultados: Las manifestaciones pulmonares incrementan la mortalidad en MII. Es relevante la detección temprana de las manifestaciones pulmonares en MII y sus factores de mal pronóstico para establecer un tratamiento oportuno.

Bibliografía

- Hallowell RW, Ascherman DP, Danoff SK. Pulmonary manifestations of polymyositis/dermatomyositis. *Semin Respir Crit Care Med*. 2014;35:239-48.
- Cavazzana I, Fredi M, Selmi C, Tincani A, Franceschini F. The clinical and histological spectrum of idiopathic inflammatory myopathies. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2017;52:88-98.

Figura 1. TC de tórax: cortes transversales. **A:** Neumomediastino. **B:** Áreas de consolidación; neumonía organizada en la periferia de lóbulos inferiores. **C:** Neumonía organizada en los lóbulos inferiores. **D:** Neumonía organizada incipiente. (C148)



C149

Tumor neuroendocrino duodenal metastásico y dermatomiositis. Reporte de caso

Barrera-Rodríguez AA, Jiménez-Martín LF, Torales-Gamboa AM

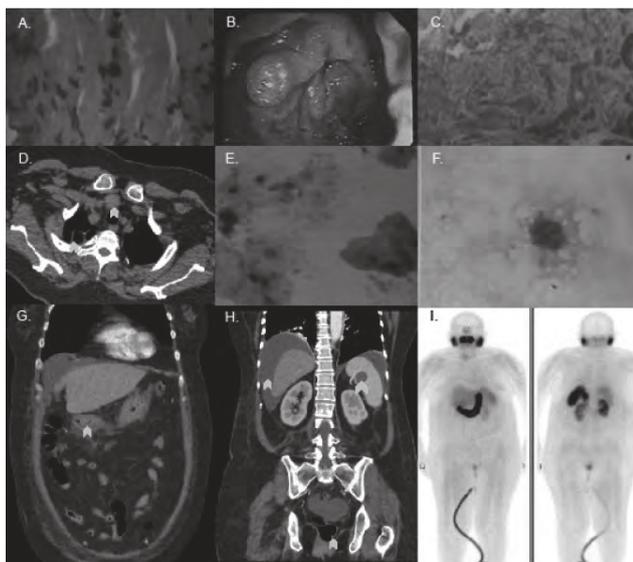
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La dermatomiositis puede relacionarse con varios tipos de tumor, pero el tumor neuroendocrino duodenal es extremadamente raro.

Objetivos: Mujer de 62 años, con síntomas de seis meses, debilidad muscular proximal, alteración del estado general, edema de miembros inferiores, artritis en hombros, codos, rodillas y caderas; se agrega disfagia a sólidos y líquidos, con pérdida de peso. La exploración física identifica eritema facial violáceo y fuerza muscular 3/5 en extremidades inferiores y superiores generalizada. Artritis en carpos y codos, con eritema en nudillos de ambas manos. Estudios de laboratorio: HB 13.7 g/dl, plaquetas 165 000, leucocitos 13 600, CPK 3 665 U/L, AST/ALT 168/222 U/L, DHL 1 750, GGT 880 U/L, PCR 18.7 mg/dl. ANA 1:640 con patrón moteado fino, anti-Jo-1 (-), mi-2 β (+), anti-Ku (+). Ultrasonido abdominopélvico sin tumoraciones hepáticas y en área pélvica sin lesiones quísticas o sólidas. Biopsia de músculo: degeneración focal e infiltrado adipocítico y escasas células perivasculares. Colonoscopia con pólipo de 10 mm a 5 cm de línea dentada, sénil y elevado 7 mm, proctosigmoiditis. Biopsia: proliferación monótona de células de aspecto neuroendocrino. Pan-TAC: lesión nodular en tiroides, ápice pulmonar derecho, engrosamiento del fondo gástrico, duodenitis, quiste esplénico, pólipo sénil en recto. OctreoScan: aumento de captación de receptores de somatostatina en primera porción de intestino delgado.

Resultados: Existen sólo 19 casos publicados de esta rara relación; el tratamiento usado se dirige a la preservación con pulso previo de esteroides, uso de inmunoglobulina humana y azatioprina de mantenimiento, similar a la descripción de Antonioli et al. (2004).

Figura 1. A: Biopsia de músculo. **B:** Colonoscopia: pólipo de 10 mm sénil y elevado 7 mm. **C:** Biopsia de pólipo. **D:** TAC cervicotorácica: lesión nodular en tiroides, ápice pulmonar derecho. **E:** Lavado bronquioalveolar: células escamosas y bronquiales sin evidencia de proceso maligno. **F:** Biopsia de nódulo tiroideo: III de Bethesda. **G y H:** TAC abdominopélvica: engrosamiento del duodeno, líquido libre perihepático, con hepatopatía micronodular, quiste esplénico, pólipo sénil en recto. **I:** OctreoScann: aumento de la captación en primera porción del intestino delgado a las tres horas. (C149)



Conclusiones: El pronóstico aún es incierto ya que debe researse el tumor para cambiar el curso de la enfermedad, además de la quimioterapia. Se notifica el primer caso en el sureste mexicano.

Bibliografía

1. Takashima R, Takamatsu K, Shinkawa Y, Yagita M, Fukui M, Fujita M. Dermatomyositis associated with lung neuroendocrine carcinoma. Intern Med. 2017;56(6):719-724.
2. Azuma N, Satoh T, Kawaguchi S, Oshima T, Muro H, Taku K. A case of jejunal neuroendocrine carcinoma complicated with dermatomyositis. Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi. 2018;115(12):1063-1068.

C150

Supervivencia y factores de mal pronóstico en la miopatía inflamatoria idiopática

Argüelles-Zayas AC, Chico-Capote A, Casas-Figueroa N, Sánchez-Bruzón Y, Ramírez-Cueva AK, Guerrero-Barragán M

Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba

Introducción: La miopatía inflamatoria idiopática (MII) es una enfermedad sistémica y autoinmunitaria, caracterizada por debilidad proximal; se clasifica en dermatomiositis y polimiositis.

Objetivos: Identificar factores sociodemográficos, clínicos y humorales que influyen sobre la supervivencia en la miopatía inflamatoria idiopática.

Material y métodos: Diseño metodológico; se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en el servicio de reumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras en el periodo comprendido entre abril de 2005 y julio de 2019. La muestra se integró con 104 pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria idiopática del adulto que asistieron a la consulta protocolizada de reumatología de la institución que cumplieron los criterios de selección.

Resultados: El 83.7% era del género femenino y el tiempo de demora al diagnóstico de la polimiositis fue de 15 meses y el de la dermatomiositis de 8 meses, con edad media de los fallecidos de 53 años. Las muertes fueron mayores en los primeros cuatros años relacionados con actividad de la enfermedad.

Conclusiones: Predomino el sexo femenino y piel blanca; se identificó una relación entre la actividad de la enfermedad y la muerte con una elevada razón de riesgo de fallecer si la enfermedad estaba activa. Las causas más comunes de fallecimiento fueron las de tipo cardiovascular y el infarto del miocardio fue la más significativa, seguido de las neoplasias y las infecciones. La supervivencia en polimiositis fue menor por demora del diagnóstico. Existió una relación significativa entre los factores de mal pronóstico en la disfgia y valor de la albúmina de acuerdo con el estado en los fallecidos.

Bibliografía

1. McHugh NJ, Tansley SL. Autoantibodies in myositis. Nat Rev Rheumatol. 2018 Apr 20;14(5):290-302.
2. Tieu J, Lundberg I, Limaye V. Idiopathic inflammatory myositis. Best Practice & Research. Clin Rheumatol 2016;30(1):149-68.
3. Oldroyd A, Lilleker J, Chinoy H. Idiopathic inflammatory myopathies -a guide to subtypes, diagnostic approach and treatment. Clin Med (Lond). 2017 Jul;17(4):322-328.
4. Suzuki S. Integrated Diagnosis project for inflammatory myopathies: an association between autoantibodies and muscle pathology. Autoimmun Rev 2017;16 (7): 693-700.
5. Mira-Bleda E, García-Pérez B, Azahara A, García-Ortega, et al. Miositis necrotizante autoinmune y dermatomiositis por estatinas: un diagnóstico diferencial complejo. Rev Esp Casos Clín MedIntern (RECCMI). 2019;4(2):61-63.
6. Bevilacqua JA, Earle N. Miopatías inflamatorias. Rev Med Clin Condes. 2018;29(6):611-621.
7. Aussy A, Boyer O, Cordel N. Dermatomyositis and Immune-mediated necrotizing myopathies: a window on autoimmunity acancer. Front Immunol. 2017;8:992.

C151

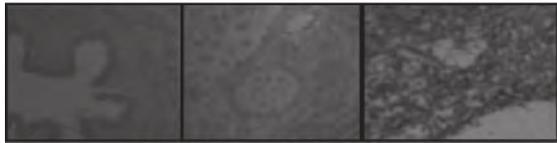
Dermatomiositis y cáncer renal: a propósito de un caso

Sabido-Sauri RA, Barbosa-Cobos RE, Lugo-Zamudio GE

Hospital Juárez de México

Introducción: La dermatomiositis (DM), una miopatía inflamatoria, se caracteriza por lesiones dermatológicas acompañadas de debilidad muscular. En 20% a 50% de los casos hay un nexo con cáncer (CA) y las neoplasias más comunes son las de mama, ovario, útero, cérvix, colon, recto, pulmón y próstata. Los factores de riesgo para CA en DM son > edad al diagnóstico, sexo masculino y evolución < 1 año. Factores de riesgo para CA renal: tabaquismo, hipertensión y obesidad. El CA renal vinculado con DM es raro. **Material y métodos:** Mujer de 43 años, sin tabaquismo, hipertensión y obesidad. Presentó cuadro de seis semanas de evolución caracterizado por eritema en heliotropo, exantema en V de cuello, artritis y disminución de fuerza muscular proximal 3/5 en extremidades y flexores del cuello. Sin compromiso de otros órganos y sistemas. Electromiografía consistente con miopatía inflamatoria. Se diagnosticó DM de acuerdo con criterios ACR/EULAR-2017 con probabilidad de 96%. Se inició tratamiento con glucocorticoides y metotrexato, con buena evolución. Dentro del abordaje para descartar CA relacionado con DM se encontró en TAC quiste renal derecho Bosniak III con indicaciones quirúrgicas. En la operación se identificaron características macroscópicas de proceso maligno y se realizó nefrectomía derecha. Biopsia de riñón derecho: carcinoma renal quístico multiloculado de tipo células claras confinado a parénquima renal (**Figura 1**).

Figura 1. A: Carcinoma renal quístico multiloculado de tipo células claras de 3 x 2 cm, confinado al parénquima renal. **B:** Calcificación distrófica renal. **C:** Parénquima con nefritis crónica inespecífica. (C151)



Resultados: En las publicaciones médicas se identificaron 11 informes de casos de DM y CA renal (**Tabla 1**). Se presentó el caso de una paciente con DM, en cuyo abordaje para neoplasia adjunta se identificó CA renal, una relación rara. No existe consenso en DM para el tamizaje de la neoplasia; es relevante la búsqueda intencionada de CA y considerar también localizaciones poco frecuentes.

Bibliografía

1. Selva-O'Callaghan A, Pinal-Fernández I, Trallero-Araguás E, Milisenda JC, Grau-Junyent JM, ammen AL. Classification and management of adult inflammatory myopathies. *The Lancet Neurology*. 2018;17(9): 816-828.
2. McGrath ER, Doughty CT, Amato AA. Autoimmune myopathies: updates on evaluation and treatment. *Neurotherapeutics*. 2018.
3. Tiniakou E, Mammen AL. Idiopathic inflammatory myopathies and malignancy: a comprehensive review. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. 2015;52(1):20-33.

Tabla 1. Informes de casos de miopatías inflamatorias relacionadas con CA renal (C151)

Año	Presentación	Edad	Sexo
1990	PM	62	Mujer
1992	PM	55	Mujer
1993	PM	56	Hombre
1997	DM	ND	Mujer
2004	DM	71	Mujer

2007	SAS	58	Hombre
2008	DM AM	77	ND
2013	DM	77	Mujer
2015	DM	69	Hombre
2016	DM	27	Hombre
2017	DM	72	Mujer

CA: cáncer; PM: polimiositis; DM: dermatomiositis; SAS: síndrome antisintetasa; AM: amiofáptica; ND: no descrito.

C152

Determinación de genes asociados a distrofias en miopatías inflamatorias idiopáticas

Vázquez del Mercado-Espinosa M¹, Sandoval-Pacheco R², Alvarado-Alvarenga KM¹, Chavarría-Ávila E³, Pizano-Martínez OE³, Ramos-Hernández A¹, Gutiérrez-Rivera EX¹, Palacios-Zarate BL¹, Díaz-Huerta CM³, Andrade-Ortega L⁴, Ávila-Armengol H¹

⁽¹⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Guadalajara, México ⁽²⁾Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología, Ciudad de México, ⁽³⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, Guadalajara, México ⁽⁴⁾Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, Ciudad de México

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados en clínica por debilidad muscular y presencia de MSA y MAA. Es importante realizar el diagnóstico diferencial de las MII y otras afecciones musculares como las distrofias musculares.

Objetivos: Describir las variaciones genéticas en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas.

Material y métodos: Estudio piloto de pacientes con MII. Mediante la técnica NGS (*next generation sequencing*) se buscaron 10 genes relacionados con distrofias musculares: *ANOS, DYSE, GAA, SGCB, SGCG, CAPN3, FKRP, SGCA, SGCD, TCAP*. La clasificación de las variantes concordó con la del *American College of Medical Genetics*, agrupadas como patogénica, probablemente patogénica (probabilidad > 90% de ser patogénica), de significado incierto, probablemente benigna (probabilidad > 90% de ser benigna) y benigna.

Resultados: Se incluyó a 13 pacientes con diagnóstico inicial de MII (Bohan y Peter, 1975; EULAR/ACR 2017), de los cuales un caso se reclasificó como enfermedad de Pompe. Se realizó LIA o ³⁵S IP para la determinación de los MSA y MAA (**Tabla 1**).

Tabla 1. 13 pacientes con diagnóstico inicial de MII. (C152)

Caso Pompe	NGS	Alteración intrónica	Alteración exónica	Valor enzimático de α-glucosidasa
13	Secuenciación anormal GAA	Intrón 1 c.-32-13 T>G (patogénica)	Exón 9 c.1432 G>A (probablemente patogénica)	0.54 nmol/ml (1.29-25.7)

Caso	Fenotipo MII	MSA (LIA)	MAA (LIA)	Dx.NGS
1	DM	Negativo	Negativo	Negativo
2	DM	Mi-2α, Mi-2b	Negativo	Negativo
3	DM	MJ (³⁵ S IP)	Negativo	Negativo
4	DM	TIF-1g	Negativo	Negativo
5	DM	Mi-2 β	Negativo	Negativo
6	DM	TIF-1 g	Ro-60	Negativo

7	ADM	MDA-5	Negativo	Negativo
8	DMJ	Mi-2α, Mi-2 b	Negativo	Negativo
9	PM relacionada con CA	Negativo	Negativo	Negativo
10	PM	Mi-2	Negativo	Negativo
11	Escleromiositis, ASS	PMScl75, Jo-1	Negativo	Negativo
12	Escleromiositis	PMScl75	Negativo	Negativo
13	PM	Negativo	Negativo	Enfermedad de Pompe

Conclusiones: En el campo de estudio de las MII es importante no olvidar el diagnóstico diferencial con enfermedades raras como la enfermedad de Pompe, una miopatía autofágica que se caracteriza por alteración en el gen *GAA*, lo cual representa deficiencia de la enzima lisosomal α -glucosidasa que causa depósito de glucógeno muscular y en otros tejidos.

Bibliografía

1. Savarese M, Di Fruscio G, Torella A, et al. The genetic basis of undiagnosed muscular dystrophies and myopathies: results from 504 patients. [Published correction appears in Neurology. 2018 Jun 5;90(23):1084] [published correction appears in Neurology. 2019 Aug 20;93(8):371]. Neurology. 2016;87(1):71-76.

C153

Carcinoma de vesícula asociado a miopatía inflamatoria

Hernández-Pérez C, Marín-Hernández APG, Pérez-Cristóbal M, Galicia-Lucas UJ, Plancarte-Cervantes SC

Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La relación entre miopatía inflamatoria (MI) y cáncer es conocida, sobre todo descrita en la dermatomiositis. Los factores vinculados con un incremento del riesgo son edad avanzada, disfagia, necrosis cutánea, daño capilar, resistencia al tratamiento inicial, positividad de anticuerpos anti-TIF-1 γ y anti-NXP2.

Objetivos: Describir un caso de miopatía inflamatoria y su relación temporal con una neoplasia poco habitual: carcinoma papilar de vesícula.

Resultados: Mujer de 78 años, con debilidad muscular proximal de seis meses de evolución. Se agrega disfagia a sólidos y progresión de la debilidad, que limita actividades de autocuidado. Ingresó con MMT8 80/150, CPK 1950 U/L y electromiografía con patrón miopático. La biopsia muscular reconoció necrosis focal, infiltrado linfocítico CD8+/CD4+ y macrófagos. Recibió prednisona (1 mg/kg/día) con mejoría (MMT8 110/150). Durante el tamizaje para neoplasia se identificó lesión polipoide en vesícula biliar por ultrasonido; tomografía abdominal y colangiografía magnética que halló engrosamiento mural y vascularidad indicativos de proceso maligno. Se realizó colecistectomía laparoscópica con informe de biopsia: neoplasia papilar intracolecística (**Figura 1**) vinculada con carcinoma invasor bien diferenciado (GI) e invasión a capa muscular, sin invasión linfovascular o perineural; TNM: pT1b, Nx, Mx. Se indicó tratamiento con inmunoglobulina humana (2 g/kg), que mejora el MMT8 122/150 y las alteraciones de la deglución.

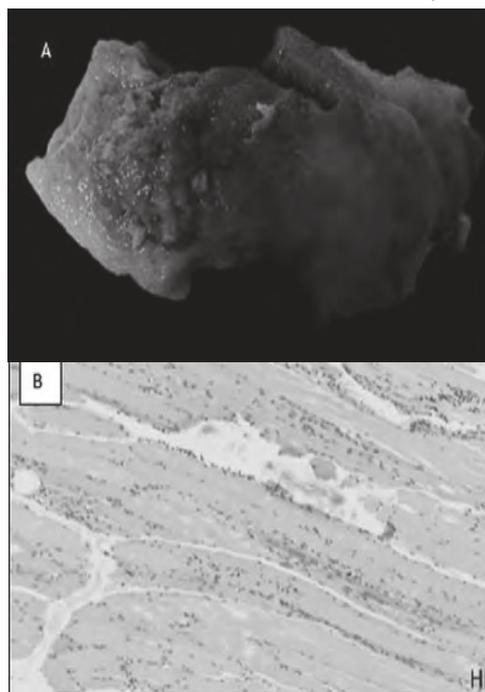
Conclusiones: El cáncer relacionado con MI puede presentarse antes, durante o después del diagnóstico. Por lo tanto, ante la presencia de factores de riesgo relacionados con neoplasia debe realizarse tamizaje. En esta paciente se encontró una neoplasia poco habitual notificada en MI, pero acorde a su grupo de edad y género.

Bibliografía

1. Narasimhaiah DA, Premkumar JA, Moses V, Chacko G. Carcinoma of gall bladder presenting as dermatomyositis. Ann Indian Acad Neurol. 2011 Jan;14(1):44-6.

2. Sawada T, Nakai N, Masuda K, Katoh N. Paraneoplastic dermatomyositis associated with gallbladder carcinoma: a case report and mini-review of the published work. Indian J Dermatol. 2014 Nov;59(6):615-6.

Figura 1. A: Neoplasia papilar intracolecística con diferenciación mixta (biliar e intestinal) relacionada con cáncer invasivo. **B:** Miopatía inflamatoria con necrosis focal de fibras. Tinción de hematoxilina y eosina. (C153)



C154

Polimorfismo de STAT4 y susceptibilidad de presentar síndrome de Sjögren

Gomezcoello-Vásquez VH¹, Barbosa-Cobos RE¹, Montufar-Robles I¹, Salas-García AK¹, Lugo-Zamudio GE¹, Concha-Del Río LE², Ramírez-Bello J¹

⁽¹⁾Hospital Juárez de México, ⁽²⁾Asociación para evitar la Ceguera en México

Introducción: *STAT4* (transductor de señal y activador de transcripción 4) se fosforila después de que diversas citocinas inducen su activación; luego sufre dimerización y translocación al núcleo para regular la expresión génica de genes relacionados con inflamación. *STAT4* es relevante en la patogenia de enfermedades reumáticas autoinmunitarias, incluido el síndrome Sjögren primario (SSp). Se ha evaluado e identificado un nexo con *STAT4* con susceptibilidad para presentar SSp en las poblaciones china, noruega, sueca, alemana, italiana y colombiana.

Objetivos: Identificar si el polimorfismo *rs7574865* localizado en el gen *STAT4* se vincula con susceptibilidad para presentar SSp en pacientes mexicanos.

Material y métodos: Estudio de casos y controles; se incluyó a 158 mujeres, con media de edad de 61 años (DE \pm 12.15) y diagnóstico de SSp (criterios AECG-2002), y 158 mujeres sanas. Se realizó genotipificación mediante técnica TaqMan. El análisis descriptivo se efectuó con el software SPSS y el inferencial con FINETTI mediante la prueba ji cuadrada.

Resultados: Características clínicas de las pacientes con SSp: tabaquismo (19.6%), HAS (24.7%), dislipidemia (23.4%), DM2 (7.6%), Schirmer+

(64.6%), tinción ocular rosa de Bengala+ (53.2%), flujo salival no estimulado (85.4%), anti-SSA (86.1%), anti-SSB (52.5%), biopsia de glándula salival (79.1%), fiebre (17.7%), pérdida de peso (26.6%), miositis (1.3%), fenómeno de Raynaud (18.4%) y enfermedad pulmonar intersticial (7%). Tratamiento sintomático: ocular (94.3%) y oral (51.3%). Tratamiento sistémico: hidroxicloroquina (53.8%), metotrexato (32.3%), azatioprina (1.9%), ciclofosfamida (5.1%), rituximab (3.8%), ácido micofenólico (2.5%), ciclosporina (1.3%) y glucocorticoides (44.3%). Las frecuencias y alelos de genotipos de pacientes y controles se hallan en la **Tabla 1**. No se encontró relación del polimorfismo rs7574865 de *STAT4* con SSP (se identificó una tendencia a la relación).

Tabla 1. Genotipificación de *STAT4* en pacientes con SSP mexicanos y controles mexicanos. (C154)

SNP () <i>STAT4</i> rs7574865	SSp, n = 158 n (%)	Controles, n = 158 n (%)	OR	IC95%	Valor p
Genotipo					
GG	39 (24.7)	52 (32.9)	Referencia	Referencia	Referencia
GT	80 (50.6)	78 (49.4)	1.37	0.81 – 2.30	0.24
TT	39 (24.7)	28 (17.7)	1.86	0.98 – 3.52	0.056
Alelo					
G	158 (50.0)	182 (57.6)	Referencia	Referencia	Referencia
T	158 (50.0)	134 (42.4)	1.36	0.99 – 1.86	0.056

OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confianza; p, estadísticamente significativo.

Conclusiones: En este estudio, *STAT4* muestra una tendencia de relación con susceptibilidad para presentar SSP en la población mexicana. Se requiere incrementar el tamaño de muestra para alcanzar poder estadístico significativo.

Bibliografía

- Leverenz DL, St Clair EW. Recent advances in the search for a targeted immunomodulatory therapy for primary Sjögren’s syndrome. 2019 Faculty Rev 2019;8:F1000:1532.
- Colafrancesco S, Ciccacci C, Priori R, Latini A, Picarelli G, Arienzo F, et al. *STAT4*, *TRAF3IP2*, *IL10*, and *HCP5* polymorphisms in Sjögren’s syndrome: association with disease susceptibility and clinical aspects. Journal of Immunology Research. 2019;7682827.

Tabla 1. Análisis descriptivo de pacientes con SICCA y biopsia de glándula salival menor. (C155)

	SSP B+	SSP B-	SS	p (b+/b-)	p (b+/secos)	Tres (KW)
Descriptivo	n = 78	n = 19	n = 19			
Género						
Femenino	76 (97.4%)	18 (94.7%)	18 (94.7%)	0.54	0.54	0.78
Edad Dx Media	54.86 (DE 11.55)	49.42 (DE 12.73)	51 (14.93)	0.56	0.09	0.16
Tiempo de evolución (meses)	39 (24-96)	12 (12-60)	12 (12-60)	0.09	0.06	0.06
Objetivo	SSP B+	SSP B-	SS	p (b+/b-)	p (b+/secos)	Tres (KW)
Shirmer total +/-	64 (82.1%)	17 (89.5%)	6 (31.6%)	0.44	<0.05	<0.05
Flujometría +/-	68 (87.2%)	18 (94.7%)	8 (42.1%)	0.35	<0.05	<0.05
Serología	SSP B+	SSP B-	SS	p (b+/b-)	p (b+/secos)	Tres (KW)
Anti-Ro positivo	46 (59%)	9 (47.4%)	0	0.36	<0.05	<0.05
Anti-La positivo	17 (21%)	2 (10.5%)	0			
ANA positivo	52 (66.7%)	7 (36.8%)	9 (47.4%)	0.018	0.43	0.06
FR positivo	38 (48.7%)	10 (52.6%)	6 (31.6%)	0.76	0.18	0.35
Síntomas	SSP B+	SSP B-	SS	p (b+/b-)	p (b+/secos)	Tres (KW)
Síntomas orales	72 (92.3%)	18 (94.7%)	13 (68.4%)	0.72	0.005	0.009
Síntomas oculares	73 (93.6 %)	18 (94.7%)	17 (89.5%)	0.85	0.54	0.78
Galleta salada	56 (71.8%)	10 (52.6%)	7 (36.8%)	0.11	0.004	0.01
Choking	48 (61.5%)	7 (36.8%)	5 (26.3%)	0.05	0.006	0.009
Parotidomegalia	21 (26.9%)	2 (10.5%)	3 (15.3%)	0.13	0.32	0.23
Artralgias	51 (65.4%)	14 (73.7%)	14 (73.7%)	0.49	0.49	0.67

C155

Hallazgos histopatológicos en biopsia de glándula salival menor en SICCA

Gamboa-Alonso CM, Vega-Morales D, Vázquez-Fuentes BR, Figueroa-Parrera G, Ceceñas-Falcón LA, Galarza-Delgado D, Riega-Torres J

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El síndrome seco (SICCA) se caracteriza por síntomas de sequedad oral y ocular. Algunos pacientes se clasifican como síndrome de Sjögren (SS). Dentro del abordaje diagnóstico para SS primario se estudian criterios clínicos, serológicos e histopatológicos (> 1 foco linfocitario/4 mm²). Existen parámetros adicionales al criterio en la biopsia de glándula salival menor (BGSM) que podrían aportar información diagnóstica y del pronóstico.

Objetivos: Notificar alteraciones adicionales a los criterios de BGSM en pacientes con SICCA y su relación con clínica y serología.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y observacional en el Hospital Universitario José E. González durante septiembre de 2015 a 2019. Se estudió a pacientes con SSP con biopsia positiva, SSP con biopsia negativa y SICCA. Variables de distribución normal: media y desviación estándar, T de Student, ANOVA, ji cuadrada. Variables de distribución anormal: mediana y rangos, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney. Se realizó regresión logística para hallazgos histopatológicos y su relación con características clínicas y serológicas.

Resultados: Se incluyó a 116 pacientes con SICCA, 97 (83.62%) cumplieron criterios diagnóstico de SSP; 78 tenían una biopsia positiva (SSPB+) y 19 una biopsia negativa (SSPB-). Diecinueve pacientes no cumplieron con criterios de SSP (SICCA) (**Tabla 1**). Los pacientes con SSPB+ tenían más síntomas orales graves y serología positiva más alta para anti-Ro, anti-La y ANA. Se encontraron más lóbulos en el grupo de SICCA y más sialoadenitis y focos linfocitarios en el grupo SSPB+. Las relaciones se registran en la **Tabla 2**.

Conclusiones: Los focos linfocitarios son todavía el mejor marcador diagnóstico y pronóstico en el SS, en relación con perfiles clínicos más graves. La edad avanzada se acompañó de infiltración adiposa y atrofia en las BGSM de los pacientes con SICCA.

Artritis	18 (23.1%)	2 (21.1%)	10 (52.6%)	0.85	0.01	0.03
Fatiga	56 (71.8%)	15 (78.9%)	16 (84.2%)	0.53	0.27	0.49
Mialgias	48 (61.5%)	10 (52.5%)	7 (36-8%)	0.48	0.05	0.15
Raynaud	7 (9%)	2 (10.5%)	4 (21.1%)	0.84	0.14	0.33
Afectación de piel	32 (41%)	8 (42.1%)	6 (31.6%)	0.93	0.45	0.73
Craurosis	23 (29.5%)	5 (26.3%)	6 (31.6%)	0.79	0.86	0.94
Compromiso pulmonar	12 (15.4%)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	0.25	0.25	0.29
Compromiso sistema nervioso	33 (42.3%)	11 (57.9%)	7 (36.8%)	0.22	0.67	0.38
Compromiso hematológico	3 (3.8%)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	0.78	0.78	0.94
Compromiso renal	33 (42.3%)	3 (15.8%)	1 (5.3%)	0.033	0.003	0.002
Biopsia glándula salival				p (b+/b-)	p (b+/secos)	Tres (KW)
Lóbulos	10	7	16	0.39	0.015	0.022
Focos	3	0	0	<0.05	<0.05	<0.05
Atrofia	23 (29.5%)	6 (31.6%)	3 (15.8%)	0.86	0.23	0.45
Infiltración adiposa	19 (24.4%)	8 (42.1%)	2 (10.5%)	0.12	0.19	0.08
Dilatación ductal	17 (21.8%)	0	7 (36.8%)	0.026	0.18	0.019
Sialoadenitis						
Leve	28 (35.9%)	15 (78.9%)	16 (84.2%)	<0.05	<0.05	<0.05
Moderada	34 (43.6%)	0	0			
Grave	16 (20.5%)	0	0			
Negativo	0	4 (21.1%)	3 (15.8%)			

Tabla 2. Regresión logística binaria de hallazgos histopatológicos y su relación con clínica, serología y otros cambios histológicos en pacientes con SICCA (C155)

	Infiltración adiposa			Atrofia			Dilatación ductal			Flujo salival disminuido		
	p	OR	IC	p	OR	IC	p	OR	IC	p	OR	IC
Edad	< 0.05	1.13	(1.07-1.19)	< 0.05	1.1	(1.05-1.15)	0.55	1.01	(0.98-1.05)	0.79	0.99	(0.96-1.03)
Sx orales	0.13	4.48	(0.56-36.06)	0.296	2.26	(0.47-10.81)	0.62	1.49	(0.31-7.24)	0.25	2.1	(0.58-7.57)
Sx oculares	0.4	2.45	(0.29-20.8)	0.14	0.35	(0.08-1.49)	0.22	0.4	(0.09-1.82)	0.65	1.48	(0.28-7.81)
Schirmer alterado	0.11	2.52	(0.79-7.98)	0.15	2.16	(0.74-6.27)	1	1	(0.35-2.82)	0.4	1.53	(0.55-4.22)
Flujo salival disminuido <1.5 ml/15 min	0.78	1.17	(0.39-3.5)	0.31	0.6	(0.22-1.61)	0.009	0.27	(0.1-0.76)	NA	NA	NA
Anti-Ro positivo	0.24	0.6	(0.25-1.41)	0.94	0.97	(0.43-2.19)	0.28	0.6	(0.24-1.51)	0.04	2.9	(1.05-8.07)
FR positivo	0.28	1.59	(0.68-3.7)	0.65	1.21	(0.54-2.74)	0.7	1.19	(0.48-2.93)	0.29	1.67	(0.64-4.37)
Lóbulos	0.69	0.91	(0.84-0.98)	0.27	0.94	(0.88-1.01)	0.31	1.04	(0.99-1.1)	0.23	1.01	(0.95-1.08)
Atrofia	< 0.05	13.89	(5.13-37.57)	NA			0.006	3.6	(1.4-9.23)	0.31	0.6	(0.22-1.61)
Dilatación ductal	0.03	2.74	(1.05-7.14)	0.006	3.6	(1.4-9.23)	NA			0.009	0.27	(0.1-0.76)
Infiltración adiposa	NA			< 0.05	13.89	(5.13-37.57)	0.03	2.74	(1.05-7.14)	0.78	1.17	(0.39-3.5)
Focos	0.68	0.99	(0.87-1.13)	0.08	0.87	(0.31-2.44)	0.32	1.03	(0.91-1.18)	0.095	1.34	(1.01-1.78)

Bibliografía

1. Fisher BA, Jonsson R, Daniels T, et al. Standardisation of labial salivary gland histopathology in clinical trials in primary Sjögren's syndrome. *Ann Rheum Dis.* 2017;76:1161-1168. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210448>.

C156

Diferencias clínico-serológicas en síndrome de Sjögren primario con hipergammaglobulinemia

Uribe-Martínez JF, Almengor-Montenegro OJ, Ventura-Valenzuela ME, Rosal-Arteaga CA, Torres-Lizárraga S, Rodríguez-Mendoza A, Anaya-Macias BU, Martínez-Bonilla G, González-Díaz V, Gutiérrez-Ureña S, Cerpa-Cruz S

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: El SSp es una enfermedad común que afecta al 0.1% al 0.6% de la población adulta en general. Ciertos hallazgos serológicos, en especial autoanticuerpos, se correlacionan con características clínicas específicas y manifestaciones extraglandulares; sin embargo, estas relaciones basadas en la presencia de hipergammaglobulinemia se han descrito menos.

Objetivos: Determinar si la hipergammaglobulinemia se vincula con un fenotipo clínico a fin de identificar en fase más temprana a pacientes con características de riesgo para el desarrollo de complicaciones e índices de daño o actividad de la enfermedad.

Material y métodos: Serie de casos de pacientes con diagnóstico de SSp con base en criterios ACR/EULAR 2016, entre 2018 y 2020. Se realizó un análisis estadístico descriptivo en el cual las variables categóricas se informaron como frecuencias y porcentajes, mientras que las variables continuas se expresaron como medianas y rangos intercuartílicos. El objetivo primario se analizó con la prueba de correlación de Pearson.

Resultados: Se incluyeron 19 casos con edad promedio de 55.4 ± 9.6 años (38-72) con un tiempo de seguimiento de 5.0 ± 5.0 años; sexo femenino en 94% (n = 18), anti-Ro/SSA positivo en 84.2% (n = 9), anti-La/SSB positivo en 21.1% (n = 4), Focus Score de 2.16 ± 1.12 con ESSDAI promedio de 4.95 ± 5.4 (0-18) y SSDDI de 1.84 ± 1.2 (0-5). La hipergammaglobulinemia se observó en el 52.6% (n = 10). Se encontró correlación positiva entre la hipergammaglobulinemia con factor reumatoide ($r = 0.479$, $p = 0.039$), anti-Ro/SSA ($r = 0.654$, $p = 0.002$), disminución del flujo salival ($r = 0.687$, $p < 0.01$) y SSDDI ($r = 0.513$, $p = 0.25$). No existió vinculación con otras manifestaciones clínicas o con actividad.

Conclusiones: La hipergammaglobulinemia se correlacionó con características serológicas, pero no con manifestaciones extraglandulares o actividad de la enfermedad.

Bibliografía

1. Bowman SJ. (2018). Primary Sjögren's syndrome. *Lupus*, 27(1_suppl):32-35. <https://doi.org/10.1177/0961203318801673>.
2. Nava-Zavala A, Riebeling C. Serologic features of primary Sjögren's syndrome: clinical and prognostic correlation. 2013;7(6):651-659. <https://doi.org/10.2217/ijr.12.64>.

C157

Mielitis longitudinal extensa en paciente con síndrome de Sjögren primario

Diestel-Bautista R, Pérez-Cristóbal M, Balderas-Guerrero MB, Del Valle-López JM, Plancarte-Cervantes SC

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: El síndrome de Sjögren es una exocrinopatía crónica autoinmunitaria de causa desconocida. Se caracteriza por la sequedad de mucosas, en particular xerostomía y xeroftalmía. Aunque en la mayoría de los pacientes la enfermedad se localiza a nivel glandular, por su carácter sistémico puede afectar a diversos órganos o sistemas.

Objetivos: Presentar un caso clínico complejo de afectación extraglandular poco frecuente en un paciente con síndrome de Sjögren primario.

Material y métodos: Mujer de 55 años de edad, con síndrome de Sjögren primario desde 2014, xerostomía y xeroftalmía e inmunológicos anti-Ro, anti-La y factor reumatoide. Antecedente de neuromielitis óptica en 2017. Cuadro de evolución de ocho días, con dolor en región lumbar constante, exacerbación al decúbito con remisión a base de buprenorfina. Inicia con adormecimiento en MPD y posterior afectación en miembro contralateral, con pérdida total de la sensibilidad y movilidad. Se agrega incontinencia urinaria. Se realiza resonancia magnética (**Figura 1**).

Figura 1. Resonancia magnética en T2 que muestra hiperintensidad localizada de C₃ a T₈. (C157)



Resultados: Se concluye mielitis longitudinal extensa. La prevalencia de la afectación del sistema nervioso central atribuible directamente al síndrome de Sjögren primario se aproxima a 1% a 2%, lo que llama la atención en el caso. El síndrome de Sjögren se ha vinculado con el espectro de neuromielitis óptica de los trastornos desmielinizantes del SNC, el cual se define como una mielitis transversa longitudinalmente extensa, neuritis óptica y anticuerpos antiacuaporina 4.

Conclusiones: En ambos casos, ante la gravedad del cuadro, el tratamiento de inducción a la remisión es similar (esteroides a dosis altas y ciclofosfamida). Actualmente con recuperación en la deambulación y control del esfínter urinario.

Bibliografía

1. Ramos-Casals M, Tzioufas AG, Font J. Primary Sjögren's syndrome: new clinical and therapeutic concepts. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:347.

C158

Artropatía inflamatoria en pacientes con vasculitis sistémicas

Fandiño-Vargas MC, Santillán-Guerrero EN, Herrera-Van Oostdam D, Abud-Mendoza C

Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Introducción: Pocos estudios evalúan de modo propositivo la artropatía inflamatoria en vasculitis sistémica y excepcionalmente en tratamiento de mantenimiento.

Objetivos: Determinar la prevalencia de alteraciones articulares como manifestación de actividad en pacientes con vasculitis sistémicas a pesar de tratamiento y aparente remisión de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio descriptivo y observacional. Pacientes con diagnóstico de vasculitis sistémica bajo tratamiento de mantenimiento, en remisión, con o sin síntomas de artropatía inflamatoria, con exploración intencionada y realización de ultrasonido musculoesquelético de manos (**Figura 1**).

Figura 1. (C158)



Resultados: Se incluyó a 28 pacientes, con media de edad de 38 años (± 13.7). Vasculitis relacionada con ANCA 17, velocidad de sedimentación globular (VSG) $22.4 (\pm 14.2)$, proteína C reactiva (PCR) $1.0 (\pm 1.3)$, ACPA $0.2 (\pm 0.7)$, años de evolución de la vasculitis $5.4 (\pm 3.9)$, número de articulaciones dolorosas y con flogosis 2.7 ± 1.9 y 4.1 ± 1.1 , hipertrofia (grados) (2.8 ± 1.2) (0.7 ± 0.9), sinovitis (0.9 ± 0.6) (0.2 ± 0.4). Fue más común el dolor que la flogosis (26.1% vs. 8.7%); 6 (26.1%) pacientes tuvieron erosiones y 2 (8.7%) derrame articular. Pacientes (9) con poliangeítis granulomatosa (PAG): todos con ANCA+, dolor y flogosis en todos, con erosiones en 3 y derrame articular en 2; 4 de los 5 con PAN

tuvieron artritis y 2 erosiones. VKH con dolor y flogosis en todos y 3/7 pacientes con erosiones. Los pacientes con poliangeítis microscópica, Behçet, PAGE, vasculitis retiniana y vasculitis del SNC no tuvieron erosiones ni actividad de artropatía inflamatoria por US.

Conclusiones: Las manifestaciones articulares son más comunes y persistentes a pesar de la remisión y graves en la poliangeítis granulomatosa, y no se relacionan con ACPA ni con factor reumatoide.

Bibliografía

1. Syniachenko O, Khaniukov O, Yehudina Y, Taktashov H, Gashynova K. Characteristics of articular syndrome in systemic vasculitis. Georgian Med News. 2017;12(273):69-75.
2. Wakefield RJ, Balint PV, Szkudlarek M, Filippucci E, Backhaus M, D-Agostino MA, et al. Musculoskeletal ultrasound including definitions for ultrasonographic pathology. J Rheumatol. 2005;32(12):2485-7.

C159

Sobreposición de vasculitis ANCA y ER-IgG4: reporte de un caso

Faz-Muñoz DN, Hinojosa-Azaola A, Martin-Nares E, Rull-Gabayet M, Uribe-Uribe NO

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

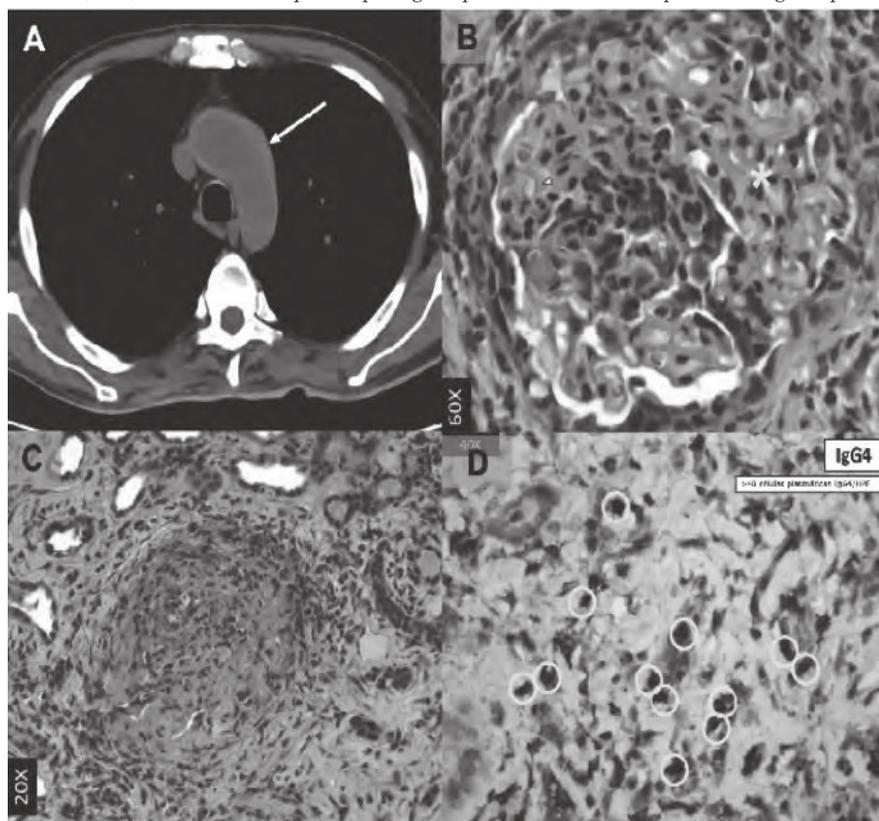
Introducción: Se presenta el caso de un paciente con aortitis relacionada con glomerulonefritis y nefritis intersticial en quien coexisten vasculitis ANCA+ y ER-IgG4.

Resultados: Hombre de 54 años, de oficio agricultor, que inicia nueve meses antes con pérdida de peso de 15 kg, fatiga, debilidad de miembros torácicos y claudicación de maseteros. Permanece en hospital general por un mes y se detectan lesión renal aguda, trombocitosis, anemia, hiperglobulinemia (a expensas de IgG), coroiditis y neuritis óptica; se lo refiere a la institución de los autores. Se documenta engrosamiento concéntrico de la pared de la aorta ascendente y arco aórtico en tomografía (**Figura 1**); biopsia de médula ósea con 20% de células plasmáticas, relación IgG: IgG4 1:1 y 34 células IgG4+. PET-CT con hipermetabolismo en corteza renal. Se sospecha causa autoinmunitaria o infecciosa, por lo que se solicitan múltiples estudios paraclínicos (**Tabla 1**). Se realiza biopsia renal con hallazgo de nefritis tubulointersticial, abundantes células plasmáticas, granulomas no caseificantes, 3 glomerúlos con proliferación linfocítica endocapilar y extracapilar, endarteritis obliterante e inmunofluorescencia negativa (**Figura 1**). Se establece una vasculitis MPO+ con glomerulonefritis y granulomas concomitante a ER-IgG4 con aortitis. Se trató con prednisona (1 mg/kg/día) y bolos de ciclofosfamida, pero permanece dependiente de diálisis.

Tabla 1. Resultados obtenidos del abordaje paraclínico. (C159)

Estudio paraclínico	Resultado
Hb	7.8 g/dl normocítica normocrómica
Eosinófilos	810 cel/µl
Plaquetas	745 k/µl
Creatinina	4.41 mg/dl
EGO	Prot. 30 (+)/Hb +/-no dismorfia
Química urinaria	Proteínas totales 815 mg/24 h
VDRL y FTA-ABS	Negativo

Figura 1. A: TAC simple de tórax que muestra engrosamiento concéntrico del arco aórtico. **B:** La biopsia renal revela glomerúlos con medialunas celulares. **C:** Granulomas no caesificantes (H-E). **D:** Inmunohistoquímica para IgG4 que mostró > 40 células plasmáticas IgG4+ por campo. (C159)



Quantiferon	Negativo
Perfil viral hepático y VIH	Negativo
PCR histoplasma	Negativo
Electroforesis en orina y suero	Sin pico monoclonal
VSG	44 mm/h
PCR	14.85 mg/dl
ANA (IFI)	Homogéneo 1:160
Anti-DNA doble cadena	802 UI/ml (≤ 9.6)
ANCA (IFI)	cANCA 1:320
Anti-MPO	42.3 U/ml (≤ 2)
Anti-PR3	2.1 U/ml (≤ 5.2)
IgG	2 739 mg/dl (635-1 741)
IgG4	965 mg/dl (< 201)
Enzima convertidora de angiotensina 2	Negativo
Velocidades de conducción nerviosa	Polineuropatía axonal motora y sensitiva, dependiente de distancia

Conclusiones: En ER-IgG4, los ANCA son criterio de exclusión, mientras que es poco frecuente la afectación de grandes vasos en la vasculitis con ANCA+. Las series de pacientes con vasculitis con ANCA e IgG4 séricos elevados no logran clasificar la ER-IgG4. Existe un informe con 10 casos de GMN, anti-MPO+ y hallazgos consistentes de ER-IgG4. Considerar la coexistencia permitiría explicar mejor las diversas manifestaciones de este paciente.

Bibliografía

1. Erden A. Do ANCA-associated vasculitides and IgG4-related disease really overlap or not? *Int J Rheum Dis.* 2019;00:1-7.
2. Ma Y. Clinical and pathological features of patients with antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides concomitant with IgG4-related disease. *Int J Rheum Dis.* 2019;00:1-8.

C160

Mofetilmicofenolato-rituximab en inducción a la remisión en síndrome de riñón-pulmón anti-MPO

Mendoza-Vargas LA, Fajardo-Hermosillo LD, López-López CP, Mendoza-Cerpa CA, Hernández-González JM, Saucedo-Sánchez AM

Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

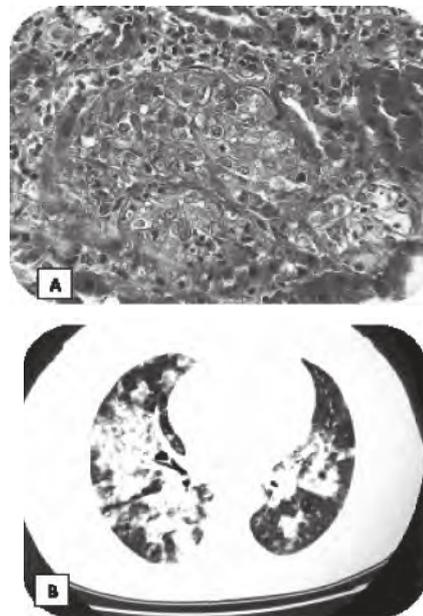
Introducción: Existe escasa evidencia del uso del micofenolato de mofetilo (MMF)-rituximab (RTX) en vasculitis relacionadas con ANCA (VAA) con anti-MPO (poliangeítis microscópica, PAM).

Objetivos: Se describe la favorable respuesta con MMF-RTX en inducción a la remisión en una VAA con anti-MPO.

Material y métodos: Paciente femenina de 65 años que presenta hemoptisis y disnea que exige oxígeno complementario (OS); la TAC de tórax delinea hemorragia alveolar difusa e insuficiencia renal aguda que requiere tratamiento de sustitución renal (TSR); la biopsia renal señala glomerulonefritis proliferativa y necrosante paucimunitaria (**Figura 1**), C-ANCA+ y anti-MPO 207 ur/ml. Se trató con bolos de esteroides y ciclofosfamida (CYC) IV. Por desabasto nacional, no se logró completar un segundo ciclo y se decidió continuar con MMF y a las seis semanas se complementó con RTX. A los tres meses se suspendieron el OS y el TSR y se redujeron los esteroides. A los nueve meses no mostró ya recaídas de la enfermedad.

Resultados: En las manifestaciones graves de las VAA, CYC y RTX han mostrado eficacia comparable en los estudios RAVE y RITUXVAS. Debido al desabasto de CYC, no se completó el tratamiento de inducción y se

Figura 1. A: Tinción tricrómico de Masson de glomérulo con lesión proliferativa extracapilar activa (semiluna celular), correspondiente a glomerulonefritis proliferativa extracapilar necrosante. **B:** TAC de alta resolución de tórax que delinea un patrón de llenado alveolar difuso indicativo de hemorragia alveolar. (C160)



utilizó MMF como tratamiento alternativo. El estudio MYCYC muestra la efectividad del MMF en inducción a la remisión, aunque no exento de mayores recaídas que la CYC. La presencia de anti-PR3 se vincula con mayores recaídas, aunque mejor respuesta a RTX. En este caso, la paciente muestra manifestaciones graves en relación con VAA con anti-MPO y se logró una favorable respuesta clínica con la combinación de esteroides, MMF y RTX. **Conclusiones:** MMF-RTX podría ser una buena opción para inducción a la remisión en la PAM.

Bibliografía

1. Jones RB. Mycophenolate mofetil versus cyclophosphamide for remission induction in ANCA-associated vasculitis: a randomised, non-inferiority trial. *Ann Rheum Dis* 2019;78:399-405.
2. Stone JH. Rituximab versus cyclophosphamide for ANCA-associated vasculitis. *N Engl J Med.* 2010;363:221-232.

C161

Glomerulonefritis rápidamente progresiva en arteritis de Takayasu

Morales-Castañeda WA, Castro-Colín Z, Bustamante-González RM

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de vaso grande, en la cual la afectación renal usualmente se manifiesta como hipertensión arterial, pero existen casos cuyo compromiso puede llevar a la falla de dicho órgano.

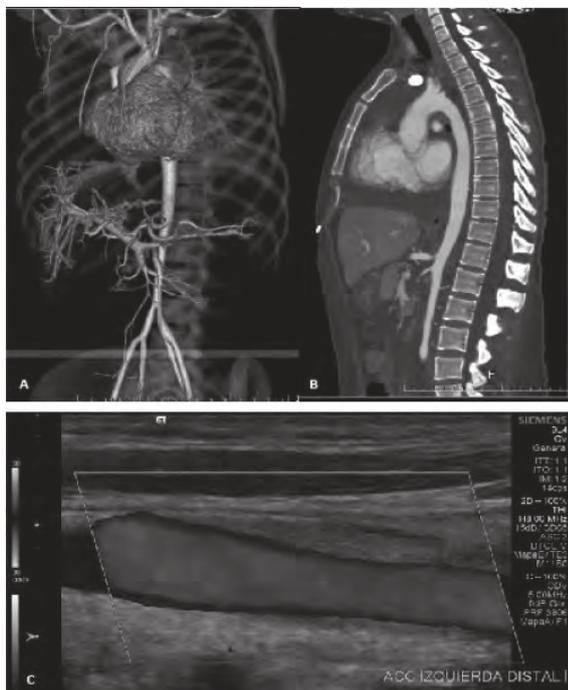
Objetivos: Descripción de una manifestación infrecuente en la AT.

Material y métodos: Paciente del servicio de reumatología.

Resultados: Paciente femenina de 24 años, con antecedente de gesta con preeclampsia grave, sin repercusiones clínicas. Inicia un año antes con edema de miembros pélvicos y disnea que progresa de grandes a pequeños esfuerzos. Seis meses antes muestra dolor torácico y se detecta hipertensión arterial, sin recibir tratamiento. En noviembre presenta agudización

de síntomas y síncope. Al abordaje diagnóstico se observa hiperazoemia, elevación de creatinina, hiperpotasemia grave, que requiere hemodiálisis de rescate. Un derrame pericárdico requirió control quirúrgico. La angiografía revela disminución del calibre del arco aórtico y aorta abdominal (**Figura 1**). La biopsia renal señala glomerulonefritis proliferativa endocapilar y extracapilar, difusa, esclerosis glomerular global y segmentaria focal. ANA y ANCA negativos. Doppler carotídeo: engrosamiento y datos de inflamación en carótida común izquierda. Se concluyó arteritis de Takayasu y se inició tratamiento con esteroide e infusión de rituximab.

Figura 1. A: Reconstrucción tridimensional de angiografía de aorta que muestra la disminución del calibre del vaso en la aorta ascendente. **B:** Corte sagital del mismo estudio que revela la emergencia de los principales vasos troncales. **C:** USG Doppler de carótida primitiva izquierda, con engrosamiento de la pared asimétrico, y flujo disminuido al Doppler a color. (C161)



Conclusiones: La estenosis y la oclusión son las anomalías más notificadas en las arterias renales en la AT; la hipertensión renovascular y la nefropatía isquémica son las manifestaciones clínicas más comunes. El daño glomerular o tubulointerstitial, como el de esta paciente, es una complicación infrecuente, crónica, de progresión lenta. La proliferación mesangial es el cuadro histológico predominante y siempre que se sospeche debe protocolizarse para descartar otras causas de glomerulonefritis.

Bibliografía

1. Li Cavoli G, Mulè G, Vallone MG, et al. Takayasu's disease effects on the kidneys: current perspectives. *Int J Nephrol Renovasc Dis.* 2018;11:225-233.

C162

Retención aguda de orina como manifestación inicial de GPA

Rosas-Villegas CE, Castro-Colín Z

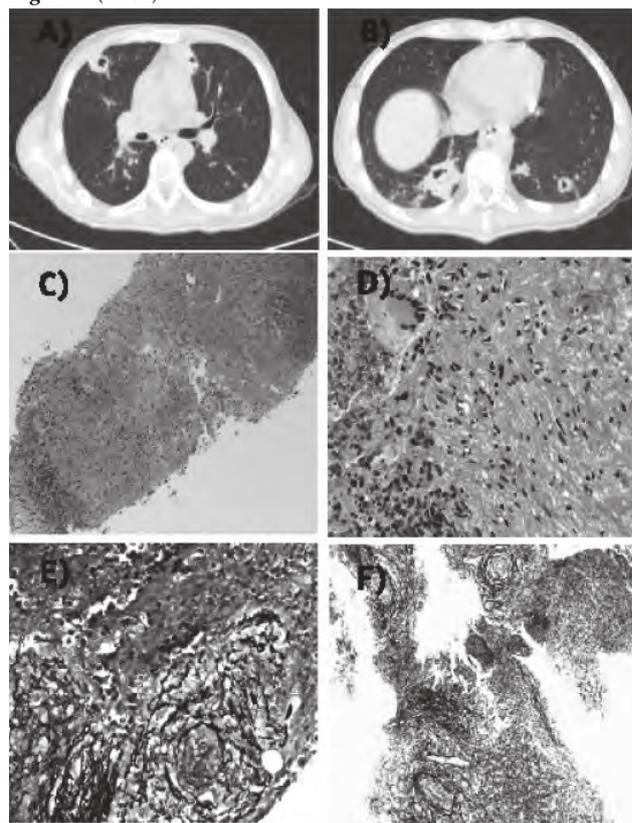
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una causa infrecuente de compromiso genitourinario (< 1%), que incluye prostatitis, uretritis, úlceras genitales, orquitis y masas renales. Se describe un caso de GPA con prostatitis granulomatosa como presentación inicial.

Objetivos: Descripción de un caso.

Material y métodos: Paciente masculino de 36 años hospitalizado por retención aguda de orina (RAO) que requirió sondaje transuretral en dos ocasiones, luego de presentar obstrucción transuretral que requirió cistostomía suprapúbica (**Figura 1**). Al tacto rectal con agrandamiento pétreo de glándula prostática. Con posterioridad se agregó otalgia y otorrea derecha, cefalea intensa, parálisis facial izquierda y disfagia alta. Punción lumbar sin alteraciones. La TAC de cráneo delinea neoformación de pared lateral faríngea derecha y parafaríngea. Biopsia prostática con reacción inflamatoria mixta de tipo granulomatosa con células gigantes multinucleadas con morfología de Langhans y polimorfonucleares, en derredor de extensas áreas de necrosis con extensión a capilares. ANCA 1:20 citoplasmático. TCAR con nódulos pulmonares y cavitación central difusa, áreas en vidrio deslustrado y micronódulos a nivel del lóbulo superior derecho. Se indicaron prednisona (1 mg/kg/día), rituximab (2 g), azatioprina (2 mg/kg) y pregabalina (150 mg/día), con buena respuesta.

Figura 1. (C162)



Resultados: La prostatitis es la manifestación genitourinaria más común de la GPA, por lo general como parte del cuadro inicial. En la mayoría aparecen síntomas obstructivos (70%); la RAO es ocasional (< 18%). En la exploración física, la próstata puede palparse agrandada (50%) o indurada (10%). El antígeno prostático permanece normal o ligeramente elevado. El tratamiento inmunosupresor depende de la gravedad; en ocasionales se requiere intervenciónismo.

Conclusiones: La tasa de recurrencia es alta (> 25%).

Bibliografía

1. Alba MA, Moreno-Palacios J, Beça S, Cid MC. Urologic and male genital manifestations of granulomatosis with polyangiitis. *Autoimmun*

Rev. 2015 Oct;14(10):897-902. doi: 10.1016/j.autrev.2015.05.012. Epub 2015 May 28. PMID: 26028174.

- Shaukat MS, Ocon AJ, Peredo RA, Bhatt BD. Prostatitis, a rare presentation of granulomatosis with polyangiitis, successfully treated with rituximab and prednisone. *BMJ Case Rep.* 2018 Aug 14;2018:bcr2018225379. doi: 10.1136/bcr-2018-225379. PMID: 30108118; PMCID: PMC6101315.

C163

Arteritis de Takayasu asociada a glomeruloesclerosis focal y segmentaria

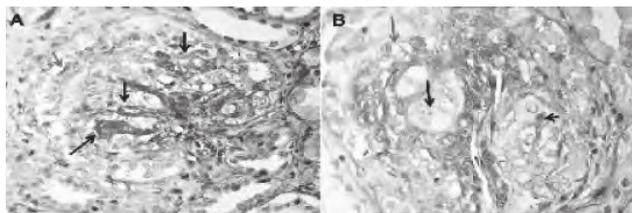
Tobar-Marcillo M, Rosales-Don Pablo V, Cisneros-Ventura I, Guerrero-Solis C

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de grandes vasos, con incidencia variable mundial, más frecuente en mujeres con relación 6.9:1, y edad media de presentación de 25 años; una cuarta parte de los pacientes inicia antes de los 20 años de edad. Su etiología no está bien definida, pero participan factores genéticos vinculados con el complejo principal de histocompatibilidad y factores infecciosos, en particular *Mycobacterium tuberculosis*. La morbilidad y mortalidad se relacionan con episodios cardiovasculares y enfermedad renal crónica, esta última por lo general en nexa con alteraciones del flujo sanguíneo renal. **Objetivos:** Presentar la relación inusual de AT con una glomerulopatía primaria.

Material y métodos: Paciente masculino de 20 años de edad, que inicia desde los 16 años con claudicación de extremidades e hipertensión arterial; el estudio de imagen con estenosis revela aorta abdominal y se estableció el diagnóstico de AT; en el seguimiento desarrolla síndrome nefrítico y se descarta hipertensión renovascular; la biopsia histopatológica muestra glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) de variedad colapsante (**Figura 1**), sin respuesta al tratamiento médico y actualmente en hemodiálisis.

Figura 1. A: Tinción de PAS (40x): se observa colapso de las asas capilares en varios segmentos (flechas negras) y proliferación de podocitos con formación de coronas podocitarias (flecha azul). **B:** Tinción de PAS (40x): hipertrofia e hiperplasia de podocitos que contienen vacuolas de reabsorción citoplasmática y nucleolos prominentes (flechas negras); lesión segmentaria con células endoteliales tumefactas (flecha azul). (C163)



Resultados: La enfermedad renal crónica en pacientes con AT se relaciona por lo regular con alteraciones del flujo sanguíneo renal; sin embargo, esto se descartó por varios métodos y el paciente desarrolló una GEFS; se descartaron otras posibles causas; no se han determinado los mecanismos que median en esta vinculación, pero se proponen mecanismos inmunomediados.

Conclusiones: La AT no se relaciona casi nunca con glomerulopatías; según la revisión de los autores, éste es el segundo caso notificado de esta relación y el primero con la variedad colapsante.

Bibliografía

- Tiryaki O, Buyukhatipoglu H, Onat AM, et al. Takayasu arteritis: association with focal segmental glomerulosclerosis. *Clin Rheumatol.* 26:609-611 (2007).

C164

Vasculitis ANCA y mielitis transversa longitudinal extensa: combinación inusual

Hernández-González J, Centeno-Valadez JD, Corona-Miranda EE, Saucedo-Sánchez A, Sepúlveda-Cantú H, Mendoza-Vargas L

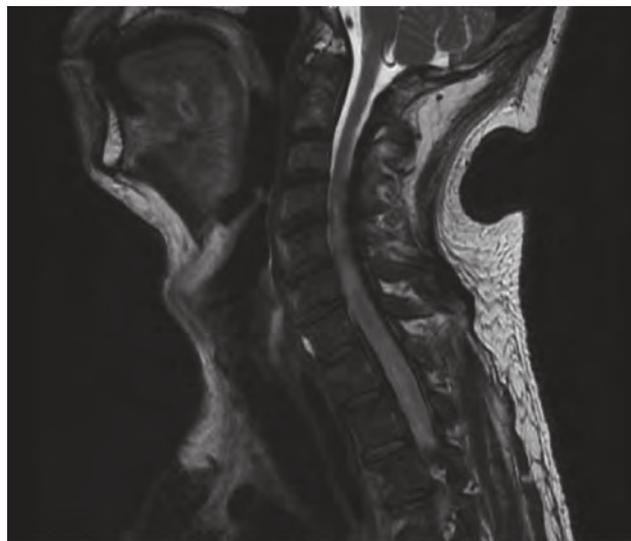
Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Se han descrito estas anomalías en los planos meníngeo, dural y de nervios craneales, pero en el medular los informes son escasos.

Objetivos: Presentar caso de mielitis transversa longitudinal extensa (MTLE) y vasculitis ANCA.

Material y métodos: Hombre de 46 años que inició con pérdida de peso, rinorrea, tos seca y disnea de gran esfuerzo; tres meses después se diagnosticó mastoiditis y otitis por TAC y recibió antibiótico sin respuesta. La radiografía de tórax mostró cavitación pulmonar derecha, indicativa de enfermedad granulomatosa confirmada por TAC; los estudios microbiológicos descartaron tuberculosis y micobacterias atípicas. Al cuarto mes se añadieron parestesias de 1° a 3° en dedos de mano derecha y disminución de fuerza hasta la muñeca homolateral, y ocho días después al resto de extremidades. Se solicitaron ANCA e inmunoespecificidad, que fueron positivos para c-ANCA y PR3 200 UR/mL. Se identificaron glomerulonefritis y polineuropatía desmielinizante progresiva inflamatoria de C5-C8 y L4-S1 (estudio electrofisiológico). Se iniciaron pulsos de esteroide con mejoría transitoria, y al término presentó dolor intenso en banda a partir de T2, parestesias y debilidad, con avance rápido a cuadriparesia, alteración de esfínteres y daño sensitivo en segmento medio inferior. La RMN cervicotorácica reveló lesión hiperintensa de C4 a T2 (**Figura 1**). Recibió inmunoglobulina sin efecto terapéutico y experimentó deterioro neurológico, respiratorio y hemodinámico, con desenlace letal siete días después del inicio del síndrome.

Figura 1. Mielitis transversa longitudinal extensa (MTLE) y vasculitis con ANCA. (C164)



Resultados: El síndrome medular hiperagudo secundario a vasculitis ANCA es una presentación muy rara del daño a SNC, con riesgo elevado de morbimortalidad en estos pacientes.

Conclusiones: La MTLE relacionada con vasculitis es una manifestación inusual; este caso resalta como aportación a la bibliografía.

Bibliografía

- Hamilton. *BMC Neurology.* 2010;10:118.

C165

Isquemia digital como presentación inusual de vasculitis asociada a ANCA

Hernández-González J, Fajardo-Hermosillo LD, García Rivas-Díaz Galindo D, Saucedo-Sánchez AM, Mendoza-Vargas LA

Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano de Seguro Social

Introducción: La vasculitis relacionada con ANCA con especificidad anti-PR3 (VAAPR3) muestra casi siempre afectación renal, pulmonar, rinosinusal y neurológica. La isquemia digital es una presentación infrecuente.

Objetivos: Se describe a un paciente con isquemia digital como primera manifestación de VAAPR3.

Material y métodos: Hombre de 39 años, con isquemia en 2° a 5° dedos del pie derecho (**Figura 1**), de origen trombotico descartado; seis meses antes presentó escleritis de ojo derecho, sinusitis crónica, artralgias, parestesias distales y pérdida de peso. En su abordaje con nódulos pulmonares en TAC se observó compromiso renal con sedimento activo, proteinuria y elevación de creatinina, polineuropatía distal sensitiva, C-ANCA (+) y PR3 (> 200). El tratamiento de inducción consistió en micofenolato de mofetilo (MMF), por escasez de ciclofosfamida (CFM), rituximab (RTX), esteroides, antiagregantes plaquetarios y cuidados del sitio de isquemia. A los tres meses mostró remisión de la afectación renal, neurológica y rinosinusal. La isquemia digital se autolimitó con autoamputación. Con posterioridad sin reactivaciones o episodios de isquemia.

Figura 1. Isquemia del 2° a 5° dedos del pie derecho. (C165)



Resultados: Hasta el momento se ha registrado una docena de casos con isquemia digital, la mayor parte con afectación renal, pulmonar, presencia de C-ANCA y PR3, con necesidad de CFM y esteroides. En 30% de los casos se anticoagularon, sin requerir resección quirúrgica; la evolución final fue la autoamputación. Este caso muestra respuesta óptima a la combinación MMF-RTX-esteroides-antiagregantes.

Conclusiones: La isquemia digital en VAAPR3 se acompaña de mayor gravedad de la enfermedad, y no parece tener una participación trombotica sino inflamatoria; la respuesta a MMF-RTX-esteroides-antiagregantes es buena, y el desenlace fue la autoamputación.

Bibliografía

1. Lau RA. Case Reports in Rheumatology. 2017;1-7.
2. Pokharel S. Am J Case Rep. 2018;19:1071-1073.
3. Ghorbel IB. La Presse Médicale. 2007;36(4):619-622.

C166

Vasculitis crioglobulinémica. Reporte de caso

Gallegos-Hernández O, Hernández-Lemus T

Hospital General Regional 196

Introducción: La crioglobulinemia se caracteriza por la presencia de una o más proteínas, que se precipitan a temperaturas < 37°. Se clasifica en tres tipos; la más frecuente es de la tipo II. Existen formas esenciales y relacionadas con trastornos linfoproliferativos o autoinmunitarios; posee una propensión por el género femenino y su incidencia es de 1 caso por 100 000. La vasculitis representa la máxima expresión de gravedad, con afectación renal y cutánea predominante.

Resultados: Paciente femenino de 73 años, con antecedente de lupus eritematoso sistémico (mucocutáneo articular, ANA 1:320, homogéneo difuso) de reciente diagnóstico en tratamiento con prednisona (25 mg/24 h), metotrexato (25 mg/sem) y enfermedad de Parkinson controlada. Refiere exacerbación de caída de cabello, úlceras orales, artralgias, artritis, lesiones purpúricas dolorosas en extremidades inferiores (**Figuras 1 y 2**) y parestesias, astenia, adinamia, fatiga e hiporexia. La exploración identifica lesiones purpúricas en cara anterior, medial y lateral de la tibia derecha, dolorosas a la palpación que desaparecen a la digitopresión. Evolucionan a lesiones ulcerativas, con borde eritematoso y equimosis perilesional. Se inicia protocolo de estudio tras considerar actividad grave de lupus contra crioglobulinemia y el informe registra: FR (+), anti-CCP (-), anti-SM (+), anti-ds DNA (-), anti-Ro (-), anti-LA (-), C3 45, C4 12, TORCH (-), panel viral (-), crioglobulinas (+), P-ANCA (-), C-ANCA (-). Se administraron pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida con respuesta favorable.

Figura 1. Lesiones purpúricas en cara anterior y lateral de tibia derecha. (C166)



Figura 2. Afectación cutánea predominante por vasculitis.(C166)



Conclusiones: El 80% de los casos de dicha entidad se vincula con VHC; en este caso se encontró una relación con LES y se catalogó como CGM tipo II. Es fundamental el diagnóstico diferencial extenso y preciso para identificar el trastorno adjunto y el tratamiento oportuno. La paciente mostró respuesta significativa a los pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida.

Bibliografía

1. Cacoub P, Comarmond C, Domont F, Savey L, Saadoun D. Cryoglobulinemia vasculitis. *Am J Med.* 2015;128:950-955.
2. Ramos-Casals M, Stone JH, Cid MC, Bosch X. The cryoglobulinemias. *Lancet.* 2012;379:348-360.
3. Lamprecht P, Gause A, Gross WL. Cryoglobulinemic vasculitis. *Arthritis Rheumatism.* 1999;42:2.507.

C167

Factores asociados a mortalidad al año en pacientes con vasculitis sistémica

Saavedra-Salinas MA, Escudero-Tepale EM, Castro-Colín Z, Miranda-Hernández DG

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La mayor mortalidad en pacientes con vasculitis sistémica de pequeños vasos (VSPV) ocurre en el primer año tras el diagnóstico; sin embargo, los factores adjuntos se han estudiado poco en la población.

Objetivos: Identificar los factores vinculados con mortalidad al momento del diagnóstico en pacientes con VSPV.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva (2009-2020) de 81 pacientes con diagnóstico de VSPV. Los parámetros demográficos, clínicos y bioquímicos se estudiaron como potenciales factores de mortalidad al año.

Resultados: Del total de pacientes, 36 (44.4%) tenían poliangeítis con granulomatosis (GPA) sistémica, 32 (39.5%) GPA localizada, 5 (6.2%) GPA sistémica temprana, 7 (8.6%) poliangeítis microscópica y 1 (1.2%) granulomatosis eosinofílica con poliangeítis. Hubo 22 (27%) muertes, 14 de ellas (63.6%) durante el primer año del diagnóstico. La principal causa de defunción fue la infección (64%). Los pacientes que fallecieron durante el primer año tuvieron mayor frecuencia de hipoalbuminemia ($p = 0.05$), así como $Hb < 10.8 \text{ g/dl}$ ($p = 0.035$) en comparación con aquellos que murieron después del primer año (Tabla 1). El tratamiento de inducción a la remisión no difirió en ambos grupos.

Conclusiones: Este estudio sugiere que la hipoalbuminemia y la anemia son factores relacionados con mortalidad en el primer año del diagnóstico en pacientes con VSPV, lo que contrasta con lo informado con anterioridad.

Sin embargo, el diseño y un número reducido de pacientes son limitaciones importantes del estudio.

Tabla 1. Comparación entre pacientes con muerte antes y después de un año. (C167)

	Defunción en el primer año n = 14	Defunción posterior al primer año n = 8	P	OR	IC
Edad	49.5 (21 - 66)	58.5 (24 - 65)	0.188		
Edad al diagnóstico	49 (21 - 66)	48 (24 - 63)	0.868		
GPA sistémica	5 (35.7)	4 (50%)	0.662*		
GPA localizada	6 (42%)	2 (25%)	0.404		
ANCA positivo					
cANCA	6 (42.9%)	6 (75%)	0.14		
pANCA	2 (14.3%)	1 (12.5%)	1		
Mortalidad					
Infección	9 (64.3)	6 (75%)	0.604		
Neumonía	7 (77.7%)	3 (50%)			
Actividad	4 (28.6%)	1 (12.5%)	0.613*		
Albúmina < 3.5 g/dL	14 (100%)	6 (75%)	0.05	3.3	1.7 -6.5
Hb < 10.8 g/dL	10 (71.4%)	2 (25%)	0.035	7.5	1.03-54.1
Tratamiento de inducción					
Pulsos metilprednisolona	11 (78.6%)	3 (37.5%)	0.05		
Ciclofosfamida	9 (64.3%)	7 (87.5%)	0.24		
Plasmaféresis	5 (35.7%)	2 (25%)	1*		
Rituximab	2 (14.3%)	0	0.51		
Azatioprina	0	1 (12.5%)	0.36		

Bibliografía

1. Flossmann O, Berden A, Groot K, et al. Long-term patient survival in ANCA-associated vasculitis. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:488-94. DOI: 10.1136/ard.2010.137778.
2. Kim MK, Choi H, Kim JY, et al. Multivariable index for assessing the activity and predicting all-cause mortality in antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis. *J Clin Lab Anal.* 2020;34:1-8. DOI: 10.1002/jcla.23022.

C168

Paquimeningitis hipertrófica en enfermedades autoinmunitarias y no autoinmunitarias: estudio comparativo

Martín-Nares E, Cano-Cruz LG, Hinojosa-Azaola A

Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Se desconoce si existen diferencias en la presentación clínica y desenlaces entre los pacientes con paquimeningitis hipertrófica (PH) secundaria a enfermedades autoinmunitarias y no autoinmunitarias.

Objetivos: Describir las características clínicas, paraclínicas, tratamiento y desenlaces de pacientes con PH secundarias a enfermedades autoinmunitarias en comparación con aquellas de causa no autoinmunitaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de PH atendidos en el INCMNSZ de 2003 a 2019. Se definió PH como engrosamiento focal o difuso de la duramadre visualizado en resonancia magnética y cuadro clínico consistente.

Resultados: Se incluyó a 27 pacientes con mediana de edad de 40 años (RIC, 28-51), 14 hombres (52%); de éstos, 16 con diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis (GPA) y 11 sin enfermedad autoinmunitaria (5 casos de tuberculosis y 6 de neoplasia [3 linfoma no Hodgkin, 1 linfoma de Hodgkin, 1 enfermedad de Rosai-Dorfman y 1 meningioma]) (Figura 1). Mediana de tiempo de seguimiento desde el episodio de PH: 56.5 meses

(RIC, 32-77). La **Tabla 1** muestra las características clínicas y desenlaces de la cohorte. Los pacientes con PH secundaria a GPA presentaron más remisión parcial y recaídas con más frecuencia e hipoglucoemia menos a menudo, remisión completa y un curso monofásico, así como una tendencia a mostrar un curso crónico y menor frecuencia de alteración del estado de alerta como manifestación clínica. Los pacientes con GPA se trataron con esteroides e inmunosupresores y los pacientes con PH no autoinmunitaria con operación, quimioterapia y antifúngicos.

Figura 1. Causas de paquimeningitis hipertrofica. (C168)

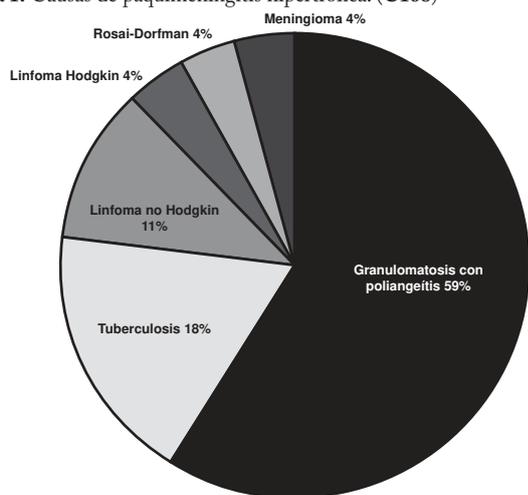


Tabla 1. Características clínicas y desenlaces en pacientes con paquimeningitis hipertrofica en enfermedades autoinmunitarias y no autoinmunitarias. (C168)

Variable	Todos n = 27	GPA n = 16	No autoinmunitarias n = 11	p
Género masculino, n (%)	14 (52)	7 (44)	7 (64)	0.44
Edad al diagnóstico de paquimeningitis, mediana (RIC), años	40 (28-51)	41 (30-53)	40 (27-48)	0.69
Presentación, n (%)				
Aguda	14 (52)	8 (50)	6 (55)	1.00
Subaguda	5 (19)	2 (13)	3 (27)	0.37
Crónica	6 (22)	6 (38)	0	0.05
Asintomática	2 (7)	0	2 (18)	0.15
Sitio, n (%)				
Craneal	25 (93)	15 (94)	10 (91)	1.00
Espinal	2 (7)	1 (6)	1 (9)	
Cefalea, n (%)	18 (67)	12 (75)	6 (55)	0.41
Cambios en agudeza visual, n (%)	5 (19)	4 (25)	1 (9)	0.61
Diplopía, n (%)	4 (15)	4 (25)	0	0.12
Ptosis, n (%)	3 (11)	2 (13)	1 (9)	1.00
Papiledema, n (%)	4 (15)	4 (25)	0	0.12
Alteración del estado de alerta, n (%)	3 (11)	0	3 (27)	0.05
Crisis convulsivas, n (%)	7 (26)	4 (25)	3 (27)	1.00
Debilidad facial, n (%)	4 (15)	2 (13)	2 (18)	1.00
Alteraciones de la sensibilidad, n (%)	4 (15)	3 (19)	1 (9)	0.62
Alteraciones del lenguaje, n (%)	6 (22)	2 (13)	4 (36)	0.18
Alteración de pares craneales, n (%)	11 (41)	9 (56)	2 (18)	0.10
Leucocitosis, n (%)	10 (37)	7 (44)	3 (27)	0.44
PCR elevada, n (%)	9/17 (53)	8/16 (50)	1/1 (100)	1.00

VSG elevada, n (%)	10/17 (59)	9/16 (56)	1/1 (100)	1.00
Pleocitosis, n (%)	4/16 (25)	2/12 (17)	2/4 (50)	0.24
Hiperproteinorraquia, n (%)	9/17 (53)	6/12 (50)	3/5 (60)	1.00
Hipoglucoemia, n (%)	3/17 (18)	0/12	3/5 (60)	0.01
Remisión, n (%)	22/24 (92)	12/13 (92)	10/11 (91)	1.00
Remisión completa, n (%)	17/23 (74)	7/13 (54)	10/10 (100)	0.01
Remisión parcial, n (%)	5/23 (22)	5/13 (38)	0/10	0.04
Recaídas, n (%)	5/23 (22)	5/13 (38)	0/10	0.04
Tiempo a recaídas en meses, mediana (RIC)	22 (9-28)	22 (9-28)	-	-
Curso, n (%)				
Monofásico	18 (67)	8 (50)	10 (91)	0.04
Remitente	5 (19)	5 (31)	0	
Muerte, n (%)	0/23	0	0	-

Conclusiones: Existen diferencias en el curso clínico y desenlaces entre pacientes con PH secundarias a enfermedades autoinmunitarias y no autoinmunitarias.

Bibliografía

- Mekinian A, Maisonobe L, Boukari L, et al. Characteristics, outcome and treatments with cranial pachymeningitis: a multicenter french retrospective study of 60 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jul;97(30):e11413.

C169

Policondritis recidivante: una revisión personal de 10 casos

Fajardo-Hermosillo LD

Hospital de Especialidades Médicas, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La policondritis recidivante (PCR) es una enfermedad inflamatoria inusual, caracterizada por inflamación cartilaginosa de oídos y nariz. Puede afectar distintos órganos y relacionarse con otras anomalías.

Objetivos: Se describen 10 casos de pacientes con PCR diagnosticados según criterios de Michet recolectados en 10 años.

Material y métodos: Siete de ellos fueron mujeres y tres hombres con una edad promedio de 48.6 años y una media de duración de la enfermedad de 58 meses. La media del índice de actividad (*Relapsing Polychondritis Disease Activity Index*) y el índice de daño (*Relapsing Polychondritis Damage Index*) fue de 198 y 1.2 puntos. Las manifestaciones más observadas fueron condritis auricular en todos y nasal en seis, artritis en cuatro, uveítis en cuatro, estenosis laringotraqueal en dos y sólo un paciente con afectación renal (**Tabla 1**). Dos casos presentaron trombosis arterial cerebral, uno vasculitis y otro muerte vinculada con síndrome mielodisplásico (SMD). El tratamiento más frecuente incluyó corticosteroides e inmunosupresores; sólo tres casos requirieron rituximab (RTX).

Resultados: Se han identificado tres fenotipos: el fenotipo leve, el más frecuente y de mejor pronóstico, encontrado en esta serie en siete casos; el fenotipo respiratorio consistente en estenosis laringotraqueal, presente en dos casos, vinculado con un índice de daño alto y empleo de RTX; y el fenotipo hematológico, el menos frecuente y de peor pronóstico, relacionado en esta serie con un caso con mayor actividad de la enfermedad y muerte por SMD.

Conclusiones: En la actualidad, el tratamiento y pronóstico de esta enfermedad persiste como una necesidad insatisfecha ligada aún a la experiencia de series de casos.

Bibliografía

- Rednic S. *RMD Open*. 2018;4:e000788.
- Dion J. *Arthritis Rheumatol*. 2016;68(12):2992.
- Michet CJ. *Ann Intern Med*. 1986;104:74.
- Mertz P. *Joint Bone Spine* 2019;86(3):363.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de policondritis recidivante en 10 pacientes. (C169)

Manifestación clínica	Inicial*	Acumulada
Condritis auricular	10	10
Condritis nasal	4	6
Artritis	3	4
Manifestaciones oculares*	3	4
Estenosis laringotraqueal	1	2
Afectación renal	0	1
Relación con otras enfermedades		
Hipotiroidismo	1	2
Trombosis arterial cerebral*	2	2
Vasculitis	1	1
Síndrome mielodisplásico	1	1

*La mitad de los paciente presentó al inicio más de una manifestación clínica; *escleritis y uveítis; *síndrome por anticuerpos antifosfolípidos y deficiencia de proteína C.

C170

Arteritis de Takayasu y glomerulonefritis rápidamente progresiva

Vera-Lastra OL, Pineda-Galindo L, Navas-Alemán LL, Cossío-Zazueta A

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis granulomatosa de grandes vasos. Se caracteriza por claudicación de las extremidades y disminución de los pulsos arteriales. La afección glomerular es muy rara.

Objetivos: Informar el caso de una paciente con AT y afectación glomerular de rápida progresión.

Material y métodos: Paciente femenina de 24 años. Inició un 1 año antes con pérdida de peso de 30 kg, hipertensión arterial sistémica (HAS), dolor precordial intermitente, artralgias y astenia. Ingresó por disnea, derrame pericárdico (2 000 cm³ serohemático) y elevación de azoados. Sin claudicación en las extremidades. EF: TA 140/95 mmHg, soplo en accesorio aórtico. Pulsos en extremidades normales.

Resultados: Angiotomografía: disminución del calibre de aorta infrarrenal y estenosis de la arteria mesentérica superior y renal izquierda (aortoarteritis tipo III de Tokio). Doppler carotídeo: engrosamiento de pared de arteria carótida común y aumento del volumen del índice de resistencias. US renal: riñón derecho 13.8 x 74 x 94 cm e izquierdo de 9.4 x 43 x 42 cm. Ecocardiograma: derrame pericárdico con colapso de cavidades derechas, estenosis de ramas periféricas pulmonares segmentarias derechas. Biopsia renal derecha: esclerosis glomerular global y segmentaria focal. Daño tubulointerstitial moderado a grave. Arteriosclerosis moderada. Creatinina 13 mg/dl, HB 7.8 g/dl. Leucocitos 8 500, plaquetas 317, depuración creatinina < 5 ml/min. EGO: leucoeritrocituria, proteínas 500 mg. ANA, ENA, anticardiolipina y anticoagulante lúpico negativos, PCR y VSG aumentadas. Tratamiento: pulsos de metilprednisolona, metotrexato (15 mg/sem) y prednisona (30 mg/día). En forma inicial se pensó en lupus, pero los anticuerpos eran negativo y se consideró otro diagnóstico.

Conclusiones: Paciente sin disminución de pulsos, HAS, derrame pericárdico y afectación glomerular de rápida progresión. La falta de características clínicas específicas produjo un retraso del diagnóstico de AT.

Bibliografía

- Aydin F, Acar B, Uncu N. Takayasu Arteritis: a case presenting with neurological symptoms and proteinuria. Arch Rheumatol. 2020;35(2):287-291.
- Lai BC, Ye QJ, Aung TKK. Takayasu arteritis: What can go wrong in the glomeruli for large vessel vasculitis? A case report of an unusual cause of persistent microscopic hematuria in a patient with Takayasu arteritis. Cureus. 2019;11(6):e5024.

C171

Enfermedad relacionada a IgG4: un reto diagnóstico

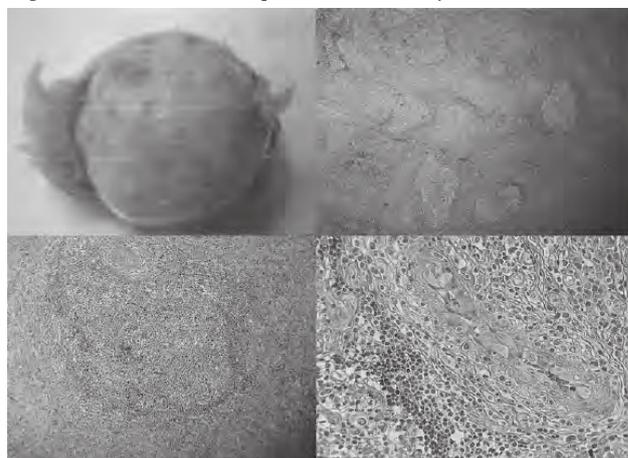
Godínez-Baca LE¹, Vargas-Avilés AS²

⁽¹⁾ Hospital Ángeles Acoxa, ⁽²⁾ Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) engloba un espectro de alteraciones fibroinflamatorias de etiopatogenia indefinida con características clínicas, histopatológicas y serológicas comunes. Con incidencia de 1/100 000 y prevalencia de 100 casos/millón, predomina en varones de 50 a 70 años. Los síntomas son inicialmente mínimos y pueden afectar a cualquier tejido: lesiones tumefactas, cutáneas, adenopatías, pancreatitis, seudotumores orbitarios, sialadenitis, tiroiditis, fibrosis retroperitoneal, etc. El diagnóstico es complejo dados los diferenciales y síntomas heterogéneos; se han desarrollado y validado los criterios de clasificación ACR/EULAR 2019. Para el tratamiento, 99% responde a los glucocorticoides.

Material y métodos: Paciente masculino de 36 años sin antecedentes patológicos que acude por seis años de crecimiento lento de tumoración indolora en región maxilar derecha que alcanzó 3 cm de diámetro sin otro signo o síntoma. Valorado por cirugía maxilofacial, se realizó TAC de cráneo/cuello que delineó adenopatías cervicales, afectación glandular submandibular y tumoración nasogeniana de 20 mm con reforzamiento al medio de contraste. Biopsia incisional: hiperplasia angiolinfocítica con eosinofilia, infiltrado linfoplasmocítico, fibrosis, sin proceso linfoproliferativo (**Figura 1**), inmunohistoquímica positiva CD138, CL lambda y kappa en células plasmáticas; cociente células plasmáticas IgG4:IgG+ > 50%. IgG4 sérica 194 mg/dL. El aspirado de médula ósea y la biopsia de hueso descartan proceso maligno. Se diagnostica enfermedad por IgG4 por criterios ACR/EULAR 2019 al cumplir criterio inicial, sin criterios de exclusión y puntuación total de 28. Tras resección, continúa asintomático hasta la fecha.

Figura 1. A: Tumor en vista macroscópica. **B:** Vista 4x: múltiples folículos linfoides de tamaño variable y distribución irregular. **C:** Vasos hialinizados en folículo linfoide y fibrosis estoriforme. **D:** Vista 40x: hiperplasia angiolinfocítica, infiltrado linfoplasmocítico denso y eosinófilo. (C171)



Conclusiones: Descrita apenas en 2003 y en virtud de su baja prevalencia, la ER-IgG4 suele subdiagnosticarse y los casos deben difundirse.

Bibliografía

- Wallace ZS, Naden RP, Chari S. 2019 American College of Rheumatology/EULAR classification criteria for IgG4 related disease. Ann Rheum Dis. 2019;0:1-11.
- Yadlapati S, Verheyen E, Efthimiou P. IgG4-related disease: a complex under diagnosed clinical entity. Rheumatol Int. 2018;38(2):169-177.

C172

Crioglobulinemia asociada a mieloma múltiple y pseudovasculitis

Cimé-Aké EA, Vera-Lastra OL, Carrillo-González AL, Gayosso-Rivera J, García-Gutiérrez S

Instituto Mexicano del Seguro Social

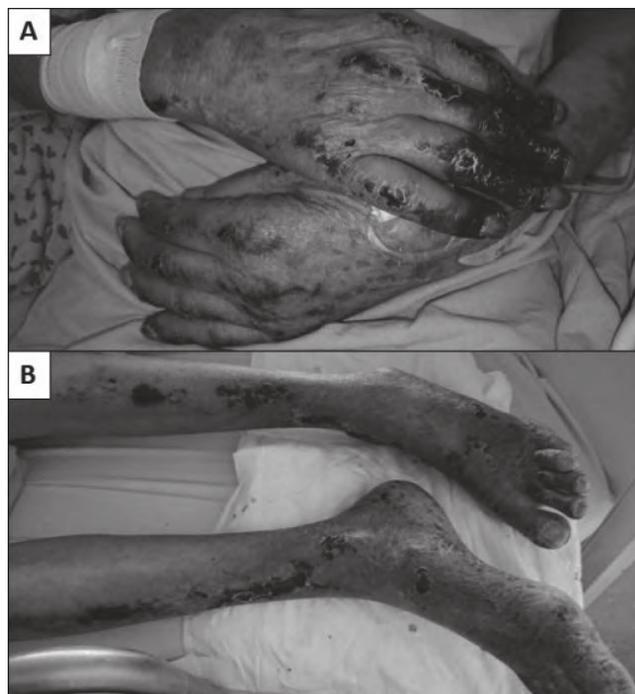
Introducción: La crioglobulinemia se caracteriza por crioglobulinas séricas, que son inmunoglobulinas que se precipitan a temperaturas < 37°C, se depositan en vasos sanguíneos y causan daño endotelial. Se distingue por úlceras cutáneas, glomerulonefritis y neuropatía.

Objetivos: Informar el caso de un paciente con mieloma múltiple (MM), crioglobulinemia tipo 1 y síndrome de hiperviscosidad (SHV) con lesiones de pseudovasculitis.

Material y métodos: Informe de caso.

Resultados: Hombre de 83 años que inició seis meses antes con pérdida de peso (8 kg), astenia, adinamia, artralgias, dolor en las extremidades, parestesias, lesiones similares a máculas eritemato-violáceas en extremidades inferiores que evolucionaron a úlceras necróticas dolorosas. Con posterioridad lesiones en pabellones auriculares y necrosis digital (mano izquierda). Exploración física: dermatosis diseminada a cabeza, extremidades superiores e inferiores que afectaban a pabellones auriculares y paladar duro, con máculas y pápulas purpúricas de forma numular, algunas ulceradas y confluentes que formaban placas hiperqueratósicas con superficies necróticas y costras negruzcas (**Figura 1A y B**). Estudios de laboratorio: leucocitosis 106 000 cel/mm³, Hb 11 g/dL, plaquetas 314 000 cel/mm³, PCR 96 mg/L, calcio 14 mg/dL, ANA y ANCA negativos, crioglobulinas positivas +++, viscosidad aumentada. Biopsia piel: vasculopatía trombótica (VT) sin vasculitis. Biopsia ósea: médula hiper celular, celularidad 80%, neoplasia de células plasmáticas. Inmunohistoquímica: CD 138+/CD56+. RX: lesiones osteolíticas. Tratamiento: rituximab, interferón pegilado y ciclofosfamida

Figura 1. A: Miembros superiores con máculas y pápulas purpúricas de forma numular, con úlceras confluentes en placas hiperqueratósicas con superficies necróticas y costras negruzcas. **B:** Miembros inferiores con dermatosis de las mismas características. (C172)



con mejoría de las lesiones dérmicas. Paciente con lesiones ulcerosas y necróticas hasta la pérdida de los dedos de la mano izquierda, en quien se sospechó una vasculitis crioglobulinémica, pero la biopsia demostró VT.

Conclusiones: En este paciente con MM y SHV y úlceras necróticas de aspecto vasculítico, cuyo estudio histológico demostró una VT, se estableció el diagnóstico de pseudovasculitis.

Bibliografía

1. Roccatello D, Saadoun D, Ramos-Casals M, Tzioufas AG, Fervenza FC, Cacoub P, et al. Cryoglobulinaemia. Nat Rev Dis Primers. 2018; 4(1):11.
2. Zhang LL, Cao XX, Shen KN, Han HX, Zhang CL, Qiu Y, et al. Clinical characteristics and treatment outcome of type I cryoglobulinemia in chinese patients: a single-center study of 45 patients. Ann Hematol. 2020;99(8):1735-1740.

C173

Arteritis de Takayasu abdominal con buena respuesta a anti-TNF

López-Segovia LG¹, Valdés-Corona LF¹, Rebón-Gallardo J¹, Turrent-Carriles A², Chávez-Alanís AC¹

⁽¹⁾Hospital Ángeles Lomas, ⁽²⁾Centro Médico ABC

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis de causa desconocida caracterizada por inflamación no granulomatosa que afecta sobre todo a la aorta y ramas principales, en particular arterias renales, carótidas y subclavias. Afecta en especial a mujeres < 40 años de edad.

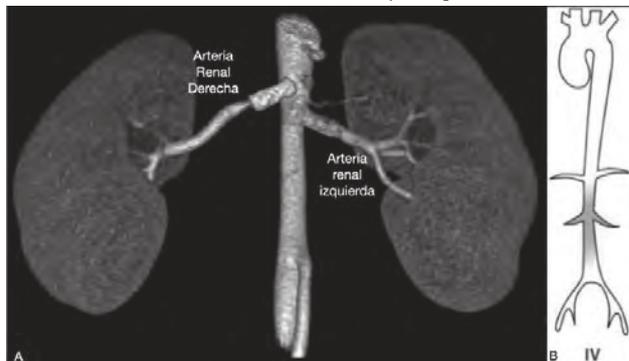
Objetivos: Exponer un caso de arteritis de Takayasu tipo IV.

Material y métodos: Paciente femenino de 31 años hipertensa de dos años, catalogada como secundaria a displasia fibromuscular de arterias renales (obstrucción de 95% en AR derecha, 90% en AR izquierda). Previa colocación de *stents*, se resuelve cuadro por ocho meses. Recurrencia con difícil control a pesar de tres antihipertensivos y diurético. Ingresa por cefalea bitemporal intensa y descontrol hipertensivo (180/120 mmHg). Niega angina (torácica, intestinal), alteraciones visuales o claudicación. Exploración física sin alteraciones.

Resultados: Se realiza angiografía toracoabdominal y pélvica (**Figura 1**). Aortografía abdominal con hallazgos descritos en la **Tabla 1**. Marcadores de inflamación: VSG 35 mmHr, PCR < 1 mg/dl; ANCA y perfil antifosfolípidos negativos. Se inicia dexametasona más metotrexato y mantenimiento con prednisona (1 mg/kg). En la actualidad se trata con azatioprina diaria y certolizumab mensual, sin reincidencia del cuadro.

Conclusiones: La arteritis de Takayasu es una enfermedad poco frecuente con presentación heterogénea. Las lesiones predominantes son estenosis (>

Figura 1. A: Reconstrucción de angiografía. Se observa estenosis de los *stents* renales (50% en ambos casos); en el lado derecho hay desplazamiento central y en el izquierdo hiperplasia de la íntima. **B:** Representación esquemática del área afectada en la arteritis de Takayasu tipo 4. (C173)



90%), oclusión y degeneración aneurísmica (25%). La sospecha del diagnóstico debe llevar a realizar estudios de imagen (angiogramografía, angiorensonancia, TEP-TC). Como parte del tratamiento se incluyen dosis altas de glucocorticoides (40-60 mg/día de equivalente de prednisona). Se ha sugerido el uso de certolizumab como tratamiento adyuvante; en las series informadas se ha reducido la dosis de esteroide y metotrexato en los casos de difícil control.

Tabla 1. Hallazgos de la angiografía. (C173)

Arteria renal derecha	Stent permeable sin reestenosis, con retracción elástica de ostium y estenosis del 30%. Se decide posdilatar el ostium con balón 4.5 x 8 mm con adecuada ganancia luminal.
Arteria renal izquierda	Reestenosis en el interior del stent con obstrucción de 99%. Se realiza dilatación progresiva con balón y posterior colocación de nuevo stent (sirolimus tanzei). Angiografía de control con adecuado adosamiento y flujo renal.
Arteria mesentérica superior	Lesión ostial de 40%. Se decide no colocar stent ante sospecha de vasculitis sistémica.

Bibliografía

- Mason JC. Takayasu arteritis: advances in diagnosis and management. *Nature Reviews Rheumatology*. 2010;6(7):406-415.
- Novikov PI. Certolizumab pegol in the treatment of Takayasu arteritis. *Rheumatology*. 2018;57;1:2101-2105.

C174

Estenosis pulmonar en paciente con granulomatosis con poliangiitis

Saucedo-Sánchez AM, Centeno-Valadez JD, Echeverría-González G, Hernández-González JM, Mendoza-Vargas LA, Martínez-Rivera A, López-López CP

Instituto Mexicano del Seguro Social

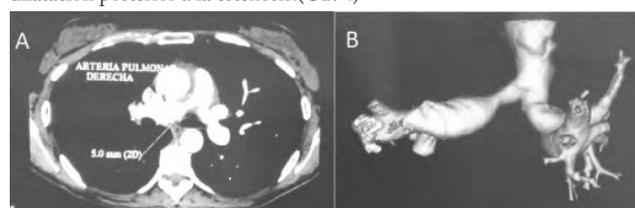
Introducción: La afectación de arterias pulmonares en la vasculitis de pequeños vasos es rara. El mecanismo lesivo de estas arterias se desconoce.

Objetivos: Presentar un caso de estenosis pulmonar coincidente con granulomatosis con poliangiitis.

Material y métodos: Se trata de un paciente femenino de 35 años con diagnóstico conocido de granulomatosis con poliangiitis desde 2014 con base en ptosis, proptosis, uveítis izquierda y sordera parcial izquierda con p-ANCA positivo. Recibió tratamiento con ciclofosfamida y alcanzó la remisión; se mantuvo con azatioprina. En 2019 inició con disnea de medianos esfuerzos y ortopnea. El servicio de cardiología identificó hipertensión pulmonar (PSAP, 74 mmHg) en ecocardiograma. La angiogramografía reveló estenosis de las arterias pulmonares y sus ramas de manera generalizada, con engrosamiento de la pared (**Figura 1**). Sin otros datos de actividad de la enfermedad, no se realizaron ajustes al tratamiento.

Resultados: La afectación pulmonar en la vasculitis de vasos pequeños podría representar manifestación sobrepueta de distintos procesos de vasos pequeños y grandes. Sin embargo, en esta paciente no hay otros datos

Figura 1. A: Corte axial de angiogramografía que muestra el estrechamiento de la arteria pulmonar derecha. **B:** Reconstrucción tridimensional de angiogramografía con estrechamiento de la arteria pulmonar derecha con dilatación posterior a la estenosis.(C174)



que sugieran vasculitis de vasos grandes (Takayasu). Otras explicaciones potenciales incluyen la afectación primaria de los *vasa vasorum* como parte del compromiso de los vasos pequeños generalizado.

Conclusiones: Puede ser engañoso sugerir que una enfermedad con características atípicas debe considerarse una sobreposición de dos anomalías separadas raras. Se presenta en este caso una manifestación atípica de granulomatosis con poliangiitis notificada sólo dos veces en las publicaciones médicas.

Bibliografía

- Jain P. Proximal pulmonary artery stenosis: a rare manifestation of granulomatosis with polyangiitis. *Lancet*. 2016;387(10035):2349-2350.
- Nakayama H. A case of pulmonary arteritis with stenosis of the main pulmonary arteries with positive myeloperoxidase-antineutrophil cytoplasmic autoantibodies. *Respirology*. 2000;5(4):381-4.

C175

Pericarditis en arteritis de Takayasu: caso histopatológico

Ángeles-Acuña A, Flores-Hernández JA, Martínez-Martínez LA, Martínez Lavín García Lascuráin M

Instituto Nacional de Cardiología

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis granulomatosa crónica que afecta a la aorta y sus ramas principales. La característica histopatológica es una inflamación granulomatosa de la adventicia y la media de las arterias afectadas. El compromiso cardíaco es infrecuente, pero se ha relacionado con pobre pronóstico y escasa descripción de la histología. Se presenta un caso de pericarditis en AT con informe de biopsia de pericardio.

Objetivos: Paciente femenino de 28 años con antecedente de dos episodios de hemoptisis; se diagnosticó hipertensión arterial pulmonar (HAP) y comunicación interauricular. Se hospitaliza por deterioro de clase funcional NYHA III y protocolo de estudio de HAP.

Material y métodos: La exploración física la identifica normotensa y con simetría de pulsos en extremidades, sin frote pericárdico. En estudios de gabinete destaca proteína C reactiva de 38.5 mg/L, angiogramografía con engrosamiento concéntrico de la pared de la aorta torácica y rama derecha de la arteria pulmonar con derrame pericárdico grave y 18 FDG TEP-TC activo consistente.

Resultados: La biopsia de pericardio mediante ventana pericárdica señaló "arteriolas y vénulas e incluso capilares con intenso infiltrado de leucocitos polimorfonucleares". Se inicia tratamiento con mejoría clínica.

Conclusiones: Los informes histopatológicos de pericarditis en AT son escasos y poco específicos. En esta paciente se observaron estos cambios en el pericardio de afectación a pequeño vaso, sin compromiso sistémico de otro órgano. La arteritis de Takayasu constituye un reto diagnóstico, que en este caso desorienta por la ausencia de soplos y falta de diferenciales de tensión arterial, aunque los hallazgos de imagen lo sustentan.

Bibliografía

- Li J, Li H, Sun F, Chen Z, Yang Y, Zhao J, et al. Clinical characteristics of heart involvement in chinese patients with Takayasu arteritis. *Journal of Rheumatology*. 44(12):1867-1874. (2017).
- Kim ESH, Beckman J. Takayasu arteritis: challenges in diagnosis and management. *Heart*. 104:558-565 (2018).

C176

Pseudotumor pancreático-biliar y retrobulbar como presentación de enfermedad por IgG4

Sepúlveda-Cantú H, Fajardo-Hermosillo LD, Razo-Jiménez G

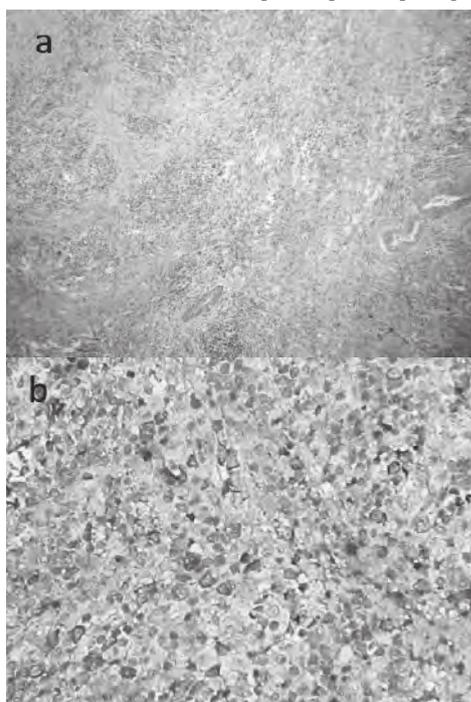
Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una anomalía fibroinflamatoria notificada de manera infrecuente que requiere como apoyo diagnóstico estudio histopatológico; en la actualidad se han descrito cuatro fenotipos. El fenotipo pancreatobiliar se confunde con tumores pancreáticos y ha llevado a practicar resecciones tumorales extensas.

Objetivos: Describir el caso de un paciente femenino con ER-IgG4.

Material y métodos: Mujer de 49 años con antecedente de seudotumor orbitario izquierdo 10 años antes tratado con radioterapia. Con posterioridad presenta un seudotumor retroorbitario derecho y síndrome obstructivo biliar con una masa difusa en páncreas, y se requiere liberación de la vía biliar. Por la persistencia de los síntomas, como pérdida de peso, ictericia y fiebre, se somete a resección quirúrgica extensa pancreatobiliar. El estudio histopatológico indica pancreatitis esclerosante con infiltrado plasmocitario, fibrosis estoriforme y tromboflebitis obliterante con inmunohistoquímica positiva para IgG4 (**Figura 1**). Al iniciar esteroides y azatioprina hay involución del tumor retroorbitario derecho.

Figura 1. A: Infiltrado linfoplasmocítico con fibrosis estoriforme y obliteración vascular (H-E). **B:** Inmunohistoquímica positiva para IgG4. (C176)



Resultados: El caso demuestra cómo los pacientes con fenotipo pancreatobiliar por ER-IgG4 se confunden aún con neoplasias pancreatobiliares malignas y se someten a intervenciones quirúrgicas innecesarias que modifican la calidad de vida y producen secuelas, como insuficiencia pancreática y diabetes. A pesar de la existencia de un seudotumor retroorbitario previo y la recidiva de otro contralateral, no hubo sospecha en esta alteración. De modo retrospectivo, al aplicar los criterios ACR/EULAR 2019 al paciente, satisfacía más de 20 puntos. Hubo una muy buena respuesta de la masa retrobulbar y hubiera tenido una buena respuesta a la afección pancreatobiliar. **Conclusiones:** Este caso ilustra la baja sospecha diagnóstica que existe de esta enfermedad en el medio y que considerarla evitaría intervenciones quirúrgicas innecesarias y favorecería la posibilidad de recibir un tratamiento efectivo.

Bibliografía

1. Dylewska K, Kobusinska K, Kurylak A. Tumour of the orbit and pterygopalatine fossa: Delayed recognition of possible IgG4-related disease. *Wspolczesna Onkol.* 2020;24(2):136-139.
2. Perugino CA, Stone JH. IgG4-related disease: an update on pathophysiology and implications for clinical care. *Nat Rev Rheumatol.* 2020.

C177

Tromboangeítis obliterante o enfermedad de Buerger. Reto diagnóstico

Flores-Cisneros AL¹, Castro-Colín Z², Hurtado-Díaz J², Zamora-Zúñiga NC², Avelino-Moreno E²

⁽¹⁾Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, ⁽²⁾Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La tromboangeítis obliterante (TAO) corresponde a una vasculitis oclusiva, no arteriosclerótica, segmentaria y recidivante, de causa desconocida, que afecta de forma predominante a varones jóvenes. Se considera un proceso autoinmunitario relacionado con el tabaco.

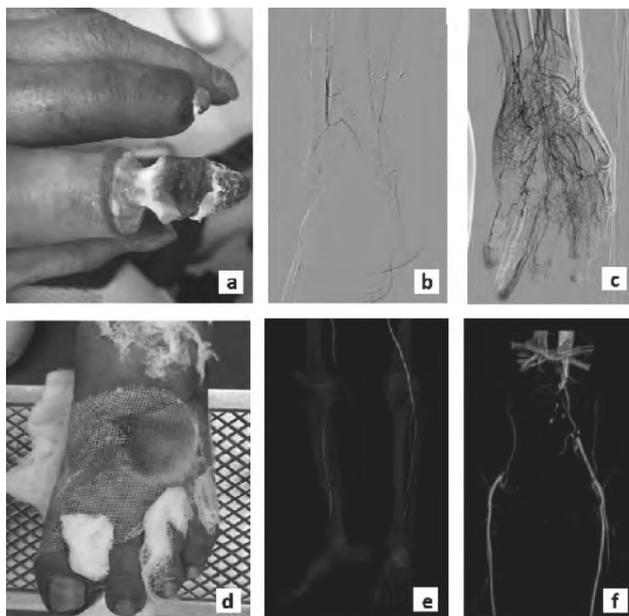
Objetivos: Se presenta el informe de dos casos.

Material y métodos: Pacientes de la consulta externa del servicio de reumatología del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza.

Resultados: Caso 1. Paciente masculino de 47 años con antecedente de tabaquismo. En 2018 perdió cuatro dedos de la mano derecha. En agosto de 2020 sufrió necrosis de segunda falange izquierda y primer dedo del pie izquierdo, por lo que acudió a valoración; por sospecha de TAO se realizó arteriografía con informe de vasculitis de mediano y pequeño tamaños de vasos distales de las cuatro extremidades (**Figura 1**). No es elegible para revascularización, por lo que es egresado a domicilio con tratamiento sintomático.

Caso 2. Paciente masculino de 45 años con antecedente de tabaquismo. Inició con claudicación intermitente de miembros pélvicos y necrosis digital. Después padece trombosis venosa profunda de miembro pélvico

Figura 1. A: Necrosis cutánea con exposición ósea de la segunda falange de la mano derecha. **B:** Angioarteriografía del segmento tibioperoneo con defecto de llenado en toda su extensión y obstrucción abrupta y múltiples colaterales en sacacorcho. **C:** Arteriografía de mano derecha: defecto de llenado de arteria ulnar, interósea y radial, con ruptura abrupta y múltiples colaterales en sacacorchos, pérdida de la estructura palmar profunda superficial y pobre irrigación de las arterias digitales. **D:** Dermatitis localizada en extremidad inferior que afecta al dorso del pie izquierdo por úlcera con fondo eritematoso de bordes cartográficos de crecimiento fagedénico; piel circundante con coloración y eritema violáceos. **E:** Compromiso de la femoral superficial derecha, poplítea derecha y vasos tibiales. **F:** Angiotomografía de aorta abdominal con defecto de llenado intraluminal, bifurcación de ilíacas con oclusión total. (C177)



C180

Prevalencia de autoanticuerpos de artritis reumatoide en otras enfermedades reumáticas

Herrera-Sandate P, Pineda-Sic RA, Vega-Morales D, Cárdenas-De La Garza JA, Castañeda-Martínez MM, Garza-Elizondo MA, González-Torres KI, Mendiola Jiménez A, Hernández-Galarza IJ, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José E. González

Introducción: El factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP) son la piedra angular en el diagnóstico de la artritis reumatoide (AR). El FR tiene una sensibilidad de 60% a 65% y una especificidad de 79% a 81%, mientras que los anti-CCP poseen una sensibilidad de 68% y una especificidad de 95% a 97% para el diagnóstico de AR. A pesar de su uso generalizado, otras enfermedades reumáticas, anomalías no reumáticas e incluso población sana pueden ser positivas a este fenómeno inmunológico. Se tiene escasa información acerca de la prevalencia de estos autoanticuerpos en enfermedades reumáticas distintas de la AR.

Objetivos: Determinar la prevalencia de FR y anti-CCP en enfermedades reumáticas distintas de la AR.

Material y métodos: Se incluyó a 346 pacientes de la consulta de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González con diagnósticos diversos de acuerdo con criterios estandarizados de clasificación. Después de la obtención de consentimiento informado se obtuvieron muestras de suero para la búsqueda de los isotipos IgG, IgM e IgA de FR, así como IgG de anti-CCP mediante análisis ELISA.

Resultados: Del total de pacientes, 288 (83.2%) eran mujeres y el promedio de edad fue de 46.6 años (DE, 14.84). La positividad a los isotipos de FR y anti-CCP se muestra en la **Tabla 1**. El síndrome de Sjögren primario (SSP) tuvo la mayor cantidad de pacientes positivos a los isotipos de FR, en tanto que en los anti-CCP fue la osteoartritis (OA).

Tabla 1. Positividad a isotipos de FR y anti-CCP en otras enfermedades reumáticas y controles sanos; FR, factor reumatoide; anti-CCP, anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado; AR, artritis reumatoide; AP, artritis psoriásica; SSP, síndrome de Sjögren primario; LES, lupus eritematoso sistémico; FM; fibromialgia; OA, osteoartritis; ACS, artralgia clínicamente sospechosa. (C180)

Enfermedad	Mujeres, n (%)	FR IgG, n (%)	FR IgM, n (%)	FR IgA, n (%)	Anti-CCP, n (%)
AR	19 (86.4)	3 (13.6)	15 (68.2)	12 (54.5)	11 (50.0)
AP	26 (59.1)	2 (4.5)	24 (54.5)	10 (22.7)	5 (11.4)
SSP	42 (95.5)	9 (20.9)	41 (93.2)	29 (67.4)	8 (20)
LES	42 (95.5)	3 (6.8)	19 (44.2)	14 (33.3)	4 (9.1)
FM	38 (97.4)	4 (10.5)	19 (50.0)	7 (18.9)	3 (7.7)
OA	37 (88.1)	4 (9.8)	8 (19.5)	8 (20)	17 (41.5)
Gota	0 (0)	0 (0)	8 (38.1)	5 (23.8)	1 (4.8)
ACS	43 (97.7)	4 (9.1)	24 (54.5)	9 (20.5)	5 (11.4)
Sanos	41 (91.1)	0 (0)	1 (2.2)	0 (0)	1 (2.2)
Total	346	29 (8.38)	159 (45.9)	94 (27.2)	55 (15.9)

Conclusiones: Los autoanticuerpos FR y anti-CCP están presentes en otras enfermedades reumáticas, en particular el SSP y OA y deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Avouac J, Gossec L, Dougados M. Diagnostic and predictive value of anti-cyclic citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2006;65(7):845-851. <https://doi.org/10.1136/ard.2006.051391>.
2. Shmerling RH. Diagnostic tests for rheumatic disease: clinical utility revisited. *Southern Medical Journal*. 2005;98(7):704-728. <https://doi.org/10.1097/01.smj.0000171073.07875.c5>

C181

Ecuación de Sergi para estimar masa muscular apendicular en México

Morales-Vargas J¹, Miranda-Alatraste PV², Morales-Torres JLA¹, Guadán-Moreno AG¹, Pesqueira-Ornelas LJ¹

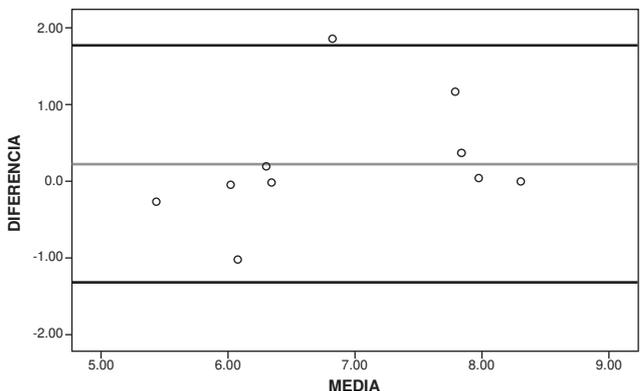
⁽¹⁾Morales Vargas Centro de Investigación, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La evaluación del índice de masa muscular apendicular (IMMA) es fundamental para el diagnóstico de sarcopenia. El EWG-SOP recomienda para ello la densitometría por emisión doble de rayos X (DXA). En México, el acceso a ésta es limitado. Se han desarrollado ecuaciones para calcular la masa muscular apendicular al analizar la composición corporal por impedancia bioeléctrica (BIA), una metodología accesible y económica. Sergi et al. desarrollaron una ecuación predictiva para este fin, pero se desconoce la validez de su uso en la población nacional.

Objetivos: Describir el desempeño de la ecuación de Sergi para determinar la masa muscular apendicular en población mexicana.

Material y métodos: Previa aprobación por el comité de ética en investigación, se inscribió a cinco mujeres y cinco hombres que cumplieron con los criterios de selección. Se obtuvo el IMMA por DXA; de manera adicional se realizó un análisis BIA y se calculó el IMMA mediante la ecuación de Sergi (**Figura 1**).

Figura 1. Gráfica de Brand-Altman de la diferencia entre el IMMA medido por DXA y la predicha por la ecuación de Sergi con BIA. (C181)



Resultados: La **Tabla 1** contiene las características de los sujetos del estudio. La **Figura 1** muestra una alta correlación entre el IMMA medido por DXA y el calculado a través de la ecuación de Sergi (r = 0.75, p = 0.012).

Tabla 1. Características de los sujetos de estudio y hallazgos del IMMA por DXA y BIA. (C181)

	Media (± DE) total	Media (± DE) hombres (n = 5)	Media (± DE) mujeres (n = 5)
Edad	69.8 (± 4.96)	72 (± 6.44)	67 (± 1.34)
Índice de masa corporal	26.35 (± 3.69)	27.98 (± 3.63)	24.73 (± 3.31)
IMMA DXA	7.00(± 1.19)	8.08 (± 0.25)	5.92 (± 0.47)
IMMA BIA	6.77 (± 0.93)	7.4 (± 0.93)	6.15 (± 0.38)
Resistencia	546.06 (± 77.85)	492.48 (± 62.60)	599.64 (± 50.40)
Reactancia	54.65 (± 13.62)	52.06 (± 18.18)	57.24 (± 8.37)

Conclusiones: La muestra utilizada en este estudio exploratorio no es representativa en grado suficiente para su aplicación generalizada en esta población; sin embargo, la correlación entre ambos métodos incrementa el interés para profundizar en el estudio de la validez de la ecuación de Sergi y evaluar el IMMA en la población mexicana.

Bibliografía

1. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, et al. Sarcopenia: revised european consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2019;48:16-31. doi: 10.1093/ageing/afy169.
2. Sergi G, De Rui M, Veronese N. Assessing appendicular skeletal muscle mass with bioelectrical impedance analysis in free-living caucasian older adults. *Clin Nutr*. 2015;34:667-73. doi: 10.1016/j.clnu.2014.07.010.

C182

Valoración del estado funcional mediante cuestionarios en enfermedades reumáticas

Herrera-Sandate P, Vega-Morales D, De León-Ibarra AL, Valdés-Torres P, Chávez-Álvarez LA, Limón-Del Toro A, Pineda-Sic RA, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario Dr. José E. González

Introducción: Las enfermedades reumáticas atenúan la calidad y esperanza de vida y son un problema de salud pública cada vez más importante. La valoración sistemática de la actividad de la enfermedad y el estado funcional se facilita mediante la aplicación de cuestionarios validados, como el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) en la artritis reumatoide (AR), con una puntuación de 0-3; el *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC) en la osteoartritis (OA), con una puntuación de 0-96; y el *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI) en la espondilitis anquilosante (EA) con una puntuación de 0-10.

Objetivos: Determinar la puntuación de los cuestionarios HAQ, WOMAC y BASDAI en un centro de referencia del noreste del país.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en la consulta de reumatología del Hospital Universitario Dr. José E. González en Monterrey, NL. El personal de enfermería aplicó los cuestionarios HAQ, WOMAC y BASDAI a pacientes con enfermedades reumáticas diversas antes de la consulta con el reumatólogo. Se recabó información demográfica junto con el cuestionario.

Resultados: En el cuestionario HAQ se encuestó a 293 pacientes, 280 (95.6%) mujeres con promedio de 51.96 (DE 14.2) años, y se obtuvo una puntuación promedio de 0.8. En el cuestionario WOMAC se encuestó a 59 pacientes, 56 (94.9%) mujeres con promedio de 61.64 (DE 9.19) años, con una puntuación promedio de 35.3%. En el cuestionario BASDAI se encuestó a 8 pacientes, 5 (62.5%) hombres con promedio de 42.12 (DE 14.77) años, con una puntuación promedio de 4.98.

Conclusiones: La actividad de la enfermedad y la afectación del estado funcional se encuentran en un nivel moderado a leve en la consulta de reumatología de un centro de referencia del noreste del país.

Bibliografía

1. Estrella CDF, López MJA, Arcila NRR. Medición de la calidad de vida en pacientes mexicanos con osteoartritis. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2014;26(1):5-11.
2. Batlle-Gualda E, Chalmeta Verdejo C. Calidad de vida en la artritis reumatoide. *Rev Española Reumatol*. 2002;1:9-21.

C183

Ansiedad y depresión en pacientes con enfermedad de Lyme

Espinosa Bañuelos LG, Skinner-Taylor CM, Pérez-Barbosa L, Rodríguez-Chávez RA, Moyeda-Martínez R, Lujano-Negrete AY, Galarza-Delgado DA

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma Nuevo León

Introducción: La enfermedad de Lyme es una anomalía bacteriana transmitida por garrapatas. Se han detectado síntomas persistentes que incluyen ansiedad, labilidad emocional, disminución del desempeño, dificultad para la concentración, incluso después de finalizado el tratamiento. No existe una definición formal para el síndrome posterior al tratamiento.

Objetivos: Determinar los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con antecedente de enfermedad de Lyme.

Material y métodos: Se condujo un estudio observacional, transversal y descriptivo. Se invitó a pacientes del Hospital Universitario Dr. José E. González en Monterrey, con historial de enfermedad de Lyme y sin diagnóstico previo de depresión o ansiedad. Se aplicó la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), se consideró normal obtener 0 a 7 puntos, caso posible de 8 a 10 y caso probable con 11 puntos en adelante. Se recolectaron datos sociodemográficos del expediente clínico.

Resultados: Se incluyó a un total de 26 pacientes. El género femenino fue predominante con 22 (85%), con promedio de edad de 34 años (\pm 8.7) y 9 (35%) pacientes refirieron contacto directo con garrapatas. Todos los pacientes se trataron de manera previa para la enfermedad de Lyme con una duración promedio de 6 (\pm 6.3) meses con doxiciclina. La frecuencia de ansiedad se registró en 18 (69%) pacientes y ansiedad en 12 (42%). Los síntomas musculoesqueléticos se encontraron en 25 (96%) individuos y fueron estadísticamente significativos para depresión (**Tabla 1**).

Tabla 1. Síntomas por sistemas notificados por categorías de HADS. (C183)

Ansiedad					
Síntomas	Casos posibles		Casos probables		p =
	n	%	n	%	
Dermatológicos	2	12.5	9	56	0.5
Musculoesqueléticos	5	20	13	52	0.3
Neurológicos	4	17	13	54	0.3
Sistémicos	5	20	13	52	0.3
Psiquiátricos	5	21	13	54	0.08
Cardiovasculares	4	21	11	58	0.2
Digestivos	5	22	12	52	0.3
Respiratorios	2	12	8	50	0.5
Urinarios/reproductivos	2	11	10	56	0.2
Depresión					
Síntomas	Casos posibles		Casos probables		p =
	n	%	n	%	
Dermatológicos	3	19	6	37	0.1
Musculoesqueléticos	3	12	7	28	0.05
Neurológicos	4	17	7	29	0.4
Sistémicos	4	16	7	28	0.6
Psiquiátricos	3	12	7	29	0.03
Cardiovasculares	3	16	6	32	0.6
Digestivos	3	13	7	30	0.4
Respiratorios	2	12	6	38	0.3
Urinarios/reproductivos	2	11	1	33	0.5

Conclusiones: La frecuencia de los síntomas de ansiedad y depresión fue elevada y además estadísticamente significativa en mujeres que referían síntomas musculoesqueléticos. El tratamiento multidisciplinario en esta población debe mejorarse.

Bibliografía

1. Pfister HW, Rupprecht TA. (2006). Clinical aspects of neuroborreliosis and post-Lyme disease syndrome in adult patients. *International Journal of Medical Microbiology*. 296:11-16.

2. Oczko-Grzesik B, Kpa L, Puszcz-Matlika M, Pudo R, Urek A, Badura-Gbik T. Estimation of cognitive and affective disorders occurrence in patients with Lyme borreliosis. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2017;24(1):33-38.

C184

Nivel de satisfacción y calidad de atención en pacientes reumatológicos

Almendor-Montenegro OJ, Cerpa-Cruz S, Uribe-Martínez JF, Medina-Cruz EJ

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: En México se han realizado avances importantes para ofrecer servicios de calidad que permitan la satisfacción del usuario. El interés en la calidad de la atención médica tiene su origen en el deseo de disminuir la desigualdad en el sistema de salud de los diferentes grupos sociales.

Objetivos: Evaluar el grado de satisfacción, calidad, trato adecuado y digno que perciben los pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal con pacientes del servicio de reumatología para evaluar su percepción de la calidad y satisfacción en la atención mediante la aplicación de dos encuestas en el mes de noviembre de 2020. Los resultados se expresaron en medias, desviación estándar, porcentajes y frecuencias.

Resultados: Se encuestó a 212 pacientes. Hasta 80.7% fueron mujeres, con una media de edad de 48.7 ± 15, de los cuales 36.3% fue a la escuela primaria, 72.2% vive en zona urbana, 95.8% reside en el estado de Jalisco, y 70.8% es desempleado. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico (43.9% y 14.6%, respectivamente). Por otro lado, la puntuación de satisfacción reveló que el 67.9% de los pacientes se encontraba muy satisfecho. También la puntuación de calidad fue de 86.8% para buena calidad en la atención recibida por el personal de salud. Se identificó una correlación positiva entre la dificultad económica con la inasistencia a la consulta externa y la suspensión de medicamentos $r = 0.448$ ($p = 0.01$) y $r = 0.533$ ($p = 0.01$), respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes del servicio de reumatología están muy satisfechos con la atención recibida por el personal de salud y también refieren buena calidad en ella.

Bibliografía

- Sánchez L. Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León. *Univ Autónoma Nuevo León* [Internet]. 2012; Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4665/1/T-UCe-0006-12.pdf>.
- Mira-Solves J, Aranaz J, Rodríguez J, Buil J, Castell M, Vialler J. SERV-QHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Med Prev*. 1998;4(4):12-8.

C185

Características de pacientes mexicanos con enfermedades reumatológicas: diferencias por sexo

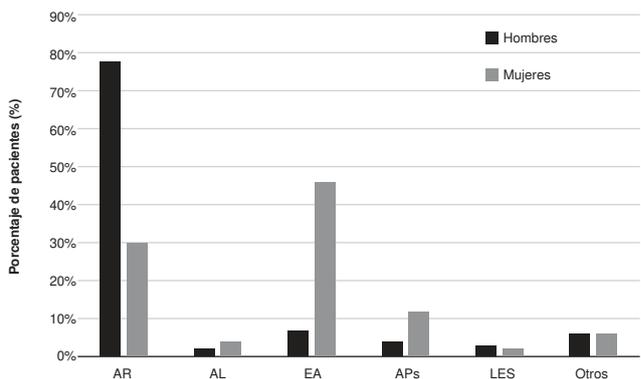
Rivera-Terán V¹, Alpízar-Rodríguez D²

⁽¹⁾Monitora BIOBADAMEX, ⁽²⁾Unidad de Investigación CMR

Introducción: La mayoría de las enfermedades autoinmunitarias es más prevalente en mujeres. La gravedad de los síntomas, evolución de la enfermedad, respuesta al tratamiento y supervivencia son diferentes entre hombre y mujeres con enfermedades reumatológicas.

Objetivos: Identificar las características de las enfermedades reumatológicas (Figura 1) de acuerdo con la presentación y tratamiento entre hombres y mujeres con base en la información del Registro Mexicano de Acontecimientos Adversos (BIOBADAMEX).

Figura 1. Características de las enfermedades reumatológicas según sean la presentación y el tratamiento entre hombres y mujeres.(C185)



Material y métodos: Se incluyó a todos los pacientes registrados en la base de datos y se compararon las características clínicas basales de la enfermedad, tratamiento y presencia de efectos adversos (EA) entre géneros. Se usó regresión logística.

Resultados: Se analizó a un total de 655 participantes, 82% de mujeres (Tabla 1). Las mujeres fueron mayores con una edad media de 53 años comparada con 46 años en hombres (OR, 1.02; IC, 1-1.1). El tabaquismo fue mayor en los hombres (16%) respecto de las mujeres (5%). Las mujeres presentaron mayor duración de la enfermedad. La artritis reumatoide (AR) fue la enfermedad más prevalente en mujeres, mientras que la espondilitis anquilosante (EA) lo fue en hombres. Las mujeres presentaron más comorbilidades que los hombres (OR, 1.8; IC, 1.1-2.8) y mayor consumo de glucocorticoides (OR, 1.7; IC, 1.1-2.7). No se encontraron diferencias en la actividad de la enfermedad, pero fue alta en todos los participantes.

Conclusiones: Este estudio encontró diferencias con mayor edad, mayor duración de la enfermedad y mayor administración de glucocorticoides en mujeres en comparación con los hombres. Como se esperaba, la prevalencia de AR fue superior en mujeres y EA y AP en hombres.

Tabla 1. Características basales por sexo (n = 655). (C185)

	Mujeres n = 532 (82%)	Hombres n = 123 (18%)	Análisis univariado OR (IC95%)
Edad, mediana (RIC)	53 (44-60)	47 (34-55)	1.02 (1.0-1.1)*
Índice de masa corporal, mediana (RIC)	27 (23-31)	26 (23-30)	1.0 (0.9-1.1)
Tabaquismo, n (%)	28 (5)	18 (16)	0.3 (0.2- 0.6)*
Duración de la enfermedad, mediana (RIC)	9 (4-16)	7 (2-13)	1.0 (1.0-1.1)*
Diagnóstico, n (%):			
Artritis reumatoide	414 (78)	37 (30)	2.4 (1.0-5.7)*
Artritis idiopática juvenil	12 (2)	5 (4)	0.5 (0.1-1.9)
Espondilitis anquilosante	37 (7)	56 (46)	0.1 (0.1-0.4)*
Artritis psoriásica	19 (4)	15 (12)	0.3 (0.1-0.8)*
Lupus eritematoso sistémico	17 (3)	3 (2)	1.2 (0.3-5.2)
Otros	33 (6)	7 (6)	1
Índices de actividad de la enfermedad, mediana (RIC)			
DAS28 ^a	4.9 (3.6-5.9)	4.9 (3.0-5.9)	1.1 (0.9-1.3)

BASDAI ^b	4.8 (2.9-8)	5.3 (2.8-7.5)	0.9 (0.8- 1.1)
ASDAS ^c	3.2 (1.9-4.5)	3.9 (2.5-4.7)	0.8 (0.6-1.2)
SLEDAI ^d	14.5 (5.0-19.5)	25 (25.0-31.0)	0.6 (0.4-1.1)
Hipertensión, n (%)	77 (15)	14 (12)	1.3 (0.7-2.4)
Diabetes mellitus, n (%)	46 (9)	7 (6)	1.5 (0.7-3.5)
Hipercolesterolemia, n (%)	41 (8)	8 (7)	1.2 (0.4-2.6)
Otras comorbilidades, n (%)	173 (33)	26 (21)	1.8 (1.1 -2.8)*
Uso de biológico previo, n (%)	216 (40)	44 (36)	1.2 (0.8- 1.8)
Uso de glucocorticoides, n (%)	215 (42)	34 (29)	1.7 (1.1 -2.7)*
Uso de FARME, n (%)	418 (79)	89 (72)	1.4 (0.9-2.2)
Efectos adversos, n (%)	69 (13)	14 (11)	1.2 (0.7-2.1)
Graves, n (%)	12 (17)	3 (21)	0.8 (0.2-3.1)

Análisis de regresión logística univariado. *p < 0.05.

^an = 469, ^bn = 99, ^cn = 71, ^dn = 19.

Bibliografía

- Ortona E. Ann Ist Super Sanita. 2016;52(2):205-12.
- Ngo ST. Front Neuroendocrinol. 2014;3(3):347-69.

C186

Persistencia de terapia biológica en pacientes con artritis reumatoide: diferencias por sexo

Rivera-Terán V

BIOBADAMEX

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es más frecuente en mujeres que en hombres. Su gravedad, avance, respuesta al tratamiento y supervivencia son diferentes entre mujeres y hombres.

Objetivos: Determinar si la persistencia del tratamiento biológico (FARMEb) es diferente según sea el género en pacientes con AR en el Registro Mexicano para Eventos Adversos (BIOBADAMEX).

Material y métodos: Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de AR en BIOBADAMEX con al menos dos visitas de revisión. La supervivencia de los FARMEb se determinó mediante análisis de Kaplan-Meier. Los predictores de suspensión se analizaron por medio de regresión de Cox.

Resultados: Del total de 727 pacientes con AR, 134 tuvieron al menos dos revisiones y el 90% correspondió a mujeres. Las características iniciales de los pacientes se detallan en la **Tabla 1**. Los FARMEb más utilizados fueron tocilizumab (23%), abatacept (22%), adalimumab (16%) y certolizumab (15%). La duración media del tratamiento con FARMEb fue de 17 (13-29) meses y 59 (44%) pacientes suspendieron el tratamiento: 24 por ineficacia, 17 por efectos adversos y 18 por otros motivos. La **Figura 1** indica la curva de suspensión de tratamiento por sexo. El riesgo proporcional de Cox demostró que un DAS28 > 5.1 fue protector para la suspensión del tratamiento en el análisis univariado (p = 0.01) y multivariado (p = 0.02). No se encontraron diferencias significativas en relación con el género femenino, consumo de glucocorticoides, comorbilidades u otros factores.

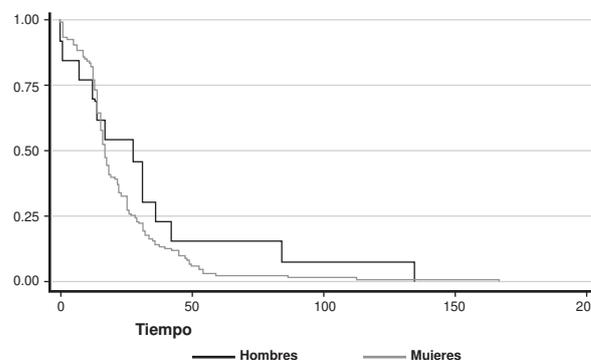
Tabla 1. Características iniciales por sexo (n = 134). (C185)

	Mujeres n = 120 (90%)	Hombres n = 14 (10%)	Análisis univariado ^a OR (IC95%)
Edad, mediana (RIC)	55.4 (45.3-61.4)	51.5 (45.7-64.4)	0.08
Duración de la enfermedad, años, mediana (RIC)	11.5 (4.8-17.8)	8.4 (5.2-12.7)	0.48
DAS 28, mediana (RIC)	5.1 (3.78-5.9)	5.2 (4.4-5.9)	0.04

Índice de masa corporal, mediana (RIC)	27.8 (25.4-30.8)	28.9 (25.3-29.8)	0.00
Tabaquismo, n (%)	10 (8.5)	3 (25)	0.06
Uso de FARME, n (%)	104 (86.7)	13 (92.9)	0.5
Uso de glucocorticoides, n (%)	47 (39.2)	6 (42.8)	0.7
Uso de biológicos previos, n (%)	117 (97.5)	14 (100)	0.5
Comorbilidades, n (%)	61 (50.8)	6 (42.9)	0.5

^aJi cuadrada o Kruskal-Wallis.

Figura 1. Análisis de sobrevivencia de Kaplan-Meier.(C186)



Conclusiones: Este estudio no encontró efecto del género en la suspensión del tratamiento con FARMEb en pacientes con AR. El DAS28 alto mostró una función protectora.

Bibliografía

- Rivera-Terán V. Annals of the Rheumatic Diseases. 2020;79:874-875.
- Intriago M. Scientific World Journal. 2019 Jul 3;2019:8103812.

C187

El “techo de cristal” en la reumatología mexicana

Guajardo-Jáuregui N¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Alpízar-Rodríguez D², Serna-Peña G¹, Galarza-Molina R³, Galarza-Delgado DA¹, Pacheco-Tena C²

⁽¹⁾ Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León, ⁽²⁾ Colegio Mexicano de Reumatología, ⁽³⁾ Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El término “techo de cristal” se ha empleado desde finales de la década de 1980 para referirse a una barrera invisible que impide a las mujeres altamente calificadas alcanzar puestos de responsabilidad en las organizaciones en las que trabajan. En un principio, este concepto se utilizó para analizar la carrera laboral de mujeres que, ya con una trayectoria profesional y un nivel de competencia alto en sus lugares de trabajo, se topaban con un freno al intentar avanzar en sus carreras. El denominado “techo de cristal” alude a una última barrera basada en prejuicios hacia las mujeres que les impide avanzar a posiciones de alto nivel.

Actualmente existe casi el mismo número de hombres y mujeres agremiados al Colegio Mexicano de Reumatología (CMR). Dado que la presidencia es el mayor puesto directivo, se evaluó el porcentaje de mujeres que históricamente han ocupado ese cargo.

Objetivos: Conocer el porcentaje de mujeres que han desempeñado el puesto de presidente del Colegio Mexicano de Reumatología.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo para conocer el número de hombres y mujeres que históricamente han asumido el cargo de presidente del CMR.

Resultados: Hoy en día, el CMR cuenta con 630 agremiados activos, 308 mujeres (48.9%) y 322 hombres (51.1%). Entre los reumatólogos menores de 40 años de edad, las mujeres representan el 58% (n = 128). Se identificó que históricamente el CMR ha tenido 48 presidentes, de los cuales sólo 4 (8.3%) han sido mujeres.

Conclusiones: Existe una gran brecha genérica entre los presidentes del CMR. Es importante hablar de perspectiva de género y reconocer las causas que han originado esta brecha. Incorporar la perspectiva de género, en la alta dirección, es una asignatura pendiente para el CMR.

Bibliografía

- Berberá E, Ramos A, Sarrió M, Candela C. Laberinto de cristal en el liderazgo de las mujeres. *Psicothema*. 2011;23(2):173-9.
- Bustos O. Mujeres rompiendo el techo de cristal: el caso de las universidades. *OMNIA - Revista de la Coordinación de Estudios de Posgrado*. 2002;41:1-7.

C188

Mujeres en la reumatología: barreras, limitantes y disparidad de género

Serna-Peña G¹, Colunga-Pedraza IJ¹, Galarza-Delgado DA¹, Pacheco-Tena CF², Alpízar-Rodríguez D², Guajardo-Jáuregui N¹

⁽¹⁾Hospital Universitario, ⁽²⁾Colegio Mexicano de Reumatología

Introducción: La proporción de mujeres en reumatología ha ido en ascenso de manera reciente. Es necesario que tengan éxito en igualdad de condiciones que los hombres.

Objetivos: Conocer las limitantes profesionales en mujeres reumatólogas mexicanas.

Material y métodos: Se invitó de manera electrónica a reumatólogas a participar. Se aplicó una encuesta anónima, compuesta por preguntas referentes a características demográficas, actividades profesionales, académicas y de investigación, y limitantes profesionales.

Resultados: Un total de 127 reumatólogas respondió la encuesta (**Tabla 1**). El 52% de las mujeres tiene hijos y el 42.4% considera esto un efecto negativo en su profesión. El 75.6% no participa en investigación y sólo el 20.5% ha intervenido en congresos internacionales en los últimos cinco años. El 80.5% no participa en colegios médicos. Los tres principales motivos limitantes son: otras prioridades (34.6%), falta de tiempo (32.3%) y falta de apoyo de sus colegas/jefes (23.6%). El 45.7% considera no ser discriminado por su género, pero el resto sí o tal vez.

Tabla 1. Características iniciales de las reumatólogas participantes. (C188)

Edad n (%)	
Menores de 35 años	52 (40.9%)
Entre 36 y 40 años	29 (22.8%)
Entre 41 y 45 años	16 (12.6%)
Entre 46 y 50 años	12 (9.4%)
Más de 50 años	18 (14.2%)
Estado civil n (%)	
Casado	66 (52%)
Soltero	38 (29.9%)
Unión libre	13 (10.2%)
Divorciado	8 (6.3%)
Viudo	2 (1.6%)
Años de práctica clínica, n (%)	
De 1 a 5 años	51 (40.2%)

De 6 a 10 años	31 (24.4%)
De 11 a 15 años	16 (12.6%)
De 16 a 20 años	10 (7.9%)
Más de 20 años	19 (15%)
Hijos n (%)	
Sí	66 (52%)
No	61 (48%)

Conclusiones: La mayoría de las reumatólogas son jóvenes y con pocos años de práctica, lo que coincide con el reciente aumento de mujeres en reumatología; y quizá sea la causa de la escasa participación en investigación y colegios médicos. Es relevante que la mitad perciba a su género como motivo de discriminación. Es prioritario iniciar la conversación sobre equidad de género en reumatología y buscar una forma de apoyar a las reumatólogas.

Bibliografía

- Spine JB, Academic T. Gender equity in clinical practice, research and training: Where do we stand in rheumatology 2019;86:669-672. doi:10.1016/j.jbspin.2019.05.005
- Colunga-Pedraza IJ, Arvizu-Rivera RI, Serna-Peña G. Women's journey in Mexican rheumatology. Comment on gender gap in rheumatology: speaker representation at annual conferences by Monga et al. 2020;0(0):2020. doi:10.1136/annrheumdis-2020-218541

C189

Evaluación de la salud oral-dental en enfermedades reumatológicas

Gamboa-Alonso CM, Figueroa-Parra G, Rodríguez-Chávez RA, González-Esquivel LD, Díaz-Angulo JE, Galarza-Delgado D, Riega-Torres J

Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La escala GOHAI (*General Oral Health-Assessment Index*) se ha ideado para evaluar dolor y estado funcional y psicosocial de la salud oral-dental. Los pacientes con enfermedades reumatológicas, en particular artritis reumatoide (AR), tienden a cursar con mayor número de alteraciones de la salud oral-dental debido a que hay una relación notoria con periodontitis hasta de 1.82 veces más en comparación con los sujetos sanos, lo cual propicia un estado inflamatorio.

Objetivos: Evaluar el estado de salud oral-dental en pacientes con enfermedades reumatológicas y su comparación con controles sanos.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes de la consulta de reumatología del Hospital José E. González con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES) que contestaron la encuesta GOHAI, la cual se dividió en dolor, estado funcional y psicosocial de la salud oral-dental y se aplicó a controles sanos pareados por género. Se comparó la puntuación media de AR y LES con individuos sanos con la prueba T de Student. Una p < 0.05 se consideró estadísticamente significativa. Se utilizó el programa SPSS V20.

Resultados: Los pacientes con mayor afectación en el estado de salud oral-dental fueron el grupo de pacientes con AR con una puntuación media en la escala GOHAI de 22.72 (DE, 9.29), pero no hubo una diferencia estadísticamente significativa al compararla con el grupo de LES y controles sanos. Los pacientes del grupo de AR tuvieron mayor número de alteraciones en el estado funcional (p < 0.05) en comparación con el grupo control al separar la escala en las tres distintas categorías (**Tabla 1**).

Conclusiones: Los pacientes con artritis reumatoide tienen mayor alteración del estado funcional oral-dental en comparación con los individuos sanos y LES.

Tabla 1. Comparación de los grupos al separar la escala en las tres distintas categorías. (C189)

	AR, n = 78	LES, n = 33	Controles sanos, n = 46	AR vs. LES	AR vs. control sano	LES vs. control sano
Edad	51.13 (15.95)	34.69 (13.58)	41.07(11.25)	<0.05	<0.05	<0.05
Género	76 (97.4)	29 (87.9%)	42 (91.3 %)	0.04	0.12	0.62
Limitación al consumir alimentos	1.8 (1.09)	1.58 (0.94)	1.78 (0.81)			
Dificultad para masticar	1.96 (1.12)	1.7 (1.16)	1.78 (1)			
Capacidad para deglutir sin complicaciones	1.99 (1.41)	1.79 (1.45)	1.41(1.15)			
Incapacidad de hablar con claridad	1.55 (0.96)	1.18 (0.53)	1.24(0.57)			
Capacidad para comer sin molestias	1.9 (1.29)	1.67 (1.05)	1.76 (0.79)			
Limita contacto con otras personas	1.45 (0.95)	1.27 (0.67)	1.3 (0.73)			
Contento con la apariencia de la dentadura	2.54 (1.66)	2.94 (1.77)	2.22(1.25)			
Consumo de fármacos para aliviar dolor en cavidad oral	1.74 (1.03)	1.73(1.04)	1.87 (0.88)			
Preocupación por salud dental, oral, gingival	2.28 (1.36)	2.09 (1.55)	2.54(1.15)			
Conciencia de dentadura	1.71 (1.06)	1.67 (1.05)	2.02 (1.06)			
Incapacidad para comer frente a otras personas	1.6 (0.97)	1.33 (0.65)	1.39(0.8)			
Sensibilidad alterada al consumir alimentos fríos, calientes, muy dulces	2.21 (1.23)	2.15 (1.23)	2.22(0.94)			
Puntuación total	22.72 (9.29)	21.09 (8.63)	21.54 (5.6)	0.39	0.45	0.79
Función física	7.3 (3-24)	6.24 (2.59)	6.22 (2.26)	0.1	0.05	0.96
Función psicosocial	9.58 (4.31)	9.3 (4.28)	9.48 (3.5)	0.76	0.9	0.84
Dolor	5.85 (2.89)	5.55 (2.87)	5.85 (1.48)	0.62	0.9	0.59

Bibliografía

1. laizot A, Monsarrat P, Constantin A, Vergnes JN, de Grado GF, Nabert C, Sixou M. (2013). Oral health-related quality of life among outpatients with rheumatoid arthritis. *International Dental Journal*. 63(3):145-153. doi:10.1111/idj.12023 Descripción: https://ssl.microsofttranslator.com/static/26105338/img/tooltip_close.gif

C190

Depresión y ansiedad en pacientes reumatológicos del Hospital Español

Carbonell-Bobadilla N¹, Barragán-Garfías JA¹, Orrantia-Vértiz M, Gálvez-Zúñiga VH, Chapital-Villalobos G²

⁽¹⁾ Hospital Español de México, ⁽²⁾ Universidad Panamericana

Introducción: Se informa una prevalencia elevada de síntomas depresivos en pacientes con enfermedades reumatológicas. Se desconoce la prevalencia de estos síntomas en pacientes reumatológicos de la consulta externa que acuden al Hospital Español, por lo que se han utilizado cuestionarios, como el GAD-7 y el PHQ-9, para detectar y caracterizar la gravedad de los síntomas depresivos y de ansiedad en esta población.

Objetivos: Conocer la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes reumatológicos de la consulta externa del Hospital Español mediante los cuestionarios GAD-7 y HPQ-9.

Material y métodos: Estudio unicéntrico, descriptivo, observacional, transversal y prolectivo de pacientes con enfermedad reumática diagnosticada en consultas de seguimiento en los meses de enero a junio 2020. Todos los pacientes respondieron el cuestionario PHQ-9 y GAD-7 y se compararon las puntuaciones obtenidas entre las diferentes enfermedades reumatológicas.

Resultados: Se incluyó a 98 pacientes entre enero y junio de 2020 y se identificó como diagnóstico más prevalente a la artritis reumatoide. Dentro de los resultados del cuestionario PHQ-9 se observó mayor prevalencia para puntuaciones de depresión leve. Para el cuestionario GAD-7, 52% de

los pacientes mostró puntuaciones que sugieren ansiedad generalizada y la mayoría de los pacientes mostró síntomas de ansiedad leve. Se encontró un total de 42.4% de los pacientes con depresión y 40.3% con ansiedad.

Conclusiones: Se encuentra una elevada prevalencia de síntomas depresivos y ansiedad generalizada en pacientes con trastornos reumatológicos; esto refuerza la necesidad de detectar ambos padecimiento en la consulta de seguimiento para mejorar la respuesta al tratamiento, controlar el dolor y mejorar la calidad de vida.

Bibliografía

1. Waraich P, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry*. 2004;49:12438.
2. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166:10927.

C191

Infecciones secundarias a tratamiento biológico: dos agentes; cohorte a cinco años

Bañuelos-Ramírez DD, Hernández-Tonacatl N, Herrera-Bonilla JJ

HEP, Unidad Médica de Alta Especialidad, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La cuestión entre riesgo y beneficio al aplicar tratamiento biológico (TBiol) en pacientes reumáticos no es menor. Las ventajas se pueden contrarrestar por los riesgos de infección. Una revisión de las particularidades en grupos regionales y con seguimiento temporal suficiente se antoja adecuada y la contrastación igualmente en relación con la aparición de infecciones

Objetivos: Determinar la frecuencia de infecciones y factores relacionados con la indicación de TBiol en un grupo de pacientes reumáticos.

Material y métodos: Estudio retrolectivo en una cohorte de pacientes reumáticos de una consulta especializada institucional (IMSS). Los pacientes satisficieron criterios para enfermedades reumáticas específicas, registros completos, documentación de tratamientos empleados, sitios de infección, fechas de aparición y contaron además con el protocolo previo para descartar TBP y hepatitis, telerradiografía de tórax y los demás estudios generales que anteceden a la TBiol. Se incluyó sólo a pacientes con rituximab y etanercept, por ser los administrados con más frecuencia en los cinco últimos años en esta unidad.

Resultados: Se siguió a 71 pacientes por el tiempo determinado previamente: 17% masculinos y 83% femeninos; la AR fue la entidad predominante. El rituximab se administró en 50.7% y el etanercept en 43.7%. Las infecciones de vías urinarias y piel sin consecuencias letales fueron episodios documentados en 23.9%. No se necesitó atención hospitalaria. No se documentaron episodios graves en vías respiratorias superiores. Los cultivos bacterianos y otros hallazgos de laboratorio y gabinete no fueron diferentes de los encontrados con regularidad. Las comorbilidades más frecuentes son la diabetes mellitus y el sobrepeso.

Conclusiones: Con utilización juiciosa no se desarrollan infecciones graves relacionadas con TBiol.

Bibliografía

1. Peláez-Ballesteros I. Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol.* 2011;38(SUPPL.86):3-6.
2. Pecoraro A, Crescenzi L, Galdiero MR, Marone G, Rivellesse F, Rossi FW, et al. Immunosuppressive therapy with rituximab in common variable immunodeficiency. *Clin Mol Allergy.* 2019;17(1):1-11.

C192

Vacuna contra neumococo: percepción en el paciente con enfermedad reumatológica

Moreno-Arquieta IA, Esquivel-Valerio JA, Galarza-Delgado DA, García-Arellano G, Guzmán-De La Garza DE, Hernández-Galarza JJ

Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Los pacientes con enfermedades reumatológicas tienen un alto riesgo de infecciones respiratorias con un incremento de la mortalidad. *Streptococcus pneumoniae* es el patógeno más aislado en infecciones del tracto respiratorio inferior. La vacunación apropiada contra neumococo ha demostrado protección eficaz contra las infecciones por este patógeno tanto en la población general como en los pacientes con enfermedades reumatológicas, al margen del uso de la mayor parte de los fármacos inmunosupresores.

Objetivos: Describir la prevalencia de vacunación contra neumococo en pacientes con enfermedades reumatológicas, así como su percepción hacia la vacuna.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal de pacientes con enfermedades reumatológicas realizado a través de la aplicación de una encuesta. Se incluyó a pacientes tratados en el contexto público y privado; se recolectaron datos como edad, género y diagnóstico reumatológico. Se realizaron 9 preguntas relacionadas con la vacunación contra neumococo.

Resultados: Se analizaron 105 encuestas (Tabla 1). El 96% de los pacientes correspondió a mujeres, con una media de edad de 45.24 ± 13.44 años. El 62% de los pacientes nunca ha recibido la vacunación contra neumococo, aunque el 95% la considera segura y efectiva. El 50% desconoce que la vacuna es gratuita.

Tabla 1. Características de la población y resultados de la encuesta. (C192)

	n = 105 (%)
Edad (media ± DE)	45.24 ± 13.44
Género	
Femenino	101 (96)

Masculino	4 (4)
Consulta	
Pública	47 (45)
Privada	58 (55)
Diagnóstico	
Artritis reumatoide	51 (48)
Lupus eritematoso sistémico	25 (24)
Osteoartritis	7 (7)
Otra enfermedad reumatológica	22 (21)
¿Alguna vez ha recibido la vacuna contra el neumococo?	
Sí	40 (38)
No	65 (62)
¿Cree que la vacuna contra el neumococo es segura y efectiva?	
Sí	100 (95)
No	5 (5)
¿La mejor manera de evitar las complicaciones de la infección por neumococo es con la vacuna?	
Sí	101 (96)
No	4 (4)
¿Es seguro aplicar la vacuna contra el neumococo en conjunto con otras vacunas?	
Sí	81 (77)
No	24 (23)
¿La vacuna contra el neumococo baja las defensas y vuelve susceptible a la persona a contraer otras infecciones?	
Sí	11 (10)
No	91 (87)
No sé	3 (3)
¿Sabía usted que la vacuna contra el neumococo es gratuita?	
Sí	54 (51)
No	51 (49)
¿Cree usted que la medicina tradicional o el consumo de ciertos alimentos como la naranja son más efectivos para prevenir la infección del neumococo que la vacuna?	
Sí	9 (9)
No	96 (91)
La vacuna contra el neumococo en lugar de ayudarme me enfermará	
Sí	5 (4)
No	97 (93)
No sé	3 (3)
La vacuna contra el neumococo podría empeorar mi enfermedad reumatológica	
Sí	7 (7)
No	95 (90)
No sé	3 (3)

Conclusiones: Aunque la mayoría de los pacientes tiene una buena percepción hacia la vacuna en cuanto a seguridad y eficacia, la tasa de vacunación es todavía subóptima, lo cual subraya la importancia de evaluar las causas específicas que impiden de vacunación en estos pacientes para la institución de medidas que modifiquen estas barreras.

Bibliografía

1. Shea KM, Edelsberg J, Weycker D, et al. Rates of pneumococcal disease in adults with chronic medical conditions. *Open Forum Infect Dis.* 2014;1.

2. Luijten RKM, Cuppen BVJ, Bijlsma JWJ, et al. Serious infections in systemic lupus erythematosus with a focus on pneumococcal infections. *Lupus*. 2014;23:1512-6.

2. Mitoma H. Molecular mechanisms of action of anti-TNF- α agents - Comparison among therapeutic TNF- α antagonists. *Cytokine*. 2018; 101:56-63.

C193

Esporotricosis como complicación de tratamiento con adalimumab

Martínez-Rivera A, Saucedo-Sánchez AM, Centeno-Valadez JD, Sepúlveda-Cantú H, Corona-Miranda EE, López-López CP, Hernández-González JM, Mendoza-Vargas LA, García Rivas Díaz Galindo D

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La esporotricosis y en general las infecciones fúngicas atípicas relacionadas con el tratamiento anti-TNF no son comunes y existen pocos informes de casos.

Objetivos: Describir un caso de esporotricosis en paciente con tratamiento con adalimumab.

Material y métodos: Paciente masculino de 65 años con diagnóstico de artritis psoriásica en tratamiento con adalimumab por cinco años con adecuada respuesta. En 2018 presentó lesión en dorso de mano izquierda caracterizada por pápulas de múltiples colores confluentes en placa de 7 cm de diámetro. El servicio de dermatología realizó raspado en el que se observaron hifas consistentes con *Sporothrix schenckii*. Se suspendió tratamiento biológico y se inició itraconazol con mejoría progresiva de la lesión en aproximadamente un año (**Figura 1**). Se decidió no reiniciar el adalimumab.

Figura 1. A: Lesión inicial (octubre 2018). **B:** Después de seis meses de tratamiento (abril 2019). **C:** Lesión resuelta después de un año de tratamiento (octubre 2019). (C193)



Resultados: El TNF- α es una citocina que interviene en la inflamación y la utilización de sus antagonistas ha revolucionado el tratamiento de ciertas enfermedades reumáticas, como la artritis psoriásica. Las consideraciones relacionadas con su modo de acción y las observaciones clínicas sugieren que las complicaciones infecciosas oportunistas se consideran episodios adversos de los inmunosupresores macromoleculares, como en este paciente, como único factor de riesgo desencadenante de infección.

Conclusiones: Los fármacos biológicos representan un reciente e importante arsenal terapéutico en las enfermedades reumáticas; sin embargo, no es infrecuente la coexistencia de infecciones oportunistas como efectos adversos vinculados con su uso. Al tratarse de una infección fúngica invasiva o localizada se sugiere suspender el tratamiento e instituir tratamiento dirigido al agente particular, que en muchas ocasiones suele ser de difícil control.

Bibliografía

1. Tragiannidis A. Invasive fungal infections in pediatric patients treated with tumor necrosis alpha (TNF- α) inhibitors. *Mycoses*. 2017;60 (4):222-229.

C194

Osteoporosis, una entidad olvidada en enfermedad de Parkinson

Berumen-Ocegueda IE¹, Contreras-Haro B², González-Usigli HA³, González-Ponce F⁴, Ramírez-Villafañá M⁵, Gómez-Ramírez EE, Ponce-Guarneros JM⁵, Méndez-Del Villar M⁶, Jacobo-Cuevas H⁴, Hernández-García JD, Mireles-Ramírez MA⁷

⁽¹⁾Laboratorio de Neuropsicología y Neurolingüística, Instituto de Neurociencias, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, ⁽²⁾Departamento de Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, ⁽³⁾Hospital de Especialidades, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, ⁽⁴⁾Programa Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, ⁽⁵⁾Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, ⁽⁶⁾Programa Licenciatura en Nutrición, Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, ⁽⁷⁾Unidad Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

Introducción: Los pacientes con enfermedad de Parkinson (EP) sufren con frecuencias caídas, que en presencia de osteoporosis pueden causar fracturas; a pesar de esto, al evaluar a estos pacientes se omite la realización de densitometría ósea.

Objetivos: Describir la frecuencia de osteoporosis en pacientes con EP.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 40 pacientes con diagnóstico de EP sin diagnóstico previo de osteoporosis. Se evaluaron características clínicas y factores de riesgo para densidad mineral ósea (DMO) baja. La afectación motora se analizó mediante la parte III de la *Unified Parkinson Disease Rating Scale*. La DMO se determinó por absorciometría de rayos X de energía dual. Los pacientes se clasificaron como caso: DMO baja (≤ 1 DE) y control: DMO normal (≥ 1 DE). La relación entre variables y DMO baja se realizó mediante correlación de Spearman. **Resultados:** La mediana de edad fue de 60 años con un intervalo de 36 a 75, el 58% correspondiente al sexo femenino. Se encontró una frecuencia de 57.5% de DMO normal en columna, 27.5% de osteopenia y 15% de osteoporosis, y asimismo una frecuencia de 60% de DMO normal en cadera, 35% de osteopenia y 5% de osteoporosis. Por último, una frecuencia central de 52.5% de DMO normal, 30% de osteopenia y 17.5% de osteoporosis. Las variables relacionadas con una DMO baja de columna fueron: nivel de afectación motora ($r = -0.3, p = 0.03$) y tiempo de evolución de diabetes mellitus tipo 2 ($r = 0.9, p = 0.04$).

Conclusiones: Alrededor de 1 de cada 6 pacientes con EP presenta osteoporosis. Dado el riesgo alto de caídas, el diagnóstico y tratamiento oportuno de osteoporosis son imperativos para reducir el riesgo de fractura.

Bibliografía

1. Wood B, Walker R. Osteoporosis in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2005;20(12):1636-1640. doi:10.1002/mds.20643.

C195

Síndrome de Blau, un diagnóstico diferencial olvidado. Serie de casos

Enríquez-Luna A, Ramírez-Pérez AA, Diestel-Bautista R

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome de Blau es una enfermedad inflamatoria granulomatosa familiar monogénica con un patrón de herencia autosómico dominante. Se caracteriza por la triada de dermatitis, artritis y uveítis, con inicio antes de los cinco años. Su diagnóstico es un reto y suele clasificarse como artritis idiopática juvenil de manera temprana. Se presentan los casos de dos familias con este trastorno, 75% con la triada clínica y 100% con la mutación genética en *NOD2*.

Resultados: En la **Tabla 1** se exponen las características clínicas de las dos familias con síndrome de Blau.

Tabla 1. Presentación de los casos con síndrome de Blau. (C195)

Paciente	Inicio	Piel	Articulaciones	Ojo
Familia 1				
Padre 57 años	Nacimiento	3 años Exantema 6 años Granulomatosis*	Nacimiento Deformidad 8 años Artritis Camptodactilia**	5 años Catarata izquierda 7 años Uveítis recurrente Ceguera/ glaucoma**
Hija 15 años	1 año	8 meses Exantema diseminado	1 año Artritis Camptodactilia**	2 años Uveítis
Familia 2				
Madre 57 años	16 años	16 años Púrpura pigmentaria 54 años Eritema nodoso 57 años Granulomatosis*	33 años Artritis Camptodactilia**	36 años Uveítis recurrente Disminución agudeza visual/ glaucoma**
Hija 40 años	4 años	4 años Granulomatosis*	12 años Artritis Camptodactilia**	No

Las manifestaciones se enuncian de acuerdo con la edad de inicio. *Biopsia de piel, no necrosis.

Conclusiones: El diagnóstico de esta enfermedad es un reto por su baja prevalencia. La gravedad de la enfermedad puede ser variable, como lo muestra la familia 1, con inicio temprano y mayores secuelas. En la actualidad se han reconocido más de 17 sustituciones aminoácidas en el gen *NOD2*, por lo que es probable que el fenotipo dependa del tipo de mutación.

Bibliografía

- Rose CD, Martin TM, Wouters CH. Blau syndrome revisited. *Curr Opin Rheumatol.* 2011 Sep;23(5):411-8.
- Wouters CH, Maes A, Foley KP, Bertin J, Rose CD. Blau syndrome, the prototypic auto-inflammatory granulomatous disease. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2014 Aug 6;12:33.

C196

Pustulosis exantemática aguda generalizada y enfermedad de Behçet

Shuchleib-Cukiert M, Díaz-Borjón A, Villagroy-Gómez J, Alcántara-Arreola I, Fierro-Arias HL

Hospital Ángeles Lomas

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis neutrofilica caracterizada por crisis recurrentes, seguidas por periodos de remisión. Se manifiesta primariamente con úlceras orales y genitales. La afectación ocular representa la mayor morbilidad por el riesgo de ceguera. Afecta sobre todo al sexo masculino.

Objetivos: Exponer un caso clínico de EB en relación con pustulosis exantemática aguda generalizada.

Material y métodos: Paciente masculino de 26 años, mexicano, sin ascendencia en regiones de la ruta de la seda, sin antecedentes médicos relevantes, y que acude al servicio de urgencias con fiebre y exantema diseminado caracterizado por lesiones papulopustulares, así como exantema compuesto por úlceras confluentes que producen disfagia y odinofagia. Los estudios de laboratorio destacan leucocitosis con neutrofilia sola. Tratado por infectología como varicela con aciclovir sin éxito; se toma biopsia de piel, que indica pustulosis exantemática aguda generalizada. A pesar del tratamiento analgésico, persiste con disfagia y aparecen úlceras genitales, por lo que se interconsulta a reumatología. Por hallazgos clínicos se determina EB. Se iniciaron corticosteroides sistémicos y colchicina, que consiguen la remisión de las lesiones mucocutáneas.

Resultados: La susceptibilidad genética, anomalías inmunitarias y factores desencadenantes participan en la EB. HLA-B51 posee una sólida relación, pero su significancia en mexicanos no parece ser tan notoria. El diagnóstico es clínico. Por lo general, se recomienda la prescripción de pulsos de corticosteroides en dosis decrecientes para lesiones mucocutáneas como las del paciente; los antirreumáticos modificadores de la enfermedad se dejan para casos más graves.

Conclusiones: La pustulosis exantemática aguda generalizada es una farmacodermia con diagnóstico diferencial de EB; sin embargo, es posible encontrar las dos alteraciones, vinculadas ambas con buena respuesta al esteroide.

Bibliografía

- Lecesse P, Alpsy E. Behçet's disease. An overview of etiopathogenesis. *Front Immunol.* 2019;10:1067.
- Tong B, Liu X, Xiao J and Su G. Immunopathogenesis of Behçet's disease. *Front Immune.* 2019;10:665.

C197

Mutación RAG1: inmunodeficiencia combinada y autoinmunidad

Ramos-Tiñini PP, Faugier-Fuentes E, Menchaca-Aguayo HF, Mercedes-Pérez ER, De La Rosa-Encarnación NL, Rodríguez-Aguayo S

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Las inmunodeficiencias primarias ya no se definen sólo por la tendencia a las infecciones, sino también por características de "desregulación inmunitaria" que incluyen la autoinmunidad, lo que representa un reto diagnóstico.

Resultados: Paciente femenino de 4 años con antecedentes de dermatosis crónica de inicio en el primer año de vida, resistente a múltiples tratamientos. Referida a la institución con diagnóstico de vitiligo. Biopsia de piel: esclerodermia de variedad morfea. Se administra metotrexato. Se completó abordaje inmunológico y se establece el síndrome de sobreposición por criterios de esclerodermia generalizada y lupus eritematoso sistémico (LES). Tomografía computarizada de alta resolución (TACAR) pulmonar: atelectasias cicatrizales en segmentos apicoposterior, lingular y basal posterior; engrosamiento del intersticio interlobulillar y bronquiectasias cilíndricas. Gammagrama pulmonar: hipoperfusión pulmonar izquierda. Se modificó el tratamiento FARME a micofenolato de mofetilo, corticoide y ciclofosfamida. Con posterioridad presentó síntomas gastrointestinales y TACAR pulmonar sin mejoría, por lo que se ascendió a tocilizumab. Con el abordaje para IDP por relación de enfermedades autoinmunitarias, cumplió criterios de la *European Society for Immunodeficiencies* para inmunodeficiencia combinada. Inició tratamiento de sustitución mensual de inmunoglobulina. Secuenciación del exoma: mutación del gen *RAG1*. En la actualidad se halla en protocolo de trasplante alogénico de células progenitoras.

Se han descrito diversas presentaciones fenotípicas de la mutación *RAG1*. En el caso notificado se identificaron LES, esclerodermia, vitiligo, fibrosis pulmonar, e inmunodeficiencia, y se indicaron distintos esquemas de

tratamiento. Sin embargo, ante la falla terapéutica, se decidió realizar el trasplante alotéxico de células progenitoras.

Conclusiones: Presentación de un caso con mutación *RAG1* como inmunodeficiencia relacionada con autoinmunidad y espectro de enfermedades vinculadas con el gen. La paciente cuenta con criterios de trasplante alotéxico de células progenitoras por relación de enfermedades, resistencia al tratamiento, edad y compromiso pulmonar.

Bibliografía

1. Walter JE, Ayala IA, Milojevic D. Autoimmunity as a continuum in primary immunodeficiency. *Curr Opin Pediatr.* 2019;31(6):851-62.
2. Ávila EM, Uzel G, Hsu A, Milner JD, Turner ML, Pittaluga S, et al. Highly variable clinical phenotypes of hypomorphic *RAG1* mutations. *Pediatrics.* 2010;126(5).

C198

RS₃PE y eritema nodoso como manifestaciones reumatológicas paraneoplásicas

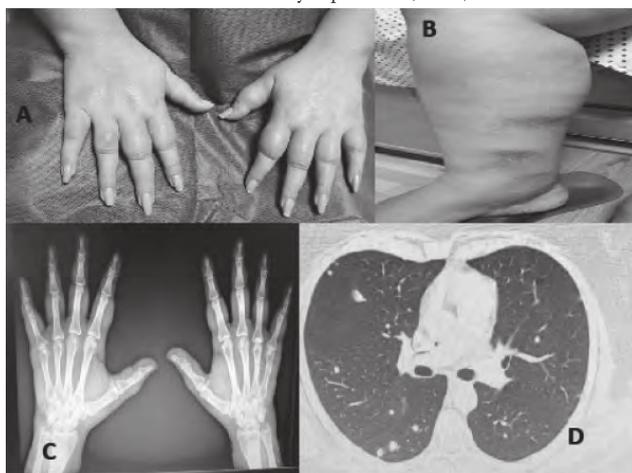
Cantú-Pompa JJ, González-García JA, Pérez-Santana A, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C, García-Cañas IE

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: El síndrome de McCarthy hace referencia a un cuadro clínico que cursa con poliartritis aguda simétrica acompañada de intenso edema en manos y pies. Casi siempre benigno en personas mayores de 65 años, en conjunto con el eritema nodoso, se reconoce como una manifestación reumatológica paraneoplásica.

Material y métodos: Mujer de 35 años, sin antecedentes de relevancia. Cursa con poliartritis inflamatoria de predominio en manos, rodillas y tobillos junto con edema de extremidades inferiores y superiores (**Figura 1**). Se solicita FR y anti-CCP que se informan negativos. Radiografía de ambas manos: edema de tejidos blandos y sin erosiones. Se inicia tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y esteroides a dosis bajas con respuesta parcial articular debido a la presentación inusual de eritema nodoso en extremidades inferiores, que la biopsia confirmó. Se abordan otras causas reumatológicas (AAN y ANCA negativos) e infecciosas (PPD y perfil de hepatitis negativo). En radiografía de tórax se documentan micronódulos pulmonares, los cuales se observan en la tomografía pulmonar. Se realiza biopsia de nódulos pulmonares que revela granulomatosis linfomatoide, una anomalía en el umbral entre enfermedad linfoproliferativa y linfoma y de mal pronóstico.

Figura 1. Poliartritis inflamatoria en manos, rodillas y tobillos, junto con edema de extremidades inferiores y superiores. (C198)



Resultados: Este caso resalta la relación entre la referencia de alteraciones definidas como reumatológicas y la presencia de neoplasias ocultas subyacentes. Como este caso, los síndromes paraneoplásicos muestran características atípicas respecto de su forma primaria respectiva. Asimismo, hay manifestaciones reumatológicas en estrecha relación con neoplasias, por lo que en estos contextos se recomienda tener en consideración la posibilidad de neoplasia como diagnóstico diferencial.

C199

Aortitis asintomática. Un hallazgo incidental por estudio de imagen

Flores-Hernández JA, Medina-García AC, Ángeles-Acuña A, Bares-Marroquín AB, Silveira-Torre LH

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción. La aortitis incluye un amplio espectro de trastornos que causan inflamación de la aorta. Mientras que las principales formas de aortitis tienen causas específicas, como la arteritis de Takayasu (AT) y la arteritis de células gigantes (ACG), los pacientes con aortitis idiopática (AI) son asintomáticos y usualmente se diagnostican después de un procedimiento quirúrgico. A continuación se presentan cinco casos en los que se estableció el diagnóstico de aortitis de forma incidental, en un estudio de imagen.

Resultados: Se describen cinco casos con aortitis. Cuatro pacientes mostraron síntomas no relacionados con el cuadro de aortitis y en uno de ellos se detectó mediante el estudio de escrutinio para recambio valvular aórtico (AI). De los cuatro primeros casos, dos tenían artritis reumatoide y al estudiarse por sospecha de actividad extraarticular se diagnosticó la afección vascular (ACG y AT). Uno reveló datos de valvulopatía aórtica de larga evolución que produjo insuficiencia cardíaca y tras resolución quirúrgica se estableció el diagnóstico de aortitis (AT). El último tuvo manifestaciones clínicas agudas por tromboembolia pulmonar y en el abordaje diagnóstico se identificó por imagen engrosamiento de la arteria pulmonar, la aorta y sus principales ramas (AT) (**Figura 1**). Los estudios de imagen utilizados fueron angiogramografía y angiorrisonancia.

Figura 1. Angiotomografía en la que se identifica un engrosamiento de la aorta y la arteria pulmonar. (C199)



Conclusión: Se describieron cinco nuevos casos de hallazgo incidental de aortitis, tras abordaje por otra entidad clínica, en los que se documentó un proceso autoinmunitario, como ACG, AT o AI, con complicaciones posteriores vinculadas con el proceso inflamatorio.

Bibliografía

1. Clifford AH, Arafat A, Idrees JJ, Roselli EE, Tan CD, Rodriguez ER, et al. Outcomes among 196 patients with noninfectious proximal aortitis. *Arthritis Rheumatol.* 2019;71(12):2112-20.
2. Racharla L, Patel P, Sheikh T, Mann K, Kurtz E, Boozel T, et al. Idiopathic aortitis: an atypical case isolated to the coronary sinus leading to obstructive coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75(11):3183. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0735-1097\(20\)33810-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0735-1097(20)33810-9).

C200

Piomiositis en una paciente con rupus

Ángeles-Acuña A, Bermúdez-Benítez E, Batres-Marroquín AB, Vargas-Guerrero A

Instituto Nacional de Cardiología

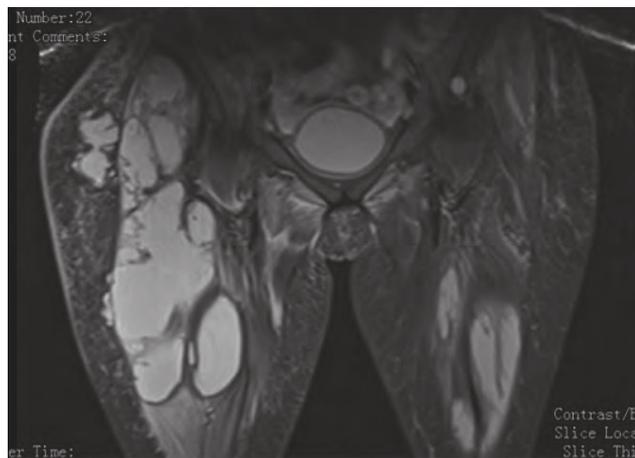
Introducción: La piomiositis es una infección musculoesquelética cuyo riesgo se incrementa en pacientes inmunodeprimidos y representa un reto diagnóstico. Con mayor frecuencia afecta a los músculos de la cintura pélvica y las extremidades inferiores. El *Staphylococcus aureus*, en particular el sensible a la meticilina, es el causante en la mayor parte de los casos. Se describe un caso de piomiositis en una paciente con rupus.

Objetivos: Paciente femenino de 39 años de edad con rupus desde 2006, que recibió rituximab en 2018, tratamiento con hidroxiquina y prednisona (2.5 mg/día). Ingresó por dolor torácico transitorio, deterioro de clase funcional NYHA III, dos meses de fiebre y pérdida de peso (7 kg en seis meses). Un año con aumento de volumen fluctuante en muslos. Negó antecedente de mesoterapia, drogas u otras infiltraciones locales.

Material y métodos: La exploración física revela caída de cabello, soplo regurgitante mitral II/VI, frote pericárdico y tumoraciones en muslos y glúteo derecho con eritema. Analítica con anemia (7.8 g/dl), leucocitosis con neutrofilia (17.7 mil/ μ L), PCR 136 mg/L, C3 23.3 mg/dl y C4 indetectable.

Resultados: Derrame pericárdico por ecocardiograma. La resonancia magnética demostró colección líquida con compartimentos intramusculares y extensión a tejido celular subcutáneo en glúteos y muslos (**Figura 1**). Se realizó biopsia y cultivo de la colección con informe de *Staphylococcus aureus* sensible a la meticilina. Se realizó drenaje y se indicaron antibióticos con adecuada respuesta.

Figura 1. STIR. Se observan procesos ocupativos de espacio intramuscular que afectan a los cuartos vastos del cuádriceps femoral hasta el tercio medio del muslo en el lado derecho y hasta el distal en el izquierdo, de contenido líquido, morfología irregular, lobulados, bien delimitados, confluentes, con tabiques incompletos y paredes de 2 mm. (C200)



Conclusiones: La piomiositis es rara y a menudo mal diagnosticada. El diagnóstico temprano requiere una gran sospecha, sobre todo en pacientes inmunosuprimidos. En este caso se adjuntó enfermedad activa. Los estudios de imagen y cultivos son indispensables para el abordaje y tratamiento apropiados.

Bibliografía

1. Chen YH, Lu CC, Chen HC. *Candida albicans* pyomyositis in a patient with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol.* 2018;45(2):286-87.
2. Meesiri S. Pyomyositis in a patient with systemic lupus erythematosus and a review of the literature. *BMJ Case Rep.* 2016;10.1136/bcr-2016-214809.

C201

Estenosis laríngea como manifestación de mal pronóstico en policondritis recidivante

Rosas-Villegas CE, García-Juárez A, Castro-Colín Z, Miguel Ángel

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El compromiso de la vía respiratoria en la policondritis recidivante (PR) ocurre en el 50% y se acompaña de mal pronóstico. Sólo el 10% presenta síntomas, lo que justifica el uso de tomografías y pruebas de función pulmonar.

Objetivos: Descripción de un caso.

Material y métodos: Paciente femenina de 31 años con criterios de McAdam para PR (condritis auricular, condritis del tracto respiratorio, escleritis y uveítis izquierda), además de biopsia auricular consistente. Se informaron ANCA negativos, FR 8.9 UI, PCR 20.35 ng/dl, VSG 35 mm/h y fibrinógeno 451 mg/dl. Fue resistente al tratamiento con AINE, prednisona y azatioprina. Requiere hospitalización por estridor laríngeo, además de sufrir disnea, disfonía, sensación de cuerpo extraño en laringe y conjuntivitis bilateral. La tomografía demostró estenosis laríngea (9 mm) y neumatía intersticial bibasal. La nasofibrolaringoscopia concluyó inflamación glótica, subglótica y laríngea. Se indicaron metilprednisolona, prednisona a altas dosis y ciclofosfamida mensual. Hoy en día permanece con nasofibrolaringoscopias seriadas para valorar la colocación del stent.

Resultados: La afectación respiratoria en la PR resulta del colapso de la vía respiratoria causado por la destrucción de los anillos cartilagosos o el estrechamiento ocasionado por el edema y la fibrosis local (**Figura 1**). Tiene una prevalencia del 50% y representa la principal causa de mortalidad, con tasas de supervivencia del 55% a 10 años. La mayoría responde a corticosteroides, antiinflamatorios e inmunosupresores; sin embargo, 35%

Figura 1. Estenosis laríngea como manifestación de mal pronóstico en la policondritis recidivante. (C201)



a 40% de los pacientes requieren otras intervenciones, como dilatación con balones, colocación de *stents* o traqueostomías, los cuales tienen un papel muy limitado para el control de largo plazo.

Conclusiones: El pronóstico es peor en pacientes jóvenes.

Bibliografía

- Eng J, Sabanathan S. Airway complications in relapsing polychondritis. *Ann Thorac Surg.* 1991 Apr;51(4):686-92. doi: 10.1016/0003-4975(91)90348-t. PMID: 2012438.
- Lekpa FK, Chevalier X. Refractory relapsing polychondritis: challenges and solutions. *Open Access Rheumatol.* 2018;10:1-11. Published 2018 Jan 9. doi:10.2147/OARRR.S142892.

C202

Poliangeítis microscópica: a propósito de un caso

Loeza-Urbe MP, Rodríguez-Henríquez PJA, Balderas-Juárez J

Hospital General Dr. Manuel Gea González

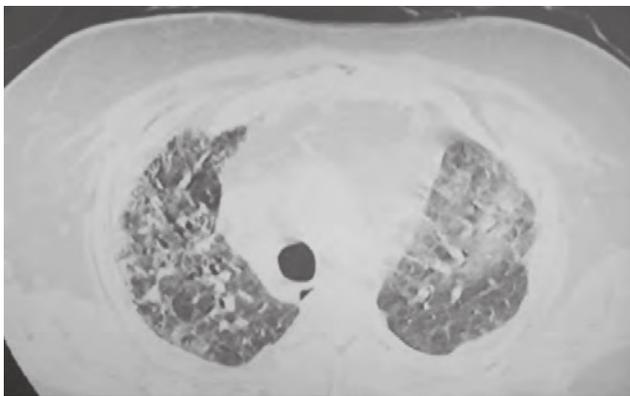
Introducción: La poliangeítis microscópica (PAM) es una vasculitis sistémica relacionada con ANCA que afecta a pequeños vasos. Su presentación abarca síntomas sistémicos inespecíficos según sea el órgano afectado. La afectación pulmonar incluye tos, disnea e infiltrados o nódulos pulmonares. El compromiso cutáneo comprende púrpura y vasculitis leucocitoclástica. El compromiso renal es variable, desde proteinuria subnefrótica hasta glomerulonefritis de rápida progresión.

Objetivos: Exponer un caso de un hombre que inició con tromboembolia pulmonar (TEP), enfermedad intersticial, proteinuria subnefrótica y vasculitis leucocitoclástica.

Resultados: Paciente masculino de 42 años con tos seca inicial y disnea de esfuerzo. Evolucionó a tos sanguinolenta y disnea de reposo. Asistió a urgencias donde se documentaron SO_2 del 65% y taquipnea de 42 rpm, por lo que requirió ventilación mecánica. Clínica: estertores interescapulares bilaterales, además de edema y lesiones purpúricas palpables en piernas. Angio-TAC pulmonar: TEP subsegmentaria en lóbulo medio derecho y patrón de vidrio deslustrado bilateral (central y periférico; **Figura 1**). Tres PCR para SARS-CoV2 negativas. Inició anticoagulación con enoxaparina. Se cuantificó proteinuria subnefrótica en recolección de 24 h con adecuada función renal. Biopsia cutánea: vasculitis leucocitoclástica. Se obtuvieron anti-PR3 > 200 UR/mL y anti-MPO de 29.37 UR/ml. Por sospecha de PAM se indicaron metilprednisolona y ácido micofenólico, con mejoría clínica y extubación.

Conclusiones: La PAM es rara y de presentación variable. Es necesaria una alta sospecha clínica para diagnosticarla. El patrón en vidrio deslustrado puede encontrarse hasta en 50% de los pacientes, mientras que los episodios tromboembólicos en < 10% de los casos. Ambos hallazgos se documentaron en este paciente.

Figura 1. TAC de tórax: áreas en vidrio deslustrado con distribución periférica y central en relación con engrosamiento interlobulillar. (C202)



Bibliografía

- Karras A. Microscopic polyangiitis: new insights into pathogenesis, clinical features and therapy. *Semin Respir Crit Care Med.* 2018 Aug;39(4):459-464. doi: 10.1055/s-0038-1673387.
- Kitching AR, Anders HJ, Basu N, et al. ANCA associated vasculitis. *Nat Rev Dis Primers.* 2020 Aug;71(6):1-27. doi: 10.1038/s41572-020-0204-y.

C203

Fascitis eosinofílica atípica

Sánchez-Huerta JJM, Sánchez-Islas NC

Hospital Regional ISSSTE, Puebla

Introducción: La fascitis eosinofílica (FE) es una rara enfermedad del tejido conectivo que se caracteriza por induración y engrosamiento progresivo y simétrico de la piel y el tejido celular subcutáneo de las extremidades. Hay también compromiso articular y muscular y, en casos excepcionales, compromiso sistémico.

Su diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, eosinofilia en sangre periférica y una biopsia profunda de piel y fascia, en la que se observa un infiltrado de linfocitos y eosinófilos.

Objetivos: Presentar un caso de FE con manifestaciones clínicas sistémicas infrecuentes.

Material y métodos: Paciente femenina de 61 años de edad que inicia tres años antes con induración de la piel de extremidades superiores e inferiores e hiperromía generalizada. Disnea de medianos esfuerzos, disfagia a alimentos sólidos y secos. Fenómeno de Raynaud en manos y dificultad para las actividades diarias. BH: Hb 13 g/dl, Hto 42%, leucos 7 300, eosinof 26.8%, plaq 566 000, QS, PFH, EGO: normales; PCR 400 mg/L, FR 160 U/L. Ac. anti-Scl-70 y ac. anticentrómero: negativos. Biopsia de piel: infiltrado abundante de linfocitos y eosinófilos en subdermis y fascia.

Resultados: Un caso poco común, con no más de 300 casos notificados en las publicaciones médicas, con afectación principal de la piel de las extremidades, aunque con disnea de medianos esfuerzos, disfagia a alimentos sólidos y secos, y fenómeno de Raynaud en manos, lo cual es infrecuente en la FE.

Conclusiones: La FE es una enfermedad rara, tanto como la presentación de manifestaciones clínicas sistémicas en la FE.

Bibliografía

- Lamback EB, Resende FS, Lenzi TC. Eosinophilic fasciitis. *An Bras Dermatol.* 2016;91 (5 suppl 1):57-59.
- Moreno OL, Cornelio RG, Comellas KL, Díaz GE, Rodríguez WF. Fasciitis eosinofílica. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2019;17(4):390-394.

C204

Nefropatía por IgA asociada a espondilitis anquilosante, espectro diagnóstico

Enríquez-Luna A, Ramírez-Pérez AA, Hernández-Pérez C, Del Valle-López JM, Sánchez-Toxqui Y

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria discapacitante que afecta al esqueleto axial antes de los 45 años. Las manifestaciones renales se presentan en su mayoría como enfermedad adjunta y no como expresión clínica de la EA (frecuencia de 8.1%-21.7%). La norma de referencia es la biopsia renal, que en la mayor parte de los casos indica nefropatía por IgA (NlgA).

Resultados: Hombre de 20 años con diagnóstico de EA a los 17 años, con HLA-B27, sacroilítis, uveítis, artritis y dactilítis, tratado con anti-TNF,

con mala respuesta durante los últimos seis meses. Tiene antecedente de síndrome de apnea obstructiva del sueño y obesidad, hipertensión arterial resistente al tratamiento desde seis años antes. Desde octubre de 2020 tiene hematuria microscópica y macroscópica y la biopsia renal revela nefropatía por IgA; se trató con prednisona a 1 mg/kg con mejoría del cuadro renal.

Conclusiones: Existen pocos informes del tratamiento con anti-TNF de la nefropatía por IgA en pacientes con EA; se ha notificado que el uso de anti-TNF no influye en la respuesta de la nefropatía. En este caso, el paciente se hallaba bajo tratamiento con golimumab (anti-TNF) cuando apareció la afección renal, pero tenía mal control de la EA. No se ha valorado si la actividad de la enfermedad tenga influencia directa en el desarrollo de la NlgA; algunas teorías presuponen que estas enfermedades comparten mecanismos fisiopatológicos por lo que la actividad podría modificar el desarrollo de la NlgA.

Bibliografía

- Miceli C, Cornec-Le Gall E, Rémy P, Choukroun G, Fakhouri F, Garrouste C, et al. Spondyloarthritis-associated IgA nephropathy. *Kidney Int Rep.* 2020 Mar 16;5(6):813-820.
- He D, Wang R, Liang S, Liang D, Xu F, Zeng C, et al. Spectrums and prognosis of kidney disease in patients with ankylosing spondylitis. *Kidney Dis (Basel).* 2020 Nov;6(6):444-452.

C205

GotAps: sobreposición de dos entidades. Reporte de casos

Soto-Martínez AM¹, Bernard-Medina AG¹, Pérez-Topete SE¹, Viera-Rodríguez LA²

⁽¹⁾Hospital Civil de Guadalajara, ⁽²⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, México

Introducción: La psoriasis (Ps) es una enfermedad que afecta al 2% a 3% de la población y 25% de estos casos cursa con artritis psoriásica (Aps). La Aps y la gota pueden ocurrir de forma simultánea; múltiples estudios han

demostrado la correlación entre Ps, Aps e hiperuricemia (HU), así como entre HU e índice de gravedad de la actividad de la psoriasis (PASI) y marcadores de inflamación.

Objetivos: Describir la relación entre Aps y gota.

Resultados: Paciente 1: hombre de 63 años. Exploración física (EF): placas psoriásicas difusas en manos, codos, palmas y plantas; tofos localizados en antihélix, manos, codos, rodillas, tibia y tendones aquileos; uñas con hiperqueratosis y onicólisis. Paciente 2: hombre de 56 años. EF: múltiples tofos; placas eritematoescamosas en piernas; hiperqueratosis, leuconiquia y estrías longitudinales en uñas de ambos pies. Paciente 3: hombre de 37 años. EF: tofos, dactilitis, entesitis, poliartritis. Paciente 4: hombre de 53 años. EF: artritis de metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, placas psoriásicas en dorso de mano izquierda, lesiones ungueales en manos; tofos en codos e interfalángicas proximales (**Figura 1**).

Figura 1. A: Lesiones psoriásicas en manos y tofos en articulaciones interfalángicas. **B:** Tofos en antihélix. **C:** Lesiones ungueales y tofos en articulaciones interfalángicas. (C205)



Conclusiones: Se plantea el uso del término GotAps para describir esta entidad, consecuencia de la superposición de Aps y gota, ya que éstas comparten factores de riesgo y comorbilidades.

Bibliografía

- Felten R, Duret P-M, Gottenberg J-E, Spielmann L, Messer L. At the crossroads of gout and psoriatic arthritis: psout. *Clinical Rheumatology.* 1 de mayo de 2020;39(5):1405-13.

Tabla 1. Características clínicas y de laboratorio de los pacientes. (C205)

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Sexo	Hombre	Hombre	Hombre	Hombre
Edad (años)	63	56	37	53
IMC	23.42	25.4	24.4	37.4
Tabaquismo (paquetes/año)	5	15	0	7
Alcohol (g/sem)	323.1	1983	0	728
DM2	No	No	Sí	No
Hipertensión	No	No	Sí	No
Síndrome metabólico	No	No	Sí	Sí
Hipercolesterolemia	No	No	Sí	No
Hipertrigliceridemia	No	No	Sí	Sí
Antecedentes hereditarios	Negados	Madre y hermana: artritis reumatoide	Hermano: psoriasis	Padre: artropatía; hermana: psoriasis
Ácido úrico (mg/dl)	6.2	7.9	8.1	6.6
Creatinina sérica	0.8	1.01	0.54	0.95
Depresión o ansiedad	No	No	Sí	No
PASI	2.4	4.8	14	3
Duración de psoriasis (años)	Se ignora	Se ignora	5	8
Artritis psoriásica (CASPAR)	Sí	Sí	Sí	Sí
Tipo de artritis psoriásica	Oligoarticular asimétrica	Oligoarticular asimétrica	Poliarticular simétrica	Poliarticular asimétrica

HLA-B27	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
FR	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
VSG	30	26	38	6
PCR	3.6	35.4	6	0.05
Consumo de AINE	Sí	Sí	Sí	Sí
Consumo de esteroides	Sí	No	Sí	No

C206

Síndrome del dedo azul como clave diagnóstica

Irazoque-Palazuelos F¹, Díaz-Pérez R², Tobar-Mancillo MA¹

⁽¹⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital Regional Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: El síndrome del dedo azul es la manifestación cutánea de un gran número de enfermedades que producen un compromiso isquémico agudo o subagudo en uno o más dedos. La causa más frecuente es la disminución del flujo arterial por el compromiso u oclusión de pequeños vasos periféricos, con conservación de los pulsos distales palpables.

Material y métodos: Paciente masculino de 65 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica. Se somete a instrumentación lumbar, sin aparentes complicaciones. Luego de cinco días del procedimiento acude a urgencias al notar lesiones purpúricas en extremidades inferiores, dedos y talones. Se lo valora para descartar enfermedad autoinmunitaria. Se identifican dermatosis localizadas en talones, simétricas y bilaterales, caracterizadas por placas eritematosas y puntos purpúricos, con zonas periféricas de vesículas; del primero al cuarto orjeos se observan lesiones violáceas sobre placas eritematosas y puntos purpúricos. Estudios de laboratorio: generales, anticuerpos, complemento normales; hemocultivo: *Staphylococcus aureus*, y se completa protocolo de estudio con ecocardiograma, que reconoce vegetación en válvula mitral. Se establece el diagnóstico de endocarditis infecciosa y se descarta enfermedad reumática primaria.

Resultados: La disminución del flujo arterial puede producirse por diferentes mecanismos patogénicos, entre ellos la trombosis, la embolia, la vasoconstricción grave o la afectación inflamatoria o no inflamatoria de la pared vascular. El dedo que sufre la isquemia adquiere un tono azul o violáceo, lo que da nombre al síndrome, y puede ocasionar fenómenos de necrosis.

Conclusiones: El reconocimiento temprano de este síndrome es una herramienta clínica muy útil para la aproximación diagnóstica de una anomalía sistémica como endocarditis, lo cual favorece su tratamiento oportuno; el conocimiento de esta entidad es clave para no retrasar el diagnóstico.

Bibliografía

- Narváez J, Bianchi M, Santo P. Síndrome del dedo azul. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2011;12(1):2-9.
- Brown PJ, Zirwas MJ, English 3rd JC. The purple digit: an algorithmic approach to diagnosis. *Am J Clin Dermatol.* 2010;11:103-16.

C207

Síndrome de superposición (dermatopolimiositis-esclerosis sistémica), reporte de caso

Carlos-Mancilla BN, Olán F, Hernández-Núñez E, Hernández-May P

Hospital Gustavo A. Rovirosa Pérez

Introducción: Los síndromes de superposición (SS) se han definido como entidades que cumplen criterios de clasificación de al menos dos enfermedades

del tejido conectivo (ETC) en cualquier momento. La esclerodermatomiositis es infrecuente y se relaciona con el anticuerpo anti-PM-Scl, considerado marcador serológico. La esclerosis sistémica (ES) difusa es más prevalente (47.4%), con úlceras digitales (42.1%), afectación del tracto gastrointestinal (84.2%), enfermedad pulmonar intersticial (68.4%), artritis, miocardiopatía (42.1%) y acroosteólisis (30%). Responden sobre todo a los corticosteroides.

Objetivos: Describir una rara relación.

Material y métodos: Paciente masculino de 69 años, que inicia un año antes con dermatosis en la cara compuesta por lesiones eritemato-violáceas de forma y tamaño variables con bordes delimitados y que se extiende en < 4 días al resto de la cara, zonas distales, tronco superior, zonas flexoras, rodillas, codos y tobillos; un mes después muestra debilidad proximal simétrica, limitación funcional de actividades cotidianas, disfagia de sólidos, y en cuatro días más se añade disfagia parcial de líquidos. Presenta pápulas de Gottron y signo en V, zonas con placa hiperpigmentada de bordes irregulares, sin infiltrados, y superficie escamosa. Paraclínicos: CK, 3 361; ac., Mi2: positivos; ac. anti-KU positivos; anti-RNP-SM, anti-Sm, anti-Ro, anti-La, anti-ScL 70, anti-PM-Scl, anti-Jo, anticentrómero, anti-dsDNA, antinucleosoma, antihistona, anti-P ribosomales, anti-AMA M2 y anti-PCNA negativos. Biopsia del músculo deltoides: infiltrado inflamatorio crónico leve, periarteriolar y perimiofibrilar.

Resultados: Pakozdi et al. encontraron que los pacientes con ES/PDM tenían anticuerpos anti-PM/ScL en 33.1%. Otros autoanticuerpos fueron anti-ScL70 en el 7.9% y anti-U1-RNP en el 15.7%. Iaccarino et al. describieron la prevalencia de anticuerpos anti-Ku en PDM/ES en 2.3% y 55%, como en este caso.

Conclusiones: La serología es importante para las opciones terapéuticas.

Bibliografía

- Iaccarino L, Gatto M, Bettio S, Caso F, Rampudda M. Overlap connective tissue disease syndromes. *Autoimmun Rev.* 2013;12:363-73.
- Pakozdi A, Nihtyanova S, Moizadeh P, Ong VH, Black CM, Denton CP. Clinical and serological hallmarks of systemic sclerosis overlap syndromes. *J Rheumatol.* 2011;38:2406-9.
- Toll A, Monfort J, Benito P, Pujol RM. Sclerodermatomyositis associated with severe arthritis. *Dermatol Online Journal.* 2018;10(2).

C208

Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto asociada a artritis reumatoide

Guillén-Durán CA¹, Santiago-Manzano ME²

⁽¹⁾ISSSTE Pachuca, ⁽²⁾Hospital General de Pachuca

Introducción: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, también conocida como linfadenitis histiocítica necrosante, es un padecimiento poco frecuente; es mayor en asiáticos, en particular japoneses, y afecta de forma primordial a individuos jóvenes de 20 a 30 años de edad. Tiene propensión por las mujeres con relación 2:1. El cuadro se caracteriza por linfadenopatía cervical dolorosa aguda, fiebre de bajo grado y diaforesis nocturna. Se documenta el caso de un paciente con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto diagnosticada meses después, con artritis reumatoide adicional.

Resultados: Paciente femenino de 19 años con antecedente de alteración en biometría hemática caracterizada por bicitopenia con leucopenia y trombocitopenia, además de adenitis submandibular bilateral; se realiza el abordaje de estudio para enfermedades infecciosas virales y otras anomalías linfoproliferativas. La serología descarta lupus eritematoso sistémico. La biopsia ganglionar señala linfadenitis histiocítica necrosante consistente con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. En noviembre de 2019 acude a valoración y refiere artralgia y artritis de grandes y pequeñas articulaciones de más de tres meses de evolución; los estudios complementarios para factor reumatoide y anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado son positivos altos. Se inicia tratamiento con metotrexato, cloroquina y ácido fólico. La respuesta es buena y continúa en vigilancia.

Conclusiones: Para explicar la relación entre estas dos enfermedades se ha propuesto la denominada hipótesis autoinmunitaria, que se basa en la relación identificada entre los pacientes con enfermedad de Kikuchi-Fujimoto y las enfermedades autoinmunitarias; la principal es el lupus eritematoso sistémico y, en menor proporción, el síndrome de Sjögren, la enfermedad de Still, polimiositis, la artritis reumatoide, tiroiditis y la vasculitis leucocitoclástica.

Bibliografía

1. Bosch X, Guilabert A, Miquel R, Campo E. Enigmatic-Kikuchi-Fujimoto disease: a comprehensive review. *Am J Clin-Pathol.* 2004;122:141-152.
2. Cheng C, Sheng W, Lo Y, et al. Clinical presentations, laboratory results and outcomes of patients with Kikuchi's disease: emphasis on the association between recurrent Kikuchi disease and autoimmune-diseases. *J Microbiol Immunol Infect.* 2010;43(5):366-371.
3. Córdova-Pluma VH, Vega-López CA, Alarcón-Sotelo A, et al. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. *Med Int Méx.* 2017 julio;33(4):540-547.

C209

Calcinosis masiva en escleromiositis anti-NXP-2 positivo

Garduño-Arriaga GB, Maya-Piña LV, Barbosa-Cobo RE, Farías-Contreras JP, Jiménez-Jiménez X

Hospital Juárez de México

Introducción: La calcinosis es el depósito de calcio en la piel, tejido subcutáneo, tendones, fascia y músculo; se presenta con mayor frecuencia en sitios de presión, traumatismo y uso repetitivo de las extremidades. Ocurre en enfermedades autoinmunitarias como esclerosis sistémica (ES) (37%) y dermatomiositis (DM) (20%). En la DM, el anticuerpo anti-NXP2 se presenta en 30% de los adultos y se vincula con calcinosis, la cual puede causar complicaciones clínicas.

Material y métodos: Paciente masculino de 68 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica, episodio vascular cerebral isquémico con secuelas de hemiplejía derecha, epilepsia frontal y DM; 32 años después del diagnóstico de DM presentó neumopatía intersticial y se diagnosticó ES. La exploración física encontró hombro congelado bilateral y dermatosis localizada en región posterior del tórax y antebrazos, caracterizada por placas y nódulos superficiales indurados. Laboratorios: ANA por IFI de 1:1 280 con patrón centromérico y citoplásmico; perfil de miositis: anticuerpos anti-NXP2 de 116 (10.6 U/ml), anti-PM-Scl75 y anti-PM-Scl100 negativos; anticentrómero de 68.6 (0-10 U/ml). Radiografías: calcinosis localizada en tórax, antebrazos y abdomen (**Figura 1**).

Resultados: La calcinosis se presenta con menor frecuencia en adultos con DM en comparación con la DM juvenil; los factores predictores de desarrollo de la calcinosis son el largo tiempo de evolución de la enfermedad y la positividad a anticuerpos anti-NXP-2. Las complicaciones relacionadas con calcinosis son dolor localizado, atrofia muscular, contractura articular y úlceras susceptibles de infección. Es relevante la identificación temprana y tratamiento oportuno de las complicaciones, ya que el nivel de evidencia de tratamiento de calcinosis es actualmente bajo y no existen guías terapéuticas.

Figura 1. A: Radiografía AP de tórax que muestra múltiples imágenes ovaladas, irregulares y lineales, de densidad cálcica y con tendencia a confluir; se distribuyen sobre los tejidos blandos de la pared torácica, con afectación de articulaciones de los hombro, regiones axilares y tercios proximales de los brazos. **B:** Radiografía AP de pelvis con imágenes ovaladas que afectan las regiones del fémur con extensión hasta las caras laterales de las alas ilíacas y regiones isquiáticas. **C:** Radiografías laterales de los codos con calcinosis en la región flexora de ambos codos y región extensora del codo izquierdo. No hay erosiones ni destrucción ósea secundaria. (C209)



Bibliografía

1. Chung MP, Richardson C, Kirakossian D, Orandi AB, Saketkoo LA, Rider LG, et al.; International Myositis Assessment; Clinical Studies Biomarkers Group (IMACS) Calcinosis Scientific Interest Group. Calcinosis biomarkers in adult and juvenile dermatomyositis. *Autoimmun Rev.* 2020;19(6):1-9.
2. Cruz-Domínguez MP, García-Collinot G, Saavedra MA, Medina G, Carranza-Muleiro RA, Vera-Lastra OL, et al. Biochemical, and radiological characterization of the calcinosis in a cohort of Mexican patients with systemic sclerosis. *Clin Rheumatol.* 2017;36(1):111-117.

C210

Desabasto de fármacos para reumatología en tiempos de COVID-19: ¿qué hacer?

Bañuelos-Ramírez DD

HEP, Unidad Médica de Alta Especialidad, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: En situaciones de crisis, y en la pandemia por COVID-19 en particular, se pueden presentar diversas restricciones en la vida cotidiana y otros cambios. La disponibilidad de medicamentos, las medidas terapéuticas complementarias y el ejercicio profesional se ven afectados. En el corto plazo apenas se percibe el efecto; en cambio, una prolongación modifica seguramente las trayectorias, recorridos de la evolución y la respuesta terapéutica. La mayor parte de los padecimientos reumáticos es de curso crónico. Los fármacos de prescripción en reumatología se desvían actualmente a la atención de pacientes con COVID-19. La disponibilidad real ha disminuido y los costos aumentado.

Objetivos: Proponer alternativas para no interrumpir las prescripciones en reumatología desde las perspectivas académica y gremial.

Material y métodos: Contraste de disponibilidad y costos de medicamentos tipo FARME, T Biol, AINE y corticoides antes y durante la pandemia por COVID 19. Valoración del retraso para surtir recetas institucionales y privadas. Cálculo de las recaídas atribuibles a contingencia y proyección a mediano plazo (6 meses a 1 año) de acuerdo con la práctica de la especialidad en el centro-oriente de México.

Resultados: La cloroquina, hidroxilcloroquina y metotrexato son los FARME afectados, incluso hasta su nula disponibilidad actual. Los anti-TNF muestran un costo incrementado de 70% y sólo de pedidos previos. Recaídas (descenso de la clase funcional y aumento de NAD, NAI, EVA) en 30% de los sujetos (n = 177 adultos). Se requirió intervención directa del reumatólogo con proveedores para el suministro de fármacos. Necesidad de incremento temporal de corticoides: 50%.

Conclusiones: Una postura académica y gremial del CMR y la industria farmacéutica no fue suficiente en esta pandemia. Se requieren soluciones diferentes, incluida una gestión comercial distinta.

Bibliografía

1. <https://www.razon.com.mx/mexico/hay-metotrexato-para-2020-garantiza-imss/>
2. <https://www.economista.com.mx/politica/Compra-de-medicamento-contras-el-cancer-en-Francia-fue-por-falta-de-disponibilidad-en-Mexico-AMLO-20190923-0030.html>
3. Comunicado Pfizer y CMR sobre no existencia ni resurtimiento de metotrexato tabs. Noviembre 2020.

C211

Experiencia con anti-rIL6 en pacientes portadores de SARS-CoV2 grave

Pérez Bolde-Hernández A, Pérez-Pérez A, Espinoza-Sánchez L, Zequera-Valdez A, Blas-Torres CU, López-Romero A, Escobedo-De La Cruz RC, Cuate-Bello N

IMSS

Introducción: Con la llegada de la pandemia por COVID 19 sugirió el uso del tocilizumab (TZC) en pacientes con tormenta de citocinas.

Objetivos: Evaluar la respuesta del TCZ en pacientes con SARS-CoV2.

Material y métodos: Se revisaron 25 expedientes con diagnóstico de SARS-CoV2 grave con base en criterios clínicos, PCR y TAC de tórax, de pacientes que recibieron tocilizumab, previo consentimiento informado. Los 25 pacientes cumplieron criterios de SARS-CoV2 grave. Se indicó tratamiento con TZC a dosis de 8 mg/kg/dosis única.

Análisis estadístico: se resumieron las características clínicas, bioquímicas basales y medicamentos mediante x media (± DE) para variables continuas, frecuencia y proporciones para variables categóricas, y χ^2 para evaluar las diferencias clínicas y bioquímicas entre los paciente que murieron y los que sobrevivieron.

Resultados: 25 pacientes con diagnóstico de SARS-CoV2 grave: 10 con ventilación mecánica asistida (VMA) y 15 pacientes sin VMA. De los 25 individuos que recibieron tocilizumab, 12 sobrevivieron y 13 murieron. De los 10 sujetos con VMA, 9 murieron y de los 15 pacientes sin VMA 4 murieron. Se encontró para pacientes intubados un riesgo mayor de morir con una χ^2 de 9.64 (p = 0.003; RR, 3.37; IC95%, 1.42-8.10).

Conclusiones: No hubo diferencias significativas en los dos grupos con respecto al desenlace final. Hasta 11 pacientes sin VMA sobrevivieron y 4 murieron; de los que requirieron VMA, 9 murieron y sólo 1 sobrevivió, por lo que el TCZ parece no ser una opción de tratamiento y, además, estar intubado representa un riesgo para un desenlace letal.

Bibliografía

1. Cortegiani A, Ippolito M, Greco M, Granone V, Protti A, Gregoretti C, et al. Rationale and evidence on the use of tocilizumab in COVID-19: a systematic review Pulmonology 2020 Jul 20;27(1):52-66.
2. Somers EC, Eschenauer GA, Troost JP, Golob JL, Gandhi TN, Wang L, et al. Tocilizumab for treatment of mechanically ventilated patients with COVID-19. Clin Infect Dis. 2020 Jul 11;ciaa954.

C212

Factores de riesgo e impacto de COVID-19 en enfermedades autoinmunes/inflamatorias

Vera-Lastra OL, Cimé-Aké EA, Morales-Gutiérrez JE, Cobos-Quevedo OJ, Ordinola-Navarro A, Peralta-Amaro AL, Cruz-Domínguez MP, Medina-García G, Fraga-Mouret A, Jara LJ

Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: Los pacientes con enfermedades autoinmunitarias/inflamatorias (EA/I) son de riesgo para complicaciones por SARS-CoV-2.

Objetivos: Determinar los factores de riesgo y el efecto del COVID-19 en las EA/I.

Material y métodos: Estudio de casos (pacientes con EA/I) y controles (pacientes sin EA/I). Ambos grupos con SARS-CoV-2 por PCR. Se determinaron las características clínicas, bioquímicas y complicaciones. Se utilizó correlación de Spearman y χ^2 .

Resultados: EA/I, 53 (48.30 ± 14.8 años) contra controles, 80 (52.58 ± 13.5 años). EA/I: lupus eritematoso sistémico (LES) (26.4%), esclerodermia (ES) (8.9%) y artritis reumatoide (AR) (13.2%), encefalitis autoinmunitaria (EA) (1.3%), esclerosis múltiple (EM) (5.7%), síndrome antifosfolípido (SAF) (5.7%), granulomatosis con poliangeitis (GPA) (3.8%) y síndrome autoinmunitario/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) (1.8%). Tratamientos: esteroides (94.3%), antipalúdicos (28.3%). Comorbilidades: obesidad (30.2%), hipertensión arterial sistémica (30.2%), diabetes mellitus (20.8%). Los pacientes EA/I tuvieron menor obesidad (p < 0.001), menor ventilación mecánica invasiva (VMI) (p = 0.016) y menor defunción (p = 0.001) (**Tabla 1**). EA/I: correlación inversa de los linfocitos con días de VMI (rho = -0.778, p = 0.023) y un CO-RADS de 4 incrementó la defunción (OR, 8.55; IC, 1.8-83.0; p = 0.048); en EA hubo más días de hospitalización y VMI (OR, 16.80; IC, 2.4-116.2, p = 0.005). El tratamiento con antipalúdicos fue factor protector para VMI (OR, 0.27; IC, 0.03-0.48; p = 0.044). En controles, los pacientes que fallecieron contaron con mayor DHL (742.0 UI/L vs. 550.5 UI/L, p = 0.30) y proteína C reactiva (166.0 mg/L vs. 43.0 mg/L, p < 0.001).

Tabla 1. Características clínicas, bioquímicas y complicaciones de pacientes con EA/I (n = 53) y controles (n = 80) con COVID-19. (C212)

Variables	EA/I, n (%)	Controles, n (%)	p*
Edad (años) π	48.30 (± 14.8)	52.58 ± (13.5)	0.089****
Género femenino	42 (79.2)	62 (77.5)	0.811
Obesidad	16 (30.2)	80 (100.0)	< 0.001**
HAS	16 (30.2)	30 (37.5)	0.385
DM2	11 (20.8)	22 (27.5)	0.378
Cardiopatía isquémica	5 (9.4)	0 (0)	0.009**
Neoplasias	4 (7.5)	18 (22.5)	0.018**
Hipotiroidismo	5 (9.4)	0(0)	0.009**
Saturación O ₂ inicial (%) μ	90.0 (80.5-93.0)	85.0 (75.2-92.0)	0.211****
CO-RADS Ω			
1	5 (17.9)	0 (0)	0.004
2	2 (7.1)	2 (3.7)	
3	5 (17.9)	11 (20.4)	
4	7 (25.0)	8 (14.8)	
5	8 (28.6)	33 (61.1)	
6	1 (3.6)	0 (0)	
Índice de gravedad TC Ω			
Leve	9 (37.5)	26 (32.5)	0.089
Moderado	13 (54.1)	29 (36.3)	
Grave	0 (0)	15 (18.8)	
Leucocitos (cel/mm ³) μ	7 100 (4 400-10 100)	8 700 (6 000-12 300)	0.051***
Linfocitos (cel/mm ³) μ	2 110 (1 090-4 100)	803 (495-1 232)	< 0.001****
DHL (UI/L) μ	431.00 (293.4-541.2)	640.00 (450.0-953.0)	< 0.001****

VSG (mm/h) μ	32.00 (24.5-38.7)	35.00 (20.1-41.9)	0.940***
PCR (mg/L) μ	54.90 (17.5-109.0)	120.00 (38.5-38.5-173.5)	0.007***
Fibrinógeno (g/L) μ	375.00 (307.0-487.5)	407.00 (350.0-600.0)	0.332***
Complicaciones			
Días de hospitalización μ	8.0 (0.0-11.5)	4.0 (1.0-12.0)	0.799***
VMI	9 (17.0)	29 (36.3)	0.016
Días con VMI μ	15.0 (4.5-18.5)	3.0 (1.0-9.0)	0.029***
Defunción	12 (22.6)	42 (52.5)	0.001
Egreso con O ₂ ambulatorio	3 (5.7)	14 (17.5)	0.001

Se compararon aspectos clínicos, bioquímicos y complicaciones de COVID-19 en pacientes con EA/I respecto de los controles. Se encontró que los controles contaron con mayor obesidad y neoplasias y en EA/I predominó la cardiopatía isquémica y el hipotiroidismo. En EA/I se registró mayor cantidad de linfocitos; en los controles, mayor DHL y PCR. En el grupo de pacientes controles fue significativamente mayor la presencia de VMI, defunción y egreso con O₂ ambulatorio, pero los pacientes con EA/I presentaron mayor cantidad de días con VMI.

HAS: hipertensión arterial sistémica; DM2: diabetes mellitus tipo 2; O₂: oxígeno; CO-RADS: COVID-19 Reporting and Data System; TC: tomografía computarizada; DHL: deshidrogenasa láctica; VSG: velocidad de sedimentación globular; PCR: proteína C reactiva; VMI: ventilación mecánica invasiva.

μ Media \pm desviación estándar.

μ Mediana y rangos intercuartílicos.

Ω EA/I n = 28; controles n = 54

* Prueba de ji cuadrada.

** Prueba exacta de Fisher.

*** Prueba de U-Mann-Whitney.

**** T de Student para muestras independientes.

Conclusiones: Los pacientes con COVID-19 tuvieron mejor evolución y menor defunción que los controles. Los antipalúdicos son protectores para complicaciones respiratorias. Los esteroides probablemente evitaron una hiperrespuesta inmunológica y tormenta de citocinas.

Bibliografía

1. Akiyama S, Hamdeh S, Micic D, Sakuraba A. Prevalence and clinical outcomes of COVID-19 in patients with autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2020;annrheumdis-2020-218946.
2. Rodríguez Y, Novelli L, Rojas M, De Santis M, Acosta-Ampudia Y, Monsalve DM, et al. Autoinflammatory and autoimmune conditions at the crossroad of COVID-19. *J Autoimmun.* 2020;114:102506.

C213

Prevalencia de manifestaciones musculoesqueléticas en pacientes con COVID-19

Ventura-Ríos L¹, Sandoval YE², Márquez E², Reyes-Maestro JM²

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación, ⁽²⁾Hospital General de Zona 194, IMSS

Introducción: La infección por COVID-19 puede inducir manifestaciones musculoesqueléticas al activar a receptores de la enzima convertidora de angiotensina 2 expresada en células musculares, sinoviales y óseas, así como por sobreactividad de la respuesta inmunitaria. La prevalencia de los síntomas en la población mexicana se desconoce.

Objetivos: Describir la prevalencia de síntomas musculoesqueléticos en pacientes con infección corroborada por COVID-19 de un hospital general de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Material y métodos: Se registraron datos demográficos y manifestaciones de los expedientes de pacientes hospitalizados en medicina interna

del Hospital General de Zona 194 del IMSS en el periodo de mayo a julio de 2020. Al azar se aplicó a un grupo de pacientes que estuvieron en condiciones de contestar un cuestionario con maniquí ilustrado con áreas anatómicas para el autoinforme de dolor musculoesquelético tomado de la bibliografía, con el objetivo de conocer las características de las mioartralgias y limitación funcional. Se utilizó estadística descriptiva con medias y desviación estándar y porcentajes.

Resultados: Se incluyó a 1 070 pacientes con prueba confirmatoria de COVID-19 con una edad media de 50.5 \pm 13 años; 41.26 fueron mujeres, 29.6% tuvo diabetes mellitus 2 y 33.8% hipertensión arterial. Del total, 52.8% manifestó mialgias y 50.8% artralgias. De los 200 pacientes encuestados, 17% tuvo dorsalgia, 12.6% mialgia generalizada, 4.2% lumbalgia, 18% gonalgia, 15.3% dolor en tobillos, 9.5% dolor en manos, 6.3% artralgias generalizadas, 10% mialgias como primera manifestación y 33.3% dolor que limitó la capacidad de trabajar.

Conclusiones: Un alto porcentaje de los pacientes con COVID-19 sufrió mialgias o artralgias con mayor afectación de las extremidades inferiores. Un tercio de los pacientes refirió dolor que limitó la capacidad para trabajar.

Bibliografía

1. Sarkesh A, Sorkhabi AD, Sheykhsaran E, Alinezhad F, Mohammadzadeh N, Hemmat N, et al. Extrapulmonary clinical manifestations in COVID-19 patients. *Am J Trop Med Hyg.* 2020;103:1783-1796.
2. Monnier A, Larsson H, Djupsjöbacka M, Brodin LA, Ång BO. Musculoskeletal pain and limitations in work ability in swedish marines: a cross-sectional survey of prevalence and associated factors. *BMJ Open.* 2015;5:e007943. doi:10.1136/bmjopen-2015-007943.

C214

Disfunción sexual en población reumatológica durante la pandemia por COVID-19

Rodríguez-Romero AB, Compeán-Villegas JE, Serna-Peña G, Sánchez-Romo SM, Galarza-Delgado DA, Hernández-Galarza IJ

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La disfunción sexual (DS) afecta al 36% a 70% de la población con enfermedades reumatológicas (ER). La pandemia por COVID-19 ha generado situaciones como trabajo desde casa, distanciamiento social, y miedo a contraer infección, lo cual podría influir en la vida sexual de las personas.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de DS en pacientes con ER y compararla con las fases antes y durante la pandemia por COVID-19.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y comparativo de 72 pacientes con ER entre 18 y 60 años. Se utilizó el cuestionario Escala de Experiencia Sexual de Arizona (ASEX) autoaplicable para detectar DS; se estableció diagnóstico de ésta si la puntuación total era > 18 o en cualquier elemento con una puntuación ≥ 5 o tres elementos con una puntuación ≥ 3 . Se formaron dos grupos de pacientes identificados antes y durante de la pandemia, y se parearon por edad, género y tipo de ER. Comparaciones con χ^2 o T de Student.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 35.8 años, el 94.4% correspondiente a mujeres. Las características de los pacientes se hallan en la **Tabla 1**. Se encontró mayor prevalencia de DS (15% vs. 7%, $p = 0.041$) en los pacientes valorados durante la pandemia. No hubo diferencia significativa en la puntuación del cuestionario.

Tabla 1. Comparaciones entre ambos grupos antes y durante la pandemia. (C214)

	Antes de COVID (n = 36)	Durante COVID (n = 36)	p
Edad, años, media \pm DE	35.8 \pm 9.7	35.0 \pm 10.6	0.747
Género femenino, n (%)	34 (94.4)	35 (97.2)	1.000

Diagnóstico, n (%)			
Artritis reumatoide	22 (61.1)	22 (61.1)	1.000
LES	14 (38.9)	14 (38.9)	1.000
Duración de la enfermedad, meses, (p25-p75)	24 (9-72)	24 (12-59)	0.990
Disfunción sexual, n (%)	7 (19.4)	15 (41.7)	0.041
Puntuación ASEX, media ± DE	12.8 ± 3.7	13.4 ± 4.0	0.469

LES, lupus eritematoso sistémico; ASEX, Escala de experiencia sexual de Arizona.

Conclusiones: La DS es prevalente en los pacientes con ER y se subidentifica. Durante la pandemia por COVID-19 se debe hacer énfasis en su abordaje dada la vulnerabilidad de la población reumatológica.

Bibliografía

- Romera Baures M. Sexuality and rheumatic diseases. *Reumatología Clínica*. 2018;14(3):125-126.
- Ibarra FP, Mehrad M, Di Mauro M, Peraza Godoy MF, Cruz EG, Nilforoushzadeh MA, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the sexual behavior of the population. The vision of the east and the west. *International Braz J Urol. Brazilian Society of Urology*. 2020.

C215

Adherencia a FARME en enfermedades reumáticas durante la pandemia por COVID-19

Moreno-Arquieta IA, Sánchez-Mendieta GG, Guevara-Elizondo EI, Esquivel-Valerio JA, Flores-Alvarado DE, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha introducido un nuevo desafío en la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades reumáticas. Estudios previos en Latinoamérica han registrado una adherencia de 16.4% en artritis reumatoide (AR) y 45.9% en lupus eritematoso sistémico (LES). Se ha descrito que estos pacientes creen que su tratamiento eleva el riesgo y gravedad de contraer COVID-19 y que al detener su medicamento podría reducirse ese riesgo. Se ha demostrado que la buena adherencia representa una mejor sobrevida en este grupo de pacientes.

Objetivos: Describir la adherencia a FARME en pacientes con enfermedades reumáticas en tiempos de COVID-19.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal de autoinforme realizado en la consulta de reumatología del hospital universitario. Se incluyó a los pacientes que acudieron a cita subsecuente con diagnóstico de AR, LES, miopatías inflamatorias y esclerosis sistémica, en el periodo de marzo a octubre del 2020. Se les preguntó cuántos días del mes tomaron el FARME indicado en la cita previa y con base en ello se clasificó adherencia en cuatro categorías: buena, 100%-75% (> 21 días); regular, 74%-50% (21-15 días); mala, 49%-25% (14-8 días); y nula, < 25% (< 7 días). Los datos se obtuvieron del registro electrónico interno REPAIR® y se analizaron con SPSS V.22.

Resultados: Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Adherencia a FARME en AR, LES, miopatías y esclerosis sistémica. (C215)

	n (FARME)	Buena n (%)	Regular n (%)	Mala n (%)	Nula n (%)
Artritis reumatoide	302	255 (84.4)	13 (4.3)	20 (6.6)	14 (4.6)
Lupus eritematoso sistémico	126	111 (88)	3 (2.3)	8 (6.3)	4 (3.1)

Miopatías	11	10 (90.9)	0 (0)	1 (9)	0 (0)
Esclerosis sistémica	30	27 (90)	2 (6.6)	1 (3.3)	0 (0)
Total	469				

Conclusiones: La adherencia encontrada en este grupo de pacientes fue buena para la definición utilizada en este estudio. Se debe considerar que el método de autoinforme puede sobreestimar la adherencia, por lo cual los datos encontrados deben confirmarse con métodos objetivos en el futuro.

Bibliografía

- Resende Prudente L, Souza Diniz J, Matteucci Ferreira TXA, Marçal Lima D, Antônio Silva N, Saraiva G, et al. Medication adherence in patients in treatment for rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus in a university hospital in Brazil. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:863-870.
- Michaud K, Wipfler K, Shaw Y, et al. Experiences of patients with rheumatic diseases in the United States during early days of the COVID-19 pandemic. *ACR Open Rheumatol*. 2020. doi:10.1002/acr.2.11148.

C216

Comportamiento de adherencia al tratamiento en enfermedades reumáticas durante COVID-19

Moreno-Arquieta IA, Sánchez-Mendieta GG, Loya-Acosta J, Gutiérrez-Gándara P, García-Chairez LR, Esquivel-Valerio JA, Flores-Alvarado DE, Galarza-Delgado DA

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: Las creencias, percepciones e información del paciente sobre su enfermedad influyen en el comportamiento de adherencia hacia su tratamiento. Con la pandemia del COVID-19 se han notificado preocupaciones entre los pacientes con tratamiento inmunosupresor crónico, debido a que perciben su respuesta inmunitaria al virus como reducida, lo que tal vez favorece la falta de adherencia.

Objetivos: Describir el comportamiento del paciente durante la pandemia por COVID-19 para la adherencia al tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y de autoinforme realizado en la consulta de reumatología del hospital universitario. Se incluyó a los pacientes que contestaron por vía telefónica, en el periodo de agosto a octubre de 2020. Se les preguntó “¿Ha continuado con su tratamiento prescrito en la última consulta?” y en caso de no continuar con su tratamiento “¿Cuál fue la razón?” Los datos se analizaron con SPSS V.22.

Resultados: Véase la **Tabla 1**.

Tabla 1. Razones para la falta de adherencia. (C216)

Continúa con su tratamiento	Razones para falta de adherencia n (%)
No	15 (18.2)
Decisión propia	1
Desabasto	4
Falta de recetas/asesoría médica	8
Falta de recursos	1
Miedo	1
Sí	67 (81.7)

Desabasto	2
Falta de recursos	1
Miedo	1
No Aplica	63
Total general	82 (100)

Conclusiones: Una minoría de pacientes cambió su régimen de tratamiento; sin embargo, se debe a la falta de recetas/asesoría médica y no a preocupación por el COVID-19. Indirectamente, esta falta de recetas/asesoría médica podría relacionarse con la restricción de actividades no esenciales como las consultas médicas regulares. Un nuevo reto observado en este estudio es mantener el seguimiento por medios no presenciales con los pacientes.

Bibliografía

- Venerito V, Lopalco G, Iannone F. COVID-19, rheumatic diseases and immunosuppressive drugs: an appeal for medication adherence. *Rheumatol Int.* 2020;40:827-828. <https://doi.org/10.1007/s00296-020-04566-9>.
- Pineda-Sic RA, Galarza-Delgado DA, Serna-Peña G, et al. Treatment adherence behaviours in rheumatic diseases during COVID-19 pandemic: a Latin American experience. *Annals of the Rheumatic Diseases* Published Online. 2020;First: 23 June. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-218198.

C217

COVID-19 y enfermedades reumáticas

Irazoque-Palazuelos F¹, García-Mata MP¹, Andrade-Ortega L¹, Gordillo-Huerta V², Hadid-Smeke J³, Enríquez-Sosa FE³, Mota-Mondragón B⁴, Rosales-Don Pablo V¹, Urenda-Quezada A⁵, Díaz Ceballos Moren MA⁶, Acosta-Hernández R⁷, Olivera-Solórzano F⁴, Fuentes-Hernández NM⁸, Guerrero-Solis C¹, Pinto-Ortiz M⁹

⁽¹⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital General de Querétaro, ISSSTE, ⁽³⁾Hospital Regional Ignacio Zaragoza, ISSSTE, ⁽⁴⁾Hospital Central Militar, ⁽⁵⁾Hospital General Chihuahua, ISSSTE, ⁽⁶⁾Hospital Darío Fernández, ISSSTE, ⁽⁷⁾Hospital Regional Tultitlán, ISSSTE, ⁽⁸⁾Hospital General de Toluca, ISSSTE, ⁽⁹⁾Hospital Ángeles Mocol

Introducción: Las enfermedades reumáticas se relacionan con un mayor número de infecciones y comorbilidades, por lo que la aparición de la pandemia por SARS-CoV-2 representó un reto con respecto a las pautas terapéuticas y posibles complicaciones. La publicación de guías y registros ha dado tranquilidad al respecto.

Objetivos: Conocer los factores de riesgo, manifestaciones, evolución y secuelas del COVID-19 en pacientes con enfermedades reumáticas.

Material y métodos: Pacientes de distintos centros de atención, con formulario de la Alianza Global de Reumatología, además de un cuestionario. Se realizó estadística descriptiva y análisis de regresión univariable.

Resultados: 150 pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19, del ISSSTE, Sedena y particulares, en proporción de 80% mujeres/20% hombres, edad promedio de 53 años, y diagnóstico de COVID-19 por PCR en 72.6%; TAC, 28.8%; anticuerpos, 10.3%; adquisición de la enfermedad: contacto con caso COVID-19, 66%; enfermedad reumática: AR 52%, LES 28%, APso 10%, EA 6%, vasculitis 2.1%, SAF 2.1%, otras 7.7%; el cuadro clínico varió desde asintomático hasta manifestaciones graves (**Tabla 1**) y la mortalidad ocurrió en el 9.6% y los factores más frecuentes fueron: enfermedad pulmonar, consumo de esteroides y las comorbilidades hipertensión y diabetes mellitus; la hospitalización notificada fue de 18%, requirió oxígeno complementario 16% y apoyo mecánico ventilatorio 2%; el desenlace letal ocurrió a los 17 días en promedio y la recuperación de síntomas en 76% de los casos a los 14 días (media).

Tabla 1. Pacientes con diagnóstico de COVID-19 (C217)

Diagnóstico confirmado	PCR	72.6% (106)
	TAC	28.8% (42)
	Anticuerpos	10.3% (15)
Diagnóstico preliminar	Clínico	8.9% (13)
Principales manifestaciones clínicas	Asintomático	3.5% (5)
	Fiebre	71.9% (105)
	Cefalea	76.7% (112)
	Tos	62.3% (91)
	Malestar general	60% (88)
	Odinofagia	50% (73)
	Disnea	45.2% (63)
	Artralgias	43.2% (63)
Tratamiento para COVID-19	Glucocorticoides	40% (59)
	Antipalúdicos	34.9% (51)
	Sólo medidas de apoyo	32.2% (47)
	Inhibidores de IL-6	8.9% (13)
	Lopinavir-ritonavir	6.2% (9)
	Inmunoglobulina Intravenosa	5.5% (8)
	Inhibidor de JAK	2.7% (4)
	Remdesivir	0.7% (1)
	Azitromicina	39% (57)
	Ivermectina	13.7% (20)
Días con síntomas	Pacientes finados	18
	Pacientes recuperados	15
Pacientes hospitalizados 18.5% (27)	Días de hospitalización	3.5% (5)
	Ventilación mecánica	5.5% (8)
	Ventilación mecánica no invasiva	2.7% (4)
	Oxígeno complementario	10.2% (15)
Defunciones		9.6% (14)

Conclusiones: Al igual que lo informado, no existe evidencia que identifique factores de riesgo específicos de enfermedades reumáticas; los factores desfavorables son similares a los de la población general, como la edad, comorbilidad y afección pulmonar previa.

Bibliografía

- Milkus TR, Jhonson SR. American College and Rheumatology Guidance for Management of Rheumatic disease in adult patient during the COVID-19 Pandemic. *Arthritis and Rheum.* Version 2 Sep 2020;doi 10.1002,art.41437.
- Landewé RBM. EULAR Provisional recommendations for management of rheumatic and musculoskeletal disease in the context of SARS-COV-2. *Ann Rheum Dis.* 2020;79:851-858. doi:10.1136/annrheumdis-2020-217877.

C218

Vacunación contra COVID-19: percepción del paciente con enfermedades reumatológicas

García-Arellano G, Esquivel-Valerio JA, Galarza-Delegado DA, Guzmán-De La Garza DE, Moreno-Arquieta IA, Hernández-Galarza IJ

Hospital Universitario Dr. José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: La pandemia por COVID-19 ha generado una crisis global de salud sin precedentes, aunque se desconoce si los pacientes con enfermedades reumatológicas tienen un mayor riesgo de infección o complicaciones; la disponibilidad actual de una vacuna eficaz para su prevención subraya la importancia de determinar la percepción y conductas esperadas respecto a la vacuna en esta población.

Objetivos: Determinar la percepción y conducta esperada respecto de la vacunación contra COVID-19 en pacientes con enfermedades reumatológicas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal de pacientes con enfermedades reumatológicas a través de la aplicación de una encuesta. Se recolectaron datos de edad, género y diagnóstico reumatológico. Se incluyó a pacientes tratados en los contextos público y privado. Se realizaron seis preguntas relacionadas con la prevalencia de infección por SARS-CoV-2, perspectiva sobre la vacunación, así como la conducta esperada (aplicar o no aplicar) en caso de contar con la vacuna.

Resultados: Se evaluaron 105 encuestas (Tabla 1). El 96% de los pacientes correspondió a mujeres, con una media de edad de 45.24 ± 13.44 años. El 44.7% de los pacientes se trata en el ámbito público. El 47% y 67.2% de los pacientes tratados en el contexto público y privado, respectivamente, temen a los efectos adversos de la vacuna, mientras que el 85% y el 83%, respectivamente, respondieron que aceptarían la aplicación de la vacuna.

Tabla 1. Características de la población y resultados de la encuesta. (C218)

	Público n = 47 (%)	Privado n = 58 (%)	p
Género			0.215
Femenino	44 (94)	57 (98)	
Masculino	3 (6)	1 (2)	
Edad (media ± DE)	44.64 ± 14.64	45.74 ± 12.4	0.678
Diagnóstico			
Artritis reumatoide	18 (38)	33 (57)	0.058
Lupus eritematoso sistémico	11 (23)	14 (24)	0.93
Osteoartritis	4 (9)	3 (5)	0.495
Otra enfermedad reumatológica	14 (30)	8 (14)	0.045
¿Ha sido diagnosticado con la enfermedad COVID-19?			0.155
Sí	2 (4)	7 (12)	
No	45 (96)	51 (88)	
Si la respuesta de la pregunta anterior fue sí, ¿presentó síntomas (dolor de cabeza, escurreniento nasal, tos, dificultad para respirar) o tuvo un curso asintomático (sin síntomas)?			0.161
Fui asintomático	0 (0)	0 (0)	
Tuve síntomas	2 (4)	7 (12)	
¿Algún familiar de primer grado con el cual usted convive ha padecido COVID-19?			0.804
Sí	12 (26)	12 (21)	
No	35 (74)	46 (79)	
Debido a mi enfermedad reumatológica, ¿sería seguro vacunarme contra el COVID-19?			0.673
Sí	37 (79)	49 (84)	
No	8 (17)	8 (13)	
No sé	2 (4)	2 (3)	

¿Le provocan temor los posibles efectos adversos de la vacuna contra el COVID-19?			0.035*
Sí	22 (47)	39 (67)	
No	25 (53)	19 (33)	
Al tener disponibilidad de la vacuna contra el COVID-19, ¿usted se vacunaría?			0.745
Sí	40 (85)	48 (83)	
No	7 (15)	10 (17)	

*p < 0.05

Conclusiones: Una gran proporción de los pacientes encuestados teme a los posibles efectos adversos de la vacuna, pese a lo cual más del 80% de los pacientes aceptaría aplicársela y la considera segura.

Bibliografía

- Silva K, Serling-Boyd N, Wallwork R, Hsu T, Fu X, Gravalles M, et al. Clinical characteristics and outcomes of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) and rheumatic disease: a comparative cohort study from a US hot spot. *Ann Rheum Dis.* 2020 Sep;79(9):1156-1162.

C219

Medidas preventivas para COVID-19 en pacientes con enfermedades reumatológicas

Compeán-Villegas JE, Serna-Peña G, Cárdenas-De La Garza JA, Galarza Delgado DA

Hospital Universitario

Introducción: De acuerdo con estudios durante la pandemia por COVID-19, no se han identificado enfermedades reumatológicas (ER) o tratamientos inmunosupresores con tasas más altas de infección, lo cual podría explicarse por una mayor adherencia a las medidas de aislamiento y prevención. Otros factores, como trabajo, contacto directo con pacientes contagiados y viajes, pueden influir en la adquisición de la enfermedad.

Objetivos: Evaluar las medidas preventivas y factores de riesgo para infección por SARS-CoV-2 en pacientes con ER.

Material y métodos: Estudio poblacional de pacientes con ER que presentaron infección por SARS-CoV-2 de junio a noviembre de 2020 (Tabla 1). Se compararon 1:1 en tiempo con pacientes con ER sin infección. Se recolectaron datos clínicos y demográficos. Se realizaron comparaciones con χ^2 o T de Student. Se consideró significativa una p < 0.05.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas más importantes de los pacientes incluidos. (C219)

	Pacientes COVID +	Pacientes COVID -	Valor P
Total	75	75	
Edad	44.5	42.74	0.140
Género			
Masculino	9 (12.0)	1 (1.3)	0.009
Femenino	66 (88.0)	74 (98.67)	
Enfermedad reumatológica			
Artritis reumatoide, n (%)	38 (50.6)	40 (53.3)	0.744
Lupus eritematoso sistémico, n (%)	21 (28.0)	15 (20.0)	0.251
Síndrome antifosfolípidos primario, n (%)	1 (1.3)	4 (5.3)	0.172
Síndrome de Sjögren, n (%)	1 (1.3)	1 (1.3)	1.000

Miopatía inflamatoria idiopática, n (%)	0 (0.0)	4 (5.3)	0.043
Espondilitis anquilosante, n (%)	5 (6.6)	2 (2.6)	0.246
Artritis psoriásica, n (%)	5 (6.6)	3 (4.0)	0.467
Vasculitis sistémica, n (%)	3 (4.0)	2 (2.6)	0.649
Esclerosis sistémica, n (%)	1 (1.3)	4 (5.3)	0.172
Comorbilidades			
Diabetes mellitus, n (%)	3 (4.0)	2 (2.6)	0.649
Hipertensión arterial, n (%)	16 (21.3)	10 (13.3)	0.196
Obesidad/sobrepeso, n (%)	31 (41.3)	14 (18.6)	0.002
Tabaquismo, n (%)	1 (1.3)	9 (12.0)	0.009
Fármacos			
Esteroides, n (%)	32 (42.6)	37 (49.3)	0.412
Antipalúdico, n (%)	31 (41.3)	35 (46.6)	0.511
Metotrexato, n (%)	29 (38.6)	27 (36.0)	0.736
Leflunomida, n (%)	11 (14.6)	10 (13.3)	0.814
Sulfasalazina, n (%)	6 (8.0)	8 (10.67)	0.575
Azatioprina, n (%)	7 (9.3)	8 (10.6)	0.785
Micofenolato, n (%)	6 (8.0)	5 (6.6)	0.754
Ciclofosfamida, n (%)	1 (1.33)	1 (1.3)	1.000
Anti-TNF, n (%)	8 (10.6)	5 (6.6)	0.384
Otros fármacos biológicos, n (%)	8 (10.6)	3 (4.0)	0.467
Inhibidor JAK, n (%)	5 (6.6)	3 (4.0)	0.117
Otros fármacos			
IECA, n (%)	7 (9.3)	6 (8.0)	0.772
ARAI, n (%)	9 (12.0)	8 (10.6)	0.797
AINE, n (%)	38 (50.6)	29 (38.6)	0.139
Situación pandemia			
Aislamiento, n (%)	9 (12.0)	3 (4.0)	0.710
Cuarentena, n (%)	46 (61.3)	51 (68.0)	0.393
Distanciamiento social, n (%)	15 (20.0)	19 (25.3)	0.435
Ninguno, n (%)	5 (6.67)	2 (2.67)	0.246
Medidas preventivas			
Sana distancia, n (%)	56 (74.67)	47 (62.6)	0.113
Cubrebocas, n (%)	72 (96.0)	66 (88.0)	0.071
Gel/lavado manos, n (%)	72 (96.0)	66 (88.0)	0.071
Factores de riesgo			
Trabajador salud, n (%)	11 (14.67)	7 (9.3)	0.315
Viajes, n (%)	3 (4.0)	6 (8.0)	0.302
Contacto paciente COVID-19, n (%)	56 (74.6)	7 (9.3)	< 0.001

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; ARAI: antagonista del receptor de angiotensina II; IECA: inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina; TNF: factor de necrosis tumoral.

Resultados: Se pareó a 75 pacientes con ER y COVID-19 con 75 controles durante el tiempo; el principal diagnóstico en ambos grupos fue la artritis reumatoide (50.6% y 53.3%, respectivamente), seguido de lupus eritematoso sistémico (28.0% y 20%, respectivamente). Hubo significativamente mayor cantidad de hombres ($p = 0.009$) y de sobrepeso/obesidad ($p = 0.002$) en pacientes con COVID-19. No hubo significado estadístico en alguna medida preventiva, pero sí en el contacto directo con un paciente infectado en el grupo de COVID-19 (74.6%, $p < 0.001$).

Conclusiones: Se encontraron factores de pobre pronóstico en pacientes con ER y COVID-19, así como el antecedente de contacto directo con un paciente infectado. Ninguna de las enfermedades reumatológicas más prevalentes o tratamiento inmunosupresor se relacionó con COVID-19, lo cual sugiere que podrían no contribuir a una mayor infección o peor desenlace.

Bibliografía

- Hooijberg F. Patients with rheumatic diseases adhere to COVID-19 isolation measures more strictly than the general population. *The Lancet Rheumatology*. 2020;2:e583-e585.
- Ladani AP, Loganathan M, Danve A. Managing rheumatic diseases during COVID-19. *Clinical Rheumatology*. 2020;39:3245-3254.

C220

Enfoque reumatológico de manifestaciones musculoesqueléticas/sistémicas del COVID-19: propuesta empírica

Bañuelos-Ramírez DD, Ramírez-Palma MM, Bañuelos-González PF

HEP, Unidad Médica Alta Especialidad, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La aparición de una nueva zoonosis y el paso a los seres humanos ha provocado una formidable enfermedad sistémica, tan difusa y proteiforme que no han bastado los enfoques habituales para entenderla y tratarla. Además de las manifestaciones respiratorias, las afectaciones similares a padecimientos reumáticos autoinmunitarios y el enfoque terapéutico semejante al aplicado en enfermedades sistémicas llevan a considerar una propuesta empírica con perspectiva reumatológica.

Objetivos: Valorar la hipótesis analógica de la similitud entre las manifestaciones sistémicas del COVID-19 y algunas enfermedades reumáticas de naturaleza autoinmunitaria con objeto de orientar el tratamiento.

Material y métodos: 77 pacientes con COVID-19 y criterios clínicos, de gabinete y epidemiológicos; tratamiento ambulatorio y contraste con las publicaciones especializadas sobre enfoques clínicos, terapéuticos y hallazgos. Valoración de formas evolutivas, complicaciones, secuelas, hallazgos y exploración física.

Resultados: Sin considerar los cuatro a siete primeros días en los que predomina el cuadro respiratorio, la continuación del cuadro clínico es sistémico; en los sujetos atendidos se identificaron artritis, artralgiás, mialgiás, cefalea, fatiga, elevación de RFA, signos neuropsiquiátricos y cutáneos, Raynaud, y vasculopatías. Se instituyeron en fase temprana antiagregante plaquetario, prednisona VO y otros corticoides parenterales, metotrexato y en siete pacientes se utilizó tratamiento biológico con buena respuesta. Los informes de las publicaciones médicas son consistentes con afectación sistémica semejante al daño observado, entre otras afecciones, en el LEG y el síndrome antifosfolípidos.

Conclusiones: Las causas infecciosas son comunes a muchas entidades: la respuesta inmunitaria marca la diferencia en evolución y desenlace. Un uso racional de corticoides, AINE e inmunomoduladores puede hacer la diferencia y hay sustento histopatológico y de mediadores para esta hipótesis empírica.

Bibliografía

- [www.thelancet.com.https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30937-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30937-5)
- <https://elpais.com/ciencia/2020-05-22-el-mayor-estudio-sobre-la-clo-roquina-y-la>
- <https://www.intraned.net/contenido.ver.asp?contenido=96002>
- <https://gacetamedica.com/investigacion/relacionan-enfermedades-autoinmunes-sistemicas-a-un-mayor-riesgo-de-hospitalizacion-por-co-vid-19/>

C221

Reumatología en telemedicina durante la pandemia: experiencia práctica privada

Bañuelos-Ramírez DD, Ramírez-Palma MM, Bañuelos-González PF

HEP, Unidad Médica de Alta Especialidad, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El prefijo *tele* significa “a distancia, de manera remota” y tiene un uso común en la vida cotidiana, tan antiguo como el griego y el lenguaje. El concepto de telemedicina tampoco es nuevo. La pandemia del coronavirus y las medidas de confinamiento necesarias obligan a continuar la atención médica especializada de manera menos directa pero más segura. En este trabajo se comparte una experiencia de telemedicina en reumatología de ejercicio privado.

Objetivos: Compartir la experiencia de telemedicina en atención de pacientes reumáticos durante seis meses.

Material y métodos: Mediante WhatsApp, correo electrónico, videollamadas y llamadas se efectuó atención virtual de 45 pacientes para seguimiento de su evolución, apego, modificación de dosis, medidas adicionales, evaluación de resultados de laboratorio y gabinete y medidas adicionales. Estos medios son comunes en la población. La modalidad de telemedicina se estableció por consenso, tras una consulta presencial: se especificaron condiciones de horario, contar con un familiar responsable; enviar fotografías de última receta, estudios, o video; brevedad y concisión en la comunicación, entre los requisitos principales.

Resultados: En la modalidad de telemedicina se atendió a 45 sujetos: 38 mujeres y 7 varones. Padecimientos: AR 14 + 1; areact 4 + 3; LES 4; SAF 2; OA 4; EAnq 2 + 3. Media de atenciones por sujeto: 6 ± 4. Dudas resueltas: todas. Motivos: incremento dosis: 3%; suspensión de algún fármaco: 3%. Revaloración y maniobra adicional (p. ej., infiltración): 12%; continuación hasta próxima cita: 52%; mixtos y diversos: 70%. En la presentación final se mostrarán fotografías, chats y fragmentos de videoconsulta.

Conclusiones: En circunstancias excepcionales, la telemedicina a corto plazo es útil. No sustituye a la atención integral, que no dejó de continuarse.

Bibliografía

1. <https://www.who.int/es/news/item/17-04-2019-who-releases-first-guideline-on-digital-health-interventions>
2. <http://janethbanuelosnoticias.com/2019/12/la-artritis-reumatoide-mitos-realidades-dr-d-cs-david-r-banuelos-columnista/>
3. <http://janethbanuelosnoticias.com/2020/03/coronavirus-llego-quedarse-columna-opinion-del-medico-especialista-david-banuelos/>
4. https://www.paho.org/ict4health/index.php?option=com_content&view=article&id=9684:telehealth&Itemid=193&lang=es

C222

Hemorragia alveolar. COVID-19 versus vasculitis

Ángeles-Acuña A, Flores-Hernández JA, Vargas-Guerrero A

Instituto Nacional de Cardiología

Introducción: La infección por SARS-CoV-2 emergió a finales de 2019 y tiene un amplio espectro de presentación que aún se halla en estudio. La hemorragia alveolar difusa es una manifestación grave de enfermedades autoinmunitarias sistémicas, como vasculitis relacionada con ANCA, lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos. Sólo hay escasos informes de hemorragia alveolar difusa en pacientes con COVID-19, como el presentado.

Objetivos: Paciente femenino de 51 años, con antecedente de asma de inicio tardío, hipotiroidismo y estenosis de lacrimales. Inició con cuadro típico de infección por SARS-CoV-2 y tras 13 días presentó hemoptisis y disnea de pequeños esfuerzos que no mejoraba con oxígeno complementario y requirió hospitalización.

Material y métodos: Destacaban en sus resultados anemia normocítica normocromática (Hb, 8.1 g/dl), PCR (255.58 mg/L), creatinina (2.6 mg/dl), BUN (40.1 mg/dl), p-ANCA (1:360), anti-MPO (43 U/ml); tomografía de tórax: aspecto de vidrio deslustrado generalizado bilateral de predominio periférico y granuloma calcificado en el lóbulo inferior izquierdo. Se confirmó hemorragia alveolar difusa además de lesión renal aguda.

Resultados: Ante sospecha de vasculitis relacionada con ANCA se realizó biopsia renal, la cual no fue consistente. Recibió tratamiento con bolos de metilprednisolona con lo que cedió la hemorragia y luego experimentó

mejoría del cuadro pulmonar. Se complicó con infección por *Pseudomonas* y falleció.

Conclusiones: La hemorragia alveolar se ha notificado rara vez en pacientes con COVID-19. La presentación atípica puede alertar para la búsqueda de causas concomitantes o una infección desencadenada por el desarrollo de una enfermedad autoinmunitaria sistémica silente, como una vasculitis vinculada con ANCA. Sin embargo, el seguimiento podría esclarecer si se trata de epifenómenos.

Bibliografía

1. Hussein A, AL Khalil K, Bawazir YM. Anti-neutrophilic cytoplasmic antibody (ANCA) vasculitis presented as pulmonary hemorrhage in a positive COVID-19 patient: a case report. *Cureus*. 2020;12(8).
2. Löffler C, Mahrhold J, Fogarassy P, Beyer M, Hellmich B. Two immunocompromised patients with diffuse alveolar hemorrhage as a complication of severe coronavirus disease 2019. *Chest*. 2020;158(5):e215-9.

C223

Hemorragia alveolar como diagnóstico diferencial de COVID-19

Flores-Agredano S, Tovar-Torres SMO, Ricaño-Rocha R, Merayo-Chalico FJ

Hospital Escandón

Introducción: La hemorragia pulmonar o alveolar difusa se desarrolla debido a un daño a la microcirculación alveolar con hemorragia local, en algunos casos de origen autoinmunitario. Tiene distintos diagnósticos entre los cuales comparten fisiopatología el lupus eritematoso sistémico, las vasculitis sistémicas primarias, la tuberculosis, la neumonía adquirida en la comunidad, la exposición a tóxicos o el cáncer pulmonar.

Objetivos: Presentar un caso clínico de diagnóstico diferencial de hemorragia pulmonar alveolar y COVID-19.

Material y métodos: Paciente masculino de 38 años, con diagnóstico de granulomatosis con poliangeítis desde 2019, en tratamiento con metotrexato, ácido fólico y corticoesteroides. En julio de 2020 sufre odinofagia, disnea y luego hemoptisis. Se inicia azitromicina y se solicitan estudios que revelan anemia normocítica normocromática y por persistencia de los síntomas se lo refiere a unidad hospitalaria. Al ingreso la oximetría de pulso fue de 85%, con estertores bilaterales generalizados; se registran PO₂ de 50 mmHg, anemia, leucocitosis de 11.9 x 10³/ul y proteína C reactiva de 164 mg/L. La tomografía simple de tórax reveló parénquima pulmonar con aspecto de vidrio deslustrado y focos dispersos de consolidación (CO-RADS 5) (Figura 1); se solicita PCR para COVID-19 y el resultado es negativo. Se trata con oxígeno complementario, antibioticoterapia, pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Por los hallazgos tomográficos, clínicos y de laboratorio se diagnostica hemorragia alveolar.

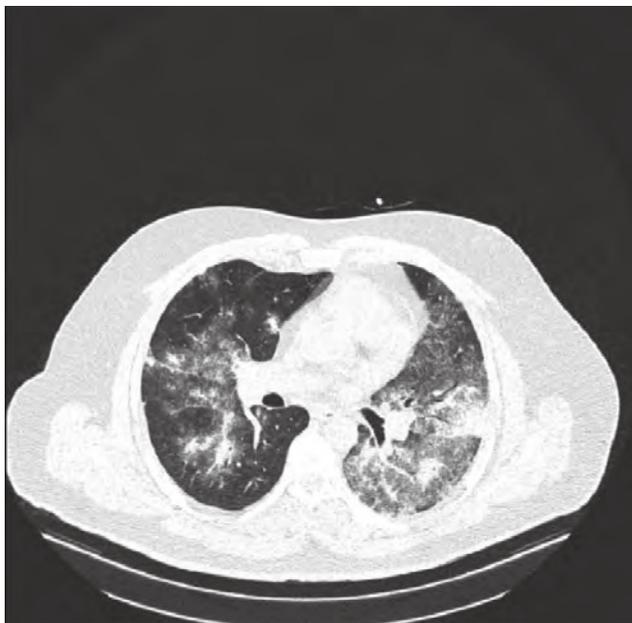
Resultados: En la actualidad, el COVID-19 debe considerarse un diagnóstico diferencial en pacientes con insuficiencia respiratoria; la hemorragia alveolar comparte datos clínicos como la fibrosis pulmonar que se desarrolla al final y las imágenes radiológicas similares. La hemoptisis no es una manifestación típica de COVID-19, que se presenta sólo en un 8%.

Conclusiones: En el contexto actual de la pandemia, el COVID-19 se agrega al diagnóstico diferencial de la hemorragia alveolar.

Bibliografía

1. Pérez-Aceves E, Pérez-Cristóbal M, Espínola-Reyna G, Ariza-Andraca R, Xibille-Fridmann D, Barile-Fabris L. Disfunción respiratoria crónica por hemorragia alveolar difusa en pacientes con lupus eritematoso sistémico y vasculitis primaria. *Reumatología Clínica* [online] 2013;9(5):263-268. Available at: [Accessed 1 October 2020].
2. González-Castro A, Escudero-Acha P, Peñasco Y, Leizaola O, Martínez de Pinillos-Sánchez V, García de Lorenzo A. Cuidados intensivos durante la epidemia de coronavirus 2019. *Medicina Intensiva*. 2020;44(6):351-362. doi: 10.1016/j.medin.2020.03.001.

Figura 1. Tomografía simple de tórax que muestra el parénquima pulmonar con aumento de la densidad de predominio izquierdo con aspecto de vidrio despulido (CO-RADS 5). (C223)



C224

Validación del cuestionario para impacto del SARS-CoV-2 en enfermedades reumáticas

Álvarez-Hernández E¹, Sotelo-Popoca T¹, Moctezuma-Ríos JF¹, Peláez-Ballestas I¹, Gastelum-Strozzi A², Infante-Castañeda C³, Gómez-Ruiz CJ¹, Pérez-Sevilla CL¹, García-Maturano JS¹, Lobato-Belmonte AC¹, Panamá-Hernández M¹, Medrano-Ramírez G¹, García-García C¹, Huerta-Sil G¹, Vázquez-Mellado J¹

⁽¹⁾Hospital General de México, ⁽²⁾ICAT, UNAM, ⁽³⁾Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM

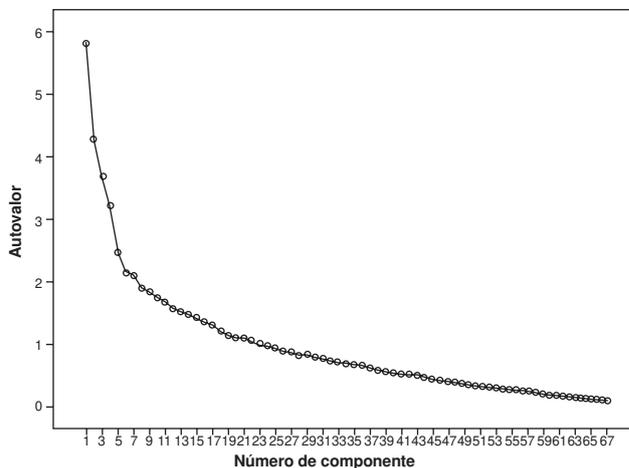
Introducción: El 11 de marzo de 2020, la OMS declaró la pandemia por el virus SARS-COV2 y en el país se aplicaron medidas de distanciamiento social para reducir el riesgo de contagio. En las enfermedades reumáticas (ER) no se ha informado un mayor riesgo de infectarse. Se desconoce si los fármacos utilizados tienen un papel protector o si los pacientes realizan una práctica más efectiva de confinamiento.

Objetivos: Validar un cuestionario para cuantificar los efectos de la pandemia SARS-CoV2 en pacientes con ER.

Material y métodos: Se diseñó un cuestionario para medir conocimiento y percepción de riesgo y las acciones tomadas por pacientes con ER durante la pandemia. La prueba piloto se llevó a cabo de marzo a junio de 2020 a través de un dispositivo electrónico con apoyo del encuestador.

Resultados: Se incluyó a 176 pacientes, 153 (86.9%) del sexo femenino, con edad de 46.9 ± 14.3 años, 41.5% con AR, 27.3% con LES y 31.2% con otras ER. El cuestionario se integró con 68 reactivos. Tiempo de llenado: 6.58 ± 2.56 minutos. El alfa de Cronbach fue de 0.453. En el análisis factorial se encontraron 22 componentes que representan el 67% de la varianza (Figura 1). El cuestionario se correlacionó con la valoración global del médico ($r = -0.34$, $p < 0.000$). Sólo 11 pacientes tuvieron COVID-19, aunque únicamente 2 requirieron hospitalización. No hubo mayor riesgo de infección entre los que salieron y no salieron de casa (OR, 1.071; IC95%, 0.34-3.38).

Figura 1. Gráfica de sedimentación con 22 componentes con valor de $p > 1$. (C224)



Conclusiones: El cuestionario tiene buena validez de apariencia y contenido, es de fácil aplicación, y es multidimensional y de fiabilidad adecuada.

Bibliografía

- Lu C. Role of immunosuppressive therapy in rheumatic diseases concurrent with COVID-19. *Ann Rheum Dis.* 2020;79:737-739.
- Infante C, Peláez I, Murillo S. Opiniones de los universitarios sobre la epidemia de COVID-19 y sus efectos sociales. Informe. Instituto de Investigaciones Sociales. Página Web de la UNAM. México. Julio 2020.

C225

Hemorragia alveolar difusa en tiempos de neumonía por COVID-19

Enríquez-Luna A, Bedolla-Hernández A, Sánchez-Toxqui Y, Balderas-Guerrero BM

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El virus SARS-CoV-2, un coronavirus nuevo, se relacionó con el brote de neumonía en China en diciembre de 2019. Se declaró pandemia el 11 de marzo de 2020 con el nombre de enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). El primer síntoma y las características radiológicas de la neumonía por COVID-19 pueden ser atípicas, lo que hace del diagnóstico temprano un verdadero reto. De manera típica en etapa temprana se observa en radiografía y tomografía computarizada de tórax un patrón de vidrio deslustrado periférico bilateral. La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una vasculitis de pequeño vaso vinculada con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) que posee un espectro clínico amplio. La hemorragia alveolar difusa tiene una frecuencia de 5% identificada en TAC como vidrio deslustrado en parches de distribución central; es importante su identificación temprana.

Resultados: Hombre de 57 años, que acudió a urgencias por hemoptisis y disnea súbita con saturación de oxígeno de 50%; se realizó radiografía de tórax y se reconocieron infiltrados bilaterales. Ante la urgencia epidemiológica actual se consideró neumonía por COVID-19, pero al no tener mejoría tras una semana y contar con dos pruebas moleculares negativas se reabrió; el interrogatorio identificó antecedentes de escleritis necrosante bilateral, sinusitis crónica, artritis, daño renal y positividad de ANCA/PR3, por lo que se estableció el diagnóstico de GPA con hemorragia alveolar.

Conclusiones: La neumonía por COVID-19 simula radiológicamente otras enfermedades; es crucial conocer las diferencias para instituir tratamiento oportuno a los pacientes.

Bibliografía

1. Duzgun SA, Durhan G, Demirkazik FB, Akpınar MG, Ariyurek OM. COVID-19 pneumonia: the great radiological mimicker. *Insights Imaging*. 2020 Nov 23;11(1):118.
2. Martínez-Martínez MU, Oostdam DAH, Abud-Mendoza C. Diffuse alveolar hemorrhage in autoimmune diseases. *Curr Rheumatol Rep*. 2017 May;19(5):27.

C226

Debut de lupus eritematoso generalizado durante evento de COVID-19

Quintanilla-González L, Santander-Vélez JJ

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: Algunos desencadenantes, como infecciones virales, conducen a la activación de enfermedades autoinmunitarias, por lo que la infección de SARS-CoV-2 podría tener este comportamiento.

Resultados: Hombre de 45 años, sin antecedentes. Inició ocho días antes con datos de infección de vías respiratorias superiores. A su ingreso con desaturación y edema de miembros inferiores. Los estudios de laboratorio destacaron anemia normocítica normocrómica (Hb, 11.8), trombocitopenia grave (11 000), EGO con Hb+++ , PCR 154 y PCR para SARS-CoV-2 positiva. Radiografía de tórax: patrón reticonodular de predominio bibasal y dos imágenes radiolúcidas circulares bien delimitadas. TC de tórax: CORADS 3, múltiples quistes en ambos hemitórax y derrame pleural bilateral. Dentro del abordaje: ANA 1:1 280 con moteado grueso, Ro 83 (< 20), La 36 (< 20), complemento normal, SAF negativo, proteinuria 240 mg/vol, perfil viral negativo; ultrasonido: esplenomegalia; TC de abdomen: ascitis y esplenomegalia. Se realizó diagnóstico de LEG con actividad en serosas, hematológico y pulmonar. Se trató con 5 pulsos de metilprednisolona (1 g x 5) y prednisona (1 mg/kg), sin respuesta hematológica. Se agregó inmunoglobulina (2 g/kg), sin mejoría. Posteriormente, rituximab (600 mg x 4), pero persiste trombocitopenia grave, por lo cual se realizó esplenectomía. Último control de plaquetas (tres meses tras el egreso) de 321 000.

Conclusiones: Se presenta un caso de COVID-19 como inicio de LEG, lo que plantea la posibilidad de que el SARS-CoV-2 sea un desencadenante de autoinmunidad, como se ha postulado para otros virus como el de Chikungunya. Asimismo, se plantea que el COVID-19 puede agravar las manifestaciones del LEG.

Bibliografía

1. Sphilmán AP, Gadi N, Wu SC, Moulton VR. COVID-19 and systemic lupus erythematosus: focus on immune response and therapeutics. *Front Immunol*. 2020 Oct 30;11:589474.

C227

Desenlace en 15 pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19 grave

Galicia-Lucas U, Ramírez-Pérez AA, Hernández-Vásquez JR

Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

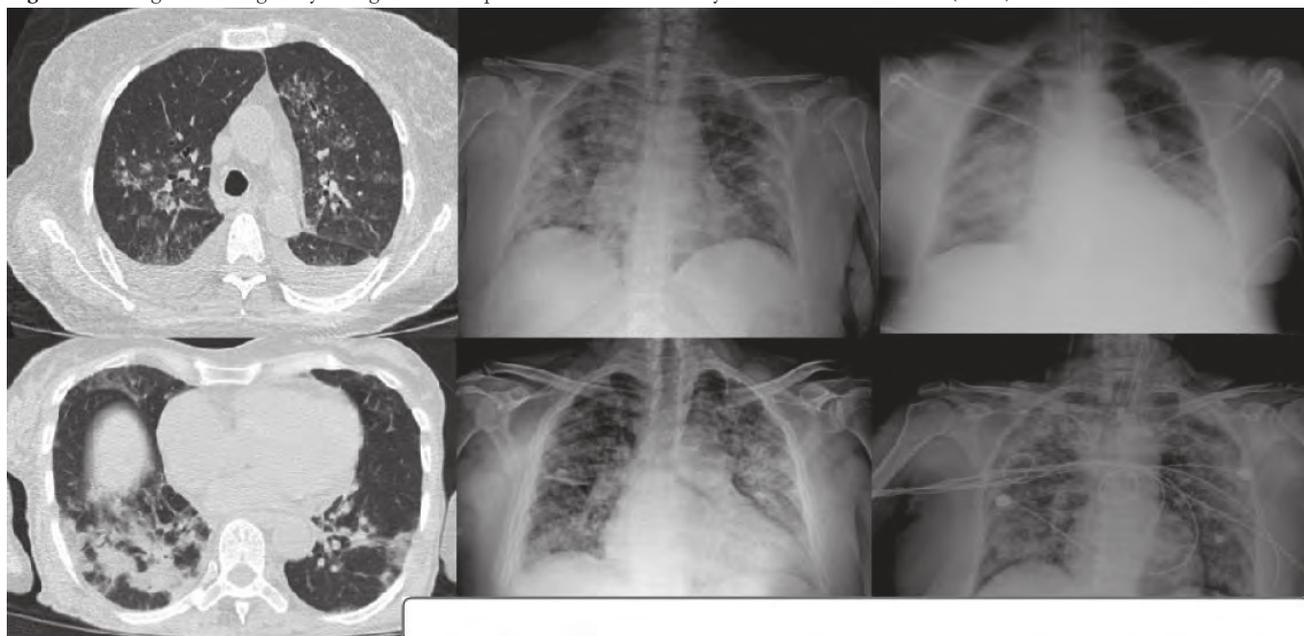
Introducción: En diciembre de 2019 el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 (coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave) causante de neumonía surgió en Wuhan, China, se extendió rápidamente por todo el mundo y ha producido más de 200 mil muertes en México.

Objetivos: Describir el curso clínico y desenlace de 15 pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19 grave.

Material y métodos: Serie de casos que registra datos observacionales y descriptivos de pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19 grave hospitalizados en el Centro Médico Siglo XXI, desde marzo hasta agosto de 2020, con diagnóstico por PCR o alta sospecha por imagen, con enfermedades reumáticas y mayores de 18 años. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y dispersión, prueba t de Student, U de Mann-Whitney, ji cuadrada o exacta de Fisher.

Resultados: De marzo a agosto de 2020 se han hospitalizado cerca de 600 pacientes con diagnóstico de COVID-19 en esta unidad, 15 pacientes con enfermedades reumáticas; la edad media fue de 57 años, con artritis reumatoide en 6 (40%) pacientes (**Figura 1**); el tiempo medio de diagnóstico era de 15 años, prueba para SARS-Cov-2 positiva en 12 (80%). Desde el

Figura 1. Hallazgos en tomografía y radiografía de seis pacientes con COVID-19 y enfermedades reumáticas.(C227)



inicio de los síntomas hasta la hospitalización hubo una media de 7.2 días, 6 (40%) pacientes necesitaron ventilación mecánica invasiva, la defunción ocurrió en 7 pacientes (46.6%) con trombocitopenia y aumento del dímero-D, LDH y ferritina con respecto a los sobrevivientes.

Conclusiones: La trombocitopenia, aumento de DHL, ferritina y AST predominan en quienes mueren y parecen ser un factor de riesgo en esta población; el curso clínico es similar al resto de la población.

Bibliografía

1. Monti S, Balduzzi S, Delvino P. Clinical course of COVID-19 in a series of patients with chronic arthritis treated with immunosuppressive targeted therapies. *Annals of Rheumatic Diseases*. Vol 49.
2. Chenyang Lu, Shasha Li, Yi Liu. Role of immunosuppressive therapy in rheumatic diseases concurrent with COVID-19. *Annals of Rheumatic Diseases*. Vol 79.

C228

Implicaciones del COVID-19 en paciente con anemia hemolítica autoinmune

García-Rodríguez DF, Pulido-Sánchez FJ, Ayala-Martínez A, González-Galván AC, Padilla-Ávila ES

Hospital General de Querétaro

Introducción: Hay pocos casos notificados de anemia hemolítica autoinmunitaria (AHAI) relacionada con COVID-19 como factor causante o desencadenante. En la mayor parte de los casos comunicados, el pronóstico ha sido favorable con buena respuesta a diversos tratamientos.

Objetivos: Describir el caso de una paciente con AHAI y COVID-19.

Material y métodos: Paciente femenino de 38 años, sin toxicomanías ni antecedentes de vacunación reciente; tenía obesidad y AHAI en remisión. El 27/10/2020 sufría odinofagia, mialgias, artralgias, rinorrea y cefalea, y se inició tratamiento con ceftriaxona y dexametasona; el día 03/11/2020 presentó disnea incapacitante, por lo que el 09/11/2020 acudió al Hospital General de Querétaro con TA 99/44 mmHg, FC113x', FR43x', SatO₂ 55% (FiO₂ 21%), recuperación a 90% con FiO₂ 60%; TAC de tórax: 85% de afectación pulmonar, sin datos de trombosis (**Figura 1**). A su ingreso tenía signos de AHAI activa como caída de Hb (2.6 g/dl), hiperbilirrubinemia directa, COOMBS+, anticuerpos antinucleares negativos y anticardiolipina negativos; se inició tratamiento con dexametasona (40 mg diarios por 4 días) y con posterioridad se continuó con el tratamiento regular de neumonía por SARS-CoV-2 con dexametasona (6 mg/día) sin respuesta de la AHAI; el 19/11/2020 registró el nivel más bajo de Hb (8.5 g/dl); el 12/11/2020 tenía PCR positiva para SARS-CoV-2; horas después experimenta deterioro respiratorio y exige tratamiento avanzado de la vía respiratoria; muere el 21/11/2020 (**Tabla 1**).

Resultados: A pesar de los informes de buena evolución en los pacientes con AHAI, el pronóstico se relaciona al parecer más con daño pulmonar y menos con la AHAI.

Conclusiones: A pesar del aumento de la frecuencia de casos de AHAI secundaria a SARS-CoV-2, no se conocen el mejor tratamiento y el pronóstico de los pacientes con esta relación.

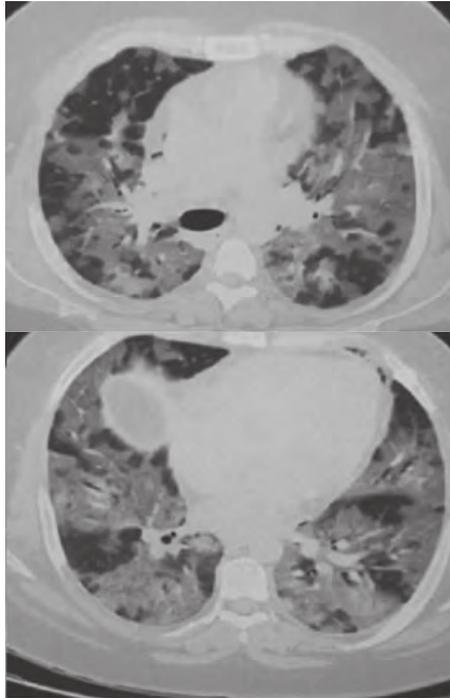
Tabla 1. Resultados bioquímicos de la paciente por día. (C228)

Estudio realizado	09/11/2020	10/11/2020	11/11/2020	12/11/2020	13/11/2020	17/11/2020	18/11/2020	20/11/2020
Hb	13.8	11.2	10.4	12.1	13.2	9.0	8.5	9.7
VCM	100	103.3	106.9	103.5	104.1	104.1	103.6	102.1
HCM	33.6	33.5	34.1	33.3	33.7	33.5	33.7	33.8
CHCM	33.6	32.5	31.9	32.2	32.4	32.1	32.6	33.1
Plaquetas	74 400	57 400	52 000	66 000	74 000	43 200	23.2	22 000
Leucocitos	18.95	8.08	6.25	8.37	11.01	3.04	4.42	6.31
# Linfocitos	1 490	750	630	602	920	510	320	740
# Neutrófilos	16 390	6 980	5 440	7 450	9 740	2 340	3 920	5 120
% Reticulocitos			4.29					
Ferritina	525.3							
Procalcitonina	0.23	0.27			0.07	0.17		0.08
Troponina	109.3	30.2						
Urea	36.6	63.3	92.2	77.9	73.6	71.7		57.6
BUN	17.1	29.7	43.1	36.4	34.4	33.5		26.9
Cr	0.79	0.94	1.0	0.80	0.85	0.53		0.43
BT	7.0		2.68			2.40		
BD	1.53		0.98			1.27		
BI	5.47		1.70			1.13		
AST	36.2	25.1	26.4			17.7		
ALT	61.3		35.4			22.7		
DHL	679.7	489.2				212.9		
Albúmina	3.37		2.83					
PCR	17.3				2.01			4.95
Dímero D	3.15				5.09		4.04	

Bibliografía

1. Lazarian G, Quinquenel A, Bellal M, Siavellis J, Jacquy C, Re D, Merabet F, et al. Autoimmune haemolytic anaemia associated with COVID-19 infection. *Br J Haematol.* 2020;190:29-31. <https://doi.org/10.1111/bjh.16794>.
2. Campos-Cabrera G, Méndez-García E, Mora-Torres M, Campos-Cabrera S, Campos-Cabrera V, García-Rubio G, et al. Autoimmune hemolytic anemia as initial presentation of COVID-19 Infection Blood. 2020;136(Suppl 1):8. doi: <https://doi.org/10.1182/blood-2020-139001>

Figura 1. TAC simple de tórax que muestra ventana pulmonar con afectación bilateral en vidrio despolido.(C228)



C229

Enfermedad reumática y COVID 19. Experiencia de un solo centro

Martínez-Basto D, Ramos-Sánchez MA, Grageda-Portes DO, Mejía-Holguín Y, Becerra-Márquez AM, Ortiz-Treviño L

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La pandemia provocada por la enfermedad del coronavirus 2019 (Covid-19) representa un problema de salud pública. Los pacientes con enfermedad reumática constituyen un reto terapéutico.

Objetivos: Describir el curso clínico de pacientes con enfermedad reumática y COVID-19.

Material y métodos: Se incluyó de forma prospectiva a todos los pacientes hospitalizados y los que acudieron ambulatoriamente a la consulta de reumatología de abril a noviembre del 2020. Se obtuvieron los datos clínicos y demográficos y se hizo seguimiento hasta su egreso. Se compararon las características clínicas, comorbilidades, FARME y desenlace entre los dos grupos. Se empleó SPSS 23.0 para el análisis estadístico.

Resultados: Fueron 39 pacientes, 31 mujeres y 8 hombres; 16 pacientes (grupo 1) se hospitalizaron y 23 (grupo 2) fueron ambulatorios. Las diferencias encontradas entre los grupos 1 y 2 fueron: edad (54 ± 10.87 vs. $46.312.4$ años, $p = 0.048$), número de pacientes con LES (50% vs. 17%, $p = 0.040$), consumo de cloroquina (62% vs. 21%, $p = 0.041$) y sobrevida (84% vs. 100%, $p = 0.002$) para el grupo 1 y 2, respectivamente. El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 8.8 ± 5.2 ; 6 pacientes se intubaron, 4 recibieron plasma hiperinmunitaria y 7 tocilizumab.

Conclusiones: Una mayor edad y el LES se relacionaron con la hospitalización de los pacientes. Se necesitan más estudios prospectivos que ayuden a comprender mejor esta nueva enfermedad.

Bibliografía

1. Adnine A, Soussan I, Nadiri K, Coulibaly S, Berrada K, Najdi A, et al. Patients with rheumatic diseases overlooked during COVID-19 pandemic: How are they doing and how do they behave. *Curr Rheumatol Rev.* 2020 Dec 28. doi: [10.2174/1573397116666201228144318](https://doi.org/10.2174/1573397116666201228144318).
2. Cordtz R, Lindhardsen J, Soussi BG, Vela J, Uhrenholt L, Westermann R, et al. Incidence and severeness of COVID-19 hospitalisation in patients with inflammatory rheumatic disease: a nationwide cohort study from Denmark. *Rheumatology (Oxford).* 2020 Dec 28. doi: [10.1093/rheumatology/keaa897](https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa897).