

XXXIX Congreso Mexicano de Reumatología

Carteles de México

(314)

C-1 / CM001

Prevalencia y caracterización de anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (aPCC) en plasma de donadores sanos mexicanos

García-Hernández JL⁽¹⁾, Hernández N⁽²⁾, Hernández-Ramírez DF⁽³⁾, Olivares-Martínez E⁽⁴⁾, Cabral AR⁽⁵⁾, Núñez-Álvarez CA⁽⁶⁾, Cabiedes J⁽⁷⁾

^(1,3-7) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾ Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria autoinmune de etiología multifactorial, en la que se desconoce con precisión cuáles son los autoantígenos que desencadenan y mantienen la respuesta inmunológica. Se ha descrito la presencia de anticuerpos anti proteínas citrulinadas (aPCs) y FR en el suero de individuos sanos varios años antes de desarrollar AR. Aunado a lo anterior, actualmente no se realiza el análisis de anticuerpos contra autoantígenos en los plasmas de donadores sanos y no existe ninguna restricción en la administración de plasmas con anticuerpos aPCs. Por otro lado, no existen evidencias en la literatura de los efectos de la administración de plasmas con anticuerpos aPCs positivos en los receptores de la transfusión.

Objetivo: Analizar la prevalencia y caracterizar la reactividad de los aPCC en plasma de donadores sanos mexicanos.

Métodos: Se analizaron 315 plasmas obtenidos de donadores sanos del Instituto Nacional de Cardiología a los cuales se les determinó aPCC-II (IgG) mediante ELISA en un equipo automatizado. En las muestras positivas la reactividad se determinó contra vimentina citrulinada modificada (VCM) y FR-IgM mediante ELISA. Los resultados se compararon con muestras de pacientes con AR ($n = 5$) y artritis temprana (AT; $n = 3$) cuyos títulos de aPCC fueron > 500 U/mL.

Resultados: La edad promedio del grupo estudiado fue de 33 años (rango 8-63, 69% hombre y 31% mujer). El punto de corte fue determinado empleando percentil 90 (30.9 U/mL). El valor promedio para aPCC fue de 9.3 ± 20.6 U/mL. Se encontró una prevalencia de 1.27% (4/315) para aPCC (n1: 32.1, n2: 338.2, n3: 153.7 y n4: 52.2 U/mL). El análisis de reactividades mostró que el 25% (3/4) reconocían anti-VCM en comparación con un 100% observado en pacientes con AR y AT; adicionalmente la reactividad de FR fue negativa.

Conclusiones: En este estudio encontramos una prevalencia para aPCC de 1.3%, similar a lo encontrado en otras series. La reactividad aPCs observada en estas muestras es diferente a los aPCC de pacientes con artritis, por lo cual es probable que tengan características inmunológicas diferentes a los anticuerpos presentes en pacientes con AR y AT.

(363)

C-1 / CM002

Remisión de la enfermedad, normalización de la función física y la no progresión radiográfica son adquiridos por la mayoría de los pacientes con artritis reumatoide temprana (ART) tratados con abatacept (ABA) metotrexato (MTX): Resultados a dos años del estudio AGREE

Westhovens R⁽¹⁾, Durez P⁽²⁾, Genant H⁽³⁾, Robles M⁽⁴⁾, Becker JC⁽⁵⁾, Co-vucci A⁽⁶⁾, Bathon J⁽⁷⁾

⁽¹⁾ UZ Gasthuisberg, Leuven, ⁽²⁾ Cliniques Universitaires Saint-Luc, ⁽³⁾ University of California, San Francisco/Synarc, San Francisco, ⁽⁴⁾ Centro Médico Toluca, Metepec, México, ⁽⁵⁻⁶⁾ Bristol-Myers Squibb, Princeton, ⁽⁷⁾ Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, United States

Introducción: Los tratamientos tempranos y más intensivos en pacientes con ART han hecho de la remisión de la enfermedad y la función física normalizada metas alcanzables. La prevención temprana de la progresión radiográfica en la enfermedad es también importante para minimizar el daño en los resultados a largo plazo.

Objetivos: Evaluar los resultados clínicos y radiográficos con ABA MTX por más de dos años en pacientes con con ART no tratada previamente con MTX.

Métodos: El estudio AGREE tuvo un año de doble ciego¹ y un periodo abierto de un año. Los pacientes con ART con factores de mal pronóstico se aleatorizaron a ABA (~10 mg/kg) MTX o placebo MTX para el periodo doble ciego. Todos los pacientes recibieron ABA MTX durante la fase abierta. La eficacia y la seguridad fueron evaluadas para pacientes que recibieron ≥ 1 dosis de ABA en la fase abierta. La remisión definida por un DAS28 < 2.6 y las articulaciones inflamadas/dolorosas (activas) fueron evaluadas para la población en intención de tratar (deserción= no respondedores). La función física normalizada, fue evaluada con el HAQ-DI (puntaje ≤ 0.5) en los pacientes con datos disponibles (tal como se observó). La progresión radiográfica se evaluó usando el puntaje de Sharp modificado por Genant (cambios en el puntaje total [TS]; no progresión = cambio desde la basal en TS ≤ 0 [datos tal como se observaron]).

Resultados: 459 pacientes completaron un año y pasaron al año 2; de estos, 94.3% completaron el año 2. El promedio basal de DAS28 (PCR) fue 6.3; HAQ-DI fue de 1.7 y TS fue de 7.5. La proporción de pacientes en ABA MTX que lograron la remisión se mantuvo (46.1 vs. 55.2% en el año 1 y 2). De estos, la mayoría (63.5%) tuvo 0 articulaciones activas; 11.9, 7.1 y 17.5% tuvieron 1, 2 y ≥ 3 articulaciones activas respectivamente. En el grupo de MTX solo, 26.9% tuvieron remisión al año 1; después del cambio a ABA MTX, 44.5% alcanzaron la remisión al año 2. La tasa de normalización del HAQ-DI fue mantenida por más de dos años para el grupo de ABA MTX, con 49.1 y 54.7% en los años 1 y 2; las tasas para el grupo de MTX solo,

fueron de 35.6% en el año 1 y 47.6% en el año 2 después de agregar ABA. En los pacientes aleatorizados a ABA MTX fue menor la progresión del daño estructural en el año 2 que en el año 1 (TS= 0.65 de la basal al año 1 vs. 0.18 del año 1-2; $p < 0.001$). Para los pacientes en el grupo de MTX sólo, el promedio del cambio en TS fue de 1.48 de la basal al año 1 vs. 0.25 del año 1-2; $p < 0.001$. El promedio de los cambios basales al año 2 fue menor para el grupo original de ABA MTX vs. los que cambiaron al año 1; 0.84 vs. 1.75, $p = 0.001$. La tasa de no progresión por más de dos años fue de 56.8% en el grupo de ABA MTX vs. 43.8% en el grupo de MTX solo; 91.1% de los pacientes aleatorizados a ABA MTX que fueron no progresores en el año 1, permanecieron sin progresión en el año 2. Los eventos adversos fueron semejantes a los reportados en el año 1¹.

Conclusiones: El inicio temprano de la terapia combinada de ABA MTX resulta en mayor sustentabilidad de los beneficios clínicos y radiológicos y la normalización de la función en la mayoría de los pacientes con ART naïve a MTX vs. MTX sólo, lo que respalda el uso de ABA MTX más temprano en la enfermedad.

Referencia:

1. Westhovens R et al. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1870-7

(174)

C-1 / CM003

Validación de la traducción al español de la Cochin Hand Function Scale (CHFS) en pacientes con artritis reumatoide (AR)

Simon JA⁽¹⁾, Pech LD⁽²⁾, Rubio JF⁽³⁾, Chacón J⁽⁴⁾, Rivera J⁽⁵⁾, Pineda F⁽⁶⁾, Angulo A⁽⁷⁾, Alvarez Nemegeyi J⁽⁸⁾

⁽¹⁻⁷⁾ BIOCEM, HRAEPY, ⁽⁸⁾ UMAE Yucatán

Introducción: La AR es una enfermedad sistémica, pero su mayor afección ocurre en las manos. A pesar de esto, la mayor parte de las escalas evalúa la enfermedad en forma global y no se cuenta con instrumentos diseñados para evaluar la discapacidad de las manos. La CFHS es una escala diseñada con este fin pero su versión original fue elaborada en inglés, por lo que resulta pertinente su validación en español.

Objetivo: Validar la versión en español de la escala CHFS en pacientes con AR.

Metodología: El estudio fue realizado en dos fases. La primera consistió en el proceso de traducción la cual fue realizada por dos personas bilingües con lengua materna española y la retro-traducción por dos personas con lengua materna inglesa. La versión final fue aplicada a un grupo piloto de 20 pacientes con AR para evaluar la equivalencia transcultural. La segunda fase consistió en la validación de la escala para lo cual se incluyeron todos los pacientes con AR atendidos en la consulta externa del BIOCEM entre junio y diciembre de 2009. Adicionalmente los pacientes fueron evaluados por un reumatólogo quien determinó el nivel de actividad de la enfermedad mediante la aplicación de una escala visual análoga (EVA) del dolor, EVA de la actividad de la enfermedad por el sujeto y por el médico, Health Assessment Questionnaire (HAQ), conteo de articulaciones dolorosas e inflamadas (DAS-28) y EVA de la actividad global de la enfermedad. Finalmente se tomó una muestra de sangre periférica para determinar los niveles de proteína C reactiva (PCR), PCR-ultrasensible (us) y la eritrosedimentación (VSG). Análisis estadístico: La consistencia interna se estimó con alfa de Cronbach, la validez de convergencia y equivalencia con la rho de Spearman tomando como punto de referencia los valores encontrados en el HAQ, PCR, PCRus y VSG. La validez de grupo o discriminante utilizando una prueba de ANOVA y para esto se estratificó a los pacientes de acuerdo a su nivel de actividad en cuatro grupos. La variabilidad intrasujeto utilizando el coeficiente de correlación intraclase (CCI) del 95%. El valor significativo de p se estableció en $\alpha 0.05$ de dos colas.

Resultados: Incluimos 130 pacientes con AR, 124 mujeres (95%) con una edad media (\pm DE) de 45.4 ± 13.2 años, con un tiempo de evolución de la AR de 6.6 ± 6.0 años. Al momento de la evaluación la mayor parte de los pacientes estaba recibiendo metotrexate (83.8%), esteroides (63.8%) y terapia biológica (20.8%). La puntuación final del CHFS fue de 21.9 ± 22.0 puntos. La consistencia interna tuvo un valor de 0.970 y encontramos una alta correlación con otras escalas similares como son el HAQ ($r = 0.884$, $p < 0.0001$) y DAS-28/PCR ($r = 0.532$, $p < 0.0001$). Al comparar los cuatro diferentes grupos de actividad encontramos una diferencia significativa ($p = 0.007$). Finalmente la variabilidad intrasujeto tuvo un CCI95% de 0.876 ($p < 0.0001$).

Conclusiones: La versión en español de la Escala CHFS es útil para evaluar el nivel de discapacidad de las manos de pacientes con AR y lengua materna española.

(338)

C-1 / CM004

Análisis histopatológico de la zona de inoculación en el modelo de rata de artritis por adyuvante, detección de cambios en el citoesqueleto por inmunofluorescencia

Pacheco-Tena C, Ochoa-Albíztegui R, González S, Ríos-Barrera V

Facultad de Medicina UACH

Introducción: El efecto de los adyuvantes sobre las células tisulares no ha sido definido a detalle; posiblemente cambios en las condiciones del entorno de estas células las estimulen y esto juegue un papel relevante para inducir su capacidad de estimular a las células dendríticas locales y montar una respuesta inmune que se traduzca en enfermedad. El citoesqueleto es un marcador de esta activación o "bienestar" celular.

Objetivo: Comparar los cambios inducidos en citoesqueleto (mediante inmunofluorescencia) en el sitio de inóculo posterior a la inyección de adyuvante completo de Freund (ACF) vs. adyuvante incompleto de Freund (AIF) vs. solución salina utilizando el modelo de artritis por adyuvante en rata.

Materiales y métodos: Se utilizaron ratas Wistar machos de seis meses de edad, a las cuales se inyectó 0.3 mL de ACF o AIF o solución salina al 9% en el cojinete de la pata trasera; los animales fueron sacrificados a las 2, 4, 6, 12, 24, 36, 48 horas y una semana después, en grupos de tres (por tiempo de evolución y tipo de inóculo [72 en total]). El cojinete fue diseccionado, fijado en paraformaldehído y sometido a la técnica de la parafina; posteriormente fue analizado mediante inmunofluorescencia en un microscopio Zeiss Axioimager 2 y las imágenes procesadas con Axiovision. Para visualizar las estructuras del citoesqueleto se seleccionaron las siguientes proteínas: actina, microtúbulos (dineína), filamentos intermedios (citoqueratina, vimentina) y estructuras centroméricas (CENP). Los títulos de anticuerpos utilizados en cada reacción fueron determinados en el proceso de estandarización.

Resultados: No se observaron cambios en el grupo inoculado con solución salina en ninguna de las etapas. La actina mostró estructuras fibrilares que dejaban vacío nuclear, e incrementó la intensidad de su expresión en el grupo ACF a partir de 48 horas y se mantuvo una semana después. La dineína mostró los cambios más notables; en el grupo de ACF se apreció a las 48 horas una conformación nodular intensa (dos por célula) probablemente correspondiendo a cinetocóros; estas formaciones se detectaron tanto en queratinocitos como en células del tejido conjuntivo bordeando el sitio del inóculo. La intensidad en la expresión de la dineína también se incrementó significativamente.

La vimentina incrementó la intensidad de la tinción en forma progresiva siendo más intensa en la primera semana; hubo mínima diferencia entre los grupos de inóculo.

Conclusiones: Existen cambios en el citoesqueleto de las células que entran en contacto con ACF y AIF en comparación con el inóculo con solución

salina; los cambios son aún más acentuados en el grupo de ACF en especial con la dineína. Desde la perspectiva del modelo del peligro (Matzinger et al.) esto sugiere que un mecanismo de los adyuvantes potencialmente involucra la agresión química y el estímulo de la célula tisular.

(390) C-1 / CM005

Identificación preliminar de biomarcadores de artritis reumatoide por medio de proteómica

Moreno J⁽¹⁾, Romero-Tecua G⁽²⁾, Pando-Robles R⁽³⁾, Medina-Rodríguez F⁽⁴⁾, Xibille-Friedman D⁽⁵⁾

⁽¹⁻³⁾ Instituto Nacional de Salud Pública, ⁽⁴⁾ CMN Siglo XXI, IMSS, ⁽⁵⁾ Hospital General Dr. José G. Parres

Introducción: La identificación de biomarcadores que permitan conocer distintas fases de un proceso patológico y su pronóstico es fundamental para la utilización de distintas opciones terapéuticas. El principal biomarcador de actividad en artritis reumatoide (AR) es la proteína C reactiva (CRP), mientras que los biomarcadores de pronóstico que incluyen, entre otros, los anticuerpos anti-péptidos citrulinados (CCP) y el epítipo compartido, son poco informativos en relación a pronóstico y opciones terapéuticas.

Objetivo: Identificar nuevos biomarcadores celulares en pacientes con AR por medio de proteómica.

Pacientes y métodos: Pacientes con AR activa e inactiva (ACR) que no recibieran biológicos, citotóxicos (excepto metotrexate) ni dosis altas de esteroides y controles sanos de la misma edad y sexo. Se obtuvieron lisados y extractos proteicos de células mononucleares de sangre periférica (Ficoll-Hypaque); las proteínas se marcaron con fluorocromos para técnica de DIGE (*Differential gel electrophoresis*) y se corrieron en geles bidimensionales. Las imágenes se analizaron en un sistema *Typhoon* y por medio del programa *Decyder* para identificar bandas con expresión diferencial.

Resultados: De más de 1,000 bandas proteicas identificadas en los geles bidimensionales, se encontraron por lo menos 16 con expresión diferencial en AR y en individuos sanos. De éstas, cuatro estaban subexpresadas y 12 sobreexpresadas en los pacientes con AR, comparadas con los individuos sanos. En la actualidad estamos identificando las proteínas correspondientes a cada una de las bandas por medio de espectrometría de masas (MALDI-TOF-TOF).

Conclusiones: Los pacientes con AR tienen un patrón reproducible de los niveles de expresión de proteínas intracelulares en células linfoides, que difieren de las presentes en individuos sanos.

(79) C1-CM006

Factores clínicos y sociodemográficos asociados con el nivel de apego al tratamiento farmacológico en artritis reumatoide

Álvarez Nemegeyi J⁽¹⁾, Lopez Salas S⁽²⁾, Aguilar Erosa J⁽³⁾, Marín Ordoñez J⁽⁴⁾, Ramírez Angulo A⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Unidad de Investigación Médica/Unidad Médica de Alta Especialidad. IMSS. Mérida, Yuc. Mex., ⁽²⁾ UMF # 56 IMSS. Mérida, Yuc. Mex., ⁽³⁾ Escuela de Enfermería IMSS Mérida, Yuc. Mex., ⁽⁴⁻⁵⁾ Servicio de Reumatología HGR # 1 IMSS. Mérida, Yuc. Mex.

Objetivo: Evaluar el nivel de apego al tratamiento farmacológico y su grado de asociación con factores clínicos y sociodemográficos en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en pacientes con AR (ACR 1988) y se evaluó el nivel de apego al tratamiento farmacológico por dos métodos: Porcentaje de concordancia entre lo recibido por el paciente y lo prescrito por el médico y test de Morisky-Green-Levine (TMGL). Finalmente se evaluó el grado de asociación entre el nivel de apego con cada método por separado con factores sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, ingreso mensual familiar, nivel educativo, tipo y función (FASCES III y APGAR familiar) y etapa del ciclo vital familiar (Geyman) y factores clínicos: tiempo de evolución, número de medicamentos recibidos, comorbilidad, HAQ-Di, DAS-28 y uso de terapias complementarias.

Resultados: Participaron 125 pacientes (9 hombres; 116 mujeres) de 47.9 ± 12.1 años de edad y 10.3 ± 8.4 años de evolución. El nivel de adherencia fue aceptable; por el porcentaje de concordancia: 74 ± 27% (límites 0-100) y por la calificación TMGL: 6.7 ± 1.2 (límites 2-10). No hubo correlación entre el nivel de apego calificado por porcentaje de concordancia y TMGL ($r = 0.11$; $p = 0.21$). La comorbilidad (presente 69 ± 27%, ausente 83 ± 23%; $p = 0.004$) y mayor edad ($r = -0.27$; $p = 0.01$) se asociaron a menor adherencia evaluada por porcentaje de concordancia. Estas asociaciones persistieron después de ajuste por regresión lineal múltiple (comorbilidad $p = 0.02$; edad: $p = 0.05$). La adherencia por el TMGL sólo se asoció al número de articulaciones inflamadas ($r = 0.19$; $p = 0.03$).

Conclusiones: El nivel de apego al tratamiento farmacológico en pacientes con AR fue aceptable. La evaluación del nivel de apego mediante porcentaje de concordancia entre lo que recibe y lo que se prescribe es mejor que la evaluación mediante el TMGL. Identificamos que la presencia de comorbilidad y mayor edad afectan negativamente el nivel de apego al tratamiento farmacológico en AR, ofreciendo áreas de intervención potencial para incrementar la adherencia.

(172) C1-CM007

Estudio comparativo del DAS28 modificado en una cohorte de artritis reumatoide temprana

Silva-Luna K, Pérez-Barbosa L, Riega-Torres J, Galarza-Delgado DA, Villarreal-Alarcón MA, Skinner-Taylor CM, Flores-Alvarado DE, Rodríguez-Amado J, Ramos-Sánchez TA, Esquivel-Valerio JA, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario UANL, Mty, N.L.

Introducción: La evaluación de la actividad de la artritis reumatoide (AR) tiene importancia para la toma de decisiones terapéuticas y para establecer el pronóstico de la enfermedad; para ello contamos con instrumentos de medición como el índice de actividad de la enfermedad (DAS28), el índice simplificado de actividad (SDAI) y el índice de actividad clínica de la enfermedad (CDAI). En algunos servicios de salud o de investigación no se cuenta con VSG y/o PCR, lo que limita la inclusión de pacientes a estudios; o valorar de manera global al paciente. Recientemente en la Universidad de Massachusetts (EUA) desarrollaron y validaron un modelo de DAS28 modificado (mDAS28) que no incluía VSG ni PCR para la medición.

Objetivo: Comparar la utilidad del mDAS28 en nuestra cohorte de pacientes con AR temprana para determinar si puede ser aplicado con la misma fiabilidad.

Material y métodos: El estudio se desarrolló en la Cohorte de Artritis Reumatoide Temprana del Hospital Universitario Dr. "José Eleuterio González" con 38 pacientes (35 mujeres y tres hombres) en quienes se analizó y comparó el DAS28 tradicional y mDAS28 a los 3, 6 y 9 meses. Los pacientes tienen un periodo de evolución de la enfermedad menor a un año, con al menos una articulación inflamada y/o dolorosa, reactantes de fase aguda elevados; se realiza seguimiento mensual con valoración clínica y paraclínica.

Resultados: Los pacientes presentaban una edad promedio de 43.32 años (DS=11.63 años); el tiempo de evolución de la patología fue de 8.5 meses

(DS=5.83 meses). La media del DAS28 a los tres meses fue de 4.83 y del mDAS28 4.58; a los seis meses 4.25 y 3.99, y a los nueve meses 3.65 y 3.23 respectivamente. Al comparar ambas evaluaciones en los tiempos establecidos mediante pruebas de hipótesis para medias a un IC 95%, no se encontraron diferencias ($p = >0.05$), como tampoco al comparar los promedios generales de las pruebas (mDAS28= 4.10, DAS28= 4.39, $p = 0.2492$). Se observa además por la misma prueba similar comportamiento en los resultados según tiempo, siendo ambos, el DAS28 y el mDAS28, del tercer mes superior estadísticamente al del noveno mes ($p < 0.05$).

Conclusiones: El mDAS28 es una herramienta que podría ser utilizada para la valoración de la actividad y seguimiento de la AR, cuando no se disponga de VSG o PCR.

(296)

C1-CMoo8

Tiempo entre inicio de síntomas y diagnóstico de artritis reumatoide en la clínica del Hospital Universitario

Velarde-Ochoa MA, Fernández-Pérez MA, Galarza-Delgado DA, Esquivel-Valerio JA, Villarreal-Alarcón MA, Skinner-Taylor CM, Flores-Alvarado DE, Negrete-López R, Silva-Luna K, Galván-Padrón J

Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria que puede causar incapacidad. Estudios previos han estimado que el retraso en el tiempo de diagnóstico en pacientes con AR varía desde un mes a 10 años.

Objetivo: Evaluar el impacto entre tiempo de inicio de síntomas y diagnóstico de AR, así como la relación entre el tipo de médico de primer contacto y el tratamiento otorgado en pacientes con diagnóstico de AR en un hospital universitario.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional, en el cual se incluyeron 117 pacientes con diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios del ACR de 1987, de la clínica de AR del Hospital Universitario José E. González, a los que se les realizó una entrevista personal y vía telefónica, de donde se obtuvieron los siguientes datos: tiempo de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico de AR, número y tipo de personal de salud que intervino con algún esquema terapéutico relacionado a la AR y medicamentos prescritos previos al diagnóstico.

Resultados: De 117 pacientes, 90.6% fueron mujeres, con una edad promedio de 49.11 años y 9.4% fueron hombres con una edad promedio de 43.77 años. La diferencia en años entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 2.22 años (DE \pm 4.89). La edad promedio de diagnóstico de AR fue de 40.84 años (DE \pm 13.12). En el 87.2% de los pacientes, el primer contacto fue un médico general, seguido en un 17.1% por especialistas (médico familiar, médico internista, cirujano general y traumatólogo) y en un 16.2% por subespecialistas (dermatólogo, alergólogo e inmunólogo). El 89.7% recibió tratamiento a base de AINE, el 31.6% esteroides y el 5.1% medicina alternativa.

Conclusiones: Es necesario educar a los médicos de primer contacto para que puedan referir de manera oportuna a pacientes con alta sospecha diagnóstica de AR a un tercer nivel de atención, ya que el diagnóstico y la implementación temprana de tratamiento permiten limitar el daño articular y la incapacidad funcional.

(300)

C1-CMoo9

Opinión y grado de aceptación por reumatólogos y pacientes latinoamericanos de las guías europeas sobre el uso de esteroides en artritis reumatoide

Cardiel M⁽¹⁾, Galarza-Maldonado C⁽²⁾, Massardo L⁽³⁾, Montufar R⁽⁴⁾, Santos Moreno P⁽⁵⁾, Pineda Villaseñor C⁽⁶⁾, Saaib D⁽⁷⁾, Toloza S⁽⁸⁾, García-Carrasco M⁽⁹⁾, Cairoli E⁽¹⁰⁾, Díaz-Coto J⁽¹¹⁾, Acevedo E⁽¹²⁾, Cutolo M⁽¹³⁾

⁽¹⁾ Hospital General Dr. Miguel Silva. Secretaría de Salud de Michoacán, ⁽²⁾ Unera. Cuenca, Ecuador, ⁽³⁾ Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile, ⁽⁴⁾ Instituto Salvadoreño del Seguro Social. San Salvador, El Salvador, ⁽⁵⁾ Hospital Militar Central, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia, ⁽⁶⁾ Instituto Nacional de Rehabilitación. México, DF, ⁽⁷⁾ Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia, ⁽⁸⁾ Hospital San Juan Bautista, Catamaraca, Argentina, ⁽⁹⁾ Universidad Autónoma de Puebla, Puebla, México, ⁽¹⁰⁾ Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, ⁽¹¹⁾ Hospital México. San Jose, Costa Rica, ⁽¹²⁾ Hospital G. Almenara. Lima, Perú, ⁽¹³⁾ Hospital Universitario Genova Italia

Introducción: Los corticosteroides se usan con frecuencia en pacientes con AR. Es importante conocer la opinión de los pacientes y los médicos sobre el uso de este importante tratamiento.

Objetivos: Conocer a) la opinión sobre el uso de corticosteroides descrito por pacientes y reumatólogos, b) los efectos secundarios más comúnmente citados, c) el acuerdo con las recomendaciones de EULAR sobre el uso de glucocorticoides¹ y d) la comparación con un estudio europeo recientemente publicado².

Métodos: El instrumento fue traducido por un reumatólogo bilingüe, experto en el desarrollo de cuestionarios. Contiene datos demográficos, aspectos positivos y negativos, una lista de 37 efectos secundarios, las recomendaciones de EULAR calificadas en una escala de 0 a 10. Los encuestados: reumatólogos de 11 países. Se les pidió que entrevistaran entre 5 y 10 reumatólogos y hasta 30 pacientes con AR que usaran esteroides. La información fue enviada a un centro coordinador. Análisis estadístico: estadística descriptiva.

Resultados: Los resultados de 142 reumatólogos y 349 pacientes con AR se presentan como media/DE. Los reumatólogos tenían 13/9 años de experiencia. La prednisona oral a dosis bajas (<10 mg/día) fue el agente más frecuente (83%). Los pacientes fueron principalmente mujeres (84%), de 50/14 años de edad con un tiempo promedio de uso de esteroides de 65/84 meses. **Aspectos positivos:** Los médicos mencionaron el efecto anti-inflamatorio (34%) y su acción rápida (31%) mientras que los pacientes describieron una mejoría en el dolor y la inflamación (65%). **Aspectos negativos:** Los médicos valoraron los efectos secundarios (76%) y la dificultad para suspenderlos (13%) como los más relevantes y los pacientes describieron el aumento de peso (18%) y la facies de Cushing (9%). **Efectos secundarios:** Se compararon las listas de pacientes y reumatólogos de los 10 efectos secundarios más comúnmente descritos. Sólo un dato estuvo en ambas listas (la ganancia de peso). Los médicos mencionaron la diabetes/intolerancia a la glucosa (18%) y osteoporosis (17%) mientras que los pacientes describieron el aumento de peso (15%), cambios en el estado de ánimo (9%) y pérdida de la audición (7%). **Nivel de acuerdo con las recomendaciones de EULAR:** Los reumatólogos calificaron alto (> 8) la mayoría de las recomendaciones, excepto para el uso de la tarjeta de glucocorticoides (7.8/2.6) y la seguridad en el embarazo (6.8/2.8) y los pacientes calificaron baja la seguridad en el embarazo (5.4/4.4). **Comparación con la encuesta EULAR:** Los datos de los reumatólogos latinoamericanos fueron muy similares a la encuesta europea.

Conclusiones: El uso de corticosteroides en pacientes con AR es muy común en Latinoamérica. Los médicos y los pacientes valoran su eficacia pero comparten inquietudes sobre los efectos secundarios. Se han identificado oportunidades educativas en nuestra región.

Referencias:

1. Hoes JN, Jacobs JW, Boers M. EULAR evidence-based recommendations on the management of systemic glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2007;66:1560-1567.
2. van der Goes MC, Jacobs JW, Boers M. Patients' and rheumatologists' perspectives on glucocorticoids. An exercise to improve the implementation on the management of systemic glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1015-21.

(131)

C1-CMo10

Pulmonary Function Test: Its Correlation with Pulmonary High Resolution Computed Tomography in Patients with Rheumatoid Arthritis

Daza L, Muñiz A, Hernández MA, Murillo B, Cervantes L, De la Madrid A

Instituto Mexicano del Seguro Social

Objetivos: Our objective was to try to evaluate lung involvement and to correlate an easier and cheaper method with the high resolution computed tomography (HRCT) findings in patients with RA.

Métodos: Thirty-six RA patients were selected for HRCT lung scan (12 patients with altered PFT and 24 with normal PFT). The American Thoracic Society (ATS) criteria were followed for the pulmonary test. Clinical and laboratory variables were recorded. A statistical analysis was done by Kaplan Meyer survival curve and ROC curve.

Resultados: When HRCT was evaluated in all patients, only 16 had a normal HRCT and 20 patients showed some radiologic alteration on HRCT such as: pleural thickness, bronchiectasis, interstitial pattern, micronodular pattern, ground-glass opacity, and a reticular pattern. A logistic regression showed that methotrexate use, evolution of the disease (beta 0.018) and FEV1 (beta 0.89) were statistically associated with HRCT lung scan alterations.

A projection of patients free from events (HRCT lung scan altered), was obtained through a Kaplan-Meier analysis, using FEV1 as a predictor over time. The curve showed that in the next 240 months (20 years) nearly 40% of the patients with rheumatoid arthritis will have FEV1 values less than 80% of the normal values predicted for the same age and sex.

Conclusiones: The FEV1 values have demonstrated a good correlation between PFT and HRCT lung scan. Therefore, they provide an accessible tool for tracking early pulmonary alterations. Methotrexate use and time evolution of the disease has been associated with altered FEV1.

(212)

C1-CMo11

Títulos de anticuerpos anti-vimentina citrulinada y anti-péptidos citrulinados cíclicos asociación a parámetros de actividad clínica de la artritis reumatoide

Ponce-Guarneros JM⁽¹⁾, Díaz-Toscano ML⁽²⁾, Rocha-Muñoz AD⁽³⁾, Zavaleta-Muñiz SA⁽⁴⁾, González-Montoya N⁽⁵⁾, Corona-Sánchez EG⁽⁶⁾, Félix-Hernández F⁽⁷⁾, Totsuka-Sutto S⁽⁸⁾, García-Cobián TA⁽⁹⁾, Salazar-Páramo M⁽¹⁰⁾, Cardona-Muñoz EG⁽¹¹⁾, Fuentes-González C⁽¹²⁾, Gámez-Nava JI⁽¹³⁾, Loaiza-Cárdenas CA⁽¹⁴⁾, González-López L⁽¹⁵⁾

^(1,2,14,15) Departamento de Medicina Interna Reumatología, Hospital General Regional #110, ^(3-7,10,12,13) Unidad de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, ^(8,9,11) Unidad de Investigación Cardiovascular, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: La presencia de auto-anticuerpos se asocia a mal pronóstico y a algunas características en artritis reumatoide (AR); de estos auto-anticuerpos el más utilizado en la clínica es el factor reumatoide (FR). Recientemente los anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP), y anti-vimentina citrulinada mutada (anti-VCM) se han relacionado con un mayor grado de destrucción articular. Sin embargo, existe poca información

respecto al papel de estos auto-anticuerpos. Por tanto, resulta interesante evaluar si estos auto-anticuerpos pueden ser biomarcadores de otras características como la actividad de la enfermedad o el deterioro funcional.

Objetivo: Correlacionar los títulos de auto-anticuerpos anti-VCM y anti-CCP, con los puntajes de diversos parámetros de actividad clínica de la AR.

Material y métodos: En un diseño transversal se evaluaron pacientes con diagnóstico de AR (ACR 1987) de la consulta externa de reumatología. Se investigaron características sociodemográficas y clínicas de la enfermedad, se aplicó el DAS-28, se llevó a cabo la evaluación de la rigidez matinal (0-100 mm), la evaluación global del médico de la actividad de la enfermedad (0-100 mm), el deterioro funcional (HAQ-DI), se determinó proteína C-reactiva (PCR), FR, así como títulos de auto-anticuerpos anti-VCM y anti-CCP. Análisis estadístico: Chi-cuadrada para comparación de proporciones entre grupos y t-Student a dos colas para comparación de promedios. Correlación de Spearman para identificar fuerza de asociación entre variables clínicas con los títulos de anti-CCP y anti-VCM.

Resultados: Se evaluaron 57 pacientes de los cuales 50 (88%) correspondieron al sexo femenino; la duración de la AR tenía una mediana de tres años (rango de 1 a 30 años), la frecuencia de positividad para FR fue de 63%, mientras que para anti-CCP fue de 74% y para los anticuerpos anti-VCM fue de 75%. Se observó una correlación significativa de los títulos de anti-VCM con los títulos de anti-CCP (0.86, $p < 0.001$). Los títulos de anti-CCP o anti-VCM no correlacionaron de forma significativa con el DAS-28, la severidad de la enfermedad percibida por el paciente o por el médico, la rigidez articular matinal, la velocidad de sedimentación globular, los títulos de PCR ni el puntaje HAQ-DI.

Conclusiones: En el presente estudio los títulos de anti-CCP y anti-VCM no correlacionaron con variables de actividad de la enfermedad. Futuros estudios son necesarios para evaluar si estos auto-anticuerpos confieren mayor riesgo de otros desenlaces diferentes de la actividad clínica de la AR.

Proyecto financiado por el IMS, Registro: FIS/IMSS/PROT/502.

(271)

C1-CMo12

Pensión por invalidez en trabajadores mexicanos con artritis reumatoide

Vázquez-Villegas ML⁽¹⁾, Morales-Romero J⁽²⁾, Sánchez-Mosco D⁽³⁾, Celis A⁽⁴⁾, Cabrera-Pívaral CE⁽⁵⁾, Gámez-Nava JI⁽⁶⁾, González-López L⁽⁷⁾

^(1,4,5) Doctorado en Ciencias de la Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾ Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, ⁽³⁾ Universidad Autónoma de Guadalajara, ⁽⁶⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽⁷⁾ Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110 del IMSS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) genera altas tasas de discapacidad funcional que repercuten en el desempeño laboral. En México, la ausencia de estudios de cohorte a largo plazo impide una identificación adecuada de la magnitud del problema que ocasiona la pensión por invalidez para el sistema de Salud.

Objetivo: Identificar la tasa de pensión por invalidez y los factores de riesgo para la misma en trabajadores mexicanos con AR.

Material y métodos: En una cohorte retrospectiva se incluyó a pacientes de un hospital de segundo nivel con diagnóstico de AR. Se identificaron a la consulta basal los siguientes factores de riesgo: a) Socio-demográficos: Edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación; b) Clínicos: Duración de la enfermedad al momento de acudir al reumatólogo, impacto en la capacidad funcional según Steinbroker, estadio radiográfico de Steinbroker, tipo de tratamiento instituido en esa consulta, presencia de comorbilidades; c) Laborales: Tipo de trabajo. Variable respuesta: Tasa de pensión por invalidez

(ésta debía ser confirmada independientemente del reumatólogo por un especialista de salud laboral). La identificación de la variable respuesta fue realizada por dos investigadores independientes del reumatólogo tratante. Análisis estadístico: Cálculo de densidad de incidencia de invalidez laboral, análisis de Kaplan-Meier para identificar factores asociados a riesgo (HR), pensión por invalidez en función de tiempo de seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes trabajadores en la cohorte con una edad de 48 ± 9 años; 58 (74%) pacientes fueron mujeres. El tiempo de seguimiento fue 793 años-persona. La incidencia ajustada de pensión por invalidez por tiempo de seguimiento a cinco años fue de 5%, a 10 años de 12.5%, a 15 años de 15%, a 20 años de 16.2% y a 25 años de 18.7%. 56% de los pacientes que no desarrollaron pensión por invalidez tuvieron por lo menos un episodio de incapacidad temporal. Los factores de riesgo para pensión por invalidez fueron los siguientes: Clase funcional grado III-IV (HR 12.1, $p < 0.001$), estadio radiológico grado III-IV (HR 15.4, $p < 0.001$), la presencia de +4 factores de riesgo (HR 3.9, $p = 0.04$).

Conclusión: La tasa de pensión por invalidez en AR en esta cohorte es elevada. La capacidad funcional deteriorada constituye el mayor factor de riesgo para este desenlace. Los pacientes con deterioro funcional deberán ser considerados como población de alto riesgo para pensión; por lo tanto, las modificaciones terapéuticas son necesarias para disminuir esta tasa de pensión por invalidez que afectan considerablemente al sistema de salud.

(249)

C1-CM013

Evaluación de las isoformas de la adiponectina en el plasma de pacientes con artritis reumatoide (AR) temprana

Bustos Rivera-Bahena C⁽¹⁾, Xibille Friedmann D⁽²⁾, Hernández-Góngora S⁽³⁾, Burgos-Vargas R⁽⁴⁾, Montiel-Hernández JL⁽⁵⁾

^(1,5) Facultad de Farmacia, UAEM, ⁽²⁾ Hospital General de Cuernavaca, SSA, ⁽³⁾ Facultad de Medicina, UAEM, ⁽⁴⁾ Serv. Reumatología, Hospital General de México

Introducción: La adiponectina es una hormona secretada por el tejido adiposo que participa en la respuesta inflamatoria. Estudios recientes, incluyendo los de nuestro grupo han sugerido que los niveles altos de esta proteína se asocian con una mayor actividad clínica en pacientes con AR. Por otra parte, estudios *in vitro* han sugerido que sus efectos biológicos y su unión con los receptores son dependientes de la forma molecular de la adiponectina; sin embargo, se desconoce el perfil de isoformas de esta molécula presentes en el plasma de pacientes con AR.

Objetivo: Comparar el perfil de isoformas moleculares de la adiponectina plasmática en donadores sanos y pacientes con AR temprana y evaluar su asociación con la actividad de la enfermedad.

Métodos: Se incluyeron pacientes con AR temprana según los criterios de la ACR, que asistieron al Hospital General de Cuernavaca (2006-9). El tratamiento de los pacientes fue a base de metotrexate 10-20 mg/semana, cloroquina 150 mg/día, prednisona ≤ 10 mg/kg y sin biológicos. Los niveles plasmáticos de adiponectina se determinaron en ensayos de ELISA. Las isoformas de adiponectina se determinaron por ND-PAGE y Western blot con anticuerpo policlonal específico (Acrp30, clone G-17, Santa Cruz Inc.). Se determinaron, asimismo, los títulos de antiCCP, factor reumatoide (nefelometría) y los niveles de IL-17, TNF-alfa y leptina (ELISA). La diferencia entre las medias fue evaluada por t de Student, Wilcoxon y la correlación fue determinada por Pearson.

Resultados: En este estudio se incluyeron 15 pacientes con AR temprana (relación M/H: 13:2), con edad promedio de 47.1 ± 12 años, índice de masa corporal (IMC) 26.6 ± 3.6 kg/m², tiempo desde el inicio de síntomas de 5 ± 3 meses, DAS28 5.1 ± 1.5 y positivos para autoanticuerpos: 80% (aPCC) y 87% (FR). Asimismo, se compararon con grupo control sano (relación M/H: 85:5), con edad promedio de 35.6 ± 8.7 años, IMC 28.7 ± 4.3 kg/m².

Al comparar con donadores, los niveles de leptina y adiponectina fueron significativamente superiores (0.7 ± 0.35 ng/mL, leptina y 172.6 ± 70 ng/mL, adiponectina). Los niveles de TNF- α (1.41 ± 0.6 ng/mL) e IL-17 (84.6 ± 25 pg/mL) fueron igualmente mayores en pacientes. Por el contrario, no se observaron diferencias entre controles y pacientes para resistina e IL-6. Al analizar el plasma de controles sanos se observaron dos bandas inespecíficas mayoritarias para adiponectina, siendo la forma predominante (70%) la de bajo peso molecular (Mr 0.8, 60%). Por el contrario, en el plasma de pacientes se observaron patrones heterogéneos, siendo mayoritarias las formas de bajo peso molecular (40%, 10/15) y de alto peso molecular (30%, 4/15). Al evaluar la relación entre la actividad y las isoformas de adiponectina observamos que la de alto peso molecular se presentó con mayor frecuencia en pacientes con actividad DAS28 superior a 5.0 (7/11), sugiriendo su asociación con el proceso inflamatorio.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que la isoforma de alto peso molecular de la adiponectina constituye un elemento relevante en el perfil inflamatorio y clínico en pacientes con AR de inicio reciente.

(132)

C1-CM014

Pérdida de piezas dentarias y osteoporosis en artritis reumatoide

Almaguer-Carrillo AJ⁽¹⁾, Salazar-Hernández DA⁽²⁾, Salazar-Paramo M⁽³⁾, González-Montoya NG⁽⁴⁾, Rocha-Muñoz AD⁽⁵⁾, De la Cerda-Trujillo LF⁽⁶⁾, Díaz-Rizo CV⁽⁷⁾, Zavaleta-Muñiz SA⁽⁸⁾, Corona-Sánchez EG⁽⁹⁾, González-López L⁽¹⁰⁾, Gamez-Nava JJ⁽¹¹⁾

^(1-2,4-8,11) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽³⁾ División de Investigación Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽⁹⁾ Departamento de Fisiología e Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-esquelético del Centro Universitario, ⁽¹⁰⁾ Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110 del IMSS

Introducción: Dentro de las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide (AR) está la frecuencia elevada de pérdida de piezas dentarias. En pacientes con osteoporosis primaria, se ha propuesto una relación entre la densidad mineral ósea (DMO) periférica y la pérdida de piezas dentarias.

Objetivo: Identificar la asociación entre pérdida de piezas dentarias y osteoporosis en AR.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo. Pacientes con diagnóstico de AR (ACR 1987) de consulta externa de reumatología (hospital de segundo nivel). Sexo femenino, excluyendo sobreposición, diabetes, enfermedad tiroidea o hepática conocida. Se aplicó un cuestionario estructurado, se identificaron características socio-demográficas, se evaluaron escalas de actividad (DAS-28), funcionalidad (HAQ-Di) y escalas análogas visuales para rigidez. Se realizó evaluación dental sistematizada que incluyó valoración de piezas perdidas.

Se valoró densitometría ósea central (columna, cadera) y periférica (radio 33%) mediante DEXA. Para el análisis se establecieron dos grupos: A) AR sin osteoporosis en la DMO y B) AR con osteoporosis. La variable dependiente fue el número de piezas dentarias perdidas.

Análisis estadístico: Comparación entre variables cuantitativas con U de Mann-Whitney. χ^2 para variables cualitativas y correlación de Spearman.

Resultados: Se evaluaron 48 pacientes, 29 (60%) sin osteoporosis y 19 (40%) con osteoporosis. En la comparación entre grupos se observó una diferencia estadística en el número de piezas perdidas (2 vs. 5, $p = 0.05$); otra variable que dio significancia estadística fue la edad (45 vs. 55, $p = 0.001$), sin presentar diferencia con el tiempo de evolución de la enfermedad (7 vs. 10, $p = 0.15$), HAQ-Di (0.60 vs. 0.63, $p = 0.39$), DAS-28 (3.6 vs. 3.5, $p = 0.67$) ni dosis de glucocorticoides (5 vs. 5, $p = 0.30$). Se observó una

correlación significativa entre la pérdida de piezas dentarias con la disminución de DMO (g/cm^2) en radio 33% ($\rho = -0.42, p = 0.001$), no siendo así en cuello medio ($\rho = -0.24, p = 0.10$) ni en columna lumbar ($\rho = -0.19, p = 0.42$).

Conclusión: La pérdida de piezas dentarias tiene una mayor frecuencia en AR con osteoporosis. Esta pérdida puede llevar a enfermedad periodontal, extrusión de piezas antagonistas y necesidad de prótesis dentarias, por lo que el cuidado en la salud oral de estos pacientes resulta importante tanto para prevenir la pérdida de piezas dentarias como para evitar futuras complicaciones.

(112)

C1-CM015**Frecuencias de los polimorfismos C3435T y C1236T del gen MDR1 en pacientes con artritis reumatoide y población general**

Chávez González EL⁽¹⁾, Mena JP⁽²⁾, Dávalos IP⁽³⁾, González-López L⁽⁴⁾, Gámez-Nava JI⁽⁵⁾, Zavala-Cerna MG⁽⁶⁾, González NG⁽⁷⁾, Vazquez del Mercado M⁽⁸⁾, Salazar-Paramo M⁽⁹⁾

^(1-3,6-7) CIBO, IMSS/ Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾ HGZ 110, IMSS, ⁽⁵⁾ UMAE, UIMEC, HE CMNO, IMSS, ⁽⁶⁾ Instituto de Enfermedades Reumáticas y Músculo-esqueléticas, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽⁹⁾ UMAE, UIMEC, HE CMNO, IMSS/ Universidad de Guadalajara

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad que involucra factores inmunológicos, genéticos y ambientales. La glicoproteína P (gp-P) producto del gen *MDR1*, es un transportador que actúa como bomba de excreción de xenobióticos. Estudios previos reportan que los polimorfismos (SNP) en los exones 26 (C3435T) y 12 (C1236T) afectan la expresión y actividad de la gp-P y por tanto, la respuesta farmacológica, así como el desarrollo y la susceptibilidad a la enfermedad.

Objetivo: Determinar las frecuencias genotípicas (FG) y alélicas (FA) de los polimorfismos C3435T y C1236T del gen *MDR1* en pacientes con AR y población general.

Material y métodos: Se incluyeron 60 pacientes con AR (ACR 1987) y 60 individuos de población general. El análisis molecular se realizó mediante la técnica de PCR-RFLP's, seguida de electroforesis en geles de poliacrilamida y tinción con nitrato de plata. Las FG y FA fueron determinadas por conteo directo y la comparación de las mismas entre los grupos por χ^2 .

Resultados: En población general el polimorfismo C3435T mostró equilibrio de Hardy-Weinberg, no así el C1236T. El cuadro muestra las FG y FA encontradas.

	Polimorfismo	Frecuencias genotípicas n (%)			Frecuencias alélicas n (%)	
		CC	CT	TT	C	T
Pacientes n = 60	C3435T	17 (28.3)	29 (48.4)	14 (23.3)	63 (52.5)	57 (47.5)
	C1236T	13 (21.7)	30 (50)	17 (28.3)	56 (46.7)	64 (53.3)
Población general n = 60	C3435T	12 (20)	31 (51.6)	17 (28.4)	55 (45.8)	65 (54.2)
	C1236T	7 (11.7)	38 (63.3)	15 (25)	52 (43.3)	68 (56.7)

Conclusiones: La comparación entre la FA y las FG de ambos polimorfismos en las poblaciones estudiadas no mostró diferencia significativa ($p > 0.05$). Estudios posteriores serán encaminados a la asociación de estos polimorfismos y la respuesta al tratamiento en pacientes con AR.

(135)

C1-CM016**Factores asociados a la pérdida severa de piezas dentarias en artritis reumatoide**

Salazar-Hernández DA⁽¹⁾, Almaguer-Carrillo AJ⁽²⁾, González-Montoya NG⁽³⁾, Rocha-Muñoz AD⁽⁴⁾, Sánchez-Hernández JD⁽⁵⁾, Felix-Hernández F⁽⁶⁾, González-López L⁽⁷⁾, Gámez-Nava JI⁽⁸⁾, Salazar-Paramo M⁽⁹⁾

^(1-6,8) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽⁷⁾ Departamento de Medicina Interna/Reumatología, HGZ 110 del IMSS, ⁽⁹⁾ Jefatura de la División de Investigación y Educación en Salud. Unidad Médica de Alta Especialidad

Introducción: Las piezas dentarias participan de manera importante en la salud oral y la calidad de vida; sin embargo, su pérdida puede llevar a problemas orales y repercutir en el estado general de salud. Pocos estudios han sistematizado la evaluación de los factores asociados a la pérdida dentaria en artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Evaluar los factores asociados con la pérdida severa de piezas dentarias en AR.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo. Se evaluaron pacientes con AR (ACR 1987) de consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel. Género femenino excluyéndose sobrepeso, diabetes y embarazo. Grupo AR con pérdida dentaria leve (≤ 4 piezas) y grupo AR con pérdida moderada a severa (≥ 5 piezas). Se aplicó cuestionario estructurado incluyendo escalas de actividad (DAS-28), funcionalidad (HAQ-DI) y rigidez matinal (EVA). Evaluación dental sistematizada por medio del índice CPO (cariados, perdidos y obturados) para afección dentaria que incluyó una valoración de pérdidas. Se consideró como afección leve la pérdida de 1-4 piezas, moderada de 5-9 y severa de 10 o más.

Análisis estadístico: Las comparaciones entre grupos de variables cuantitativas se realizaron con U de Mann-Whitney. χ^2 para variables cualitativas. Tomando una significancia estadística con una $p \leq 0.05$.

Resultados: Se evaluaron 45 pacientes; mediana de edad 49 (24-73) años y tiempo de evolución de la enfermedad de 8 (1-26) años. 82.2% tenían tratamiento con glucocorticoides, de los cuales el 76.2% usaban dosis ≤ 5 mg de prednisona.

De los pacientes evaluados se observó que el 33.3% presentaba pérdida de 1-4 piezas, 31.1% de pacientes pérdida de 5-9 piezas dentarias y 20% pérdida ≥ 10 piezas. En la comparación entre los grupos encontramos una diferencia estadística en pacientes con pérdida severa en edad (52 vs. 44, $p = 0.02$), tiempo de evolución (11 vs. 6, $p = 0.01$), índice CPO (5.5 vs. 3.9, $p = 0.006$) y rigidez matinal expresada en mm (62 vs. 25, $p = 0.02$). No se observaron diferencias estadísticas entre los pacientes con pérdida severa además de los otros con los puntajes de los índices DAS-28 (3.73 vs. 3.4, $p = 0.95$), HAQ-DI (0.5 vs. 0.6, $p = 0.49$) ni con la dosis de prednisona en mg (5 vs. 5, $p = 0.46$).

Conclusión: Se evidenció una mayor pérdida de piezas dentarias en pacientes que tenían mayor tiempo de evolución de la enfermedad, observando mayor afección dentaria por el índice CPO. Esta pérdida puede llevar al desarrollo de enfermedad periodontal, extrusión de piezas antagonistas, necesidad de prótesis dentaria y disfunción temporomandibular, lo cual puede repercutir en la calidad de vida y funcionalidad de la cavidad oral por lo que es necesaria una evaluación sistematizada en el contexto del cuidado clínico del paciente.

(164)

C1-CM017

Progresión de artritis indiferenciada a artritis reumatoide. Estudio de una cohorte de base comunitaria

Pérez-Barbosa L⁽¹⁾, Riega-Torres J⁽²⁾, Rodríguez-Amado J⁽³⁾, Peláez-Ballellas I⁽⁴⁾, Lazarin-Valles D⁽⁵⁾, Pecina-Martínez RE⁽⁶⁾, Negrete Lopez R⁽⁷⁾, Galarza-Delgado DA⁽⁸⁾, Esquivel-Valerio JA⁽⁹⁾, Skinner-Taylor CM⁽¹⁰⁾, Flores-Alvarado DE⁽¹¹⁾, Villarreal-Alarcón MA⁽¹²⁾, Ramos-Sánchez TA⁽¹³⁾, Vega-Morales D⁽¹⁴⁾, Garza-Elizondo MA⁽¹⁵⁾

^(1-3,5-15) Universitario Dr. José Eleuterio González U.A.N.L. Monterrey, N.L., ⁽⁴⁾ Hospital General de México

Introducción: La mayoría de los pacientes con artritis reumatoide (AR) se presentan a su inicio como una artritis indiferenciada (AI). La AI puede evolucionar a AR o a otra enfermedad articular inflamatoria bien definida, resolverse espontáneamente o persistir indiferenciada. La proporción de pacientes con AI que evolucionan a AR al año de seguimiento varía de 6 a 55%; esta diferencia se explica por los diversos criterios de inclusión y definiciones utilizadas en cada cohorte.

Objetivo: Estimar la proporción de pacientes con AI identificados en la comunidad que progresaron a AR después de dos años de seguimiento.

Pacientes y métodos: Estudio de cohorte de base comunitaria, realizado de agosto de 2008 a agosto de 2010 en todo el estado de Nuevo León. Se identificaron sujetos con dolor musculoesquelético en los últimos siete días y/o alguna vez en su vida mediante la metodología COPCORD; posterior a la revisión del reumatólogo se identificaron los sujetos que cumplían la definición para AI (al menos una articulación inflamada en ausencia de criterios para una enfermedad definida); a estos pacientes se les realizó historia clínica, se interrogó sobre antecedentes familiares de autoinmunidad, tiempo de evolución y localización de dolor, escala visual análoga (EVA) del dolor, duración e intensidad de la rigidez matutina (RM), conteo de articulaciones inflamadas y dolorosas, velocidad de sedimentación globular (VSG), factor reumatoide (FR), proteína C reactiva (PCR), anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (anti-PCC) y radiografías de manos. A todos se les invitó a participar en el seguimiento. Se realizaron al menos dos evaluaciones y se hizo un corte a los dos años para su análisis.

Resultados: De 4713 sujetos encuestados en el estudio regional, 1278 (27.1%; IC95% 25.8-28.4) manifestaron haber tenido dolor musculoesquelético en los últimos siete días. Fueron identificados con AI 116 sujetos (2.4%; IC95% 2.0-2.9), de los cuales sólo 58 (50%) fueron valorados por lo menos en dos ocasiones e incluidos en la cohorte: 98% mujeres, promedio de edad de 51 (DE 24) años (rango 26-75). Dos años de seguimiento 16 pacientes (27.6%) progresaron a AR. El 100% refirió RM. El promedio de articulaciones dolorosas e inflamadas fue de 19 (5-55) y 6.5 (1-22) respectivamente; solamente dos (12.5%) tenían anti-PCC positivos y uno (6.25%) FR positivo. El 25% presentó elevación de los reactantes de fase aguda (VSG o PCR). Del resto de los pacientes, 32 (55%) persisten como AI. En nueve pacientes (15.5%) se estableció otro diagnóstico: en seis (10.3%) OA, en uno (3.4%) fibromialgia y en dos (3.4%) otras artritis.

Conclusiones: Después de dos años de seguimiento, 16 (27.6%) de los pacientes con AI incluidos en esta cohorte cumplieron criterios para AR.

(360)

C1-CM018

Abatacept subcutáneo es bien tolerado, eficacia clínica demostrada y está asociado con baja inmunogenicidad después de su retiro y re-introducción: Estudio en fase III en pacientes con artritis reumatoide que responden a abatacept

Kaine J⁽¹⁾, Gladstein G⁽²⁾, Strusberg I⁽³⁾, Robles-San Roman M⁽⁴⁾, Louw I⁽⁵⁾, Pappu R⁽⁶⁾, Delaet I⁽⁷⁾, Pans M⁽⁸⁾, Ludivico C⁽⁹⁾

⁽¹⁾ Sarasota Arthritis Center, ⁽²⁾ England Research Associates, ⁽³⁾ Instituto Reumatológico, Strusberg, Córdoba, Argentina, ⁽⁴⁻⁸⁾ Bristol Myers Squibb, ⁽⁹⁾ East Penn Rheumatology Associates

Introducción y objetivos: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) pueden interrumpir temporalmente su tratamiento con biológicos con reducción de las concentraciones del fármaco e inmunogenicidad y posibilidad de impactar en la seguridad y eficacia, particularmente durante la re-administración. Examinamos el impacto del retiro y la re-introducción de abatacept subcutáneo (SC) en la seguridad, la inmunogenicidad y la eficacia en pacientes con AR que están recibiendo metotrexato (MTX).

Métodos: Pacientes con AR de leve a moderada (tratados con MTX por ≥ 3 meses) se ingresaron en este estudio aleatorizado, doble ciego, fase III. Durante un periodo de 12 semanas, de fase abierta (I), los pacientes recibieron semanalmente abatacept SC 125 mg. En el día 1, los pacientes también recibieron una dosis IV (~10 mg/kg acorde al rango de peso). Los respondedores del periodo I (reducción de DAS28 [PCR] de la basal de ≥ 0.6) fueron aleatorizados (1:2) en el periodo II para continuar con abatacept SC (Grupo 1) o para recibir placebo (Grupo 2) por 12 semanas. El periodo III consistió en una fase abierta de 12 semanas, en la que participaron el Grupo 1 (pacientes que continuaron abatacept SC) y el Grupo 2 (pacientes que reiniciaron abatacept SC con o sin dosis IV de carga, Grupos 2a y 2b, respectivamente). Los pacientes que recibieron más de una dosis de abatacept fueron monitoreados por seguridad. La inmunogenicidad (pacientes con anticuerpos anti-abatacept detectados por ELISA) y los datos de actividad de la enfermedad (DAS28) son presentados para pacientes que entraron al periodo II (tal como se observó).

Resultados: 167 pacientes entraron al periodo I, 10 (6%) discontinuaron, 37 (22%) fueron no respondedores y 120 (72%) entraron en el periodo II (Grupo 1 $n = 40$, Grupo 2 $n = 80$), 40 del Grupo 1 y 79 del Grupo 2 entraron al periodo III, de los cuales 40 y 77 terminaron el periodo III. En la basal, la población del periodo II tenía un promedio de duración de la enfermedad de 6.6 años (DE ± 6.5), el DAS28 fue de 4.8 (DE ± 0.8). Los eventos adversos serios fueron infrecuentes durante los periodos I-III ($< 2.5\%$ de pacientes en todos los grupos) sin cambio de la tendencia en el tiempo. Las reacciones en los sitios locales de inyección fueron reportadas en dos pacientes en el periodo I. Una infección seria (celulitis, considerada no relacionada) fue reportada en el periodo I. No se informaron trastornos autoinmunes o neoplasias. La inmunogenicidad fue baja en todo el estudio y comparable entre los grupos 2a y 2b; 0/38 y 7/73 pacientes en los grupos 1 y 2 respectivamente fueron seropositivos al final del periodo II ($p = 0.119$). Al concluir el periodo III, la seropositividad fue observada en 1/38 y 2/73 de los pacientes de los grupos 1 y 2. Al final del periodo III, las reducciones de la basal en el DAS28 fueron comparables en ambos grupos.

Conclusiones: La interrupción durante tres meses y la subsecuente re-introducción de abatacept SC es bien tolerada y no impacta negativamente la eficacia y la seguridad. Además, la inmunogenicidad fue consistente con la experiencia IV y no fue significativamente afectada por este esquema de suspensión-inicio, una importante consideración para el uso clínico de abatacept subcutáneo.

(127)

C1-CM019

Prevalencia de anomalías acústicas de la voz en pacientes con artritis reumatoide

Reyes-Colorado R, Rodríguez-Becerra R, Pena-Ayala A, Lozano-Hernández M, Hernández X, Espinosa R

Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: En estudios clínicos y post-mortem, se ha descrito una alta prevalencia de afección de la articulación cricoaritenoides en pacientes con artritis reumatoide (AR); en consecuencia, la disfonía y la ronquera se presentan como síntomas frecuentes. A pesar de esto, la prevalencia de los trastornos de la voz no ha sido completamente estudiada y no existen reportes previos que evalúen las alteraciones acústicas de la voz en este grupo de pacientes.

Objetivo: Determinar la prevalencia y severidad de las alteraciones acústicas y morfológicas de la voz en pacientes con AR.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional, de casos y controles. Todos los pacientes cumplían los criterios diagnósticos para AR del Colegio Americano de Reumatología. Los controles fueron pacientes sanos pareados por edad y sexo. Criterios de exclusión: Antecedente de accidente vascular cerebral, trastornos del movimiento y cirugía laringea previa. Se realizó nasendoscopia para evaluar alteraciones morfoestructurales del aparato de la voz. Se aplicó el índice de incapacidad vocal (VHI) para evaluar las sensaciones subjetivas de los pacientes con respecto a la emisión de la voz. Las características acústicas fueron estimadas utilizando el programa lingWAVES, que consiste en la emisión de fonemas vocales y la evaluación de las frecuencias fundamentales (Fo), calculando Jitter y Shimmer para las características físicas de la voz.

Resultados: Se estudiaron un total de 70 casos y 69 controles, 85.5% de género femenino y 14.5% masculino. La media de edad fue de 51.5 años (casos) y 49.5 años (controles). La duración media de la enfermedad fue de 7.43 años. El 25% de los pacientes tenía antecedente de tabaquismo vs. el 32% de los controles ($p = 0.7$). El 35.7% de los pacientes con AR tenía la percepción subjetiva de una alteración en la voz, en comparación con el 11.6% de los controles ($p = 0.001$). Se documentó disfonía en un 31% de los pacientes vs. 0% de los controles (0.001). Al aplicar el índice de discapacidad de la voz se documentaron alteraciones en el 18.54% de los pacientes vs. 4.4% de los controles ($p = 0.008$). Morfológicamente los pacientes con AR presentaron un mayor número de anomalías: Asimetría faríngea (8.6% vs. 0%), edema epiglótico (34.3% vs. 5.8%), edema de aritenoides (94.2% vs. 24.3%), movilidad asimétrica de aritenoides (50% vs. 18.4%), deformidad de aritenoides (25.7% vs. 0%), hipertrofia de las falsas cuerdas vocales (85.7% vs. 55%), edema de cuerdas vocales (CV) (11.4% vs. 0%) y asimetría al movimiento de CV (31.4% vs. 4.4%); para todos los casos, la diferencia estadística fue significativa ($p = 0.01$). Al realizar el test de Shimmer para evaluar las alteraciones en la intensidad de la voz, se encontró afección en todas las vocales en los pacientes con AR (100%) en comparación con 71% de los controles. No se encontraron alteraciones en la frecuencia de la voz mediante el test de Jitter.

Conclusiones: Los pacientes con AR presentan alteraciones subjetivas, morfoestructurales y acústicas en la emisión de la voz, por lo que resulta fundamental su detección temprana y manejo oportuno.

(205)

C1-CM020

¿Pueden los anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos predecir diferencias en la respuesta clínica a FARMES en pacientes con artritis reumatoide?

Díaz-Toscano ML⁽¹⁾, Ponce-Guarneros JM⁽²⁾, Cardona-Muñoz EG⁽³⁾, Rocha-Muñoz AD⁽⁴⁾, Nava-Zavala A⁽⁵⁾, Salazar-Páramo M⁽⁶⁾, Zavaleta-Muñoz SA⁽⁷⁾, Sánchez-Corona EG⁽⁸⁾, Castro-Contreras U⁽⁹⁾, Rodríguez-Jiménez NA⁽¹⁰⁾, Loaiza-Cárdenas CA⁽¹¹⁾, Gámez-Nava JI⁽¹²⁾, González-López L⁽¹³⁾

(1-2,9,11,13) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110 del IMSS, Guadalajara, (3) Unidad de Investigación Cardiovascular, CUCS, Universidad de Guadalajara, (4,5,10,12) Unidad de Investigación en

Epidemiología Clínica, HE CMNO, IMSS, Guadalajara, (6) División de Investigación Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, (7) Doctorado en Ciencias biomédicas con orientación en Inmunología, Universidad de Guadalajara, (8) Departamento de Fisiología e Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-esquelético del CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: Los FARMES constituyen la primera línea de tratamiento en artritis reumatoide (AR); de éstos el más prescrito es el metotrexate, con una falla terapéutica del 30 al 50% y la leflunomida con una tasa de falla similar. Los auto-anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP) tienen asociación con la progresión de la AR. Sin embargo, existen resultados controversiales en cuanto a si estos auto-anticuerpos son predictores de respuesta terapéutica.

Objetivo: Evaluar si la presencia de anti-CCP es un marcador útil para predecir diferencias en la respuesta clínica a metotrexate y leflunomida en AR.

Material y métodos: Cohorte prospectiva. Se identificaron pacientes con AR a los que se les inició metotrexate o leflunomida, se les realizó a la basal un cuestionario de variables clínicas de la enfermedad (DAS-28, HAQ-DI), así como escalas análogas visuales de percepción de severidad de la enfermedad, VSG y PCR. Se realizó la determinación de anti-CCP por técnica de ELISA y se estableció un punto de corte para títulos altos <100 U/ml a 5 U/ml y negativos <5 U/ml. Los pacientes con títulos bajos o negativos fueron considerados en un sólo grupo. Para evaluar respuesta terapéutica, se realizó un seguimiento a tres meses para identificar modificaciones en el DAS-28 en base a los criterios de respuesta del EULAR. Se evaluó la actividad de la enfermedad en respuesta al tratamiento tomando como puntos de corte: Buena mejoría: disminución > 1.2 puntos, Moderada: disminución > 0.6 y ≤ 1.2 y Nula: disminución < 0.6 puntos en el DAS-28 con relación al basal.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes de los cuales 32 (86.5%) correspondían al género femenino. Se establecieron dos grupos a partir de la titulación de los anti-CCP. De los 37 pacientes evaluados, 22 (59.5%) presentaron títulos bajos o negativos y 15 (40.5%) títulos elevados de anti-CCP. A la evaluación basal, 14 de los 15 pacientes con títulos elevados (93.3%) tenían actividad elevada y uno (6.7%) moderada. Mientras que de los 22 pacientes con títulos bajos o negativos, 16 (72.7%) tenían actividad elevada y seis (27.3%) moderada, de acuerdo al DAS-28. Para evaluar la respuesta terapéutica a los tres meses, observamos que 11 de los 22 pacientes con títulos bajos de anti-CCP (50%) tuvieron buena mejoría, tres (13.6%) moderada y ocho (36.4%) nula. Mientras que 8 de los 15 pacientes que tuvieron títulos elevados (53.3%) tuvieron buena mejoría, tres (20%) moderada y cuatro (26.7%) nula. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la respuesta terapéutica al comparar los grupos de acuerdo a los títulos de anti-CCP.

Conclusiones: A pesar de la mejoría clínica en el DAS-28, en los pacientes con MTX y leflunomida los títulos de los anticuerpos Anti-CCP no fueron útiles como marcadores para predecir respuesta a corto plazo.

Proyecto financiado por IMSS, registro: FIS/IMSS/PROT/047.

(103)

C1-CM021

Destrucción articular en manos y densidad mineral ósea en artritis reumatoide

Zavaleta-Muñoz SA⁽¹⁾, González-Montoya NG⁽²⁾, Rodríguez-Jiménez NA⁽³⁾, Rocha-Muñoz AD⁽⁴⁾, De la Cerda-Trujillo LF⁽⁵⁾, Nava A⁽⁶⁾, Salazar-Páramo M⁽⁷⁾, Corona-Sánchez EG⁽⁸⁾, Vazquez-Del Mercado M⁽⁹⁾, Martín-Márquez BT⁽¹⁰⁾, Muñoz-Valle JF⁽¹¹⁾, González-López L⁽¹²⁾, Gámez-Nava JI⁽¹³⁾

⁽¹⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica de HECMNO. Doctorado Ciencias Biomédicas CUCS U de G, ⁽²⁻⁶⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del HECMNO, ⁽⁷⁾ División de Investigación en Salud. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, ^(8,10) Instituto de Reumatología y Enfermedades Músculo-esqueléticas. CUCS. Universidad de Guadalajara, ⁽⁹⁾ Coordinación de Posgrado. CUCS. Universidad de Guadalajara, ⁽¹¹⁾ Coordinación del Doctorado en Ciencias Biomédicas. CUCS. Universidad de Guadalajara, ⁽¹²⁾ Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110 del IMSS. Posgrado en Salud Pública y Farmacología, ⁽¹³⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del HECMNO. Posgrado en Salud Pública y Farmacología. CUCS. Universidad de Guadalajara

Introducción: Diversos indicadores clínicos han sido utilizados para identificar pacientes con artritis reumatoide (AR) candidatos a ser enviados a densitometría por osteoporosis. Se ha sugerido que la severidad de la destrucción articular es un factor de riesgo para osteoporosis que podría ser usado en la selección de pacientes prioritarios para estudio de densitometría.

Objetivo: Evaluar si la severidad de la destrucción articular radiológica en manos es un indicador sensible para identificar pacientes con osteoporosis en la densitometría ósea.

Material y métodos: Se seleccionaron pacientes de consulta externa de un hospital de segundo nivel de atención con diagnóstico de AR, los cuales fueron evaluados mediante un cuestionario estructurado para identificar características clínicas y sociodemográficas. En clinimetría se evaluaron datos de funcionalidad y actividad de la enfermedad. A todas las pacientes se les realizó una radiografía de manos para valorar mediante Steinbrocker los grados de destrucción articular. Las pacientes fueron enviadas de forma cegada a densitometría ósea central por DEXA independientemente del resultado de la radiografía. Se realizó una evaluación de los valores de utilidad como prueba diagnóstica de la presencia de un grado severo de destrucción articular (grado IV) de Steinbrocker para identificar a pacientes con posible osteoporosis en región de columna, cadera o de alguna de ambas regiones.

Resultados: Todos los pacientes de género femenino, con edad media de 49.7 ± 11.9 años, duración de la enfermedad de 12.4 ± 8.1 años. El puntaje promedio de HAQ-DI fue de 0.74 ± 0.5 y de DAS-28 de 3.83 ± 1.4 . La prevalencia de osteoporosis en columna fue de 12.8% y en cadera de 10.5% mientras que en cualquiera de estos sitios fue de 15.4%. Para osteoporosis en columna, la decisión de enviar pacientes a densitometría en el caso de un Steinbrocker IV mostró una sensibilidad de 80%, especificidad de 47%, un valor predictivo positivo (VPP) de 18.18% y un valor predictivo negativo (VPN) de 94.2%. En cadera, los datos fueron una sensibilidad de 75%, especificidad de 47.06%, VPP de 14.29% y VPN de 94.12%. Mientras que el valor de utilidad de Steinbrocker IV para osteoporosis central en cualquier sitio tuvo una sensibilidad de 83.33%, especificidad de 48.47%, VPP de 22.73% y VPN 94.12%.

Conclusiones: El método de evaluación de destrucción articular mediante la clasificación de Steinbrocker no es un parámetro útil para la toma de decisiones con respecto a cuáles pacientes con AR deberán ser enviados a densitometría central para diagnóstico de osteoporosis. El valor predictivo puede ser incrementado en una población de mayor prevalencia de osteoporosis.

Proyecto financiado por IMSS, registro: FIS/IMSS/PROT/025.

Apoyo FIS/IMSS/PROT/C2007/025.

(244)

C1-CM022

Remisión sostenida en pacientes con artritis reumatoide agresiva. Estudio comparativo con abatacept y pacientes con 3 o más fármacos modificadores de la enfermedad

Sánchez-Arriaga A, Hernández-Núñez, Martínez-Martínez, Santillán-Guerrero EN, Moreno-Valdés R, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La medida de desenlace a alcanzar en la AR es la curación o al menos la remisión, ésta definida como la ausencia mantenida de evidencia clínica y metrológica de actividad de la enfermedad. Adicionalmente puede asociarse a la ausencia de progresión del daño estructural articular y de actividad a través de imagenología con ultrasonido de alta resolución (US) y/o resonancia magnética (RMN); se habla de remisión verdadera (RV) en presencia de remisión clínica sin evidencia de inflamación articular por US o RMN.

Material y métodos: Analizamos a 125 pacientes no seleccionados con AR bajo tratamiento con abatacept y metotrexato o ≥ 3 medicamentos modificadores de la enfermedad (DMARD) con criterios de remisión (ACR EULAR) por lo menos durante un año. A todos los pacientes se les realizó evaluación clínica completa, HAQ, VAS médico, VAS dolor, VAS general del paciente, PCR, VSG. A aquellos con criterios clínicos para remisión por ACR y DAS28-VSG se les realizó US articular acortado (12 articulaciones) para la valoración de proliferación y señal Doppler.

Resultados: El grupo final se conformó con 37 pacientes bajo tratamiento con abatacept (Grupo ABA) y 49 con ≥ 3 DMARD (Grupo B), edad promedio de 55.3 y 50 y media de evolución de AR de 19.32 para el grupo ABA y 5.7 para B ($p > 0.0001$). Aquellos con ABA tuvieron mayor frecuencia de factor reumatoide (81.08% vs. 73.46%, $p = 0.018$), HAQ más alto (0.79 vs. 0.49, $p = 0.48$) y menor VAS global del médico (9.21 vs. 15.65, $p = 0.0264$). Se encontró mayor número de pacientes con remisión clínica y por DAS28-VSG en el grupo ABA (17 vs. 12, OR 2.62, $p = 0.042$). La remisión verdadera alcanzada por el grupo ABA fue de 22% vs. 10% en el grupo B ($p = 0.22$).

Conclusiones: En pacientes con AR agresiva, el porcentaje de remisión clínica y DAS28-VSG se alcanza con mayor frecuencia con abatacept que empleando ≥ 3 DMARD, a pesar de que los pacientes con el biológico tenían mayor tiempo de evolución y seropositividad de FR. Requerimos estudios controlados y con mayor número de pacientes y seguimiento que nos permitan ratificar nuestros hallazgos.

(126)

C1-CM023

Anormalidades laríngeas y de la deglución evaluadas mediante endoscopia de fibra óptica en pacientes con artritis reumatoide

Rodríguez-Becerra R, Reyes-Colorado R, Lozano-Hernández M, Hernández X, Espinosa R, Pena-Ayala A

Instituto Nacional de Rehabilitación

Objetivo: Estimar la prevalencia puntual de trastornos de la deglución y anomalías laríngeas en pacientes con AR y correlacionarla con la actividad y la duración de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, observacional, de casos y controles. Todos los pacientes cumplían los criterios diagnósticos para AR del Colegio Americano de Reumatología. Los controles fueron pacientes sanos pareados por edad y sexo. Criterios de exclusión: Antecedente de accidente vascular cerebral, trastornos del movimiento y cirugía laríngea previa. Clinimetría para AR: HAQ-DI (capacidad funcional), SF-36 (calidad de vida), DAS 28 (actividad de la enfermedad). Se realizó nasendoscopia para evaluar alteraciones estructurales faríngeas y laríngeas. La deglución se evaluó al administrar bolos de diferentes consistencias (líquido, néctar, puré y sólido) en cantidades progresivas de 3 cc hasta 20 cc. Se realizó análisis descriptivo y se utilizó estadística paramétrica y no paramétrica de acuerdo al caso.

Resultados: Se estudiaron en total 70 casos y 69 controles, 85.5% género femenino y 14.5% masculino. La media de edad fue de 51.5 años (casos) y 49.5 años (controles). La duración media de la enfermedad fue de 7.43 años. El 25% de los pacientes tenía antecedente de tabaquismo *vs.* el 32% de los controles ($p = 0.7$). HAQ-DI media 0.69 (DS \pm 0.58), DAS-28 2.5 (DS \pm 1.1). Morfológicamente los pacientes con AR presentaron un mayor número de anomalías: Asimetría faríngea (8.6% *vs.* 0%), edema epiglótico (34.3% *vs.* 5.8%), edema de aritenoides (94.2% *vs.* 24.3%), movilidad asimétrica de aritenoides (50% *vs.* 18.4%), deformidad de aritenoides (25.7% *vs.* 0%), hipertrofia de las falsas cuerdas vocales (85.7% *vs.* 55%), edema de cuerdas vocales (CV) (11.4% *vs.* 0%) y asimetría al movimiento de CV (31.4% *vs.* 4.4%); para todos los casos, la diferencia estadística fue significativa ($p = 0.01$).

Conclusiones: La prevalencia de alteraciones para la deglución es más elevada en los pacientes con AR que en la población sana. Es indispensable la detección temprana de estas alteraciones, ya que en casos graves pueden llegar a ser fatales. La nasendoscopia de fibra óptica resulta un método preciso y seguro para la detección de estas alteraciones.

(255)

C1-CMo24**Prevalencia de enfermedad pulmonar asociada a artritis reumatoide detectada por tomografía de alta resolución de tórax y su asociación con niveles de anticuerpos antipeptido citrulinado cíclico**

Negrete-López R, Skinner-Taylor CM, Esquivel-Valerio JA, Galarza-Delgado DA, Salinas-Chapa M, Muñoz-Campos D, Vega-Morales D, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario José E. González

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica, multifactorial, autoinmune que afecta a las articulaciones diartrodias y al tejido extraarticular y que puede conducir a limitación funcional progresiva. Los pacientes con AR pueden desarrollar manifestaciones extraarticulares (MÉx), las cuales confieren una mayor gravedad y empeoran su pronóstico; de ellas, la afectación pulmonar concede una mortalidad considerable y con frecuencia no se detecta oportunamente en pacientes sin síntomas respiratorios.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de enfermedad pulmonar asociada a artritis reumatoide (EPAR) mediante el empleo de tomografía de alta resolución de tórax (TACAR) en una serie de pacientes portadores de AR con y sin síntomas respiratorios, así como su asociación con niveles de anticuerpos antipeptido citrulinado cíclico (aPCC).

Material y métodos: El diseño fue un estudio descriptivo, transversal y analítico. Se reclutaron 110 pacientes con diagnóstico de AR por criterios de clasificación ACR 1987, mayores de 18 años, con/sin síntomas respiratorios. Los pacientes fueron evaluados clínicamente para establecer nivel de actividad por medio de escala DAS28, HAQ y escalas visuales análogas; se realizó la determinación de anticuerpos aPCC, FR y VSG, así como una TACAR en fases inspiratoria-espírotoria con ventanas para mediastino y parénquima pulmonar. Los datos recabados se sometieron a pruebas estadísticas descriptivas y a comparación de medias y proporciones por medio de prueba t de Student y U de Mann Whitney para variables cuantitativas; se usaron prueba de X^2 y exacta de Fisher para variables cualitativas.

Resultados: Las características demográficas se describen en la **Tabla 1**. Las características clínicas en las **Tablas 2 y 3**. Se detectó la presencia de EPAR en 36 pacientes (33%); los hallazgos más frecuentes fueron nódulos, reticulación, engrosamiento del paquete broncovascular y atrapamiento de aire. En ocho pacientes se logró establecer un diagnóstico tomográfico

de EPI: tres pacientes con neumonía intersticial no específica (NINE), uno con neumonía intersticial usual (NIU) y cuatro con bronquiolitis obliterante (BO), lo que contrasta con lo descrito en la literatura. No se encontró en los análisis univariados ni multivariados asociación de los niveles de aPCC y EPAR.

Conclusiones: No se halló relación entre niveles de aPCC y la presencia de EPAR detectada por TACAR en los análisis multivariados, sin embargo, se observó una tendencia al desarrollo de EPAR en pacientes con AR temprana y niveles de aPCC > 40 U/mL. Los factores de riesgo relacionado a EPAR en la población estudiada fueron la edad y el tiempo de evolución de la enfermedad, como se ha descrito en la literatura.

(264)

C1-CMo25**Remisión verdadera (RV) en artritis reumatoide (AR): Utilidad del ultrasonido (US) de alta resolución**

Hernández-Núñez E, Cuevas-Orta E, Santillán-Guerrero EN, Moreno-Valdés R, Martínez-Martínez MU, Sánchez-Arriaga A, Ávila-Sánchez JA, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: El objetivo terapéutico en AR es la remisión completa (RC), aunque el 52% de quienes logran esta medida de desenlace tienen actividad por imagen (US, IRM).

Pacientes y métodos: Estudio comparativo, transversal en pacientes con AR > 18 años, en RC por DAS28 durante ≥ 1 año, en tratamiento con biológico (B) o ≥ 3 DMARD. Evaluamos características demográficas, exámenes de laboratorio, co-morbilidad y tratamiento, escalas EVA (dolor, evaluación global médico y paciente), clase funcional, HAQ, DAS28-VSG y US de 12 articulaciones con equipo General Electric, Logic 3, con transductor lineal multifrecuencia de 10 MHz, para exploración bilateral de carpos, 2-3 IFP, codos, rodillas y tobillos utilizando escala de grises para proliferación y erosiones, además Doppler poder para señal (actividad). Utilizamos GraphPad InStat para análisis estadístico. Definimos RV a la ausencia detectable de enfermedad por escalas clínicas (ACR y DAS28) y ausencia de actividad por US o IRM.

Resultados: De nuestra cohorte (205 B, 545 > 3 DMARD), incluimos a 125 pacientes consecutivos no seleccionados, 76 con B y 49 con ≥ 3 DMARD, tratados durante ≥ 1 año, casi todos con MTX (95 y 100%), tiempo de evolución mayor en aquellos con biológicos (14.7 *vs.* 5.71, $p < 0.01$) sin otras diferencias demográficas, con inclusión de número de años (4.84 y 3.9) y esteroides basales (70 y 73.5%) o finales (53 y 58%). El 43.42% (33 pacientes) (con abatacept 51.5%) alcanzaron RC por DAS28 y el US ratificó RV en 48% (16 pacientes); tuvieron VSG de 7.78 ± 6.59 , remisión clínica ACR 63.6% (21 pacientes) y HAQ de 0.23 ± 0.37 . Alteraciones US bilaterales simétricas y 92.6% con erosiones frías (carpo 66.6%, codo 54% y MCF2 45.4%). En aquellos con ≥ 3 DMARD obtuvimos RC por DAS28 en 24.48% (12) y de estos RV por US en 33.3% (4 pacientes), con VSG promedio de 11.5 ± 5.91 , remisión clínica según ACR 58.3% (7 pacientes) y HAQ de 0.06 ± 0.06 . En estos, las alteraciones por US con predominio en mano dominante (carpo 91.6%, MCF2 91.6%, codo 75%) y en 75% erosiones frías.

Discusión: Los pacientes en RC con B tuvieron mayor frecuencia de RV (48% *vs.* 33.3%) a pesar de mayor tiempo de evolución y mayor prevalencia de artropatía erosiva. La respuesta fue mayor con abatacept (51.5%). El beneficio de B para alcanzar RV es superior al esquema que combina ≥ 3 DMARD. Requerimos mayor número de pacientes y evaluación longitudinal.

(256)

C1-CMo26

Clínica de artritis temprana en San Luis Potosí

Sánchez-Arriaga A, Santillán-Guerrero EN, Moreno-Valdés R, Cuevas-Orta E, Hernández-Núñez E, Martínez-Martínez MU, Ávila-Sánchez JA, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La artritis reumatoide (AR) desde el inicio de su expresión clínica se presenta con cambios estructurales, los que incrementan con el tiempo. El reconocimiento y tratamiento de la AR temprana suele asociarse con mayor frecuencia a remisión completa; requerimos de biomarcadores y otros parámetros para reconocer la agresividad del padecimiento y otorgar tratamientos adecuados.

Pacientes y métodos: Incluimos pacientes con diagnóstico inicial de artropatía inflamatoria ≤ 12 meses de evolución. Realizamos evaluación completa que incluyó factor reumatoide (FR), anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (a-CCP), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), ultrasonido articular de 12 articulaciones (US), clinimetría (HAQ, evaluación visual análoga [dolor, globales de paciente y médico] y DAS28-VSG), con seguimiento mensual. Decidimos utilizar tres DMARD y esteroides a dosis bajas para quienes tuvieran erosiones basales.

Resultados: Conformamos 48 pacientes en el lapso de seis meses, de los que han continuado en seguimiento 22, con edad promedio de 48.59 años (24-80 años) y tiempo promedio de evolución de cuadro clínico 5.95 meses (72.7% menor a seis meses). En la evaluación inicial con promedios de 13 articulaciones inflamadas y nueve dolorosas y durante el seguimiento tres inflamadas y cinco dolorosas. Los pacientes tuvieron PCR mediana de 0.06 mg/dL y VSG media de 16.06. El 18% presentó FR positivo y ninguno a-CCP. Se encontró mejoría en los parámetros de clinimetría, EVA dolor, EVA global, EVA médico, HAQ y DAS28-VSG basales con respecto a los de seguimiento (27.38, 34.41, 21.5, 0.56 y 4.03, respectivamente *vs.* 21.93, 27.73, 16.93, 0.47, 3.91). No se encontró diferencia en proliferación (48.78% izquierdo *vs.* 51.22% derecho) y señal (49.47% *vs.* 50.53%) comparando el lado izquierdo con el derecho. El 22.72% presentó erosiones al momento del US basal.

Conclusiones: Requerimos incrementar nuestro número de pacientes y tiempo de seguimiento para evaluar las modalidades terapéuticas en particular en aquellos con erosiones basales que nos conduzcan a alcanzar la medida de desenlace que es la curación o al menos remisión completa, además de reconocer desde etapas tempranas la necesidad del empleo de terapia biológica.

(293)

C1-CMo27

Efecto del probiótico LACTOBACILLUS CASEI Shirota en pacientes con artritis reumatoide activa: Estudio piloto

De la Cruz-Castro A⁽¹⁾, Ruiz-Quezada S⁽²⁾, Estrada-Martínez K⁽³⁾, Martínez-Bonilla G⁽⁴⁾, Bernard-Medina A⁽⁵⁾, González-Díaz V⁽⁶⁾, Cerpa-Cruz S⁽⁷⁾, Gutiérrez-Ureña S⁽⁸⁾, Benítez Cabrera A⁽⁹⁾, Castañeda Ureña M⁽¹⁰⁾, López Rodríguez A⁽¹¹⁾, Rodríguez Orozco V⁽¹²⁾, Muñoz-Valle J⁽¹³⁾, Torres-Vitela M⁽¹⁴⁾

^(1-3,14) Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingenierías, U de G, ⁽⁴⁻¹³⁾ Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Los probióticos son alimentos que contienen microorganismos con efectos positivos para la salud, contribuyen al balance de la microbiota intestinal y modulan el sistema inmune. La cepa probiótica *L. casei* Shirota ha mostrado capacidad para reducir la respuesta inflamatoria en ratones con artritis inducida por colágeno.

Objetivo: Evaluar el efecto del probiótico *L. casei* Shirota en pacientes con artritis reumatoide activa.

Pacientes y métodos: Estudio clínico controlado, ciego simple. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con AR moderada y severamente activa (DAS > 3.3), sin otras enfermedades inflamatorias y con tratamiento farmacológico estable; se excluyeron aquellos que tomaron antibióticos o lácteos fermentados. Aleatoriamente los pacientes se dividieron en dos grupos: Uno ingirió placebo y el otro, leche fermentada con una dosis diaria de 4×10^{10} UFC de *L. casei*, durante las primeras seis semanas; después, se suspendió el probiótico por tres semanas (tiempo de lavado para ver permanencia del efecto). Se realizaron cuatro cortes (basal, 3, 6 y 9 semanas) para evaluar HAQ-Di, DAS28, VSG y recuento de enterobacterias y bacterias ácido-lácticas en heces fecales. El análisis estadístico se realizó mediante promedios, desviación estándar y ANOVA, con el programa SPSS v 12.

Resultados: Se incluyeron seis pacientes con probiótico y siete con placebo, con una edad promedio de 50.7 y 47.4 años, respectivamente. El grupo con probiótico presentó un HAQ-Di de 1.3, 1.0, 0.8 y 0.9, una EVA de 7.8, 5.3, 4.8 y 5.7, y una VSG de 42, 40, 37 y 34 a las 0, 3, 6 y 9 semanas, respectivamente; el DAS 28 inicial fue de 6.2 y bajó a 5.9, manteniéndose constante hasta el término. El grupo con placebo presentó un HAQ-Di de 0.8, 1.0, 0.8 y 0.9, una EVA de 6.3, 7.1, 5.4 y 5.7, y una VSG de 47, 51, 50 y 49 a las 0, 3, 6 y 9 semanas, respectivamente; el DAS-28 fue el mismo al inicio y al final (5.6). En el recuento de enterobacterias y bacterias ácido lácticas, así como en los restantes parámetros no se encontraron diferencias significativas. Sólo en el grupo con probiótico el pH de las heces disminuyó de 8.2 a 7 ($p < 0.05$) y el recuento de enterobacterias disminuyó un logaritmo (de 1.1×10^9 a 4.9×10^8).

Conclusiones: Los pacientes que tomaron el probiótico mostraron una tendencia a disminuir los valores de HAQ-Di, EVA y DAS28-VSG, a pesar de que el número de pacientes es pequeño. Se requiere ampliar la muestra y evaluar otros parámetros de inflamación como citocinas proinflamatorias.

(61)

C1-CMo28

Remisión por DAS28 en pacientes con AR en la clínica de reumatología del Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL

Vega-Morales D, Velarde-Ochoa MC, Fernández-Pérez M, Silva-Luna K, Galván-Padrón J, Garza-Elizondo MA, Galarza-Delgado DA, Esquivel-Valerio JA, Villarreal-Alarcón MA, Skinner-Taylor CM, Flores-Alvarado DE

Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL

Introducción: El porcentaje de remisión clínica medida por DAS28 varía según la clínica consultada y el método de medición de la actividad seleccionado.

Objetivo: Reportar el porcentaje de remisión por DAS28 y compararlo con otras cohortes.

Método: Estudio observacional descriptivo y analítico de los pacientes con AR en control en el Hospital Universitario de la UANL.

Resultados: De 323 pacientes se incluyeron 158 (89.9% mujeres); 152 tenían el FR solicitada en su última cita y positivo en el 67.8% a diferentes diluciones. Se obtuvo un 41.8% de pacientes con DAS28 menor a 2.6 y un

55.1% de porcentaje acumulado en estado de baja actividad; 35.4% y 9.5% tuvieron moderada y alta actividad, respectivamente. No se encontraron diferencias estadísticas entre las variables descriptivas y el sexo de los pacientes, ni tampoco entre el DAS28 y los diferentes valores de FR. Excepto para los valores de VSG y DAS28 (U de Mann Whitney, p 0.001 y 0.015 respectivamente). Evaluados de manera categorial el sexo y la categoría del DAS28 no tuvieron diferencias estadísticas (χ^2 , p 0.125). No hubo diferencias en la edad, dosis de metotrexate y tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas al diagnóstico entre las diferentes categorías del DAS28 (Kruskal-Wallis, p 0.35).

Conclusión: El porcentaje de remisión clínica por DAS28 es de 41.8% en los pacientes con AR atendidos en la clínica de reumatología en el Hospital Universitario de la UANL. No se encontró relación o diferencia entre la edad, el sexo, el tiempo al diagnóstico ni la dosis de metotrexate entre las diferentes categorías de DAS28. En comparación con otras cohortes, el porcentaje de remisión tiene algunas similitudes y diferencias. El DAS28 provee la definición más liberal, los más altos índices de remisión y tal vez la más preferida en los ensayos clínicos, pero con esta definición probablemente existan pacientes clasificados como en remisión que aún tengan actividad. Es necesario estandarizar los métodos de evaluación para fines epidemiológicos y en la práctica clínica y académica individualizar en cada caso la evaluación de actividad.

(241)

C1-CM09

Eficacia de rituximab antes de las 12 semanas en pacientes con artritis reumatoide

Rodríguez-Inzunza N, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, progresiva, desencadenada probablemente por diferentes antígenos exógenos o endógenos. El desarrollo de la enfermedad depende de la interacción entre linfocitos T, linfocitos B, macrófagos y células sinoviales. Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico IgG1 dirigido específicamente contra el antígeno de superficie CD 20 de las células B humanas; creado por ingeniería genética, se une a esta molécula e induce lisis por citotoxicidad dependiente de anticuerpos mediada por células, fijación de complemento y apoptosis. Según lo reportado en estudios a nivel mundial se ha confirmado disminución de la actividad de la enfermedad 12 semanas después de la aplicación de rituximab. Sin embargo, en un porcentaje de nuestros pacientes se ha observado mejoría clínica antes de este periodo, aunque este hallazgo hasta la fecha actual no se ha confirmado de manera objetiva.

Objetivo: Evaluar la respuesta a rituximab en pacientes con artritis reumatoide antes de las 12 semanas.

Material y método: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, longitudinal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide activa (DAS 28 > 3.2) sin contraindicación para recibir tratamiento con rituximab, independientemente del tratamiento previo. Se excluyó a los pacientes que no recibieron la dosis completa de rituximab, que perdieron el seguimiento del tratamiento y que no tuvieron completos los datos en su expediente. Se incluyeron 25 pacientes que acudieron a la consulta externa de reumatología de abril a agosto de 2010. Se administró rituximab 1 g los días 1 y 15, con el protocolo de premedicación habitual.

Objetivo: Medición VSG y PCR, cálculo de DAS 28, en la segunda infusión de rituximab a las 2 semanas, 8 semanas y 12 semanas. Se realizó estadística descriptiva, χ^2 para las variables no paramétricas y t de Student para las continuas.

Resultados preliminares: El 26% de los pacientes ha presentado respuesta clínica desde las ocho semanas, con mejoría del DAS28 de una basal con

actividad moderada o severa a remisión (DAS28 < 2.6) en el 16%, buena respuesta en el 8% (mejoría de DAS 28 > 1.2) y respuesta moderada en el 4% (mejoría de DAS 28 de 0.6 a 1.2). Se observó también mejoría en la PCR en el 28% de los pacientes (7 mg/dL basal vs. 2.3 mg/dL a las ocho semanas), así como en la VSG (33 mm/h basal vs. 16 mm/h a las ocho semanas).

Conclusiones: A pesar de que el número de pacientes en este estudio es pequeño, parece que el efecto de rituximab puede iniciar en forma más rápida de lo que clásicamente se reporta en la literatura, pudiendo observarse remisión en algunos pacientes en forma pronta. La magnitud de la respuesta clínica incluso se incrementa para las 12 semanas.

(330)

C1-CM030

Complicaciones más frecuentes por el uso de biológicos en el Hospital General Regional No. 2. IMSS. Hermosillo Sonora, México

Angúlo Martínez E, Leyva Valdez M, Ruvalcaba Priego M

IMSS

En el tratamiento de la artritis reumatoide y de otras condiciones autoinmunes es necesario el empleo de agentes biológicos que modifiquen el curso de la enfermedad; sin embargo, con ello existe un incremento en el riesgo de asociarse con complicaciones importantes que afectan la calidad de vida de los pacientes.

Reportamos las complicaciones más frecuentes relacionadas con la administración de biológicos en nuestro hospital.

Se registraron en total 923 pacientes a los cuales se le ha administrado tratamiento con biológico: Etanercept (225), infliximab (189), adalimumab (304) o rituximab (205) en el periodo comprendido de enero de 2006 a diciembre de 2009.

Los diagnósticos de los pacientes fueron artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica y lupus eritematoso sistémico, entre otros (síndrome de Sjögren, vasculitis primarias, dermatomiositis, arteritis de Takayasu).

Se registraron en total 93 complicaciones relacionadas con la administración de biológico, 61 de las cuales se han considerado graves porque fue necesario hospitalizar al paciente para su control.

A continuación describimos las complicaciones más importantes por el tipo de biológico empleado.

Infliximab (14 pacientes): Neumonías atípicas, neumonía por coccidiodomicosis, absceso pulmonar, infección de vías respiratorias altas, tuberculosis pulmonar y miliar, infección de tejidos blandos, reacción anafiláctica a la infusión.

Etanercept (22 pacientes): Neumonías atípicas, neumonía por coccidiodomicosis, mielopatía desmielinizante subaguda, defunciones (dos) por complicaciones de linfoma (gástrico), tuberculosis pulmonar, infección de vías respiratorias altas, infección de vías urinarias, cáncer de próstata.

Adalimumab (43 pacientes): Neumonías, neumonía por coccidiodomicosis, micetoma, neumonías atípicas, vasculitis secundaria, tuberculosis pulmonar, cutánea, miliar y ganglionar, absceso pulmonar, mielopatía desmielinizante subaguda, infección de vías respiratorias altas, infección de vías urinarias, cardiopatía isquémica aguda, reacción en el sitio de inyección.

Rituximab (12 pacientes): Infección por herpes simple II, infección de vías urinarias, infección de vías respiratorias altas, reacción postinfusión.

Las complicaciones graves más importantes estuvieron relacionadas con la administración conjunta de dosis variables de prednisona o deflazacort en los pacientes que recibían anti TNF- α . Nuestra serie de pacientes es muy similar a lo reportado en la literatura con afectación importante de tuberculosis y coccidiodomicosis (zona endémica).

(80)

C1-CM031

Factores asociados al retiro laboral forzado (incluyendo el trabajo doméstico intrafamiliar no remunerado) en artritis reumatoide

Álvarez-Nemegyei J⁽¹⁾, Colorado-Domínguez F⁽²⁾, Lopez-Salas S⁽³⁾, Aguilar-Erosa J⁽⁴⁾, Ávila-Zapata F⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Unidad de Investigación Médica/Unidad Médica de Alta Especialidad. IMSS. Mérida, Yucatán, M, ⁽²⁾ Residencia de Medicina Familiar. Delegación Yucatán. IMSS. Mérida, Yucatán, México, ⁽³⁾ lopez.saradejesus@gmail.com, ⁽⁴⁾ Escuela de Enfermería. IMSS. Delegación Yucatán. IMSS. Mérida, ⁽⁵⁾ Servicio de Reumatología. HGR#1 IMSS. Mérida, Yucatán, México

Introducción: El retiro laboral forzado es una de las consecuencias socioeconómicas más importantes de la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, a pesar de que la AR afecta principalmente mujeres, hasta el momento ningún estudio ha evaluado las consecuencias de la enfermedad sobre el retiro laboral forzado del trabajo doméstico intrafamiliar no remunerado.

Objetivo: Evaluar la frecuencia y los factores asociados al retiro laboral forzado (incluyendo el trabajo doméstico intrafamiliar no remunerado) en pacientes con AR.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en 183 pacientes (169 mujeres, 48 ± 12.9 años de edad, 9.9 ± 9.0 años de evolución) con AR (ACR 1988) en quienes se evaluaron factores demográficos: Edad, sexo, nivel socioeconómico (ingreso familiar mensual en pesos), nivel educativo (años de educación formal), función familiar (instrumento FACES III) y clínicos: Tiempo de evolución y de referencia a reumatología, factor reumatoide, función física (calificación HAQ) y manifestaciones extraarticulares. Se evaluó el grado de asociación de todos estos factores con la presencia de retiro laboral forzado de las actividades tanto extradomiciliarias remuneradas como de las domésticas intradomiciliarias no remuneradas a consecuencia de la enfermedad.

Resultados: La prevalencia de retiro laboral forzado fue de 55.7% (102 pacientes). Por análisis univariable, un menor nivel socioeconómico y educativo, así como mayor edad, tiempo de evolución y calificación HAQ se asociaron a la presencia de retiro laboral forzado. Después del análisis por regresión logística, el menor nivel socioeconómico ($p = 0.02$; RM: 1.0, IC95% 1.0-1.0) y una mayor calificación HAQ ($p = 0.003$; RM: 0.20, IC95% 0.07-0.59) retuvieron su asociación estadística, mientras que la menor cohesión familiar ($p = 0.04$; RM: 1.1, IC95% 1.1-1.2) emergió como asociada a retiro laboral forzado.

Conclusiones: Al incluir su efecto sobre el trabajo doméstico intrafamiliar no remunerado, la prevalencia de retiro laboral forzado por la AR alcanza una prevalencia de 55.7%. Factores demográficos (nivel socioeconómico), sociales (cohesión familiar) y clínicos (calificación HAQ) se asociaron independientemente a mayor riesgo de retiro laboral forzado por la AR. Estos datos refuerzan la impresión de que la AR tiene mayor impacto en los grupos socialmente vulnerables.

(171)

C1-CM032

Utilidad de la escala Health Assessment Questionnaire (HAQ) modificada, para evaluar la discapacidad de manos en pacientes con artritis reumatoide (AR)

Álvarez-Nemegyei J⁽¹⁾, Pech LD⁽²⁾, Rubio JF⁽³⁾, Chacón J⁽⁴⁾, Rivera J⁽⁵⁾, Pineda F⁽⁶⁾, Angulo A⁽⁷⁾, Simon JA⁽⁸⁾

⁽¹⁾ UMAE Yucatán, ⁽²⁻⁷⁾ BIOCEM, ⁽⁸⁾ BIOCEM, HRAEPEY

Introducción: El sitio de mayor afección en la AR son las manos. Sin embargo, la mayor parte de las escalas evalúan la discapacidad en forma global. La más utilizada es la escala de HAQ. Con el objeto de contar con un nuevo instrumento de evaluación de la discapacidad en manos, decidimos modificar el HAQ incluyendo sólo las variables que evalúan la disfunción en manos.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la escala de HAQ de manos como un marcador de discapacidad funcional en pacientes con AR.

Material y métodos: La escala de HAQ de manos fue aplicada a todos los pacientes con AR atendidos en la consulta externa del BIOCEM entre junio y diciembre de 2009. Adicionalmente fueron evaluados por un reumatólogo quien determinó el nivel de actividad de la enfermedad mediante la aplicación de una escala visual análoga (EVA) del dolor, EVA de la actividad de la enfermedad por el sujeto y por el médico, HAQ, escala de Cochin, conteo de articulaciones dolorosas e inflamadas (DAS-28) y EVA de la actividad global de la enfermedad. Finalmente se tomó una muestra de sangre periférica para determinar los niveles de proteína C reactiva (PCR), PCR-ultrasensible (us) y la eritrosedimentación (VSG). Análisis estadístico: La consistencia interna se estimó con alfa de Cronbach, la validez de convergencia y equivalencia con la rho de Spearman tomando como punto de referencia los valores encontrados en HAQ, Cochin, PCR, PCRus y VSG. El valor significativo de p se estableció en ≥ 0.05 de dos colas.

Resultados: Incluimos a 130 pacientes con AR, 124 mujeres (95%) con una edad media (\pm DE) de 45.4 ± 13.2 años, con un tiempo de evolución de la AR de 6.6 ± 6.0 años. Al momento de la evaluación, la mayor parte de los pacientes estaba recibiendo metotrexate (83.8%), esteroides (63.8%) y terapia biológica (20.8%). La puntuación final del HAQ de manos fue de 1.0 ± 0.8 puntos. La consistencia interna tuvo un valor de 0.888 y encontramos una alta correlación con otras escalas similares como son el HAQ ($r = 0.969$, $p < 0.0001$), Cochin ($r = 0.884$, $p < 0.0001$), así como con variables de actividad de la enfermedad, DAS-28 ($r = 0.633$, $p < 0.0001$), PCR ($r = 0.398$, $p = 0.001$), PCRus ($r = 0.296$, $p = 0.002$), VSG ($r = 0.308$, $p = 0.001$).

Conclusiones: La escala de HAQ de manos puede ser útil como un marcador de discapacidad funcional de las manos en pacientes con AR.

(343)

C1-CM033

Uso de tocilizumab como terapia inicial en pacientes militares activos con artritis reumatoide

Galaviz-Pérez R⁽¹⁾, Muñoz-López S⁽²⁾, Alvarado-Romano V⁽³⁾, Rivas-Jiménez M⁽⁴⁾, Ávalos-Gómez J⁽⁵⁾, Cabrera-Osuna S⁽⁶⁾, Ventura-Enríquez Y⁽⁷⁾

^(1-3,5-7) Hospital General Naval de Alta Especialidad, ⁽⁴⁾ Hospital Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE

Introducción: Tocilizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une al receptor celular de la interleucina 6, la cual juega un papel importante en la respuesta inmune y está implicada en la patogénesis de la artritis reumatoide (AR). En los últimos años, la demostración de que el tratamiento precoz de la AR con fármacos modificadores de la enfermedad ofrece mayores posibilidades de modificar el curso de la AR mejorando así su pronóstico, ha sido uno de los mayores avances terapéuticos. Además, estudios controlados en pacientes con AR de inicio reciente, han demostrado que el tratamiento temprano con terapia biológica ofrece la posibilidad de evitar el desarrollo de lesiones radiográficas o de detener su progresión en un alto porcentaje de pacientes.

Objetivos: Evaluar mediante DAS 28 la evolución de la AR en pacientes militares activos cuyo tratamiento inicial fue tocilizumab (8 mg/kg) mensual.

Material y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, realizado en el Hospital Naval de Alta Especialidad de enero a septiembre de 2010, en el que se incluyó a tres pacientes militares activos con diagnóstico reciente de artritis reumatoide, en quienes se decide iniciar terapia biológica con agentes modificadores de la enfermedad a base de tocilizumab a dosis de 8 mg/kg mensual y metotrexate. Criterios de inclusión: Artritis reumatoide de menos de seis meses de diagnóstico, sin tratamiento modificador de la enfermedad, como único manejo de esteroides y AINE, con escala de DAS 28 mayor de 2.6.

Resultados: Se estudiaron tres pacientes con edad promedio de 28 años. Las características iniciales de estos pacientes se resumen en la **Tabla 1**.

Tabla 1.

Paciente	DAS 28 inicial	No. de articulaciones inflamadas	VSG	Radiografía	Metotrexate	Clase funcional
1	4.67	4	40	Osteopenia erosiones	10 mg	II
2	5	6	28	Osteopenia Edema	12.5 mg	II
3	2.6	4	25	Osteopenia Edema	10 mg	II

Después del inicio de tocilizumab (8 mg/kg mensual) se encontraron los resultados descritos en la **Tabla 2**.

Tabla 2.

Paciente	1ª infusión DAS 28	1ª Infusión VSG Y CF*	3ª Infusión DAS 28	3ª infusión VSG Y CF*	5ª infusión DAS 28	5ª Infusión VSG Y CF*
1	2.6	35/II	1.66	18/I	.96	4/I
2	2.8	18/I	1.1	7/I	.96	4/I
3	2.1	6/I	1.1	6/I	1.1	4/I

*VSG. Velocidad de sedimentación globular

*CF. Clase funcional

Comentario: Tras la infusión de tocilizumab se observó una mejoría significativa en la escala de DAS 28, de afectación severa a forma leve de la enfermedad, con mejoría en cuanto a la clase funcional y actividades militares normales.

(35)

C1-CM031

¿Por cuánto tiempo suspender la terapia biológica en paciente en remisión?

Bañuelos RDD, Sánchez AS

IMSS UMAE, Puebla

Introducción: La terapia biológica ha modificado en forma sustantiva el curso de las enfermedades reumáticas, especialmente de la artritis reumatoide (AR). Los instrumentos de clinimetría como DAS 28 y otros parámetros permiten objetivar criterios para considerar actividad, severidad o remisión de la AR. Sin embargo, una práctica clínica adecuada (tanto a nivel institucional como en la medicina privada) necesita periodos de “descanso” o no utilización de medicamentos biológicos de alto costo a fin de optimizar los recursos de salud e igualmente optimizar los costos.

Objetivo: Estimar tiempo promedio de permanencia de remisión en pacientes que han recibido terapia biológica más tratamiento combinado.

Metodología: De los registros electrónicos de expedientes y el registro de medicamentos de alto costo que incluye medicamentos biológicos, más registro pacientes 1ª vez, altas y subsecuentes, extraímos los correspondientes a pacientes que recibieron terapia biológica por periodos de seis meses, uno y dos años y que fueron dados de alta del medicamento biológico y regresaron a su utilización por reactivación de la enfermedad documentada con DAS 28 y examen clínico. Enfoque en aparición de sintomatología, signos, síntomas, causas probables añadidas, o sólo no aplicación del biológico, tipo de biológico, alteraciones en laboratorios y exploración física.

Resultados: 160 pacientes con AR; 140 con terapia biológica (120 con etanercept, 14 con adalimumab y 6 con infliximab). Reactivación del padecimiento a los 2-3 meses con infliximab, a los 4 meses con adalimumab y a los 6 meses con etanercept. Fatiga, artritis y edema/flogosis manos, más malestar general y VSG, PCR y anemia como alteraciones acompañantes. Reinicio de respuesta mayor con etanercept que con los otros biológicos al reinstalarlos. Grado satisfacción igualmente mayor con etanercept. No analizamos rituximab por temporalidad espaciada de aplicación mayor a los anti-TNF. Infecciones leves y situaciones estresantes se asociaron con recaídas.

Comentarios: El promedio de posibilidad de suspensión de biológicos sin reactivación de la AR parece ser mayor en etanercept ($p = 0.001$). Hasta 20% de pacientes toleran suspensión de biológicos incluso por un año; 10% llegan a más de un año con sólo FARMES y AINE posterior a recibir biológicos.

(137)

C1-CM035

Asociación del polimorfismo -308 de *TNF-α* con osteoporosis secundaria a la artritis reumatoide

Corona-Sánchez EG⁽¹⁾, Huerta M⁽²⁾, Trujillo X⁽³⁾, Muñoz-Valle JF⁽⁴⁾, Vazquez- del Mercado M⁽⁵⁾, De la Cerda-Trujillo LF⁽⁶⁾, Rocha-Muñoz AD⁽⁷⁾, González-Montoya NG⁽⁸⁾, Zavaleta-Muñoz SA⁽⁹⁾, Martín-Márquez BT⁽¹⁰⁾, Zavala-Cerna G⁽¹¹⁾, Salazar-Paramo M⁽¹²⁾, Dávalos I⁽¹³⁾, Nava A⁽¹⁴⁾, Rojo-Contreras EW⁽¹⁵⁾, González-López L⁽¹⁶⁾, Gámez-Nava JI⁽¹⁷⁾

^(1,4,5,10) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-esquelético, CUCS, Universidad de Guadalajara, ^(2,3,15) Centro Universitario de Investigación Biomédica, Universidad de Colima, ^(6,8) Programa de Doctorado en Farmacología, CUCS, Universidad de Guadalajara, ^(7,16) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, ^(9,11) Programa de Doctorado en Ciencias Biomédicas, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽¹²⁾ Jefatura de la División de Investigación y Educación en Salud, UMAE, CMNO, IMSS, ⁽¹³⁾ Centro de Investigación Biomédica de Occidente, IMSS, ^(14,17) Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: La osteoporosis (OP) en artritis reumatoide (AR) es de causa multifactorial. Evidencia de la participación de un factor genético deriva de la observación de que pacientes con similares factores de riesgo clínicos y epidemiológicos pueden tener diferencias en la densidad mineral ósea. El factor de necrosis tumoral alfa (*TNF-α*) es una citocina pro-inflamatoria que participa tanto en la patogénesis de AR como de OP, por lo que es de nuestro interés investigar si existe asociación de polimorfismos de *TNF-α* con OP secundaria a AR.

Objetivo: Evaluar la asociación del polimorfismo -308 de *TNF-α* con la presencia de OP secundaria a AR.

Metodología: Estudio transversal, incluyó 65 pacientes con AR según los criterios del Colegio Americano de Reumatología 1987. A todos los pacientes se les realizó una densitometría ósea central con la técnica DXA y se utilizaron los criterios de la OMS para determinar quienes tenían osteoporosis y quienes no. Los pacientes se dividieron en dos grupos: AR con OP y AR sin OP. Se les identificó el polimorfismo -308 de *TNF-α* utilizando PCR-RFLPs. A partir de ADN genómico se amplificó el fragmento polimórfico y el producto amplificado se digirió con la enzima *NcoI*. Los

fragmentos obtenidos de la digestión fueron identificados en geles de poliacrilamida teñidos con nitrato de plata. Los tres genotipos identificados para ambos polimorfismos fueron GG, GA y AA.

Resultados: De los pacientes con AR, 100% fueron mujeres. La edad promedio fue de 49 ± 12 años, el tiempo de evolución de la enfermedad de 11 ± 7 años, índice de masa corporal de 27 ± 4 , DAS 28 de 3.8 ± 1.3 y HAQ-DI de 0.9 ± 0.6 . En base a los criterios de la OMS, el 17% de las pacientes tenía OP. En el grupo de AR con OP ($n = 13$), el genotipo GG se identificó en una frecuencia de 54%, mientras que la frecuencia del genotipo GA fue de 46% y el genotipo AA no se identificó en ninguna de las pacientes. En el grupo de pacientes con AR sin OP ($n = 52$), la frecuencia del genotipo GG fue de 88%, del genotipo GA 10% y el genotipo AA se presentó con una frecuencia de 2% mostrando una diferencia estadística con la frecuencia genotípica observada en el grupo de AR con OP ($p = 0.01$). La frecuencia alélica también fue diferente en AR con OP (77% para G y 23% para A) comparada con AR sin OP (93% para G y 7% para A), alcanzando significancia estadística ($p = 0.02$, OR = 4.16, IC95% 1.33-5.49).

Conclusiones: El alelo -308A en el gen de *TNF- α* se asocia a la presencia de OP en pacientes con AR. Este estudio aporta un mayor conocimiento de la participación genética en el modelo multifactorial de OP en estos pacientes.

Financiamiento: FIS/IMSS/PROT/C2007/025.

(321)

C1-CM036

Equivalencia de los diferentes Índices de actividad en artritis reumatoide utilizados en pacientes de la consulta externa del Servicio de Reumatología del CMN 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E. en el periodo comprendido de 1 de marzo del 2008 al 1 de marzo del 2009

Pérez Bolde Hernández, A, Irazoque Palazuelos, F

ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, autoinmune, inflamatoria crónica, potencialmente invalidante, por lo que se hace indispensable un control estricto de la enfermedad con el fin de limitar al máximo las posibles secuelas y mejorar en mucho la calidad de vida del paciente; es por eso que se han diseñado múltiples recursos para la medición de la actividad y la severidad de la enfermedad, con el único fin de hacer objetiva la intensidad del padecimiento y así tomar las medidas necesarias para lograr un buen control.

Los índices de actividad de la enfermedad son esta herramienta de la que hablamos aunque algunos de ellos requieren de cálculos complejos, que en la práctica son difíciles de aplicar y requieren de estudios de laboratorio; otros son más sencillos pero con esto más subjetivos. Todos ellos catalogan al paciente cuatro grandes grupos (remisión, actividad leve, moderada y severa) por lo que deseamos comparar si los índices DAS 28, CDAI y SDAI utilizados en la consulta externa de nuestro servicio, agrupan a los pacientes en el mismo índice de actividad de la enfermedad, para demostrar que son equivalentes y se pueden emplear indistintamente.

Objetivo general: Evaluar si existe equivalencia entre los diferentes índices de actividad en artritis reumatoide (DAS 28 4v vs. CDAI vs. SDAI) utilizados en la consulta externa del servicio de reumatología del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE.

Objetivos específicos: 1.1 Conocer el número de pacientes que cursan con artritis reumatoide en la consulta externa del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

1.2 Conocer cuántos pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide se encuentra con datos de actividad.

1.3 Conocer cuántos pacientes con artritis reumatoide se encuentran en remisión de la enfermedad.

1.4 Conocer la utilidad de los índices en la consulta cotidiana y seleccionar el que sea la mejor opción para la misma.

(373)

C1-CM037

Índice DAS28 vs Auto-DAS28. Informe preliminar

Badía Flores JJ⁽¹⁾, Chavira Ruiz IF⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospital Ángeles Mocol, México D.F., ⁽²⁾ Hospital General Los Mochis, Los Mochis, Sinaloa

Introducción: El DAS28 (Disease Activity Score, 28 joint counts), ha sido empleado profusamente para cuantificar la evolución de la actividad de la enfermedad en la artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Evaluar la correlación entre la actividad de la enfermedad estimada por el propio paciente (Auto-DAS28) y la reportada por el médico (DAS28).

Pacientes y métodos: Estudio transversal en 35 pacientes con AR, de la consulta externa, incluidos por conveniencia de manera consecutiva; se excluyeron casos con padecimientos concomitantes que se prestaran a confusión o con limitaciones cognitivas. Tanto el médico como el paciente llenaron, independientemente, en el momento de la consulta los formatos respectivos, especialmente diseñados, obteniéndose posteriormente el valor de los índices correspondientes. Análisis: Medidas de tendencia central y dispersión, así como correlación entre las variables reportadas por el paciente y las evaluadas por el médico.

Resultados: El 85.7% (30) pertenecía al género femenino, edad promedio de 58.2 ± 1.11 años; tiempo de evolución promedio: 6 años (mín 0.5, máx 40). La clase funcional fue I en 16 casos y II en los restantes 19. Las articulaciones dolorosas según el paciente: mediana 5 (mín 0, máx 23); según el médico 1.3 1.7; articulaciones inflamadas según el paciente 4.05 5.5; según el médico 0.57 1.09. La mediana (y valores mín-máx) de los puntajes: AutoDAS28 3.8 rango 4.99 (1.58-6.57); DAS28 2.7 rango 3.35 (1.53-4.88); HAQ 0.37 rango 2.12 (0-2.12). La correlación entre DAS28 y AutoDAS28 ($r 0.771, p 0.000$), entre articulaciones dolorosas médico-paciente ($r 0.433, p 0.009$) y articulaciones inflamadas médico-paciente Spearman ($r 0.295, p 0.085$).

Conclusiones: La actividad reportada por el paciente es mayor; sin embargo, mantiene una buena correlación con lo reportado por el médico. El Auto-DAS28 podría ser un procedimiento útil, para uso rutinario en la sala de espera, pero requerirá de un mayor entrenamiento del paciente. Se puede considerar la hipótesis de que la aplicación de un factor compensatorio puede análogar sus valores al DAS28 reportado por el médico.

(54)

C1-CM038

Determinación molecular del HLA clase I y II en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Juárez de México

López Morales EE, Vidal Saucedo F, Nuñez Farfán RM, Piña Olvera V, Lugo Zamudio G, Delgado Ochoa D

Hospital Juárez de México

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad degenerativa e incapacitante, que afecta a una o más articulaciones de forma progresiva. Se asocia a la patogénesis de la AR, a moléculas involucradas en los

procesos de inflamación y a los antígenos leucocitarios del humano (HLA). El HLA se clasifica en tres clases, la clase I que se divide en HLA-A y HLA-B; la clase II conformada por los HLA-DR, HLA-DP, HLA-DQ y la clase III que está integrada por genes que intervienen en la cascada de complemento (C1-C6) y genes como el TNF que está involucrado de forma activa en los procesos inflamatorios. La asociación entre el HLA y la AR se manifiesta como el resultado sinérgico de condiciones ambientales, nutricionales y genéticas.

Justificación: Al ser la AR una de las enfermedades autoinmunes que se presentan de forma frecuente en nuestro país, consideramos que su estudio contribuirá al de la patogénesis de la AR.

Resultados: Se analizaron los alelos HLA clase I y II, por medio del método SSP (polimorfismo de cadena sencilla) partiendo de una confianza del 95%, en una n de 30; se encontró que los antígenos HLA presentes con mayor frecuencia en la población estudiada fueron A*02010101, B*14020104, B*510101-03/05 y DRβ1*04010101.

Conclusiones: Los alelos HLA frecuentes como el DRβ1*04010101 y el B*14020104, se han asociado de forma directa con el desarrollo de la AR, por lo que consideramos que el análisis del HLA en enfermedades como la AR y otras artropatías es de gran ayuda como prueba auxiliar en el diagnóstico y contribuye al entendimiento filogenético de la enfermedad y su relación en nuestra población.

(173)

C1-CM039**Polimorfismo -383 del gen del receptor TNFR I de TNF-alfa y densidad mineral ósea en espondilitis anquilosante**

Fajardo-Robledo NS⁽¹⁾, Corona-Sánchez EG⁽²⁾, Muñoz-Valle JF⁽³⁾, González-López L⁽⁴⁾, Vázquez-del Mercado M⁽⁵⁾, Rocha-Muñoz AD⁽⁶⁾, Moreno-Sandoval IV⁽⁷⁾, De la Cerda-Trujillo LF⁽⁸⁾, Martín-Márquez BT⁽⁹⁾, Cardona-Muñoz EG⁽¹⁰⁾, Gámez-Nava JI⁽¹¹⁾

^(1,8) Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara., ^(2-3,5,9) Instituto de Investigación en Reumatología y Sistema Músculo-esquelético, ^(4,6,7) Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽¹⁰⁾ Jefatura de Fisiología Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽¹¹⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: En espondilitis anquilosante (EA), el factor de necrosis tumoral alfa y su receptor I (TNFRI) participan en la patogénesis; sin embargo, no se ha investigado si el polimorfismo de este receptor está asociado a manifestaciones sistémicas de la enfermedad.

Objetivo: Determinar la asociación del polimorfismo -383 del gen del TNFRI y la presencia de densidad mineral ósea (DMO) baja en pacientes con EA.

Metodología: Se evaluaron pacientes con EA (NY1984) de la consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel. A cada paciente se le investigaron características clínicas y de actividad de la enfermedad a través de escalas validadas, se realizó una densitometría ósea central con la técnica DXA y se utilizaron los criterios de la OMS para determinar la presencia de DMO baja. Se identificó el polimorfismo -383 del gen TNFRI utilizando PCR-RFLPs. Los tres genotipos identificados para el polimorfismo fueron AA, AC y CC. Se calculó razón de momios para identificar riesgo de un alelo en comparación a otro para presencia de osteoporosis en estos pacientes.

Resultados: Se evaluaron 38 pacientes, 68% hombres y 32% mujeres. La edad promedio fue de 43.4 ± 9.9 . En promedio la evolución de la enfermedad fue de 12 ± 8 años. Clínica: BASDAI de 5.1 ± 2.0 , BASFI de 5.1 ± 2.1

y BAS-G de 4.9 ± 1.6 . En base a criterios de la OMS, el 57.9% de los pacientes tenía DMO baja y 42.1% densidad normal. De los pacientes con DMO baja, 90.9% presentaron el genotipo homocigoto -383 AA y 9.1% el genotipo heterocigoto -383 AC. No se observaron casos con el genotipo polimórfico -383 CC. En pacientes sin DMO baja, el 93.8% presentó el genotipo -383 AA y el 6% el -383 AC. La razón de momios para el AC como factor de riesgo para osteoporosis no resultó significativa (OR=1.5, IC95% 0.09-46.33, $p = 0.6$). En la comparación de las frecuencias alélicas tampoco se observó ningún riesgo asociado al alelo C (OR=1.48, IC95% 0.10-43.19).

Conclusiones: El alelo -383 de TNFR1 no fue asociado a la presencia de osteoporosis en pacientes con EA. Sin embargo, es importante continuar con la identificación de otros polimorfismos como factores que pueden influenciar la DMO baja en estos pacientes.

Proyecto financiado por: FIS/IMSS/PROT/275.

(217)

C1-CM040**Factores asociados a fracturas de cuerpos vertebrales en mexicanos con espondilitis anquilosante**

De la Cerda-Trujillo LF1⁽¹⁾, Moreno-Sandoval IV⁽²⁾, Rodríguez-Hernández DM⁽³⁾, Zavaleta-Muñoz SA⁽⁴⁾, Díaz-Toscano ML⁽⁵⁾, Rocha-Muñoz AD⁽⁶⁾, Vázquez-Villegas ML⁽⁷⁾, Salazar-Paramo M⁽⁸⁾, Cardona-Muñoz EG⁽⁹⁾, Cons-Molina F⁽¹⁰⁾, Castro-Lizano N⁽¹¹⁾, González-López L⁽¹²⁾, Gámez-Nava JI⁽¹³⁾

⁽¹⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, ^(2-3,6,8,13) Unidad de Investigación en Epidemiología clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, ^(4-5,11-12) Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110 del IMSS, ⁽⁷⁾ Doctorado en Ciencias de la Salud Pública/ Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽⁹⁾ Doctorado en Farmacología/Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽¹⁰⁾ Arthritis and Osteoporosis Research Center, Mexicali, BC

Introducción: Pocos estudios han evaluado sistemáticamente la frecuencia de fracturas vertebrales en espondilitis anquilosante (EA). Las publicaciones muestran rangos de 4 a 18% en estos pacientes; sin embargo, pocos estudios evalúan los factores asociados a la presencia de estas fracturas.

Objetivo: Evaluar los factores asociados a la presencia de fracturas de cuerpos vertebrales en pacientes con EA.

Material y métodos: Estudio transversal. Se evaluaron 92 pacientes con EA (NY) de consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel. Se evaluaron factores epidemiológicos y clínicos; posteriormente se realizó morfometría de columna lumbar y dorsal por DEXA con un densitómetro Lunar Prodigy Advance GE. El análisis estadístico se realizó por medio de análisis bivariado y regresión logística.

Resultados: Se evaluaron 92 pacientes con EA; 58 (63%) correspondieron al sexo masculino, con edad media de 44.2 ± 11 años. Se observaron fracturas vertebrales en 32 pacientes (34.8%). En el análisis bivariado, se asociaron con osteoporosis la presencia de más de dos fracturas ($p = 0.04$), el índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 ($p = 0.01$), el tiempo de evolución de la enfermedad ($p = 0.01$), las mediciones de occipito-pared (OP) > 15 cm ($p = <0.003$), tragus-pared (TP) > 15 ($p = <0.001$), dedo-suelo (DS) > 20 ($p = <0.001$). En el análisis ajustado los factores asociados a fracturas vertebrales fueron las distancias de TP (OR 1.2, IC95% 1.1-1.4, $p = 0.002$) y DS (OR 1.05, IC95% 1.003-1.1, $p = 0.04$).

Conclusión: Este estudio demuestra una elevada prevalencia de fracturas vertebrales en EA. En cuanto a mediciones clínicas, TP y DS fueron asociadas a fracturas vertebrales. Sin embargo, es importante realizar estudios de seguimiento para poder establecer otros factores que en función de

tiempo se asocian al desarrollo de fracturas vertebrales en los pacientes con esta enfermedad. Proyecto financiado con fondos del IMSS FIS/IMSS/PROT/G09/763.

(82)

C1-CM041

Patrones morfológicos ungueales en pacientes con espondiloartritis

Ulloa, GA

Hospital Civil De Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Las espondiloartritis (EA) tienen una prevalencia aproximada de 0.5 a 1%, siendo frecuente la EA indiferenciada (EI) y la artritis psoriásica (APS). La afección principal son las entesis, que pueden ser valoradas radiográficamente varios años posteriores al inicio de la enfermedad. La afección ungueal puede ser un dato de daño secundario a entesis, debido a que la matriz ungueal está íntimamente relacionada con el tendón extensor y flexor de la articulación interfalángica distal.

Objetivo: Describir lesiones morfológicas ungueales en pacientes con EA, como daño secundario a entesis.

Metodología: Estudio transversal, descriptivo. Se describieron los principales patrones morfológicos ungueales en APS y EI: Desmoronamiento, puntillero, coloración amarillenta, gota de aceite, hiperqueratosis, hemorragias en astilla, líneas longitudinales, onicólisis, leuconiquia, líneas de Beau. Se determinó KOH para descartar onicomicosis.

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes, 26 con EI y 16 con APS. En población total 37 fueron mujeres (88%); 13 (31%) pacientes presentaban dactilitis actual y 33 (78.5%) dactilitis previa. Al comparar a los grupos de estudio, se encontró una diferencia significativa en la variable dactilitis previa que se presentó en EI en 96% y en APS en 56% ($p = 0.006$). Todos presentaban entesitis y rigidez. Los principales patrones encontrados en ambos grupos se resumen en la **Tabla**.

Tabla.

EI		APS	
Hiperqueratosis 96%	KOH 36%	Hiperqueratosis 100%	KOH 31%
Coloración amarillenta 88%	KOH 35%	Decoloración en gota de aceite 75%	KOH 33%
Líneas longitudinales 92%	KOH 37%	Líneas longitudinales 69%	KOH 27%

Conclusiones: La afección ungueal es frecuente en EI y APS, probablemente porque la matriz ungueal está relacionada con la entesis de la articulación interfalángica distal, sometida a estrés, lo que predispone a alteración ungueal y dactilitis. El KOH positivo pudiera estar dado por una infección secundaria en una uña previamente dañada.

(144)

C1-CM042

Fracturas de cuerpos vertebrales en espondilitis anquilosante y su impacto en la discapacidad funcional

Rodríguez Hernández D⁽¹⁾, De la Cerda Trujillo L⁽²⁾, Rocha Muñoz A⁽³⁾, Salazar Páramo M⁽⁴⁾, Almaguer Carrillo A⁽⁵⁾, Vázquez Villegas M⁽⁶⁾, Corona Sánchez⁽⁷⁾, Zavaleta Muñoz S⁽⁸⁾, Cabrera Pivalar C⁽⁹⁾, Cons Molina F⁽¹⁰⁾, Gámez Nava J⁽¹¹⁾, González López L⁽¹²⁾

^(1-3,5-8,12) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110 IMSS. Guadalajara, Jalisco, ^(4,11) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽⁹⁾ Jefe de la Unidad de Investigación en Salud. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Guadalajara, ⁽¹⁰⁾ Arthritis and Osteoporosis Research Center, Mexicali, BC

Introducción: A pesar de que es conocido que los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) presentan mayor riesgo de fractura de cuerpo vertebral que la población general, no hay estudios que investiguen el impacto de estas fracturas vertebrales sobre los índices de actividad, funcionalidad y movilidad de columna.

Objetivo: Evaluar en pacientes con EA la contribución de las fracturas vertebrales en la discapacidad funcional y alteraciones de movilidad de columna.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo. Se incluyeron pacientes de consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel con diagnóstico de EA (criterios de New York 1984). En cada paciente se evaluaron variables sociodemográficas, mediciones de movilidad de columna (occipito-pared, tragus-pared, Schober), HAQ-S para funcionalidad. Como grupo de comparación externo se seleccionó a controles sin enfermedad crónica conocida y sin antecedentes de enfermedades reumáticas autoinmunes en la familia. En ambos grupos se realizó medición de densidad mineral ósea (DMO) por DEXA en columna, cadera y radio 33%. Se realizó morfometría vertebral mediante absorciometría (MXA) para la identificación de fracturas de cuerpos vertebrales por el método de Genant. Los pacientes con EA se dividieron en dos subgrupos: Aquellos con presencia de una o más fracturas vertebrales y aquellos pacientes con EA sin fracturas vertebrales.

Análisis estadístico: Las comparaciones de proporciones entre grupos fueron realizadas con X^2 (prueba exacta de Fisher), en tanto que las comparaciones de medianas entre grupos fueron realizadas por U Mann Whitney.

Resultados: Se evaluaron 72 pacientes con EA y 59 controles con similar edad y sexo ($p = NS$). Se observó la presencia de fracturas de cuerpos vertebrales en 21/72 pacientes con EA y en ninguno de los controles ($p = 0.001$). La DMO baja en columna en pacientes con EA se presentó en 20 (28%), en cadera en 21 (29%) y en radio 33% en 19 (26%). Se observó osteoporosis en alguna de las regiones en siete (10%) de los pacientes con EA y uno (2%) de los controles ($p = 0.05$). De los 21 pacientes con fracturas en EA, las localizaciones más frecuentes fueron la región dorsal (17), la región lumbar (5) y ambas regiones (un paciente). La presencia de fracturas fue asociada a un deterioro funcional identificado por HAQ-S más menos 0.6; 76% de aquellos con fracturas tenían deterioro en HAQ-S comparados con 48% de aquellos sin fracturas vertebrales ($p = 0.03$). Similarmente el grupo con fracturas vertebrales se asoció a menor movilidad de columna lumbar en el Schober comparado con el grupo sin fracturas (2.5 vs. 4.0 cm respectivamente, $p = 0.04$). No hubo diferencias en el puntaje de BASDAI entre ambos grupos (mediana 6.6 vs. 5.4, $p = NS$).

Conclusiones: La presencia de fracturas de cuerpos vertebrales tiene elevada prevalencia y puede verse asociada a mayores puntajes de deterioro funcional en HAQ-S y modificar los índices de movilidad de columna. Esta complicación deberá ser evaluada en EA con el fin de dar tratamiento que modifique su historia natural y su contribución a la afectación en la calidad de vida del paciente.

(243)

C1-CM043

Hallazgos radiológicos en manos y pies de pacientes con espondiloartropatías: posibles nuevas descripciones

Torres-Ortiz AE, Bernard-Medina AG, Martínez-Bonilla GE, Cerpa Cruz S, Gutiérrez-Urena SR, Benítez-Cabrera A

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: La afección a sitios de entesis es característica de las espondiloartropatías. El sindesmofto típico se debe a la osificación de las fibras externas del anillo fibroso del disco intervertebral, mientras que el sindesmofto atípico se define como la osificación de los tejidos paravertebrales; éste se observa como una excrescencia gruesa separada del cuerpo vertebral y está asociado a enfermedades como el síndrome de Reiter y la artritis psoriásica (APs). Las entesis de las interfalángicas también se suelen afectar sobre todo en Aps; sin embargo, de acuerdo a la literatura revisada no existen descripciones de sindesmoftos en articulaciones interfalángicas.

Objetivo: Describir en pacientes con espondiloartropatía, hallazgos radiológicos en articulaciones pequeñas de manos y pies.

Material y métodos: Estudio descriptivo, se incluyeron 42 pacientes (37 mujeres) con diagnóstico de espondiloartropatía: 16 con APs de acuerdo a los criterios de Caspar y 26 con espondiloartropatía indiferenciada (EI) de acuerdo a los criterios del Grupo de Estudio Europeo de Espondiloartropatías. Dos reumatólogos certificados examinaron 76 radiografías de manos y 60 radiografías de pies de dichos pacientes. Se realizó estadística descriptiva con el programa SPSS.

Resultados: De las radiografías de manos estudiadas, seis de los pacientes (16%) (cuatro con APs y dos con EI) presentaron cambios radiográficos sugestivos de sindesmoftos típicos en alguna articulación interfalángica distal. Uno de ellos (2.6%) presentó además una lesión similar a un probable sindesmofto atípico en la 5ª interfalángica proximal. En dos de los pacientes (4.76%), uno con APs y otro con EI, se observaron cambios óseos en articulaciones interfalángicas distales de manos que semejan un sombrero holandés ("Dutch hat"). En las radiografías estudiadas de pies, no se encontraron lesiones similares a sindesmoftos, pero se observaron lesiones en "Dutch hat" en el 30% de los pacientes (ocho mujeres y un hombre), de los cuales cinco (16.6%) tenían APs y cuatro (13.3%) tenían EI. De todas las radiografías estudiadas, en dos pacientes (4.7%), ambas mujeres (una con APS y otra con EI), se encontraron simultáneamente posibles sindesmoftos en manos y "Dutch hat" en pies.

Conclusiones: Aparentemente las espondiloartropatías también producen afección entésica en manos y pies que se traduce en neoformación ósea, generando imágenes no descritas previamente, pero que son similares a las observadas en columna vertebral. Sin embargo, es necesario realizar más estudios comparativos con otras patologías con afección de IF y de imagen con RM para confirmar estos hallazgos.

(18)

C1-CM044

Fifteen-Year Trends of Long-Term Disability and Sick Leaves in Ankylosing Spondylitis

Castillo-Ortiz JD, Duran-Barragan S, Sanchez-Ortiz A, Aceves-Avila FJ, Gonzalez-Perez O, Ramos-Remus C

Unidad de Investigaciones de Enfermedades Crónicas Degenerativas

Objective: To assess trends in work disability and sick leave in ankylosing spondylitis (AS).

Patients and Methods: In 1993 and 2007, patients diagnosed with AS that attended secondary- or tertiary-care outpatient rheumatology clinics were evaluated for demographics, disease characteristics, axial mobility, working status, and work days missed due to sick leave or permanent disability. Factors that impacted labor status were identified by multiple regression analysis.

Results: In 1993, 91 study individuals (mean age 35, mean disease duration 10 ± 8 years) included 28 (31%) on permanent disability and 63 currently working; of these 63 patients, 42 (67%) had missed at least 1 work day in the previous 12 months (mean 69 ± 63 days). In the next 5 years, the annual permanent disability was 3%. In 2007, 185 study individuals (mean age 42, mean disease duration 12 ± 10 years) included 53 (39%) on permanent

disability and 132 active workers; 35 (66%) out of the former 53 began permanent disability between 1999 and 2007 (2.1% annual disability rate), and 53 (40%) out of 132 active workers missed at least 1 work day in the previous 12 months (mean 52 ± 63 days).

Only age predicted disability, with 10% and 11% increases in risk per year in 1993 and 2007, respectively (hazard ratios 1.09 and 1.11, respectively; both $p = 0.03$).

Conclusions: Although the impact of AS on work seems to have decreased slightly over the last 15 years, it is still substantial. An important proportion of patients went on permanent disability in the 3 decades before retirement. Extrapolating these results to official data for the year 2005, we may infer that between 1.3 million and nearly 15 million working days were missed that year due to AS.

(288)

C1-CM045

Anormalidades en la función pulmonar y su relación con variables clinimétricas en espondilitis anquilosante

Rocha-Muñoz AD⁽¹⁾, De la Cerda-Trujillo LF⁽²⁾, Sánchez-Hernández JD⁽³⁾, Gámez-Navaa JI⁽⁴⁾, González-López L⁽⁵⁾

^(1,3,5) Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110 del IMSS, ^(2,4) Unidad de Investigación en Epidemiología clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: Un porcentaje variable de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) presenta anomalías en las pruebas de función respiratoria (PFR). Se ha considerado que esto se debe a alteraciones de movimientos de la caja torácica y/o al compromiso pulmonar. Sin embargo, poco se conoce de la asociación con otras variables clínicas.

Objetivo: Evaluar la correlación entre los parámetros de función pulmonar con variables clinimétricas en pacientes con EA.

Material y métodos: Estudio transversal. Se evaluaron pacientes con EA (NY 1984) de consulta externa reumatología (hospital de segundo nivel), edad ≥ 18 años, cualquier género, excluyéndose sobreposición o enfermedad pulmonar conocida. Se aplicó entrevista estructurada evaluando escalas validadas de evaluación de la enfermedad (BASDAI, BASFI, BAS-G). Se obtuvieron mediciones clinimétricas (occipito-pared, rotaciones cervicales, expansión torácica, lateralizaciones lumbares, Shober, dedo-suelo e intermaleolar) y escalas cardiopulmonares como tolerancia al ejercicio (escala de Borg pre y post ejercicio, metros recorridos en seis minutos), calidad de vida (cuestionario de Saint George) y pruebas de función respiratoria (PFR), en las que se definió como afección pulmonar a la capacidad vital forzada (CVF), volumen espiratorio forzado en un minuto (VEF₁) y la relación VEF₁/CVF menor a 75% de lo esperado. Se realizó correlación de Pearson.

Resultados: Se evaluaron 130 pacientes, 88 (68%) fueron del sexo masculino. El promedio de evolución de la EA fue de 10 ± 7 años, BASDAI 4.9 ± 1.6, BASFI 4.8 ± 2.1, BAS-G 5.1 ± 2.1. En las PFR 50 pacientes (39%) tuvieron patrón restrictivo, 29 de ellos con afección moderada-severa. En la calidad de vida evaluada por cuestionario de Saint George, se obtuvo un puntaje en síntomas 14.2 ± 15.8, actividad 17.9 ± 23.2 e impacto 8.5 ± 14.2, con una afección total de 16.2 ± 18.1. En la tolerancia al ejercicio por prueba de Borg posterior al ejercicio 1.2 ± 1.7 y una distancia recorrida en seis minutos de 326.6 ± 57.3. La CVF% obtuvo una correlación límite negativa con el tiempo de evolución de la enfermedad ($r = +0.26, p = 0.07$), con un puntaje elevado de BASDAI ($r = +0.20, p = 0.03$), con la distancia intermaleolar ($r = +0.16, p = 0.07$) y con la rotación cervical ($r = +0.17, p = 0.07$). De los parámetros de tolerancia al ejercicio lo hizo con el grado de disnea ($r = 0.33, p = 0.01$). La relación del VEF₁/CVF% correlacionó con el puntaje de la escala de Borg antes ($r = 0.22, p = 0.01$) y después del ejercicio ($r = 0.23, p = 0.001$).

Conclusión: El 39% de los pacientes evaluados tiene afección en las PFR, aspecto que puede pasar desapercibido en una revisión clínica convencional. Estas alteraciones deberán ser evaluadas para identificar su impacto en los pacientes. Futuros estudios deberán investigar si el desenlace de estos pacientes es diferente al de los pacientes sin estas alteraciones.

(267)

C1-CMo46

Incapacidad funcional y calidad de vida en espondiloartritis indiferenciada. Relación con dolor y actividad de la enfermedad

Pérez de la Rosa JA⁽¹⁾, Hernández-Cuevas C⁽²⁾, Casasola J⁽³⁾, Saenz C⁽⁴⁾, Palleiro D⁽⁵⁾, Chavez J⁽⁶⁾, Graft C⁽⁷⁾, Scherbarth H⁽⁸⁾, Santiago M⁽⁹⁾, Granados Y⁽¹⁰⁾, Souza E⁽¹¹⁾, Paira S⁽¹²⁾, Goncalvez C⁽¹³⁾, Bonfiglioli R⁽¹⁴⁾, Ber-man A⁽¹⁵⁾, Sampaio-Barros P⁽¹⁶⁾, Gutiérrez M⁽¹⁷⁾, Burgos-Vargas R⁽¹⁸⁾, Vázquez-Mellado⁽¹⁹⁾

^(1-3,18-19) Hospital General de México, DF⁽⁴⁾ Hospital Dr. Rafael A. Calderón Guardia. San José, Costa Rica, ⁽⁵⁾ Instituto Nacional de Reumatología, Montevideo Uruguay, ⁽⁶⁾ Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima Perú, ⁽⁷⁾ Centro Médico Mitre Paraná, Argentina, ⁽⁸⁾ Hospital Mar de Plata, Argentina, ⁽⁹⁾ Escola de Saude Pública da Bahia, Brasil, ⁽¹⁰⁾ Hospital Nuñez Tovar, Maturín, Monagas, Venezuela, ⁽¹¹⁾ Centro Hospitalario Lisboa Norte, Lisboa, Portugal, ⁽¹²⁾ Hospital J M Cullen, Santa Fe Argentina, ⁽¹³⁾ Universidad de Sao Paulo, Sao Paulo, Brasil, ⁽¹⁴⁾ Pontificia Universidad de Católica de Campinas, Brasil, ⁽¹⁵⁾ Hospital Ángel Padilla, Tucumán, Argentina, ⁽¹⁶⁾ Universidad Estadual de Campinas, Sao Paulo Brasil, ⁽¹⁷⁾ Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile

Introducción: La calidad de vida y capacidad funcional, así como los factores que las determinan en pacientes con espondiloartritis indiferenciada (U-SpA), no se conocen.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con U-SpA.

Métodos: RESPONDIA es un grupo multicéntrico de reumatólogos de 10 países iberoamericanos interesados en las espondiloartritis (SpA) cuya base de datos incluye información de 2044 pacientes con SpA. Este estudio se realizó con los datos de los pacientes con U-SpA (criterios ESSG y que no tuvieran datos de ninguna SpA definida).

Se analizaron las variables demográficas, de afección axial y periférica, datos clínicos y de tratamiento al inicio y durante la evolución de la enfermedad. Además de la función física (BASFI), actividad de la enfermedad (BASDAI), calidad de vida (ASQoL). De acuerdo a la puntuación de BASFI los pacientes fueron divididos en dos subgrupos: Mejor función física (MFF, $n = 141$, BASFI ≥ 5) y peor función física (PFF, $n = 41$, BASFI < 5). Análisis estadístico: Prueba de t, χ^2 , correlación de Pearson y regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 182 pacientes con U-SpA (58% hombres), edad 38.06 ± 12.9 años, duración de la enfermedad 11.91 ± 15.45 años.

En el análisis inicial las variables que se asociaron significativamente ($p < 0.01$) a mala función física fueron dolor nocturno (EVA), actividad (BASDAI, **Tabla**), limitación a la movilidad cervical (35% vs. 65%), número de articulaciones inflamadas (2 ± 4 vs. 2.4 ± 4.6), número de entesitis (2 ± 2.8 vs. 5 ± 6), afección de las caderas (22% vs. 37%), dolor en la última semana (EVA 3 ± 3 vs. 6 ± 3), salud global determinada por el paciente (4 ± 3 vs. 7 ± 2) y el médico (EVA 3 ± 2.2 vs. 5 ± 2). De ellas, solamente las dos primeras permanecieron significativas en la regresión logística.

Conclusiones: El 25% de los pacientes con U-SpA tiene una reducción significativa de la función física y mala calidad de vida, ambas fuertemente asociadas con actividad de la enfermedad y dolor; a pesar de lo anterior, solamente el 5% recibe tratamiento anti-TNF alfa.

(289)

C1-CMo47

Características sociodemográficas y clínicas de una cohorte de dolor dorsolumbar inflamatorio de base comunitaria

Flores-Camacho R, Peláez-Ballestas I, Navarro-Zarza E, Casasola-Vargas J, Burgos-Vargas R

Hospital General de México

Introducción: La prevalencia del dolor dorsolumbar inflamatorio (DLI) en la comunidad es 2.98%; 23%, de ésta corresponde a espondiloartritis (SpA, ESSG).

Objetivo: Describir las variables demográficas y clínicas de una cohorte de individuos con DLI (criterios de Berlín) clasificados como SpA y no SpA.

Método: Estudio transversal anidado a una cohorte de DLI de una base comunitaria de 4,059 individuos estudiados.

Resultados: Incluimos 121 sujetos con edad promedio 42 (11.18) años, 77 (63.6%) mujeres, HLA-B27 positivo 5 (4.1%) y antecedente familiar de SpA en seis (4.9%). Al comparar los grupos con SpA (ESSG) ($n = 23$) y sin SpA ($n = 98$) encontramos diferencias significativas en variables relacionadas con la clasificación de SpA ESSG y en variables no relacionadas como HLA-B27 (3.3% vs. 0.8%, $p = 0.000$), la frecuencia de dolor dorsal (12.5% vs. 87.5%, $p = 0.03$) y la rotación cervical limitada en el grupo con SpA ($p = 0.02$). La evaluación de imágenes de resonancia magnética mostró diferencias significativas que se presentan en la **Tabla**. Además, en la calidad de vida observamos puntajes bajos del SF36 en ambos grupos; tendencias a menor puntaje en el grupo con SpA en el componente físico (41.05 vs. 51.10 sin SpA) y el componente mental menor en el grupo sin SpA (55.65 vs. 48.10 con SpA); en el enfrentamiento a la enfermedad tendencia al enfrentamiento emocional negativo (49% en el grupo sin SpA vs. 16% con SpA).

Conclusiones: La evaluación inicial en individuos de una cohorte de DLI muestra algunas diferencias entre aquellos clasificados como SpA y sin SpA destacando la presencia predominante de dolor dorsal, rotación cervical normal y otras alteraciones asociadas como discopatía en las imágenes de resonancia magnética en el grupo sin SpA y HLA-B27 positivo en el grupo con SpA.

Tabla.

	Sin SpA n = 98 (%)	Con SpA n = 23 (%)	p
Dolor dorsal	37 (69.81)	16 (30.19)	0.006
Rotación cervical en grados (DE)	86.0 (10.62)	78.65 (20.06)	0.02
Hallazgos en imagen de resonancia magnética (IRM)			
IRM normal	22 (95.65)	1 (4.35)	0.003
Espondiloartrosis	6 (75.00)	2 (25.00)	0.003
Discopatía	32 (80.00)	8 (20.00)	0.003
Discopatía, espondiloartrosis	29 (90.63)	3 (9.38)	0.003
Alteraciones sugestivas de espondiloartritis	3 (37.50)	5 (62.50)	0.003
Otras alteraciones	6 (60.00)	4 (40.00)	0.003
Articulaciones sacroilíacas normales	89 (83.96)	17 (16.04)	0.010

(225)

C1-CMo48

Comparación de eficacia de adalimumab contra etanercept en pacientes con espondilitis anquilosante con antecedente de falla a infliximab

Gandy-Flores S, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Introducción: El tratamiento de la espondilitis anquilosante ha mejorado con la introducción de los bloqueadores del factor de necrosis tumoral alfa que actualmente se consideran tratamiento de primera línea. Reducen significativamente la actividad inflamatoria, tanto clínica como en estudios de imagen (resonancia magnética). Las recomendaciones ASAS/EULAR juzgan el tratamiento con anti TNF alfa como uno de los más eficaces para el control de la actividad de la espondilitis anquilosante y esta terapia se indica en pacientes sin respuesta a tratamiento convencional con AINE; la sulfasalazina sólo tiene indicación en afección periférica. El infliximab es el anti TNF más estudiado y con más experiencia en espondilitis anquilosante si bien también está descrito el empleo de adalimumab y etanercept. Aún no existen estudios sobre el desempeño de un segundo anti TNF cuando no ha habido buena respuesta al primero.

Objetivos: Comparar el efecto de adalimumab contra etanercept en pacientes con espondilitis anquilosante, con tratamiento previo con infliximab y falla al mismo; a través de los índices BASDAI, BASFI, clinimetría y reactantes de fase aguda.

Material y método: Se realiza estudio prospectivo, abierto y descriptivo en pacientes con espondilitis anquilosante con antecedente de tratamiento previo con infliximab y que recibieron posteriormente etanercept o adalimumab.

De cada paciente se obtuvieron los siguientes datos: Edad, sexo, edad de inicio de la espondilitis, tiempo de evolución de la misma, tiempo de tratamiento con infliximab.

La respuesta al tratamiento se evaluó mediante las escalas de actividad BASDAI, BASFI, metrología y reactantes de fase aguda al momento de hacer el cambio de anti TNF y a los seis meses. Se realizó estadística descriptiva, χ^2 para pruebas no paramétricas y t de Student para variables continuas.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes, seis pacientes bajo tratamiento con adalimumab y seis pacientes bajo tratamiento con etanercept (Tabla).

Conclusiones: En este grupo de pacientes el tratamiento con uno u otro anti TNF no mostró diferencias significativas respecto a reducción de BASDAI, BASFI y reactantes de fase aguda ya que en ambos casos fue similar. Sin embargo, un porcentaje significativo de los pacientes tuvo respuesta al segundo anti TNF, por lo que podemos inferir que puede ser adecuado cambiar de un primero a un segundo anti TNF en caso de falla terapéutica.

Tabla.

Variables Promedio	Adalimumab-basal	Adalimumab 6 meses	Etanercept basal	Etanercept 6 meses
Sexo	masculino 83%		masculino 66%	
Edad	48 años		45 años	
Tiempo de evolución	168 meses		122 meses	
BASDAI	8.4	6.3 (mejoría vs. basal -2.1, 25%)	7.9	6.1 (mejoría vs. basal -1.8, 22.8%)
BASFI	7.8	5.7 (mejoría vs. basal -2.1, 26.9%)	6.8	5.8 (mejoría vs. basal -1, 14%)
VSG	43mm	25 mm (mejoría vs. basal -18, 42%)	38mm	22 mm (mejoría vs. basal -16, 42%)
PCR	6.6	3.3 (mejoría vs. basal -3.3, 50%)	6.2	3 (mejoría vs. basal -3.2, 51%)

(371)

C1-CM049

Cambios en el cuadro clínico y asociación al HLA-B27 de la espondilitis anquilosante: Su relación con cambios socioeconómicos y demográficos de 1930 al 2000 en un Hospital de la Ciudad de México

Jiménez Balderas F⁽¹⁾, Camargo Coronel A⁽²⁾, Vázquez Zaragoza M⁽³⁾, Zonana Nacach A⁽⁴⁾⁽¹⁻³⁾ Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽⁴⁾ IMSS

Objetivo: Determinar si la expresión clínica y asociación al HLA-B27 de la espondilitis anquilosante (EA) dependen de los cambios socioeconómicos y demográficos ocurridos en las décadas del siglo XX.

Material y método: De los expedientes con diagnóstico de EA (1975 al año 2000) en su primera visita al hospital se anotaron: Año de inicio de la EA, datos clínicos, radiológicos y HLA-B27. Estadística: $\bar{x} \pm DE$, ANOVA, χ^2 , χ^2 de tendencia lineal y análisis de regresión logística.

Resultados: Fueron incluidos 313 pacientes, 225 hombres (71.88%) y 88 mujeres (28.12%). Los pacientes que iniciaron la EA y vivían en insalubridad antes de los años 60 tuvieron mayor edad al diagnóstico ($p = 0.0001$), retardo en el diagnóstico ($p = 0.04$); frecuencia del género masculino ($p < 0.005$), inicio < 16 años ($p = 0.0008$), artritis periférica ($p = 0.04$), coxartrosis ($p = 0.0007$), uveítis ($p = 0.0004$) y afección radiológica ($p = 0.00018$) que los que iniciaron la EA en los 90 con mejores condiciones socioeconómicas. La migración de indígenas a la ciudad después de los años 50 ocasionó menor frecuencia de EA HLA-B27 ($p = 0.01$).

Conclusiones: La insalubridad se relacionó en individuos jóvenes del género masculino con una EA HLA-B27 con manifestaciones de una "artritis reactiva"; las mejoras urbanas y los cambios étnicos favorecieron el incremento de la frecuencia de EA en mujeres, el inicio tardío de una EA HLA-B27 negativo, con menos manifestaciones extraaxiales.

(331)

C1-CM050

Alteraciones sonográficas del fibrocartílago en rodilla de pacientes con gota

Ventura Ríos L⁽¹⁾, Vazquez Mellado J⁽²⁾, Buendía Yruz G⁽³⁾, Hernández C⁽⁴⁾, Gutierrez Riveros M⁽⁵⁾⁽¹⁾ Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex, ^(2,4) Hospital General de México, ⁽³⁾ Hospital General de Zona 194, ⁽⁵⁾ Ospedale A Murri Jesi Ancona Italia

Introducción: El ultrasonido (US) ha demostrado ser útil para discriminar entre el depósito de cristales de urato monosódico y pirofosfato de calcio por su distribución en los diferentes tejidos. En pacientes con condrocalcinosis se ha observado calcificación del fibrocartilago condilar que no es visible por radiografía convencional. En un estudio reciente en el que se evaluaron las rodillas de 70 pacientes con enfermedad por depósito de pirofosfato de calcio, el 77.1% tuvo calcificación meniscal, mientras que ésta no se observó en ninguna de las rodillas de los pacientes con gota.

Objetivo: Investigar si existe afección de meniscos en rodillas de pacientes con gota.

Pacientes y métodos: Se evaluaron pacientes con gota diagnosticada por la presencia de cristales de urato monosódico intraarticular, quienes fueron atendidos en consulta externa de reumatología de dos centros hospitalarios y sometidos a ultrasonido de las rodillas de forma estandarizada por un explorador que estaba cegado a las características demográficas de los pacientes. Se usó un equipo Esaote MyLab 25 con sonda de 10 a 18 MHz. Las imágenes fueron tomadas por un explorador y después revisadas por otros reumatólogos ultrasonografistas. Se utilizó estadística descriptiva y correlación de Spearman.

Resultados: Se exploraron 70 rodillas de 35 pacientes varones con edad media de 58 ± 14 años de quienes 60% eran sobreproductores de ácido úrico. La media del nivel de ácido úrico fue de 6.9 mg/dL, con una evolución media de la enfermedad de 7.3 años. Se observó calcificación del menisco medial en 19 (27%) y del menisco lateral de las rodillas en 5 (7%); las calcificaciones se observaron en los bordes internos del menisco, en forma de "V", un patrón diferente a lo observado en pseudogota. Hubo correlación significativa entre la presencia de calcificación del menisco medial con la existencia de tofos mediante la correlación de Spearman ($0.641, p = 0.0002$, IC del 95%).

Conclusiones: Estas observaciones sugieren que el fibrocartilago en gota también puede calcificarse sobre su superficie interna de forma similar al patrón de calcificación de la superficie del cartilago de carga.

(76)

C1-CM051

Gota en mujeres. Presentación clínica variable de acuerdo a edad y duración de la enfermedad

García-Méndez S, Vázquez-Mellado J, Hernández-Cuevas C, Álvarez-Hernández E, Burgos-Vargas R

Hospital General de México

Introducción: La gota en mujeres característicamente se presenta en la postmenopausia asociada a hipertensión arterial, uso de diuréticos e insuficiencia renal crónica (IRC). En general, las mujeres con gota son de mayor edad que los hombres.

Objetivo: Describir las características clínicas de mujeres *vs.* hombres con gota, pareados por edad y duración de la enfermedad.

Métodos: Estudio de casos y controles de pacientes consecutivos con diagnóstico de gota atendidos en los últimos 10 años. Los casos fueron todas las mujeres con ese diagnóstico y por cada caso incluimos al menos un control masculino pareado por edad ± 5 años y duración de la enfermedad ± 3 años. Variables: Demográficas, clínicas y paraclínicas. Criterios y definiciones de ATP III para síndrome metabólico y de la ADA para diabetes mellitus tipo 2. La filtración glomerular (FG) se determinó por tres métodos: Depuración de creatinina en orina de 24 horas (CrC), MDRD y Cockcroft. Consideramos IRC cuando la FG fue < 60 mL/minuto. Análisis estadístico: Prueba de t y X^2 .

Resultados: Incluimos 23 mujeres y 38 hombres con gota. La edad actual y edad de inicio fueron similares (59.6 ± 12.5 *vs.* 61.3 ± 15.4 años y 44.2 ± 17.8 *vs.* 46.0 ± 13.1 años, respectivamente), así como la duración de la enfermedad (14.8 ± 12.5 *vs.* 15.5 ± 7.7 años). Ocho (30%) mujeres tenían < 40 años al inicio de la enfermedad, todas eran pre-menopáusicas y ninguna tenía antecedentes familiares de gota. La comparación entre hombres y mujeres con gota se describe en la **Tabla**.

Conclusiones: Un tercio de las mujeres con gota iniciaron antes de los 40 años y no tenían historia familiar. Aunque la hipertensión arterial, las alteraciones metabólicas, el uso de diuréticos y la IRC tienden a ser más frecuentes en las mujeres con gota que en los hombres, estos no son significativos cuando se controla por edad o duración de la enfermedad y se considera el género en la determinación de la función renal.

Tabla.

	Mujeres (n = 23)	Hombres (n = 38)	p
Ácido úrico (mg/dL, X/DE)	6.4 \pm 2.7	7.2 \pm 1.8	0.188
Urea (mg/dL, X/DE)	46.4 \pm 19.1	38.4 \pm 19.9	0.141
Creatinina (mg/dL, X/DE)	1.1 \pm 0.5	1.2 \pm 0.5	0.869
Circunferencia abdominal (cm, X/DE)	97.7 \pm 13.2	103.4 \pm 11.8	0.185
Obesidad (%)	17 (73)	14 (36.8)	0.150
Hipertensión (%)	16 (69.6)	18 (47.4)	0.115
Diabetes o hiperglucemia (%)	4 (17.4)	8 (21.1)	1.000
Hipertrigliceridemia (%)	8 (34.8)	19 (50.0)	0.295
Hipercolesterolemia (%)	7 (30.4)	14 (36.8)	0.782
IRC (%)	9 (39.1)	12 (31.6)	0.587
Litiasis (%)	1 (4.3)	0	0.190
CrC (mL/min, X/DE)	42.7 \pm 23.1	65.6 \pm 25.5	0.005
MDRD (mL/min, X/DE)	63.8 \pm 30.9	74.9 \pm 24.8	0.2
Cockcroft-Gault (mL/min, X/DE)	63.3 \pm 38.9	73.1 \pm 24.8	0.13

(130)

C1-CM052

Artritis viral asociada a parvovirus B19: Reporte de un brote en la comunidad

Díaz-Borjón A, Díaz-Jouanen E, Tello-Winniczuk N

Hospital Ángeles Lomas

Introducción: Una de las causas más frecuentes de poliartitis viral en el adulto es la infección por parvovirus B19 (P-B19), que se asocia al eritema infeccioso, además de alteraciones fetales, hematológicas y artritis. Esta última usualmente es poliarticular, simétrica, de inicio súbito y ocurre con mayor frecuencia en manos, muñecas, rodillas y tobillos. La artritis dura una a tres semanas y se autolimita, se presenta predominantemente en adultos y en contraste con la población pediátrica no está asociada a erupción cutánea. El diagnóstico se hace mediante la detección de anticuerpos anti-parvovirus B19 IgM, así como con la presencia de ADN del mismo en suero.

Objetivo: Reportar un brote de artritis viral por P-B19 en la comunidad detectado en la consulta externa de nuestro hospital.

Metodología: Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes de abril a junio de 2010. Se recabaron los datos demográficos, clínicos y de laboratorio de cinco pacientes que presentaron el diagnóstico de artritis viral por P-B19 con serología positiva.

Resultados: Se presentaron cinco pacientes con diagnóstico de artritis por P-B19, los cuales fueron femeninas de edades entre 37 y 45 años con una media de 42.2 años. La duración de la artritis fue de entre dos y seis semanas con un promedio de 23 días, con afección simétrica de articulaciones de predominio en manos y afectando 19 articulaciones en promedio. Cuatro de los pacientes presentaron lesiones dermatológicas. El diagnóstico se corroboró en todos los casos con serología para P-B19. Se solicitaron BH, FR y anticuerpos anti-CCP en pacientes que lo ameritaran con diversos resultados. Todas las pacientes fueron tratadas con AINE con resolución adecuada de las manifestaciones clínicas excepto una, la cual requirió uso de esteroides a dosis baja con excelente respuesta a los mismos.

Conclusiones: Presentamos un brote de cinco casos confirmados de artritis viral por P-B19. Todos los casos se presentaron entre abril y junio de 2010 y las pacientes eran originarias de Huixquilucan, Estado de México. El curso en general fue favorable, aunque en uno de los casos el tratamiento conservador con AINE falló y se precisó tratamiento con esteroides obteniendo excelente respuesta sin datos de prolongación de infección viral. Los datos epidemiológicos concuerdan con lo previamente reportado en cuanto a la

presentación estacional, sexo, factores de riesgo, presentación clínica y grupo etario. Llama la atención que cuatro pacientes presentaron erupción cutánea, siendo ésta una manifestación poco frecuente en adultos.

(62)

C1-CM053

Monoartritis aguda: diagnósticos diferenciales sincrónicos

Vega-Morales D, Negrete-López R, Esquivel-Valerio JA, Garza-Elizondo MA, Villarreal-Alarcón MA

Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL

Introducción: El diagnóstico de monoartritis aguda tiene diferentes causas; principalmente se debe confirmar/descartar la séptica, pero se deben considerar en el diagnóstico diferencial artropatía por cristales, tumores, coagulopatías, etcétera. Se expone caso de paciente masculino con monoartritis con tres causas diferentes descritas de manera sincrónica (séptica, cristales pirofosfato de calcio, osteocondrosis *vs.* osteocondromatosis).

Métodos: Reporte de caso.

Resultados: Masculino 49 años, jardinero y pintor, sin antecedentes familiares. Tabaquismo, etilismo y toxicomanías (marihuana) positivos. Diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico sin tratamiento. Acude al departamento de urgencias por monoartritis rodilla derecha, hipertermia y descontrol glucémico de cinco días de evolución. Se recibe paciente con signos vitales normales. Rodilla derecha con sinovitis aguda y palpación de masas duras móviles en cara anterior de tuberosidad tibial. Resto de exploración física sin datos relevantes. Los paraclínicos evidencian leucocitosis neutrofilica, hiperglucemia, elevación de azoados; las radiografías osteoartrosis y calcificaciones. Se realiza artrocentesis rodilla derecha obteniéndose 100 mL de líquido purulento. Más de 50 000 células, 100% PMN en conteo celular. Tinción BAAR y KOH negativas. Tinción de Gram: Moderados leucocitos polimorfonucleares. Microscopia de luz: Abundantes polimorfonucleares con cristales intracelulares romboidales. Se inicia Ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas, hidratación, insulina y diclofenaco 75 mg IV dos veces al día, así como artrocentesis terapéutica diaria obteniéndose 100 mL en promedio de cada una. Dado que la producción de líquido sinovial persistía, durante su estancia se realizó artrotomía terapéutica y se obtuvieron 10 cuerpos calcificados. En cultivo de líquido sinovial se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina y se inició dicloxacilina por 21 días. Diagnóstico final: Monoartritis séptica por *S. aureus* más cristales de pirofosfato de calcio en rodilla con osteocondromatosis sinovial *versus* osteocondrosis secundaria a calcificaciones postraumáticas.

Conclusión: Se deben tomar en cuenta todas las causas de monoartritis aguda, ya que pueden estar sincrónicas como en este paciente.

(101)

C1-CM054

Eventos adversos asociados al tratamiento biológico en enfermedades reumáticas (ER). Resultados de 6 años de vigilancia en 142 casos de una zona metropolitana de la Cd. de México

Cervera Castillo H⁽¹⁾, Torres Caballero V⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospital General Regional No. 25, ⁽²⁾ Unidad de Medicina Familiar No. 35

Introducción: La terapia biológica para el tratamiento de las ER proporciona beneficios en términos de mejoría clínica, limitación del daño, calidad

de vida y reinserción laboral; no obstante, existen pendientes en relación al empleo a largo plazo y a su seguridad.

Objetivo: Reportar efectos adversos (EA) asociados a la terapia biológica en ER en 142 casos de una zona metropolitana de la Cd. de México del periodo 2004 - 2010.

Métodos: Se revisaron expedientes de usuarios de terapia biológica con ER (julio 2004-agosto 2010); se obtuvo: Sexo, edad, diagnóstico, tiempo de evolución, terapias previas (FARME), terapia biológica, tiempo de aplicación y EA clasificados como leves, moderados y graves, así como incidentes. Se calcularon frecuencias, medidas de tendencia central y porcentajes.

Resultados: 142 casos fueron incluidos, 103 (75.53%) mujeres, edad promedio 43.7 años y evolución de 12.25 años. El diagnóstico más frecuente fue artritis reumatoide (AR) con 115 casos y espondiloartropatías con 11 casos; otros diagnósticos fueron lupus eritematoso, artritis psoriásica, etc. El promedio de FARME previos fue 2.42. En 50 casos (35.21%) se utilizó etanercept (ETA), en 39 (27.46%) infliximab (IFX), en 39 (27.46%) adalimumab (ADA) y en 14 (9.85%) rituximab (RTX). En 26.23 meses de seguimiento promedio, se registraron 99 EA en 74 (52.11%) casos, 54 (38%) casos fueron leves y 13 (9.15%) graves. La mayoría de los EA fueron infecciones y transaminasemia. La distribución de EA graves fue: 14.28% para RTX, 12.82% IFX, 8% ETA y 5.12% ADA, principalmente eritema generalizado y dificultad respiratoria. Se registraron casos aislados de vasculitis, insuficiencia renal, neuroinfección y neumonía, entre otros. Ocurrieron dos embarazos exitosos, uno con ETA y otro con IFX.

Conclusiones: En esta serie de casos la presencia de EA asociados a la terapia biológica fueron comunes, por fortuna la mayoría leve; no obstante, cerca del 10% de EA fueron graves, lo que hace necesaria la vigilancia estrecha ante el riesgo latente considerable.

(28)

C1-CM055

Prevalencia del síndrome metabólico en la esclerosis sistémica

Vera-Lastra OL⁽¹⁾, Peralta-Amaro AL⁽²⁾, Cruz-Domínguez MP⁽³⁾, Medina G⁽⁴⁾, Jara-Quezada LJ⁽⁵⁾

⁽¹⁻³⁾ Departamento de Medicina Interna, ⁽⁴⁾ Unidad de Epidemiología Clínica, ⁽⁵⁾ Dirección de Educación e Investigación en Salud. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza. México D.F.

Resumen: El síndrome metabólico (SM) es conjunto de factores de riesgo que incluye trastornos del metabolismo de la glucosa (diabetes mellitus, glucosa en ayunas alterada e hiperinsulinemia), dislipidemia, obesidad central, hipertensión arterial y disfunción endotelial, entre otros, los cuales conllevan a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. Se vincula desde el punto de vista fisiopatológico con la resistencia a la insulina (RI). La prevalencia del SM de acuerdo a criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la población mexicana es del 13% y se ha estudiado poco en la esclerosis sistémica (ES).

Objetivo: Determinar la prevalencia del SM en la ES.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 55 pacientes con ES (32 limitada y 23 difusa) con edad de 52.4 ± 12.9 años. Se les investigó la prevalencia del SM de acuerdo a criterios de la OMS. Se registraron datos demográficos, antropométricos y presión arterial. Se midieron valores de glucosa, colesterol total, colesterol de alta densidad, triglicéridos e insulina sérica para calcular el HOMA; también se cuantificó proteinuria en 24 horas. Se realizó una curva de tolerancia oral a la glucosa para identificar intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus en aquellos pacientes con glucosa normal en ayuno.

Resultados: La prevalencia de SM fue del 36.4%; no se encontró diferencia en cuanto al sexo o tipo de ES. La diabetes mellitus y la resistencia a la insulina tuvieron asociación significativa con el SM (RM 15.7, IC95% 2.59-95.60,

$p = 0.006$ y RM 8.6, IC95% 2.42-30.96, $p = 0.004$, respectivamente), al igual que la hipertrigliceridemia y el índice cintura/cadera anormal (RM 28.3, IC95% 2.7-289.7, $p = 0.005$ y RM 15.8, IC95% 1.78-140.21, $p = 0.013$, respectivamente).

Conclusiones: En la ES la prevalencia de SM es alta (36.4%) y mayor a la observada en la población mexicana.

(324)

C1-CM056

Tratamiento antioxidante con N-acetilcisteína en esclerosis sistémica: Un estudio prospectivo de 18 pacientes

Cruz-Domínguez MP⁽¹⁾, Montes-Cortes DH⁽²⁾, Vera-Lastra OL⁽³⁾, Barrios-González S⁽⁴⁾, Orozco-Gaytan J⁽⁵⁾, Cruz-Mérida A⁽⁶⁾, Quezada-Bucio H⁽⁷⁾, Olivares-Corichi IM⁽⁸⁾

^(1,3-5) Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret Centro Médico Nacional La Raza, México, D.F., ⁽²⁾ Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, México, D.F., ⁽⁶⁾ Fisiología Respiratoria, Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, México, D.F., ⁽⁷⁾ Radiología, Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret Centro Médico Nacional La Raza, M., ⁽⁸⁾ Departamento de Posgrado e Investigación, Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, México D.F.

Introducción: La terapia antioxidante con acetilcisteína es segura y eficaz para preservar la capacidad vital forzada (CVF) y restablecer la capacidad antioxidante de glutatión (sulfhidrilos) en tejido pulmonar de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática; sin embargo, no ha sido evaluada en fibrosis pulmonar asociada a esclerosis sistémica (ES).

Objetivo: Analizar la eficacia de acetilcisteína para reducir los marcadores bioquímicos de estrés oxidativo, mantener la CVF y reducir el grosor de la piel de pacientes con ES.

Métodos: Se incluyó a 18 pacientes con ES en una cohorte prospectiva. Los criterios de inclusión fueron ES difusa severa con más de tres años de evolución, fibrosis pulmonar y pobre respuesta a tratamiento habitual. A todos se les administró oralmente 1.8 g/día de acetilcisteína, divididos en tres dosis, durante seis meses, adicionado a su tratamiento habitual con bajas dosis de prednisona 10 mg/día y penicilamina 300 mg/día. Se realizó medición basal y a los seis meses de marcadores plasmáticos de estrés oxidativo (malondialdehído, sulfhidrilos y carbonilos) por espectrofotometría, CVF espirométrica y grosor dérmico por ultrasonido 20 Hz en cara, tórax, mano, antebrazo y pierna.

Resultados: La edad de los pacientes (dos hombres y 16 mujeres) fue 52 ± 17 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 7 ± 3.2 años. Las concentraciones de malondialdehído y carbonilos fue más baja después de seis meses de tratamiento con acetilcisteína, pero sólo los sulfhidrilos se redujeron significativamente (4.4 ± 2.89 vs. 1.26 ± 0.84 nmol/mg, $p < 0.001$). Se observó preservación e incluso ligera mejoría en la CVF (2.62 ± 0.77 vs. 2.82 ± 0.71 L, $p = 0.03$). El grosor cutáneo mejoró a los seis meses respecto al basal en antebrazo (de 1.24 ± 0.24 a 1.12 ± 0.25 mm, $p < 0.01$), tórax (de 1.38 ± 0.24 a 1.3 ± 0.22 mm, $p < 0.01$) y pierna (de 1.28 ± 0.17 a 1.2 ± 0.14 mm, $p = 0.03$), pero se mantuvo sin cambios en mano y antebrazo. Seis pacientes ameritaron doble o triple dosis de inhibidores de la bomba de protones por incremento de la sintomatología ácido-péptica, pero no se presentó ningún efecto adverso de gravedad. Durante el seguimiento fallecieron dos mujeres, una en el cuarto mes por complicaciones de infarto al miocardio y otra a los 20 días por deterioro de su clase funcional cardíaca asociado a hipertensión pulmonar. Adicionalmente se observó ganancia de peso corporal de 4.2 ± 2.1 kg a los seis meses de tratamiento.

Conclusión: El tratamiento antioxidante con acetilcisteína es eficaz en ES difusa de larga evolución, a dosis de 1.8 gramos/día adicionado a bajas dosis de prednisona y penicilamina, ya que mejora la CVF, la fibrosis dérmica y disminuye los sulfhidrilos producidos por estrés oxidativo.

(146)

C1-CM057

Concordancia entre el puntaje del HAQ-SSc con la evaluación global de la severidad del paciente de acuerdo al reumatólogo en pacientes con esclerosis sistémica progresiva (ESP)

Villalpando Gómez Y⁽¹⁾, Tejeda Andrade C⁽²⁾, Rocha Muñoz A⁽³⁾, Gámez Nava J⁽⁴⁾, Castro Lizano N⁽⁵⁾, González Lopez L⁽⁶⁾

^(1-3,5-6) Departamento de Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, ⁽⁴⁾ Unidad de Investigación de Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: Pacientes con ESP desarrollan un deterioro importante de su funcionalidad que repercute en actividades de la vida diaria; éste puede ser evaluado con el HAQ-SSc. En términos de validación, este instrumento debe demostrar consistente congruencia con otros considerados en el cuidado clínico.

Objetivo: Evaluar la concordancia del puntaje de HAQ-SSc con la severidad de la enfermedad en la opinión del reumatólogo.

Material y métodos: Se evaluaron 25 mujeres con ESP, en quienes se investigaron variables clínicas y de severidad de la enfermedad. El HAQ-SSc fue evaluado de manera independiente y cegada a la evaluación clínica. El reumatólogo tratante identificó en una escala análoga visual (EVA) de 0-100 mm la severidad global de la enfermedad. Se realizaron comparaciones de medias entre pacientes con deterioro funcional > 0.6 vs. < 0.6 de acuerdo al HAQ-SSc. Finalmente se efectuó una correlación entre variables cuantitativas para identificar aquellas con mayor asociación con el puntaje del HAQ-SSc.

Resultados: La edad promedio fue de 53 años, la duración de la enfermedad fue 16 años ± 12 y un retardo promedio de cuatro años para ser tratada por reumatólogo. Doce pacientes (48%) tenían un puntaje de HAQ-SSc de 0.6 o mayor, mientras cinco de estos tenían un puntaje de 1.2 o más. No hubo diferencias en aquellos con deterioro en el HAQ-SSc (≥ 0.6) comparados con aquellos sin deterioro (< 0.6) en edad (51 vs. 54, $p = 0.7$), el índice de comorbilidad de Charlson (2.17 vs. 1.85, $p = 0.17$), duración de la enfermedad (13 vs. 19 años, $p = 0.16$), escala modificada de Rodnan (13 vs. 19, $p = 0.54$). Hubo diferencia estadística en la severidad de la enfermedad de acuerdo al médico, en aquellos pacientes al HAQ-SSc > 0.6 (46 vs. 29 mm, $p = 0.037$), la severidad de la enfermedad correlacionó significativamente con el puntaje del HAQ-SSc (Rho 0.55, $p = 0.205$), la severidad de la enfermedad de acuerdo al médico correlacionó también con la severidad de la enfermedad percibida por paciente (Rho= 0.43, $p = 0.034$). Otras variables cuantitativas no fueron correlacionadas con el HAQ-SSc.

Conclusiones: El HAQ-SSc guarda una correlación con la percepción de la severidad de la enfermedad de acuerdo al reumatólogo tratante; sin embargo, ambos índices en conjunto con la percepción de la severidad descrita por el paciente son independientes y se sugiere que estos índices sean aplicados al paciente con ESP para describir mejor el impacto de la enfermedad.

(107)

C1-CM058

Esclerosis sistémica en hispanos del caribe. Reporte de 17 casos y revisión de la literatura

Loyo E, Then J, Tineo C, Guzmán K, Rozón D

Hospital Regional Universitario José M Cabral y Báez

Introducción: La esclerosis sistémica (SSc) es una enfermedad autoinmune multisistémica. Se clasifica en esclerosis sistémica cutánea difusa (dcSSc) y esclerosis sistémica cutánea limitada (lcSSc). Es notable la variabilidad en sus características epidemiológicas, espectro de presentación clínica, evolución y pronóstico.

Objetivos y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal de 17 casos de SSc captados en un hospital de República Dominicana, comparados con hallazgos descritos en la literatura médica. Se incluyen pacientes que cumplen diagnóstico de SSc de acuerdo a parámetros establecidos por el Colegio Americano de Reumatología y aquellos con cualquier subtipo de SSc acompañada de otra enfermedad del tejido conectivo. Se excluyen casos con esclerodermia localizada tipo morfea y en coup d'sabre.

Resultados: Ocho pacientes tenían dcSSc, seis lcSSc y tres enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). El sexo femenino predominó sobre el masculino. Los pacientes con dcSSc eran mucho más jóvenes al momento de inicio que aquellos con lcSSc. El tiempo promedio entre aparición del fenómeno de Raynaud y otro síntoma atribuible a la enfermedad fue de aproximadamente seis semanas en ambos tipos de SSc. La duración de la enfermedad en pacientes con lcSSc fue mucho más prolongada. Cinco pacientes tienen antecedente de exposición a solventes orgánicos. Las cicatrices puntiformes en pulpejos de manos y los síntomas gastrointestinales fueron más comunes en pacientes con lcSSc, mientras que las alteraciones musculoesqueléticas, respiratorias y cardíacas prevalecieron en el grupo con dcSSc. No hubo casos de crisis renal esclerodérmica.

Conclusión: La distribución de frecuencia en la aparición de características clínicas varía en comparación con otros estudios. Se destaca mayor cantidad de casos con dcSSc que con lcSSc, afección visceral temprana, capilaroscopia con patrón de esclerodermia en todos, ausencia de crisis renal esclerodérmica en todos los pacientes y escasez de hipertensión pulmonar en comparación al hallazgo de fibrosis pulmonar y patrón respiratorio restrictivo.

(191)

C1-CMo59

Micofenolato de mofetilo en pacientes con esclerosis sistémica. Un análisis retrospectivo

Avendaño-García A, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Introducción: La esclerosis sistémica es un desorden que resulta en producción excesiva de colágeno y anomalías del sistema inmune. Es un trastorno poco común, con una prevalencia de 50 a 300 casos por millón y una incidencia de 2.3 a 22.8 casos por millón al año.

A la fecha no existe ningún tratamiento que haya demostrado ser eficaz para modificar la historia natural de la enfermedad; el manejo actual se divide en antifibróticos (colchicina, D-penicilamina), tratamiento de las complicaciones vasculares (calcioantagonistas, antiagregantes plaquetarios) e inmunosupresores.

El micofenolato de mofetilo (MMF) inhibe la síntesis de novo de las bases purínicas, interfiere con la activación de linfocitos T y B y se ha mostrado que posee actividad fibrótica directa. Desde el 2001 se han publicado estudios sobre su uso en esclerosis sistémica con resultados que sugieren beneficio en la afección pulmonar y cutánea.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo de los casos de esclerosis sistémica tratados en nuestro servicio con el objetivo de evaluar su eficacia en las manifestaciones cutáneas y pulmonares.

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica que recibieron tratamiento con MMF a dosis de 2 g cada 24 horas por un periodo de por lo menos seis meses. Evaluamos progresión cutánea con índice de Rodnan y la función pulmonar con pruebas de función respiratoria comparando los valores basales y a los seis meses de uso de micofenolato. Utilizamos el programa SPSS para el análisis estadístico.

Resultados: Se analizaron 10 pacientes del género femenino con una media de edad de 52 años, con duración de la enfermedad de dos a 13 años con tratamiento previo con D-penicilamina y colchicina y progresión de la enfermedad.

La media en la puntuación de Rodnan al inicio del tratamiento fue de 13.4 y a los seis meses de 12.2 ($p = 0.95$); tampoco se observaron cambios significativos al inicio y a los seis meses en cuanto a los valores de CVF con medias de 64.3 y 63.4, respectivamente. ($p = 0.958$).

Conclusión: En este grupo de pacientes con esclerosis sistémica, el empleo de MMF no modificó la función pulmonar ni la afección cutánea. Reconocemos que son limitantes en este estudio su carácter retrospectivo, el que se trata de pacientes de larga evolución y que el tiempo de seguimiento es relativamente corto.

(279)

C1-CMo60

Asociación HLA/esclerodermia en pacientes mestizos mexicanos en el Hospital Juárez de México

Martínez-Noriega J, Barbosa-Cobos R, Vargas-Avilés A, Barrera-Rodríguez A, Delgado-Ochoa M, López-Morales E, Reyes-Marín F, Solórzano-Ruiz J, Lugo-Zamudio G

Hospital Juárez de México

Introducción: Los alelos HLA-DRB1*1101, *1104 se han asociado con esclerodermia en caucásicos y americanos.

Objetivo: Identificar los alelos HLA asociados a esclerodermia en población mestiza mexicana en un hospital de concentración.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. La muestra se integró con pacientes con diagnóstico de esclerodermia de acuerdo a criterios ACR (casos), en el periodo de julio 2009 a julio 2010 y sujetos sanos en protocolo de donación de riñón vivo relacionado (controles), provenientes del laboratorio de histocompatibilidad del Hospital Juárez de México, todos de origen mestizo mexicano. En ambos grupos se determinó HLA con técnica PCR. Se realizó descripción de variables así como análisis estadístico mediante análisis inferencial con estadístico Ji cuadrado entre los alelos HLA y las características clínicas de ambos grupos. Cálculo de razón de momios (RM) considerando los valores con significancia estadística RM - 1 con IC al 95%, $p \geq 0.95$, mediante programa estadístico Epi info versión 3.4.3 y EBM calculator.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes con esclerodermia y 49 sujetos sanos. Los alelos HLA encontrados con mayor frecuencia fueron, en el grupo de casos, HLA- A*0201, DQB1*0501 y *0601, con nueve (50%) pacientes, 10 (55.5%) y 12 (44.44%) respectivamente y en el grupo control, 11 sujetos (22.44%), 14 (28.57%) y 12 (24.48%).

Conclusiones: Estadísticamente no se puede emitir una conclusión; se requiere ampliar la muestra. Sin embargo, destacamos el aumento en la frecuencia de los alelos HLA- A*0201, DQB1*0501 y *0601 como posibles alelos asociados a esclerodermia en mestizos mexicanos.

(96)

C1-CMo61

Certolizumab pegol posee un perfil diferente a los otros anti-FNT, incluyendo golimumab, en diferentes ensayos *in vitro*

Fossati G⁽¹⁾, Nesbitt A⁽²⁾, Bierschwale H⁽³⁾

(1-2) Nuevas Medicinas, UCB, Slough, Reino Unido, (3) Director Médico UCB México y América Latina

Introducción: Se han comparado previamente las actividades de los anti-TNF, certalizumab pegol (CZP), etanercept (ETA), infliximab (IFX) y adalimumab (ADA), en una serie de ensayos *in vitro*.¹ El CZP es el único anti-TNF Fab pegilado, mientras ETA es una proteína de fusión con un Fc IgG1, y tanto IFX como ADA son anticuerpos con un Fc IgG1. Golimumab (GLM) es otro inhibidor de TNF monoclonal IgG1 que ha sido recientemente aprobado para diversas indicaciones, por lo que es de interés el evaluar la actividad *in vitro* de GLM. Los ensayos *in vitro* utilizados anteriormente fueron el bioensayo L929 de neutralización de TNF, la inhibición de producción de citocinas por los monocitos mediada por LPS, la inducción de apoptosis en linfocitos y monocitos activados, y la inducción de necrosis en neutrófilos. Se cree que los últimos tres efectos están mediados por señalización a través del TNF de membrana.

Objetivo: Comparar la actividad de CPZ con los otros anti-TNF, incluyendo GLM, en una serie de ensayos *in vitro*.

Métodos: Se evaluó la neutralización del TNF humano en el bioensayo L929 usando un rango de concentraciones de los anti-TNF y una concentración fija de TNF (100 pg/mL). Se evaluó la actividad de los anti-TNF para inhibir la secreción de IL-1 β por monocitos mediada por LPS, incubando monocitos de sangre periférica con diferentes concentraciones de anti-TNF durante una hora y lavando después las células. Se agregó LPS durante cuatro horas, se recogieron los sobrenadantes y se midieron los niveles de IL-1 β por ELISA. Para evaluar la inducción de apoptosis, se activaron linfocitos de sangre periférica por dos días con 2 μ g/mL de CD3/CD28 y los monocitos con 300 U/mL IL-4 y GM-CSF por tres días. El efecto de los anti-TNF sobre los niveles de apoptosis fueron luego evaluados por tinción con Anexin V y utilizando citometría de flujo 24 horas después. El efecto de los anti-TNF sobre la necrosis de neutrófilos se determinó midiendo la liberación de mieloperoxidasa después de 12 horas. Se utilizó un control pareado isotipo para todos los ensayos, excepto para el bioensayo L929.

Resultados: La actividad de neutralización IC₅₀ de los anti-TNF en el bioensayo L929 fue de 0.3 ng/mL para ETA, 4 ng/mL para GLM, 15 ng/mL para ADA y 20 ng/mL para IFX, comparados con 2.5 ng/mL para CZP. El CPZ fue el inhibidor más potente de la secreción de IL-1 β mediada por LPS (IC₅₀ ~0.1 ng/mL), seguido por GLM (20 ng/mL) e IFX (50 ng/mL). GLM, ADA, IFX y ETA indujeron apoptosis de monocitos y linfocitos en un grado similar, alcanzando un nivel de 23%, y cerca de 40% a 100 μ g/mL, y ETA 48%. El CPZ no aumentó los niveles de necrosis por encima de los niveles del control.

Conclusión: La bioactividad de las moléculas IgG1 GLM, IFX y ADA para neutralizar el TNF humano fue inferior a la de CPZ y ETA. El CPZ, único anti-TNF pegilado, tiene un perfil diferente a los otros anti-TNF: Fue el más potente para inhibir la producción de IL-1 β por monocitos mediada por LPS, no indujo apoptosis de monocitos y linfocitos activados, y no causó necrosis de neutrófilos. La relevancia clínica de estos efectos *in vitro* es desconocida. Sin embargo, estos ensayos demuestran interesantes diferencias *in vitro* entre los anti-TNF.

Referencia:

1. Nesbitt A, et al. *Inflamm Bowel Dis* 2007;13:1323-1332.

(287)

C1-CM062

Polimorfismo R577X en el gen de alfa actinina 3 (ACTN3) en población mestiza mexicana

Martín Márquez BT⁽¹⁾, Petri M⁽²⁾, Enciso Amoros EA⁽³⁾, Corona Sánchez EG⁽⁴⁾, Sandoval García F⁽⁵⁾, Salazar Paramo M⁽⁶⁾, Dávalos Rodríguez I⁽⁷⁾, Vázquez del Mercado Espinosa M⁽⁸⁾

(1-5,8) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, (6) Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Centro Médico de Occidente, IMSS, (7) Instituto de Genética Humana, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: El gen alfa actinina 3 (*ACTN3*) se encuentra localizado en el cromosoma 11 q13.2 y codifica para una proteína de 901 aminoácidos presente en las fibras musculares tipo II, conocidas como fibras rápidas. Su función es la de proveer un soporte estructural para la transmisión de la fuerza durante la contracción muscular a lo largo de la banda Z, mantener el orden de los miofilamentos y coordinar su contracción. Se ha encontrado que la deficiencia de la proteína ACTN3 está relacionada con la presencia del polimorfismo R577X en el exón 16, el cual tiene como consecuencia la formación de un codón de paro prematuro [CGA que codifica para arginina (R) y cambia por TGA que codifica para codón de paro (X)] en la posición 577 de *ACTN3*. Estos cambios en los aminoácidos dan como resultado la deficiencia en la proteína, la cual se ha evidenciado en el 16% de la población mundial y ha sido relacionada con mayor resistencia al ejercicio en atletas. Hasta el momento se desconoce cuál es la frecuencia genotípica (FG) y alélica (FA) de este polimorfismo en la población mestiza mexicana.

Objetivo: Determinar la FG y FA del polimorfismo R577X en población abierta mestiza mexicana.

Metodología: Se estudiaron 47 individuos normales (18 hombres y 29 mujeres) con edades entre los 19 y los 64 años. Se les realizó la genotipificación para el polimorfismo R577X de *ACTN3* mediante el método de PCR-RFLP utilizando la enzima de restricción *Dde*I. Los genotipos se visualizaron en geles de poliacrilamida al 6% teñidos con nitrato de plata.

Resultados: La población estudiada se encontró en equilibrio de Hardy-Weinberg. Las frecuencias genotípicas del polimorfismo R577X fueron: 15% (R/R), 45% (R/X) y 40% (X/X) y las frecuencias alélicas fueron 37% (R) y 63% (X).

Conclusiones: Se describe por primera vez el comportamiento de la distribución genotípica y alélica para el polimorfismo R577X del gen *ACTN3* en individuos mestizos mexicanos originarios del centro y occidente del país. Se encontró que dichas frecuencias poseen similitud con las reportadas en la literatura para la población japonesa.

(307)

C1-CM063

Estudio de prevalencia de enfermedades musculoesqueléticas en el Estado de Sinaloa con la metodología COPCORD

Maradiaga-Ceceña MA⁽¹⁾, Zamudio-Lerma JA⁽²⁾, Cardiel-Ríos MH⁽³⁾, Goycochea-Robles MV⁽⁴⁾, Peláez-Ballestas I⁽⁵⁾

(1-2) Departamento de Reumatología, Hospital General de Culiacán, S.S.A., Dr. Bernardo J. Gastélum, Culiacán, Sin., (3) Departamento de Reumatología del Hospital General, S.S.A. Morelia, Mich. (4) Unidad de Investigación del Colegio Mexicano de Reumatología, México, D.F. (5) Departamento de Reumatología, Hospital General de México, S.S.

Introducción: En diversas regiones de México se han realizado estudios con el fin de conocer la prevalencia de la patología musculoesquelética (ME), utilizando el cuestionario COPCORD, ya que los datos estadísticos son escasos en nuestro país.

Objetivo: Establecer la prevalencia de la patología ME y reumática en el medio rural y urbano del Estado de Sinaloa, a través del empleo del cuestionario COPCORD.

Método: Estudio descriptivo, transversal, analítico, de base comunitaria, con muestreo mixto, multietápico, sin reemplazo, en el que se aplicó un cuestionario domiciliario a sujetos > 18 años de edad, con encuestadores entrenados, eligiendo para valoración por médico general y confirmación

diagnóstica por un reumatólogo certificado a aquellos con dolor no traumático durante los últimos siete días.

Resultados: Se analizaron 4 879 pacientes (2814 mujeres, 57.58%); la edad promedio fue de 41.7 ± 16.5 . El 4.77% era analfabeta, 25.06% alcanzó estudios de secundaria y preparatoria y 22.1% licenciatura. El 39.06% percibe ingresos mensuales < \$2,598.00 y el 48.53% reportó ingresos de \$5,196.00. El 9.79% admitió haber tenido dolor ME en los siete días previos a la entrevista. Cuando se excluyó el traumatismo la prevalencia fue de 8.36%, historia de dolor ME 10.67% (521). El promedio de EVA de dolor al momento de la evaluación fue de 6.3 ± 2.3 . En cuanto a la limitación, el 8.3% (64) la refirió en el momento de la aplicación, 15.25% (117) en el pasado y 76.40% (586) dijo nunca haber estado limitado; 530 (10.86%) toman algún medicamento para el dolor, 82% prescrito por médico. De los sujetos, 559 (11.45%) presentaban algún trastorno ME o reumático; los diagnósticos fueron: osteoartritis (23.61%), artritis reumatoide (14.3%), espondilitis anquilosante (6.97%), síndromes de dolor regional apendicular (9.8%), malestar ME (13.05%), osteoporosis (3%), LES (0.35%), gota y fibromialgia (0.53%).

Conclusión: La prevalencia de padecimientos ME y reumáticos en el Estado de Sinaloa fue del 11.84%. Se propone conjuntar los resultados de esta base poblacional con los de las regiones del Norte, Centro y Sur para contar con estadísticas de prevalencia reales de nuestro país.

(102)

C1-CMo64

Frecuencias y tendencias de enfermedades reumáticas (ER) en pacientes de primera vez. Análisis de 5 años (2005-2009) y proyecciones al 2012 en una zona metropolitana de la Cd. de México

Cervera Castillo H⁽¹⁾, Torres Caballero V⁽²⁾⁽¹⁾ Hospital General Regional No. 25, ⁽²⁾ Unidad de medicina Familiar No. 35

Introducción: El crecimiento poblacional, la concentración urbana y la transición demográfica en México, impactan la demanda de servicios médicos. Ante estos fenómenos la reumatología adquiere una relevancia inédita. El conocimiento sobre la demanda de atención reumatológica (DAR) es total, a fin de implementar las políticas en salud necesarias para enfrentar la creciente demanda especializada.

Objetivo: Determinar la frecuencia de ER de primera vez durante cinco años (2005-2009) y proyectar la DAR de primera vez al 2012 en una zona metropolitana de la Cd. de México.

Métodos: Se revisaron las referencias atendidas por un servicio de reumatología de una zona metropolitana de la Cd. de México durante cinco años (2005-2009). Los diagnósticos emitidos se registraron y agruparon en categorías: Osteoartritis (OA), osteoporosis (OSP), artritis reumatoide (AR), enfermedades reumatológicas autoinmunes (ERA), reumatismo regional (RR), fibromialgia (FM), otras enfermedades con manifestaciones reumatológicas (OEMR), espondiloartropatías (ESP), enfermedades por depósito de cristales (EPC) y misceláneas (MC). Se calcularon frecuencias, porcentajes y para las proyecciones se aplicó el método de mínimos cuadrados.

Resultados: Un total de 4,481 referencias fueron atendidas; la distribución por años fue la siguiente: 465 (10.37%) en 2005, 670 (14.95%) en 2006, 941 (20.99%) en 2007, 1078 (24.0%) en 2008 y 1,327 (29.61%) en 2009. Las principales causas de demanda de atención fueron OA, OSP y AR, con las siguientes frecuencias y porcentajes: En 2005: 245 pacientes (52.6%), 60 (12.9%) y 21 (4.5%), en 2006: 342 (51%), 87 (12.98%) y 61 (9.1%), en 2007: 530 (56.3%), 150 (15.9%) y 58 (6.16%), en 2008: 455 (42.2%), 186 (17.2%) y 160 (14.8%), y en 2009: 537 (40.4%), 231 (17.4%) y 215 (16.2%), respectivamente. Las proyecciones en la DAR general de primera vez para los años 2010, 2011 y 2012 son: 1535, 1748 y 1961 pacientes respectivamente

y para las tres principales causas de DAR de primera vez: OA: 630, 700 y 770, OSP: 275, 319 y 363, AR: 189, 218 y 246 pacientes respectivamente.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra y proyecta el incremento en la DAR de primera vez. La revisión de las políticas de las Instituciones de Salud en México es necesaria a fin de crear la infraestructura y recursos humanos suficientes para enfrentar la DAR ante las nuevas condiciones demográficas.

(77)

C1-CMo66

Azatioprina contra micofenolato en el mantenimiento de la remisión de nefropatía lúpica proliferativa (NLP)

Medina Flores A, Andrade Ortega L

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Introducción: Una manifestación seria en lupus eritematoso sistémico es la nefropatía lúpica (NL), la cual ocurre en dos tercios de los pacientes en algún momento de la enfermedad. El manejo de la NLP se divide en dos fases: Inducción de la remisión y mantenimiento. Diversos estudios apoyan el uso de ciclofosfamida (CF) o micofenolato de mofetilo (MFM), para inducir la remisión y de CF, MFM o azatioprina (AZA) para mantener la remisión de la NL en pacientes mexicanos.

Métodos y resultados: Se realizó un estudio clínico retrospectivo, observacional con pacientes de todas las edades, de la consulta de reumatología atendidos en nuestro hospital de Diciembre 2000 a Diciembre 2008, con diagnóstico de NLP por biopsia renal, inducción exitosa de la remisión con CF y mantenimiento de remisión con AZA o MFM. Evaluamos tiempo libre de recaídas, características de las mismas, durante un periodo de seguimiento de ocho años. Se realizó análisis paramétrico y no paramétrico de resultados en un programa estadístico (SPSS-16). Evaluamos a 16 pacientes con NLP que lograron remisión con esquema de CCF. La edad promedio fue de 40.25 años; 93.8% ($n = 15$) mujeres y 6.3% ($n = 1$) hombres. Tratados con AZA 56.3% (9) y con MFM 43.8% (7). Se observó recaída en 55.6% (5) de los tratados con AZA y en 42.9% (3) con MCF. La recaída total, con ambos tratamientos fue del 50%, con una densidad de incidencia a ocho años de seguimiento del 18% para AZA y 19% para MFM. El tiempo de recaída promedio con ambos tratamientos, comparados con curvas de Kaplan Meier y prueba de t con valor $p = 0.05$, fue similar (36 meses).

Los resultados de nuestro estudio son similares a los reportados en la literatura internacional. No se hallaron diferencias entre AZA y MFM para mantener la remisión de la NL; el porcentaje y tiempo de recaída fue similar en ambos grupos con un periodo significativo de seguimiento.

Conclusión: A pesar de ser un grupo pequeño de estudio, los resultados sugieren que ambos tratamientos son adecuados para mantener la remisión de la NL.

(157)

C1-CMo67

Enfermedad de Behçet y aneurismas de las arterias pulmonares. Presentación de un caso clínico

Mandujano A, Silveira LH, Zamora K, Rodríguez-Almendros NA, Meave A, Canseco L

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es un padecimiento inflamatorio sistémico, con afección mucocutánea, oftálmica, neurológica y vascular; tiene alta prevalencia en Turquía, pero es infrecuente en México.

Caso clínico. Masculino de 29 años, originario de México D.F. Inició en febrero de 2009 con trombosis venosa profunda (TVP) del miembro pélvico izquierdo (MPI). En noviembre presentó disnea y hemoptisis; una angiogramografía, mostró tromboembolia pulmonar, TVP en MPI y un trombo en el ventrículo derecho (VD). Fue referido a nuestro hospital, donde se solicitó nuestra valoración. Al interrogatorio refirió úlceras orales desde la infancia (múltiples, dolorosas, que no dejaban cicatrizar), antecedentes de úlceras escrotales, fatiga, diaforesis y pérdida de peso de 14 kg. A la exploración se documentaron úlceras en la mucosa oral y en el escroto. La angiografía magnética mostró aneurismas gigantes con trombos murales de la arteria pulmonar y sus ramas. Una tomografía por emisión de positrones (PET) fue positiva para actividad metabólica inflamatoria en la arteria pulmonar y sus ramas.

Se diagnosticó EB con base en la edad, así como la presencia de úlceras crónicas en la cavidad oral y en los genitales, trombosis (TVP, VD) y aneurismas de la arteria pulmonar y sus ramas.

Los aneurismas de la arteria pulmonar representan una de las lesiones características, pero raras, de la EB y son la causa principal de muerte. Se observan principalmente en hombres jóvenes y en asociación a TVP de las extremidades inferiores. En el tratamiento de los aneurismas se recomienda la combinación de glucocorticoides y ciclofosfamida, pero no la anticoagulación. La cirugía se asocia a altas tasas de mortalidad y recurrencia, por lo que se reserva para casos de hemoptisis masiva.

En este caso se optó por manejo médico por el riesgo quirúrgico. Se inició prednisona (1 mg/kg/día) y ciclofosfamida IV (750 mg/mes). El fallecimiento del paciente ocurrió de manera extrahospitalaria en mayo de 2010. Aunque no se conoce la causa, existe la probabilidad de ruptura de alguno de los aneurismas.

Conclusión: Se presenta un caso de EB, que tuvo una complicación característica pero rara, que constituye una de las principales causas de muerte en estos casos.

(304)

C1-CMo68

Síndrome de Hoffmann, diagnóstico diferencial de miopatía inflamatoria; reporte de caso

Aranda-Pereira P, Meléndez Mercado C, Jaimes-Hernández J, Mendoza Fuentes A

Centro Médico, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios

Femenino de 35 años, antecedente de carga genética para DM2 e hipertensión, tabaquismo positivo. Con diagnóstico de diabetes autoinmune desde hace 10 años tratada con insulina rápida, enfermedad de Addison hace un año tratada con fludrocortisona y prednisona. En julio de este año, suspende esteroides por decisión propia, presentando tres días después cuadro de astenia, adinamia, náuseas; dos días más tarde evacuaciones semilíquidas abundantes en número de ocho por día, mareo y disminución del estado de alerta, lo que motivó la consulta a urgencias de nuestro hospital. Al ingreso se detecta hipotensión, hipoglucemia (50 mg/dL) hiponatremia y discreta hipercalemia, estableciendo diagnóstico de crisis suprarrenal. Se reinicia terapia con hidrocortisona. Al día siguiente desarrolla hiperglucemia y cuadro de cetoacidosis, fiebre (hasta 38°C) acompañada de tos en accesos y dificultad respiratoria progresiva. Además, se advierte disminución de la fuerza muscular generalizada y asociado al problema respiratorio se precisó apoyo mecánico/ventilatorio.

La radiografía de tórax mostró infiltrado intersticial difuso bilateral parahiliar, además de zona de consolidación basal izquierda; el ecocardiograma reportó disfunción ventricular, sin dilataciones ni datos de necrosis, con FE

de 30%, estableciendo Dx de disfunción miocárdica por sepsis, asociado al proceso infeccioso neumónico. Requirió apoyo con inotrópicos, teniendo respuesta favorable, pero requiriendo del apoyo ventilatorio, con persistencia de debilidad generalizada con acentuación en segmento proximal de extremidades. CK total 1890 mg/dL con fracción MB normal, TGO 1331 mg/dL, TGP 1280 mg/dL, LDH 645 mg/dL.

Se realiza biopsia muscular que reporta infiltrado inflamatorio linfocitario y polimorfonuclear con afección perivascular. La paciente recibió tratamiento con antibióticos, gammaglobulina y pulsos de metilprednisolona, teniendo respuesta parcial al tiempo que se reporta perfil tiroideo con T3 y T4 normales, TSH suprimida, anticuerpos antitiroglobulina, antiperoxidasa y anti-GAD positivos. Los antinucleares negativos. Con base en ello se establece el diagnóstico de síndrome poliglandular autoinmune. Se agrega al manejo levotiroxina, con lo que presenta mejoría.

El síndrome de Hoffmann es una miopatía asociada a hipotiroidismo, que puede presentar elevación de enzimas musculares y cambios histológicos similares a las miopatías inflamatorias. El diagnóstico se establece por electromiografía, ya que no presenta los cambios característicos de miopatía inflamatoria.

(7)

C1-CMo69

Síndrome hemofagocítico, aplasia medular y sepsis asociada a la administración de tocilizumab. Reporte de un caso

Deleze Hinojosa M, Montero Luna M

Hospital Ángeles Puebla

Introducción: El tocilizumab es un anticuerpo monoclonal inhibidor del receptor de interleucina 6 (IL-6) desarrollado para el tratamiento de la artritis reumatoide severa y recientemente comercializado en México.

Objetivo: Reportar un caso de artritis reumatoide que presenta un cuadro infeccioso severo, síndrome hemofagocítico, aplasia medular y muerte a los 24 días de la primera aplicación de tocilizumab.

Caso: Mujer de 81 años de edad con hipertensión arterial de 10 años de evolución controlada con losartan y el antecedente de haber presentado hacia dos años sangrado de tubo digestivo alto por gastritis erosiva. Inició su padecimiento cuatro meses antes con poliartalgias y poliartrosis de pequeñas y medianas articulaciones, rigidez matutina de dos horas, encontrándose en clase funcional III. Se le había dado tratamiento con prednisona 10 mg y diclofenaco sin presentar mejoría de su sintomatología articular, refiriendo únicamente manifestaciones de gastritis medicamentosa. A la EF se detectó palidez de tegumentos, normotensión, sinovitis en muñecas, articulaciones MCFs, IFPs con imposibilidad para hacer el puño, dolor en ambos codos, rodillas, tobillos y articulaciones MTFs. Exámenes de laboratorio cinco días después de haber sido vista por primera vez en la consulta: BH con Hb de 11.2 g/dL, leucocitos y plaquetas normales, factor reumatoide negativo, PCR 48 mg/L, VSG 51, aminotransferasas normales. DAS 7.4. Sangre oculta en heces en tres muestras. Se hizo endoscopia gastroesofágica descartando sangrado de tubo digestivo alto encontrando únicamente gastritis y úlceras en fase de cicatrización. La rectosigmoidoscopia reportó sangrado por hemorroides. Se inició tratamiento con metotrexate 10 mg, ácido fólico y tocilizumab 400 mgs IV. A los 18 días se hospitalizó en la UCI por presentar neumonía de focos múltiples, choque séptico, insuficiencia renal aguda con creatinina de 6.8 mg/dL, BH con Hb de 7.9 g/dL, 200 leucocitos, 4,000 plaquetas, aminotransferasas normales. La médula ósea con aplasia medular y síndrome hemofagocítico: Macrófagos con abundante hemofagocitosis y fagocitosis de bacilos gramnegativos. Posteriormente desarrolló síndrome urémico hemolítico y purpura trombocitopénica trombótica. Recibió tratamiento para choque séptico, ventilación mecánica, hemodiálisis, plasmaféresis; sin embargo, su evolución fue mala, falleció a los 24 días de haber aplicado el tocilizumab y haber iniciado metotrexate.

Comentario: Es posible que la paciente haya presentado neutropenia severa con la aplicación de tocilizumab, efecto adverso no frecuente pero que puede llegar a ser grave especialmente en personas ancianas; en este caso condujo a sepsis importante y posteriormente a un síndrome hemofagocítico y aplasia medular que llevó a la muerte de esta mujer de 81 años con artritis reumatoide seronegativa. Probablemente la edad avanzada sería una contraindicación para la aplicación de este anticuerpo monoclonal dirigido contra IL-6.

(203)

C1-CM070

Síndrome de pulmón encogido (SPE) en el lupus eritematoso sistémico: Reporte de un caso

Portela M, Horta-Baas G, Villarreal A, Barile-Fabris L

Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI IMSS

Introducción: Las manifestaciones pleuropulmonares del lupus eritematoso sistémico (LES) son frecuentes (60-80%). Una entidad poco frecuente es el SPE que consiste en disnea inexplicable, volúmenes pulmonares reducidos, elevación de los hemidiafragmas y ausencia de afección del parénquima pulmonar. Se relaciona con afección diafragmática de etiología controversial (miopatía, adherencias pleurales, pleuritis o neuropatía del frénico). No existe un tratamiento estándar; se han utilizado esteroides, inmunosupresores, teofilina y albuterol con eficacia variable, la mayoría con respuesta favorable a prednisona (PDN) 30-60 mg/d. En casos graves ciclofosfamida y azatioprina (AZA). Mejoría clínica en 73% y funcional en 23% a la terapia inicial; el resto mantiene estables sus pruebas de función pulmonar y permanece asintomático. La respuesta puede ocurrir a los pocos días o hasta cuatro años después de iniciado el tratamiento. Sólo se ha descrito una muerte.

Reporte del caso: Mujer de 27 años, con LES desde hace seis años: Artritis, ANA 1:1280, anti-ADN positivo, eritema malar y lupus discoide, úlceras orales y serositis, sin respuesta inicial con AZA y posteriormente micofenolato (MMF). Se administró rituximab 2 g por persistencia de fiebre y artritis con respuesta a los cuatro meses, continuó con PDN 15 mg/día y MMF 1.5 g/día. Ingresó por disnea de medianos a pequeños esfuerzos de dos meses de evolución, dolor pleurítico, artralgiás, disminución del esfuerzo respiratorio. CPK 35 U/L, anti-Ro negativo. Rx: Elevación de ambos hemidiafragmas sin afección del parénquima pulmonar, espirometría con patrón restrictivo grave. TAC: Escaso líquido pleural y atelectasias subsegmentarias en lóbulos inferiores, sin afección del parénquima pulmonar o de la vasculatura. Ecocardiograma sin datos de tromboembolia pulmonar. Presentó respuesta clínica favorable a 30 mg/día de PDN.

Conclusiones: Se describe un caso clásico de SPE, el cual se presentó a seis años del diagnóstico de LES, en una paciente refractaria al tratamiento inicial, lo cual se relaciona con una mayor prevalencia (7%) en comparación de pacientes con buena respuesta al tratamiento (0.5%). El SPE en este caso es probablemente secundario a pleuritis (antecedente de afección pleural, ligero derrame pleural, ausencia datos de miopatía o adherencias pleurales). Presentó mejoría clínica sintomática con el uso de PDN. Este síndrome debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de los pacientes con LES que presentan disnea o dolor torácico, con el fin de lograr su reconocimiento y el inicio o la intensificación del tratamiento, ya que el pronóstico es favorable con la terapia actual.

(123)

C1-CM071

Arteritis de células gigantes y tuberculosis diseminada. Presentación de 2 casos

Flores-Suárez LF⁽¹⁾, Alba MA⁽²⁾, Mena-Madrazo JA⁽³⁾

(1-2) Clínica de Vasculitis Sistémicas Primarias, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (3) Departamento de Geriatria, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Objetivo: Se presentan dos casos de arteritis de células gigantes (ACG) y tuberculosis (TB) diseminada.

Caso 1: Mujer de 72 años quien presentó cefalea, dolor ocular e hipersensibilidad en área temporal. Al mes tuvo neuropatía óptica isquémica anterior izquierda. Referida un mes después de iniciarse prednisona (PDN), se halló VSG alta. Se inició metotrexate como ahorrador de esteroides. Entró en remisión pero al año tuvo recaída con polimialgia reumática (PMR), aumentándose la PDN de 5 a 12.5 mg/día. Tres años después del diagnóstico de ACG, mientras tomaba PDN 1.25 mg/día y MTX 7.5 mg/semana, presentó leucorrea sanguinolenta, pérdida de peso y fiebre. En la revisión ginecológica se halló masa exofítica cervical, la cual al biopsiarse reveló cervicitis granulomatosa, iniciándose tratamiento contra TB con cuatro fármacos. En la evolución se demostraron nódulos pulmonares. Al momento, cuatro meses después de iniciado el tratamiento para TB se mantiene en buenas condiciones, con la ACG en remisión.

Caso 2: Hombre de 75 años en quien se demostró linfadenitis tuberculosa cervical en otro centro. El PPD fue positivo (45 mm) y debido a masas nodulares hepáticas, éstas fueron biopsiadas, demostrándose hepatitis granulomatosa con necrosis caseosa. A raíz de la toxicidad hepática con el esquema habitual, el tratamiento fue con rifampicina, gatifloxacina, pirazinamida y etambutol. Al momento de la demostración de la hepatitis granulomatosa presentó concurrentemente panuveítis bilateral con papilitis grave por lo que se añadió PDN (1 mg/kg/día) con buena respuesta, sin mayor investigación. Una vez completado el tratamiento para TB, el paciente desarrolló, un año después, cefalea y PMR. Se descartó compromiso neurológico por TB; por VSG > 100 mm/h y dolor en área temporal, se hizo biopsia de arteria temporal que mostró arteritis y calcificación de capa media. Se inició PDN a 30 mg/día con mejoría en pocos meses. Ambas patologías se controlaron, pero el paciente falleció tres años después de la ACG por complicaciones infecciosas de la terapia de inducción debida a leucemia mielógena aguda.

Discusión: Se presentan dos casos de ACG y TB, asociación poco frecuente. Ambos tuvieron presentaciones inusuales de TB. La escasez de reportes de esta asociación contrasta con lo visto entre TB y arteritis de Takayasu, similar en clínica y mecanismos fisiopatogénicos a la ACG. También es raro que dada la terapia empleada, que predispone a infecciones, esta asociación no exista con mayor frecuencia particularmente en países subdesarrollados. Es difícil argumentar, sin embargo, que el tratamiento de ACG fue la causa de TB en el primer caso, dadas las bajas dosis de fármacos al momento del desarrollo de TB y en el segundo caso, la TB antecedió la ACG. Ambos casos respondieron de forma satisfactoria a la terapia para cada uno de los padecimientos.

Conclusión: En sujetos de edad avanzada, la TB diseminada debe considerarse en el diagnóstico diferencial de ACG, tanto al inicio como al sospechar recaídas de la ACG dadas las manifestaciones generales e inespecíficas comunes a ambas entidades.

(198)

C1-CM072

Prevalence of Rheumatic/Musculoskeletal Symptoms in a Suburban Community of Northern Mexico: A COPCORD (Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases) Study

Santana S⁽¹⁾, Cardiel M⁽²⁾

(1) Mexican Institute of Social Security Chihuahua; Clinical Epidemiology Research Unit, Chihuahua, Mexico. (2) Secretary of Health General Hospital; Department of Rheumatology, Morelia, Mexico

Introducción: Rheumatic diseases are frequent causes of morbidity, disability, and work absenteeism. However, there is limited data on the occurrence of such disorders in Mexico. The COPCORD questionnaire has been proposed to determine their burden at a community level.

Objetivo: To estimate the prevalence of rheumatic/musculoskeletal symptoms in Aldama, Chihuahua.

Methods: A cross-sectional survey with house-to-house visits using a multi-stage non-probabilistic cluster sampling was carried out from August to November 2007 in a suburban locality situated 25 km northeast from the State capital, which comprised a population of ~10000 inhabitants aged ≥18 years. A total of 2500 adult interviews were conducted by trained personnel using the standardized COPCORD questionnaire.

Results: A total of 1653 questionnaires fulfilled the inclusion criteria for analyses (~16% of the population). Mean ± SD age was 40.4 ± 17 years (females 39.6 ± 17.8; males 41.3 ± 15.7), 56.7% were women, 70.7% married, 55.7% born in the municipality, 20.15% did not have medical insurance, and 58% were working at the time of the interview. Pain within the previous 7 days was reported by 39.5% (95%CI 37.1 - 41.8), with 12.4% (95%CI 10.8.1 - 14.0) lasting more than a year; when trauma was excluded prevalence was 34.5% (95%CI 32.4 - 37.2) and 11.9% (95%CI 10.3 - 13.5), respectively. Mean pain severity in the 0-10 scale was 4.9 (95%CI 4.7 - 5.1) with slight differences by sex (females 4.7, males 5.0; $p = 0.09$). Excluding those with trauma, 25.6 and 7.4% reported the use of medical or alternative treatment, respectively, and 10.2% (n=156) said daily activities were limited by their symptoms. The most common sites of current pain were knees (10.8%), back (9.5%), and hands (5.5%), and the most frequent medical diagnoses recorded were osteoarthritis (27.7%), rheumatoid arthritis (2.4%), fibromyalgia (1.7%), and gout (1%).

Conclusion: Prevalence of rheumatic/musculoskeletal pain in this study (34.5%) was higher than that reported in southern Mexico (23.6%). This is an important health issue among adult population deserving governmental attention.

(93)

C1-CM073

Revisión sistemática de la literatura sobre el uso de inmunosupresores (no biológicos) en las miopatías inflamatorias idiopáticas

Ortiz Villalvazo MA, Melendez F, García de La Torre I

Hospital General de Occidente y Universidad de Guadalajara

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas son un grupo heterogéneo de padecimientos autoinmunes que se caracterizan por inflamación del músculo esquelético. En general se clasifican en tres grupos: Polimiositis (PM), dermatomiositis (DM) y miositis por cuerpos de inclusión (MCI).

Objetivo: En este trabajo revisamos sistemáticamente las publicaciones científicas sobre la eficacia de los inmunosupresores, inmunomoduladores y gammaglobulina intravenosa en el tratamiento de estos padecimientos. Se hizo una búsqueda en las bases de datos PUBMED, EMBASE y OVID, de enero de 1990 a junio de 2010.

Resultados: Se identificaron en total 303 publicaciones de las cuales solamente en 51 se había utilizado alguno de los medicamentos en estudio en un protocolo debidamente diseñado. De estos 51 estudios, siete eran comparativos aleatorizados, cuatro doble ciego, nueve retrospectivos y 31 prospectivos. Por orden de frecuencia los medicamentos que se utilizaron en estos estudios fueron: Gammaglobulina IV en 16, ciclosporina más esteroides en 11, micofenolato de mofetilo más esteroides en siete, combinación de prednisona, azatioprina y/o metotrexato en seis, metotrexato exclusivamente en solo, esteroides solos en dos, ciclofosfamida en dos, clorambucil en uno y antipalúdicos en uno.

Conclusiones: En el 95% de los estudios se menciona el uso de corticoides en dosis altas como primera opción para pacientes con PM y DM; el inconveniente es que un gran número de pacientes son resistentes a estos agentes y que estos además tienen una alta incidencia de efectos adversos. En una segunda etapa se menciona a los inmunosupresores como metotrexato, azatioprina, ciclofosfamida y micofenolato de mofetilo, este último utilizado sobre todo en pacientes con calcinosis. En general, no hubo diferencias significativas en cuanto a la eficacia de estos cuatro medicamentos. La ciclosporina A se ha utilizado como primera línea en casos de neumonitis intersticial, mostrando buena respuesta cuando se administra en etapa temprana. La inmunoglobulina IV junto con los corticoides a dosis bajas tiene una alta tasa de respuesta en un plazo de cuatro a seis meses; sin embargo, no todos los pacientes responden a esta combinación, siendo estos últimos los candidatos para las nuevas terapias experimentales. En la MCI ninguno de los medicamentos anteriormente mencionados fue efectivo para modificar el curso de la enfermedad.

(305)

C1-CM074

Malestares musculo-esqueléticos (MMK) en población mexicana. ¿Se asocia su presentación con la presencia de comorbilidad?

Goycochea-Robles MV⁽¹⁾, Álvarez-Nemegyei J⁽²⁾, Garza-Elizondo M⁽³⁾, Rodríguez-Amado J⁽⁴⁾, Sanín LH⁽⁵⁾, Moreno-Montoya J⁽⁶⁾, Madariaga-Ceceña M⁽⁷⁾, Zamudio-Lerma JA⁽⁸⁾, Espinosa-Cuervo G⁽⁹⁾, Burgos-Vargas R⁽¹⁰⁾, Cardiel-Ríos MH⁽¹¹⁾, Peláez-Ballesteros I⁽¹²⁾

⁽¹⁾ MD MSc Unidad de Investigación, HGR No.1 IMSS. Unidad de Investigación, Colegio Mexicano de Reumatología, México City, ⁽²⁾ MD PhD Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) No.25, IMSS, Mérida, Yucatán, ⁽³⁾ MD-PhD Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, ⁽⁴⁾ Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, ⁽⁵⁾ MD PhD Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, México. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, ⁽⁶⁾ MSc Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, ⁽⁷⁻⁸⁾ Servicio de Reumatología, Hospital General de Culiacán, Secretaría de Salud, Sinaloa, ⁽⁹⁾ Msc UMFRC IMSS. Unidad de Investigación, Colegio Mexicano de Reumatología, México City, ⁽¹⁰⁾ MD. Rheumatology Department. Hospital General de México. Faculty of Medicine, UNAM, ⁽¹¹⁾ MD MSc Hospital General, Dr. Miguel Silvea, Secretaría de Salud, Morelia, Mich; México, ⁽¹²⁾ Hospital General de México. Faculty of Medicine, Universidad Nacional Autónoma de México. Mexico City

Objetivo: Evaluar la asociación entre comorbilidades y la presencia de malestares musculoesqueléticos (MMK) en población mexicana.

Materiales y métodos: Análisis secundario de datos obtenidos en un estudio transversal en cuatro estados del país, (fase 1 del cuestionario COPCORD: *Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases* adaptado y validado en población mexicana). Se identificaron los casos positivos para MMK (dolor en los últimos siete días sin asociación a traumatismos) y la presencia auto-reportada de comorbilidad. Además del análisis descriptivo, se realizó con STATA una regresión logística considerando como variable dependiente la presencia de dolor en los últimos siete días sin trauma y como variable independiente la comorbilidad (con ajuste por edad y género).

Resultados: Se encuestaron 17,565 sujetos, edad promedio: 43.1 años DE 17.3; 60.7% mujeres. El 49.7% (9555) auto-reportó tener al menos una enfermedad: DM 21,709 (9.7%), HAS 2895 (16.4%), cardiopatía 515 (2.9%), insuficiencia venosa 2303 (13.1%), gastritis 3326 (18.9%), ansiedad 912 (5.1), depresión 1144 (6.5%), tabaquismo 1325 (7.5%), alcoholismo 716 (4.0%), obesidad 1664 (9.4%), dislipidemia 1426 (8.1%). De acuerdo al número de comorbilidades, 4421 (25.1%) tenían una comorbilidad, 2459 (14%) dos y 2329 (13%) tres o más. Casos positivos para MMK 4357 (24.8%), de estos 2983 (68.4%) tienen por lo menos una comorbilidad. Al comparar este grupo con aquellos sin dolor en los últimos 7 días: 1913

(43.9%) con una diferencia significativa < 0.01 para DM, HAS, insuficiencia venosa, cardiopatía, gastritis, ansiedad, depresión, tabaquismo, obesidad y dislipidemia, excepto alcoholismo. El análisis de regresión logística reportó OR 1.8 IC95% 1.7, 1.9; < 0.01 , al realizarla por cada entidad: DM2 OR = 1.3 (IC95% 1.1, 1.4; < 0.01), HAS OR = 1.6 (IC95% 1.5, 1.8; < 0.01), cardiopatía OR = 1.7 (IC95% 1.4, 2.8; < 0.01), insuficiencia venosa OR = 2.9 (IC95% 2.6, 3.2; < 0.01), gastritis OR = 2.4 (IC95% 2.2, 2.6; < 0.01), ansiedad OR = 3.6 (IC95% 3.1, 4.2; < 0.01), depresión OR = 3.6 (IC95% 3.2, 4.1; < 0.01), tabaquismo OR = 2.2 (IC95% 1.9, 2.5; < 0.01), obesidad OR = 2.1 (IC95% 1.8, 2.3; < 0.01), hiperlipidemias OR = 1.9 (IC95% 1.7, 2.1; < 0.01).

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de comorbilidad en los sujetos con MMK, con una asociación significativa, lo que obliga a investigar si esta sintomatología es causada por la comorbilidad. Por otro lado, las enfermedades más comunes en sujetos con MMK coinciden con los factores identificados por la OMS como de riesgo para muerte (hipertensión, tabaquismo, hiperglucemia, diabetes, sobrepeso e inactividad física), por lo que es prioritario considerar el manejo integral de todas las entidades que tienen estos pacientes.

(208) C1-CM075

Características clínicas de pacientes con enfermedades reumatológicas ingresados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Coca Pozo R, Arias Delgadillo C, Venzor Castellanos J, Guillen Austria N, Rodríguez-Henríquez, Pedro J

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Antecedentes: Las enfermedades reumatológicas tienen una incidencia estimada de 90 por 100.000 personas y una prevalencia del 3% en la población general. Del 10 al 25% de estos pacientes que llegan a urgencias requieren hospitalización y hasta un tercio de estos deben ser ingresados a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los motivos pueden ser varios, entre de los reportados en la literatura las infecciones severas son la causa más frecuente aunque en la mayoría de los pacientes más de dos factores coexisten y la complejidad del problema de estos pacientes plantea un desafío al médico especialista. Así la tasa global de mortalidad oscila entre el 30 y el 60% en todos los estudios reportados.

Objetivos: Describir las características clínicas identificando motivos de ingreso, la enfermedad reumatológica más frecuente, su evolución, necesidad de apoyo intensivo y desenlace.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, abierto y transversal. El tamaño de la muestra abarcó a 32 pacientes con patología reumatológica admitidos a la UCI de enero 2005 a diciembre 2009, de los cuales fueron 10 hombres y 22 mujeres, con edades comprendidas entre 17 y 77 años con una mediana de 35 años. Para la caracterización de la población se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Las enfermedades más frecuentes fueron lupus eritematoso sistémico (LES) 14 pacientes (43.7%), síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) nueve (28.1%), artritis reumatoide (AR) seis (18.75%), vasculitis en general cinco (15.6%), dermatomiositis dos (6.25%), otras un paciente (3.1%); en varios casos coincidieron el LES y el SAF. El motivo de ingreso más frecuente fue infección en 21 casos (63.6%), complicaciones y actividad de la misma enfermedad reumática en 15 (45.5%). La mortalidad fue de 13 pacientes (39.4%), APACHEII promedio para defunción fue de 26 puntos y para sobrevivientes 16.15 puntos.

Conclusiones: El LES, el SAF y la vasculitis fueron las enfermedades reumatológicas más comunes en pacientes ingresados en la UCI. La mortalidad fue del 39.4%, el índice de gravedad APACHE II > 20 fue predictor de mortalidad y de estancia hospitalaria en pacientes con enfermedades reumatológicas en la UCI. La infección es una causa importante de ingreso a la UCI especialmente asociada a complicaciones y actividad de la enfermedad reumatológica.

(325) C1-CM076

Prevalencia de infecciones virales en pacientes tratados con terapia biológica

Ventura Rios L⁽¹⁾, García M⁽²⁾, Bernard G⁽³⁾, Terán Estrada L⁽⁴⁾, Castro N⁽⁵⁾, Robles San Román M⁽⁶⁾, Meléndez Mercado C⁽⁷⁾, Hernández Quiroz M⁽⁸⁾, Marinas A⁽⁹⁾, Bañuelos D⁽¹⁰⁾, Irazoque Palazuelos F⁽¹¹⁾, Miranda Li-món J⁽¹²⁾, Rojo F⁽¹³⁾, Espinosa Villalpando J⁽¹⁴⁾, Cruz L⁽¹⁵⁾, Lugo Zamudio G⁽¹⁶⁾, Galicia López A⁽¹⁷⁾, Navarro Zarza J⁽¹⁸⁾, Pérez Cristóbal M⁽¹⁹⁾, Díaz González Y⁽²⁰⁾, Bori Segura G⁽²¹⁾, CEBMA⁽²²⁾, Goycochea Robles M⁽²³⁾

⁽¹⁾Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX, ^(2,23)Unidad de Investigación CMR, ⁽³⁾Hospital Civil Guadalajara, ⁽⁴⁾Hospital General de Zona Michoacán, ⁽⁵⁾Hospital Regional de Zona 110 Guadalajara, ⁽⁶⁾Práctica Privada Toluca, ⁽⁷⁾ISSEMYM TOLUCA, ⁽⁸⁾Hospital Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, ⁽⁹⁾HGZ Coahuila, ⁽¹⁰⁾Hospital de Especialidades PUEBLA, ⁽¹¹⁾Hospital de especialidades Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ⁽¹²⁻¹³⁾Práctica Privada, ⁽¹⁴⁾Hospital Regional Cd Reynosa PEMEX, ⁽¹⁵⁾Práctica Privada Cd Reynosa, ⁽¹⁶⁾Hospital Juárez de México, ⁽¹⁷⁾HGZ IMSS, ⁽¹⁸⁾Hospital General de México, ⁽¹⁹⁾Hospital Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, ⁽²⁰⁻²¹⁾Hospital General de Zona 32, ⁽²²⁾Hospital Darío Fernández, ⁽²³⁾Unidad de Investigación Colegio Mexicano de Reumatología

Introducción: No es clara la relación entre infecciones virales y la terapia biológica. Algunos estudios sugieren que la población expuesta a anti-TNF requiere un mayor número de hospitalizaciones debido a infección por herpes zoster que la población general, aunque también se ha observado incremento en el riesgo de este tipo de infección con el uso de FARMES y prednisona.

Objetivo: Estimar la prevalencia de infecciones virales en el registro Biobadamex.

Material y métodos: Del registro Biobadamex se analizaron los casos registrados como infección viral como evento adverso para calcular número de eventos y tasas de incidencia entre la población expuesta a biológicos y el grupo control formado por pacientes con AR. También se aplicó estadística descriptiva.

Resultados: En un total de 1,741 pacientes y 861 eventos adversos registrados se observaron 30 infecciones virales, de las cuales 36% fueron por herpes zoster, 30% infecciones virales del tracto respiratorio, 10% varicela y 6.7% influenza; el 17.3% restante correspondió a otras infecciones. Edad promedio de 48 ± 14 , 87% mujeres, la mayoría con AR (73%) seguida por artritis pso, AIJ y espondiloartropatías. En la **Tabla** se muestra el número de eventos, la tasa de incidencia y el IC al 95%.

Tabla.

Fármaco	Personas-tiempo (días de seguimiento)	No. de eventos	Tasa de incidencia	IC95%
Etanercept	1575.68	11	6.98	6.98-3.86
Infliximab	892.96	10	11.19	11.19-6.02
Adalimumab	522.11	7	13.40	13.40-6.39
Rituximab	416.21	2	4.08	4.80-1.20
Abatacept	109.37	0	0	----
Total	3516.35	30	8.53	8.53-5.96

En el grupo control (2,212.33 años-persona) no se registraron infecciones virales. El 7% de las infecciones fueron graves. Es probable que haya un

subregistro debido a que en algunos casos de infección no se corroboró el agente infeccioso, particularmente los virus que son más difíciles de demostrar; sin embargo, consideramos que los resultados son un buen reflejo de la frecuencia de infecciones virales.

Conclusiones: El número de infecciones virales reportado proporcionalmente en este registro es similar al informado en otros, siendo la infección por herpes zoster la más frecuente e igual el patrón de asociación con los anti-TNF.

(323)

C1-CM077

Ultrasonido musculoesquelético en América: resultados de la encuesta PANLAR-ECOMER

Chávez-López M⁽¹⁾, Moya C⁽²⁾, Pineda C⁽³⁾, Hernández-Díaz C⁽⁴⁾, Solano C⁽⁵⁾, Ventura L⁽⁶⁾

⁽¹⁾ Centenario Hospital Miguel Hidalgo, ⁽²⁾ Práctica privada, ⁽³⁻⁴⁾ Instituto Nacional de Rehabilitación, ⁽⁵⁾ Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, ⁽⁶⁾ Hospital Central Sur de Alta especialidad PEMEX

Introducción: El ultrasonido musculoesquelético (USM) es una técnica de imagen complementaria en la práctica del reumatólogo que ha adquirido mayor difusión en los últimos años. La utilidad de esta herramienta abarca un gran espectro de patologías del aparato locomotor y sirve actualmente en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento en enfermedades como artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, reumatismo extraarticular y vasculitis, entre otras.

Objetivo: Determinar mediante una encuesta el grado de conocimiento sobre aspectos relacionados con la práctica del USM en médicos asistentes al XVI Congreso Panamericano de Reumatología (Chile 2010). Los aspectos considerados incluyeron: Nacionalidad, edad, tipo de práctica (privada, institucional), tutela de residentes en formación, especialista que realiza estudios en el lugar de trabajo, utilidad sobre regiones anatómicas y punciones.

Método: Durante el desarrollo de un simposio del congreso, se solicitó a los médicos contestar la encuesta entregada por escrito llenándola por completo. Las encuestas con datos incompletos no fueron incluidas en el análisis. Los datos fueron analizados por estadística paramétrica.

Resultados: Contestaron la encuesta 58 médicos de 18 países: Argentina (32%), Chile (19%), Colombia (8%), México (8%), Brasil (6%), Venezuela, Ecuador y Bolivia (3% cada uno), El Salvador, Paraguay, Costa Rica, Uruguay, Honduras, Guatemala, Andorra y Estados Unidos (2% cada uno). La edad promedio fue 41.9 - 9.5 años (29-75); 86% eran reumatólogos, 32% reportaron realizar práctica privada/institucional y tener a cargo residentes, 93% consideraron de mucha utilidad a la técnica. Los especialistas que realizaban USM fueron los radiólogos según el 41% de las respuestas y los reumatólogos (22%). La principal causa de no realizar USM fue el difícil acceso a la enseñanza de la técnica (22%) y el costo del equipo (17%). Las regiones donde se consideró más útil su aplicación fueron mano (33%), hombro (29%), rodilla (13%), tobillo (11%), cadera (8%) y codo (7%). Las patologías en las que se consideró más valioso fueron artritis reumatoide (37%), reumatismo extraarticular (28%), enfermedades por cristales (13%), espondiloartropatías (10%), osteoartritis (8%) y vasculitis (4%). El 91% consideró a las punciones guiadas por ultrasonido superiores a las realizadas en forma ciega.

Conclusión: Más reumatólogos en América están en contacto con el USM. Resalta el hecho de que los radiólogos aún superan a los reumatólogos en la realización de estudios. El acceso a la enseñanza y los costos de los equipos son alertas para mejorar y aumentar la difusión y calidad de la instrucción técnica. El nivel de conocimiento sobre la utilidad de la técnica se considera adecuado de acuerdo con los resultados expresados.

(152)

C1-CM078

Utilidad de la ultrasonografía y la radiología en la detección de lesiones de la articulación acromioclavicular en pacientes con osteoartritis

Marín Arriaga N⁽¹⁾, Hernández-Díaz C⁽²⁾, Solano C⁽³⁾, Rodríguez-Henríquez P⁽⁴⁾, Hofmann F⁽⁵⁾, Bernal A⁽⁶⁾, Pineda C⁽⁷⁾, Peña A⁽⁸⁾

⁽¹⁾ Servicio de Radiología, ⁽²⁻⁴⁾ Servicio de Ultrasonido Músculo-esquelético, ⁽⁵⁻⁷⁾ Sub-Dirección de Investigación, ⁽⁸⁾ Servicio de Reumatología. Instituto Nacional de Rehabilitación México D.F.

La acromioclavicular (AC) es una articulación sinovial proclive a las lesiones mecánicas tanto agudas como crónicas, así como a estar afectada en diversos padecimientos reumáticos inflamatorios y degenerativos, presentando cambios morfoestructurales que se manifiestan en el examen clínico y en los estudios de rayos X y ecográfico.

Se realizó un estudio transversal y descriptivo para establecer la asociación de las manifestaciones clínicas, radiológicas y ultrasonográficas de la articulación AC en los pacientes de la cohorte de OA del INR, según criterios de ACR, con dolor cuyo origen sea la articulación AC, confirmado por maniobras clínicas dirigidas (arco doloroso, prueba de aducción horizontal forzada, prueba de aducción forzada con el brazo colgando, prueba de desplazamiento horizontal de la clavícula, prueba de aducción cruzada), radiografía simple en proyección de Zanca y estudio ecográfico dinámico para describir los cambios morfoestructurales de la articulación AC.

Se evaluaron 68 articulaciones AC de 34 pacientes con edad promedio de 62.04 ± 9.0 años, 30 (88.2%) pertenecientes al género femenino y cuatro (11.7%) al masculino. Con las maniobras de exploración física específicas tanto activas y pasivas como dinámicas, 36 (52.9%) articulaciones resultaron dolorosas y 32 (47.1%) no presentaron dolor. La presencia de osteofitos fue la alteración que se observó con mayor frecuencia tanto por el estudio de rayos X como por ultrasonido, 42 (61.8%) y 60 (88.2%) respectivamente, clasificados como pequeños y afectando principalmente al acromion.

El estudio radiológico y el ultrasonido pueden identificar alteraciones morfoestructurales de la articulación AC en los pacientes con OA, siendo el ultrasonido de mayor utilidad para definir dichos cambios. Sin embargo, las alteraciones observadas en la articulación mediante rayos X o ultrasonido no correlacionaron con la presencia de dolor.

(364)

C1-CM079

Utilidad del ultrasonido musculoesquelético (USME) en el diagnóstico de artritis psoriásica

Conteras OJ, Perez CM, Camargo CA, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La artritis psoriásica (APs) ha sido definida como una artritis inflamatoria, usualmente seronegativa, asociada a psoriasis. La APs tiene diferentes presentaciones; Wright describió cinco patrones: Distal, oligoarticular asimétrico, poliarticular similar a artritis reumatoide (AR), con afectación del esqueleto axial y artritis mutilante, asociados a onicopatía, tenosinovitis, entesopatía y afección radiológica. Los criterios de CASPAR son los que han demostrado mayor sensibilidad y especificidad. El USME permite demostrar artritis inflamatoria, entesitis y erosiones articulares; el Doppler poder permite medir el grado de inflamación por lo que puede ser

de utilidad en la evaluación de los pacientes con psoriasis en la detección de artritis inflamatoria.

Objetivo: Evaluar la utilidad del USME en la detección de APs y compararlo con criterios CASPAR.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes del servicio de dermatología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, mayores de 18 años con diagnóstico de psoriasis. Se les aplicaron criterios CASPAR y de manera ciega se les realizó USME con equipo ESAOTE con sonda lineal de 5 a 10 MHz y de 10 a 18 MHz de acuerdo a las guías de EULAR para ultrasonido musculoesquelético, evaluando las siguientes estructuras: Carpos, metacarpofalángicas (MCF), interfalángicas proximales (IFP) y distales (IFD), metatarsofalángicas (MTF), rodillas, tendones flexores de las manos, infrarrotulianos, tibial anterior y posterior, peroneos largo y corto y aquileos, con aplicación de Doppler poder para detectar inflamación.

Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes (14 hombres) con edad promedio de 56.7 años y tiempo promedio de evolución de la psoriasis de 11.2 años. Tres pacientes (15.7%) cumplieron criterios de CASPAR; se encontró distrofia de uñas en tres casos, inflamación articular clínica en cuatro, factor reumatoide negativo en 19 y cambios radiográficos compatibles con APs en tres. Por USME se encontró artritis inflamatoria en siete pacientes (36.8%) con los siguientes datos patológicos: Tendinitis de flexores de manos en tres, erosiones en MCF en cuatro y en IFP en dos, proliferación sinovial en tres, entesitis aquilea en dos, tenosinovitis en tres y señal Doppler positiva en cinco.

Conclusión: Se encontró un porcentaje mayor de artritis inflamatoria por USME, por lo que ésta puede ser una herramienta útil en la detección de artritis inflamatoria en pacientes con psoriasis.

(32)

C1-CMo8o

Contrastación de radiografías manos versus ultrasonido: Estudio preliminar en 30 pacientes

Bañuelos RDD, Sánchez AS, Montiel HA

IMSS, Unidad Médica de Alta Especialidad Puebla

Introducción: Los métodos de imagen no sólo son auxiliares importantes en el diagnóstico y el seguimiento de las enfermedades reumáticas; también sus hallazgos forman parte de los criterios diagnósticos. Una condición importante para su utilidad en diagnóstico y tratamiento es la prontitud con que puedan detectarse hallazgos en partes blandas, óseas y el resto de estructuras que conforman la articulación y su periferia. El ultrasonido articular (USA) ha mostrado beneficios y algunas ventajas al compararse con la radiografía convencional. Sin embargo, la verdadera dimensión y el valor del USA dependerán de su estandarización y del entrenamiento de los operadores.

Objetivo: Contrastar los hallazgos de dos métodos de imagen de manos (RX y USA) en pacientes con artritis reumatoide (AR) de diferentes tiempos de evolución.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 30 pacientes con AR del adulto bajo tratamiento con modificadores de la enfermedad más terapia biológica, cualquier género, que aceptaron realizarse los estudios en forma secuencial el mismo día. Los equipos empleados son institucionales (SIEMENS últimas generaciones) y las imágenes fueron tomadas por personal distinto: USA, médico residente (cuarto año) y Rx, técnico único. Las interpretaciones fueron efectuadas por tres observadores, sin identificación de pacientes o datos adicionales, excepto diagnóstico de envío.

Resultados: Sinovitis, pannus, aumento tejidos blandos y quistes fueron observados sin lugar a dudas en los estudios de USA, lo mismo que erosiones y disminución de tejidos blandos. En las Rx los hallazgos más notables son los correspondientes a hueso y estructura articular, pasando desapercibidos

los que preceden a la consolidación de lesiones que traducen cambios avanzados. Hubo mínimo desacuerdo entre los observadores en Rx; en USA fue del 25%.

Conclusiones: Se confirma la utilidad y superioridad del USA en detección de hallazgos y visualización de cambios en tejidos blandos. La interpretación de los observadores aún debe mejorar.

(88)

C1-CMo81

Infarto agudo al miocardio (IAM) en adolescente con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario (SAAF1°)

Ibarra GE⁽¹⁾, Yañez SP⁽²⁾, Jiménez AS⁽³⁾

⁽¹⁻²⁾Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽³⁾Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: Las manifestaciones cardíacas en pacientes con SAAF1° se encuentran aproximadamente en 40% y la prevalencia de infarto agudo al miocardio (IAM) es de 5 a 15%. El SAAF1° en edad pediátrica es raro y puede ocurrir de forma aislada o en asociación con enfermedad sistémica. El Grupo colaborativo de registro de pacientes pediátricos con antifosfolípidos (The Ped-APS Registry Collaborative Group) tiene registrados a 133 pacientes e informa la presencia de IAM en uno de ellos.

Objetivo: Informamos el caso de una paciente adolescente con IAM asociado a SAAF1°.

Caso clínico: Femenino de 16 años de edad, sin antecedentes de dislipidemia, presenta un mes previo a su ingreso dos episodios de epistaxis; se documenta trombocitopenia de 7 000 plaquetas, se diagnostica PTI y se inicia manejo con PDN 60 mg/día. Dos semanas después experimenta dolor precordial súbito, intenso, acompañado de náuseas, vómito y diaforesis profusa. Ingres a la Unidad de Cuidados Intensivos Coronarios, se encuentra CPK 1186, CPK MB 256, LDH 1111. ECG: Desnivel negativo de ST en cara anterior extensa, ecocardiograma: Hipocinesia generalizada, SPECT de perfusión miocárdica: Infarto anterolateral y apical, gammagrama con talio: Pequeño infarto apical, isquemia inferolateral moderada, fracción de expulsión del 45% con alteraciones de la movilidad. Laboratorio: TP= 12, TTP= 47/34, AL= 3.53 (1.06-1.47), aCL= , IgG= 59.8 U GPL (0-10), IgM= 106.4U MPL (0-7), VDRL= , AAN= 1:64 patrón moteado fino, anti-ADN= negativo, C3= 101 mg/dL (90-180), C4= 16 mg/dL (10-40). Tratamiento: Digoxina, warfarina, prednisona y cloroquina. A 28 meses de seguimiento, la paciente no ha presentado otro evento cardiovascular ni tampoco datos clínicos ni de laboratorio de LES; se mantiene tratamiento con warfarina y cloroquina.

Conclusión: De acuerdo con lo publicado en 2009 por The Ped-APS Registry Collaborative Group, nuestro caso corresponde al segundo paciente con SAAF1° asociado a IAM.

(195)

C1-CMo82

Afección cardíaca y livedo racemoso como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico y SAAF secundario, reporte de un caso

Hadid-Smeke J, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Servicio de Reumatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Femenino de 37 años, nuligesta. Inicia en 2002 con periodos intermitentes de fiebre, taquicardia, insuficiencia cardiaca, siendo diagnosticada en 2007 de endocarditis de válvula aórtica e insuficiencia aórtica severa, con sustitución de la válvula aórtica por prótesis valvular mecánica de hemidisco y manejada con anticoagulación oral a base de cumarínico y β bloqueador. El 28 de julio de 2009 presenta úlceras cutáneas en la región maleolar interna derecha y cara anterior de ambas tibias, así como livedo racemoso en región lateral de los muslos. Valorada por nuestro servicio el 21 de septiembre de 2009 se encontró leucocitopenia, proteinuria de 1.7 g, disminución de la depuración renal, sedimento urinario activo, C3 24 C4 3 (bajo), determinaciones en varias ocasiones de anticuerpos antinucleares negativos y especificidad negativa, anticuerpos anti B2 glicoproteínas IgM positivos (dos determinaciones). Biopsia renal: Glomerulonefritis proliferativa difusa con inmunofluorescencia positiva; biopsia de piel: Endarteritis obliterante con proliferación subendotelial y trombos intravasculares en vasos dérmicos, compatible con livedo racemoso. Se diagnóstica lupus eritematoso sistémico y síndrome de antifosfolípidos secundario. Se inicia tratamiento con prednisona dosis reducción 1 mg/kg/día, micofenolato de mofetilo 2.5 g/día, acenocumarina, ácido acetilsalicílico 150 mg/día. Evolución hacia la mejoría de las lesiones cutáneas con resolución de la leucopenia y normalización del complemento, además de disminución de la proteinuria y sedimento urinario.

La asociación de lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos ocurre en 20 a 30% aproximadamente. Los criterios diagnósticos del síndrome antifosfolípidos son clínicos y serológicos. Esta paciente presentó los serológicos pero no así los clínicos establecidos en los criterios de Sapporo; sin embargo, presentó manifestaciones clínicas comunes y descritas en este síndrome como son úlceras cutáneas en miembros pélvicos, livedo racemoso y valvulopatía aórtica. Esto resalta el que los criterios deben emplearse con fines de clasificación y no de diagnóstico individual. Llama la atención en esta paciente la negatividad persistente de los anticuerpos antinucleares, a pesar de otros datos de lupus eritematoso.

(350)

C1-CM083

Immunoglobulina intravenosa (IgIV) en poliarteritis nodosa (PAN) refractaria a tratamiento convencional

Horta-Baas G, Pérez CM, Zaragoza RI, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La PAN es una vasculitis sistémica necrotizante que afecta arterias de mediano calibre, típicamente sin glomerulonefritis y ANCA negativo; afecta principalmente nervios, músculos, articulaciones, piel e intestino. Sin tratamiento el desenlace es casi siempre fatal. El agente más utilizado es la ciclofosfamida (CFA) y esteroide a dosis altas, con remisión hasta en el 80%; otros tratamientos utilizados son mofetil micofenolato (MMF), azatioprina, infliximab y rituximab con resultados variables. En años recientes se ha demostrado la eficacia de la IgIV en el tratamiento de enfermedades autoinmunes con escasos reportes en pacientes con vasculitis primaria.

Reporte de caso: Hombre de 61 años con diagnóstico de PAN. Su padecimiento inició en agosto de 2007 con pérdida de peso de 10 kg, polineuropatía periférica que impidió la marcha, orquitis, hipertensión arterial, mialgias, artralgias y debilidad en extremidades inferiores, biopsia de nervio sural compatible con PAN. Panel viral para hepatitis B y C y ANCA C y P negativos. Posteriormente presentó afeción del SNC caracterizada por parálisis de III y VI nervios craneales y vasculitis ocular; por resonancia se demostró lesión de pequeños vasos en mesencéfalo ventral. Conducción nerviosa con polineuropatía de las cuatro extremidades. Five Factor Score: 1. Se inició tratamiento con metilprednisolona 1 g/día por tres dosis y CFA seis ciclos mensuales y seis bimestrales de 1 g/m² SC (dosis acumulada de 16 g) y mantenimiento con MMF 2 g/día y prednisona 1.5 mg/kg/día. Mejoró la afeción de SNC pero persistió con dolor neuropático intenso y debilidad en las cuatro extremidades con postración en cama; además, efectos adversos del tratamiento como glaucoma, diabetes e infecciones

respiratorias recurrentes. Posteriormente se inició rituximab 2 g/IV dosis total, PDN 75 mg y MMF 3 g/día, con persistencia del dolor neuropático y de la debilidad en extremidades inferiores con incapacidad para la marcha, además de púrpura palpable y *livedo reticularis*. A los 18 meses del diagnóstico se administró IgIV a dosis de 2 g/kg dividido en cinco días de manera mensual (seis aplicaciones). Presentó disminución progresiva de las lesiones cutáneas, mejoría de la fuerza muscular (inicial grado 2 \geq actual grado 4) y control del dolor neuropático, obteniendo remisión sostenida de la PAN. El mantenimiento actual consiste en prednisona 10 mg y MMF 2 g/día.

Conclusión: La IgIV parece ser útil en pacientes con PAN refractaria a tratamiento convencional. En el caso presentado permitió la reducción del esteroide e inmunosupresor.

(188)

C1-CM084

Síndrome de Churg-Strauss: Presentación de un caso

Rodríguez-Inzunza N, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Femenino de 28 años, alérgica a sulfas, con rinitis alérgica y exéresis de un pólipos nasal en seno maxilar izquierdo en 2002; en 2008 la biopsia de senos paranasales reporta sinusitis crónica. Inicia en enero de 2006 con poliartalgias y poliartrosis de pequeñas y grandes articulaciones por lo que se prescriben antiinflamatorios con mejoría parcial; en marzo se agrega dermatosis localizada en región posterior de ambas piernas y en tarsos, con lesiones color púrpura de 2 a 4 cm y disestesias de extremidades superiores e inferiores con distribución en guante y calcetín. Se detecta eosinofilia de 40% en la biometría hemática y polineuropatía múltiple axonal sensitiva y motora por electromiografía, por lo que se remite al servicio de hematología de este hospital. La evaluación demuestra hipereosinofilia y trombocitosis en el aspirado de médula, biopsia de paladar con eosinofilia extravascular aislada y biopsia de piel con vasculitis leucocitoclástica. Se diagnostica síndrome hipereosinofílico (SHE) variedad linfoide y se da tratamiento con imatinib, prednisona y gabapentina. Dos meses después se suspende imatinib por falla terapéutica y se inicia vincristina y mercaptopurina. En octubre de 2009 es valorada por nuestro servicio. Se corrobora sinusitis, neuropatía y eosinofilia de 28%. Valoración cardiopulmonar normal. En el perfil inmunológico destaca AAN patrón moteado fino, pANCA y cANCA negativos. Se realiza diagnóstico de Churg-Strauss por eosinofilia > 10%, polineuropatía, sinusitis crónica y eosinófilos extravasculares. Se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona (tres) y de ciclofosfamida en dosis de 1 g/m² SC. Posterior a seis bolos de ciclofosfamida se indica azatioprina 150 mg/día. Actualmente la paciente está asintomática, con eosinófilos en sangre dentro de rangos normales.

El síndrome de Churg-Strauss es una vasculitis primaria de pequeños vasos cuya incidencia mundial es muy baja, reportándose 2.5 casos por 100,000 adultos por año. Nuestra paciente presentó las tres fases descritas en la literatura: Prodrómica, infiltración tisular por eosinófilos y vasculitis. En un principio del abordaje diagnóstico, se consideró como SHE variedad linfoide, padecimiento que puede compartir manifestaciones clínicas y patogénicas pero cuyo tratamiento es diferente. Cabe mencionar que a pesar del retraso en el diagnóstico y tratamiento adecuado, la paciente ha respondido de manera favorable.

(346)

C1-CM085

Neuromielitis óptica (enfermedad de Devic) en paciente con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario: reporte de caso

Veloz-Aranda A, Álvarez-Hernández E

Hospital General de México OD

Paciente masculino de 37 años de edad con diagnóstico de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario hace cinco años en base a evento vascular cerebral isquémico en territorio de arteria cerebral media izquierda. Anticardiolipinas: IgG 49 GPL, IgM negativa, anti-β2GPI IgG 19.5 U/mL, IgM 123.6 U/mL, anticoagulante lúpico: screen 40, confirmatorio 75.5, normalizado 1.8, anti-DNAs 38 UI/mL, anticuerpos antinucleares 1:40, anti-Sm negativo. En control desde entonces con anticoagulación con acenocumarina 2 mg/día y ácido acetilsalicílico 100 mg/día.

Ingresó a urgencias por cuadro de ocho horas de evolución con amaurosis súbita acompañada de dolor retroocular de intensidad 5/10 en EVA en ojo izquierdo, cefalea hemisférica izquierda de tipo pulsátil. A la exploración se encuentra fondo de ojo izquierdo con papila con borde nasal borrado, borde temporal elevado, emergencia central de los vasos y relación A:V conservada, con hemorragia en flama en disco temporosuperior. Sin otros datos de afección neurocraneal, de la fuerza o reflejos osteotendinosos, sin nivel sensitivo.

Se realizó resonancia magnética de cerebro, la cual mostró atrofia del nervio óptico derecho y cambios sugestivos de neuritis óptica izquierda con aumento del grosor del nervio y datos crónicos de enfermedad multiinfarto. El servicio de neurología realizó punción lumbar obteniendo LCR con aspecto de agua de roca, con examen citológico y citoquímica de características normales, con determinación positiva de bandas oligoclonales (banda gama de restricción).

Se decidió inicio de pulsos de metilprednisolona, completando 3 g y ciclofosfamida 1 g al término de los mismos.

Evolucionó con mejoría parcial con remisión del dolor y recuperación parcial de la agudeza visual en ojo izquierdo y disminución severa de la misma en ojo derecho, sólo a cuenta dedos.

Se continuó seguimiento y tratamiento en consulta externa con dosis mensual de ciclofosfamida 1 g IV, hasta completar seis bolos, sin cambios en la visión. Se determinaron anticuerpos (ANA, anti-DNAs y anti-Sm negativos) y anticardiolipinas IgG 1.5, IgM negativa.

Se describe caso con impresión diagnóstica de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario, posible síndrome de Devic, con pobre respuesta a tratamiento, ya que se trata de una entidad poco frecuente en pacientes con enfermedad del tejido conectivo del tipo de lupus eritematoso sistémico o del mismo síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, ya sea primario o secundario, y que habitualmente presenta buena respuesta al tratamiento con dosis altas de esteroide.

(8)

C1-CMo86

Tuberculosis peritoneal de difícil diagnóstico en un paciente con artritis reumatoide y tratamiento con adalimumab

Aguilar Domínguez C, Deleze Hinojosa M

Hospital Angeles Puebla

Antecedentes: Masculino de 59 años de edad. AHF: Carga genética para diabetes; abuelo materno con artritis probablemente reumatoide. APNP: Tabaquismo positivo 10 a 15 cigarrillos/día, suspendido hace ocho años. APP: Hepatitis tipo "A", padece enfermedad ácido péptica/ERGE, litiasis renoureteral a los 32 años.

Padecimiento actual: En octubre de 2007 inicia con artritis de rodilla derecha que se autolimita. En enero de 2008 presenta poliartralgias en hombros, carpos, coxofemorales, rodillas y tobillos, seguida de inflamación en manos, rigidez articular matutina, dificultad para hacer el puño, fatiga diurna.

Exploración física: Limitación de los arcos de movilidad en glenohomerales, franca inflamación en muñecas e IFP, derrame articular en ambas rodillas, dolor a la digitopresión de MTF en ambos pies.

Laboratorio y gabinete: (Abril 2008) Factor reumatoide negativo, ácido úrico normal, VSG y PCR elevados. HLA B27 negativo, anti CCP 18.19 (< 5). Gammagrama articular compatible con enfermedad inflamatoria poliarticular.

Diagnóstico: Artritis reumatoide.

Material y métodos: Se inició tratamiento con 1 gr de MP, metotrexato 10 mg/semana, Arava 100 mg por tres días seguido de 20 mg/día, AINE y analgésicos. Sin respuesta al tratamiento inicial se incrementó la dosis de MTX a 15 mg/semana. Falta de respuesta a los cuatro meses persistiendo con franca sinovitis en IFPs, rodillas y dolor intenso en hombros. PPD negativo, Rx de tórax normal. En julio de 2008 se inició adalimumab 40 mg cada dos semanas aunado a MTX 10 mg/semana. Presenta respuesta favorable al mes de tratamiento, asintomático sin datos de inflamación hasta el mes de noviembre de 2009, cuando se presenta con diaforesis profusa nocturna de dos meses de evolución, dolor e infección molar por lo que recibió clindamicina, fiebre de predominio nocturno, dolor abdominal generalizado, disnea de grandes a moderados esfuerzos, negando síntomas articulares. Rx de tórax con derrame pleural derecho, BH normal, PCR 48 g/dL, VSG 25 mm/h. PFH normales, LDH 527 U/L. Toracocentesis con líquido pleural color amarillo turbio, densidad 1.020, pH 8.0, PMN 7%, MN 93%, Leu 1520/mm³, eritrocitos 2750/mm³, proteínas 5.1, glucosa 75.8, LDH 554 U/L. Persiste febril, con diaforesis y aumento del perímetro abdominal. Después de la toracocentesis nuevamente se forma derrame pleural derecho, se repite el procedimiento. Tinción de Gram negativa, KOH negativo, tinta china para criptococo negativo, cultivo de anaerobios negativo, BAAR y PCR para micobacterias negativos. PPD negativo. Dímeros D: 3,872 y 3,181 (0-500), Ca 125: 659 y 710 (0-21), alfa-fetoproteína 2.5 normal, ACE < 0.50 normal, Ca 19-9 < 3.0 normal, hemocultivo negativo. PCR para micobacterias en sangre negativo, anti-ADN negativo. Persiste con fiebre, diaforesis profusa y distensión abdominal. Se decide hacer laparoscopia exploradora.

Biopsia: Peritonitis crónica granulomatosa por micobacterias. Líquido peritoneal: Inflamación crónica granulomatosa, hiperplasia mesotelial reactiva. PCR en tejido peritoneal positiva para *Mycobacterium tuberculosis*.

Discusión: El paciente presentó tuberculosis peritoneal, un sitio de infección extrapulmonar poco frecuente por *M. tuberculosis* secundario al uso de biológicos anti TNF, pese al escrutinio negativo y a la ausencia de factores de riesgo para iniciar tratamiento con este tipo de fármacos. Como se puede apreciar en el abordaje de este paciente, el análisis del líquido pleural con características de exudado de acuerdo a los criterios de Light, no mostró positividad para la infección por *M. tuberculosis*. De acuerdo a la literatura, la tinción de Ziehl-Neelsen ha reportado una baja sensibilidad (0 a 6%). Por otro lado, la utilidad de la PCR en el líquido peritoneal para detectar peritonitis por tuberculosis aún no ha sido bien establecida.

Conclusión: Es imperativo que los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos como los anti TNF, a pesar del adecuado escrutinio, sean sometidos a vigilancia estrecha de las posibles complicaciones infecciosas, teniendo en cuenta que las pruebas convencionales para la detección de *M. tuberculosis* no gozan de una aceptable sensibilidad y especificidad, por lo que en caso de alta sospecha clínica se deberá recurrir al análisis histopatológico mediante biopsia directa del tejido involucrado. Si bien están disponibles otras pruebas diagnósticas de tuberculosis como la adenosina deaminasa, no se cuenta con ésta en muchos centros hospitalarios. El ELIS-POT (T-cell based testing for *Mycobacterium tuberculosis*) aprobado por la FDA ha mostrado resultados prometedores con sensibilidad y especificidad de 94 y 88% respectivamente en algunos estudios; de igual forma no es de fácil acceso en nuestro medio.

(154)

C1-CMo87

Seguridad a largo plazo en pacientes con artritis reumatoide (AR) que reciben cursos repetidos de rituximab. Reporte de 4 casos

Ramos Sánchez MA⁽¹⁾, Aranda Baca LE⁽²⁾, Becerra Márquez AM⁽³⁾, Ortiz Treviño L⁽⁴⁾, Sauza del Pozo MJ⁽⁵⁾, Mejía Holguín Y⁽⁶⁾, Pacheco Terrasas S⁽⁷⁾, García Cervantes ML⁽⁸⁾

Unidad Médica de Alta Especialidad, HE No 25, IMSS Monterrey, Nuevo León

Introducción: La eficacia y seguridad del uso de rituximab (Rtx) en pacientes con AR han sido confirmadas en varios estudios clínicos; sin embargo, la seguridad a largo plazo administrando "cursos repetidos" permanece incierta, debido a los efectos biológicos sobre las células B de memoria y la síntesis de inmunoglobulinas.

Caso 1: Femenino de 38 años con AR desde el 2000. Recibió su primer curso de Rtx (1 g cada 14 días por dos dosis) en 2005. Ha recibido "cursos repetidos" hasta el 2010, con una dosis acumulada de 11 g de Rtx. Nunca ha presentado infecciones serias. BH y niveles de inmunoglobulinas (IgG, M, A, E) normales; CD3 1622, índice CD4/CD8 0.68, CD19 413, CD16 56 288. DAS 28= 1.6 y HAQ= 0.5.

Caso 2: Femenino de 41 años con AR desde 1999. Ha recibido "cursos repetidos" de Rtx desde el 2005 con una dosis acumulada de 10 g. BH y niveles de inmunoglobulinas normales; CD3 2482, índice CD4/CD8 3.3, CD19 252, CD16 56 220. DAS 28=3.5 y HAQ=0.6.

Caso 3: Femenino de 41 años con AR desde el 2002. Ha recibido "cursos repetidos" de Rtx con una dosis acumulada de 10 g hasta la fecha. BH y niveles de inmunoglobulinas normales. DAS 28= 2.4 y HAQ= 0.5.

Caso 4: Femenino de 45 años con AR desde el 2001. Hasta el 2010 tiene una dosis acumulada de 6 g de Rtx. Nunca ha presentado infecciones serias. BH y niveles de inmunoglobulinas normales; CD3 3392, índice CD4/CD8 1.2, CD19 1, CD16 56 249. DAS 28= 1.2 y HAQ= 0.

Conclusiones: Parece ser segura la exposición prolongada de las células B al rituximab en pacientes con AR.

(121)

C1-CMo88

Efectos secundarios de la terapia biológica en artritis reumatoide psoriasis bullosa, reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Herrera JB

Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE

Femenino de 54 años con antecedente de artritis reumatoide de dos años de evolución en Tx con FARMIE presentando toxicidad a los mismos, iniciándose terapia biológica con Enbrel con buena respuesta y criterios de inactividad de la enfermedad por espacio de un año. Presenta lesiones eritematoescamosas con formación de ampollas en manos, tórax y cuero cabelludo; se realiza biopsia de piel encontrándose datos de psoriasis, se inicia manejo para la misma con mejora de la sintomatología. Se hace descripción del caso y revisión de la bibliografía.

(281)

C1-CMo89

Cirugía de bypass gástrico en pacientes con artritis reumatoide (AR)

Aranda Baca LE, Ramos Sánchez MA, Sauza Del Pozo MJ, Becerra Márquez AM, Mejía Holguín Y, Ortiz Treviño L, García Cervantes ML

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades No. 25 IMSS, Monterrey, N.L.

Introducción: La obesidad es un factor de riesgo para la osteoartritis de rodilla. Se han informado casos de pacientes que desarrollan artritis después de una cirugía bariátrica. Reportamos los casos de tres pacientes portadoras de AR y gonartrosis, quienes fueron rechazadas para reemplazo total de rodilla (RTR) por obesidad mórbida y posteriormente sometidas a cirugía de bypass gástrico.

Paciente 1: Femenino de 38 años con AR de 10 años de evolución, en tratamiento con metotrexate (MTX) 10 mg/semana y deflazacort 6 mg/día. Con hipertensión arterial (HAS) e hipotiroidismo (HT). Bypass gástrico 19/10/07. Peso 120 kg, talla 1.66 m, IMC 51. No hubo reactivación de su AR. Peso actual 79.5 kg, IMC 28.85. Se manejó con viscosuplementación y se difirió el RTR.

Paciente 2: Femenino de 43 años con AR de nueve años de evolución, tratamiento con MTX 10 mg/semana y prednisona 5 mg/día. Con HAS, diabetes mellitus (DM), HT e hipercolesterolemia. Bypass gástrico 14/10/09. Peso 120 kg, talla 1.5 m, IMC 53.3. Actualmente con AR inactiva, peso 75.5 kg, IMC 36.5. Tiene programado RTR en enero de 2011.

Paciente 3: Femenino de 53 años con AR de dos años de evolución, en tratamiento con prednisona 7.5 mg/semana y AINE. Portadora de HAS, DM e hígado graso. Bypass gástrico 07/01/10. Peso 116, talla 1.63 m, IMC 43.7. Su AR permanece inactiva. Peso actual 71 kg, IMC 26.72. Se ha diferido su RTR.

Conclusiones: La cirugía de bypass gástrico es una opción para los pacientes con AR y obesidad mórbida; no encontramos recaída reumática posterior al bypass gástrico y el procedimiento permitió retrasar la artroplastia.

(233)

C1-CMo90

Hiperuricemia y calcifilaxis; factores de fatalidad

Martínez-Martínez MU, Román-Acosta S, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La gota primaria es un trastorno frecuentemente acompañado de obesidad, consumo de alcohol, hipertensión e hipertrigliceridemia. Describimos un caso clínico de síndrome metabólico con asociaciones y complicaciones que culminaron en insuficiencia renal, choque séptico y muerte del paciente.

Descripción del caso: Masculino de 51 años, obeso, alcohólico e hipertenso (tres años de diagnóstico). Presentó su primer episodio de podagra a los 40 años, con automedicación intermitente con esteroides. Ingresó a nuestro hospital por presentar múltiples lesiones necróticas de bordes irregulares en las cuatro extremidades así como edema facial, disnea, síndrome febril y urémico de una semana de evolución. A la exploración física destacaron los siguientes hallazgos: Hipertensión (150/90), polipnea (24/minuto) y fiebre (38.5°C), palidez, edema palpebral, múltiples tofos y úlceras necróticas. Entre los exámenes de laboratorio sobresalieron: Anemia (Hb 3.5 g/dL), neutrofilia, elevación de azoados (Cr 10.2 mg/dL), hiperuricemia (13.6 mg/dL) e hiperfosfatemia (10.4 mg/dL), con producto calcio-fósforo (100.9 mg²/dL²). A pesar del manejo intrahospitalario para sepsis por *S. aureus* y tratamiento sustitutivo renal, el paciente falleció tres semanas después de su ingreso.

Aunque el diagnóstico diferencial de úlceras necróticas es amplio, en nuestro paciente sustentamos calcifilaxis ante factores de riesgo como insuficiencia renal, producto calcio-fósforo elevado, calcificación arterial visible en radiografías de extremidades y de la media en arterias cutáneas observadas en el estudio histológico de piel.

Conclusiones: El presente caso clínico resulta ilustrativo y de gran interés ante la conjunción de múltiples factores de riesgo de alta prevalencia como la hiperuricemia asociada a síndrome metabólico, los cuales condujeron a la expresión de patologías que incluyeron gota, insuficiencia renal y calcifilaxis, que culminaron en muerte prematura del paciente.

(365)

C1-CM091

Gota tofácea crónica en mujer joven con lupus eritematoso sistémico

Zaragoza RI, Pérez CM, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: Los pacientes con LES frecuentemente tienen enfermedad renal e hipertensión y emplean diuréticos. El uso de estos fármacos en pacientes con enfermedad renal subyacente disminuye la eliminación de ácido úrico causando hiperuricemia, que puede predisponer al desarrollo de gota; sin embargo, ésta es infrecuente en mujeres jóvenes y poco frecuente en los pacientes con LES.

Presentación del caso: Mujer de 36 años de edad, con diagnóstico de LES de acuerdo con criterios del ACR con afectación renal (nefropatía lúpica clase IV de la OMS). Recibió tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida (CFM) 23.1 g de dosis acumulada; obtuvo remisión parcial y el mantenimiento se realizó con micofenolato de mofetilo 3 g/día. Persistió con actividad renal, por lo que se inició rituximab 2 g dosis total con remisión parcial y posterior recaída renal; se trató nuevamente con CFM con dosis acumulada de 35.7 g, obteniendo remisión completa. Mantenimiento con ciclosporina.

Inició su padecimiento en diciembre de 2009 con dolor en articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas distales de segundo y tercer dedos de la mano izquierda, codos, rodillas y hombros, con una intensidad 10/10, RAM de 30 minutos, aumento de volumen en IFD, consistencia dura, no fijo a planos profundos y aumento de volumen en codos. Se midió ácido úrico sérico siendo de 12 mg/dL y se practicó artrocentesis de codo obteniendo material yesoso, a la luz polarizada con cristales birrefringentes negativos y biopsia de nódulos en IFP con informe histopatológico de tofo gotoso. Se inició tratamiento con alopurinol 450 mg/día y presentó disminución del tamaño de los tofos y mejoría del dolor articular.

Discusión: Es poco frecuente la asociación de LES y gota, más aún en mujeres jóvenes. Se han identificado 34 casos de la coexistencia de gota y LES en los últimos 28 años. Este tipo de pacientes tiene historia de daño renal, por lo cual presenta una reacción inflamatoria menos intensa a los cristales de urato monosódico y ataques menos graves. En este caso el uso de ciclosporina para el mantenimiento de la nefropatía lúpica probablemente favoreció un estado de hiperuricemia asintomática llevándola a un curso rápidamente progresivo de desarrollo de tofos; aunado a esto el uso de esteroides y diuréticos, la hipercolesterolemia y la hipocomplementemia pueden explicar el depósito de urato sin el antecedente de una artritis aguda, la cual respondió adecuadamente a alopurinol, con disminución del dolor articular y del tamaño de los tofos.

(64)

C1-CM092

Artritis séptica oligoarticular

Vega-Morales D, De la Cruz-Becerra LB, Esquivel-Valerio JA, Garza-Elizondo MA, Villarreal-Alarcón MA

Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL

Introducción: La artritis séptica con compromiso oligoarticular y de esqueleto axial es muy infrecuente. Se presenta el caso de un paciente con oligoartritis con afectación axial asociada a endocarditis, absceso paravertebral e infección de vías urinarias (IVU) por *Staphylococcus aureus*.

Métodos: Presentación de caso.

Resultados: Masculino de 55 años que acude por dolor de hombro izquierdo, artritis de codo derecho, lumbalgia y fiebre. Dos días previos a su ingreso el dolor en hombro y codo se torna incapacitante. Se agrega fiebre y cambios de coloración en piel sobre articulación acromioclavicular (ACV) izquierda y codo derecho y lumbalgia con dificultad para la marcha. Normotenso, febril. Sopro sistólico grado II/VI en focos aórtico y mitral. Abdomen con dolor en FID, talopercusión y signo de Rovsing positivos. Artritis en articulación ACV izquierda y codo derecho. Cadera derecha con dolor referido a región lumbar ipsolateral en los movimientos activos y pasivos sin limitación de los arcos de movimiento. US de hombro izquierdo y codo derecho: Datos de artritis séptica en articulación ACV izquierda y codo derecho. Se realizó artrocentesis de articulación ACV y se obtuvieron 3 mL de material purulento. Tinción de Gram con abundantes PMN y cocos grampositivos. Se inició dicloxacilina. Se realizó artrotomía de codo derecho. Una IRM de columna lumbar simple y contrastada evidenció espondilodiscitis en L4-L5, protrusión anterior del disco y una colección anterior a los cuerpos vertebrales de L3 a L5 que desplaza a aorta e involucra músculo iliopsoas. Se reportó *S. aureus* en hemocultivo, urocultivo, líquido sinovial de codo derecho y articulación ACV izquierda. En ETE se evidenció endocarditis valvular aórtica con dos vegetaciones de 0.5 cm. De la colección lumbar se realizó nueva IRM que reveló aumento del absceso, por lo que se realizó abordaje quirúrgico. Diagnóstico: Sepsis por *S. aureus* con endocarditis valvular aórtica, artritis oligoarticular (codo, articulación ACV y espondilodiscitis), absceso paravertebral e IVU.

Discusión: La presentación de la artritis séptica depende del daño previo de la articulación afectada, que dicta su predisposición a infectarse por vía hematógena.

(142)

C1-CM093

Lepra lepromatosa como causa de poliartritis y tenosinovitis aguda

Negrete-López R⁽¹⁾, Andrés M⁽²⁾, Martínez A⁽³⁾, Pascual-Gómez E⁽⁴⁾, Garza-Elizondo MA⁽⁵⁾^(1,5) Hospital Universitario José E. González, ⁽²⁻⁴⁾ Hospital General Universitario de Alicante

Antecedentes: En países que tienen un alto flujo de inmigrantes, se ha producido un incremento en las infecciones importadas con un nuevo espectro de infecciones articulares. El abordaje de un paciente con poliartritis aguda es muy amplio debido a la cantidad de etiologías principalmente de tipo infeccioso a descartar: Viral (parvovirus B19, virus de hepatitis B y C por mencionar algunos) y algunas infecciones bacterianas y micóticas las cuales por reacción cruzada o por formación y depósito de complejos inmunes producen sinovitis; además, es necesario descartar causas autoinmunes e inducidas por cristales. En seguida se describe una etiología poco frecuente de poliartritis aguda como es la infección por *Mycobacterium leprae*.

Se trata de un hombre de origen colombiano de 41 años de edad, residente en España desde hace nueve; su último viaje a su ciudad natal fue hace un año aproximadamente. Se presenta en la sala de urgencias por poliartritis de manos y pies de tres semanas de evolución. Antecedentes familiares negados, tabaquismo de cinco cajetillas/año, etilismo social, cinco parejas sexuales; sin embargo, refiere uso de preservativo en todos los encuentros. Inicia tres semanas antes poliartritis de manos, muñecas, codos, rodillas y pies,

rigidez matinal de tres horas, mejoría del dolor con actividad física y con uso de AINE (diclofenaco 100 mg cada 12 horas). Desarrolla de manera progresiva edema duro en manos y pies que lo limita funcionalmente. Cuatro días antes de acudir al hospital refiere desarrollo de parestias en manos y pies así como fiebre de 38.5 °C de predominio nocturno con diaforesis, motivo por el cual se ingresa para estudio. A la exploración física presencia de placas infiltradas en región malar y nariz, ORL normal, tórax con adenopatías axilares firmes no dolorosas, no compromiso cardiorrespiratorio, abdomen con adenopatías inguinales bilaterales (tamaño máximo 1.5 cm), no hepatosplenomegalia. Articulaciones con edema de manos y pies con godete, disminución de la fuerza de presión, dolor a la compresión de MCF de manera bilateral y sinovitis en manos y pies (dudosa por el marcado edema presente), sensibilidad disminuida principalmente para estímulos nociceptivos en patrón de guante y calcetín, resto de exploración neurológica normal. En piel y anexos además presencia de nódulos hipertróficos no dolorosos en muslos, eritema centrífugo en tórax con fenómeno de Koebner. Se realiza un análisis dirigido a descartar como primera posibilidad etiología infecciosa (CMV, VHB, VHC, VIH, gonococo, mycoplasma), procesos linfoproliferativos (paraneoplásicos) y enfermedades autoinmunes (AR, LEG, vasculitis). Paraclínicos con Hb y recuento de glóbulos blancos normales, trombocitosis, VSG 33 mm/h, PCRus 8.21 mg/dL, inversión de la relación albúmina/globulina, resto de perfil bioquímico normal, EGO normal, TP normal y TPT prolongado el doble al testigo, tele de tórax normal, Rx de manos con edema de tejidos blandos y disminución simétrica de la interlínea articular, USME con señal power Doppler en IFP, MCF con presencia de erosiones y tenosinovitis. Pruebas cutáneas (PPD, coccidioidina, candidina) negativas, panel de hepatitis viral aguda/crónica, serología CMV y VEB, VDRL, ACs *Borrelia burgdorferi*, *Chlamydia*, leishmania, toxoplasma, rickettsias, *Plasmodium* negativos, FSP normal, hemocultivos, cultivos de secreción y urocultivo negativos. Se realiza artrocentesis diagnóstica sin evidencia de infección en citoquímico y tinciones Gram, KOH, BAAR y cultivos negativos, no se encuentran cristales UMS ni CPPD. Se solicitan estudios especiales de inmunología: ANA por IFI 1:80 homogéneo, FR 60 UI/mL, anti-B2 glicoproteína I IgM 29 U/mL, ACs ACL IgM 100 GLP U/mL. Resultan negativos: aPCC, ANCA, ACs anti-DNAc, SM, RNP, Ro y La, RNPU1, anticoagulante lúpico. Se realiza biopsia de ganglio nódulo cutáneo y ganglio inguinal reportando abundantes BAAR en tinción de Fite-Faraco (*M. leprae*) concordante con lepra lepromatosa variedad histioide con invasión perineural, ganglio con linfadenitis granulomatosa con tinción Fite-Faraco. El diagnóstico de nuestro paciente es lepra lepromatosa variedad histioide con reacción leprosa tipo II. Recibe tratamiento con dapsona, clofazimina y rifampicina. Las alteraciones en el TPT, FR, ANA por IFI, anti-B2 glicoproteína I y ACs ACL IgM pueden presentarse como epifenómenos autoinmunes en pacientes con micobacteriosis.

La lepra (enfermedad de Hansen) es una micobacteriosis por *M. leprae* que cursa con manifestaciones articulares en 7-70% de los casos, con mayor frecuencia durante las reacciones leprosas tipo II. El espectro de las manifestaciones articulares puede incluir tenosinovitis, poliartritis simétrica erosiva y neuroartropatía de Charcot; nuestro paciente exhibió dos de sus formas de presentación. Este caso es un ejemplo de lo exhaustivo que puede ser el estudio de un paciente con poliartritis aguda y la forma de presentación de una causa infecciosa poco frecuente.

(65)

C1-CM094

Espondiloartritis periférica: Oligoartritis, sacroileítis más coalición tarsal vs. tarsitis anquilosante y osteoporosis regional transitoria de fémur derecho

Vega-Morales D, Negrete-López R, Villarreal-Alarcón MA, Garza-Eli-zondo MA

Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL

Introducción: La espondiloartritis es una enfermedad inflamatoria que puede tener un curso crónico; en la población mexicana es habitual que el paciente presente compromiso de la articulación tarsal como primera manifestación.

Métodos: Reporte de caso. Masculino de 38 años, antecedente de doble artrodesis en articulaciones subastragalina y astrágalo-escafoidea derechas por dolor crónico con diagnóstico de coalición tarsal (2003). Monoartritis aguda de rodilla izquierda, tratada con AINE con mejoría a los cuatro días (2004). Acude en 2009 por cuadro de 10 días con dolor inguinal derecho con los movimientos de la cadera, al que se agrega mialgia en pierna derecha, edema de miembro inferior y artritis de rodilla derecha asociada a hipertermia. A la exploración física con sinovitis de rodilla derecha. Limitación de arcos de cadera derecha. Edema con godete hasta tercio medio. Laboratorio: VSG 40 mm/h, US Doppler venoso normal. Se realiza artrocentesis, obteniéndose 20 cc de líquido turbio amarillento. Microscopía de luz con abundantes polimorfonucleares sin cristales. Conteo de 59,400 células, 100% PMN. Tinción de Gram negativa. Radiografías AP de pelvis con esclerosis acetabular subcondral y disminución del espacio articular. Se inicia tratamiento con diclofenaco 75 mg dos veces al día y ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas. Mejoría parcial del dolor en rodilla pero persistencia del dolor en cadera. Se repite artrocentesis en rodilla y se obtienen 20 cc de líquido turbio con 36,800 cels, 95% PMN, 5% linfocitos. Tinción de Gram negativa. Cultivos de las dos artrocentesis negativos. Se solicita IRM que reporta edema óseo en articulación sacroilíaca y cadera derecha. Se retira antibiótico y se inicia sulfasalazina 500 mg tres veces al día, indometacina 50 mg tres veces al día y pamidronato 95 mg IV DU. Se establece el diagnóstico de espondiloartritis periférica.

Conclusión: Debe considerarse la historia articular del paciente para realizar el abordaje y diagnóstico final. La tarsitis es diferencial de la coalición tarsal, la cual fue la primera manifestación clínica de la espondiloartritis de este paciente. Es difícil establecer el diagnóstico de su afección en tarso, pero en retrospectiva es de suponer que se trató de una tarsitis anquilosante.

(200)

C1-CM095

Alteraciones radiológicas del hombro con anquilosis de la articulación acromio-clavicular en espondilitis anquilosante (EA): Reporte de un caso

Horta-Baas G, Jiménez-Balderas J, Barile-Fabris L

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: Los cambios radiográficos del hombro en la EA incluyen disminución del espacio glenohumeral, erosiones en la tuberosidad mayor del húmero (de gravedad variable) hasta mostrar el "signo del corte de hacha" y en la articulación acromioclavicular los cambios más frecuentes son los degenerativos, habiéndose informado dos casos de EA con anquilosis radiológica de esta articulación. La frecuencia con que se ha reportado la afección de la articulación acromioclavicular en la EA oscila entre el 7% y el 35%; a pesar de lo anterior, actualmente existe controversia sobre la gravedad con la cual los ligamentos del hombro son afectados.

Reporte del caso: Masculino de 36 años, con antecedentes familiares de EA. Inició la EA a los 16 años con dolor lumbar inflamatorio crónico, acompañado de limitación de la movilidad lumbar y cervical, con artritis de caderas, tobillos y hombros, HLA B2705 positivo. A los 23 años de edad requirió prótesis bilateral de cadera y un año antes de ser visto en nuestro hospital se agregó limitación de todos los arcos de movilidad de ambos hombros, siendo más invalidante la afección del hombro derecho (BASDAI 6.1). Las Rx mostraron sacroileítis grado II bilateral con prótesis en ambas caderas, en columna lumbar osteopenia, encuadramiento de cuerpos vertebrales con anquilosis vertebral de T11 a L2, en hombro derecho disminución del espacio articular glenohumeral, signo del corte del

hacha y anquilosis de la articulación acromioclavicular, en hombro izquierdo disminución del espacio articular glenohumeral y erosiones en tuberosidad mayor del húmero con cambios degenerativos en la articulación acromioclavicular.

Conclusión: Se presenta el caso de un paciente con incapacidad importante por afección a nivel articular. La entesitis de la EA puede erosionar las tuberosidades del húmero, la inserción acromial del manguito rotador y la inserción clavicular del músculo deltoides, así como la cápsula del ligamento acromioclavicular ocasionando anquilosis. La afección del hombro por la EA debe ser vista con más atención por ser potencialmente incapacitante.

(353)

C1-CM096

Manifestaciones en tejidos blandos por infección crónica por *Chlamydia trachomatis* (CT)

Prieto-Parra RE, Alcaraz-López MF, Echeverría-González G, Sánchez-Ortiz A, Carrillo G

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: La asociación de infección por CT y artritis reactiva es conocida; aún no se sabe por qué sólo un subgrupo de pacientes con infección genital por CT desarrolla artritis reactiva ni tampoco por qué casi la mitad de los pacientes con afección aguda evoluciona a la cronicidad.

Objetivo: Reportar tres casos con infección crónica por CT y afección de tejidos blandos.

Caso 1: Hombre de 24 años, con antecedente de trasplante de donador renal vivo relacionado en 2007 por hipoplasia renal, en seguimiento por rechazo de injerto que inició en febrero de 2009 con aumento de volumen en brazo y mano derecha con hiperemia e hipertermia local leve; en su escrutinio sólo se documentó exudado uretral con cuerpos de CT. El ultrasonido de la región reportó lesión del músculo interóseo primero dorsal de la mano derecha sugestivo de miositis, sinovitis de 3ª MCF proximal. Se manejó con doxiciclina por 14 días sin respuesta, se extendió tratamiento a un mes, además de ciprofloxacino. Por persistencia de síntomas y estudios de CT positivos se cambió el manejo a azitromicina y se agregó sulfasalazina. El paciente tuvo buena respuesta al tratamiento y no ha presentado recaída.

Caso 2: Hombre de 45 años, con diagnóstico de espondilitis anquilosante desde 1994. En febrero de 2010 inició con aumento de volumen en carpo y brazo derecho con hiperemia e hipertermia local leve pero con dolor y limitación funcional progresivos, además de tarsitis. Se perfiló para biológico; tuvo PPD positivo de 18 mm y Rx de tórax con infiltrado parahiliar y microcalcificaciones. Recibió manejo para tuberculosis. Por persistir con inflamación de tejidos blandos en brazo y carpo derecho se investigó exudado uretral y presentó cuerpos de CT; el ultrasonido reportó tenosinovitis del primer flexor con limitación funcional y líquido libre en articulación radio carpal. Recibió manejo con doxiciclina por 14 días con escasa mejoría y persistencia de CT; se extendió tratamiento un mes más, además de ciprofloxacino y reajuste de sulfasalazina con remisión de los síntomas.

Caso 3: Mujer de 23 años de edad con diagnóstico establecido de enfermedad mixta del tejido conectivo, con Raynaud severo como manifestación principal. Inició en febrero de 2010 con inflamación de carpo y brazo derecho con hiperemia e hipertermia local leve pero con dolor y limitación funcional. En su escrutinio se documentó tenosinovitis de extensor de la mano derecha y exudado vaginal positivo con cuerpos de CT. Recibió manejo con doxiciclina pero tuvo reacción alérgica con manejo en urgencias; no ha recibido otro tratamiento por inadecuado apego a indicaciones médicas y continúa sintomática.

Discusión: Las causas más frecuentes de tenosinovitis son infección local, lesión y sobrecarga. En artritis reactivas por CT la interrelación huésped-patógeno no está bien esclarecida. Las células de CT infectantes son viables y metabólicamente activas en el sistema monocítico-macrófago. La artritis inducida por CT se atribuye más a reacción que a proliferación del

microorganismo; una extensión de esta reacción puede haber ocurrido en nuestros pacientes. El papel de los antibióticos en estos casos está indefinido; estudios proponen la combinación de los mismos.

Conclusión: En pacientes con vida sexual activa y persistencia de afección de tejidos blandos como tenosinovitis es conveniente considerar en el diagnóstico diferencial los procesos reactivos por infecciones a distancia y no atribuir las manifestaciones sólo a enfermedad de base.

(165)

C1-CM097

Artritis gotosa asociada a artritis psoriásica. Reporte de un caso

Arévalo Martínez F

Hospital Ángeles Metropolitano

Introducción: La psoriasis afecta al 1-3% de la población general; 7 a 42% de los pacientes desarrollan artritis. En la etiopatogenia han sido implicados factores genéticos, inmunológicos y ambientales. La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria sistémica con manifestaciones articulares y extraarticulares. No hay ninguna prueba de laboratorio diagnóstica para APs. Para el tratamiento de psoriasis y artritis psoriásica han sido utilizados derivados del ácido retinoico, PUVA, esteroides tópicos e intralesionales, AINE, FARMES (sulfasalazina, metotrexate, ciclosporina, leflunomida), biológicos anti-TNF y terapia biológica no anti-TNF (abatacept, ustekinumab, alefacept).

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con artritis gotosa asociada a APs.

Cuadro clínico: Femenino de 43 años, sin AHF ni APP de importancia. Su PA inicia hace seis meses con la aparición de lesiones cutáneas en región retroauricular, manos, codos y cuero cabelludo. Un mes después presenta artralgia, RAM de una hora y sinovitis en interfalángicas distales (IFDs) de manos. Al EF con lesiones eritematoescamosas, descamativas en áreas ya comentadas, cambios distróficos en uñas y sinovitis en IFDs. La BH, FR, anticuerpos antinucleares, C3, C4, anti-Sm, anti-DNA y EGO normales; elevación de VSG (28/20). Biopsia de lesiones cutáneas reporta psoriasis. Se inicia esteroides tópicos, diclofenaco 75 mg cada 12 horas, metotrexate 7.5 mg por semana y azulfidina 500 mg cada ocho horas con lo que mejoran las lesiones cutáneas y los síntomas articulares. Tres meses después acude con monoartritis y derrame de rodilla derecha. Análisis de líquido sinovial reporta cristales de ácido úrico, elevación de VSG (30/20), triglicéridos 188 mg (150) e hiperuricemia (10.8 mg/7). Se prescribe indometacina 50 mg cada ocho horas y esteroide intraarticular (rodilla), dieta baja en purinas y posteriormente alopurinol 300 mg/día, evolucionando bien hasta el momento.

Discusión: La psoriasis es una de las causas de hiperuricemia (secundaria). Se atribuye a un aumento en el recambio celular. La incidencia de hiperuricemia asintomática en psoriasis y APs es alta. Se han informado casos de gota coexistiendo con APs. En el diagnóstico diferencial de pacientes con psoriasis, hiperuricemia y artritis debe considerarse si esta última es causada por gota o APs por lo que han de obtenerse niveles de ácido úrico sérico para detectar aquellos pacientes que están en riesgo de desarrollar gota y otros factores de riesgo (y prevenibles) para el desarrollo de la misma y así evitar el ataque inicial y los episodios recurrentes de gota.

(269)

C1-CM098

RS3PE asociado a síndrome multiorgánico autoinmune resistente a inmunosupresores

Ávila-Sánchez JA, Sánchez-Arriaga A, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Antecedentes: Femenino 48 años, con obesidad G-I, psoriasis en placas de 15 años de evolución y enfermedad por reflujo GE. Acudió por dolor poliarticular, aumento de volumen en manos y pies acompañado de cambios estructurales de 10 años evolución, RAM > 2 horas con fenómeno de gel y dolor nocturno presentes, además de fenómeno de Raynaud y *livedo reticularis*.

A la exploración destacó rágades, hipotrofia de grasa facial, placas escamosas con borde y base activos, localizadas en piel cabelluda predominantemente en la línea de implantación de pelo, con compromiso de la parte posterior de ambos pabellones auriculares, con signo Aüspitz y telangiectasias de predominio frontal. Además placas eritematoescamosas en el 2% de la superficie corporal total. Edema de manos y pies con godete, dolor y flogosis en todas las MCF, IFP, IFD, rodillas y tobillos; pulsos normales. Acroesclerosis y presencia de nódulos de Heberden. Presencia de fenómeno de Raynaud y *livedo reticularis*; ausencia de alteraciones ungueales.

Leucocitos 6310, hemoglobina 12.9, plaquetas 175000, diferencial linfopenia 570, velocidad de sedimentación eritrocitaria 41 mm/h, factor reumatoide 6.8, anti-CCP negativo, AAN 1:320 patrón nucleolar, ANCA, proteína C reactiva 1.66; pruebas de función tiroidea, hepática, enzimas musculares, química sanguínea y urianálisis, normales.

Actualmente bajo tratamiento con tres DMARD y dosis bajas de esteroides, con persistencia de actividad.

En el RS3PE el acroedema es dominante y aunque de menor cuantía en su expresión, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de diversos padecimientos reumatológicos y no reumatológicos. El síndrome puede ser primario o asociado a otras morbilidades y en base a ausencia de afección muscular y endocrinológica, en nuestro paciente corresponde al tipo III.

No hay informes de la concurrencia de artritis psoriásica, escleroderma variedad cutánea limitada y síndrome RS3PE. Desconocemos si pudieran concurrir mecanismos inmunopatogénicos en su presentación.

(67)

C1-CM099

Síndrome hemofagocítico en lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil. Reporte de un caso

Torres JA⁽¹⁾, Solís VE⁽²⁾, Zeferino CM⁽³⁾, Céspedes A⁽⁴⁾

⁽¹⁾ IMSS UMAE Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, ⁽²⁻⁴⁾ IMSS, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza

Antecedentes: Paciente femenino de siete años de edad sin antecedentes de importancia para su padecimiento actual. Inicia cuatro meses previos astenia, adinamia e hiporexia, edema facial predominantemente bípalebral y dolor en hipocondrio derecho acudiendo con médico quien da tratamiento no especificado sin presentar mejoría, con progresión del edema hasta llegar a anasarca, disnea de grandes esfuerzos, hipertensión. Acude a hospital de segundo nivel realizándose paraclínicos con Dx de síndrome nefrótico el día 12 05 10 presentando hematuria macroscópica, Hb 9.7, leucocitos 7300, NA 3869, L 190, plaquetas 112 000, K 6.1, creatinina 1.4, urea 196, albúmina 2.5, EGO con proteínas > 300 mg/dL, eritrocitos incontables, cilindros granulados uno por campo, depuración de creatinina por Schuartz 55, USG con esplenomegalia. Fue manejada con antibiótico, antihipertensivo y diurético y enviada a nuestro hospital.

Ingresa a la unidad con palidez generalizada, derrame pleural bilateral, soplo holosistólico G 3/6, ascitis, petequias, fiebre de hasta 40°C, hepatosplenomegalia, con leucocitos 1980, NA 820, L 910, plaquetas 44 000, Hb

6.3, TTP no coagula. Se solicita IC a reumatología pediátrica pb LES; se solicitan laboratorios con ANA 5, antiDNA 82, C3 38, C4 3, anticoagulante lúpico positivo, anticardiolipinas IgG e IgM positivo alto, VDRL falso positivo. Inicia manejo con cinco pulsos de MPD. Laboratorios de control con leucocitos 1090, NA 110, L 940, plaquetas 60 000, Hb 7.1, triglicéridos 287, albúmina 2.6, depuración de creatinina 34, proteinuria 28 mg/m²/h. Ante la pobre respuesta se inicia IGIV a dosis de 400 mg/kg/día (cinco dosis) y FECG con laboratorios posteriores que muestran leucocitos 1890, NA 0, L 1760, plaquetas 57 000. Valoración por hematología pediátrica con reporte de AMO con disminución de la celularidad, ausencia de megacariocitos y serie mieloide, sólo presencia de serie eritroide y linfocitos de aspecto maduro, con gran cantidad de histiocitos en conglomerado en todo el frotis con fagocitosis de eritrocitos y plaquetas; diagnóstico de síndrome hemofagocítico. Se decide inicio de ciclosporina a dosis de 1 mg/kg/día dada la insuficiencia renal, por cuatro días sin respuesta con leucocitos 660, NA 0, L 515, Hb 7.1, plaquetas 52 000. Se decide inicio de ciclofosfamida 1 g/m² con laboratorios de control luego de cuatro días que muestran Hb 10, plaquetas 12 000, leucocitos 574, NA 70, L 280. Se comienza a ver recuperación franca 15 días después de aplicación de CFA con leucocitos de 14970, NA 12800, L 490, Hb 11.6, plaquetas 90 000 egresándose con prednisona 1 mg/kg/día y pulsos de CFM mensual.

(262)

C1-CM101

Calcinosis universal en lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso

Loyo E, Then J, Tineo C

Hospital Regional Universitario José Ma. Cabral y Báez. Santiago, República Dominicana

Calcificación distrófica se refiere al depósito de sales de calcio en piel, tejido subcutáneo, tendones y articulaciones, en pacientes con metabolismo fosfocálcico normal, en tejido previamente lesionado, ya sea por una enfermedad propia del tejido conectivo como dermatomiositis, esclerodermia, síndrome de sobreposición y en menor medida en lupus eritematoso sistémico. La calcificación distrófica también puede presentarse cuando un tejido ha sufrido trauma o infección.

Se han descrito otras formas de depósito de sales de calcio a nivel tisular en enfermedad metastásica, tumoral, calcifilaxis e idiopática. Se ha tratado de explicar la fisiopatología de este fenómeno aunque hasta el momento permanece sin esclarecer; ocurren cambios estructurales del tejido calcificado, hipovascularización e hipoxia, agregados a ciertos factores como el sexo femenino, mayor edad y predisposición genética.

Presentamos el caso de una paciente con lupus eritematoso sistémico de 11 años de evolución, con manifestaciones de inicio neurológico, renal, mucocutáneo, serositis y serología inmune positiva. En el último año y a pesar de no tener manifestaciones lúpicas de actividad inició con depósitos progresivos de sales de calcio en tejido subcutáneo en tórax anterior y posterior, abdomen, codos, cadera derecha, vísceras abdominales y pulmones. Recibió terapia con colchicina, bifosfonato oral, warfarina e incluso minociclina, de acuerdo a lo reportado en la literatura, pero con escasa respuesta manifiesta por la continua aparición de calcificaciones, las cuales se complicaron una y otra vez con infecciones frecuentes y graves que finalmente condujeron al fallecimiento de la paciente.

(292)

C1-CM102

Corea y atetosis axial en un paciente con lupus eritematoso generalizado: Reporte de un caso

Fernández-Pérez M, Galarza-Delgado DA, Villarreal-Alarcón MA, Negrete-López R, Velarde-Ochoa MA, Silva-Luna K, Garza Elizondo MA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Antecedentes: El lupus eritematoso generalizado (LEG) incluye 19 síndromes neuropsiquiátricos (LNP), entre los cuales la corea pertenece a las presentaciones que involucran al SNC. Se presenta el caso de una mujer con corea y atetosis axial.

Mujer de 21 años de edad con diagnóstico de LEG a los 12 años de edad con compromiso articular, mucocutáneo y anticuerpos antinucleares positivos. En 2002 desarrolla nefritis lúpica tratada con CFM IV. En 2005 presenta crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas en dos ocasiones, tratada con difenilhidantoína y mejoría clínica. En 2007 presenta movimientos involuntarios y serpenteantes de extremidad superior derecha resueltos después de iniciado el tratamiento con PDN 1 mg/kg.

Ingresada en esta ocasión por presentar movimientos serpenteantes, involuntarios de latencia breve y regular en la extremidad superior derecha iniciando en dedos y extendiéndose hacia brazo y antebrazo; eventualmente y en orden antihorario se presentaron movimientos de iguales características en extremidad superior izquierda, miembro pélvico izquierdo y derecho. Además, presentó movimiento involuntario a manera de sacudida en el tronco y disartria. Exploración física: SV normales. Con moria, movimientos involuntarios descritos en cuatro extremidades con predominio en hemicuerpo derecho y lenguaje farfullante, fuerza muscular y tono normales, hiperreflexia y respuesta plantar indiferenciada, Kernig y Brudzinski ausentes. Paraclínicos: BH, QS, PFH, perfil de lípidos, VSG y PCR normales, EGO sin sedimento activo pero con proteinuria 3.2 g en 3.9 L, anticoagulante lúpico, ACL IgM e IgG, anti-b2 glicoproteína 1 y anti-DNAc negativos, C3 y C4 normales. US renal normal. IRM de cerebro y EEG normales descartando neuroinfección, infartos, hemorragia o tumores.

Se inician bolos de MPD 1 g IV por día junto con CFM 200 mg IV al día por tres días con mejoría de la coreoatetosis.

Discusión: La corea se presenta en el 1 al 4% de los pacientes con LEG. Puede ocurrir como una manifestación de actividad lúpica. Asherson y cols. la relacionan con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Generalmente un segundo órgano se encuentra afectado. El 77% de los pacientes con LNP tendrá anomalías en la IRM de cerebro. En el caso descrito, la coreoatetosis se manifestó de manera inusual involucrando musculatura axial.

(339)

C1 - CM103

Neurolupus asociado a enfermedad de Kikuchi-Fujimoto

Peña Pérez C, Muñoz López S, Sánchez Escandón O, Alvarado Romano V, Cruz Enríquez C, Pérez Ramírez A, González Tinoco R, Alonso Flores A

Hospital General Naval de Alta Especialidad

Introducción: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, llamada también linfadenitis necrotizante histiocítica, se caracteriza por adenopatías principalmente cervicales, fiebre y neutropenia. Es una entidad poco frecuente, benigna y autolimitada, con tendencia a la remisión espontánea en dos o tres meses. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, más comúnmente en la tercera década de la vida.

Caso clínico: Paciente femenino de 62 años de edad. Inició en marzo de 2010 con poliartritis de grandes y pequeñas articulaciones, así como artropatía de Jaccoud, seguidas de ataque al estado general y fiebre persistente. Se descartó etiología infecciosa. Posteriormente desarrolló adenomegalia axilar

derecha, de la que se tomó biopsia con reporte histopatológico de necrosis focal con agregados de células mononucleares, compatible con el diagnóstico de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.

También se llevó a cabo estudio de PET-CT que reveló conglomerado ganglionar axilar derecho con metabolismo de bajo grado circundante y múltiples adenomegalias hipometabólicas en trayectos yugulares mediastinales, axilares e inguinales. Más tarde se agregó al cuadro debilidad generalizada. Se realizó electromiografía y se hallaron signos de polirradiculoneuropatía. También se efectuó resonancia magnética que demostró placas inflamatorias en bulbo, puente, mesencéfalo, tubérculos cuadrigéminos y tálamo. Tuvo dos determinaciones positivas de anticuerpos antinucleares, así como anticuerpos anti Ro, La y anti Sm positivos. Por lo tanto, se estableció el diagnóstico de neurolupus y se inició tratamiento con esteroides e inmunoglobulina, con mejoría de las manifestaciones clínicas de ambas entidades.

Comentario: No se conoce con certeza la etiología de la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto, pero se supone un mecanismo autoinmune desencadenado posiblemente por agentes infecciosos. Aunque su curso generalmente es benigno, se han descrito casos asociados a lupus eritematoso sistémico, cuyas manifestaciones pueden anteceder, concurrir o preceder a la enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. Se ha sugerido que ésta puede ser incluso una manifestación de lupus. Por lo tanto, en todos los casos de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es importante considerar la asociación con lupus, que incluso puede presentarse una vez resuelto el cuadro, lo que hace necesario un cuidadoso seguimiento ante el posible desarrollo de lupus.

(275)

C1-CM104

Dermatomiositis - eritrodermia presentación clínica no asociada a malignidad, reporte de un caso

Valdés González G, Chavez López MA, Gallaga Gutiérrez VA, Huerta Yáñez GF, Reyes García AC

Centenario Hospital Miguel Hidalgo Aguascalientes

Introducción: La asociación de eritrodermia y dermatomiositis es rara y generalmente se ha vinculado a neoplasia del tubo digestivo (estómago e hígado). Se presenta el caso de una mujer de 69 años, sin comorbilidad. La evolución es de aproximadamente dos años con debilidad muscular progresiva proximal. Un año después se agrega poliartralgia sin aparente sinovitis que afectó a pequeñas y grandes articulaciones con deterioro progresivo de clase funcional (IV), así como disfgia alta progresiva, inicialmente a sólidos y posteriormente a líquidos. Pérdida de peso de 10 kilogramos. Seis meses previos al ingreso hospitalario inicia eritema facial, eritema en heliotropo y fotosensibilidad. Un mes antes de la hospitalización actual presenta dermatosis universal caracterizada por eritema, descamación y prurito con compromiso de mucosas, plantas y palmas así como desprendimiento fácil de cabello. **Biopsia de piel:** Epidermis con espongiosis ligera y algunas mitosis, en dermis espacios claros por edema e infiltrado moderado y difuso constituido por linfocitos, células plasmáticas y algunos eosinófilos; esto se distribuye en la dermis papilar y en la periferia de los anexos. **CPK** de ingreso 2679 U/L. **Biopsia de músculo:** Cambios compatibles con polimiositis. **Radiografía de tórax:** Sin alteraciones relevantes. **Tomografía computarizada abdominopélvica con doble contraste:** Estómago con engrosamiento parietal a nivel del cuerpo y antro donde llega a medir 14 mm sin reforzamientos focales anormales hacia la curvatura mayor. **Biopsia de estómago por endoscopia:** Gastritis crónica leve superficial no específica. **Exploración de mama:** Normal. **Citología de cérvix:** Cambios celulares reactivos asociados a inflamación leve. Patrón hormonal compatible con atrofia (Sistema Bethesda 2001). **Anticuerpos:** Anti nucleares 1:80 patrón nuclear, anti-Jo 1 negativo, anti Mi2 positivo.

Conclusión: En la literatura se reportan seis casos de asociación de dermatomiositis y eritrodermia, la mitad de ellos como síndrome paraneoplásico; en dos casos no se encontró asociación con malignidad y en el restante no se buscó intencionadamente. Nuestro caso es de interés por la presentación clínica inusual y por no demostrar asociación con malignidad. Por la alta incidencia de neoplasia en dermatomiositis y eritrodermia se sugiere siempre realizar protocolo de estudio de neoplasia concomitante.

(294)

C1-CM105

Dermatomiositis (DM) tipo III en una mujer joven. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Meza E, Contreras J, Camargo A, Vázquez M, Barile A

IMSS, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Femenino de 28 años de edad. Antecedentes: Abuela fallecida por cáncer cervicouterino (CaCU), menarca a los 11 años, un embarazo a término hace siete años, Papanicolaou normal (03-2007).

Inició en febrero 2010 con lesiones dérmicas eritematosas y edema, en párpados y V del escote, lesiones maculopapulares violáceas en dorso de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales con distrofia de cutículas; en marzo se agregó debilidad muscular con imposibilidad para caminar, elevar los brazos y disfagia a sólidos.

Laboratorios: CPK: 1824 U/L, DHL: 1020 U/L, TGP: 84 U/L y TGO: 101 U/L. La biopsia de músculo mostró hallazgos compatibles con DM. Se inició tratamiento con prednisona 50 mg/día, hidroxicloroquina 400 mg/día y azatioprina 150 mg/día, con recuperación de la fuerza muscular. El 17 de agosto presentó hiperpolimenorrea. A la exploración ginecológica se encontró masa tumoral sangrante en cérvix de 4 x 3 cm; por biopsia se diagnosticó CaCU tipo adenocarcinoma epidermoide poco diferenciado en estadio IIIB. La paciente decidió suspender todos los medicamentos, por lo que reinició la debilidad muscular. En septiembre se encontró con lesiones dérmicas residuales, secundarias a las pápulas de Gottron con hiperpigmentación en nudillos y atrofia de cutículas, abdomen sin datos patológicos, fuerza muscular grado 3 a nivel proximal en extremidades superiores e inferiores. Se reinició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día, con lo que se obtuvo buena respuesta de la fuerza muscular.

Presentamos un caso de DM tipo III con CaCU a una edad poco usual. Hasta donde sabemos es el primer caso informado de esta asociación en una mujer menor de 30 años. Si bien hay un aumento en la incidencia de DM paraneoplásica con cáncer de mama, ovario, estómago, linfoma y carcinoma nasofaríngeo, la asociación con el CaCU es rara. De 248 reportes de DM tipo III, sólo se han informado siete casos de esta asociación en mujeres mayores de 40 años.

(24)

C1-CM106

Uso de metotrexate en osteoartritis erosiva. Reporte de 2 casos

Barragán Garfias JA

Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General de Zona #48

Caso 1: Femenino de 69 años con cuadro de cinco años de evolución caracterizado por artritis en 2ª y 3ª IFD de forma bilateral y simétrica con

nódulos de Heberden y desviación de falange distal de segundo dedo bilateral. Previamente tratada con cloroquina (CLQ) aunque presentó intolerancia, con respuesta parcial a antiinflamatorios no esteroideos (AINE), demostrando en Rx de manos erosiones centrales en las articulaciones previamente comentadas, por lo que en mayo de 2010 se inició manejo con metotrexate (MTX) 10 mg/semana, ácido fólico 5 mg/día y prednisona (PDN) 7.5 mg/día con reducción progresiva de esta última a los dos meses sin presencia de inflamación articular y mejorando el dolor en base a escala visual análoga (EVA) de 73 mm al inicio del tratamiento a 18 mm en seguimiento a cuatro meses. De igual forma se obtuvo disminución de los valores de velocidad de sedimentación globular (VSG) de 45 mm a 8 mm/h a los cuatro meses.

Caso 2: Femenino de 51 años, seis años de evolución con dolor e inflamación de 2ª, 3ª y 4ª IFP bilateral de predominio derecho recibiendo múltiples tratamientos incluyendo AINE y CLQ 150 mg/día por cinco años hasta hace cuatro meses por mejoría parcial. Valorada por reumatología en abril 2010 detectando a la EF nódulos de Heberden y Bouchard con flogosis en 2ª, 3ª y 4ª IFP bilateral comprobando por Rx aumento de tejidos blandos en IFP, osteofitos y erosiones centrales en 3ª y 4ª IFP bilateral y osteofitos en IFD. VSG: 32 (0-15 mm/h) y EVA 82 mm. Se inició manejo con MTX 10 mg/semana, ácido fólico 5 mg/día, PDN 7.5 mg/día (con reducción progresiva y suspensión en dos meses); revaloración en cuatro meses sin inflamación articular en manos, VSG: 11 mm/h y EVA 27 mm.

La osteoartritis erosiva (OAE), padecimiento poco frecuente, afecta a mujeres mayores de 40 años; se caracteriza por inflamación articular agresiva desde etapas tempranas predominantemente en manos de forma simétrica. En su fisiopatología se han relacionado componentes genéticos y concentraciones mayores de IL-1 y TNF, los cuales contribuyen a la degradación del cartílago. Dentro del reducido repertorio de medicamentos recomendados en la OAE se encuentran los AINE, los antimaláricos, glucosamina y colchicina; se conocen reportes de terapia biológica con anakinra y anti-TNF con resultados variables.

Tomando en cuenta la fisiopatología de la enfermedad el caso se manejó con MTX y PDN basado en el mecanismo de acción de estos medicamentos, detectando disminución importante del dolor y la inflamación, lo cual puede explicarse por la decreciente liberación de citocinas proinflamatorias por el efecto farmacológico.

De esta manera reportamos una probable opción terapéutica en pacientes con OAE.

(161)

C1-CM107

Quiste de Baker gigante recidivante

Hofmann F⁽¹⁾, Hernández-Díaz C⁽²⁾, Solano C⁽³⁾, Rodríguez-Henríquez PJ⁽⁴⁾, López-Reyes AG⁽⁵⁾, Marín-Arriaga N⁽⁶⁾, Bernal A⁽⁷⁾, Peña A⁽⁸⁾, Pineda C⁽⁹⁾

(1-2,5-6-9) Instituto Nacional de Rehabilitación, (3) Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, (4) Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: El quiste sinovial es una colección de líquido yuxtaarticular envuelto en una capa de células sinoviales; el prototipo de estos quistes es el quiste de Baker (QB), el cual es causado por distensión de la bursa gastrocnemio-semimembranosa.

Presentación de caso: Femenina de 74 años de edad con artritis reumatoide (AR) de 20 años de evolución en tratamiento. A la exploración clínica se encontró aumento de volumen en la región posterior de la rodilla y pierna derecha. Se realizó ultrasonido musculoesquelético (USME) de la región, descartando una trombosis venosa profunda y se evidenció la presencia de tumoración quística de 19.6 x 5.8 cm, hipertrofia sinovial en su interior y ausencia de señal Doppler, en comunicación con la articulación de la rodilla, compatible con un QB. Se puncionó el quiste obteniéndose 160 mL de

líquido; posterior a la artrocentesis se infiltró metilprednisolona. Seis semanas después hubo recidiva del QB con dimensiones aún mayores y señales hiperecoicas sugestivas de depósito de cristales; se realizó nueva punción obteniéndose 180 mL y se infiltró metilprednisolona y metotrexate. El líquido obtenido se analizó por microscopía de luz polarizada encontrándose cúmulos de cristales de hidroxipatita. Los cultivos resultaron negativos. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y sin datos de recidiva.

Discusión: Los QB contienen líquido sinovial que escapa de la rodilla; se cree que funcionan como válvulas de escape a presiones excesivas en la articulación. Los QB > 150 mL generalmente se asocian a patologías combinadas. Cuando los QB limitan los movimientos de la rodilla, la artrocentesis es la opción terapéutica más eficaz. La infiltración intraarticular de diversos medicamentos disminuye la tasa de recidivas. Existen reportes de infiltración con metotrexate y agentes biológicos en casos refractarios. El USME es un método diagnóstico de alta sensibilidad y especificidad en estas patologías. Los procedimientos guiados por USME permiten evaluar la cantidad de líquido presente así como realizar una artrocentesis más efectiva. Se ha demostrado que las infiltraciones guiadas tienen mayor eficacia terapéutica, ya que se coloca el medicamento en el sitio exacto donde se desea su acción.

Conclusiones: Los QB de gran tamaño no son frecuentes en pacientes con AR. Su presencia debe hacer sospechar la asociación con otras artropatías, principalmente aquellas asociadas a depósito de microcristales.

(95)

C1-CM108

Miopatía inducida por medicamentos: Informe de dos casos y revisión de la literatura

Ortiz Villalvazo MA, Chavez A, García de la Torre I

Hospital General de Occidente y Universidad de Guadalajara

Introducción: Las miopatías inducidas por medicamentos representan un problema de diagnóstico en pacientes con síntomas de miopatía inflamatoria, ya que las manifestaciones abarcan desde mialgias leves con o sin debilidad hasta miopatía crónica con debilidad intensa o rabdomiolisis masiva con insuficiencia renal aguda. Los mecanismos por los cuales los medicamentos pueden causar miopatía son muy diversos y dependen del agente causal. En el presente trabajo presentamos dos casos que hemos diagnosticado en los últimos dos años.

Informe de casos: El primer paciente es un hombre de 69 años cuyo motivo de consulta fue debilidad muscular proximal en miembros superiores e inferiores. Como antecedentes de importancia tenía una ingesta de whisky de aproximadamente 75 mL al día desde hacía 10 años; además, tomaba rosuvastatina desde hacía siete años por dislipidemia y desde hace un año ezetimiba. Se decidió suspender estos medicamentos y dar una pequeña dosis de prednisona con lo que tuvo una notable mejoría en un mes.

El segundo caso es una mujer de 68 años que fue enviada a nuestra consulta por presentar CK y CK-MB elevadas que fueron detectadas durante la evaluación por problema de colitis y osteoartritis; las restantes enzimas musculares fueron normales, al igual que un ECG. La paciente tomaba enalapril 20 mg/día, clortadilona 12.5 mg más atenolol 50 mg/día; dos semanas antes de acudir con su médico empezó a tomar 300 mg de ranitidina por día. Se decidió discontinuar la ranitidina y a los cuatro meses la CK y la CK-MB volvieron a niveles normales.

Conclusiones: En estos dos casos se descartaron las causas más frecuentes de miopatías (endocrinas, infecciosas, etc.). Con respecto a la historia del primer paciente, las estatinas son fármacos ampliamente utilizados que compiten con la enzima HMG CoA reductasa por lo que disminuyen el colesterol LDL y el riesgo de cardiopatía coronaria. Uno de sus efectos adversos es la miopatía; sin embargo, hay algunos casos en los que el único hallazgo anormal es un aumento de la CK en el suero, y la electromiografía es normal. En estos casos no es necesario dar tratamiento y basta la suspensión de la estatina.

Hay pocos casos informados en la literatura acerca de la aparición de miopatía o elevación de la CK posterior al tratamiento con ranitidina o algún otro inhibidor de los receptores H2 de histamina. En nuestra paciente al suspender la ranitidina se normalizaron los niveles de CK y de CK-MB por lo que sugerimos que ésta fue la causa de su elevación. Es preciso estar al tanto de los posibles efectos adversos de estos medicamentos para detectarlos en forma oportuna.

(169)

C1-CM109

Síndrome de Parry-Romberg asociado a morfea

Calderón-Estrada R, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Servicio de Reumatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Mujer de 15 años, padecimiento de ocho años de evolución caracterizado por lesión dermatológica en comisura labial izquierda hipocrómica que posteriormente se torna hiperocrómica, agregándose lesiones dermatológicas (placas hiperocrómicas) en tórax posterior y antebrazos. Se inició manejo por dermatología con linimento oleocalcáreo y meladina sin respuesta. En los últimos tres años se agregan hemiatrofia facial derecha lentamente progresiva, parestesias de extremidades superiores, reflujo constante, epigastralgia y cefalea crónica. Se maneja con metotrexato 15 mg semanales y prednisona 25 mg sin mejoría y sin diagnóstico por lo que es enviada a nuestro hospital.

A la exploración física se corrobora hemiatrofia facial derecha con atrofia de tejido subcutáneo y grasa, asimetría ocular con retracción del párpado superior derecho, mácula café con leche de bordes irregulares en cuadrante inferior de hemicara afectada, lesión lineal en línea media de la región de barbilla que retrae labio inferior (aparición de golpe de sable), dermatosis diseminada en brazo derecho, región lumbar y glútea caracterizada por lesiones en placa hiperpigmentadas de bordes irregulares, resto asignológico. Laboratorios: BH, QS, ES, PFH normales, ANA negativos, FR positivo 84.2 UI/mL, resto sin alteraciones. Biopsia de piel: Infiltrado linfoplasmocitario perivascular y perianexial y engrosamiento de fibras de colágeno, compatible con morfea diseminada. RMN T1, T2 y FLAIR 2009 encefálica sin lesiones, TAC de macizo facial con atrofia de tejidos blandos de hemicara derecha, sin lesiones aparentes de tejido encefálico. Se diagnostica síndrome de Parry-Romberg más morfea diseminada. Se suspendió metotrexato y se inició dosis reducción de esteroide para suspensión del mismo. Actualmente bajo manejo con colchicina 1 mg cada 24 hrs, amitriptilina, omeprazol y cinitaprida.

El síndrome de Parry-Romberg se caracteriza por atrofia lentamente progresiva de tejido grasa, piel y músculos faciales. Se presenta con mayor frecuencia en las primeras dos décadas de la vida. Inicia con hipopigmentación o hiperpigmentación de la piel de la hemicara, que precede por meses o años a la atrofia. Aún sin etiología definida, se supone multifactorial con participación vascular, infecciosa sistémica (enfermedad de Lyme), meningoencefalitis crónica, trauma, inervación simpática aumentada, hereditaria, inmunológica o disgenesia neurovascular. La asociación de síndrome de Parry-Romberg con esclerodermia limitada se reporta como excepcional y por lo general dificulta el diagnóstico diferencial que exige estudios de imagen e histopatológicos.

(218)

C1-CM110

Enfermedad de Still del adulto variante crónica. Reporte de tres casos

Medina-Pastor M⁽¹⁾, Barbosa-Cobos R⁽²⁾, Lugo-Zamudio G⁽³⁾, Barrera-Rodríguez A.⁽⁴⁾ Vargas-Avilés A⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Hospital General de Zona 58, IMSS, ⁽²⁻⁴⁾ Hospital Juárez de México, ⁽⁵⁾ Clínica Integral Médica Xola

La enfermedad de Still del adulto en 35 a 67% de los casos presenta una evolución crónica; un tercio de los pacientes con esta variante desarrolla artritis erosiva.

Se describen las características de tres casos con enfermedad de Still del adulto variante crónica.

Descripción de casos: Tres pacientes de sexo femenino, con edad promedio de 46.6 años. En todos los casos se presentaron como síntomas iniciales fiebre, rash generalizado, artralgiás y artritis asimétrica en manos, una paciente en una rodilla y otra en un tobillo. Los tres casos cursaron con hepatoesplenomegalia y adenomegalias cervicales. Los exámenes de laboratorio mostraron alteración en las pruebas de funcionamiento hepático, incremento de los niveles de ferritina sérica, leucocitosis, anemia, elevación de reactantes de fase aguda, determinaciones negativas para autoanticuerpos. Se excluyeron enfermedades infecciosas y neoplásicas.

El tiempo de evolución de la enfermedad al momento de establecer el diagnóstico en el departamento de reumatología fue en promedio de 21 (18-24) meses. Las tres pacientes evolucionaron a la variante crónica, desarrollando erosiones bilaterales y anquilosis en carpos.

Conclusión: La variante crónica de la enfermedad de Still ocurre en un alto porcentaje de los pacientes originando discapacidad funcional.

(239)

C1-CM111

Embarazo y purpura trombocitopénica, efectos del rituximab en el recién nacido, incremento de células CD79a en sangre periférica

Martínez-Martínez MU, Baranda-Cándido L, González-Amaro R, Pérez-Ramírez O, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: El rituximab, anticuerpo monoclonal anti-CD20, cruza la placenta e interfiere con el desarrollo neonatal de células B. Describimos el caso de mujer de 21 años que recibió rituximab y evaluamos propositivamente los efectos del medicamento tanto en la madre como en el niño, en quien de forma interesante hubo incremento en sangre periférica de células CD79a CD20-.

Caso clínico: Paciente de 21 años con antecedente de alcoholismo, tabaquismo e inhalación de cemento suspendidos antes del embarazo actual. Historia de aborto y embarazo normoevolutivo, cursaba su tercer embarazo intrauterino de 15.1 SDG por FUM. Acudió al hospital el 04 diciembre de 2009 con 27×10^3 plaquetas, sin púrpura. Se inició tratamiento con prednisona (PDN) 75 mg/día y la cuenta plaquetaria aumentó a 147×10^3 . El 19 de febrero de 2010 nuevamente hospitalizada por trombocitopenia grave (6×10^3); recibió azatioprina y dosis altas de mPDN, además de rituximab. El 23 de febrero presentó episodio de epistaxis que requirió taponamiento. Egresó con 30×10^3 plaquetas.

El 21 de marzo nuevamente hospitalizada por sangrado transvaginal; seis días después presentó actividad uterina por lo que se decide resolución del embarazo a pesar de 11×10^3 plaquetas. Se obtuvo recién nacido vivo femenino de 1600 g, Apgar 8-9, S-A =-0, de 34.4 SDG por capurro. La paciente egresó el 30 de marzo de 2010 con 45×10^3 plaquetas. Se realizó citometría de flujo en esa fecha tanto a la madre como al producto

obteniéndose 0% de linfocitos B (CD19) en ambos (no detectables), pero la niña con células CD79a CD20- en sangre periférica, las cuales permanecieron hasta el tercer mes de vida.

Discusión: El rituximab interfiere en la maduración del linfocito B, con incremento en el producto de células plasmáticas CD79a CD20- como resultado de la depleción de linfocitos B maduros. Los efectos de rituximab permanecen en el feto hasta tres meses después del tratamiento con este agente.

(332)

C1-CM112

Reticulohistiocitosis multicéntrica (RM) tratada con tocilizumab (TZ). Reporte de un caso

Pacheco-Tena C, Reyes-Cordero G, Ochoa-Albiztegui R, González S, Ríos-Barrera V, Urenda A, Muñoz E

Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chihuahua

Antecedentes: La RH es una enfermedad reumática de causa desconocida, con grado variable de severidad. Algunos casos se han reportado como refractarios a tratamiento con FARMIE o dosis altas de esteroides, habiéndose informado respuesta adecuada de los mismos al uso de fármacos biológicos. Existen reportes de pacientes tratados exitosamente con inhibidores del TNF- α y rituximab; sin embargo, la utilidad de TZ no ha sido descrita previamente.

Caso clínico: Paciente femenina de 35 años de edad sin antecedentes de relevancia; en enero de 2008 desarrolla poliartritis simétrica aditiva de grandes y pequeñas articulaciones, inicialmente de intensidad leve aunque creciente, acompañada de RAM progresiva que llega a varias horas de duración y genera incapacidad intermitente que llega hasta clase funcional IV en sus episodios más agudos. Su manejo en esta etapa se limita a AINE en dosis variables sin mejoría detectable. En noviembre de 2008 se agudiza la intensidad de la poliartritis y la paciente permanece en clase funcional IV por tres semanas, con episodios de febrícula vespertina sin foco infeccioso detectable y ataque moderado al estado general con astenia, anorexia y adinamia; se refiere pérdida de peso aproximada de 7 kg. Aparece dermatosis en manos, codos, narinas y pabellones auriculares que consiste en nódulos cutáneos redondeados, indoloros, de superficie lisa, dimensiones variables (entre 3 y 12 mm), confirmada por biopsia como reticulohistiocitosis multicéntrica. Debido a la severidad de la artritis se aplicaron 3 g de MPDN y el manejo posterior incluyó 25 mg/semana de MTX; sólo se logró una CF III combinándolo con 50 mg/día de PDN oral, la cual pudo reducirse a 20 mg/día tres meses después. La dermatosis remitió parcialmente. Ante la refractariedad del caso se decidió utilizar TZ a dosis mensual de 8 mg/kg IV. En la evaluación inicial se encontró CAD 35, CAI 42, EVA dolor 78 mm, VSG 55 mm/h, PCR 8.1, FR 1:320. La paciente respondió en semanas, inicialmente con la desaparición de las lesiones cutáneas y posteriormente con reducción progresiva de la artritis. En la evaluación actual (8° mes), la paciente se encuentra en remisión clínica cutánea (no hay lesiones activas o residuales) y articular (CAD 0, CAI 0, EVA dolor 5 mm, VSG 7, PCR 0, FR 1:64).

Conclusión: El TZ es una opción terapéutica en pacientes con RM severa refractaria a FARMES. Este es el primer caso con reporte preliminar.

(22)

C1-CM113

Enfermedad por adyuvantes humana y embarazo. Reporte de un caso

Barragán Garfías JA

IMSS, Hospital General de Zona #48

Antecedentes: Femenino de 27 años portadora desde hace 11 años de enfermedad por adyuvantes (desconoce el material aplicado como expansor) en región glútea y parte posterior de ambas piernas, manejada en otras instituciones a base de dapsona (100 mg/día), prednisona (5-50 mg/día) así como etanercept 25 mg subcutáneos dos veces por semana aunque con cada uno de estos tratamientos presentó recaídas requiriendo mayores dosis de prednisona para su control. En febrero de 2010 acude a valoración por reumatología del Hospital General de Zona #48 presentando eritema, aumento de volumen y dolor en las regiones afectadas aunado a VSG: 25 (0-15 mm/h), PCR positiva, anticuerpos antinucleares negativos, antiDNA negativo, complemento normal, por lo que iniciamos manejo con azatioprina 100 mg/día y prednisona 15 mg/día. Evolucionó con disminución progresiva de los signos y síntomas comentados y negativización de los reactantes de inflamación al mes de tratamiento.

En marzo de 2010 presenta retraso menstrual realizándose prueba de embarazo la cual resultó positiva, por lo que se ajustó el tratamiento a prednisona 10 mg/día (con dosis reducción a 5 mg/día en un lapso de dos meses) y azatioprina 75 mg/día con adecuado control de la enfermedad llevando un embarazo normo-evolutivo hasta la fecha de término en la que por parto se obtuvo un producto con APGAR 9/9 sin complicaciones y sin recidiva de la enfermedad en la paciente.

La enfermedad por adyuvantes humana (EAH) es un padecimiento inflamatorio secundario a la aplicación de alguna sustancia en el cuerpo (aceites, sales de magnesio, silicona, etc.) que provoca respuesta antígeno-anticuerpo en base a la actividad de células B y T por medio de células presentadoras de antígenos sobre el adyuvante simulando la respuesta a un proceso infeccioso.

Existen varios reportes que comprueban el aumento de la prevalencia de enfermedades autoinmunes (lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica progresiva, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren) así como de autoanticuerpos (antinucleares, antimitocondriales) en pacientes con EAH.

El tratamiento de la EAH se basa en analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroides, inmunosupresores o antifibróticos con resultados controvertidos.

No se han publicado reportes sobre la enfermedad y su evolución durante el embarazo; sin embargo, tomando en cuenta la seguridad que ha demostrado la azatioprina en otros padecimientos como artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico dimos continuidad al tratamiento durante el embarazo obteniendo adecuado control de la enfermedad y sin complicaciones tanto en la paciente como en el producto.

(37)

C1-CM114

Manifestación reumática paraneoplásica: Reporte de tres casos

Echeverría-González G, Sánchez-Ortiz A

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: Las enfermedades reumáticas y el cáncer comparten características etiopatogénicas: Genéticas, ambientales, hormonales, infecciosas y otras que son incógnita. Se han reportado casos y prevalencias variables; aproximadamente 7 a 10% de los cánceres manifestarán un síndrome paraneoplásico, anticuerpos antinucleares (AAN) hasta 27.7% en una de las cohortes en pacientes con cáncer, hasta 2% otros anticuerpos. El riesgo de vasculitis paraneoplásica, vasculopatía oclusiva, neoplasias mieloproliferativas como trombocitemia esencial, policitemia vera y mielofibrosis aumenta al tener historia familiar de enfermedad autoinmune (OR 1.2, IC95 1.0-1.2); por ejemplo, la purpura idiopática aumenta el riesgo (OR 2.9, 1.2-2.5) e

igual la polimialgia reumática (OR 1.7, 1.2-2.5). Gheita y colaboradores recientemente reportaron mialgia, artralgia, vasculitis cutánea, osteonecrosis, factor reumatoide positivo y crioglobulinemia como las manifestaciones más frecuentes en una serie de 60 pacientes, 45 con tumores sólidos y 15 hematológicos.

A) Masculino de 71 años con tabaquismo intenso desde los 13 años de edad, etilismo, NOC sin tratamiento. Inició 1) debilidad muscular proximal, 2) disfagia a sólidos y disfonía, 3) lesiones cutáneas en párpados, cara, tronco y extremidades, 4) elevación de CK 459 UI/L. Fue tratado sin biopsia muscular ni cutánea con prednisona y metotrexate oral, experimentando candidiasis oral y esofágica. Ingresó por persistir pérdida de peso y debilidad. Se realizó biopsia de piel con reporte de infiltrado linfocitoide perivascular superficial y epidermotropismo de células T CD3, consistente en micosis fungoide en fase macular. Rastreo tomográfico negativo. Tratamiento a base de ciclofosfamida, vincristina, prednisona y epirrubina (4-6 ciclos). Mejoría importante de las lesiones de piel y debilidad. Fue negativa la presencia de enfermedad reumática primaria: ANA, ENAS, anti DNA, anti Jo1 negativos, biopsia muscular y electromiografía normales.

B) Masculino de 41 años de edad tabaquismo intenso desde los 20 años de edad, etilismo ocasional, diabético e hipertenso. Inició con cambio de coloración y dolor en dedos medio, índice, anular y meñique de mano izquierda de forma súbita, resto de las extremidades normales. Angiología: Ecografía Doppler con vasos medianos y grandes permeables, tomografía de tórax normal, BH con plaquetas en 1 632 000. Medicina interna abordó como vasculitis primaria y realizó biopsia renal demostrándose ausencia de vasculitis de pequeños vasos, angiioresonancia renal normal. ANA, ENAS, AN-CAS, ACL, B2GP1, VDRL, hepatitis B, C y VIH, crioglobulinas negativas. Biopsia de médula ósea subcortical: Celularidad de 50%, relación mieloeirtoide 2:1, con maduración de las tres series, 3 megacariocitos por espacio. Se administró prednisona antes de resultados inmunológicos e histopatológicos obteniendo nula respuesta vascular, agravamiento en cuenta plaquetaria llegando a dos millones. Hematología diagnosticó trombocitemia esencial e inició hidroxiourea 1 g vía oral cada 12 horas y antiagregante plaquetario con notable mejoría, logrando normalidad en cifra de plaquetas y control de la vasculopatía.

C) Masculino de 55 años de edad, sin antecedente de relevancia. Ocho meses antes presentó rigidez matinal de dos horas, artritis de pequeñas articulaciones, parestesias en calcetín, eritema violáceo y edema distal de miembros pélvicos con factor reumatoide (nefelometría) negativo, ANA 1:40 moteado, anti DNA negativo. Tratado con metotrexate, prednisona y cloroquina mejoró por 6-7 meses; luego fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de peso de más de 8 kg en los últimos 20 días. Se ingresó al departamento por sospecha de neumonía/derrame pleural; documentamos adenomegalia axilar, cadena cervical, por TAC a nivel abdominal la biopsia de ganglio, líquido pleural se descartó tuberculosis. El HP reportó linfoma no Hodgkin de células T CD3, CD43 positivo. CD20, ciclina, CD30 y CD5 negativos. Rx. de manos y pies sin evidencia de osteopenia ni erosiones periarticulares, anti CCP negativo, marcadores tumorales negativos, por lo que la manifestación musculoesquelética se atribuye al proceso linfomatoso. Tratado con esquema CHOP presenta mejoría.

Conclusiones: Grandes series de casos coinciden con lo reportado a nivel mundial en hallazgos primarios que hacen suponer entidad reumática primaria; sin embargo, a través del tiempo las manifestaciones floridas se han evidenciado en estos tres últimos casos. Esto marca las entidades por separado de una primaria enfermedad reumática con lo reportado en malignidad.

(105)

C1-CM115

Cara y cruz del tratamiento de la sarcoidosis con infliximab

Menor R, Ruíz M, Salaberri JJ, De La Iglesia J, Paez Camino Carrillo, M

Hospital de Jerez-Andalucía-España

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa de etiología desconocida con afectación sistémica. En la formación del granuloma participa una citoquina denominada TNF-alfa. La terapia biológica con antagonistas del TNF se muestra como una opción terapéutica.

Método: Se describen dos casos de sarcoidosis; uno con evolución favorable tras tratamiento con infliximab y otro con aparición de la enfermedad tras adalimumab.

Paciente 1: Mujer de 46 años que comienza con artralgia, disnea y tos seca. Tras analítica y TAC de alta resolución (TACAR) se diagnostica sarcoidosis estadio II e inicia tratamiento con dosis altas de esteroides y azatioprina. En revisión posterior aumenta la disnea, con dolor pleurítico y opresión precordial, con incremento de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) y disminución de la capacidad de difusión pulmonar. La gammagrafía con Galio 67 y TACAR muestran importante afectación intersticial pulmonar y el estudio cardiológico informa taquimiocardiopatía sarcoidótica. Se inicia tratamiento con infliximab con buena tolerancia, mejoría clínica, ecocardiografía normal, TACAR con disminución importante de las adenopatías hiliares y mediastínicas en tamaño y número, así como de la afectación parenquimatosa. La ECA se mantiene en límites normales.

Paciente 2: Mujer de 53 años con diagnóstico de artritis reumatoide que inicia tratamiento con adalimumab con buen control de la enfermedad. Tras cinco años comienza con malestar general, fiebre, tos seca, cefalea, vómitos, cuadro confusional y discreta pérdida de fuerza en miembro superior derecho sin mejoría con antibióticos. Las pruebas analíticas mostraron VSG 65 mm/Hg, PCR 3.15, serología y pruebas de detección tuberculosas negativas. Se realiza punción lumbar con leucocitos 90mm³; linfocitos 100%; glucosa 56.4; proteínas 164.3; ADA 11.5. PCR herpes negativo. RNM cráneo: Signos sugestivos de proceso inflamatorio meníngeo leve. TAC de tórax: Múltiples adenopatías mediastínicas a nivel paratraqueal, prevascular, laterocervical, hiliares, subcarinales y paraesofágicas, nódulos de 10 mm en LII y otro en LID de 5 mm. Moderado derrame pericárdico. Aisladas áreas de vidrio deslustrado en lóbulo medio con engrosamiento peribronquial. Broncoscopia: Realizada biopsia transbronquial se informan hallazgos compatibles con sarcoidosis.

Conclusión: Los anti-TNF han sido recientemente evaluados como opción terapéutica en aquellos casos refractarios al tratamiento con corticoides e inmunosupresores con buenos resultados. Sin embargo, aunque infrecuente, la aparición de sarcoidosis tras esta terapia está ampliamente descrita en las series de casos (1/2800).

(261)

C1-CM116

Neuroartropatía por siringomielia. Problema diagnóstico clínico e imagenológico

Hernández-Núñez E, Cuevas-Orta E, Martínez-Martínez Mu, Sánchez-Arriaga A, Abud-Mendoza C, Ávila-Sánchez JA

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La artropatía neuropática suele ser destructiva y deformante como consecuencia de alteración en propiocepción y nocicepción. Actualmente las causas más comunes son DM, alcoholismo y siringomielia. Ésta se caracteriza por cavitación longitudinal (siringo) y la neuroartropatía se presenta en 1/3 de pacientes. Las deformidades articulares pueden semejar a la artritis reumatoide (AR). Describimos a un paciente con diagnóstico presuntivo y tratado previamente como AR por artropatía neuropática asociada a siringomielia.

Caso clínico: Mujer hispana de 54 años que inició 15 años antes con dolor y deformidad progresiva en manos, bilateral y simétrica y en los últimos 10 años dolor, flogosis y deformidad en codo derecho para lo que recibió antiinflamatorios no esteroideos y esteroides por diagnóstico de AR. En los

años siguientes desarrolló debilidad en extremidades superiores y mayor deformidad en codo derecho y manos, lo que condicionó discapacidad para sus actividades cotidianas. Refirió rigidez matutina, debilidad y atrofia muscular de brazos. Destacó a la exploración ausencia de reflejos tendinosos, alteración en la percepción de estímulos nociceptivos de predominio en lado derecho, manos con deformidad en garra y limitación en arcos de movimiento del codo derecho, sin evidencia de artritis. Las radiografías de manos con osteopenia y la de codo derecho con destrucción articular. En la IRM de columna cervicodorsal se ratificó la siringomielia.

Discusión: Se presentarán los estudios paraclínicos que incluirán las radiografías e IRM, así como flujo a través de cuadros clínicos y laboratorio para diagnóstico diferencial de otras causas de artropatía deformante, tanto de acuerdo a características de afección articular y de morbilidad asociada, como por estudios de imagen.

(368)

C1-CM117

Perniosis idiopática y asociada a lupus eritematoso sistémico. Diagnóstico diferencial y tratamiento, informe de 7 casos

Tello-Esparza A⁽¹⁾, Cuevas-Orta E⁽²⁾, Baranda-Cándido L⁽³⁾, Hernández-Núñez E⁽⁴⁾, Martínez-Martínez Mu⁽⁵⁾, Abud-Mendoza C⁽⁶⁾

⁽¹⁾ ISEA Aguascalientes, ⁽²⁻⁶⁾ Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

La perniois se asienta en respuesta vasoconstrictora más intensa en vénulas periféricas y arteriolas, expresada clínicamente por la presencia de pápulas eritematosas o violáceas, pruriginosas y dolorosas; ocurre predominantemente en mujeres jóvenes y delgadas, que se exponen a frío no congelante y húmedo (usualmente menor a 31°C) y de forma característica su presentación es cíclica y recurrente. Entre los diagnósticos diferenciales están vasculitis por contacto, insuficiencia arterial y otras causas de Raynaud; más rara vez leucemia cutis.

Reportamos los casos de siete pacientes con perniois, todas pertenecientes al género femenino, jóvenes, menores de 45 años, delgadas, con IMC que oscilaba entre 17.3 y 22.6; cuatro casos se clasificaron como idiopáticos y tres fueron secundarios a lupus eritematoso sistémico.

El tratamiento incluyó esteroides tópicos (7/7), bloqueadores de canales de calcio (4/7), simvastatina (3/7) además de otros inmunomoduladores en aquellas con LES (una con enfermedad renal y una embarazada).

(326)

C1-CM118

Histiocitosis de células Langerhans en un paciente con lupus eritematoso sistémico. Reporte de caso

Díaz GY⁽¹⁾, Viniegra FA⁽²⁾, Zarate OA⁽³⁾

⁽¹⁻³⁾ Hospital General de Zona 32, IMSS, ⁽³⁾ Servicio de Patología Hospital Español

Introducción: Conocida como histiocitosis X, es una proliferación de las células de Langerhans (célula presentadora de antígeno) de piel, mucosas, ganglios, bazo y timo. La incidencia es de 0.4/100 000, afecta a la población pediátrica. Puede ser localizada (piel, hueso) o sistémica. El curso clínico suele ser benigno aunque ocasionalmente puede conducir a la muerte. Se presenta el caso de una mujer con LES de 12 años de evolución y ERC KDOQI V en hemodiálisis, quien presentó un síndrome infiltrativo y hallazgos histopatológicos relacionados a histiocitosis de células de

Langerhans; inmunohistoquímica con marcadores positivos. No se han reportado en la literatura casos con asociación a enfermedad reumática.

Caso: Mujer de 38 años de edad con LES desde 1998 y ERC KDOQI V en hemodíalisis desde 2003. Hospitalizada en febrero 2009 por síntomas B de seis meses de evolución, fiebre no cuantificada, sin predominio de horario, acompañada de escalofríos, diaforesis profusa, pérdida ponderal no cuantificada y crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas de reciente diagnóstico. EF: SV TA 100/60 mmHg, FC 88, saturación 93%, emaciada, pálida, cuello con linfadenopatías cervicales 3-4 cm nodulares no dolorosas, consistencia ahulada. Hepatomegalia de 4 cm, esplenomegalia 3 cm, ganglios inguinales de 1 y 2 cm, extremidades con edema. Neurológico sin alteración. Evolución con deterioro clínico progresivo por sepsis secundario a GEPI, pancitopenia multifactorial y falla hepática con coagulopatía. Tratamiento con antibióticos de amplio espectro y glucocorticoides a dosis altas sin respuesta. Estudios de laboratorio y gabinete: Citometría hemática hemoglobina 8.5 g/dL, leucocitos 1700 y 700, linfocitos totales 100, plaquetas 64 000 y 25 000, ALT 120, AST 100, tiempo de protrombina 18.5", tiempo parcial de tromboplastina 57", VSG 71 mm/h, PCR 18; beta 2 microglobulina 12360, hemocultivos negativos. Ag HBS, anti-HC y VIH, negativos. Líquido cefalorraquídeo en agua de roca, sin celularidad, citológico sin alteración. Tomografías computadas: Cráneo: Zonas hipodensas (isquémicas y/o vasculitis). Tórax y abdomen: Hepatoesplenomegalia sin ganglios torácicos ni abdominales. Biopsia de médula ósea hipocelular (sin hemofagocitosis). Biopsias de ganglio: Cervical: Atrofia con infiltración adiposa extensa e histiocitosis sinusoidal con proliferación vascular extensa; inguinal: Hiperplasia paracortical acentuada y proliferación de células de Langerhans, en ninguna emperipolesis. Inmunohistoquímica con marcadores para proteína S-100 positivo (macrófagos) y CD1 positivo (células de Langerhans).

Discusión: Se describe un síndrome infiltrativo no neoplásico semejante a linfoma en una paciente con LES y ERC que no corresponde a las etiologías descritas (linfadenopatía reactiva, infecciosa viral o tuberculosa, enfermedad de Kikuchi-Fujimoto y síndrome fagocítico mononuclear). Como el comportamiento clínico en todas es similar, el diagnóstico definitivo es histopatológico e inmunohistoquímico.

Conclusión: Este caso es excepcional porque reúne criterios definidos de histiocitosis de células de Langerhans (proteínas S-100 y CD1 positivo), con afección sistémica en una paciente con profundas alteraciones inmunológicas reflejadas por la presencia de leucopenia y linfopenia (enfermedad autoinmune lupus eritematoso e inmunodeficiencia secundaria por enfermedad renal crónica y hemodíalisis). Estas alteraciones se agravaron con la infiltración histiocítica, determinando su falta de respuesta al tratamiento.

(170) C1-CM119

Presentación inusual de síndrome antisintetasa: Reporte de caso

Luna-Pineda L, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Servicio de Reumatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Introducción: Se conoce como síndrome antisintetasa a la asociación de miopatía inflamatoria idiopática, afección intersticial pulmonar, "manos de mecánico", artritis no erosiva y presencia de anticuerpos antisintetasa a nivel sérico. La etiología y patogenia son desconocidas; se implican diversos factores infecciosos, ambientales químicos y autoinmunitarios. Los anticuerpos antisintetasa son de tipo IgG dirigidos contra la enzima citoplasmática aminoacilil-ARNt sintasa en 25-30% de los pacientes con miopatía inflamatoria, siendo el más común el antihistidil-ARNt (Jo-1) en el 20 a 30% de los casos.

Masculino de 48 años inicia en enero de 2005 fiebre, tos intermitente que evolucionó a accesos y presencia de disnea progresiva. Recibe tratamiento

antibiótico por neumonía comunitaria sin respuesta y deterioro de mecánica ventilatoria requiriendo ventilación mecánica. Tras resolución es referido a neumología para protocolo de estudio, documentando patología pulmonar intersticial con biopsia pulmonar a cielo abierto que reporta neumonía intersticial inespecífica con componente fibroso y celular, focos de metaplasia bronquiolar; se diagnostica alveolitis criptogénica y se da tratamiento con teofilina y dexametasona. En abril de 2006 exacerbación de disnea y se agrega debilidad muscular progresiva descendente simétrica, artralgias generalizadas; se solicita valoración por servicio de reumatología, documentando disminución de fuerza muscular proximal, artritis de metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, así como cambios cutáneos a nivel de manos compatible con "manos de mecánico". Determinación de CK 5684 U/L, reactantes de fase aguda elevados, anticuerpos antinucleares positivos moteado difuso y citoplasmático, anti SSA positivo, anti SSB negativo, anti Jo-1 positivo. Se diagnostica polimiositis/síndrome antisintetasa y se inicia tratamiento con prednisona en dosis altas con reducción gradual y azatioprina (150 mg/día) con mejoría de la fuerza muscular y CK normal. Actualmente estable con fuerza muscular global 5/5, se evaluó función pulmonar con espirometría en octubre de 2009 reportando patrón restrictivo con CVF 61% y VEF1 68%, gases arteriales pO₂ 59.3 y SaO₂ 90.3%. TAC pulmonar de alta resolución con patrón en "vidrio despolido" de lóbulos inferiores así como en "panal de abeja" compatible con fibrosis pulmonar.

En el síndrome antisintetasa es poco frecuente que la afectación pulmonar preceda a la miositis; éste fue el caso de nuestro paciente que cursó con datos de neumonitis intersticial casi dos años antes de la manifestación muscular clínica. A pesar de lo infrecuente de esta patología, la determinación de anticuerpos antisintetasa podría considerarse dentro de la evaluación diagnóstica de las neumopatías intersticiales.

(366) C1-CM120

Inmunoglobulina intravenosa en paciente con lupus cutáneo subagudo grave, refractario a dosis altas de esteroide

Meza ZE, Zaragoza RI, Pérez CM, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: El lupus eritematoso es una enfermedad autoinmune inflamatoria caracterizada por un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La piel es uno de los sitios más frecuentes de afección. El lupus cutáneo agudo puede estar localizado en la cara o ser más difuso. El lupus subagudo es anular o psoriasisiforme y el eritematoso crónico engloba al lupus discoide, localizado o difuso, al lupus tumidus, al lupus pernicio y a la panielitis lúpica.

Caso clínico: Mujer de 30 años de edad con antecedentes de tabaquismo y alcoholismo desde los 15 años, consumo de crack e inhalación de thinner desde los 19 años, hospitalizada en 2007 por crisis convulsivas TCG, secundarias a trombosis de seno venoso central superior y EVC isquémico parietooccipital demostrado por resonancia magnética.

Inició su padecimiento en febrero de 2010, con lesiones dérmicas caracterizadas por máculas y pápulas eritematovioláceas, urentes, pruriginosas, localizadas inicialmente en ambas manos, además de vesículas con local hemorrágico y lesiones atróficas con escama fina, con diseminación posterior a la cara lateral de ambos brazos, piernas, pabellones auriculares, rostro y tórax. Las lesiones se encontraron predominantes en zonas fotoexpuestas, siendo más eritematosas y con mayor escama y costra en cara, manos y pabellones auriculares.

Laboratorios de marzo de 2010: Plaquetas: 5000, C3: 21 mg/dL, C4: 7 mg/dL, anti DNA: 52 UI/mL y anticuerpos antinucleares 1: 320 U/L. Biopsia de piel compatible con lupus cutáneo subagudo. Recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona 1 g IV cada 24 horas por tres días, aféresis plaquetaria y danazol, sin mejoría persistiendo la trombocitopenia grave y

lesiones dérmicas activas. Se tomó Rx de tórax con silueta cardiaca en gafa y por ecocardiograma se detectó derrame pericárdico masivo, sin compromiso hemodinámico, tratado con ventana pericárdica.

En el postoperatorio presentó agitación psicomotriz, desinhibición y falsos reconocimientos: la valoración psiquiátrica concluyó psicosis multifactorial e inició alopéridol con mejoría parcial. Punción lumbar con líquido cefalorraquídeo normal. Por actividad grave persistente se inició inmunoglobulina IV (2 g/kg dividido en cinco días) con normalización de la cifra de plaquetas y mejoría muy importante de las lesiones dérmicas.

Conclusión: La IgIV parece ser útil en pacientes con actividad lúpica cutánea grave refractaria a tratamiento convencional. En el caso presentado normalizó la cifra de plaquetas y las lesiones dérmicas se resolvieron completamente sin dejar cicatriz.

(204)

C1-CM121

Cáncer papilar de tiroides (CPT) con vasculitis de vasos de mediano calibre *in situ* asociado a lupus eritematoso sistémico (LES). Reporte de un caso

Pizano R⁽¹⁾, Zaragoza I⁽²⁾, Blanco-Lemus E⁽³⁾, Jiménez-Balderas J⁽⁴⁾, Barile-Fabris L⁽⁵⁾

^(1-2,4-5) Departamento Reumatología Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI IMSS, ⁽³⁾ Departamento Anatomía Patológica Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI IMSS

Antecedentes: La asociación de cáncer y enfermedad autoinmune ha sido reportada en tumores sólidos como Ca de mama, ovario y colon. La manifestación a distancia más común es la púrpura palpable. Presentamos el caso de una paciente quien desarrolló CPT con vasculitis de vasos medianos dentro del tumor y quien posteriormente presentó LES.

Femenina de 35 años. A los 33 años se le realizó tiroidectomía por Ca papilar moderadamente diferenciado con infiltración de tejidos blandos, recibió además 150mci de I131 y metimazol con propranolol por seis meses. En el posoperatorio presentó poliartritis; 17 meses después fue reintervenida por un tumor de 3 x 4 cm en lóbulo tiroideo izquierdo y ganglios hiperplásicos de 0.5 cm. El análisis histopatológico reportó Ca papilar de tiroides bien diferenciado con ganglios linfáticos hiperplásicos, recibiendo 25 sesiones de radioterapia.

Catorce meses después de la última cirugía la paciente presentó fiebre (39°C), odinofagia y artralgias. A la EF sólo poliartritis simétrica. En el laboratorio: Leucocitos 4.25 10³/µl, Hb 9.3 g/dL, VCM 78.5 fL, HCM 22.7 pg, linfocitos 0.38 10³/µl, PCR 4.43 mg/dL, FR 20.2 UI/mL (valor normal 0-14), C3 144 mg/dL (90-180), C4 34 mg/dL (10-40), VHB y VHC negativos, CMV IgM positivo, carga para CMV no detectable, Ac IgG cápside VEB y nuclear VEB positivo, VIH negativo, anti-Ro y anti-La positivos, ANA () 1:160, anti-DNA 122.6 UI/mL, c-ANCA y p-ANCA negativos. El rastreo corporal con yodo y galio resultó negativo para metástasis y para actividad tumoral, respectivamente. Una revisión de la pieza quirúrgica de la última intervención mostró que dentro del Ca papilar había una arteria de mediano calibre con vasculitis linfocítica sin atipias. Recibió tratamiento con CLQ 150 mg/día y PDN 5 mg/día.

Discusión: Hasta donde sabemos no hay reportes de vasculitis de vasos de mediano calibre asociada a Ca papilar de tiroides; mientras que en el LES sólo 6% de ellos han desarrollado vasculitis de vasos medianos similar a la poliartritis nodosa. Nuestro caso ejemplifica que en el Ca de tiroides puede ocurrir vasculitis *in situ* con posterior desarrollo de LES.

(347)

C1-CM122

Síndrome de activación de macrófagos (SAM) y lupus eritematoso sistémico (LES)

Pérez CM, Zaragoza RI, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: El SAM es una complicación potencial de las enfermedades reumáticas, caracterizado por infiltración de macrófagos hemofagocíticos morfológicamente benignos en médula ósea, hígado, bazo y ganglios linfáticos. La mortalidad es de 15-60% si no se detecta a tiempo.

Presentación del caso: Mujer de 48 años con diagnóstico de LES hace 20 años, con artritis, anemia hemolítica, leucopenia, trombocitopenia grave, anti-RO 40, anti-La 11, anti-SM positivo, ANA 1:128 patrón moteado grueso. Inició su padecimiento dos semanas previas a su ingreso con fiebre sin horario, astenia, adinamia, hiporexia, desorientación en tiempo y lugar; se detectó anemia (5.7 g/dL), trombocitopenia (23 000), neutropenia (680). Se aplicaron tres pulsos de metilprednisolona (3 g) y transfusión sanguínea, sin recuperación de la anemia y persistencia de la fiebre. Se realizó aspirado de médula ósea reportándose PB linfoma no Hodgkin.

A su ingreso presentó dos crisis convulsivas tonicoclónicas generalizadas con duración de dos minutos; requirió ventilación mecánica. Coombs directo positivo, PCR 16.64, C3 86 y C4 17. Por actividad hematológica y neurológica se inició tratamiento con inmunoglobulina humana IV (IgIV) dosis total de 140 g dividida en cinco días y antibioticoterapia por neumonía hospitalaria. Persistió con pancitopenia y fiebre. Se realizó TC toracoabdominal que demostró adenomegalias mediastinales y retroperitoneales de 2 y 4 cm, esplenomegalia 16 cm. Niveles séricos de vitamina B12 > 2000, ácido fólico 12.4, ferritina > 10000, triglicéridos 352. Serología para parvovirus B19 positiva, IgG 2.1 y negativo para IgM 0.1. Punción lumbar: LCR incoloro, células 30, linfocitos 70%, segmentados 30%, glucosa 48, tinta china negativa. Persistió con fiebre, motivo por el cual se realizó laparotomía protocolizada, concluyéndose hemosiderosis grado IV y síndrome de activación macrófaga. En el tercer ciclo de IgIV se agregó ciclosporina A 100 mg cada 12 horas con remisión de la fiebre, mejoría clínica y laboratorio (ferritina 6068).

Conclusión: La paciente cumplió criterios para SAM (fiebre persistente, esplenomegalia, pancitopenia, hipertrigliceridemia, hemofagocitosis en bazo y ferritina > 10000) y se descartó neoplasia; el SAM pudo ser causado por el LES activo. Respondió adecuadamente al tratamiento con IgIV y ciclosporina A. El SAM debe considerarse en el diagnóstico diferencial en los pacientes con fiebre, pancitopenia y enfermedad autoinmune ya que el tratamiento temprano disminuye su alta mortalidad.

(349)

C2-CM123

Factores asociados a mal pronóstico en la neuropatía periférica de origen autoinmune

Pérez CM, Camargo CA, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La neuropatía periférica es una manifestación frecuente en las enfermedades autoinmunes (20-60%). En el lupus y en las vasculitis primarias (VP), la afección del nervio periférico se asocia a morbilidad significativa.

La exploración física y la velocidad de conducción nerviosa (VCN), son útiles en el diagnóstico. El tratamiento de elección son esteroides e inmunosupresores; el desenlace puede ser desde recuperación total hasta daño irreversible.

Las VP pueden afectar la *vasa nervorum* causando neuropatía por vasculitis (15 a 75%). La polineuropatía es más común que la mononeuritis múltiple y el daño puede ser axonal o desmielinizante y/o sensitivo-motor.

Objetivo: Identificar factores asociados a mal pronóstico en la neuropatía periférica secundaria a enfermedad autoinmune

Material y métodos: Se incluyeron pacientes > 18 años con diagnóstico de LES o VP de acuerdo al ACR y con neuropatía periférica diagnosticada por cuadro clínico y VCN. Se midieron las siguientes variables: Tiempo de evolución de la enfermedad, tiempo de retraso en el diagnóstico y el tratamiento. Por VCN, tipo de nervio afectado (sensitivo o motor) y el tipo de daño (axonal o desmielinizante). La neuropatía periférica se valoró por examen físico y cuestionario. Los pacientes se agruparon de acuerdo a la respuesta obtenida con el tratamiento (Grupo 1 mala respuesta y Grupo 2 buena respuesta). Se utilizó estadística descriptiva, χ^2 para variables dicotómicas y Wilcoxon para la comparación antes y después del tratamiento. Se utilizó el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes, 15 con LES y seis con VP (tres Wegener y tres PAN), edad promedio 47.48 ± 10.12 años, femenino 71% ($n = 15$), tiempo de diagnóstico de 111.14 ± 83.15 meses, retraso del diagnóstico 2.38 meses y retraso en el inicio de tratamiento de 1.81 meses. El grupo de mala respuesta recibió mayor dosis de prednisona 22.4 vs. 7.9 , $p < 0.05$. Los inmunosupresores fueron metotrexato, mofetil micofenolato ($n = 7$, 33%), azatioprina ($n = 8$, 38%), ciclofosfamida IV ($n = 5$, 24%), ciclosporina (CYC) ($n = 1$, 5%). Posterior al tratamiento siete pacientes persistieron con datos de neuropatía periférica. La respuesta parcial fue obtenida en 43% ($n = 9$) y respuesta completa en 57% ($n = 12$). Hubo correlación entre el retraso del tratamiento, uso de dosis mayores de prednisona y presencia de daño nervioso axonal-desmielinizante con el mal pronóstico ($p = 0.003$, $p = 0.05$ y $p = 0.04$, respectivamente).

Conclusión: Existe relación entre el retraso del tratamiento, el uso de dosis mayores de prednisona y la presencia de daño de tipo axonal-desmielinizante con mal pronóstico, destacando que ningún fármaco inmunosupresor fue superior a otro en términos de respuesta.

(234)

C2-CM124

Evaluación de la función renal en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) por ecuación basada en creatinina sérica, correlación con iodotalamato y cistatina C. Inutilidad de la depuración de creatinina (DCr)

Martínez-Martínez MU, Borjas-García JA, Llamazares-Azuara L, Torres-Anguiano JR, Hernández-Nieto CA, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La determinación de iodotalamato es una de las pruebas ideales para evaluar filtración glomerular (GFR). La cistatina C es de las más confiables para determinar GFR. La afección renal en LES ocurre en 60% de los pacientes y la GFR debe de evaluarse periódicamente. Éste es el primer estudio que evalúa con estándar de referencia (iodotalamato y cistatina C) la función renal en LES. Enfatizamos la mejor ecuación para calcular la GFR basada sólo en creatinina sérica.

Objetivo: Evaluar diferentes fórmulas basadas en creatinina sérica además de DCr y definir la mejor opción para GFR en LES, utilizando como referencias iodotalamato y cistatina C.

Material y métodos: El estudio se dividió en dos fases; *Fase 1.* Evaluamos GFR con iodotalamato en 14 pacientes con LES para definir y validar la mejor ecuación con cistatina C. *Fase 2.* Tomamos la mejor ecuación con el método de cistatina C (56 pacientes) como estándar de referencia para evaluar la DCr y las ecuaciones basadas en creatinina sérica (5): Ecuación del estudio CKD-EPI, Cockcroft Gault (CG), CG con peso ideal (CGi), fórmula cuadrática de la Clínica Mayo (Mayo) y la fórmula de MDRD o Levey. En ambas fases evaluamos correlación (Rho de Pearson), sesgo con el estadístico de Bland y Altman y exactitud o P30 (definido como la proporción de pacientes que se encuentran en el 30% del valor de GFR con el estándar de oro o referencia).

Resultados: En la primera fase seleccionamos la fórmula de Stevens (ecuación basada en creatinina y cistatina C) como estándar de referencia para comparar las ecuaciones basadas en creatinina. Evaluamos en la fase 2 a 56 pacientes con LES (51 mujeres) de 38.8 ± 14 años de edad promedio. La mejor ecuación para estimar la GFR fue la ecuación de CKD-EPI y la peor la DCr, según se muestra en la **Tabla**.

Tabla.

	DCr	CKD-EPI	CG	CGi	Mayo	MDRD
Correlación (r)	0.705*	0.915*	0.878*	0.890*	0.655*	0.860*
P30 (%)	86.6	92.9	75	87.5	64.3	91.1
Sesgo (¶)	8.7	2.9	-15.8	1.2	-6.3	1.1
DE Sesgo (¶)	26.0	19.6	35.7	27.4	33.5	37.7

* $p < 0.001$, (¶): mL/min/1.73 m² SC.

Conclusiones: Lo mejor en la práctica clínica para evaluar la GFR en LES es la ecuación CKD-EPI, que requiere solamente creatinina sérica y edad. La DCr debería abandonarse por su poca exactitud y porque requiere la recolección de orina durante 24 horas con costo mayor que CKD-EPI.

(63)

C2-CM125

Metilprednisolona ajustada a los niveles séricos de albúmina más ciclofosfamida en pacientes con nefritis lúpica

González Díaz V, González Díaz E, Martínez Bonilla G, Bernard Medina A, Gutiérrez Ureña S, Cerpa Cruz S

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: La afectación renal en lupus eritematoso sistémico (LES) es frecuente y se asocia comúnmente con disminución de los niveles séricos de albúmina. La metilprednisolona (MPD) se une a la albúmina, por lo que en hipalbuminemia la dosis requerida de MPD puede ser menor. Es conveniente replantear la terapéutica bajo estas condiciones, ya que la primera causa de muerte en LES son las infecciones, las cuales a su vez se relacionan con el tratamiento inmunosupresor.

Objetivo: Comparar el beneficio y la seguridad de la combinación de ciclofosfamida (CFM) más MPD ajustada a la albúmina vs. CFM más MPD no ajustada a la albúmina en nefritis lúpica proliferativa.

Metodología: Pacientes con LES y nefropatía III y IV participaron en un ensayo clínico abierto, aleatorizado, comparativo, estratificado en base a los niveles séricos de albúmina en grupos paralelos de tratamiento (uno que recibió CFM más MPD ajustada y otro que recibió CFM más MPD a dosis convencionales durante 24 semanas) evaluados con análisis de intención a tratar.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes, 16 mujeres y dos hombres con edad promedio de 29.1 ± 8.58 años y tiempo promedio de diagnóstico del LES de 136.88 ± 201.16 semanas y de nefritis lúpica de 3.33 ± 3.46 semanas. El total de remisión en ambos grupos (10 pacientes en el grupo ajustado y ocho en el grupo de MPD no ajustada) fue de 66.67%, 33.33% con remisión completa y 33.33% con remisión parcial; en el 33.33% restante hubo falla terapéutica. En el grupo de CFM más MPD no ajustada a la albúmina hubo remisión completa en 37.5% vs. 30% en el grupo ajustado ($p = 1$), remisión parcial en 25% vs. 40% ($p = 0.64$) y falla terapéutica en 37.5% vs. 30% ($p = 1$). Los eventos adversos observados durante el estudio fueron similares en ambos grupos.

Conclusiones: Demostramos que el tratamiento combinado de CFM más MPD ajustada a la albúmina tiene igual efecto terapéutico y perfil de seguridad que la combinación de CFM más MPD a dosis estándar.

(27)

C2-CM126

Validación de los criterios propuestos por el Grupo SLICC para el diagnóstico y clasificación del lupus eritematoso generalizado

Rodríguez-García F, Santana-De Anda K, Duarte-García A, Sánchez-Guerrero J, Pascual Ramos V, Hernández Molina G, Rodríguez-Reyna TS, Lara-Reyes P

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los criterios ACR 1997 para la clasificación de LEG nunca han sido validados con fines diagnósticos. Recientemente, el Grupo SLICC ha propuesto una nueva serie de criterios susceptibles de utilizarse con fines diagnósticos y que precisan validación.

Objetivo: Validar los criterios propuestos por el Grupo SLICC para el diagnóstico y la clasificación de pacientes con LEG.

Material y métodos: Se incluyeron 55 pacientes (Grupo A) hospitalizados en nuestro instituto por síntomas sistémicos de inicio reciente (< 6 meses). Todos fueron sometidos a EF completo y a los estudios pertinentes de acuerdo a su condición clínica. El diagnóstico final se estableció sólo después de seis meses. También se incluyeron 51 pacientes consecutivos (Grupo B) de una cohorte incipiente de pacientes con LEG (ACR 1997), en quienes se evaluó si reunían los criterios SLICC durante los primeros seis meses de seguimiento en la cohorte. Finalmente 35 pacientes de las cohortes de AR temprana y SS fueron incluidos (Grupo C). La validez de los criterios SLICC con fines diagnósticos se evaluó en el Grupo A y la validez con fines de clasificación en los tres grupos.

Análisis estadístico: Se realizó análisis de prueba diagnóstica. La concordancia se estableció por prueba kappa.

Resultados: Los pacientes del grupo A tuvieron un promedio de edad de 37 años \pm 17 (DE), 40 fueron mujeres. Los motivos de hospitalización incluyeron fiebre, pérdida de peso, síndrome nefrótico, síndrome nefrítico, GMNRP, artritis, adenomegalia generalizada, citopenias. Los pacientes en el grupo B tuvieron un promedio de edad de 29 \pm 9.1 años, 43 fueron mujeres. Los pacientes en el grupo C tuvieron un promedio de edad de 40 \pm 14 años, 30 fueron mujeres. Sus diagnósticos fueron AR seropositiva (FR y APCC, $n = 16$), AR seronegativa (FR- y APCC -, $n = 16$) y SS con manifestaciones extraglandulares ($n = 3$). En el grupo A, 21/55 (38%) tuvieron diagnóstico de LEG y una concordancia de 87.3 con los criterios de ACR, con kappa 74.5. La concordancia en el diagnóstico para los tres grupos fue de 92.2, kappa 84.3. Los resultados con fines diagnósticos fueron: Sensibilidad 90.5% (IC95% 82.7-98.3), especificidad 76.5% (IC95% 70.8-82.2), VPP 70% (IC95% 58.0-82.0), VPN 93% (IC95% 88.0-99.7). Los resultados con fines de clasificación fueron: Sensibilidad 95.8% (IC95% 91.2-100), especificidad 85.5% (IC95% 77.2-93.8), VPP 87.3% (IC95% 80.0-94.7), VPN 95.2% (IC95% 89.8-100).

Conclusión: Los criterios actuales del ACR y los propuestos por SLICC son útiles para el diagnóstico y la clasificación de pacientes con LEG. Sin embargo, estos últimos se desarrollan mejor para la clasificación que para el diagnóstico.

(91)

C2-CM127

Inmunización contra la influenza A H1N1 en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG)

Huerta GF, Gallaga VA, Reyes A, Chávez MA, Cruz Z

Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Introducción: Los pacientes que sufren lupus eritematoso generalizado tienen mayor probabilidad de desarrollar infecciones prevenibles. Recientemente, la influenza A H1N1 se ha agregado a la lista de estas enfermedades. Sin embargo, la prevención de esta infección se enfrentará al hecho reportado por nuestro grupo en el sentido de que la vacunación en las pacientes lúpicas se efectúa de una manera subóptima.

Objetivo: Conocer cuál es la proporción de los pacientes con LEG que han recibido la vacuna contra el virus de la influenza A H1N1 hasta el mes de septiembre de 2010.

Material y método: Mediante un cuestionario impreso se interrogó a los enfermos que padecen LEG y asistieron de manera a la consulta externa del servicio de reumatología desde que se contó con la vacuna contra la influenza A H1N1 en México. Se indagó si ya habían recibido la vacuna contra la influenza tanto estacional como A H1N1 y en ese caso, si habían presentado complicaciones.

Resultados: El grupo de estudio quedó conformado por 71 pacientes (67 mujeres) con una edad promedio de 42 años (24 a 72) y un tiempo de evolución promedio del LEG de seis años (1.5 a 19). Cincuenta de los casos (70%) estaban tomando glucocorticoides por vía oral y 63 (87.5%) recibían inmunomoduladores o inmunosupresores, correspondiendo la mayor parte de ellos (50 casos) a antimaláricos. Se encontraban en remisión 48 pacientes. El 21% del grupo total había recibido la vacuna contra la influenza estacional y sólo ocho pacientes habían recibido la vacuna contra la influenza A H1N1. Sólo en tres casos se habían aplicado ambas vacunas. Una de las pacientes no pudo recordar cuál de las dos vacunas había recibido. Después de la aplicación de las vacunas no se informaron complicaciones. Tampoco se reportaron episodios de reactivación lúpica relacionados con la administración de las vacunas.

Conclusiones: El porcentaje de vacunación contra la influenza estacional no resultó significativamente mayor a pesar de la reciente pandemia de la influenza A H1N1 (18% en 2008-2009 vs. 21% en los primeros nueve meses de 2010); es decir, la proximidad temporal de la pandemia de influenza A H1N1 no logró incrementar la proporción de los pacientes que recibieron la vacuna contra la influenza estacional. Hasta ahora el porcentaje de pacientes que han recibido la vacuna contra la influenza A H1N1 es sumamente bajo. En ello puede seguir influyendo la infundada creencia de la posible reactivación del lupus. Reiteramos que la discusión sobre este tema debe realizarse rutinariamente durante la consulta a fin de mejorar los resultados hasta ahora consignados.

Referencia

- Huerta GF, Chávez MA, Gallaga VA, Reyes A, Cruz Z. Inmunizaciones en Lupus Eritematoso Generalizado. *Reumatología Clínica* 2010 (Supl 1): 74.

(219)

C2-CM128

Polimorfismo 4G/5G del gen PAI-1 y la detección de aterosclerosis mediante ultrasonido carotídeo en lupus eritematoso sistémico

Cepeda B⁽¹⁾, Domínguez H⁽²⁾, Gómez García MA⁽³⁾, Jiménez A⁽⁴⁾, Nava A⁽⁵⁾, Chavez EL⁽⁶⁾, Gámez Nava JI⁽⁷⁾, González López L⁽⁸⁾, Dávalos IP⁽⁹⁾, Dávalos NO⁽¹⁰⁾, Torres Lozano C⁽¹¹⁾, García de la Torre I⁽¹²⁾, Flores LR⁽¹³⁾, Salazar Páramo M⁽¹⁴⁾

^(1,3,7,11) UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾ UMF 3, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁵⁾ UMAE, Esp. Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Universidad Autónoma de Guadalajara., ^(4,6) Doctorado de Farmacología CUCS, U de G, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁸⁾ HGZ110,

IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁹⁾ Div Genética, CIBO, IMSS, Instituto Genética, CUCS, U de G, ⁽¹⁰⁾ Instituto Genética, CUCS, U de G, ⁽¹²⁾ HGO, SS, Guadalajara, Jalisco, ⁽¹³⁾ SSI, CUCS, U de G, ⁽¹⁴⁾ UMAE, Esp. Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS y Fisiología, CUCS, U de G

Introducción: La aterosclerosis y la enfermedad arterial coronaria son causas reconocidas de morbimortalidad en LES. La aterosclerosis puede ser identificada mediante ultrasonido (US) carotídeo midiendo el engrosamiento de la íntima-media (EIM) y la presencia de placa carotídea (PC). El polimorfismo 4G/5G del promotor del gen inhibidor del activador tisular del plasminógeno tipo 1 (PAI-1) ha sido asociado con aterogénesis y arteriopatía coronaria.

Objetivo: Establecer la posible asociación del polimorfismo 4G/5G del gen PAI-1 y la detección de aterosclerosis mediante la medición del EIM y la identificación de PC en pacientes con LES.

Material y método: Estudio transversal comparativo de un grupo de 20 pacientes con LES (ACR 1982) con edad mediana de 42.5 años (rango 21-64) y un grupo control sano, pareados por edad y sexo, quienes han sido genotipificados para el polimorfismo 4G/5G por método de PCR/RFLP (*BstI*). Se determinó en una sola ocasión por US carotídeo de alta resolución el EIM en mm y la presencia o ausencia de PC (VN < 1.0 mm).

Resultados: La distribución de las frecuencias alélicas y genotípicas entre los pacientes con LES y el grupo control fue similar. El tiempo de evolución de LES (mediana y rango) es de ocho años (2-20), 84% de los pacientes reciben esteroides en forma continua. El valor de la mediana del EIM fue de 0.5 mm (0.44-2.44); sólo en un caso se identificó PC sin diferencia con el grupo control. Al comparar (U de Mann Whitney) los valores de EIM (mediana y rango) de los pacientes con el genotipo 4G/5G ($n = 9$) con los otros genotipos 5G/5G y 4G/4G ($n = 11$), 0.48, 0.44-2.44 vs. 0.52, 0.46-0.57, no encontramos diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: La morbimortalidad de aterosclerosis (evaluada por estudio subrogado como el US) en LES es dependiente del mayor tiempo de evolución. No identificamos diferencias de asociación en los valores de EIM entre los diferentes polimorfismos genéticos asociados al gen PAI-1.

(227)

C2-CM129

Análisis longitudinal de la densidad mineral ósea en mujeres premenopáusicas con lupus eritematoso sistémico

Mendoza-Pinto C ⁽¹⁾, García-Carrasco M ⁽²⁾, Sandoval-Cruz M ⁽³⁾, Estrada-Marín L ⁽⁴⁾, Pazarán-Zanella O ⁽⁵⁾, Munguía-Realpozo P ⁽⁶⁾, Méndez-Méndez S ⁽⁷⁾, Jiménez-Hernández M ⁽⁸⁾, Pezzat-Said E ⁽⁹⁾, Beltrán-Castillo A ⁽¹⁰⁾, Sánchez-Porrás R ⁽¹¹⁾, López-Colombo A ⁽¹²⁾

^(1-8,11) Hospital General Regional 36. IMSS-CIBIOR, Puebla, ⁽³⁾ Jefatura de Medicina Interna HGR 36. IMSS, Puebla, ⁽⁴⁾ Laboratorios Clínicos de Puebla, ⁽⁹⁾ Unidad de Inmunopatología FMBUAP, ⁽¹⁰⁾ Servicio de Reumatología HGR 36. IMSS, Puebla, ⁽¹²⁾ Jefatura Delegacional de Investigación IMSS, Puebla

Introducción: Varios estudios transversales han demostrado que mujeres premenopáusicas con lupus eritematoso sistémico (LES) presentan pérdida de la densidad mineral ósea (DMO). Sin embargo, pocos estudios longitudinales han evaluado esta complicación en LES.

Objetivo: Medir el cambio de DMO en mujeres premenopáusicas con LES durante un periodo de un año e identificar los factores asociados a la pérdida ósea.

Pacientes y métodos: Mujeres premenopáusicas con LES que participaron previamente en estudio transversal de DMO en 2007, fueron invitadas a participar en el estudio. Se realizó una entrevista estandarizada, revisión de expediente clínico y revalorización de la DMO en columna lumbar y cuello femoral por medio de absorciometría dual de rayos X.

Resultados: Participaron 33 mujeres con una media de edad de 39 ± 14 años y evolución de LES de 7.7 ± 5.9. Durante el tiempo de estudio, 31 (93%) pacientes recibieron tratamiento con prednisona a una dosis diaria promedio de 14 ± 10 mg. En estas pacientes se presentó una pérdida ósea significativa a nivel de columna lumbar (0.997 ± 0.130 vs. 0.880 ± 0.194; $p = 0.002$) y a nivel de cuello femoral (0.959 ± 0.154 vs. 0.829 ± 0.131; $p = 0.003$). En las pacientes tratadas con prednisona a dosis > 7.5 mg/día ($n = 21$), la pérdida de DMO en cuello femoral fue mayor que en quienes recibieron < 7.5 mg/día (0.209 ± 0.168 vs. 0.093 ± 0.069; $p = 0.03$). Sin embargo, esta diferencia no se encontró a nivel de columna lumbar. Las variables relacionadas con la enfermedad no se asociaron con cambios en la DMO.

Conclusiones: Las pacientes con LES premenopáusicas que recibieron esteroides presentaron una pérdida significativa de DMO con el transcurso del tiempo, por lo que se sugiere tratamiento preventivo para disminuir la osteoporosis inducida por esteroides.

(285)

C2-CM130

Porcentaje de masa grasa corporal y uso de prednisona en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Hernández-Cuervo P ⁽¹⁾, Lora-Gaitán ME ⁽²⁾, Díaz-Rizo CV ⁽³⁾, De la Cerda-Trujillo LF ⁽⁴⁾, Rocha-Muñoz AD ⁽⁵⁾, Rojo-Contreras EW ⁽⁶⁾, Vázquez-Villegas ML ⁽⁷⁾, Salazar-Páramo M ⁽⁸⁾, Cabrera-Pivaral CE ⁽⁹⁾, González-López L ⁽¹⁰⁾, Gámez-Nava JI ⁽¹¹⁾

^(1-6,11) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽⁷⁾ Doctorado en Ciencias de la Salud Pública/Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽⁸⁾ Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽⁹⁾ Jefatura de Enseñanza del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽¹⁰⁾ Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: En lupus eritematoso sistémico (LES) se han identificado diversos factores que favorecen el aumento del porcentaje de masa grasa total que afecta la composición corporal. En la literatura existen pocos estudios que evalúan el papel de los corticoesteroides.

Objetivo: Identificar la correlación entre el porcentaje de masa grasa corporal con variables antropométricas y uso de prednisona en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio transversal. Se evaluó a pacientes con LES (ACR 1984), sexo femenino, sin sobreposición de la consulta externa de reumatología y controles sanos del banco de sangre en el mismo hospital (segundo nivel) de edad, sexo y características similares a los pacientes. Se investigaron características sociodemográficas. En ambos grupos se realizó composición corporal por técnica de DEXA. Análisis estadístico con t de Student y correlación de Pearson para identificar la asociación entre variables cuantitativas.

Resultados: Se evaluaron 40 pacientes con LES y 33 controles sanos. En el grupo de LES el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 9.7 ± 7.7 años, con dosis de glucocorticoide de 17.21 ± 5.6. A la comparación no hubo diferencias en edad (42 ± 11 vs. 45 ± 11, $p = 0.31$), peso (68.1 ± 13.7 vs. 66.7 ± 12.4, $p = 0.68$), talla (158.3 ± 6.9 vs. 154.7 ± 28.7, $p = 0.45$), IMC (26.9 ± 4.4 vs. 25.9 ± 5.0, $p = 0.40$), número de embarazos (2 ± 2 vs. 3 ± 2, $p = 0.6$). En la composición corporal hubo diferencias en el porcentaje de masa grasa (45.1 ± 6.5 vs. 41.1 ± 7.3, $p = 0.01$) no así en el porcentaje de masa magra (52.9 ± 6.4 vs. 55.22 ± 8.4, $p = 0.14$) ni la masa ósea (2.17 ± 0.4 vs. 2.23 ± 0.6, $p = 0.26$). Mientras que el porcentaje de masa grasa correlacionó con IMC ($r = -0.70$, $p = 0.01$) y con la dosis de prednisona ($r = 0.37$, $p = 0.05$), en el análisis de correlación en el grupo de LES se encontró una asociación entre el porcentaje de masa magra con el IMC ($r = -0.63$, $p = 0.01$) y con la dosis de prednisona ($r = -0.35$, $p = 0.05$).

Conclusiones: El porcentaje de masa grasa correlaciona con el IMC y con la dosis de prednisona utilizada en los pacientes. Se requiere la evaluación de la composición corporal en todos los pacientes con LES debido al importante papel que juega este factor en el desarrollo de enfermedades comórbidas cardiovasculares.

(229)

C2-CM131

Patrones de prescripción de fármacos modificadores de la enfermedad e inmunosupresores en lupus eritematoso sistémico

Félix-Hernández F⁽¹⁾, Vázquez-Villegas ML⁽²⁾, Vega-López A⁽³⁾, Ponce-Guarneros JM⁽⁴⁾, Salazar-Henández DA⁽⁵⁾, Rodríguez-Jiménez NA⁽⁶⁾, Norzagaray-Ibarra FG⁽⁷⁾, González-Montoya NG⁽⁸⁾, Sánchez-Mosco D⁽⁹⁾, Totsuka-Sutto S⁽¹⁰⁾, Pascoe-González S⁽¹¹⁾, González-López L⁽¹²⁾, Gámez-Nava JI⁽¹³⁾

^(1,5,8) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del HECMNO, IMSS, Doctorado en Farmacología, UDG, ⁽²⁾ Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, CUCS, UDG, ^(3,9,12) Departamento de MI/Reumatología, HGR 110, ⁽⁴⁾ Departamento de MI/Reumatología, HGR110 ^(6,13) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del HECMNO, IMSS, ⁽⁷⁾ Unidad de Alta Especialidad Hospital Gineco Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽¹⁰⁾ Doctorado en Farmacología, UDG, ⁽¹¹⁾ Unidad de Investigación Cardiovascular, CUCS, UDG

Introducción: Los patrones de prescripción de fármacos modificadores de la enfermedad (FME) e inmunosupresores en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) han sufrido variaciones en los últimos años con la introducción de nuevos agentes. El conocimiento de estos patrones es necesario para la toma de decisiones en términos de planeación de recursos y demanda de medicamento.

Objetivo: Identificar la frecuencia de prescripción de FME e inmunosupresores en pacientes con LES de un censo administrativo de un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio transversal tipo censo administrativo. Se investigó el patrón de prescripción de FME e inmunosupresores a partir de una base de datos obtenida en la consulta de reumatología de un hospital de segundo nivel de atención durante el periodo de 2009 y el primer semestre del 2010, obteniendo 265 pacientes con LES. Se realizó cálculo de frecuencias de uso así como una comparación de factores relacionados con la prescripción con razón de momios (OR) cruda y ajustada con regresión logística.

Resultados: Se evaluaron 265 pacientes con LES de los cuales 245 (92%) fueron del sexo femenino con promedio de 39 años (mínima 13, máxima 66). En orden de frecuencia, los FME e inmunosupresores fueron azatioprina 112 (42.3%), cloroquina 94 (35.6%), micofenolato 72 (27%), ciclofosfamida intravenosa 45 (17%), metotrexate 37 (15%), rituximab 12 (4.5%), agente anti-TNF 12 (4.5%). Pacientes que reciben azatioprina presentan mayor edad que los restantes (43 vs. 36 años, $p < 0.001$). A la inversa, pacientes que reciben cloroquina presentan menor edad que quienes no la reciben (36 vs. 40 años, $p < 0.004$); con micofenolato también fueron más jóvenes los pacientes usuarios que los no usuarios (36 vs. 40 años, $p < 0.023$). El tiempo de evolución no fue relacionado a la prescripción de fármacos en ninguno de estos casos.

Conclusión: Un alto porcentaje de individuos con LES en hospital de segundo nivel recibe inmunosupresores. Estos patrones de prescripción se han ido orientando hacia el uso cada vez más frecuente de micofenolato a pesar de que la azatioprina sigue siendo el inmunosupresor más prescrito. Estos datos son de interés para la identificar el consumo de este medicamento, la demanda y planeación de recursos para evitar el desabasto de los fármacos que los pacientes con LES requieren.

(115)

C2-CM132

Análisis de la expresión y función de CBL-B en linfocitos de pacientes con lupus eritematoso generalizado y detección del SNP 2126(A/G) de CBL-B en la población mestizo-mexicana

Doníz-Padilla L⁽¹⁾, Martínez-Jiménez V⁽²⁾, Niño-Moreno P⁽³⁾, Abud-Mendoza C⁽⁴⁾, Hernández-Castro B⁽⁵⁾, González-Amaro R⁽⁶⁾, Layseca-Espinosa E⁽⁷⁾, Baranda L⁽⁸⁾

^(1-2,5-8) Dpto. Inmunología, Facultad de Medicina, UASLP, ⁽³⁾ Laboratorio de Inmunología, Facultad de Ciencias Químicas, UASLP, ⁽⁴⁾ Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: El lupus eritematoso generalizado (LEG) y la artritis reumatoide (AR) son enfermedades autoinmunes de etiología desconocida; ambas se caracterizan por anomalías en la función de linfocitos T y B así como en las vías de señalización mediadas por sus receptores de antígeno. Cbl-b es una proteína adaptadora con función reguladora negativa sobre la activación de los linfocitos. En células T, esta proteína ejerce su función a través de moléculas como Vav, atenuando así la activación de JNK y el re-arreglo del citoesqueleto. La desregulación de las vías de señalización moduladas por Cbl-b contribuye significativamente al desarrollo de autoinmunidad observado en modelos animales. Sin embargo, hasta el momento no se ha estudiado el posible papel de esta proteína en enfermedades autoinmunes.

Objetivo: Analizar la expresión y función de Cbl-b en linfocitos de pacientes con LEG y AR. Adicionalmente, identificar la posible asociación de un SNP (*single nucleotide polymorphism*) del gen de Cbl-b y LEG.

Materiales y métodos: Estudiamos a 150 pacientes con LEG, 163 controles sanos y 14 pacientes con AR. La expresión de Cbl-b fue analizada en células mononucleares de sangre periférica y la función reguladora negativa de esta proteína fue determinada por ensayos de polimerización de actina y de fosforilación de JNK y c-jun inducida a través de CD3, mediante citometría de flujo. Además el SNP 2126 (A/G) en el gen de la proteína Cbl-b fue detectado por PCR de tiempo real.

Resultados: Encontramos una reducción estadísticamente significativa en la expresión de Cbl-b así como un incremento en los niveles de fosforilación de c-jun y de polimerización de actina en los linfocitos T de pacientes con LEG comparados con los sujetos sanos y pacientes con AR. Por otro lado, observamos una fuerte asociación entre la presencia del SNP y LEG.

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que Cbl-b puede contribuir de forma importante a la desregulación de la activación de los linfocitos T observada en LEG.

(235)

C2-CM133

Impacto económico de la evaluación de la función renal en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)

Martínez-Martínez MU, Herrera-Van Oostdam D, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: Hay pocos informes de la literatura que determinen la eficacia de métodos para evaluar la función renal en pacientes con LES. La

National Kidney Foundation (NKF) sugiere el empleo de alguna de las ecuaciones basadas en creatinina, las que sólo requieren creatinina sérica y cálculo. La NKF también considera a la depuración de creatinina (DCr) como última opción, debido a que al requerir recolección de orina de 24 horas, las muestras mal colectadas subestiman o sobreestiman la filtración glomerular (GRF). Informamos previamente que una de estas ecuaciones (CKD-EPI) es la mejor forma de evaluar la GRF en pacientes con LES, que resulta muy superior a la DCr y no requiere recolección de orina de 24 horas.

Objetivo: Evaluar la frecuencia de uso de la DCr por reumatólogos mexicanos, el concepto de eficacia que tienen de ella y el impacto económico.

Material y métodos: A través de correo electrónico realizamos encuestas a miembros del Colegio Mexicano de Reumatología, preguntando que método consideran más adecuado para evaluar la GRF en pacientes con LES, el método más usado para evaluar GRF y qué tan frecuentemente solicitan la DCr en sus pacientes con LES. Realizamos además un cálculo de pacientes con LES en México de acuerdo a prevalencia publicada, investigamos los costos de la DCr o creatinina sola (sólo ésta es necesaria para el cálculo de CKD-EPI) y realizamos el cálculo de diferencias en costos potenciales anuales de DCr vs. el correspondiente a las ecuaciones.

Resultados: Entre los encuestados, el promedio de edad fue 43.8 años con 12.6 años de ejercicio de la reumatología; el 54.2% ve más de cinco pacientes por semana, el 95.8% usa la DCr al menos en la mitad de sus pacientes y el 41% en todos; el 47.8% la considera el método más exacto.

El costo promedio de la DCr en el centro de México (cuatro laboratorios) es 160 pesos mexicanos y el costo de la creatinina sérica es \$47. Nuestra población en el último informe alcanzó 103 263 388 habitantes, con prevalencia estimada de LES de 51 por 100 000 habitantes o 52,660 pacientes en México. Si en cada caso se realizara una DCr anual, el costo sería \$8 361 600 mientras el de la creatinina exclusivamente en todos los pacientes sería \$2 475 020, con diferencia de \$5 886 580. Para determinación cada dos meses durante un año, el ahorro total anual sería de \$35 319 480 equivalente a USD 2 825 558.

Conclusiones: El conocimiento de métodos más eficaces para estimar la función renal concluye en ahorro mayor de USD2.5 millones por año en pacientes con LES en México.

(231)

C2-CM134

Eficacia de estatinas en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Papel en daño orgánico, recaídas y tratamiento convencional inmunosupresor

Martínez-Martínez MU, Santillán-Guerrero EN, Moreno-Valdés R, Cuevas-Orta E, Saldaña-Barnad M, Hernández-Hernández H, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Antecedentes: Las enfermedades reumáticas incluyendo el lupus eritematoso sistémico (LES), incrementan el riesgo cardiovascular. Las estatinas son medicamentos aprobados por la FDA para reducción de este riesgo y entre sus efectos pleiotrópicos destacan los inmunomoduladores. En 2003, nuestro grupo informó el beneficio de simvastatina en pacientes con enfermedades reumáticas como artritis reumatoide, vasculitis y LES, en éste en particular para proteinuria refractaria. Aquí informamos un grupo de pacientes con LES con seguimiento por lo menos de un año antes de recibir estatinas y un año posterior a su empleo.

Pacientes y métodos: Evaluamos de forma retrospectiva y prospectiva a pacientes con LES de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1997 con seguimiento en nuestro hospital desde el año

previo al inicio de simvastatina (20-40 mg/día) y por un año después de su utilización. Evaluamos datos de actividad y empleamos las escalas de MEX-SLEDAI y BILAG, con énfasis en afección glomerular y en particular proteinuria y niveles de azoados, medicamentos y dosis un año antes y un año después del inicio de las estatinas. Se utilizó estadística no paramétrica. Los datos descriptivos se informan como medianas, mínimos y máximos; las medianas fueron comparadas con la prueba de Wilcoxon.

Resultados: Incluimos a 19 pacientes con mediana de edad de 28 años (8-59) al inicio del estudio, con 67 meses (28-238) de tiempo de evolución del lupus. Con el tratamiento con estatinas observamos disminución de la actividad de la enfermedad por MEX-SLEDAI con mediana 6 vs. 2 ($p = 0.013$) y por BILAG de 6 vs. 2 ($p = 0.001$); la respuesta fue similar al evaluar la proteinuria y los niveles de creatinina se mantuvieron estables. También la dosis de prednisona disminuyó de forma significativa (mediana 15 mg vs. 5 mg), con dosis estables del resto de los medicamentos (metotrexato, azatioprina). Las recaídas fueron menores en el año bajo tratamiento con estatinas en comparación con el año previo (37 vs. 16, $p = 0.0042$). No hubo ningún evento adverso relacionado a esta modalidad terapéutica.

Conclusiones: El tratamiento con estatinas es seguro y de beneficio en general para el control de la actividad del LES, en particular sobre proteinuria y recaídas; estos medicamentos deben incluirse en el armamentario terapéutico del LES, tanto por la disminución del riesgo cardiovascular asociado como para reducir la actividad de la enfermedad.

(282)

C2-CM135

Desenlaces de la nefritis lúpica a los seis meses del tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida

Gutiérrez-Pérez L, Moctezuma-Ríos J, Lino-Pérez L, Burgos-Vargas R, Peláez-Ballestas I

Hospital General de México

Introducción: La nefritis lúpica (NL) se presenta hasta en 60% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). La ciclofosfamida (CFM) se utiliza para inducir remisión y para la fase de mantenimiento en el tratamiento de NL; sin embargo, no existe un esquema estandarizado de tratamiento.

Objetivo: Describir la respuesta a CFM en la función renal de pacientes con LES y NL al término de la fase de inducción a la remisión.

Métodos: Estudio transversal. Revisamos expedientes de pacientes con diagnóstico de LES por criterios ACR y con NL que recibieron inducción a la remisión con CFM (2009-2010). Respuesta renal (ACR), remisión total: Filtrado glomerular (FG) > 90 mL/min/1.73 m², proteinuria de 24 horas (PU) < 500 mg y sedimento urinario (SU) inactivo (< 5 eritrocitos/campo, < 5 leucocitos/campo y < 1 cilindro/campo). Recaída: Disminución 25% del FG basal, aumento 100% de PU y SU activo. Mejoría: Incremento 25% del FG, disminución 50% de PU y SU inactivo.

Resultados: 96 expedientes de pacientes cumplieron criterios de inclusión; 82 (85%) fueron mujeres y 14 (15%) hombres, edad media 31.02 años (DE 9.3). En 54 (56.2%) pacientes se obtuvo biopsia renal: Clase I un paciente (1.1%), clase II cinco (9.2%), clase III tres (5.5%), clase IV 22 (40.7%), clase V cuatro (7.4%), Vc cinco (9.2%), Vd seis (11.1%) y no concluyente ocho (14.8%). Tratamiento (n/%) : Cloroquina (30/31.0%), hidroxilcloroquina (47/48.9%), azatioprina (83/86.4%), metilprednisolona IV (82/85.4) y prednisona (89/92.7). Dosis media inicial de prednisona 50 mg (RIQ 50-100) y dosis media final 10 mg (RIQ 0-20). Evaluación renal inicial: Mediana de FG 61.2 mL/min (RIQ 40.4-85.7), PU media 3,745.8 mg/día (DE 4,593); 67 (70.5%) pacientes tuvieron cilindruuria (mediana 2; RIQ 0-9), 78 (82.9%) leucocituria (mediana 10.5; RIQ 6-21) y 63 (66.3%) eritrocituria (mediana 10; RIQ 3-60). Evaluación renal final: Mediana de FG 87.2 mL/min (RIQ 60-100), PU media 1,782 mg (DE 4,403); 33 (36.2%) pacientes tuvieron cilindruuria (mediana 0; RIQ 0-1), 33(36.2%) leucocituria (mediana 3; RIQ

2-8) y uno (1.1%) eritrocituria (mediana 1; RIQ 1-75) (Tabla). Respuesta por criterios ACR: 23 pacientes (24.13%) remisión total, 61 (63.7%) sólo mejoría y 11 (12.06%) recayeron.

Conclusiones: El tratamiento con glucocorticoide y CFM IV es eficaz para la inducción a la remisión de la NL; sin embargo, en nuestro estudio encontramos una menor respuesta a los seis meses de tratamiento en comparación con lo reportado en la literatura.

Tabla.

Variable	Total		p
	Inicial	Final	
FG (mL/min/1.73 m ²)	61.2 (IQ 40.45-85.7)	87.2 (IQ 60-100)	0.000
PU (mg/día)	2430 (IQ 1150-3986)	670 (IQ 384-1368)	0.000
Cilindruria (> 1/campo)	2 (IQ 0-9)	0 (IQ 0-1)	0.001
Leucocituria (> 5/campo)	10.5 (IQ 6-21)	3 (IQ 2-8)	0.000
Eritrocituria (> 5/campo)	10 (IQ 3-60)	2 (IQ 1-9)	0.000

(369)

C2-CM136

Malnutrición en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Potencial asociación con riesgo cardiovascular. Estudio piloto

Martínez-Martínez MU, Bravo-Torres AM, Hurtado-Torres GF, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: Desde la publicación del síndrome de Lom (desnutrición asociada a LES) han sido escasos los informes sobre nutrición en esta enfermedad. El LES tiene incremento en riesgo cardiovascular. El índice cintura/cadera (ICC) es poco evaluado o informado en los estudios de riesgo cardiovascular en LES.

Objetivo: Evaluar la composición corporal mediante impedanciometría, ICC e índice de masa corporal (IMC) en pacientes con LES.

Metodología: Estudio transversal de pacientes con LES (ACR 1997) no seleccionados, que acudieron a consulta externa, en quienes realizamos medición de peso, talla, IMC, impedancia bioeléctrica, cálculo de la masa grasa (MG) y la masa libre de grasa (MLG). Se realizó análisis por bioimpedancia eléctrica (BIA) con un bioimpedanciómetro RJL (Systems® Quantum X, Clinton Twp, MI, USA) monofrecuencia y mediante la fórmula de Lukaski se calculó la masa magra corporal. Realizamos correlación por medio de Rho de Spearman y medidas de tendencia central por medio del programa SPSS 15.

Resultados: Incluimos a 19 pacientes, edad promedio de 30.7 años, 1.55 m de talla, IMC promedio de 23.9, con porcentaje de masa grasa magra 34.4 ± 10.3, con ICC de 0.92 0.1. Una paciente con diabetes, dos con insuficiencia renal, una de ellas padeció pancreatitis grave y vasculitis enteral. Bajo tratamiento con esteroides 13 (dosis promedio 10.5 mg/día) y con cloroquina seis. Por IMC dos pacientes fueron clasificadas con desnutrición, nueve en peso normal, cuatro en sobrepeso y cuatro en obesidad. Por medio del ICC 84.2% (16 pacientes) se clasificaron con riesgo cardiovascular alto. La correlación de IMC con el porcentaje de masa magra fue $r = 0.685$ ($p = 0.001$), la correlación del ICC con el IMC fue $r = 0.182$ ($p = 0.456$) y con la masa grasa magra fue de 0.203 ($p = 0.405$).

Conclusión: Los pacientes con LES tienen incremento en riesgo cardiovascular por diferentes métodos, de mayor significancia en el ICC con deficiente correlación de éste con el IMC y el porcentaje de masa grasa magra. La composición corporal podría tener participación en el riesgo cardiovascular en pacientes con LES.

(117)

C2-CM137

Análisis de la expresión y función de dectina-1 en pacientes con lupus eritematoso generalizado

Salazar-Aldrete CA⁽¹⁾, Galán-Díez M⁽²⁾, Fernández-Ruiz E⁽³⁾, Niño-Moreno P⁽⁴⁾, Abud-Mendoza C⁽⁵⁾, Layseca-Espinosa E⁽⁶⁾, Baranda L⁽⁷⁾, González-Amaro R⁽⁸⁾

^(1,4,6-8) Dpto. Inmunología, Facultad de Medicina, UASLP, ⁽²⁻³⁾ Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa, Madrid, ⁽⁵⁾ Hospital Central Ignacio Morones Prieto

Introducción: La dectina-1 es un receptor para β -glicanos que se expresa en células inmunes y que tiene un papel importante en la inmunidad en contra de varios patógenos. Además, la dectina-1 parece tener un papel en la patogénesis de la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, su expresión y función en células de pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) no han sido estudiadas.

Objetivo: Estudiar la expresión y función de dectina-1 en monocitos de pacientes con LEG y controles (individuos sanos y pacientes con AR).

Métodos: Se estudiaron 26 pacientes con LEG, la mayoría de ellos con enfermedad activa y sin estar recibiendo tratamiento inmunosupresor. También se estudiaron 26 pacientes con AR y 15 individuos sanos. La expresión de dectina-1 se analizó mediante citometría de flujo en monocitos aislados de sangre periférica. Además, la función de este receptor se evaluó mediante un ensayo de flujo de calcio e inducción de la síntesis de citocinas.

Resultados: Los monocitos de pacientes con LEG mostraron una expresión disminuida de dectina-1 en comparación con individuos sanos. Se detectó una correlación inversa entre el porcentaje de células dectina-1 y la actividad de la enfermedad. Además, las células de estos pacientes mostraron una respuesta de flujo de calcio anormal inducida por los ligandos de dectina-1. Asimismo, estas células mostraron una secreción aumentada de IL-1 β y TNF- α , pero no de IL-23, en respuesta a la interacción de dectina-1 con sus ligandos. Los monocitos de los pacientes con AR también mostraron una expresión disminuida y una función defectuosa de dectina-1.

Conclusiones: Nuestros datos muestran una expresión y función anormales de dectina-1 en LEG y AR, y sugieren que este receptor podría participar en la patogénesis de condiciones inflamatorias autoinmunes.

(3)

C2-CM138

Síndrome metabólico en pacientes con lupus eritematoso sistémico en El Salvador

Serméño S, Girón R, Doratt J

Hospital Nacional Zacamil

Objetivo: Investigar la frecuencia de síndrome metabólico (SM) de acuerdo a los criterios del NECP (ATP III) en pacientes de sexo femenino con

lupus eritematoso sistémico (LES) atendidas en la especialidad de reumatología en el Hospital Nacional Zacamil de El Salvador.

Materiales y métodos: En el periodo comprendido del 1 de junio de 2009 al 30 de junio de 2010, se estudiaron en forma consecutiva 56 pacientes con LES (criterios de la ACR) y 56 controles. En cada caso se indagó la edad, ocupación, escolaridad, antecedentes personales y familiares de factores de riesgo CV, peso, talla, IMC, TA, cintura, colesterol, HDL, LDL, triglicéridos, glicemia y medicamentos.

Análisis estadístico: Para las variables cuantitativas, t de Student e IC del 95% y para las variables cualitativas, χ^2 y tablas de contingencia 2x2.

Resultados: En total fueron 56 pacientes con LES, los cuales tenían una edad media de 34.41 años, escolaridad de 9.32 años, evolución de la enfermedad de 6.39 años. El 80.76% recibía antipalúdicos y prednisona a una dosis media de 11.36 mg. En comparación con los controles, no hubo diferencia en la edad (36.75 años en estos), únicamente en la escolaridad (11.57 años). La frecuencia de los criterios de SM encontrados fueron: HDL \geq 50 mg% (media: 45.40) en el 66.07%; cintura \geq 88 cm (media: 88.49) en el 51.79%; TG \geq 150 mg% (media: 146.93) en el 35.72%; TAD \geq 85 mmHg (media: 76.47) en el 12.5% en el 51.79%; TAS \geq 135 mmHg (media: 115.08) en 9.9% y glucosa \geq 100 mg% (media: 84.95) en el 7.2%.

La frecuencia de SM fue de 28% (16/40) en los pacientes con LES y de 23% (13/43) en los controles ($p = 0.66$), sin diferencia estadística.

Conclusión: No existe diferencia en la frecuencia de SM entre pacientes del sexo femenino con LES y los controles.

(81)

C2-CM139**Vacuna de DNA recombinante que codifica para el dominio carboxilo terminal de p53₍₃₆₁₋₃₈₁₎ murina**

Martín Márquez BT⁽¹⁾, Bautista Vázquez C⁽²⁾, Enciso Amoros EA⁽³⁾, Corona Sánchez EG⁽⁴⁾, Sandoval García F⁽⁵⁾, Petri M⁽⁶⁾, Salazar Paramo M⁽⁷⁾, Dávalos Rodríguez I⁽⁸⁾, Zavaleta Muñoz S⁽⁹⁾, Vazquez del Mercado Espinosa M⁽¹⁰⁾

^(1-6,9,10) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, ⁽⁷⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Centro Médico de Occidente, Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽⁸⁾ Instituto de Genética Humana, Depto. de Biología Molecular y Genómica, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: El LEG es una enfermedad autoinmune caracterizada por la formación de anticuerpos contra diversos componentes en especial el DNA. Estudios realizados en pacientes con LEG han revelado que, además de formarse los citados anticuerpos anti-DNA, se producen anticuerpos contra el dominio carboxilo terminal de la molécula supresora de tumores conocida como p53, encargado de reconocer el DNA dañado. Se ha demostrado que existe un mimetismo molecular entre la porción carboxilo terminal que tiene unión al DNA de p53 y los anticuerpos anti-DNA, por lo que se propone el empleo de una vacuna de DNA que codifique para los aminoácidos ₃₆₁₋₃₈₁ de la porción carboxilo terminal de p53 con la finalidad de aplicarlos en terapia tolerizante para tratar de disminuir la producción de autoanticuerpos anti-DNA en un modelo murino de lupus inducido por pristane.

Objetivo: Construir por el método de clonación directa la vacuna de DNA recombinante que codifique para la región aminoácida 361-381 correspondiente al dominio carboxilo terminal de la molécula p53.

Metodología: Mediante cultivo de esplenocitos de ratón se amplificó la porción 361-381 de p53 a partir de la secuencia del GenBank NM_011640. Posteriormente se procedió a su clonación en el vector de expresión pcDNA 3.1 TOPO y se realizó la verificación de la correcta inserción mediante mapa de restricción con *Xho* I y *Hind* III. Finalmente se amplificó en células *E. coli* competentes y se purificó en sistema libre de endotoxinas.

Conclusiones: La vacuna de DNA recombinante pcDNA 3.1 TOPO/p53₍₃₆₁₋₃₈₁₎ murino realizada por clonación directa posee la secuencia integrada a su sitio de clonación múltiple en el vector de expresión en mamíferos y se empleará en terapia tolerizante con la finalidad de disminuir la producción de anticuerpos anti-DNA en un modelo murino de lupus inducido por pristane.

(223)

C2-CM140**Comparación de los niveles de prolactina, hormonas tiroideas y presencia de anticuerpos antitiroideos en pacientes con lupus eritematoso sistémico con y sin actividad de la enfermedad**

Mendoza-Pinto C⁽¹⁾, García-Carrasco M⁽²⁾, Zamora-Ustara A⁽³⁾, Muñoz-Guarneros M⁽⁴⁾, Vazquez de Lara L⁽⁵⁾, Sandoval-Cruz M⁽⁶⁾, Pineda-Almanza A⁽⁷⁾, Pazarán-Zanella O⁽⁸⁾, Munguía-Realpozo P⁽⁹⁾, Méndez-Méndez S⁽¹⁰⁾, Rodríguez-López A⁽¹¹⁾, Campos-Rivera S⁽¹²⁾, Ruiz-Arguelles A⁽¹³⁾

^(1-3,8-12) Hospital General Regional 36. IMSS-CIBIOR, Puebla, ⁽⁴⁻⁵⁾ Unidad de Investigación Facultad de Medicina BUAP, ⁽⁶⁾ Jefatura de Medicina Interna Hospital General Regional 36, IMSS Puebla, ⁽⁷⁾ Jefatura de Laboratorios Clínicos Hospital General Regional 36 IMSS, Puebla, ⁽¹³⁾ Laboratorios Clínicos de Puebla

Objetivo: Comparar la presencia de anticuerpos antitiroideos, niveles de prolactina e hipotiroidismo en pacientes con LES sin y con actividad.

Pacientes y métodos: Se incluyeron pacientes con LES según los criterios de ACR. Se registraron sus antecedentes personales patológicos, gineco-obstétricos e historia de fármacos. Se aplicó MEXSLEDAI. Se determinaron anticuerpos anti-peroxidasa (anti-TPO), anti-tiroglobulina, función tiroidea y prolactina. Se realizó análisis estadístico descriptivo, comparativo y regresión logística.

Resultados: Se estudiaron 100 mujeres, 50 en cada grupo. En el grupo de pacientes con actividad la edad promedio fue de 39 ± 10.3 años, en el grupo control 43 ± 12.2 años. Se observó TSH elevada en el grupo con actividad comparado con el control (3.6 vs. 2.1, $p = 0.005$), no hubo diferencias entre T3 y T4. El hipotiroidismo subclínico fue mayor en pacientes con actividad (81 vs. 32%, $p = 0.001$), los anti-TPO y anti-tiroglobulina fueron más frecuentes en pacientes con actividad (40 vs. 6%, $p = 0.005$; 32 vs. 6%, $p = 0.009$). La prolactina se presentó más elevada en pacientes con actividad comparados con los controles (25.3 vs. 17.9, $p = 0.038$). Se encontró asociación entre los niveles de prolactina y TSH y anticuerpos anti-tiroideos con actividad lúpica.

Conclusiones: Existe relación entre la actividad de LES e hipotiroidismo, hiperprolactinemia y anticuerpos antitiroideos positivos.

(342)

C2-CM141**Sobrexpresión de Ro-60 y La-48 en pacientes con nefropatía lúpica**

Bollain-y-Goytia JJ⁽¹⁾, Torres Del Muro FJ⁽²⁾, Daza-Benitez L⁽³⁾, Ramírez-Sandoval R⁽⁴⁾, Avalos-Díaz⁽⁵⁾, Herrera-Esparza R⁽⁶⁾

^(1-2,4-6) Universidad Autónoma de Zacatecas, ⁽³⁾ IMSS. León, Gto

Antecedentes: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune no órgano específica que se caracteriza por afectar varios órganos, entre ellos el riñón; el 50% de los pacientes con LES desarrolla nefritis lúpica (NL) y los mecanismos fisiopatológicos son múltiples e incluyen a los complejos inmunes que fijan complemento. La enfermedad se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos anti-fosfolípidos, anti-C1q, anti-nucleosomas, anti-La y anti-Ro. Los anti-Ro están presentes en pacientes con enfermedades del tejido conjuntivo y pueden detectarse en las variantes fotosensitivas de lupus, lupus neonatal y síndrome de Sjögren. Los anti-La tienen mayor incidencia en pacientes con Sjögren primario y algunas formas de lupus eritematoso sistémico como el cutáneo subagudo. Previamente demostramos en muestras renales de pacientes con NL clase III y IV un incremento en el número de células apoptóticas en túbulos y glomérulos. Para comprender la participación de las proteínas Ro-60 y La-48 en la patogénesis de la NL se evaluó su presencia en muestras renales de pacientes con NL clase III y IV.

Material y métodos: Se estudiaron 17 biopsias renales de pacientes con LES y NL, de las cuales 15 pertenecían a mujeres y dos a hombres con un promedio de edad de 26 años y un rango de 14 a 40 años, con una evolución promedio de la enfermedad de 4.88 años (rango 1-10) y un SLEDAI promedio de 6.5 (rango 4-10). Un grupo de 10 biopsias de sujetos masculinos sanos sin NL con un promedio de edad de 29.2 años (rango 23-35 años) fue incluido en el estudio. Diez muestras de suero de controles sanos, 14 pacientes con LES sin NL y 16 con NL se evaluaron por ELISA en placas (EUROIMMUN®) para detectar autoanticuerpos anti-Ro-60, La-48, nRNP/Sm y MBG. La expresión de Ro-60 y La-48 en muestras de controles y pacientes con LES y con NL se determinó por inmunohistoquímica (IHQ).

Resultados: Las muestras de NL analizadas por IHQ indican que Ro-60 se detecta con un índice binario de reactividad (IBR) de 2 y 2.75 para la clase III y IV respectivamente, en contraste con los controles que disminuye a 1.5. Para La-48 los IBR muestran un valor de 6 para la clase III y 4.5 para la IV, en contraste con los controles que disminuye a 3.3. Los valores en promedio de los anticuerpos anti-Ro-60 son de 0.64 para pacientes con LES, 1.08 para NL y 0.52 para controles; los anti-La-48 son de 0.69 para LES, 0.69 para NL y 0.47 para controles, los anti-MBG son de 0.71 para LES, 0.74 para NL y 0.70 para controles y los anti-Sm/nRNP son de 0.91 para LES, 1.65 para NL y 0.66 para controles. Se consideran sueros positivos ≥ 1 .

Conclusiones: 1) Las proteínas Ro-60 y La-48 se incrementan en muestras renales de pacientes con NL en respuesta a la apoptosis de las células renales, 2) los autoanticuerpos anti-Ro-60 y anti-Sm/nRNP predominan en pacientes con NL, 3) las células renales son una fuente generadora de autoanticuerpos anti-Ro-60 en pacientes con NL.

(276)

C2-CM142

Composición corporal y perfil de lípidos en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Díaz-Rizo CV⁽¹⁾, Hernández-Cuervo P⁽²⁾, Lora-Gaitán ME⁽³⁾, De la Cerda-Trujillo LF⁽⁴⁾, Rocha-Muñoz AD⁽⁵⁾, Vázquez-Villegas ML⁽⁶⁾, Rojo-Contreras EW⁽⁷⁾, Robles-Cervantes JA⁽⁸⁾, Salazar-Páramo M⁽⁹⁾, Cabrera-Pivaral CE⁽¹⁰⁾, González-López L⁽¹¹⁾, Gámez-Nava JI⁽¹²⁾

^(1-3-8,12) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽⁹⁾ Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽¹⁰⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica; Jefatura de Enseñanza del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, ⁽¹¹⁾ Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110 del IMSS

Introducción: El aumento de peso se ha manifestado como uno de los efectos secundarios en lupus eritematoso sistémico (LES), lo que puede deberse al uso de corticoides y otros factores que afectan la composición corporal de estos pacientes y puede contribuir a elevar el colesterol y los triglicéridos en sangre,

por lo que resulta de interés evaluar si la composición corporal se relaciona con la alteración del perfil de lípidos en esta enfermedad.

Objetivo: Identificar la asociación entre los parámetros de composición corporal y el perfil de lípidos en pacientes con LES.

Material y métodos: Estudio transversal. Pacientes con diagnóstico de LES (ACR 1982) de consulta externa de reumatología (hospital de segundo nivel). Se aplicó un cuestionario estructurado que incluía variables clínicas y de composición corporal. Para determinarla se realizaron mediciones antropométricas por plicometría. Se tomó una muestra de sangre venosa en ayuno de 12 horas para medir los niveles de lípidos. Los resultados fueron expresados en medias y rangos; se realizó análisis de correlación de Spearman para identificar fuerza de asociación de las variables antropométricas con el perfil de lípidos.

Resultados: Se evaluó a 31 pacientes de sexo femenino con diagnóstico de LES y mediana de edad de 39 años, IMC 16.52 (19-35.5) y porcentaje de grasa 17.5 (23.13-40.67). Las pruebas de laboratorio mostraron alteraciones en colesterol total 45%, triglicéridos (TG) 24%, HDL 41%, LDL 66%. Al analizar los niveles séricos: Colesterol total 195.70 mg/dL, TG 142 mg/dL, HDL 56 mg/dL, LDL 110 mg/dL. En cuanto a clasificación de IMC: 15 pacientes en sobrepeso y 12 en obesidad grado I-II.

Se observó correlación entre niveles de colesterol total y la edad ($\rho=0.31$, $\lambda=0.029$) y una correlación límite entre colesterol total y glucosa ($\rho=0.31$, $\lambda=0.070$). Correlación entre edad y HDL ($\rho=0.31$, $\lambda=0.011$), entre peso y TG ($\rho=0.30$, $\lambda=0.053$) y HDL ($\rho=0.30$, $\lambda=0.041$). Se observó una correlación límite entre TG y el IMC ($\rho=0.30$, $\lambda=0.070$), TG y circunferencia de cintura ($\rho=0.30$, $\lambda=0.060$) así como con la circunferencia media braquial ($\rho=0.30$, $\lambda=0.051$). También se observó correlación entre HDL y circunferencia de cintura ($\rho=0.30$, $\lambda=0.024$).

Conclusiones: En las pacientes con LES se observó correlación entre los niveles de lípidos y diversas medidas antropométricas. Es importante para el clínico detectar alteraciones de la composición corporal en quienes padecen esta enfermedad dada su asociación con hiperlipidemias y el riesgo que esto conlleva para enfermedades cardiovasculares.

(166)

C2-CM143

Prevalencia de alteraciones en el perfil de lípidos en pacientes con enfermedades autoinmunes

Benitez Cabrera A, Gutiérrez Urena S, Bernard Medina A, Martínez Bonilla G, Rodríguez Orozco V, Castañeda Ureña M, Lopez Rodriguez A, Cerpa Cruz S

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Las dislipidemias representan hoy en día un problema de salud importante, ya que son la primera causa de morbimortalidad en el mundo. Este trastorno lipídico se ha observado con mayor frecuencia en pacientes con enfermedades autoinmunes como el LES y la AR (43 y 56% respectivamente), en las cuales el riesgo CV se incrementa al doble.

Objetivo: Estimar la prevalencia de alteraciones en el perfil de lípidos de pacientes con enfermedades prototipo de inflamación y autoinmunidad.

Material y métodos: Estudio transversal analítico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, que cumplieron criterios de clasificación de ACR para AR, LES y pacientes con OA de rodilla K-L I-III como grupo control. Se excluyeron pacientes con obesidad grado 3, historia de diabetes mellitus, dislipidemias y medicamentos que modificaran los resultados en el perfil de lípidos. Se realizó historia clínica, examen físico y mediciones antropométricas. Se tomaron exámenes generales, perfil de lípidos convencional, HDL, LDL y HDL/LDL. Se evaluó la actividad de AR y LES mediante DAS28 y SLEDAI. Se realizó estadística descriptiva, rho de Spearman para correlación, prueba de Mann-Whitney para variables cuantitativas y χ^2 para categóricas.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes (18 con OA, 17 con AR y 10 con LES). De los pacientes con AR 15 fueron mujeres (83%) con edad promedio de 54 ± 10 años; la prevalencia de dislipidemias fue de 61%: 11 pacientes (61%) tuvieron hipercolesterolemia, siete (38%) hipertrigliceridemia, seis (33%) HDL bajo; el riesgo cardiovascular según relación LDL/HDL fue bajo en 13 (72%), medio en dos (11%) y alto en dos (11%). En los pacientes con LES la prevalencia de dislipidemias fue de 80%: Seis pacientes (60%) tuvieron hipercolesterolemia, siete (70%) hipertrigliceridemia, dos (20%) HDL baja; el riesgo cardiovascular según relación LDL/HDL fue bajo en siete (70%), medio en dos (20%) y alto en uno (1%). Los pacientes con OA tuvieron edad media de 59 ± 9 años y se encontró dislipidemia en 55% de los casos: Hipercolesterolemia en ocho (44.4%), hipertrigliceridemia en 13 (72%) y HDL bajo en cuatro (22%). En relación al cociente LDL/HDL, el riesgo cardiovascular fue bajo en cuatro (22%), medio en uno (5.6%) y alto en ninguno. Cuando se compararon los grupos no hubo significancia estadística.

Conclusiones: La prevalencia de alteraciones dislipídicas en pacientes con LES y AR fue elevada, lo que traduce algún trastorno regulado probablemente por mecanismos inflamatorios e inmunitarios. El riesgo cardiovascular valorado por la relación LDL/HDL en pacientes con LES y AR podría ser una herramienta útil para tratar dichas alteraciones de forma oportuna.

(224)

C2-CM144

Evaluación del porcentaje de grasa corporal en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)

Martínez-Martínez MU, Oliva-Garza D, Moreno-Valdés R, Peña-Martínez C, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: El LES es un padecimiento que requiere del frecuente uso de esteroides para su manejo. Dentro de los eventos adversos de estos medicamentos está el incremento en grasa corporal.

Objetivo: Evaluar el porcentaje de grasa corporal en una muestra no seleccionada de pacientes con LES.

Material y métodos: Evaluamos a 14 pacientes con LES diagnosticados de acuerdo a los criterios del ACR de 1997, en quienes analizamos factores demográficos, actividad (SLEDAI MEX) y porcentaje de grasa corporal con impedanciómetro.

Resultados: La Tabla muestra las características evaluadas.

Tabla.

	n	Mínimo	Máximo	Media	DE
Edad (años)	12	21	61	36.67	13.459
Evolución LES	12	9	216	77.58	69.607
Peso	12	45.5	95.0	62.475	12.3479
IMC	12	16.9	34.5	24.6	5.4
Dosis prednisona	11	0	30	9.00	8.944
Dosis cloroquina	12	0	1050	262.50	410.169
SLEDAI MEX	12	0	8	3.50	2.939
Grasa (%)	12	14.4	43.2	30.192	8.4464
N válido (según lista)	11				

IMC: Índice de masa corporal.

Conclusiones: A pesar del uso de esteroides en casi todos los pacientes, el IMC y el porcentaje de grasa no son tan altos, lo que podría traducir el potencial equilibrio condicionado por el proceso inflamatorio sistémico y el empleo de otros medicamentos como los antipalúdicos que se asocian con menor incremento de grasa corporal, menor resistencia a insulina, reducción de glucemia y dislipidemia. Es conveniente aumentar el número de pacientes y estudiar grupos con diferente tiempo de evolución, comorbilidades y complicaciones.

(98)

C2-CM145

Comparación de los niveles séricos de IL-17 en pacientes con lupus eritematoso generalizado en los diferentes trimestres del embarazo

Martínez-García EA⁽¹⁾, Sánchez-Hernández PE⁽²⁾, Martínez-Bonilla G⁽³⁾, Gámez-Nava JI⁽⁴⁾, González-López L⁽⁵⁾, Martín-Márquez BT⁽⁶⁾, Arana-Argáez VE⁽⁷⁾, Salazar-Páramo M⁽⁸⁾, Dávalos-Rodríguez I⁽⁹⁾, Vázquez-Del Mercado M⁽¹⁰⁾

^(1,6,7,10) Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾ Laboratorio de Inmunología, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾ Departamento de Reumatología, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, ^(4,8) Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica del HE Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México, ⁽⁵⁾ Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital Regional General 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México, ⁽⁹⁾ Instituto de Genética Humana, Departamento de Biología Molecular y Genómica, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: La interleucina 17 (IL-17) es una citocina proinflamatoria que se ha asociado con la patogénesis del lupus eritematoso generalizado (LEG). Recientemente se ha reportado que pacientes con esta enfermedad tienen niveles elevados de esta citocina comparados con controles sanos. Hasta el momento no tenemos conocimiento de ningún estudio que haya evaluado los niveles séricos de IL-17 en los trimestres del embarazo en mujeres lúpicas. Esta citocina posee una función clave en angiogénesis e inmunoregulación del embarazo mediante la inducción de neovascularización así como la producción de moléculas proangiogénicas. El embarazo en presencia del LEG conlleva una serie de riesgos que comprometen tanto al feto como a la madre debido a que este proceso aumenta la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Analizar los niveles séricos de IL-17 en los diferentes trimestres del embarazo en sangre periférica de pacientes con diagnóstico de LEG.

Metodología: De manera transversal se incluyeron tres grupos de embarazadas con diagnóstico de LEG (ACR 1982), cinco mujeres en el primer trimestre (9-12 semanas), cinco en el segundo trimestre (22-24 semanas) y cinco en el tercero (36-39 semanas) para un total de 15 mujeres analizadas. Todas ellas se encontraban en remisión del LEG al momento del embarazo y recibían en promedio 6.6 mg/día de prednisona (rango 5-10). El rango de edad fue de 20 a 35 años. Todas firmaron la carta de consentimiento informado. Se obtuvieron 5 mL de sangre periférica para analizar los niveles séricos de IL-17 por la técnica de ELISA.

Resultados: No se detectaron niveles séricos de IL-17 en los diferentes trimestres del embarazo.

Conclusiones: En nuestro análisis no detectamos niveles séricos de IL-17 en los tres grupos de embarazadas con lupus. Por otro lado, en un estudio longitudinal publicado recientemente por nuestro grupo de investigación en embarazadas clínicamente sanas observamos niveles elevados de IL-17 estadísticamente significativos en el tercer trimestre comparados con el primer trimestre del embarazo ($p < 0.05$). Cabe señalar que el tipo de diseño estadístico del presente estudio puede haber afectado los resultados de esta investigación.

(9)

C2-CM146

Asociación entre los alelos HLAII-DRB1/DQA1-B1 y el índice de daño SLICC/ACR en Lupus Eritematoso Sistémico

Santana Portillo N, Santana P, Monarrez E, Granados A, Pérez AN

IMSS, Chihuahua

Introducción: Asociación entre los alelos HLAII-DR_{B1}/DQ_{A1-B1} y el índice de daño SLICC/ACR en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Existe evidencia creciente para la relación entre diversos alelos del HLA-II y el desarrollo de LES; sin embargo, a la fecha no se ha publicado ninguna asociación entre el genoma humano, medido a través de genotipos de HLA-II y el daño causado por el LES, evaluado mediante el SLICC/ACR. Aunque dicha asociación es difícil de documentar dado el alto polimorfismo genético de estos alelos en la población y la relativamente baja variabilidad en los puntajes de SLICC/ACR, en parte producto de los avances terapéuticos en el tratamiento del LES, la identificación de genotipos de riesgo para daño por LES podría tener un alto valor diagnóstico y pronóstico de gran utilidad una vez que las pruebas de tamizaje genético estén al alcance de la práctica clínica.

Objetivo: Determinar la relación entre los alelos HLA-DRB1, DQA1 y DQB1 en un grupo de pacientes con LES de la Ciudad de Chihuahua, México y la severidad del daño causado por el LES evaluado mediante el puntaje de SLICC/ACR.**Conclusiones:** No existió diferencia estadísticamente significativa o asociación de riesgo para tener mayor o menor puntaje en el índice de daño SLICC/ACR DS y la presencia de algún alelo o genotipo HLAII-DR₁, DQ_{A1}, DQ_{B1} en pacientes con lupus eritematoso sistémico.

(85)

C2-CM147

Perfil de citocinas en rupus

Macías-Palacios M, Márquez-Velazco R, Sánchez-Muñoz F, Bojalil R, Amezcua-Guerra LM

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La artritis en lupus eritematoso sistémico (LES) es frecuente y presenta un patrón no erosivo; sin embargo, ocasionalmente se encuentra un patrón de artritis erosiva indistinguible del observado en artritis reumatoide (AR), también llamado rupus. No se conoce si este patrón erosivo está asociado a un perfil de citocinas diferente al encontrado en LES.**Objetivo:** Caracterizar el perfil de citocinas en el suero y la orina de pacientes con LES, según la presencia o ausencia de artritis erosiva.**Métodos:** La definición de LES y AR se hizo acorde a los respectivos criterios del ACR. La definición de Rupus incluyó: 1) Erosiones marginales en articulaciones de manos o pies (radiología convencional), 2) anticuerpos antinucleares positivos, 3) factor reumatoide y/o anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados positivos y 4) la satisfacción de criterios del ACR para LES y AR. Como controles se incluyeron pacientes con LES y artritis con patrón no erosivo así como pacientes con AR y erosiones evidentes. Tanto en suero como en orina se midieron las concentraciones de IL-1, IL-6, IL-8, IL-17, TNF y TNF-RI mediante inmunoensayo enzimático.Se realizó estadística descriptiva; para las comparaciones se utilizaron las pruebas de χ^2 y Kruskal-Wallis (*post-hoc* Mann-Whitney), según correspondiera.**Resultados:** Se incluyeron siete pacientes con rupus, 14 con AR y 15 con LES. Los anti-CCP2 fueron positivos en 50%, 100% y 25% ($p = 0.04$), respectivamente. Los anticuerpos anti-Sm se encontraron en el 57% de los pacientes con LES pero en ninguno con rupus ($p = 0.04$).

En suero no hubo concentraciones detectables de IL-1, IL-6, IL-8, IL-17 ni TNF, mientras que para TNF-RI éstas fueron de 325 (156-394), 220 (0-390) y 229 (100-483) pg/mL, respectivamente. De manera similar, la única citocina detectable en orina fue TNF-RI con concentraciones de 291 (158-366), 295 (79-437) y 289 (51-500) pg/mL, respectivamente.

Conclusiones: No se encontró un perfil específico de citocinas en rupus; sin embargo, nuestros resultados sugieren que el TNF-RI podría ser un biomarcador tanto en suero como en orina de interés en diferentes enfermedades reumatológicas.

(318)

C2-CM148

Lupus eritematoso profundo: Serie de casosGuevara-Gutiérrez E⁽¹⁾, Llamas-Duran L⁽²⁾, Barrientos-García JG⁽³⁾, Tlacuilo-Parra JA⁽⁴⁾⁽¹⁻³⁾ Instituto Dermatológico de Jalisco, ⁽⁴⁾ UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS**Introducción:** El lupus eritematoso profundo (LEP) fue descrito en 1883 por Kaposi, aunque su reconocimiento como una entidad distinta e independiente tuvo lugar en 1956. Existen pocas series publicadas y en la literatura indizada, no encontramos información en pacientes mexicanos.**Serie de casos:** Presentamos ocho pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de LEP, 100% del género femenino con edad promedio de 29.8 años (rango 18 a 39) y tiempo de evolución promedio de 25.40 meses (rango 2 a 120). El 50% de las pacientes tuvo más de un sitio afectado, siendo en orden de frecuencia: Piel cabelluda (62%), cara (37%), extremidades superiores (38%), pabellones auriculares (25%) y tronco (25%). Clínicamente se observaron placas alopecias (62%), placas eritemato-infiltradas (62%), placas atróficas (25%) y nódulos subcutáneos (25%). Los hallazgos histopatológicos incluyeron panculitis lobulillar (100%) con predominio de linfocitos (87%) y células plasmáticas (75%), infiltrado linfocitario perivascular en dermis (100%), compromiso folicular (87%), infiltrado periglandular (87%) y vasculitis (62%). Al momento del diagnóstico de LEP, ningún paciente cumplía con criterios de clasificación para lupus eritematoso generalizado a pesar de que 37% tuvieron anticuerpos antinucleares positivos.**Comentario:** Nuestros hallazgos son semejantes a los publicados en la literatura, según la cual predomina el género femenino con una relación que alcanza 9:1. Respecto a la edad promedio, nuestro resultado es similar al observado en población asiática en la que el LEP se presenta en promedio a los 31 años. Los sitios de afectación también fueron los esperados, corroborando que las extremidades inferiores se afectan con poca frecuencia, pues no observamos ningún caso en esta localización. Aunque el LEP es considerado una forma benigna de lupus eritematoso, algunas veces la enfermedad puede producir gran morbilidad debido a los efectos cosméticos, de ahí la importancia del reconocimiento temprano de esta entidad para su diagnóstico oportuno.

(232)

C2-CM149

Evolución de pacientes pediátricos con "lupus like" y manifestaciones no trombóticas asociadas a anticuerpos antifosfolípidos

González S⁽¹⁾, Villasis MA⁽²⁾, Baca V⁽³⁾

^(1,3) Departamento Reumatología HP Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS,

⁽²⁾ Departamento Investigación HP Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Introducción: El 3 a 8.5% de los pacientes adultos con síndrome de antifosfolípidos (SAF) primario evoluciona a "lupus like" o lupus eritematoso sistémico (LES) y el 3 a 67% de los pacientes con "lupus like" evoluciona a LES. Estas observaciones han sugerido que estas tres entidades representan diferentes etapas de una misma enfermedad. El "lupus like" puede representar el inicio de un LES o de un SAF con manifestaciones no trombóticas. Por otra parte, los niños con SAF frecuentemente presentan trombocitopenia, anemia hemolítica o síndrome de Evans, siendo más frecuentes cuando este síndrome se asocia a LES o "lupus like".

Objetivo: Reportar la evolución clínica de un grupo de pacientes pediátricos con "lupus like" y manifestaciones no trombóticas asociadas a anticuerpos antifosfolípidos (aAF).

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con "lupus like" con manifestaciones no trombóticas y aAF positivos que acudieron a la consulta externa de reumatología de agosto de 1992 a septiembre de 2010.

Resultados: Se incluyeron 22 pacientes (15 mujeres, siete hombres) con edad promedio al inicio de la sintomatología de 11 años (7-15) y tiempo de seguimiento promedio de 4.4 años (0.16-13). Todos los pacientes con persistencia de al menos un aAF: Anticoagulante lúpico (90%), anticuerpos anticardiolipinas (81%). El número promedio de criterios para LES al inicio fue de 2.3 (1-3) siendo los más frecuentes las alteraciones hematológicas (100%), la presencia de ANA (96%) y las alteraciones inmunológicas (35%). Las manifestaciones iniciales fueron: Trombocitopenia en nueve pacientes (41%), síndrome de Evans en nueve (41%), anemia hemolítica en uno (4%), síndrome de anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia (SALH) en tres (14%) e insuficiencia arterial secundaria a vasculitis en uno (4%). El tratamiento más utilizado fue prednisona (100%) seguida por cloroquina (91%), pulsos de metilprednisolona (73%), pulsos de ciclofosfamida (60%) y ácido acetilsalicílico (50%). En la última evaluación, 16 pacientes (73%) se encontraban en remisión y dos (9%) con actividad hematológica. Un paciente (4%) presentó un evento trombótico 11 años después de un cuadro de insuficiencia arterial por vasculitis. Tres pacientes (14%) evolucionaron a LES (dos de ellos con SALH y uno con trombocitopenia) en un tiempo promedio de cinco años (3-7) y todos fallecieron por actividad.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los pacientes pediátricos con "lupus like" sin manifestaciones trombóticas con aAFL tienen una baja probabilidad de evolucionar a SAF primario, mientras que aquellos que evolucionan a LES tienen mal pronóstico. Sin embargo, se requieren estudios con mayor número de pacientes y tiempo de seguimiento.

(139)

C2-CM150

Frecuencia de diagnóstico de tromboembolia pulmonar en los estudios anatomopatológicos (autopsia) del 2005 al 2009 e información de autoinmunidad humoral en el expediente clínico

Reboloso E⁽¹⁾, Tello-González A⁽²⁾, Benjamín Rubio-Jurado B⁽³⁾, Salazar-Páramo M⁽⁴⁾, Plasencia T⁽⁵⁾, Nava A⁽⁶⁾

⁽¹⁻³⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽⁴⁾ División de Investigación UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽⁵⁾ Departamento de Anatomía-Patología, UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽⁶⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS / Dirección de Investigación Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad incluyendo enfermedades autoinmunes sistémicas con evidencia serológica de autoinmunidad. En estudios de necropsia, en el 25 al 30% se ha detectado evidencia de embolia antigua o reciente y sólo en un 10 al 30% de ellos se identifica TEP como diagnóstico premortem.

Objetivo: Describir la frecuencia de tromboembolia pulmonar en los informes de autopsia, determinación de dímero-D (DD) y anticuerpos anticardiolipina (aCL).

Material y método: Estudio transversal, retrospectivo. Se revisaron expedientes de las 277 autopsias efectuadas entre 2005 y 2009 en el Departamento de Anatomía Patológica de la UMAE HE Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. Se obtuvieron del expediente clínico los datos demográficos y estudios serológicos (DD y aCL).

Resultados: Se encontraron 40 autopsias con el diagnóstico anatomopatológico de tromboembolia pulmonar, con edad media 52 años (18 a 81), 21 (52.5%) mujeres. Antecedente familiar de trombosis en cuatro casos (10%) y antecedentes personales de trombosis en tres (7.5%). Las condiciones clínicas coexistentes incluyeron: Choque mixto 11 (27.5%), falla orgánica múltiple nueve (22.5%), insuficiencia respiratoria aguda cuatro (10%) e infarto agudo del miocardio tres (7.5%). Se encontraron resultados de aCL en cuatro casos (10%), todos negativos. El DD sólo se realizó en siete pacientes (17.5%) siendo positivo en tres (7.5%) y negativo en cuatro (10%).

Conclusiones: En este grupo de autopsias con evidencia de TEP, sólo se solicitó DD en siete casos, de los cuales tres (42%) fueron positivos; este patrón sugiere una tendencia de baja sospecha de TEP. El mismo patrón de baja solicitud (10%) y sospecha se encuentra con los aCL, lo que reafirma la noción de que ésta no es una prueba inicial para diagnóstico de trombofilia y se determina sólo en presencia de una alta sospecha de autoinmunidad humoral asociada.

(125)

C2-CM151

Anticuerpos antifosfolípido y dímero-D circulante en pacientes con sospecha de tromboembolia pulmonar

Tello-González A⁽¹⁾, Reboloso E⁽²⁾, Rubio-Jurado B⁽³⁾, Iñiguez-Franco P⁽⁴⁾, García-Cruz D⁽⁵⁾, Garibay-Martínez B⁽⁶⁾, Preciado-Sánchez C⁽⁷⁾, Salazar-Páramo M⁽⁸⁾, Riebeling C⁽⁹⁾, Nava A⁽¹⁰⁾

^(1-2,4-5) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica UMAE HE Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽³⁾ Servicio de Hematología UMAE HE Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS; ⁽⁴⁾ CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽⁶⁻⁷⁾ Laboratorio Clínico UMAE HE Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽⁸⁾ División de Investigación UMAE HE Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽⁹⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica UMAE HP Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS; ⁽¹⁰⁾ Facultad de Medicina, UNAM, ⁽¹⁰⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica UMAE HE Centro Médico Nacional de Occidente IMSS; Dirección de Investigación Decanato Ciencias de la Salud

Introducción: El dímero D (DD) es producto de la degradación de la fibrina por la plasmina, indicando fibrinólisis. Las enfermedades como tromboembolia pulmonar (TEP) tienen alto costo para los servicios de salud aunque no se tiene información suficiente sobre su vinculación con anticuerpos antifosfolípido (aFL). Estudiamos la relación entre DD, aFL y TEP.

Objetivo: Cuantificar en pacientes con sospecha de tromboembolia pulmonar los niveles circulantes de DD y aFL.

Material y método: Estudio transversal. Se incluyeron muestras de suero de pacientes enviados al laboratorio de manera consecutiva para realización de prueba de DD por sospecha de tromboembolia pulmonar. Se obtuvieron

del expediente clínico los datos demográficos y la conclusión diagnóstica. Se determinaron en suero DD y anticuerpos IgG contra cardiolipina (aCL), anti-beta2 glucoproteína I (aβ2GPI) y anti-protrombina (aPT).

Resultados: Se incluyeron 41 casos con mediana (valores mínimo y máximo) de edad de 48 (20-89) años. Los títulos séricos fueron: DD 2000 (100-7772) ng/dL, aCL 1.9 (1.24-79.54) U/mL, aβ2GPI 1.02 (0.54-5.95) Ur/mL, aPT 1 (0.25-11.84) UI/mL. La conclusión diagnóstica fue TEP en 17 pacientes, probable TEP en cuatro, descartado en 20, encontrando neumopatía no TEP en seis, cardiopatía en cinco, HAS en dos, cáncer en uno y otros seis casos. De los 41 pacientes, 32 fueron DD (+) y nueve DD (-); de los 32 pacientes con DD (+) la conclusión diagnóstica fue TEP o probable TEP en 20 y no TEP en 12 mientras que en los pacientes DD (-) se encontró TEP o probable TEP en uno y no TEP en ocho. Se obtuvo sensibilidad 95%, especificidad 40%, VPP 0.62 y VPN 0.88. Se encontraron los siguientes niveles de anticuerpos y DD en los pacientes a los cuales se les confirmó TEP: aCL 1.6 (1.14-33.8) U/mL, aβ2GPI 0.85 (0.57-11.84) Ur/mL, aPT 1.8 (0.57-11.84) UI/mL, DD 2529 (281-7772) ng/dL. En los pacientes en los que se descartó TEP se encontró: aCL 2.04 (1.55-79.24) U/mL, aβ2GPI 1.27 (0.74-5.95) Ur/mL, aPT 0.76 (0.25-7.26) UI/mL, DD 726.85 (100-4626) ng/dL.

Conclusiones: En este grupo de pacientes con sospecha de TEP, la determinación de DD ofrece auxilio diagnóstico con alta sensibilidad pero escasa especificidad. Esta cifra podría modificarse si se considera como diagnóstico final trombofilia y no sólo TEP. La ausencia de autoanticuerpos excluye su indicación en el escrutinio inicial en pacientes con sospecha de TEP.

(280)

C2-CM152

Enfermedades autoinmunes en síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario. ¿Coexistencia o manifestación de la enfermedad?

Medina García G, Vera-Lastra O, Jara L

Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS

Introducción: La co-ocurrencia de enfermedades autoinmunes es frecuente en el lupus eritematoso sistémico e influenciado por manifestaciones clínicas, inmunológicas y genéticas compartidas. En el síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario (SAFP) la combinación con otras enfermedades autoinmunes ha sido poco descrita.

Objetivo: Evaluar la presencia de otras enfermedades autoinmunes durante el seguimiento a largo plazo en pacientes con SAFP.

Pacientes y métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con SAFP con al menos cinco años de seguimiento de un sólo centro de referencia. Los datos clínicos relacionados con la presencia de otras enfermedades autoinmunes se obtuvieron del expediente y la revisión clínica del paciente. Se analizaron la evolución, hallazgos clínicos y serológicos. El diagnóstico de otras enfermedades autoinmunes se realizó de acuerdo a los criterios de clasificación de cada enfermedad. Se empleó estadística descriptiva.

Resultados: El grupo de estudio incluyó a 50 pacientes con SAFP, procedentes de la consulta externa de la clínica de SAFP, 42 mujeres (84%) y ocho hombres (16%) con una media de edad de 45.7 - 10.7 años, tiempo de evolución de 10.4 - 4.3 años (rango de 5- 20 años). Las manifestaciones clínicas más frecuentes al inicio fueron: Trombosis venosa profunda (16 pacientes, 32%), evento vascular cerebral isquémico (15, 30%), preeclampsia (siete, 14%), pérdida fetal recurrente (seis, 12%), SAAF catastrófico (un paciente, 2%). Durante los primeros cinco años de seguimiento, 23 pacientes (46%) presentaron trombosis recurrente. Todos estaban en tratamiento con anticoagulantes orales. Se diagnosticaron otras enfermedades autoinmunes en 19 (38%) pacientes: 11 (22%) presentaron hipotiroidismo, dos enfermedad de Graves-Basedow, una enfermedad de Addison (sin trombosis de la glándula suprarrenal), uno pioderma gangrenoso, dos síndrome semejante a esclerosis múltiple, dos adenoma pituitario e hiperprolactinemia,

tres síndrome semejante a lupus, uno síndrome de Sjogren y uno hepatitis autoinmune. Una paciente falleció durante el seguimiento debido a un ascotoma talámico.

Conclusión: La presencia de enfermedades autoinmunes órgano-específicas y sistémicas en SAFP es frecuente y sugiere factores comunes compartidos (genéticos, inmunológicos y ambientales). Deberá esclarecerse si estos hallazgos son co-existencia o manifestación del SAAF.

(116)

C2-CM153

Análisis de la expresión y función del receptor inhibitorio ILT2 en linfocitos de pacientes con enfermedad tiroidea autoinmune

Doníz-Padilla L⁽¹⁾, Paniagua-Ruiz A⁽²⁾, Sandoval-Correa P⁽³⁾, Monsiváis-Urenda A⁽⁴⁾, Leskela S⁽⁵⁾, Marazuela M⁽⁶⁾, González-Amaro R⁽⁷⁾

^(1,4,7) Dpto. Inmunología, Facultad de Medicina, UASLB ^(2-3,5-6) Hospital Universitario de la Princesa, Universidad Autónoma de Madrid

Introducción: La enfermedad tiroidea autoinmune (ETAI) incluye una serie de condiciones que tienen en común una respuesta inmune celular y humoral dirigida hacia la glándula tiroidea. La ETAI es caracterizada por dos subtipos de enfermedades: La tiroiditis de Hashimoto (TH) y la enfermedad de Graves (EG); la patogénesis de ambas es multifactorial y los pacientes muestran diversas alteraciones a nivel inmunológico. ILT2 es un receptor inhibitorio expresado en células con función fagocítica y presentadora de antígeno, así como en linfocitos T, B y NK. La función inhibitoria de ILT2 se lleva a cabo mediante la desfosforilación de moléculas involucradas en la vía de señalización del TCR regulando de esta manera la activación de los linfocitos. Esto ha sido observado en distintos sistemas experimentales, poniendo en evidencia el posible papel de este receptor en la inmunoregulación. Actualmente, no existen estudios que muestren el papel de este receptor en la enfermedad tiroidea autoinmune.

Objetivo: Analizar la expresión y función del receptor inhibitorio ILT2 en linfocitos de sujetos sanos, pacientes con TH y pacientes con EG.

Material y métodos: Estudiamos a 18 pacientes con TH, 20 con EG y 26 sujetos sanos. La expresión de ILT2 fue analizada por citometría de flujo e inmunohistoquímica en células mononucleares (CMN) de sangre periférica y tejido tiroideo. Adicionalmente, la función reguladora del receptor fue evaluada mediante ensayos de inhibición de la proliferación así como por análisis de la progresión del ciclo celular. El efecto de ILT2 sobre la producción de citocinas también fue estudiado.

Resultados: Encontramos un incremento en la expresión de ILT2 en células CD4, CD8 y células NK de sangre periférica de pacientes con ETAI comparados con los controles. Este receptor también fue detectado en el infiltrado celular del tejido tiroideo de pacientes con TH. Por otro lado, los ensayos de inhibición de la proliferación celular muestran una función de ILT2 significativamente disminuida en pacientes con ETAI comparada con los sujetos sanos. Finalmente, las CMN de sangre periférica de pacientes con ETAI muestran una disminución en la síntesis de IL-10 posterior al entrecruzamiento de ILT2.

Conclusiones: Nuestros datos indican que las anomalías mostradas en la expresión y función de ILT2 en pacientes con ETAI, sugieren que este receptor puede participar en la patogénesis de esta condición.

(240)

C2-CM154

Mecanismos de inmunoregulación de dosis altas de metilprednisolona. Efecto sobre apoptosis y células T reguladoras

Martínez-Martínez MU, Hernández-Castro B, Doniz-Padilla LM, Martínez-Lozano J, Carmona-Vargas AJ, Arriaga-Caballero JE, Baranda-Cándido L, González-Amaro R, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: Las dosis altas de metilprednisolona (mPDN) se administran frecuentemente en caso de expresión grave de enfermedades autoinmunes, a pesar de la poca información de los potenciales mecanismos de acción que incluyen la apoptosis de células auto-reactivas. Evaluamos apoptosis celular, células T reguladoras y eventos adversos en pacientes con enfermedades reumáticas antes y posterior a mPDN.

Métodos: Incluimos a pacientes que requirieran mPDN distribuidos en dos grupos de forma aleatoria para recibir durante tres días mPDN en monodosis de 1 g cada 24 horas (GMD) y dosis divididas (250 mg cada seis horas, GDD). Determinamos presión arterial (TA) y glucemia cada seis horas durante los tres días de mPDN, además de parámetros inmunológicos en diferentes momentos (basal, 24, 48 y 96 horas): Porcentaje de células T reguladoras (CD4 CD25, CD4 CD25bright, CD4 Foxp3 y CD25 Foxp3) y de apoptosis de células mononucleares y de subpoblaciones (anexina, anexina PI, PI, anexina CD3, anexina CD19 y anexina CD14 y ciclo celular) mediante técnicas de citometría de flujo. Evaluamos diferencias entre ambos grupos por la prueba de U de Mann-Whitney o prueba exacta de Fisher; realizamos ANOVA no paramétrico de medidas repetidas y de dos vías para evaluar los cambios en TA, glucemia, células T reguladoras y apoptosis.

Resultados: Incluimos 20 pacientes consecutivos para GMD o para GDD, seis de género masculino, edad promedio de 36.8 años, sin diferencias basales en creatinina (4.6 mg/dL), proteína C reactiva (9.2 mg/dL), leucocitos ($8.6 \times 10^3/\text{mm}^3$) y albúmina (3.2 g/dL). Observamos incremento en la apoptosis con anexina, CD3 y por ciclo celular (p 0.0240) a las 24 horas, además de aumento en células T reguladoras particularmente y en forma significativa en células CD4CD25 ($P=0.0401$) con incremento estadísticamente significativo a las 48 y 96 horas y de CD4CD25 *bright* a las 96 h. La glucosa se incrementó de forma significativa desde seis horas después de la primera dosis (promedio 82 mg/dL), más aparente en GMD. No hubo diferencias en TA sistólica ni diastólica. Al evaluar ambos grupos no encontramos diferencias en apoptosis, células T reguladoras ni eventos adversos.

Conclusiones: Además de incremento en apoptosis, mPDN se asocia a aumento en subpoblaciones de células T reguladoras. La mPDN tiene efectos inmunorregulatorios tanto con monodosis como con dosis divididas; la selección de una de éstas dependerá de los potenciales eventos adversos asociados.

(270)

C2-CM155

Tuberculosis latente sin tratamiento en pacientes bajo tratamiento con biológicos

Baranda-Cándido L, Martínez-Martínez MU, Hernández-Núñez E, Hernández-Ibarra MJ, Hernández-Ibarra A, Huerta Y, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: La población mexicana sin riesgo alto para tuberculosis (Tb) tiene prueba intradérmica positiva para Tb (PPD) en 50 a 70%; dada la baja sensibilidad de PPD, consideramos que la gran mayoría de la población ha estado expuesta a Tb. De acuerdo a las guías internacionales y mexicanas, como pruebas de escrutinio previo al inicio de biológicos, el paciente debe

de tener radiografía de tórax (RxT) normal y PPD (-): en caso contrario y ante ausencia de expresión clínica y de laboratorio de Tb activa, debe recibir tratamiento para Tb latente antes de iniciar los biológicos. Hay pocos informes de realización de PPD en población ya expuesta a biológicos, con pruebas de escrutinio normales.

Objetivo: Determinar tuberculosis latente en pacientes bajo tratamiento con biológicos con pruebas basales de escrutinio negativas.

Pacientes y métodos: Realizamos PPD basal y anualmente a pacientes bajo tratamiento actual con biológicos, que habían tenido RxT y PPD normales o negativos, sin historia de Tb. El 85% refirió haber recibido la vacuna con BCG en su infancia y 5% historia de algún familiar con probable Tb. Todos los pacientes negaron historia reciente de contacto con persona con Tb y datos clínicos de posible infección por Tb. En caso de posibilidad de Tb activa se realizaron exámenes de laboratorio que incluyeron pruebas de función hepática, TAC de tórax, aspirado de médula ósea con cultivo para micobacterias.

Resultados: Incluimos a 155 pacientes tratados con biológicos con RxT y PPD negativos para Tb. Recibían abatacept (ABA) 75, rituximab (RTX) 19, tocilizumab (TCZ) 33 y otros biológicos no anti-TNF 28. La intradermoreacción se tornó positiva en 23 pacientes, de quienes ocho están bajo tratamiento con ABA, tres con RTX y 12 con TCZ, con tiempo promedio de tratamiento de 6.5 años, 3.7 años y 5 años, respectivamente. Sólo un paciente con ABA y uno con TCZ recibieron tratamiento para Tb latente. Ninguno con evidencia de Tb activa con seguimiento subsecuente de 3.3 años.

Discusión: El PPD en pacientes bajo tratamiento con productos biológicos no anti-TNF, parece no ser indicativo de tratamiento antifímico a pesar de la alta prevalencia de Tb activa en nuestro país. Debemos continuar seguimiento e incrementar nuestra casuística.

(156)

C2-CM156

Presencia de anticuerpos anti-CCP2, anti-Sm y anti-b₂GP1 de isotipo IgG en pacientes con endocarditis infecciosa aguda

Mandujano A, Carrillo J, Mazón-González B, Hernández-Becerril N, Hernández-Rizo A, Arrieta-Alvarado AA, Bojalil R, Amezcua-Guerra LM

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) se caracteriza por activación policlonal de la inmunidad innata con producción de anticuerpos naturales que pueden reaccionar de manera cruzada como autoanticuerpos de baja especificidad (AAN, FR). Sin embargo, la presencia de autoanticuerpos de alta especificidad (anti-dsDNA, anti-CCP2, anti-Scl70) no ha sido estudiada.

Métodos: Se obtuvieron datos clínicos y suero de pacientes con diagnóstico presuntivo de EI a su ingreso a urgencias. Se analizaron las muestras de aquellos en quienes, durante su evolución, se hubiera confirmado el diagnóstico de acuerdo a los criterios modificados de Duke (*Heart* 2004;90:611).

Los análisis se realizaron mediante prueba exacta de Fisher (dos lados) y se calcularon razones de momios. Significancia $p < 0.05$.

Resultados: Fueron incluidos 21 pacientes (13 de género masculino) en quienes se confirmó el diagnóstico; edad promedio 35.4 ± 17.9 años.

Topografía de afección valvular: Mitral nueve pacientes (36%), aórtica nueve (36%), pulmonar dos (8%), tricúspide cinco (20%), multivalvular cinco (24%); compromiso extravalvular en cinco pacientes (24%).

Perfil de autoanticuerpos positivos: AAN 10 pacientes (48%), anti-dsDNA 0, anti-SSA dos (10%), anti-SSB 0, anti-RNP 0, anti-Sm uno (5%), anti-Scl70 0, anti-centrómero 0, aCL IgG 12 (57%), aCL IgM 10 (48%), anti-b₂GP1 IgG dos (10%), anti-b₂GP1 IgM 0, FR 14 (67%), anti-CCP2 dos (10%).

Diez pacientes (48%) requirieron manejo quirúrgico y tres fallecieron (14%).

Dos pacientes (10%) no tuvieron ningún autoanticuerpo positivo.

Los patógenos aislados en hemocultivo fueron: *Streptococcus viridans* (27%), *Streptococcus mitis* (20%), *Staphylococcus hominis* (7%), *Staphylococcus epidermidis* (7%), *Streptococcus sanguinis* (7%), *Stenotrophomonas maltophilia* (7%), *Streptococcus pneumoniae* (7%), *Staphylococcus aureus* (7%), *Streptococcus* spp (7%), *Staphylococcus warneri* (7%).

Conclusiones: Ocasionalmente se encuentran positivos en pacientes con EI aguda autoanticuerpos de alta especificidad (anti-CCP2, anti-Sm y anti-b₂GP1). La persistencia de estos anticuerpos a través del tiempo así como su posible implicación patogénica aún están por definirse.

(87)

C2-CM157

Concordancia entre el patrón de inmunofluorescencia de anticuerpos antinucleares y los autoanticuerpos contra ADNdc, Ro/SSA, La/SSB, RNP y Sm

Mandujano A, Bojalil R, Amezcua-Guerra LM

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Los anticuerpos antinucleares (AAN) han sido la piedra angular del paradigma de la autoinmunidad en reumatología. En la clínica, el patrón de inmunofluorescencia (IFI) observado para los AAN habitualmente dirige la realización de pruebas serológicas subsecuentes; sin embargo, los estudios sobre la asociación entre el patrón de IFI y las diferentes especificidades antigénicas han reportado resultados heterogéneos.

Objetivos: Determinar el grado de concordancia entre los diferentes patrones de AAN por IFI y los autoanticuerpos contra ADNdc, Ro/SSA, La/SSB, RNP y Sm.

Métodos: Estudio retrospectivo basado en registros de laboratorio y reportes del expediente clínico. Se incluyeron las muestras séricas que tuvieran determinaciones de AAN, anti-ADNdc, Ro/SSA, La/SSB, RNP y Sm, de octubre 2006 a mayo 2010. En este periodo, se determinaron los AAN por IFI en sustrato celular HEp-2, anti-ADNdc por IFI en *C. luciliae* y las demás especificidades por inmunoensayo enzimático. Se utilizó estadística descriptiva y prueba κ de Cohen no ponderada para determinar el grado de concordancia entre el patrón de AAN y cada especificidad.

Resultados: Incluimos para análisis el perfil de autoanticuerpos de 885 individuos. El 81% de las muestras procedió de mujeres, con edad media de 40 ± 14.2 años. El 71% de los individuos tuvo una enfermedad reumatológica, principalmente lupus eritematoso sistémico (21%). Los patrones de IFI más frecuentes fueron el moteado fino (35%) y el homogéneo (30%). El 31% tuvo al menos una especificidad positiva, siendo las más frecuentes anti-ADNdc (17%) y anti-Ro/SSA (14%). El 3% de las muestras tuvo AAN negativo con una especificidad positiva. Se encontró un índice κ de 0.24 (IC95% 0.16-0.32) entre el patrón de IFI homogéneo y la presencia de anticuerpos anti-ADNdc; mientras que para el patrón moteado fino y los anticuerpos anti-Ro/SSA, el índice κ fue de 0.1 (0.02-0.18). No se observó concordancia para otros patrones ni para otras especificidades.

Conclusión: Existe una concordancia débil entre los AAN con patrón de IFI homogéneo y la presencia de anticuerpos anti-ADNdc, así como para el patrón de IFI moteado fino y los anticuerpos anti-Ro/SSA.

(265)

C2-CM158

HLA en mestizos mexicanos con dermatomiositis idiopática primaria

Solórzano-Ruiz A, Barbosa-Cobos R, Vargas-Avilés A, Martínez-Noriega J, Barrera Rodríguez A, Delgado-Ochoa M, López-Morales E, Reyes-Marín F, Lugo-Zamudio G

Hospital Juárez de México

Introducción: No se ha determinado asociación de HLA con dermatomiositis idiopática primaria (DIP) en pacientes mestizos mexicanos.

Objetivo: Identificar la asociación HLA/DIP en pacientes mestizos mexicanos en el Hospital Juárez de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles en la consulta externa de reumatología del Hospital Juárez de México en el periodo del 1 de Julio de 2009 al 1 de julio de 2010, posterior a la firma del consentimiento informado. La muestra se integró con pacientes mestizos mexicanos (personas nacidas en territorio mexicano teniendo antecedente de ancestros mexicanos de por lo menos tres generaciones, de acuerdo al Instituto Nacional de Antropología) con diagnóstico de DIP (casos) e individuos sanos integrados en el programa de donador de riñón vivo relacionado (controles).

La determinación del HLA se realizó por medio de la técnica de SSP-PCR (Sequence Primer-Polymerase Chain Reaction), utilizando las placas comerciales para determinación alélica del HLA ABDRQ-SSP de la marca Invitrogen (Wisconsin, USA).

Se realizó la descripción de las variables, así como análisis estadístico mediante el análisis inferencial con Ji cuadrado entre los alelos HLA y las características clínicas de ambos grupos. Cálculo de razón de momios (RM), considerando los valores con significancia estadística $RM > 1$ con IC al 95%, $p < 0.05$, mediante el programa estadístico Epi-Info-Versión 3.4.3 y el EBM calculator.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes con DPI y 50 sujetos sanos. Los alelos más frecuentes fueron en el grupo de casos, DQB1*040102 y DRB1*040101, con 10 (47.6%) cada uno, en contraste con el grupo control, 13 sujetos (26.5%) y 14 (28.5%). RM 2.38 con IC 95% y p 0.11 para DQB1*040102 y RM 3.64 con IC 1-12 y p 0.01 para DRB1*040101.

Conclusión: En mestizos mexicanos, el alelo DRB1*040101 aumenta 3.64 veces el riesgo de presentar DIP. Se ha reportado la asociación de dicho alelo con anticuerpos anti-Mi 2 en mestizos mesoamericanos.

(186)

C2-CM159

Miopatías inflamatorias idiopáticas. Revisión sistemática de la literatura

Andrade-Ortega L⁽¹⁾, García de la Torre I⁽²⁾, Herrera-Esparza R⁽³⁾, Lugo-Zamudio G⁽⁴⁾, Rosales-Don Pablo V⁽⁵⁾, Ortiz-Villalvazo MA⁽⁶⁾

^(1,5) Servicio de Reumatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, ^(2,6) Hospital General de Occidente SS y Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾ Universidad Autónoma de Zacatecas, ⁽⁴⁾ Hospital Juárez de México, SSA

Antecedentes: Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo heterogéneo de padecimientos musculares, de origen autoinmune y muy poco frecuente. Aún existen muchas controversias en relación con su diagnóstico, asociación con cáncer y tratamiento.

Objetivo: Realizar una revisión sistemática de diagnóstico, asociación con cáncer, pronóstico y tratamiento de MII, para sustentar recomendaciones y generar una guía clínica.

Material y método: Se realizó una revisión sistemática de la literatura, se consultaron las bases de datos OVID, EMBASE y PUBMED, para identificar publicaciones de 1990 a junio 2010 de pacientes adultos con diagnóstico de miopatía inflamatoria. La búsqueda se realizó por pares de investigadores empleando como palabras clave: Polymyositis, Dermatomyositis,

Inflammatory myopathies, Idiopathic inflammatory myopathies, Dermatopolymyositis, combinadas con Diagnosis, Clinical diagnosis, Clinical assessment, Outcome measures, Treatment, Immunosuppressors, Costicosteroids, Glucocorticosteroids, Steroids, Azathioprine, Methotrexate, Immunoglobulin, Cyclosporine, Mycophenolate, Cyclophosphamide, Cancer, Malignancy, Prognosis. Todos los artículos encontrados se clasificaron conforme a su diseño para determinar la calidad de la evidencia (según la USPTF) por todos los revisores.

Resultados: Se encontraron en total 549 publicaciones relacionadas con las preguntas de investigación; 21 fueron ensayos clínicos controlados y aleatorios sobre el uso de esteroides e inmunosupresores aunque no hubo diferencia entre los tratamientos, 52 fueron estudios de cohortes o registros de población que analizaron la asociación con neoplasias, siendo más frecuentes las esperadas para la población general según edad y sexo, excepto en otras etnias como población asiática.

Discusión: Existe escasa evidencia derivada de estudios clínicos controlados sobre tratamiento y estudios de cohortes para identificar factores de riesgo de neoplasias. Fuera de esto no hay suficiente evidencia para sustentar recomendaciones con las que se pueda generar alguna guía clínica. Esto puede explicarse por la baja prevalencia de las MII y enfatiza la necesidad de realizar estudios colaborativos y bien diseñados para obtener resultados de mejor calidad.

(209)

C2-CM160

Afección pulmonar en pacientes con dermatomiositis juvenil

Enciso PS, Faugier FE, Olivera SF, Maldonado VR

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La dermatomiositis juvenil (DMJ) es la enfermedad inflamatoria muscular más común en la infancia, siendo más frecuente en el género femenino, con una mayor incidencia en la edad escolar al momento del diagnóstico.

No hay estadísticas en cuanto a la frecuencia de la enfermedad en nuestro país. Tampoco se tienen estudios de la incidencia y la forma en que se presenta el compromiso pulmonar en los pacientes pediátricos mexicanos.

Se realizó una revisión de expedientes de los pacientes con DMJ valorados en el servicio de reumatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez en un lapso de 10 años.

Entre las manifestaciones cutáneas y extramusculares se encontró en segundo lugar de frecuencia el compromiso pulmonar, caracterizado por neumonitis intersticial, corroborando el diagnóstico por tomografía axial computarizada. La tos crónica no productiva fue el principal síntoma de quienes cursan con afección pulmonar. Pueden existir cambios radiográficos y anomalías en las pruebas de función pulmonar en pacientes asintomáticos. Las pruebas de funcionamiento pulmonar reportan alteración en el 100%. El 75% presentó patrón restrictivo y el 100% de ellos disminución de la capacidad funcional pulmonar.

En los pacientes con resultado positivo para la presencia del anticuerpo anti Jo, existió mayor incidencia de afección pulmonar; tenemos reporte de un único caso en el que este anticuerpo se encontró negativo existiendo daño pulmonar.

Conclusiones: Los resultados obtenidos permiten concluir que la frecuencia del compromiso pulmonar en los pacientes con dermatomiositis en la edad pediátrica es baja; la forma de presentación más común es la neumonitis intersticial, la cual es secundaria a la debilidad muscular asociada a microaspiraciones. La sobreinfección pulmonar es la complicación más frecuente en los pacientes estudiados siendo posible asociarla al estado inmunocomprometido debido al tratamiento farmacológico para la patología de base.

Probablemente nuestra baja incidencia de afección pulmonar sea secundaria a que se espera que el compromiso pulmonar ocurra en la edad adulta.

(378)

C2-CM161

Prevalencia de osteoartritis en pacientes con lesión de ligamento cruzado anterior con o sin datos de meniscopatía

Vidal C, Ibarra C, Almazán, Sierra L, Espinosa R

Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: La osteoartritis es la causa más común de patología articular. La lesión de ligamento cruzado anterior con o sin lesión meniscal, se encuentra estrechamente relacionada con el desarrollo de osteoartritis en pacientes jóvenes.

Objetivos: Estimar la prevalencia y determinar factores de riesgo de osteoartritis en pacientes con lesión de ligamento cruzado anterior.

Material y métodos: Se realizó en un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal que incluyó a un total de 218 pacientes (118 mujeres y 100 varones) con lesión de ligamento cruzado anterior con o sin datos de lesión de meniscos, en el periodo comprendido entre marzo de 2002 y septiembre de 2009. Se realizó la reconstrucción de ligamento cruzado anterior y la documentación del grado de osteoartritis de rodilla al momento de la cirugía por parte de un sólo cirujano del Servicio de Artroscopia y Medicina del Deporte del Instituto Nacional de Rehabilitación. Se recolectaron variables como género, edad, peso, tiempo de evolución de la lesión, mecanismo de la misma y relación con la presencia de OA en rodilla de pacientes jóvenes. Se realizó análisis descripción, bivariado y se construyó un modelo logístico multivariado para ver las variables predictoras para el desarrollo de OA en el grupo de pacientes analizados. Se utilizó el software STATA®.

Resultados: La edad promedio del grupo femenino de pacientes fue de 27.5 años mientras que en el grupo de varones fue de 30 años. Se observó una mayor prevalencia de lesión en rodilla derecha en las mujeres (59%). El principal mecanismo de lesión fue el valgo forzado (57% en el grupo masculino y 50.6% en el femenino). El índice de masa corporal se encontró dentro de parámetros normales en ambos grupos de estudio (24.2 para las mujeres y 25.6 para los varones, $p = 0.12$). La OA en el cartílago medial (cóndilo femoral medial y platillo tibial medial) tuvo mayor incidencia que cualquier otra lesión en la rodilla y fue más evidente en las mujeres (50%) que en los hombres (35.5%), $p = 0.05$. La lesión del menisco medial está relacionada con una mayor prevalencia de OA que la lesión del menisco lateral ($p = 0.02$). La severidad de la OA se encuentra relacionada con un mayor tiempo de evolución de la lesión y mayor tiempo de atención (> 17 meses), especialmente en el género femenino.

Conclusiones: Se observó una mayor prevalencia de osteoartritis en el cartílago medial de la rodilla en pacientes femeninas con lesión de ligamento cruzado anterior, acompañada de lesión de menisco medial, cuyo retraso en la atención quirúrgica fue mayor de 17 meses. Se determinó que el mecanismo de lesión principalmente implicado en este tipo de lesiones es el valgo forzado. Se observó que los factores de riesgo para el desarrollo de OA en el compartimento medial de la rodilla son el sexo, la lesión del menisco medial y el retraso en el tratamiento.

(74)

C2-CM162

El ejercicio de alto impacto modula la expresión diferencial de citocinas en cartílago normal y en cartílago de ratas con osteoartritis experimental

Rojas-Ortega M⁽¹⁾, Cruz R⁽²⁾, Hernández-Hernández JM⁽³⁾, Vega-López MA⁽⁴⁾, Lavallo-Montalvo C⁽⁵⁾, Jouri JB⁽⁶⁾

^(1-4,6) Depto. Infectómica y Patogénesis Molecular, CINVESTAV, IPN, México, ⁽⁵⁾ Unidad de Posgrado. Facultad de Medicina. UNAM

La degradación del cartilago articular y la osteoartritis (OA) se han asociado con activación inapropiada de las vías de señalización de las citocinas. El ejercicio de alto impacto es un factor de riesgo para OA, sobre todo después de lesión articular. A pesar de lo anterior, no se ha analizado la relación entre la expresión de citocinas después de ejercicio de alto impacto en cartilago sano y con OA. Se estudió por Western blot e inmunohistoquímica la expresión de IL-1 β , TNF- α , TGF- β 1, e IL-10 en el cartilago articular de un modelo experimental de ratas con OA inicial que incluyó meniscectomía parcial seguida por ejercicio de alto impacto durante 3, 6, 8 y 10 días. El perfil proteico fue comparado con el de ratas normales sometidas solamente a ejercicio de alto impacto (C). Los niveles de IL-1 β se encontraron elevados en ambos grupos en los diferentes tiempos, aunque al final el incremento fue mayor en OA ($p < 0.05$). Los niveles de TNF- α se elevaron rápidamente en OA (tres y seis días; $p < 0.01$). TGF- β 1 se elevó en forma similar en ambos grupos (OA y C). IL-10 se expresó poco en OA y su elevación fue significativa en C en cada momento analizado ($p < 0.01$). En general la expresión de las citocinas estuvo relacionada con los niveles de proteínas totales. Estos resultados sugieren una regulación precisa en el cartilago entre moléculas antiinflamatorias y proinflamatorias con objeto de mantener un balance en la integridad del cartilago. Estos mecanismos reguladores pueden tener implicaciones clínicas y terapéuticas.

(316)

C2-CM163

Evaluación del posicionamiento de pacientes en la osteodensitometría vista en la práctica clínica habitual

Morales Torres J⁽¹⁾, Barreira Mercado E⁽²⁾, López García J⁽³⁾, Zepeda Moreno C⁽⁴⁾, Valdivieso Carrasco A⁽⁵⁾

^(1,3-5) Hospital Aranda de la Parra, ⁽²⁾ Hospital Ángeles Querétaro

Introducción: El diagnóstico formal de osteoporosis se fundamenta en la densitometría axial con haces duales de Rayos X (DXA). Ésta requiere un posicionamiento adecuado del paciente. La falta de apego a esto puede modificar considerablemente los resultados obtenidos.

Objetivo: Evaluar el posicionamiento en reportes de DXA observados en la práctica clínica cotidiana, obtenidos de diversos centros de diagnóstico.

Material y métodos: En dos ciudades del Bajío (Querétaro y León, Gto.) se analizaron los reportes consecutivos de DXA provenientes de diversos centros de diagnóstico de esas áreas, evaluando los indicadores reportados para este fin: Centrado, alineación, inclusión de T12 a L5 y etiquetado de vértebras, alineación de la diáfisis femoral, inclusión de trocánter mayor e isquion y exclusión de la mayor parte del trocánter menor. Los hallazgos se reportan por medio de estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron 155 imágenes de columna y 156 imágenes de fémur obtenidas de 161 pacientes (97.5% mujeres). En el 70.4% de las imágenes de columna lumbar hubo los siguientes hallazgos: 24% no alineada, 19% no centrada, 48% sin T12 o cresta iliaca y 4% con etiquetado incorrecto. En la DXA de fémur el 57.7% de las imágenes mostró fallas en el posicionamiento: 26% diáfisis no alineada, 37% con trocánter menor visible, 13% con trocánter mayor o isquion no incluidos.

Discusión: Con elevada frecuencia se realiza DXA en posiciones incorrectas, lo que puede influir negativamente en el diagnóstico y en consecuencia en las decisiones tomadas por los clínicos.

Conclusiones: La mayoría de los reportes de DXA axial de columna lumbar y cadera muestra defectos de posicionamiento de los pacientes. Esto

deberá considerarse por los clínicos al referir a los enfermos a una DXA y al evaluar los reportes densitométricos y por los técnicos de los diversos centros de diagnóstico.

(160)

C2-CM164

Características ecográficas de las manos de pacientes con síndrome de Sjögren primario y secundario

Hofmann F⁽¹⁾, Amezcua-Guerra LM⁽²⁾, Bernal A⁽³⁾, Lopez-Reyez A⁽⁴⁾, Marín-Arriaga N⁽⁵⁾, Rodríguez-Henríquez PJ⁽⁶⁾, Solano C⁽⁷⁾, Vargas A⁽⁸⁾, Hernández-Díaz C⁽⁹⁾, Peña A⁽¹⁰⁾, Martínez-Lavín M⁽¹¹⁾, Pineda C⁽¹²⁾

^(1,3-5,9-10,12) Instituto Nacional de Rehabilitación, ^(2,8,11) Instituto Nacional de Cardiología, ⁽⁶⁾ Hospital General Dr. Manuel Gea González, ⁽⁷⁾ Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es un padecimiento autoinmune caracterizado por infiltración linfocitaria en diferentes glándulas exocrinas asociado frecuentemente a afectación articular, la cual ha sido descrita como no erosiva. En los pacientes con SS secundario (SSs) (asociado a artritis reumatoide [AR]) existe un patrón de artritis indistinguible del encontrado en pacientes con AR sin SS. La descripción de estos diferentes patrones de afección articular ha sido hecha por radiología convencional. Con el advenimiento de nuevas técnicas de imagen como el ultrasonido musculoesquelético (USME), sensible para la detección de erosiones en forma temprana, se busca la caracterización de la artritis en el SSp y SSs.

Objetivo: Identificar las alteraciones morfoestructurales evaluadas mediante USME en las articulaciones de las manos de pacientes con SSp y SSs.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se utiliza equipo de ultrasonido Siemens Acuson Antares[®], con sonda tipo palo de hockey (7-12 MHz); se obtuvieron imágenes en planos ortogonales del carpo, articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de ambas manos. Se buscó la presencia de sinovitis (hipertrofia sinovial y/o derrame articular), erosiones y señal Doppler, definidas por el grupo OMERACT.

Resultados: Se evaluaron 35 pacientes, 17 con SSp y 18 con SSs (97% mujeres), edad promedio 60.2 \pm 11.91 años. La mediana de tiempo de evolución de la enfermedad en el grupo de SSp fue tres años (rango 1-5) y en el grupo SSs 9.5 años (rango 5-21.5). Ocho pacientes (53%) con SSp y 11 (73%) fueron positivos para factor reumatoide. Los anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado resultaron positivos en 7% de los sujetos con SSp y 62% con SSs ($p = 0.003$). La proteína C reactiva mostró una mediana de 1.9 mg/L (rango 1.3-6.6) para el grupo SSp y de 7.7 (3.8-12) para el grupo SSs (p no significativa). Por USME, la sinovitis de la articulación del carpo se encontró en 21 (62%) SSp vs. 29 (81%) SSs. La presencia de erosiones en el carpo fue de tres (9%) y 14 (39%), respectivamente ($p = 0.004$). La presencia de sinovitis fue estadísticamente significativa en la 2^a IFP y MCF al comparar SSs con SSp.

Conclusión: La actividad inflamatoria, demostrada por sinovitis, se encontró en la misma proporción y localización topográfica en ambos grupos de pacientes. Sin embargo, los resultados confirman que la artropatía en el SSp carece de erosiones a diferencia del SSs en el que éstas son frecuentemente encontradas.

(4)

C2-CM165

Niveles de quimiocinas en saliva de pacientes con síndrome de Sjögren primario, SS secundario, SS preclínico y pacientes con enfermedades del tejido conectivo sin SS

Hernández-Molina G, Michel-Peregrina M, Hernández-Ramírez D, Sánchez-Guerrero J, Lorente L

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Objetivo: Determinar los niveles en saliva de las quimiocinas CCL2, CCL3, CCL5, CXCL10, CXCL12 y CXCL13 en pacientes con síndrome de Sjögren (SS) primario, SS secundario, pacientes con enfermedad del tejido conectivo (ETC) sin SS, pacientes con SS preclínico y controles sanos.

Métodos: Se incluyeron 44 pacientes con SSP (Grupo A), 30 con SS secundario (Grupo B), 49 con ETC sin SS (Grupo C), 14 con ETC e infiltrados nodulares en la biopsia de labio pero que no cumplen los criterios de SS (Grupo D, SS preclínico) y 32 controles sanos (Grupo E). Se colectaron muestras de saliva, las cuales fueron diluidas y procesadas para la medición de quimiocinas por el método de luminometría. Se utilizó estadística descriptiva y pruebas de U-Mann Whitney y Kruskal-Wallis.

Resultados: Todas las quimiocinas se encontraron en bajas concentraciones en los controles (CXCL13= 2.6 pg/mL [0-8.3], CCL5= 3.2 pg/mL [3.2-12.8], CXCL12= 43.9 pg/mL [0-295], CCL3= 27.8 pg/mL [3.2-46.9], CXCL10= 70.6 [40.4-176.2]) con excepción de CCL2 (376.8 pg/mL [166-1108]). Los pacientes con SS primario tuvieron mayores niveles de CXCL10 (110.6 pg/mL [3.2-10000]) y CCL2 (738.8 pg/mL [3.2-13772]) que los controles ($p = 0.05$ para cada comparación). Sin embargo, los pacientes con SS primario tuvieron niveles similares de todas las quimiocinas estudiadas al compararlos con los pacientes con SS secundario y ETC sin SS: CXCL13 (A= 0.3 pg/mL [0-2.3], B= 0 pg/mL [0-0.6], C= 1 pg/mL [0-2.2]), CCL5 (A= 3.2 pg/mL [3.2-12.8], B= 3.2 pg/mL [3.2-18.8], C= 3.2 pg/mL [3.2-9.7]), CXCL12 (A= 0 pg/mL [0-136], B= 0 pg/mL [0-88], C= 0 pg/mL [0-101]), CCL3 (A= 27.5 pg/mL [9-58], B= 30.6 pg/mL [20.9-46], C= 31.1 pg/mL [9-48.2]), CXCL10 (A= 110.6 pg/mL [3.2-10000], B= 117.7 pg/mL [70-500], C= 141.1 pg/mL [56.8-1075]) y CCL2 (A= 738.8 pg/mL [3.2-13772], B= 1068 pg/mL [15.9-10802], C= 784.5 pg/mL [60.4-14,277]).

Se encontraron mayores niveles de CXCL10 en los pacientes con SS preclínico (414.2 pg/mL [42.1-7803.8]) que en los pacientes con SS primario ($p = 0.03$), SS secundario ($p = 0.04$) y controles ($p = 0.001$). Los niveles de CCL2 fueron mayores en todos los pacientes con una patología autoinmune al compararlos con los controles ($p < 0.05$ para cada comparación).

Conclusión: No encontramos diferencias en las quimiocinas salivares entre los pacientes con SS primario, SS secundario y ETC sin SS. CCL2 y CXCL10 se encontraron incrementadas en todos los pacientes con patología autoinmune. CXCL10 se encontró notablemente aumentada en los pacientes con SS preclínico, sugiriendo que podría tratarse de un biomarcador de inflamación temprana en saliva.

(354)
C2-CM166

Respuesta al tratamiento con rituximab en pacientes con síndrome de Sjögren (SS) y afección pulmonar

Prieto-Parra RE, Alcaraz-Lopez MF, Echeverría-González G, Sánchez-Ortiz A, Loeza-Irigoyen JA

Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: El desarrollo de enfermedad intersticial pulmonar en SS se ha reportado entre el 8% y 38%; suele ocurrir en pacientes con otro tipo de compromisos extraglandulares como son el renal y hepático. El espectro de la enfermedad abarca desde casos con alveolitis subclínica hasta franca fibrosis pulmonar. La tomografía de alta resolución (TACAR) es el estudio de imagen más sensible y específico (hasta 90%). El tratamiento se basa

principalmente en el uso de esteroides. En los pacientes poco respondedores a estos agentes se ha utilizado azatioprina, ciclosporina u otros inmunosupresores, con resultados variables. Por su mecanismo de acción, el rituximab promete ser una buena opción en el tratamiento de esta enfermedad.

Objetivo: Reportar la respuesta al tratamiento con rituximab en pacientes con SS y afección pulmonar.

Resultados: Se reporta una serie de casos ($n = 7$) con diagnóstico establecido de SS y afección pulmonar documentada mediante datos clínicos (accesos de tos, disnea progresiva, en algunos casos hipoxemia que ameritó oxígeno suplementario, con limitación funcional para las actividades de la vida diaria) y TACAR que mostró opacidad pulmonar en vidrio esmerilado, opacidades lineales, reticulares y/o imágenes en panel de abeja predominantemente basales además de pruebas de espirometría con oximetría. Los pacientes se manejaron con rituximab (1 g los días 0 y 15); además, se incluyó un esquema combinado de ciclofosfamida intravenosa a dosis de 0.5 a 1 g/m² SC mensual por 12 meses, metilprednisolona en pulsos de 1 g/diá durante tres días consecutivos los primeros tres meses y esteroide vía oral a dosis de 1 mg/kg de peso con esquema de reducción hasta 10 mg al día. Se realizaron además de evaluación clínica estudios tomográficos y espirometrías de control a los 6, 12 y en algunos casos 24 meses. En todos se apreció mejoría clínica y de la funcionalidad incluso llegando a prescindir del oxígeno suplementario. Las TACAR también mostraron mejoría significativa del patrón intersticial; sin embargo, las espirometrías no tuvieron grandes modificaciones. Además, se observó remisión de manifestaciones articulares en todos los pacientes.

Discusión: Las alteraciones serológicas características de Sjögren incluyen la presencia de hipergammaglobulinemia y diversos autoanticuerpos como reflejo de la hiperactividad policlonal de los linfocitos B productores de múltiples autoanticuerpos, que posteriormente conducen a daño tisular. El rituximab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el antígeno CD20 expresado por los linfocitos B por lo que su efecto principal es remover anticuerpos que son directamente patogénicos a nivel pulmonar, lo que podría explicar el beneficio obtenido por nuestros pacientes.

Conclusiones: El uso de rituximab en combinación con bolos de ciclofosfamida parece útil para mejorar clínica y tomográficamente la función respiratoria en pacientes con SS y afección pulmonar. Se observó que el beneficio fue mayor en pacientes con menor tiempo de evolución. Es necesario realizar ensayos clínicos controlados y a largo plazo para valorar mantenimiento de los resultados, así como estudios de seguridad y costo-beneficio.

(89)
C2-CM167

Correlational Analysis of Heart Rate Variability Parameters with Fibromyalgia Symptoms

Ruiz N, Lerma C, Martínez LA, Vargas A, Infante O, Martínez-Lavín M

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Background: Autonomic dysfunction has been proposed as a key pathogenic element for fibromyalgia (FM). Heart rate variability (HRV) analyses have shown changes consistent with persistent sympathetic hyperactivity coupled with sympathetic hypo-reactivity to stress. Nevertheless, little is known about the association of specific HRV parameters with different FM symptoms.

Objective: To seek association between different HRV parameters and outstanding FM symptoms.

Methods: We studied 21 adult women with FM according to the 1990 ACR criteria. None of them were on any medication that could affect autonomic nervous system activity. All participants filled out the following

questionnaires: Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), which contains several visual analogue scales (VAS), Medical Outcome Sleep Scale (MOSS), Composite Autonomic Symptoms and Signs (COMPASS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Multidimensional Assessment of Fatigue Scale (MAF), and Health Survey Short Form-36 (SF-36). All participants wore a Holter monitor during 24 hr while doing their routine daily activities. The following HRV parameters were extracted from the Holter recordings: The standard deviation of NN intervals (SDNN), the standard deviation of the average NN intervals calculated over 5 minutes (SDANN), and the percentage of NN intervals differing by more than 50 ms from the adjacent NN interval (pNN50). Calculations were done during activity hours (6:00 to 24:00 h) and during sleeping hours (0:00 to 6:00 h). Pearson's or Spearman's methods were used to search for correlations between HRV parameters and severity of fibromyalgia symptoms. A p value < 0.05 was considered significant.

Results: Patients mean age was 32.7 ± 8 SD. Body mass index was 24.5 ± 4.4 . FIQ scores correlated with scores derived from COMPASS (0.4), SF-36 mental component (-0.5), and HADS (0.6) (all correlations $p < 0.05$).

Decreased nocturnal SDNN, SDANN and pNN50 (all values pointing toward a state of sympathetic hyperactivity) were significantly associated with the following FM symptoms: FIQ-VAS for pain (0.6), COMPASS gastroparesis (0.6), COMPASS constipation (0.5), FS-36 mental component (-0.6), and HADS depression (0.5) ($p < 0.05$).

Conclusions: There is a correlation between different FM symptoms and HRV parameters indicative of sympathetic hyperactivity. These results reinforce FM dysautonomic paradigm.

(315)

C2-CM168

Prevalencia del síndrome del túnel del carpo evaluado con índice de latencias combinadas de Robinson en pacientes con fibromialgia

Silva y Silva L⁽¹⁾, García-Castañeda R⁽²⁾, Martínez-Bonilla G⁽³⁾, Bernard Medina AG⁽⁴⁾, Cerpa-Cruz S⁽⁵⁾, Gutiérrez Ureña S⁽⁶⁾, Rábago-Cervantes R⁽⁷⁾, González-Jaime J⁽⁸⁾

^(1,7,8) Antigua Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Servicio de Medicina de Rehabilitación, ⁽²⁾ Universidad de Guadalajara, ⁽³⁻⁶⁾ Antigua Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Servicio de Reumatología

Introducción: Existe controversia en relación a la correspondencia entre el síndrome de túnel del carpo (STC) y la fibromialgia (FM). Algunos autores han sugerido que a mayor severidad de la FM mayor expresión de la enfermedad. Se han realizado estudios de neuroconducciones antidrómicas convencionales; nunca se han estudiado a través del índice combinado de latencias de Robinson, el cual es más específico para el diagnóstico de STC.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del STC a través del índice combinado de latencias de Robinson en pacientes con diagnóstico de fibromialgia primaria.

Material y métodos: Estudio abierto de 20 mujeres diestras con diagnóstico de FM primaria según los criterios del ACR; se excluyeron pacientes con diagnóstico de DM2, enfermedades tiroideas y embarazo. Se realizaron neuroconducciones antidrómicas convencionales motoras y sensoriales de nervios mediano y cubital derechos, y se calculó el índice de latencias combinadas de Robinson. Se interrogó sobre los factores de riesgo para desarrollo del STC y se documentó el índice de FIQ. El análisis de datos se realizó mediante promedios y desviación estándar; para correlación de variables se utilizó la prueba de Spearman con el programa SPSS v 17 (ill).

Resultados: La frecuencia de STC fue del 20%. El promedio de edad fue de 44.2 ± 8.6 años, IMC promedio de 28.31 ± 3.5 kg/m². Todas realizaban actividades manuales en promedio 4.45 horas al día desde hacía trece años

en promedio. El tiempo promedio de diagnóstico de FM fue de 6.37 ± 6.2 años. Todas las participantes refirieron sintomatología sugerente de STC. En las neuroconducciones para el nervio mediano se encontró una latencia motora distal y sensitiva promedio de $3.99 \text{ ms} \pm 0.88$ y 3.09 ± 0.46 ms, respectivamente. La diferencia promedio de latencia motora fue de 1.8 ± 0.94 ms; la diferencia de latencia sensitiva fue de 0.29 ± 0.43 ms. El índice de latencias combinadas de Robinson registró como promedio 0.34 ± 1.5 . Existe una correlación positiva entre FM y FIQ con una $\rho = 0.704$ ($p = 0.011$). No se demuestra correlación entre el Índice de Robinson, la prolongación de las latencias o el signo de Phalen con el puntaje de FIQ o el número de puntos gatillo.

Conclusiones: A pesar de que las pacientes con FM a menudo presentan manifestaciones clínicas sugestivas de STC, no existen datos de estudios de neuroconducción que demuestren la asociación de éste ni de que estos a su vez se correlacionen con el índice de FIQ. Por lo anterior se deduce que el factor que influye en la aparición del STC es el sobreuso y no la FM.

(151)

C2-CM169

Impacto de la percepción de la enfermedad en el control de la fibromialgia

Espinosa-Cuervo G⁽¹⁾, Martínez-Lavín M⁽²⁾, Herrera-Vega M⁽³⁾, Goycochea-Robles MV⁽⁴⁾

⁽¹⁾ MD, Msc. UMFRC. Unidad de Investigación del Colegio Mexicano de Reumatología, México City, ⁽²⁾ Departamento de Reumatología del Instituto Nacional de Cardiología, México City, ⁽³⁾ Cadena de Ayuda contra la Fibromialgia AC, México City, ⁽⁴⁾ MD Msc Unidad de Investigación HGRNo.1 IMSS. Unidad de Investigación Colegio Mexicano de Reumatología México City

Introducción: La fibromialgia (FM) afecta entre el 2 y 5% de la población en general. Las personas que sufren de FM tienen por lo general deficiente calidad de vida y gastan mucho dinero en su tratamiento. El conocimiento de su propio padecimiento probablemente ayude a los pacientes a controlar mejor su enfermedad.

Objetivo: Medir la percepción que los pacientes tienen de la FM y los factores que atribuyen como causa de la misma. Evaluar la asociación entre la información, percepción, control de la enfermedad, actividad física y otras variables del tratamiento.

Métodos: Estudio transversal de asociación no causal, con muestreo de casos consecutivos. Se aplicó una encuesta con datos sociodemográficos, el Cuestionario validado de percepción BIP (Brief Illness Perception Disease) y un auto-reporte de los sentimientos de los pacientes acerca de su enfermedad. Se llevó a cabo una correlación (ρ Spearman) entre los ámbitos del BIP, el control de la enfermedad descrita por el paciente, el grado de información acerca del padecimiento y la actividad física. El análisis incluyó los casos que completaron $\geq 80\%$ de la encuesta. Un valor $p < 0.05$ se consideró significativo. Se utilizó el software SPSS 16.0.

Resultados: Se analizaron 102 casos. Edad promedio 49.84 ± 11 , 95.3% mujeres, dedicadas al hogar en el 46.1% de los casos. Escolaridad mínima secundaria (7.3%) y máxima licenciatura (45.8%). Comorbilidad más frecuente: Hipertensión arterial (15.9%). El diagnóstico de FM lo realizó el reumatólogo en 66% de los casos. La evolución mínima de FM fue de un año (6.1%) y máxima entre cinco y 10 años (26.2%). Sólo el 31.1% de los encuestados había asistido a alguna reunión informativa previa y 72% realizaba actividad física (caminata 34.2%). Los factores más frecuentes que el paciente percibe como causa de FM son estrés (37.3%), factores emocionales (29.4%) y crisis familiar previa (24.5%). La mediana de puntaje del cuestionario BIP fue 49 y del auto-reporte de control de FM 7. El puntaje del BIP correlacionó significativamente con la realización o no de actividad física ($r = -2.623$, $p = 0.007$) y el control percibido sobre la FM ($r = -0.225$, $p = 0.025$). También se encontró correlación entre el control percibido sobre la

enfermedad y la medida en que se cree que el tratamiento ayuda ($r = -0.305$, $p = 0.003$).

Conclusiones: La percepción que el paciente tiene de la enfermedad se asocia con un mejor control de la FM, con la realización de actividades físicas y con la creencia de que el tratamiento le beneficia. Los pacientes consideran que el estrés, la carga emocional y una crisis familiar previa son los factores causales más frecuentes.

(175)

C2-CM170**Utilidad de los criterios de diagnóstico preliminares de fibromialgia del Colegio Americano de Reumatología 2010 en pacientes con enfermedades reumatológicas**

Pantoja-Márquez AE⁽¹⁾, García-Méndez S⁽²⁾, Álvarez-Hernández E⁽³⁾, Vázquez-Mellado J⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Clínica León XIII ISP Universitaria y Universidad de Antioquia de Medellín, Colombia, ⁽²⁻⁴⁾ Hospital General de México

Introducción: La fibromialgia (FM) se caracteriza por dolor crónico generalizado y síntomas somáticos. Desde hace 20 años se han utilizado los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1990 que requieren dolor generalizado > 3 meses de duración y dolor en más de 11/18 puntos gatillo. Recientemente se publicaron nuevos criterios (ACR 2010) que incluyen el índice de dolor generalizado (IDG) y la escala de gravedad de síntomas y no requieren los puntos gatillo. Estos criterios no han sido evaluados en pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias y degenerativas.

Objetivo: Evaluar la utilidad de los criterios ACR 2010 de FM en pacientes con enfermedades reumatológicas.

Métodos: Estudio transversal que incluyó a 119 pacientes consecutivos de la consulta externa de reumatología del Hospital General de México, con diagnósticos establecidos de artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), espondiloartritis (SpA), osteoartritis (OA), gota y FM. Se incluyeron 20 pacientes en cada grupo, excepto en SpA (19 pacientes). Se evaluó la presencia de FM mediante criterios ACR 1990 y 2010, se recabaron variables sociodemográficas y clínicas así como HAQ-DI y EuroQol %D (EQ5D).

Resultados: Se estudiaron 119 pacientes con edad promedio de 44.6 ± 15.6 años. El 68.9% era de sexo femenino. En la **Tabla 1** se muestran las diferencias por diagnóstico de ambos criterios y de algunas otras variables. Los criterios ACR 2010 de FM muestran una sensibilidad de 84.2% (IC95% 69.6-92.6) y especificidad de 81.5% (IC95% 71.7-88) con un área bajo la curva de 0.83. Ambos criterios correlacionaron con una $r = 0.63$ ($p = 0.000$).

Conclusión: Los criterios ACR 2010 de FM tienen buena sensibilidad y especificidad, además de buena capacidad discriminatoria en pacientes con enfermedades reumatológicas inflamatorias y degenerativas en comparación con los criterios ACR 1990.

Tabla 1. Características de los criterios y otras variables por diagnóstico.

Diagnóstico	Edad (X/DE)	HAQ-DI (X/DE)	EQ5D (X/DE)	Criterios FM ACR 1990 n (%)	Criterios FM ACR 2010 n (%)
AR	46 (13)	0.57 (0.53)	0.57 (0.18)	6 (30)	10 (50)
LES	32 (10)	0.19 (0.23)	0.60 (0.14)	4 (20)	5 (25)
OA	61 (9)	0.32 (0.34)	0.58 (0.20)	7 (35)	8 (40)
Gota	49 (9)	0.20 (0.31)	0.68 (0.21)	0 (0)	2 (10)

Diagnóstico	Edad (X/DE)	HAQ-DI (X/DE)	EQ5D (X/DE)	Criterios FM ACR 1990 n (%)	Criterios FM ACR 2010 n (%)
SpA	37 (12)	0.24 (0.30)	0.67 (0.21)	1 (5.3)	5 (26.3)
FM	42 (15)	0.32 (0.30)	0.52 (0.22)	20 (100)	17 (85)
General	45 (16)	0.31 (0.36)	0.62 (0.20)	38 (31.9)	47 (39.5)
<i>p</i>	0.000	0.007	0.025	0.000	0.000

(149)

C2-CM171**Efecto del ácido lipoico como complemento alimenticio sobre la capacidad antioxidante y la sintomatología en pacientes con fibromialgia**

Beltrán-Gastélum MA⁽¹⁾, Moguel-Canto M⁽²⁾, Siller-López FR⁽³⁾, Bernard-Medina AG⁽⁴⁾, López-Roa R⁽⁵⁾, Ulloa G⁽⁶⁾, González-Araiza R⁽⁷⁾

⁽¹⁻²⁾ Departamento de Nutrición de la Universidad del Valle de Atemajac, ⁽³⁾ Departamento de Oftalmología en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) de la UdeG, ^(4,6) Servicio de Reumatología del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, ⁽⁵⁾ Laboratorio de Investigación y Desarrollo Farmacéutico del Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingenierías (CUCEI), ⁽⁷⁾ Médico Psicoterapeuta Familiar. Terapeuta Médico Familiar. Doctor en Inmunología

Introducción: La fibromialgia (FM) es un trastorno crónico no degenerativo caracterizado principalmente por dolor muscular generalizado, fatiga y trastornos del sueño.

La FM se ha asociado con un incremento del estado oxidativo general, el cual tiene una correlación positiva con la severidad de los síntomas. La complementación con ácido lipoico (AL) ha reducido la severidad de los cuadros en patologías crónicas donde se presenta estrés oxidativo sin haber mostrado efectos secundarios. Sin embargo, en la FM aún no ha sido considerado como un coadyuvante en el tratamiento.

Objetivos: Evaluar el efecto del AL como complemento de la dieta sobre la sintomatología y la capacidad antioxidante en pacientes con FM.

Material y métodos: Estudio experimental doble ciego aleatorizado de pacientes que llenaron criterios de FM primaria. Los pacientes fueron de consulta privada y de un hospital de tercer nivel. Se utilizó AL 600 mg durante ocho semanas en la mitad de los pacientes y placebo en la otra mitad.

En cada caso se midió la capacidad antioxidante en el plasma sanguíneo por medio de la prueba de capacidad antioxidante total equivalente de Trolox (TEAC) y se aplicó el Cuestionario de Depresión de Beck, el Cuestionario de Impacto sobre la FM (FIQ), la Escala Visual Análoga de Evaluación Global del Dolor y la toma de los puntos dolorosos, al inicio, a la mitad y al final del estudio. Al concluir el estudio se analizó la evolución de cada grupo individualmente y se realizó la comparación entre ambos. ORAC, la Escala Visual Análoga (EVA) y la evaluación de puntos dolorosos se analizaron por medio de la prueba *t*; χ^2 arrojó la significancia del Cuestionario de Depresión de Beck y FIQ.

Resultados: 24 pacientes femeninas de 30 a 60 años de edad con FM primaria mayor de dos años de evolución, 12 tratadas con 600 mg diarios de AL y 12 con placebo.

Al comparar los resultados de la evaluación inicial, al mes y al final entre las pacientes tratadas con AL y placebo no se encontraron diferencias significativas en la Escala Visual Análoga para el Dolor, los puntos dolorosos, la Escala de Depresión de Beck y la Capacidad Antioxidante. En cuanto a los síntomas evaluados mediante el FIQ, en el grupo de AL basal se obtuvo una media y DS inicial de 62.08 ± 19.52 y final de 44.22 ± 21.59 con diferencia significativa ($p < 0.03$); en el grupo placebo no hubo diferencia

entre el valor basal y final. Al comparar el grupo de AL contra el de placebo no hubo diferencias significativas, sin embargo, existió una mejoría en los pacientes que tomaron AL en cuanto a función, dolor general, halodinia y parestesias.

Conclusiones: El AL puede ayudar a mejorar algunos de los síntomas que se presentan en la FM, lo que sin embargo no refleja una mejoría en los biomarcadores para la capacidad antioxidante. Estos pacientes son crónicos y probablemente se requiere un tratamiento más prolongado para ver resultados más satisfactorios.

(237)

C2-CM172

Pacientes con y sin micosis sistémicas en enfermedades reumáticas: Estudio caso control

Martínez-Martínez MU, Román-Acosta S, Herrera-Van Oostdam D, Guerrero-Rodríguez A, Flores-Dávila K, Salinas-Aragón MA, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: Las micosis sistémicas son enfermedades catastróficas con mortalidad muy alta que ocurren frecuentemente en pacientes inmunoincompetentes, como quienes utilizan inmunosupresores para el manejo de las enfermedades reumáticas inflamatorias (ERI). Pocos casos han sido descritos en ERI y sus factores asociados.

Objetivo: Evaluar factores asociados a micosis con ERI comparando pacientes con y sin micosis en estudios de autopsias.

Material y métodos: Evaluamos las autopsias de pacientes con ERI en los últimos cinco años (2005-2010). Comparamos los pacientes con micosis sistémica (casos) con aquellos sin micosis (controles). Registramos factores demográficos, tiempo de evolución de la enfermedad reumática y tratamiento en el último mes, informamos variables categóricas como porcentajes y variables continuas como mediana, mínimo y máximo. Analizamos variables categóricas con la prueba exacta de Fisher y las continuas con U de Mann Whitney.

Resultados: Evaluamos 14 casos de autopsia con ERI (10 con lupus eritematoso sistémico [LES], uno con artritis idiopática juvenil, uno con púrpura trombocitopénica trombótica y uno con enfermedad mixta del tejido conectivo) con edad promedio de 33.3 años (17-51).

El 66.7% de los pacientes usaba esteroides, 46.7% en el grupo de micosis y 20% en el grupo control, alcanzando significancia estadística limítrofe con la dosis previa de prednisona antes del diagnóstico de la micosis sistémica. La **Tabla 1** muestra las características demográficas y de tratamiento del grupo de pacientes evaluados.

Tabla 1.

	Micosis		
	Sí	No	p
Pacientes (n)	7	7	NA
Edad (años)	30.5	29	0.463
Género femenino (%)	40	33.3	1.00
Evolución ERI (meses)	15	4	0.867
Leucocitos x 103/mL	3.29	6.4	0.232
Hemoglobina (g/dL)	8.9	8	0.867
Linfocitos x 103/mL	0.38	0.47	0.613

	Micosis		
	Sí	No	p
Neutrófilos x 103/mL	2.6	5.56	0.281
PCR (mg/dL)	13.5	12.4	0.852
Creatinina (mg/dL)	2.8	0.97	0.694
Albúmina (g/dL)	2.5	2.1	0.792
Metotrexato (%)	23.1	15.4	0.833
Azatioprina (%)	37.5	28.6	1.00
MNF (mg/día)	50	26.7	0.608
Prednisona (mg/día)	45	10	0.072
Ciclofosfamida	13.3	6.7	1.00
LES (%)	46.7	26.7	0.282
Ventilación mecánica	46.7	26.7	0.282
Pulsos mPDN	33.3	20	0.619

mPDN: Metilprednisolona

Conclusiones: Los pacientes con micosis tuvieron mayor tiempo de evolución de la ERI, dosis mayores de metotrexato, azatioprina, esteroides, metil micofenolato y ciclofosfamida. Estuvieron bajo ventilación mecánica en mayor porcentaje y experimentaron leucopenia y neutropenia profundas. Los pacientes con LES *per se* tienen mayor riesgo de micosis.

(377)

C2-CM173

Movilidad articular limitada en diabetes mellitus tipo 1

Aceves-Ávila FJ⁽¹⁾, Cárdenas Gutiérrez CN⁽²⁾, Delgadillo Ruano MA⁽³⁾, Ramos-Remus C⁽⁴⁾

⁽¹⁾ IMSS HGR 46 y UIECD, S.C., ⁽²⁻³⁾ IMSS Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽⁴⁾ Unidad de Investigación de Especialidades Crónicas Degenerativas, S.C.

Objetivo: Medir la prevalencia de movilidad articular limitada (MAL) en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) del Servicio de Endocrinología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de DM1 con base en los criterios de la American Diabetes Association publicados en el año 2005, en control regular en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente vistos durante un año calendario. Por medio de un cuestionario estructurado se registraron datos demográficos y de control clínico. A los pacientes se les realizó exploración articular completa, y aquellos con datos anormales fueron enviados a valoración por un reumatólogo certificado. La presencia de MAL se definió por limitación en los arcos esperados de movilidad no provocada por traumatismo ni enfermedades reumáticas. El pediatra y el reumatólogo debían estar de acuerdo en la presencia de limitación en la movilidad para registrarla. El control de la DM1 se clasificó como bueno si en las últimas tres visitas el paciente tenía niveles de hemoglobina glucosilada < 8%.

Resultados: Se incluyeron 165 pacientes, 89 mujeres (50.9%); 49 del total de pacientes (30%) presentaron MAL. No hubo diferencia significativa entre sexos. El 93% de los pacientes presentaba alteración en manos, 24% en hombros y 4% en extremidades inferiores. De los pacientes con MAL, 35 (71%) tenía más de tres as. con la DM1. Del total de pacientes con MAL, en el 75% no era bueno el control de la DM1. Hubo

una concordancia de 87% entre los hallazgos del pediatra y el reumatólogo en cuanto a las alteraciones de los arcos de movilidad articular. En los casos de discordancia, el pediatra señaló la presencia de alteraciones que el reumatólogo no encontró.

(380)

C2-CM174

Percepción de satisfacción del paciente reumatológico relacionado con aspectos transculturales según la teoría de Madeleine Leininger

Lozano Hernández M, Bernal GA, Duarte SC, Peña A, León Renan S, Espinosa R, Pineda VC, Hernández G

Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: La satisfacción del paciente es mediada en gran proporción por las relaciones interpersonales; debido a ello el cuidado cultural del paciente es primordial para promover medidas adecuadas e individualizadas para el restablecimiento y mantenimiento de la salud y para el apego terapéutico tomando en cuenta aspectos importantes de la cultura viendo al individuo de manera holística como lo plantea Madeleine Leininger en la Teoría del sol naciente. Se considera necesario que los proveedores de salud busquen alternativas para desarrollar competencia cultural que les permita comprender la importancia de dichos aspectos y su repercusión en el estado de salud del paciente.

Objetivo: Identificar la percepción de satisfacción del paciente relacionada con aspectos culturales según la teoría de Medeleine Leininger.

Metodología: La muestra constó de un total de 100 pacientes subsecuentes de la consulta de reumatología, seleccionados de manera intencionada a los que se les aplicó la adaptación de la escala de satisfacción general de la atención al paciente en servicios de salud y la escala de respeto cultural.

Resultados: Entre los encuestados fue posible identificar que las enfermedades más frecuentes en la consulta externa de reumatología son artritis reumatoide (63%), osteoartritis (18%) y espondilitis anquilosante (17%). Con respecto a la tasa de prevalencia de satisfacción de los pacientes, ésta es completa en el 75% y moderada en 13%; hay insatisfacción en el 12%. En cuanto a la escala de respeto cultural el 51% refirió respeto total, el 42% observó respeto moderado y el 7% manifestó la ausencia de respeto por su cultura por parte del personal del servicio. Se puede observar que a mayor puntaje en la escala de respeto cultural mayor fue el nivel de satisfacción ($\rho = 0.462, p = 0.0001$) y con el mayor tiempo de seguimiento de la enfermedad en el servicio los pacientes refieren mayor nivel de respeto cultural ($\rho = 0.247, p = 0.01$). Finalmente la satisfacción del paciente estuvo determinada por la interacción entre el médico y el tipo de enfermedad reumatológica atendida.

Conclusiones: A medida que se incrementa el tiempo de seguimiento de la enfermedad, el paciente refiere mayor respeto por su cultura; a mayor respeto cultural percibido mayor es la satisfacción. Sin embargo, la relación entre la percepción de respeto por su cultura y la satisfacción por la atención está mediada por el médico que los atiende y en menor medida por el tipo de enfermedad reumatológica, lo cual quiere decir que efectivamente entre mayor respeto y cuidado cultural mejor atención brindada al paciente.

(34)

C2-CM175

Análisis de los infomerciales relacionados con reumatología y otras afecciones musculoesqueléticas: Abuso en la TV

Bañuelos RDD⁽¹⁾, González MA⁽²⁾

⁽¹⁾ IMSS Unidad Médica de Alta Especialidad Puebla, ⁽²⁾ Instituto de Ciencias, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Introducción: Existe un desconocimiento de la reumatología como especialidad en la población general. Otras especialidades son más conocidas y accesibles; adicionalmente el número de reumatólogos en el país no es equivalente a otras subespecialidades, lo que deja un campo libre o "tierra de nadie" para el ejercicio (en ocasiones usurpación) de lo que podría ofrecer la medicina ética y con fundamentos. Los medios de comunicación, el marketing y otras formas de competencia, entran entonces en juego. Los infomerciales destinados a la salud (espacios pagados para promocionar productos) ocupan un segmento importante de la transmisión en TV abierta y de paga.

Descripción del estudio: De la cantidad posible de anuncios a que se ven sometidos los televidentes en nuestro país, tanto en TV abierta como en los sistemas de TV de paga, decidimos analizar los referentes a tres productos "milagrosos e infalibles": 1) Zapato con fines estéticos (modelante de figura, reductor de peso y proporcionador de salud), 2) medicamento regenerador de cartilago, antiartrítico y superior a cualquier otro medicamento con acciones generalizadas. Para el objeto de nuestro estudio, grabamos los infomerciales, estimando su duración, colores, figuras, símbolos, lenguaje, personajes y conceptos vertidos, más promedio de transmisión por día, semana, mes. Cotejamos los conceptos del infomercial con información científica obtenida de tres expertos y literatura especializada; además, efectuamos encuesta en población aleatoria (vía telefónica y en tres centros comerciales) sobre "recordación" de los datos de los infomerciales, posibilidad de comprar o recomendar el producto en forma personal o bien, información recibida de alguien que los hubiese utilizado. El estudio duró un mes en planeación y dos meses en realización. Se encuestaron 90 sujetos, 80% sexo femenino, 90% habían visto los infomerciales referidos, 70% los consideraban exagerados y 50% mencionó la posibilidad de utilizar personalmente el producto en tanto que 80% conocía a alguien que había comprado los productos anunciados en la TV o alguno similar. Quienes cuentan con TV de paga y son de nivel socioeconómico medio los recuerdan más.

Conclusión: Las soluciones fáciles son una expectativa de los pacientes y la población general; contrastar la información distorsionada sería una alternativa a ofrecer a la sociedad por parte de las agrupaciones médicas.

(221)

C2-CM176

Valoración de la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de la osteoporosis del adulto, Guadalajara, Jalisco, México

Cabrera CE⁽¹⁾, Salazar Páramo M⁽²⁾, Gámez JI⁽³⁾, Nava AH⁽⁴⁾, Cepeda BG⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Centro Médico Nacional de Occidente, UMAE Esp., IMSS, Ciencias Sociales Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco., ⁽²⁾ Centro Médico Nacional de Occidente, UMAE Esp, IMSS, Fisiología UCUS, U. de G., Guadalajara, Jalisco., ^(3,5) Centro Médico Nacional de Occidente, UMAE Esp, IMSS, Guadalajara, Jalisco., ⁽⁴⁾ Centro Médico Nacional de Occidente, UMAE Esp, IMSS, Universidad Autónoma de Guadalajara

Introducción: Las enfermedades reumáticas se encuentran entre las primeras veinte causas de consulta en medicina familiar y por ello requiere de una oportuna identificación y manejo por parte de los médicos familiares. De hecho, estos profesionales deberían estar capacitados para interpretar los datos que sugieren que el paciente está cursando ciertas etapas de la enfermedad, con el objeto de orientar el manejo y tratamiento de la misma desde una perspectiva integradora de la medicina de familia.

Objetivo: El propósito del presente trabajo fue medir la capacidad (aptitud clínica) del médico, frente a casos clínicos de osteoporosis.

Material y método: Se utilizó un instrumento estructurado y validado, en una muestra representativa de 104 de 450 médicos familiares en cinco de veintitrés Unidades de Medicina Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Guadalajara, Jalisco, México. La principal variable de estudio fue la aptitud clínica de los médicos definida como la capacidad de interpretación, evaluación y propuesta de manejo de la osteoporosis. Los niveles de aptitud se definieron a través de una escala ordinal y se relacionaron con el resto de variables utilizando la mediana, el estadígrafo de Kruskal Wallis y la χ^2 .

Resultados: La mediana de la aptitud clínica fue de 47.3 con rango de -6 a 90, sin diferencias al relacionar las unidades de atención médica. Con el resto de variables de estudio no se demostró diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Se concluye que el 12% de los médicos familiares reúne la aptitud para el manejo de las principales enfermedades reumáticas.

(297)

C2-CM177

Productividad académica de reumatólogos y de centros de reumatología: Trabajos presentados en congresos mexicanos de reumatología en los últimos 10 años

Arteaga-García UG ⁽¹⁾, Cuevas-Orta E ⁽²⁾, Hernández-Núñez E ⁽³⁾, Martínez-Martínez MU ⁽⁴⁾, Abud-Mendoza C ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Hospital Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma Juárez de Tabasco, ⁽²⁻⁵⁾ Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La investigación en México debe ser una propuesta continua para el desarrollo de la ciencia. El objetivo del estudio es documentar esta actividad a través de trabajos presentados en Congresos Nacionales de Reumatología en la última década.

Material y métodos: Realizamos búsqueda sistemática de los trabajos libres publicados en los últimos 10 años en el Congreso Mexicano de Reumatología a través de autores y centros de reumatología en nuestro país. Se realizó análisis estadístico con GraphPad InStat.

Resultados: De acuerdo a los datos recabados, la productividad académica fue de 1,342 trabajos libres en 10 años, con promedio de 134.2 trabajos cada año; del total de años evaluados, en 2002 se presentó el mayor número de trabajos (174) mientras el número de estudios presentados fue menor en 2008 (103). El centro con mayor productividad académica fue el INCMNSZ con un total de 204 trabajos seguido del CMN siglo XXI con 141, CMN la Raza 131, HGM 124, SLP 121, INCICh 112, CMN Occidente 111, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre 78, HC Guadalajara 65, HU Monterrey 64, CMN Puebla 65, Hospital Infantil de México 33, Hospital Juárez y PEMEX Sur 28, IMSS Mérida 24 y CMN Monterrey 23. Los cinco autores con mayor productividad fueron Burgos-Vargas R (130), Gómez-Nava JL (125), González-López L (117), Abud-Mendoza C (115) y Cabiedes-Contreras J (84). De estos autores, publicaron en revistas internacionales con arbitraje Burgos-Vargas (31), Cabiedes-Contreras (18), Abud-Mendoza (15) y González-López (14).

Conclusiones: La productividad científica sigue siendo un problema nacional y en particular de los reumatólogos; la relación es de un trabajo por cada cuatro miembros del Colegio. El problema resulta aún más profundo si evaluamos el número de estudios publicados en revistas con arbitraje.

(381)

C2-CM178

Incorporación de enfermería a una unidad de investigación de ultrasonido musculoesquelético: Un nuevo reto para enfermería

Bernal A, Lozano H, Peña A, Hernández C, Espinosa R, Pineda C

Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: Para determinar las funciones de enfermería no basta con relacionarla con el proceso salud-enfermedad; es necesario también situarla en el contexto en que se llevan a cabo las actividades preventivas y especializadas. Hoy día estas actividades se desarrollan en forma dinámica con cierta flexibilidad en el área de investigación, en el campo de ultrasonido musculoesquelético (USME), técnica de imagen de diagnóstico médico, basado en la emisión y reflejo de ondas sonoras de alta frecuencia que permiten ver músculos, tendones, ligamentos, articulaciones y tejidos blandos de nuestro cuerpo.

Objetivo: Evaluar la implicación de enfermería en el laboratorio de ultrasonido musculoesquelético.

Método: Se analizaron de forma retrospectiva las actividades de enfermería realizadas en el USME, se cuantificaron los datos obtenidos de las agencias de 2008 y 2009, y se clasificaron en tres rubros las funciones de enfermería: 1) Procedimientos (técnicas de enfermería para extracción de sangre, colaboración en realización de infiltraciones y artrocentesis, programación de estudios y protocolos), 2) prestaciones (orientación, información, resolución de dudas de los pacientes y familiares), 3) investigación (firma de consentimiento informado, realización de cuestionarios específicos de cada proyecto, llamadas telefónicas de seguimiento, llenado de base de datos, resguardo de imágenes).

Resultados: Durante los años 2008 y 2009 se realizaron 837 (100%) estudios de USME, la mayoría de ellos (575) en mujeres (68.69%) y 262 en hombres (31.30%). Los pacientes en quienes se realizó algún procedimiento invasivo fueron 94. Se requirió la intervención de enfermería para realizar infiltraciones en el 44% de los casos, para obtención de analíticas sanguíneas en 29% y para apoyo en artrocentesis en 25%.

La programación de estudios y protocolos es la prestación de enfermería más frecuente alcanzando 56% y 53% para el primero y segundo años respectivamente. La orientación a los pacientes estuvo relacionada con las posiciones a tomar en cada estudio.

Durante los años del estudio se llevaron a cabo 11 protocolos de investigación, en los que se aplicaron 237 cuestionarios, la mayoría (75.1%) de los cuales hacía parte de un estudio multidisciplinario de osteoartritis de rodilla; el resto de los cuestionarios aplicados correspondía a otros protocolos como hombro posquirúrgico, evaluación ultrasonográfica de las manos de pacientes con síndrome de Sjögren, hiperuricemia asintomática y evaluación de hombro tras ejercicio extrínseco.

Conclusiones: El cuidado de los pacientes en ultrasonido ofrece a la enfermera en investigación una amplia gama de tareas a realizar y exige del profesional de enfermería mayor conocimiento clínico de la atención de las enfermedades reumatológicas. A su vez la reumatología puede verse beneficiada de la labor de la enfermera, facilitando el proceso de obtención de datos para proyectos de investigación.

(2)

C2-CM179

Eficacia y seguridad de la infiltración con metilprednisolona en el síndrome anserino

Vega-Morales D, Esquivel-Valerio JA, Negrete-López R, Silva-Luna K, Garza-Elizondo MA, Galarza-Delgado DA, Villarreal-Alarcón MA, Skinner-Taylor CM, Flores-Alvarado DE

Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL

Introducción: El síndrome anserino es una causa frecuente de dolor medial de rodilla. La fisioterapia es comúnmente utilizada, el uso de antiinflamatorios no esteroideos y la corrección de los factores predisponentes son útiles. Únicamente la infiltración con glucocorticoides ha sido evaluada, aunque en estudios con poco rigor metodológico.

Objetivo: Determinar la eficacia y seguridad de la infiltración de metilprednisolona para el tratamiento del SA utilizando el cuestionario WOMAC a las cuatro semanas así como la proporción de pacientes por grupo que presentaron un efecto adverso.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en el que participaron 58 pacientes portadores de SA, en quienes se hubiera descartado patología intraarticular que reflejara dolor en la cara medial de la rodilla (meniscopatía, ligamentos colaterales, plica medial). Realizado en la Clínica de Reumatología de la consulta de especialidades de medicina interna del Hospital Universitario. Tras la firma del consentimiento informado, se evaluó la escala WOMAC para artrosis de rodilla de manera basal y los pacientes se distribuyeron de forma aleatoria para recibir una infiltración radial en el sitio de mayor dolor en la cara medial de la rodilla con 2 mL de xilocaína simple al 2% más 40 mg de acetato de metilprednisolona vs. xilocaína más agua destilada. Ambos grupos recibieron diclofenaco sódico 100 mg/día VO por 10 días. Se realizó WOMAC a las cuatro semanas y se evaluó la presencia de eventos adversos.

Resultados: La tabla de características basales muestra homogeneidad en los grupos para las variables demográficas y evaluación clínica inicial (Tabla 1). No hubo diferencias estadísticas en los tres dominios de evaluación del WOMAC al inicio, así como por cada ítem de la prueba. La mediana del WOMAC basal en el Grupo 1 (experimental) fue de 32 puntos y en el Grupo 2 (placebo) de 25.5. A las cuatro semanas fue de 8 puntos y 6.5, respectivamente. Ambos grupos mejoraron 61.61 y 62.85%, respectivamente. En las Tablas 2 y 3 se muestran el resto de las variables evaluadas y la frecuencia de eventos adversos; en ninguno hubo diferencia.

Conclusión: La infiltración con 40 mg de metilprednisolona acetato más 1 mL de xilocaína al 2% en el síndrome anserino no fue más eficaz que el placebo en pacientes que toman diclofenaco 100 mg/día por diez días, según la escala WOMAC a las cuatro semanas.

(59)

C2-CM180

Guías diagnóstico-terapéuticas para el abordaje clínico de la tendinopatía del manguito de los rotadores del hombro. Reporte preliminar

Vega-Morales D⁽¹⁾, Álvarez-Nemegyei J⁽²⁾, Chávez-López MA⁽³⁾, Pineda-Villaseñor C⁽⁴⁾, Hernández-López C⁽⁵⁾, Ventura-Ríos L⁽⁶⁾, Garza-Elizondo MA⁽⁷⁾

^(1,7) Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL, ⁽²⁾ Unidad de Investigación Médica de Unidad Médica de Alta Especialidad # 25 del IMSS, ⁽³⁾ Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Aguascalientes, México, ⁽⁴⁾ Instituto Nacional de Rehabilitación, ⁽⁵⁾ Ultrasonido Musculoesquelético y Articular del Instituto Nacional de Rehabilitación, ⁽⁶⁾ Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX, México D.F.

Introducción: La tendinopatía del manguito de los rotadores del hombro es el síndrome de dolor regional más frecuente; existe controversia sobre su

abordaje diagnóstico y terapéutico. No hay antecedentes de directrices clínicas basadas en la revisión de las evidencias científicas que normen su abordaje.

Objetivo: Presentar los resultados preliminares del grupo *ad hoc* creado por el Colegio Mexicano de Reumatología para la generación de directrices clínicas dirigidas a médicos de cualquier nivel de atención para normar el abordaje de pacientes con tendinopatía del manguito de los rotadores del hombro.

Material y métodos: Se reunió un grupo de expertos en síndromes reumáticos de dolor regional. Mediante la metodología PICO, se generaron preguntas basadas en escenarios clínicos de controversia. En PubMed, Biblioteca Cochrane y EMBASE se realizó una búsqueda de artículos comparativos, ensayos clínicos controlados y revisiones sistemáticas sobre los tópicos identificados. Finalmente, mediante presentación de resultados, discusión y consenso simple final se generaron las evidencias y recomendaciones para cada uno de los escenarios clínicos.

Resultados: Se presentan evidencias y recomendaciones sobre las siguientes interrogantes clínicas en pacientes con tendinopatía del manguito de los rotadores del hombro: ¿Cuáles son las maniobras clínicas con mayor sensibilidad para el diagnóstico? ¿Cuál es la utilidad de los estudios de imagen para el abordaje diagnóstico-terapéutico de pacientes en quienes la evolución es inadecuada? ¿Cuál es la eficacia para la disminución del dolor y mejoría de la capacidad funcional de las siguientes de las intervenciones terapéuticas mencionadas a continuación?: Anti-inflamatorios no esteroideos por vía sistémica, modalidades de medicina física y rehabilitación, inyección local con glucocorticoides, acupuntura y tratamiento quirúrgico (abierto o artroscópico).

Conclusiones: Se presentan las conclusiones preliminares de un grupo de expertos sobre la generación de unas guías diagnóstico-terapéuticas dirigidas a médicos de cualquier nivel de atención basadas en la revisión de la mejor evidencia científica.

(291)

C2-CM181

Prevalencia de anticuerpos anti-ENA (RNP/Sm, Sm, Jo-1, Scl-70, SSA/Ro y SSB/La) y establecimiento de valores de referencia en donadores sanos mexicanos

Núñez-Álvarez CA⁽¹⁾, García Hernández JL⁽²⁾, Martínez Castillo A⁽³⁾, Baños ME⁽⁴⁾, Huerta García MT⁽⁵⁾, Hernández Ramírez DF⁽⁶⁾, Hernández N⁽⁷⁾, Cabiedes J⁽⁸⁾

^(1-6,8) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁷⁾ Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chábvez

Introducción: Ante la sospecha de una enfermedad autoinmune, la inmunofluorescencia indirecta es la prueba tamiz ideal para la búsqueda de anticuerpos antinucleares (ANA). Gracias a su alta sensibilidad, permite la identificación de distintos antígenos como DNAc, RNP/Sm, Scl70, etc.; sin embargo, debido a su baja especificidad los resultados positivos deben confirmarse empleando técnicas más sensibles y específicas. La presencia de autoanticuerpos naturales así como diferencias étnicas y ambientales influyen en la definición de los valores de referencia para cada ensayo, por lo que es importante establecer valores de referencia para cada prueba realizada en los laboratorios de autoinmunidad.

Objetivo: Determinar los valores de referencia para los diferentes anticuerpos contra los antígenos extraíbles del núcleo (ENA) detectados mediante ELISA y analizar su prevalencia en muestras séricas de sujetos sanos mestizos mexicanos.

Metodología: Se analizaron 100 muestras séricas de donadores sanos entre 18 y 55 años de edad del Banco de Sangre del INCMNSZ (70) o INC (30) sin antecedentes familiares de autoinmunidad. Se determinaron anticuerpos

anti-RNP/Sm, Sm, Jo-1, Scl-70, SSA/Ro y SSB/La mediante ELISA en un equipo automatizado. Para establecer los puntos de corte se realizaron análisis de frecuencias usando el programa SPSS 15.0.

Resultados: Empleando percentil 95 se establecieron los puntos de corte para los diferentes anticuerpos, los cuales fueron: RNP/Sm = 6.9 U/mL, Sm = 7.6 U/mL, Jo-1 = 6.5 U/mL, Scl-70 = 3.7 U/mL, SSA/Ro = 9.1 U/mL y SSB/La = 7.0 U/mL. En todos los casos los puntos de corte observados en nuestro grupo de estudio fueron más bajos a los establecidos por el fabricante en población caucásica (6.7 vs. 25.0 U/mL, respectivamente). La prevalencia promedio de autoanticuerpos positivos en nuestro grupo de estudio fue de 3.2%. Las prevalencias observadas para los diferentes autoanticuerpos fueron las siguientes: RNP/Sm 4%, Sm 4%, Jo-1 2%, Scl-70 2%, SSA/Ro 3% y SSB/La 4%.

Conclusiones: Los resultados muestran una prevalencia de autoanticuerpos positivos del 3.2% en nuestro grupo de estudio, porcentaje similar al reportado en otras series. En todos los autoanticuerpos determinados el valor de referencia inferior al proporcionado por el fabricante; por lo anterior es fundamental determinar valores de referencia ajustados a la población de estudio para tener un mejor apoyo de las pruebas de laboratorio utilizadas en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con enfermedades autoinmunes.

(228)

C2-CM182

Curso clínico y factores pronóstico en pacientes pediátricos con nefritis lúpica

Bárceñas S, Villasis MA, Gallegos E, Ramón G, Aguilar Kitsu MA, Yáñez P, Baca V

Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES), la nefritis lúpica continúa siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en población pediátrica. La raza, el género, la edad de inicio, la hipertensión arterial (HTA) persistente, la anemia, la nefritis clase IV, la creatinina sérica (CS) elevada, el síndrome nefrótico y la hipocomplementemia se han descrito como factores de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y muerte.

Objetivo: Evaluar retrospectivamente el curso clínico de pacientes pediátricos mexicanos con nefritis lúpica y determinar los factores de riesgo para desarrollar IRCT y muerte en este grupo.

Pacientes y métodos: Se revisaron los expedientes clínicos de todos los pacientes con LES y nefritis lúpica diagnosticados entre enero de 1992 y septiembre de 2010. En cada caso se registraron las manifestaciones clínicas, los datos de laboratorio, la clasificación histológica de la biopsia renal de acuerdo a la OMS, los índices de actividad y cronicidad, el tratamiento y las complicaciones. Se realizó un análisis multivariado para determinar los factores de riesgo para desarrollar IRCT y muerte. Las curvas de supervivencia se calcularon mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: De un total de 124 pacientes con nefritis lúpica, 111 (80% femeninos) fueron elegibles para el análisis. En 100 pacientes (90%) se realizó biopsia renal, predominando la nefropatía clase IV (63%). El tiempo promedio de seguimiento fue de 3.6 años (0.17-11). Todos los pacientes recibieron tratamiento con prednisona oral y el 91% fue tratado con pulsos combinados de metilprednisolona y ciclofosfamida. Al inicio, el 63% presentó proteinuria en rangos nefróticos, 24% tenían CS > 1.2 mg/dL, 80% tenían eritrocituria > 10/campo y/o cilindros celulares, el 29.7% cursó con HTA persistente (> 6 meses) y el 33% con anemia (< 10 g/dL). Sólo cinco pacientes (4.5%) progresaron a IRCT, de los cuales cuatro fallecieron. Ocurrieron en total nueve decesos (8.1%). En el análisis multivariado, los factores asociados a muerte fueron IRCT con un RR de 16.1 (IC95% 6.67-38.63)

e HTA persistente con un RR de 7.2 (IC95% 1.01-51.1); sin embargo, ninguna de las variables analizadas se asoció con el desarrollo de IRCT. El 18.9% (21 pacientes) presentó infecciones, siendo la más frecuente herpes zoster (60%).

Conclusiones: La progresión a IRCT en nuestra población fue menor a la reportada en otras poblaciones pediátricas y al igual que lo descrito previamente, el desarrollo de IRCT incrementa el riesgo de muerte.

(361)

C2-CM183

Mejorías clínicamente significativas en la calidad de vida relacionada con la salud, dolor y calidad del sueño en niños con artritis idiopática juvenil poliarticular tratados con abatacept a largo plazo

Lovell DJ⁽¹⁾, Ruperto N⁽²⁾, Quartier P⁽³⁾, Paz E⁽⁴⁾, Rubio-Perez N⁽⁵⁾, Silva CA⁽⁶⁾, Abud-Mendoza C⁽⁷⁾, Burgos-Vargas R⁽⁸⁾, Gerloni V⁽⁹⁾, Melo-Gomes JA⁽¹⁰⁾, Magalhães SC⁽¹¹⁾, Sztajn bok F⁽¹²⁾, Goldenstein-Schainberg C⁽¹³⁾, Scheinberg M⁽¹⁴⁾, Calvo I⁽¹⁵⁾, Fischbach M⁽¹⁶⁾, Orozco J⁽¹⁷⁾, Rosenblatt L⁽¹⁸⁾, Mody M⁽¹⁹⁾, Nys M⁽²⁰⁾, Giannini EH⁽²¹⁾, Martini A⁽²²⁾

^(1,21) Cincinnatti Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, OH, USA, ^(2,22) IRCCS G Gaslini, Pediatria II-PRINTO, Università di Genova, Genova, Italy, ⁽³⁾ Université Paris-Descartes and Centre de référence nationale pour les Arthrites, Paris, France, ⁽⁴⁾ Instituto de Salud del Niño, Lima, Peru, ⁽⁵⁾ Hospital Universitario Dr. J. E. González, Monterrey, México, ⁽⁶⁾ Hospital Das Clinicas, Sao Paulo, Brazil, ⁽⁷⁾ Hospital General Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, México, ⁽⁸⁾ Hospital General de México and Universidad Nacional Autónoma de México, Mexico City, Mexico, ⁽⁹⁾ Instituto Gaetano Pini, Milan, Italy, ⁽¹⁰⁾ Instituto Portugues de Reumatologia, Lisbon, Portugal, ⁽¹¹⁾ Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brazil, ⁽¹²⁾ Hospital Universitario Pedro Ernesto, Rio De Janeiro, Brazil, ⁽¹³⁾ Universidade de São Paulo, São Paulo, Brazil, ⁽¹⁴⁾ Hospital Israelita Albert Einstein, Research Institute, São Paulo, Brazil, ⁽¹⁵⁾ Hospital Universitario La Fe, Valencia, Spain, ⁽¹⁶⁾ Hôpital Universitaire Hautepierre, Strasbourg, France, ⁽¹⁷⁾ Hospital San Javier, Rheumatology, Guadalajara, Jalisco, México, ^(18,19) Bristol-Myers Squibb, NJ, United States, ⁽²⁰⁾ Bristol-Myers Squibb, Braine-l'Alleud, Belgium

Introducción: La inflamación sistémica, la artritis crónica y el posible daño articular pueden dejar daño funcional y disminución en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en niños y adolescentes con artritis idiopática juvenil (AIJ). En un estudio doble ciego, controlado con placebo, aleatorizado (RCT)¹ en sujetos con AIJ poliarticular, abatacept mejoró múltiples aspectos de la CVRS, el dolor y la calidad del sueño.² Aquí reportamos los datos del seguimiento en estas variables durante más de 31 meses de tratamiento, incluyendo 21 meses de la extensión a largo plazo (ELP) del estudio.

Métodos: Los sujetos tratados en el RCT con abatacept que presentaron una respuesta ACR Pedi 30 en la fase abierta de cuatro meses se aleatorizaron 1:1 a abatacept doble ciego (DC) o placebo (Pb) por seis meses o hasta la recaída.² Los sujetos elegibles para entrar a la fase abierta de ELP (10 mg/kg de abatacept) incluyeron no respondedores (NR) ACR Pedi 30 a partir del momento en que no entraron al periodo DC, y sujetos aleatorizados a la fase DC quienes presentaron recaída o completaron el periodo DC de seis meses. La CVRS fue evaluada por el Cuestionario de Salud del Niño (CSN), el cual incluye 15 conceptos de salud, la calidad del sueño por el Cuestionario de los Hábitos del Sueño en Niños (CSCHSN, escala 0-100) y la evaluación global del dolor por los padres por EVA de 0 a 100 mm. También se presenta el promedio de los resultados de los componentes del CSN para la salud del niño.³ Se presentan los datos de más de 21 meses de la ELP correspondientes a quienes entraron en la ELP (ya sea NR que dejaron la fase abierta o sujetos tratados con abatacept durante el periodo DC) y quienes tuvieron datos disponibles en la visita de interés (tal como se observó).

Resultados: Al entrar en el estudio, los sujetos tuvieron una CVRS considerablemente menor que la población general.¹ El promedio del cambio en los componentes del CSN de la basal al mes 31 generalmente indicó mejoría en ambas cohortes de pacientes, con mayores cambios vistos en los pacientes de DC de abatacept comparados con los NR de fase abierta. Los promedios de los resultados en el mes 31 para cada componente del CSN fueron generalmente comparables a los resultados de los niños sanos. La reducción desde la basal en el CSCHSN y el dolor también fue comparable para el mes 31 del DC de abatacept *versus* cohortes de NR: Promedio de cambios (IC95%) en los resultados totales del CSCHSN fue de -3.5 (-6.5, -0.5) *vs.* -2.9 (-6.3, 0.6) y en la evaluación global del dolor por los padres fue de -31.2 (-37.8, -24.6) *vs.* -20.6 (-30.2, -10.9) ($n = 28, n = 16, n = 50$ y $n = 22$, respectivamente).

Conclusiones: El tratamiento con abatacept en fase abierta por más de 31 meses resultó en mejoría en múltiples aspectos de la CVRS dentro del rango del niño sano, para sujetos con AIJ, incluyendo aquellos quienes fueron no respondedores ACR Pedi 30 en la fase de retiro. Estos datos sugieren que el tratamiento con abatacept a largo plazo puede proporcionar beneficios reales tangibles a niños con AIJ poliarticular.

Referencias

1. Ruperto N, et al. *Arthritis Rheum* 2010;**62**:1792-1802.
2. Ruperto N, et al. *Ann Rheum Dis* 2009;**68**(Suppl3):160.AbstractOP-0268.
3. Ruperto N, et al. *Clin Exp Rheumatol* 2001;**19**:S1-9.

(340)

C2-CM184

La medición de daño en artritis idiopática juvenil debe de realizarse con instrumentos de daño o de capacidad funcional. Comparación entre un instrumento validado para medir daño y la tradicional medida de capacidad funcional en una población mestizo-mexicana con artritis idiopática juvenil

Gutiérrez Suárez R⁽¹⁾, Brito de León M⁽²⁾, Strassburger Weidmann J⁽³⁾, Zambrano Reyes R⁽⁴⁾, Garrido Alarcón E⁽⁵⁾, Burgos Vargas R⁽⁶⁾

^(1,5-6) Hospital general de México, ⁽²⁻⁴⁾ Universidad Anáhuac

Introducción: El daño en AIJ debe ser evaluado por instrumentos validados de daño que obtengan información de aparatos o sistemas con afección irreversible en lugar de la medición actual de capacidad funcional, ya que esta última medición es susceptible de cambio por variables reversibles como la actividad de enfermedad.

Objetivo: Comparar la medida obtenida por un instrumento de capacidad funcional con aquella obtenida con un instrumento válido de daño en AIJ.

Métodos: Estudio transversal de pacientes con diagnóstico de AIJ según ILAR. La capacidad funcional fue evaluada por el Cuestionario de Salud de la Infancia (CHAQ) y la medición de daño con el índice de Daño en AIJ (JADI). Ambos instrumentos fueron correlacionados (Rho Spearman) con diferentes medidas de daño como el número de articulaciones con limitación en la movilidad, el índice radiológico de Poznanski, la clasificación funcional de Steinbrocker y dos escalas visuales análogas de daño por los padres y el médico tratante.

Resultados: En total 125 pacientes (65 femeninos) con diagnóstico de AIJ según ILAR fueron incluidos; media de edad al diagnóstico 4.3 ± 3.3 años y media de duración de enfermedad 7.9 ± 3.3 años. La siguiente **Tabla** muestra las correlaciones obtenidas por ambos instrumentos.

Tabla.

Variables de daño de enfermedad	CHAQ	JADI-A	JADI-E	JADI-AE
No. de articulaciones con limitación de la movilidad	0.50	0.64	0.33	0.62
Índice radiológico de Poznanski	-0.15	-0.45	-0.26	-0.43
Clase funcional de Steinbrocker	0.41	0.56	0.43	0.58
Daño de enfermedad evaluado por el médico tratante (EVA)	0.54	0.61	0.40	0.62
Daño de enfermedad evaluado por progenitores/paciente	0.59	0.47	0.24	0.44

Conclusiones: La capacidad funcional medida a través del CHAQ correlacionó de leve a moderado con diferentes variables de daño de enfermedad en comparación con la correlación obtenida con el JADI que fue mucho mayor. El daño en pacientes con AIJ debe ser evaluado con un instrumento válido como el JADI en lugar de la tradicional medida de capacidad funcional dada por el CHAQ.

(274)

C2-CM185

Densidad mineral ósea en pacientes pediátricos con mucopolisacaridosis

Arellano-Valdez A, Carvajal-Alonso L

Unidad Médica de Alta Especialidad Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: Las mucopolisacaridosis (MPS) son un grupo de enfermedades hereditarias, metabólicas, de muy baja incidencia causadas por una mutación genética que da lugar a una deficiencia enzimática específica, lo que origina el depósito de los glucosaminoglucanos (GAG) no degradados a nivel de diversas células en el organismo, con falla de los órganos involucrados. A nivel osteoarticular, todos los tipos de MPS tienen afectación en diversos grados de severidad, secundaria al depósito de GAG a nivel de ligamentos, tendones y cápsulas articulares y a las diversas alteraciones esqueléticas conocidas como disostosis múltiple.

Material y métodos: Para la evaluación de la densidad mineral ósea (DMO), se utilizó un densitómetro de absorciometría dual de rayos X (DXA), con software pediátrico. Se incluyeron en el estudio 10 pacientes con edad de cuatro a 15 años, a quienes se les realizó densitometría ósea lumbar. Se consideró DMO baja para la edad el puntaje Z obtenido < -2 .

Resultados: De los 10 pacientes incluidos, seis pertenecían al sexo masculino, la edad promedio fue de $9 - 2.7$ años, el peso promedio de $23 - 5$ kg y la estatura de $103 - 8$ cms. De acuerdo a la clasificación de Neufeld para MPS, cinco pacientes correspondían al tipo II, cuatro al tipo I y uno al tipo VI. El puntaje Z promedio fue de -2.9 (rango -0.8 a -5.1). Se encontró DMO baja para la edad en el 70% de los casos, distribuidos de la siguiente manera: 3/4 para el tipo I, 4/5 para el tipo II y 1/1 para el tipo VI.

Conclusiones: Las MPS son enfermedades generalizadas, cuya afección a nivel osteoarticular es importante y diversa, causando contracturas articulares múltiples no inflamatorias, disostosis múltiple y como consecuencia, disminución de la movilidad general. No hay estudios previos sobre la DMO en pacientes con MPS. Nuestros resultados muestran una prevalencia del 70% de DMO baja para la edad, que varía dependiendo del tipo de MPS. Se requieren estudios adicionales con mayor número de pacientes para confirmar nuestros resultados. De corroborarse esta premisa, debería evaluarse periódicamente la mineralización ósea en estos pacientes y planear esquemas de tratamiento.

(216)

C2-CM186

Lupus neuropsiquiátrico en pacientes portadores de lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil

Zeferino CM, Solis VE, Silva RM, Cespedes CA

Centro Médico Nacional La Raza IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune de expresión multiorgánica; hasta el 20% de los casos es de inicio juvenil (< 16 años), 12 a 95% presentan afección primaria del sistema nervioso, con una amplia gama de manifestaciones neurológicas y psiquiátricas. Se ha observado que el compromiso renal y neurológico, es la principal causa de morbimortalidad por su curso y evolución más severos. El objetivo del presente estudio es describir y analizar las características clínicas, de laboratorio y neuroimagen de pacientes con lupus neuropsiquiátrico de inicio juvenil (LNJP).

Métodos: Se revisaron retrospectivamente los registros de pacientes portadores de lupus juvenil, atendidos de junio 2006 a junio 2010 en Reumatología Pediátrica del Centro Médico Nacional La Raza. Se empleó la nomenclatura propuesta por el Colegio Americano de Reumatología (1999) para el estudio de neuropulps.

Resultados: Se identificaron 150 pacientes, 20 (13%) con LNJP, predominio femenino (85%), edad promedio de presentación 11.3 años; en el 60% fue la manifestación inicial de lupus, con daño renal asociado en 55% de los casos. Los principales síndromes neurológicos encontrados fueron: Trastornos convulsivos (50%), cefalea (35%), enfermedad vascular cerebral y trastorno del movimiento (30%), mielopatía, disfunción cognoscitiva y trastornos de conducta (15%). Las alteraciones serológicas asociadas fueron anticuerpos antinucleares positivos (65%), linfopenia (60%), anticoagulante lúpico (55%), leucopenia y consumo de complemento (45%), anticardiolipinas (35%). La resonancia magnética de cráneo fue el principal estudio de neuroimagen realizado, la cual se reportó anormal hasta en el 66% de los casos; el 58% mostró datos de hipoperfusión en el SPECT Cerebral y 50% mostró alteraciones electroencefalográficas.

Conclusión: Las características clínicas, serológicas y de imagen encontradas en nuestro grupo de pacientes son similares a las descritas en otras poblaciones de lupus neuropsiquiátrico de inicio juvenil. El abordaje sigue siendo un reto, dado que no existen datos patognomónicos en las herramientas diagnósticas disponibles.

(111)

C2-CM187

Arteritis de células gigantes en mexicanos

Alba MA⁽¹⁾, Mena-Madrado JA⁽²⁾, Reyes E⁽³⁾, Flores-Suárez LF⁽⁴⁾

^(1,4) Clínica de Vasculitis Sistémicas Primarias ⁽²⁾ Departamento de Geriátrica ⁽³⁾ Departamento de Patología. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Objetivo: Describir las características clínicas, de laboratorio y de tratamiento de un grupo de mexicanos con arteritis de células gigantes (ACG).

Métodos: Revisión retrospectiva que comprende los años 1989-2010. Los resultados de variables continuas se presentan como medias \pm DS y los datos categóricos como porcentajes. Se usó la prueba t de Student para variables cuantitativas y la de χ^2 para categóricas en la comparación entre

quienes presentaron trastornos isquémicos y quienes no. El nivel de significancia fue $p < 0.05$.

Resultados: Se identificaron 22 pacientes con ACG, 18 mujeres y cuatro hombres. La edad promedio fue de 73 ± 7.9 años. El diagnóstico se hizo en un tiempo promedio de $9.5 \pm$ semanas desde el inicio de síntomas. Todos cumplieron criterios del ACR. Los síntomas más frecuentes al inicio fueron cefalea (90%), síntomas generales (86.4%) y polimialgia reumática (PMR) (59%). Se presentaron complicaciones isquémicas craneales graves en 32% (enfermedad vascular cerebral en tres, isquemia cerebral transitoria en dos, ceguera en tres). La amaurosis fugax y la ceguera estuvieron presentes en 36.4% y 27.3%, respectivamente. La **Tabla** muestra las diferencias entre aquellos que tuvieron complicaciones isquémicas y quienes no. La elevación de la VSG se observó en 89%. Hubo respuesta rápida a prednisona. Diez pacientes recayeron, probablemente en relación a reducción rápida de esteroides. El tratamiento adicional consistió en metotrexato en ocho pacientes, azatioprina en cinco y ciclofosfamida en tres. La media de seguimiento fue de 242 ± 214 semanas.

Conclusiones: Nuestra serie es una de las primeras, y al momento, la mayor reportada en América Latina. La edad de inicio es similar a otras, siendo las mujeres las más frecuentemente afectadas. Se halló una mayor frecuencia de amaurosis fugax y ceguera. Se observó una buena respuesta a esteroides.

Tabla. Características clínicas de pacientes con (Grupo 1) y sin (Grupo 2) complicaciones isquémicas graves

Característica	Grupo 1 (n = 7)	Grupo 2 (n = 15)	p
Género	3/4	1/14	0.07
Amaurosis fugax	7 (100)	1 (6.7)	< 0.0001
VSG (mm/h)	39.2 ± 38.1	76.1 ± 36.2	0.05
Dosis inicial de prednisona (mg), media \pm DS	58.5 ± 3.7	45.7 ± 10.9	0.008

(246)

C2-CM188

Queratitis ulcerativa periférica, manifestación ocular de enfermedad reumática

Barrera-Rodríguez A, Lugo-Zamudio G, Vargas-Avilés A, Martínez-Noriega J, Solórzano-Ruiz A, Sánchez-Solórzano A, Barbosa-Cobos R

Hospital Juárez de México

Introducción: La enfermedad reumática autoinmune (ERA) es con frecuencia la etiología de la queratitis ulcerativa periférica (QUP).

Objetivos: Identificar casos de QUP y su asociación con enfermedad reumática autoinmune; describir las características de la patología ocular y su tratamiento en un hospital general de concentración.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y descriptivo. Se integró una muestra de fuentes secundarias (expedientes clínicos) de los departamentos de oftalmología y reumatología del Hospital Juárez de México, de pacientes con diagnóstico de QUP en el periodo de septiembre de 2008 a septiembre de 2010. Se identificaron variables demográficas, porcentaje de QUP de etiología reumática, pacientes con ERA que acudieron de primera intención al servicio de oftalmología y posteriormente fueron referidos al servicio de reumatología, pacientes con ERA cuya primera manifestación fue QUP, tiempo de evolución entre manifestaciones no oculares de ERA y QUP, características de QUP y tratamiento ocular. Se realizó descripción de variables y medidas de resumen.

Resultados: Se identificaron 10 pacientes con QUP, (9 mujeres), edad 45-69 (promedio 55.7). Siete (70%) con ERA: Artritis reumatoide cuatro

(40%), vasculitis asociada a ANCA uno (10%), síndrome de Sjögren uno (10%) y esclerodermia uno (10%). En dos (28.6%) de los pacientes con ERA, el primer contacto fue con el departamento de reumatología y en cinco (71.4%) con el de oftalmología. Dos pacientes presentaron QUP como primera manifestación de ERA; el tiempo promedio de evolución entre manifestaciones no oculares y QUP fue de 11.8 años. Las QUP fueron cuatro (40%) unilaterales y seis (60%) bilaterales, escleritis en un caso (10%). El tratamiento farmacológico de todos los pacientes fue con corticoesteroides a altas dosis e inmunomoduladores (ciclofosfamida, azatioprina, metotrexate); se requirió tratamiento quirúrgico en cinco (50%) pacientes.

Conclusiones: La ERA se puede expresar clínicamente a nivel ocular en la córnea periférica. Ante la presencia de QUP debe descartarse ERA.

(196)

C2-CM189

Nefropatía tubulointersticial por cadenas ligeras asociada a lupus eritematoso sistémico

Avendaño-García A, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Introducción: La nefritis tubulointersticial, como lesión histológica aislada, es poco frecuente en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Estas lesiones generalmente se observan asociadas a daño glomerular. La enfermedad por cadenas ligeras es muy infrecuente; se caracteriza por el depósito de un sólo tipo de cadena ligera en la membrana basal del riñón que puede asociarse a una discrasia de células plasmáticas. Presentamos un caso de nefritis túbulointersticial con comportamiento de nefritis rápidamente progresiva asociada a depósitos de cadenas ligeras en una paciente con LES.

Mujer de 38 años de edad, sin antecedentes patológicos relevantes. Inicia en agosto de 2008 con edema progresivo de extremidades inferiores hasta anasarca, posteriormente disnea progresiva de pequeños a medianos esfuerzos, artritis en carpos, codos y rodillas, hipertensión arterial, hematuria macroscópica y anuria. Por laboratorio se reporta creatinina 8.2, linfopenia (500), anticuerpos antinucleares positivos patrón homogéneo difuso, antiDNA doble cadena 744, hipocomplementemia (C3: 17 y C4: 3.7); por ecocardiograma se reporta derrame pericárdico de 570 mL; examen de orina con cilindros hemáticos, leucocitos incontables, albuminuria de 24 horas de 1.7 g. Se diagnostica lupus eritematoso y se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona, y ciclofosfamida (1 g/m² sc/mensual) e hidroxiquina (200 mg/día).

La biopsia renal reporta nefropatía túbulointersticial con depósito de cadenas ligeras y sin alteraciones significativas en los glomérulos.

Se realizó electroforesis de proteínas, aspirado de medula ósea y serie ósea metastásica, descartando mieloma. Se agregó al esquema de tratamiento bortezomib mensual (2 mg/día por tres días). Presentó mejoría significativa de la función renal con disminución de creatinina sérica a 1.2, albuminuria de 24 horas de 1 g, examen general de orina sin leucocitos ni cilindros. Asimismo mejoría de artralgias; sólo persiste con linfopenia (850).

La asociación de la enfermedad de cadenas ligeras y LES es excepcional, encontrándose sólo algunos casos reportados en la literatura. En estos casos el predominio de complejos inmunes en el túbulo y el intersticio en ausencia de daño glomerular promueve la teoría de complejos inmunes ligados a uno o más autoantígenos túbulointersticiales que no se expresan en el glomérulo. El tratamiento aún no está bien definido pero se postula que puede responder a inmunosupresores; en este caso fue fundamental el estudio histopatológico para el tratamiento adecuado, teniendo la paciente respuesta clínica favorable a quimioterapia.

(302)

C2-CM190

Serología falsa positiva para VHB y VIH en paciente con AR erosiva, esplenomegalia gigante, hipertensión portal grave y pancitopenia

Arteaga-García UG⁽¹⁾, Cuevas-Orta E⁽²⁾, Ávila-Sánchez JA⁽³⁾, Hernández-Núñez E⁽⁴⁾, Martínez-Martínez MU⁽⁵⁾, Sánchez-Arriaga A⁽⁶⁾, Abud-Mendoza C⁽⁷⁾

⁽¹⁾ Hospital Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez, Facultad de Medicina, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, ⁽²⁻⁷⁾ Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La producción de autoanticuerpos en enfermedades reumáticas suele ser un problema para el diagnóstico, en particular para procesos infecciosos de alta prevalencia, aunque rara vez estos son positivos para VHB y VIH.

Caso clínico: Mujer de 28 años que acude en diciembre de 2009 por hemorragia de aparato digestivo alto, consumo crónico de AINE e historia de siete años de poliartritis; destacó flogosis en carpos, metacarpofalángicas, rodillas y tobillos. Exámenes de laboratorio: Factor reumatoide de 4265 mg/dL, VSG 28 mm/h, radiografía de manos y cadera con artropatía erosiva. Se inició metotrexato (MTX) 7.5 mg/semana, ácido fólico 5 mg/día, azatioprina (AZA) 25 mg/día y deflazacort 12 mg/día. Tres meses después persiste con flogosis, además de pancitopenia con sospecha de toxicidad de medula ósea por lo que se suspenden MTX y AZA. Persistía actividad articular, dolor en hipocondrio derecho, esplenomegalia gigante (hasta cresta iliaca) pancitopenia (leucocitos < 1500, Hb 6 g/dL, plaquetas < 100,000) e hipertransaminasemia.

El reporte de aspirado de medula ósea con hiper celularidad y detención de la maduración en las tres líneas celulares; la radiografía de tórax con elevación de hemidiafragma derecho, ultrasonido Doppler con esplenomegalia (20 cm), la endoscopia superior con varices esofágicas grado IV que ameritan ligadura, angiotomografía de abdomen con esplenomegalia, sin evidencia de trombosis esplénica ni suprahepática. Se realizó citometría de flujo en busca de linfocitos granulares grandes y enfermedad hematológica maligna, que se descartaron; serología positiva para VIH, citomegalovirus (CMV) y antígeno de superficie de hepatitis B (AgS-VHB) positivos en tres ocasiones. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) para VIH y VHB fue negativa.

Discusión: La serología falsa positiva para VIH y hepatitis viral en enfermedades reumáticas con alta producción de autoanticuerpos (LEG, AR, síndrome de Sjögren), suele observarse, ante lo que la PCR es el estudio de elección para descartar reactividad cruzada. En nuestra paciente destaca historia de AR erosiva de siete años de evolución, artropatía deformante y erosiva, pancitopenia, esplenomegalia gigante y FR a títulos altos, sin historia de infecciones recurrentes o úlceras en miembros inferiores. Se descartó leucemia de linfocitos granulares grandes, por lo que la primera posibilidad diagnóstica es síndrome de Felty. Actualmente en mejores condiciones, bajo tratamiento con DMARD y con cuenta hemática tendiendo a la normalidad.

(214)

C2-CM191

Enfermedad de Still, implantes mamarios y anticuerpos antinucleares

Gómez E⁽¹⁾, Jara LJ⁽²⁾, Medina-García G⁽³⁾, Enríquez-Rojas J⁽⁴⁾, Guarniz R⁽⁵⁾, Vázquez-Juárez C⁽⁶⁾, Saavedra-Salinas MA⁽⁷⁾

(1,5,7) Departamento de Reumatología HE CMNR, (2) Dirección de Educación e Investigación en Salud. HE CMNR, (3,4,6) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica HE CMNR

Introducción: Existen controversias acerca de la relación entre los implantes mamarios y el desarrollo subsecuente de patologías locales y sistémicas, incluyendo enfermedades reumáticas autoinmunes. La enfermedad de Still (ES) ha sido excepcionalmente descrita asociada a implantes mamarios y a la presencia de anticuerpos antinucleares.

Caso clínico: Mujer de 22 años de edad que a los 11 años presentó oligoartritis y fiebre de un mes de duración con factor reumatoide (FR) y anticuerpos antinucleares (AAN) negativos. Se hizo el diagnóstico de artritis idiopática juvenil que fue exitosamente tratada con prednisona y ácido acetilsalicílico. Se perdió el seguimiento hasta el año 2006 cuando se sometió a cirugía estética de implantes mamarios. En enero de 2008 se hizo el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) en base a poliartritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, fiebre diaria vespertina de 38.5°C, hiperemia conjuntival, odinofagia, mialgias, caída de cabello, leucopenia, linfopenia y AAN 1:160 patrón moteado fino. Fue tratada con prednisona 30 mg/día y cloroquina 150 mg/día presentando remisión clínica; fue dada de alta con 5 mg de prednisona. En junio de 2009 presentó reactivación de la artritis y se agregó metotrexato 10 mg semanales con remisión del cuadro y pérdida del seguimiento médico. En enero de 2010 presentó poliartritis, fiebre y datos de infección de vías urinarias simultáneamente con ruptura de implante mamario derecho. Días después se hospitalizó por dolor torácico, ortopnea y fiebre. Se removieron los implantes y la paciente continuó con fiebre, leucocitosis de 26,000/mm³, derrame pleural bilateral y pericárdico de 300 cc demostrado por ecocardiograma. Por sospecha de LES activo más infección fue tratada con dosis altas de esteroides y antibióticos sin mejoría, siendo trasladada al departamento de reumatología. A la exploración física se encontró paciente caquética, febril (39°C), con poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones incluyendo la articulación temporomandibular, todos con contractura en flexión y edema de miembros inferiores. A los pocos días desarrolló eritema evanescente. El laboratorio mostró Hb 10.8 g/dL, trombocitosis (> 700,000/mm³), leucocitosis (34,700/mm³), neutrofilia (98%), linfopenia (0.5%), hipoalbuminemia (2.4 mg/dL). AAN 1:640, homogéneo, ENA (-), C3 (125 mg/dL) y C4 (18 mg/dL), ELISA para VIH, VHB, VHC negativos. No se demostró infección por cultivos ni métodos de imagen. Las radiografías comparativas de manos mostraron colapso no erosivo del carpo. Estudio de médula ósea: Negativo para leucemia o linfoma. Se hizo el diagnóstico de ES (criterios de Yamaguchi y Fautrel) y se solicitó ferritina que mostró valores muy elevados (2,494 ng/dL; valores normales: 5.0 + 148). Fue tratada exitosamente con prednisona y azatioprina. Seis meses después se encuentra en remisión, sin anemia (Hb 13 g/dL), leucocitos 7,200/mm³, plaquetas 340,000/mm³, AAN 1:640, homogéneo.

Conclusiones:

Describimos un caso excepcional de ES reactivada por ruptura de implante mamario y con persistencia de títulos elevados de AAN.

La presencia de fiebre, eritema evanescente, poliartritis, afección de carpos, leucocitosis, trombocitosis y ferritina elevada en ausencia de infección o neoplasia, permitieron hacer el diagnóstico de ES.

La reactivación del cuadro de ES en coincidencia con ruptura de implantes mamarios y AAN positivos sugiere una relación causa-efecto.

(110)

C2-CM192

Involucro valvular aórtico por síndrome de Churg-Strauss en una paciente con esclerosis sistémica difusa

Ocampo M, Hinojosa A, Reyes E, Hernández G, Llamas FJ

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Mujer de 58 años con diagnósticos de esclerosis sistémica difusa con anti-Scl-70 positivo y colangitis esclerosante en 2004, en tratamiento con colchicina y ácido ursodesoxicólico. Dos años después presentó neuropatía sensitivo-motora desmielinizante y lesiones cutáneas eritematosas en las cuatro extremidades, que correspondieron a vasculitis necrosante en brazo y paniculitis lobulillar en piernas. Se inició CFM (50-75 mg/día) con mejoría clínica. La paciente refirió datos de rinitis alérgica. Lab: cANCA 1:320 (valor de referencia < 1:20), PR3 46.7 (< 1.4), posteriormente cANCA 1:640, pANCA 1:640, MPO 106 (< 1.1) y eosinofilia periférica entre 1400-2000. TAC de tórax: Pulmón derecho con nódulos apicales y granulomas calcificados. En 2008 se detectó soplo sistólico en foco aórtico, por lo que se realizó un ecocardiograma transtorácico que mostró doble lesión aórtica con engrosamiento valvular y predominio de insuficiencia. En 08/2010 se realizó recambio valvular aórtico. En los fragmentos valvulares se encontró inflamación granulomatosa rica en eosinófilos con compromiso vascular. Los cultivos resultaron negativos. Las manifestaciones clínicas, la serología y el hallazgo de patología permitieron sustentar el diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA tipo Churg-Strauss en una paciente con esclerosis sistémica difusa.

La sobreposición de esclerosis sistémica con otras enfermedades autoinmunes ocurre principalmente en AR, LES, SS y miopatía inflamatoria. Existen reportes de casos de la asociación con PAN, Takayasu y PAM. Sin embargo, la coexistencia de esclerosis sistémica y vasculitis ANCA positiva es infrecuente. En Churg-Strauss se ha informado que la afección cardíaca ocurre hasta en 60% de los casos y confiere mal pronóstico. Se resalta el daño selectivo de una válvula como manifestación infrecuente del síndrome, afectando principalmente a la válvula mitral y aórtica. En nuestra paciente la coexistencia de Churg-Strauss y esclerosis sistémica se interpretó como dos entidades independientes.

(176)

C2-CM193

Arteritis de Takayasu rápidamente progresiva asociada a complicaciones atípicas: Presentación de un caso

Mora-Arias T, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Servicio de Reumatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Introducción: La arteritis de Takayasu es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta grandes vasos, principalmente la aorta y sus ramas principales.

Caso clínico: Paciente femenino de 34 años cuyo padecimiento actual inicia dos meses previos a su ingreso con cefalea, alteraciones visuales, dolor ocular izquierdo y síncope. En mayo del 2010 se realiza diagnóstico de arteritis de Takayasu en base a ausencia de pulsos en extremidades superiores, carotidinia, soplo carotideo derecho, ausencia de pulso carotideo izquierdo, cuadros sincopales, anormalidades visuales, disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo cuenta dedos a 50 cm, insuficiencia aórtica, elevación de reactantes de fase aguda, PCR de 14.4. Confirmándose el diagnóstico mediante angiografía que evidenció estenosis de tronco braquicefálico, arteria carótida común y subclavia derecha, oclusión de arteria carótida común, subclavia y vertebral izquierda. Iniciamos tratamiento con pulsos de metilprednisolona 1 g/día por tres días y ciclofosfamida 1.3 g, posteriormente prednisona 40 mg/día. Evolucionó tórpida sin tolerar el decúbito y con persistencia de cuadros sincopales. Un mes después se agregan úlceras necróticas en región frontoparietal izquierda de aproximadamente 10 x 10 cm y en región occipital de aproximadamente 15 x 10 cm, por lo que se aumenta dosis de prednisona a 50 mg/día. Se realiza biopsia de las lesiones reportando vasculitis obliterante con fibroplasia adventicia y arterioesclerosis.

A pesar del tratamiento persiste con imposibilidad para realizar movimientos laterales del cuello, en semifowler estricto con cuadros sincopales con los movimientos, necrosis de cuero cabelludo agregándose úlcera corneal y amaurosis izquierda, disminución de la agudeza visual derecha, ulceración en dorso nasal con perforación y necrosis septal.

Comentario: La arteritis de Takayasu es una enfermedad de curso indolente, con estabilización en el 80% de los casos. El tipo I angiográfico es el más frecuente con afectación de las arterias carótidas comunes en 20% y curso favorable debido a la limitación de las alteraciones vasculares. La asociación de dos o más complicaciones aumenta la morbimortalidad, como en nuestra paciente con valvulopatía y retinopatía, esta última reportada en menos del 5% de los casos. La evolución de nuestra paciente ha sido atípica desde la severidad de la afectación vascular así como la rapidez en la progresión aunada a la presentación de complicaciones raras como la necrosis del cuero cabelludo y perforación septal, encontrando en la literatura un caso con dichas complicaciones asociadas a arteritis de Takayasu.

(17)

C2-CM194

The Number Needed to Offend in New Patients Attending a Rheumatology Outpatient Clinic

Castillo-Ortiz JD, Rizo-Mendez A, Paez-Agraz F, Ramos-Remus C

Unidad de Investigación de Enfermedades Crónicas Degenerativas

Background: A diagnostic label is important in signifying to the patient and family that the rheumatologist is knowledgeable and that it is worth to follow the prescribed treatment, yet the label is often meaningless to patients if it is not accompanied by pertinent information. Rheumatologists face a broad range of etiopathogenesis, and delivering related information can be perceived by some patients as offensive with consequences in doctor-patient relationship.

Objectives: To explore the different connotations and potential offensiveness of 10 different etiopathogenic labels for rheumatic symptoms.

Methods: One trained student interviewed 89 consecutive new patients attending for the first time to a rheumatology appointment in a secondary-care, outpatient clinic before patients saw the rheumatologist. The structured interview asked patients about 9 possible feelings provoked for each of the 10 different etiopathogenic scenarios for their complaints (inheritance, stress, autoimmunity, infectious, etc.). Feelings were coded as "offended" or "non-offended". The "offensive score" was calculated for each scenario as the proportion of patients who endorsed offensive feelings; we used this value to calculate a "number needed to offend" (NNO, the number of patients who can be given a diagnosis before one patient is offended), assuming an ideal world in which no one is ever offended and using standard calculations for number needed to harm.

Results: The mean age was 51.5 ± 14 yr, for formal education was 9.5 ± 4 yr, and 73 (82%) were females. Overall, inheritance, degenerative and inflammatory labels had fewest negative connotations (NNO 22, 14 and 14, respectively), and psychological, functional and "no diagnosis" the most (NNO 2 for each). Recoding labels by organic and functional, the differences in the NNO were notable (10 and 2, respectively). As per stratification by rheumatologist's diagnosis, patients with inflammatory systemic diseases expressed more negative connotations with psychological, functional and idiopathic labels (NNO 2 for each). Patients with diseases such as fibromyalgia and somatoform disorders accepted better autoimmune, infectious or inflammatory labels (NNO 23, 11 and 12, respectively) than psychological, functional and idiopathic labels (NNO 2, 2 and 1, respectively).

Conclusions: Delivering information to patients carries a risk to offend. In this study the NNO goes from 22 to 1. Patients with primarily functional diseases are more prone to be offended. Rheumatologists should seek better

ways to deliver accurate information, avoiding idiopathic, functional and psychological labels.

(336)

C2-CM195

Efecto de los metales pesados sobre la respuesta inmune de ratas Long Evans

Ramírez Sandoval R⁽¹⁾, Luevano Rodríguez N⁽²⁾, Hernández Martínez S⁽³⁾, Bollain y Goytia de la Rosa JJ⁽⁴⁾, Avalos Díaz E⁽⁵⁾, Herrera Esparza R⁽⁶⁾

(1,4-6) Universidad Autónoma de Zacatecas, (2-3) Área de Ciencias de la Salud UAZ

Introducción: Las enfermedades autoinmunes tienen una fisiopatología multifactorial y son el resultado de una combinación de factores genéticos, inmunológicos, hormonales y ambientales. Los factores ambientales implicados en su desarrollo incluyen a agentes infecciosos, medicamentos, regímenes nutricionales, estrés, sustancias químicas, xenobióticos, toxinas y luz ultravioleta UV, entre otros. Los metales pesados causan importantes alteraciones a nivel inmunológico, tanto en animales de experimentación como en el hombre. El cadmio, arsénico, plomo y mercurio inducen un descenso en la resistencia frente a infecciones o causan daño en el ADN con desarrollo de tumores en el hombre y en especies animales como ratones, ratas, conejos y primates. Por otro lado, se ha postulado que la toxicidad de los metales, produce reacciones de autoinmunidad. Se ha reportado que la exposición al cadmio induce simultáneamente un descenso de la inmunidad humoral y aumento de la inmunidad celular; dosis bajas (5-10 ppm) de cloruro de cadmio administrado en el agua por 30 días a ratas adultas, producen en ganglio linfático un descenso de linfocitos B y aumento de linfocitos T. Otros estudios reportan incremento de interleucina-2 (IL-2). Metales pesados como oro y mercurio pueden ser inmunotóxicos en individuos susceptibles; en ratones susceptibles, el cloruro de mercurio induce síndrome de complejos inmunes, caracterizado por activación de células B policlonales y altos niveles de anticuerpos antinucleares (AAN), similar a la respuesta inmune observada en pacientes con escleroderma. Los animales tratados con cloruro de mercurio desarrollan AAN y nefritis por depósitos de complejos inmunes. Además, se ha reportado el incremento en la expresión de autoantígenos en tejido renal de ratones *Balb/c* bajo inducción de muerte celular por cloruro de mercurio.

Objetivo: Evaluar el efecto de los metales pesados como disparadores de autoinmunidad en cepa murina Long Evans.

Material y método: Se trabajó con ratas de ocho semanas de edad con peso entre 188 y 229 g. La administración de las soluciones de camptotecina (Ctp), cloruro de mercurio (HgCl₂) sulfato de cobre (CuSO₄), nitrato de plata (AgNO₃) y sulfato de zinc (ZnSO₄) en concentraciones de 1 mg/g de peso se llevó a cabo por vía intraperitoneal, cada tercer día durante cuatro semanas; se obtuvo tejido epitelial y renal, que fue procesado para ser incluido en parafina y se hicieron cortes de 4 μ . Se realizó estudio histopatológico mediante tinción de HE, inmunohistoquímica (IHQ) para determinar la expresión y reactividad de autoantígenos y suero para determinación de AAN por inmunofluorescencia indirecta (IFI).

Resultados: El estudio histopatológico demuestra infiltrado intersticial en tejido renal de animales inoculados, principalmente con mercurio. En animales control no se observan infiltrados celulares. Los anticuerpos anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-RNP y PCNA se utilizaron para monitorear la liberación de autoantígenos celulares. En el grupo control, la reactividad de los anticuerpos contra estructuras renales y en piel fue irrelevante; la expresión de autoantígenos y la reactividad de los autoanticuerpos se incrementó en los tejidos de las ratas tratadas con los metales siendo mayor con el cloruro de mercurio. Los resultados de IFI indican AAN positivos.

Conclusiones: Los metales aumentaron la expresión de Ro, La, Sm, RNP y PCNA en tejido renal y epitelial, y se detecta presencia de AAN.

(257)

C2-CM196

Concepción médica sobre empleo de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con riesgo cardiovascular alto y/o riesgo gastrointestinal alto

Sánchez-Arriaga A, Hernández-Núñez E, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) se encuentran entre los fármacos más ampliamente utilizados en medicina, con riesgos reconocidos, en particular gastrointestinales (RGI) y cardiovasculares (RCV), por los que debemos evaluar comorbilidades y realizar análisis crítico en su selección para la prevención de eventos adversos.

Material y métodos: Realizamos cuestionario a 184 residentes y médicos generales (MG), internistas (MI), ortopedistas (Ort), cirujanos (Cir), familiares (MF), reumatólogos (Reum), nefrólogos (Nefro) y neurólogos (Neuro) para evaluar el empleo de AINE en tres contextos distintos, representados en casos clínicos de pacientes con RGI alto, RCV elevado (> 15% en base al Systematic Coronary Risk Evaluation) y combinación de los dos riesgos. Cada pregunta contenía la opción de seleccionar cualquier tipo de AINE, opioide e inhibidor de bomba de protones (IBP).

Resultados: El 33.15% de los encuestados se inclinó al empleo de AINE no selectivo en el paciente con RGI y de este grupo sólo el 68.85% empleó IBP; el 25% de los Ort emplea AINE sin IBP y el 37.5% de los Cir; el 51.08% seleccionó inhibidores selectivos de Cox-2 (Coxibes); 56.81% de los MG, 62.5% de los Cir y 88.8% de los Reum emplean coxibes. En el caso de RCV alto, sólo el 5.9% agregó al manejo ácido acetilsalicílico (ASA) (77% MG y 33% Reum), el 23.8% empleó coxibes, pero ninguno lo asoció con ASA; el 73.91% empleó AINE no selectivo y el 58.82% lo asoció con IBP; el 6.2% empleó combinación de AINE y ASA, pero ninguno agregó IBP. En caso de asociación de RCV y GI altos, el 15.76% agregó ASA y de este grupo, 58.62% agregaron IBP; 31.52% divididos de la siguiente manera emplearon coxibes: 39.65% MG, 17.24% Ort, 17.24% MI, 10.34% Cir y el 15.53% restante MF, Nefro, Neuro y Reum; sólo el 21.4% de este grupo empleó ASA, estos eran MG; 32.6% usaron paracetamol asociado a AINE en 30%.

Conclusión: A pesar del empleo universal e irrestricto de AINE, el conocimiento sobre riesgo CV y GI por parte de la mayoría de médicos generales y especialistas incluidos los reumatólogos dista mucho de ser el adecuado con evidentes errores de negligencia que potencialmente pueden asociarse a eventos adversos.

(341)

C2-CM197

Polimialgia reumática: Experiencia de un reumatólogo en práctica privada en la Ciudad de México

Villaseñor-Ovies P⁽¹⁾, Canoso J⁽²⁾

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾ Centro Médico ABC

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una entidad frecuente en otros medios pero en México, o es poco común, o ha sido poco estudiada.

Métodos: Se estudiaron de forma prospectiva y retrolectiva pacientes de un único centro de atención privado en la Ciudad de México. El expediente

clínico, incluyendo los seguimientos y los resultados de laboratorio y de gabinete, se obtuvo de registros electrónicos usando los términos "PMR", "Polimialgia" y "Polimialgia reumática" para su identificación. Se clasificaron con polimialgia reumática aquellos pacientes que cumplieran con los siguientes criterios: 1) Edad mayor a 50 años, 2) desarrollo de dolor con rigidez bilateral, de dos o más semanas de evolución con afección de dos o más de las siguientes áreas: Hombros, cuello o torso y caderas o muslos, 3) inflamación sistémica por VSG > 40 mm/h o PCR > 1.9 mg/dL. Dos reumatólogos evaluaron de forma independiente cada uno de los casos. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos, respuesta terapéutica y otros desenlaces. Se consideró "tiempo 0" el día en que se tomó la decisión de tratar la PMR.

Resultados: De junio de 1995 a junio de 2010 fueron evaluados 6900 pacientes, entre quienes se identificaron 175 pacientes con los términos de identificación diagnóstica. Dentro de este grupo 52 pacientes (0.75% del total) cumplieron criterios de clasificación de PMR incluyendo 34 mujeres y 18 varones (razón 1.9 a 1). Entre los diagnósticos alternativos de pacientes en quienes se excluyó PMR destacan: ETC (18.5%) y OAD (15.9%). Todos los pacientes con PMR recibieron reto con prednisona con dosis máxima promedio de 16.5 mg/día y en 40% se agregó algún ahorrador de esteroide. En el análisis longitudinal, se contó con información de 78 pacientes/año. Siete pacientes se perdieron en el seguimiento sin resolución del cuadro, mientras que 20 (38.4%) sanaron en un lapso promedio de 10 meses. Quince pacientes (28.8%) continúan en tratamiento en el seguimiento. Sólo dos pacientes (3.8%) desarrollaron arteritis de células gigantes después de 5.2 y 1.1 meses de seguimiento, respectivamente. Cinco pacientes con diagnóstico de PMR desarrollaron neoplasias: Uno de estómago, dos de colon, uno leucemia y uno linfoma, en diferentes momentos de la evolución (rango 1.9 a 38 meses).

Conclusiones: Nuestros pacientes no difieren de lo reportado en la literatura a excepción de una baja frecuencia de ACG y una alta tasa de neoplasia durante el seguimiento. La escasa frecuencia de PMR en México puede ser aparente por preferirse otros tópicos de estudio, o real si esta entidad ocurre con menor frecuencia en mestizos mexicanos.

(124)

C2-CM198

Prevalencia de enfermedades reumatológicas autoinmunes en pacientes con hepatitis autoinmune

Vargas-Avilés A, Lugo-Zamudio G, Barbosa Cobos R, Mejía-Loza S

Hospital Juárez de México

Introducción: La hepatitis autoinmune (HA) puede ser la causa de alteraciones hepáticas en pacientes con enfermedad reumatológica autoinmune (ERA).

Objetivo: Identificar la asociación de ERA y HA.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo. Se integró una muestra de fuentes secundarias (expedientes clínicos) de los servicios de gastroenterología y reumatología del Hospital Juárez de México con el diagnóstico de HA (criterios internacionales de HA), en el periodo de enero de 2008 a enero de 2010.

Se realizó descripción de variables demográficas, cuadro clínico, autoanticuerpos, enfermedad reumatológica y tipo de HA.

Resultados: Se identificaron 51 pacientes con HA. El 100% del sexo femenino, el rango de edades de 11 a 82 años (media 48.2 años) y media de edad al momento del diagnóstico de HA de 47.7 años \pm 17.24. El 96% de HA fue de tipo I y sólo 4% tipo II.

En 12 casos (23.52%) se presentó ERA asociada: Artritis reumatoide en cinco pacientes (9.8%), síndrome de Sjögren en tres (5.88%), lupus eritematoso sistémico en dos (3.92%), esclerodermia en uno (1.96%) y síndrome

antifosfolípido en uno (1.96%). En cinco casos (9.8%) los pacientes presentaron artralgias y artritis de grandes articulaciones, pero no se documentó ERA. Los pacientes con HA y ERA asociada presentaron un cuadro clínico hepático más severo, con títulos más elevados de autoanticuerpos.

Conclusiones: La prevalencia de ERA en pacientes con HA es del 23.5%. La HA puede coexistir con varias ERA, predominando la artritis reumatoide.

(370)

C2-CM199

Comparación del tratamiento médico y quirúrgico en 2 cohortes asincrónicas de pacientes con remplazo total de cadera (RTC): Diferencias y aprendizaje en el manejo

Hernández-Núñez E, Sánchez-Arriaga A, Cuevas-Orta E, Navarro-Cano G, Ávila-Sánchez JA, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: El RTC es un procedimiento frecuente como manejo de complicaciones asociadas en patología reumatológica (osteoartritis y osteoporosis) y resuelve discapacidad aguda y crónica; puede asociarse a morbimortalidad y requiere de manejo multidisciplinario para evitar dolor, trombogénesis y comorbilidades asociadas al grupo etario.

Material y métodos: Estudio comparativo y transversal de dos cohortes asincrónicas de pacientes con RTC. Una cohorte de 2003 con 47 pacientes y seguimiento de nueve meses. La segunda cohorte de 2008 con 100 pacientes y seguimiento mínimo de 12 meses. Se compararon las características demográficas, manejo y complicaciones asociadas. Para el análisis estadístico utilizamos el GraphPad InStat.

Resultados: En nuestros pacientes no seleccionados, no encontramos diferencia estadística significativa en variables demográficas entre las cohortes de 2003 y 2008: Género femenino (75 vs. 72%), edad media (81 vs. 76 años) y comorbilidad (21.5 vs. 31.5%) respectivamente. En cuanto al manejo hubo mejoría en la última cohorte en el empleo de antiinflamatorios y analgésicos ya que fue más común emplear dos AINE en la primera cohorte (82 vs. 6%), media del tiempo de empleo (14.2 vs. 5.4 días) y sinergismo antiálgico con AINE asociado a paracetamol (0 vs. 55%). En cuanto a profilaxis antitrombótica (92 vs. 100%) las medias fueron similares en días de utilización (10 vs. 7 días) y profilaxis antimicrobiana (87 vs. 82%), sin diferencia significativa. La tasa de complicaciones fue similar en ambos grupos: Pérdidas sanguíneas calculadas (233 vs. 320 mL), infección de prótesis (5 vs. 3%) y luxación (2% ambas). En ninguna de las cohortes se investigó la presencia de osteoporosis por densitometría ni se analizaron los niveles de vitamina D.

Conclusiones: Los hallazgos en la mayoría de las variables fueron similares en ambas cohortes. Se demostró mejoría en el manejo de analgesia (uso de un sólo AINE y sinergismo con paracetamol). En ambas cohortes el tiempo de empleo de terapia profiláctica antitrombogénica fue inferior al recomendado para evitar trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar. Requerimos de la evaluación de factores de riesgo asociados con fracturas (osteoporosis, visión, caídas, demencia, otras comorbilidades y medicamentos antihipertensivos, benzodiacepinas y anticomiciales).

(15)

C2-CM200

Readability of Informed Consent Forms and Health-Related Literacy Among Patients: Implications for Informed Participation in Pharmaceutical Randomized Clinical Trials

Castillo-Ortiz JD, de la Mora-Molina H, Sandoval-García L, Navarrete-Lorenzon M, Castañeda-Barragan, Duran-Barragan, Ramos-Remus C

Unidad de Investigación de Enfermedades Crónicas Degenerativas

Background: Protection of patients' rights in clinical trials (RCTs) is important. Thus, information in informed consent forms (ICFs) should be written in a way that is understandable to every patient as per international standards.

Objectives: To assess: a) readability of ICFs used in pivotal, industry-sponsored RCTs in rheumatology, and b) health-related literacy (HR-L) of rheumatic patients participating in RCTs.

Methods: ICFs of RCTs conducted at a rheumatology clinic during a 10-year period were assessed (addendums excluded). Six pre-defined sections of ICFs (global, introduction, method, etc.) were assessed for readability using INFLESZ scale according to 5 categories: very difficult, somewhat difficult, average, somewhat easy, and very easy to read (81-100). Medical students evaluated RCT patients' HR-L using SAHLSA and S-TOFHFLA. SAHLSA classifies patients into inadequate (≤ 37) and adequate (> 37) HR-L groups based on their comprehension of 50 medical terms. S-TOFHFLA, a 36-item reading comprehension test, classifies patients into 3 levels of HR-L: inadequate (0-16), marginal, and adequate (23-36).

Results: 21 ICFs used in trials of 14 drugs from 8 pharmaceutical companies, mostly for phase III biological agents for RA, were assessed. The overall mean score for ICF readability was 57 ± 3 , with 24% in the "somewhat difficult to read" category. The "rights/responsibilities" section was the most difficult to read in 62% of the ICFs. There was no significant difference in ICF readability by pharmaceutical company. Seventy-three patients were assessed for HR-L. The average age was 46 ± 12 yrs; the mean formal education was 10 ± 5 yrs. SAHLSA and S-TOFHFLA correlated well ($r = 0.60, p < 0.01$). The mean SAHLSA score was 42 ± 6 and 18% of the patients were categorized as with inadequate HR-L. The mean S-TOFHFLA score was 22 ± 11 , and 31% of the patients had inadequate and 12% marginal HR-L. Patients with adequate HR-L were 10 years younger and had 5.5 more years of formal education when compared with others ($p < 0.001$).

Conclusion: Almost a quarter of ICFs were considered somewhat difficult to read and understand. A high percentage of patients had an inadequate level of HR-L, suggesting a potential discrepancy between the readability of ICFs and the comprehension of patient participants. The discrepancy raises concern about patients' ability to make an informed decision in their participation in RCTs. It calls for efforts to find alternative methods to communicate critical information to patients.

(38)

C2-CM201

¿Debe el reumatólogo examinar la mama?

Canoso J

Centro Médico ABC

Objetivo: Comunicar los cánceres de mama encontrados por palpación durante la exploración en pacientes reumatológicos con un alto nivel socioeconómico.

Métodos: Los siguientes criterios (personales) fueron utilizados para practicar la palpación de la mama: (a) Mujeres mayores de 40 años que no tuvieron un examen ginecológico en el último año, (b) pacientes con un síndrome potencialmente invasivo o paraneoplásico, (c) pacientes que solicitaron examen. Los expedientes de cada paciente se encuentran en un archivo de Windows. Las palabras utilizadas para la búsqueda computarizada fueron "mama" para separar varones y mujeres y elementos identificatorios

como “mamas n1”, “mamas normales”, “nódulo”, etc, más una lista de pacientes “ad hoc” en la que se escribieron pacientes con asociaciones de interés.

Resultados: 6,860 pacientes fueron evaluados entre el 1 de junio de 1995 y el 25 de junio de 2010. El grupo incluyó a 4,615 mujeres y el examen de mama se ofreció a 1,224. Una paciente rehusó por considerar el examen inapropiado. En siete pacientes (0.6%) el hallazgo de un nódulo palpable condujo al diagnóstico de cáncer de mama (Tabla). Ningún caso ocurrió en varones, aunque dos pacientes con nódulo fueron estudiados.

Tabla.

#	Edad/ sexo	Dx reuma- tológi- co	Fe- cha	Masa	Proced- imiento diag- nóstico	Gan- glios axilares	Trata- miento	Sobre- vida
1	93/F	Canal lumbar estrecho	9/98	4x4 cm ul- cerado	Biopsia	No se palpan	Ninguno	Dos años
2	62/F	Sjögren	4/99	Nódu- lo en cica- triz	Resección	Negati- vos	Radiote- rapia, tamoxi- feno	11 años sin enfer- medad
3	75/F	OA de cadera	6/99	4x4 cm	Mastec- tomía radical	Negati- vos	Radiote- rapia	11 años sin enfer- medad
4	42/F	Sjögren	6/03	3x4 cm	Mastec- tomía radical	Positi- vos	Qui- mioter- apia, radiote- rapia	Seis años sin enfer- medad
5	63/F	AR	2/06	1x0.5 cm	Cuadran- tec- tomía	Negati- vos	Radiote- rapia, letrozol	4.3 años sin enfer- medad
6	75/F	AR	3/06	2.5 cm	Mastec- tomía radical	Positi- vos	Qui- mioter- apia, radiote- rapia	4.25 años, metásta- sis
7	77/F	AR	2/08	2 cm	Cuadran- tec- tomía	Negati- vos	Radiote- rapia, tamoxi- feno	2.3 años sin enfer- medad

Conclusiones: Los reumatólogos somos internistas especializados en un amplio espectro de enfermedades que afectan o pueden afectar al sistema musculoesquelético. Como internistas una de nuestras tareas es la detección del cáncer. Cinco de siete pacientes en quienes se detectó un cáncer de mama y que tienen una supervivencia sin enfermedad de 2.3 a 11 años justifican sobradamente el mínimo esfuerzo invertido.

(345)

C2-CM202

Reporte de integrantes de una asociación de pacientes reumatológicos y beneficios otorgados a través de medicamentos modificadores de la enfermedad y de biológicos

Milanés-Barajas IY⁽¹⁾, Montañez-Espinoza E⁽²⁾, Soriano-Zamora Y⁽³⁾, Sandoval-García R⁽⁴⁾, Bernard-Medina AG⁽⁵⁾

⁽¹⁻⁴⁾ Una Sonrisa al Dolor Asociación Civil de Pacientes Reumáticos, ⁽⁵⁾ Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Las enfermedades reumáticas son muy variadas y crónico-degenerativas; la falta de información y de recursos económicos hace que los pacientes tengan un diagnóstico tardío y dificultades para obtener los tratamientos de manera consistente. Las asociaciones de pacientes permiten mejorar ambas condiciones.

Objetivo: Dar a conocer el número de pacientes beneficiados que pertenecen a la asociación y sus diagnósticos y así como los medicamentos otorgados a través de la asociación.

Material y métodos: Se obtuvieron datos de los registros de pacientes que pertenecen a la asociación desde que se conformó. Se sumaron los beneficiarios directos (los pacientes que han recibido medicamento a través de la asociación y que asisten a las reuniones mensuales) y los beneficiarios indirectos (familiares). Se clasificaron de acuerdo a edad, género y enfermedad. Se sumó el apoyo en fármacos modificadores de la enfermedad de enero a septiembre de 2010 y el total de biológicos desde 2004.

Resultados: Existen registrados 163 pacientes, de los cuales tenemos datos actualizados y completos de 84, de ellos 74 son mujeres (67 > 16 años y siete < 16 años) y 10 hombres (seis > 16 años y cuatro < 16 años).

Los diagnósticos son los siguientes: Mujeres mayores de 16 años: 41 con artritis reumatoide (AR), dos con artritis idiopática juvenil (AIJ), cinco con lupus eritematoso sistémico (LES), cinco con espondiloartritis (EA), 11 con osteoartritis (OA), dos con síndrome de Sjögren (SS) y una con osteoporosis (OP); de las niñas seis con AIJ y una con EA. En los hombres mayores de 16 años: Cuatro con AR, uno con fibromialgia, uno con gota y los cuatro niños todos con AIJ. Además de los registrados, 27 pacientes se benefician con medicamentos pero no forman parte de la asociación.

Tabla 1. Beneficiados con FARMES

FARME	n	%
Metotrexato	85	76
Hidroxyclorequina	5	5
Azatioprina	20	18
Sulfasalazina	84	75
Cloroquina	36	32
Leflunomida	4	4

Tabla 2. Beneficiados con biológicos

Biológico	n	%
Etanercept	10	11
Adalimumab	2	2
Tocilizumab	2	2

Conclusión: Los pacientes son en su mayoría adultos y mujeres como se observa en las enfermedades reumáticas en general; todos tienen diagnóstico establecido. Los beneficios con medicamentos son más frecuentes y más abundantes con FARMES que con biológicos, aunque confiamos en que será posible aumentar los beneficios en el futuro.

(36)

C2-CM203

Serie de casos. Análisis de 10 años de enfermedades reumáticas y cánceres. Revisión de la literatura

Echeverría-González G, Sánchez-Ortiz A

Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: La asociación entre autoinmunidad y linfomas ha sido descrita durante más de 50 años. La relación linfoma-autoinmunidad ha sido reconocida en estudios de cohorte con artritis reumatoide (AR), síndrome de Sjögren (SS) y lupus eritematoso sistémico (LES). Posibles explicaciones son la estimulación inmune, el tratamiento de la enfermedad reumática misma y factores genéticos y/o ambientales. Un meta-análisis reciente publicó un incremento del riesgo de linfoma no Hodgkin de 3.9 (OR 95% IC 2.5-5.9) en AR, 7.4 (OR 95%IC 3.3-17.0) en LES y 18.8 (OR 95% IC 9.5-37.3) en SS. Así el papel que juegan el estímulo inmune crónico, el tratamiento, la historia personal de enfermedad autoinmune, los factores ambientales y/o genéticos (en especial una mutación en la línea germinal y somática del Fas ya que esta mutación interfiere con la apoptosis).

Masc. 51 años Dx. AR de 10 años Tratamiento con metotrexate un año, resto abandonó. Tabaquismo y etilismo intenso.	FR positivo Anti CCP positivo Rx. tórax: Derrame pleuropericárdico. Taponamiento.	HP: Biopsia de pulmón: Celularidad poco diferenciada, células gigantes con invasión de células pleomórficas a pericardio (2009).	Descenlace: Ca. pulmón metastásico. Manejo: Conservador, quimioterapia y muerte.
Masc. 55 años. Dx. LES hace dos años. Grave IAM 2009. hematológico/renal	AAN1: 640 PH (IF) Anti DNA Sin biopsia renal. Rituximab 2 g 2008 1 g en 2009, 2010.	Ca. Renal. Biopsia con células claras, moderadamente diferenciado (2009).	Nefrectomía izquierda, continuidad de rituximab, prednisona, MTX y CLQ. Mejoría.
Fem. 58 años Dx. AR 12 años, Tto: MTX, CLQ, AINE. Seis meses con síntomas B (2009).	FR 26, antiCCP 28, DPCR 80.48 mL/m, proteinuria 3.87 g/24 h, anemia severa.	Biopsia de ganglio paracaval con enfermedad de Hodgkin. CD30 CD15 VEB.	LH, QT con epirubicina, vinblastina, bleomicina, daunorrubicina (cuatro ciclos) mejoría general. Osteop.
Fem. 30 años TVP, TEP, trombosis en aurícula derecha, vena cava inferior, con recurrencias a pesar de anticoagulación.	AAN 1:320 PM, ENAS, complemento y antiDNA anticardiolipinas negativas, VDRL, beta2GP1 (neg), polimorfismos genéticos (neg).	Líquido y tejido pericárdico: Adenocarcinoma, celularidad epitelial metastásico pb. de primario en mama.	Adenocarcinoma mets. Anticoagulación sistémica, esteroides, trombectomía, ventilación mecánica y muerte.
Fem. 54 años Dx. Espondilootropatía, pioderma gangrenoso, uveítis, oligoartritis (2005). Sx. nefrótico (2007), úlcera corneal, paladar blando	DPCR proteinuria 17 g/24 h, AAN, ENA, antiDNA, ANCA, ACL, B2GP1, VDRL negativos. VSG 34 mm/h, PCR 12 mg/dL.	Biopsia renal (2007) GMN membranosa. HP paladar: 2006: Inflamación ag y cr 2008, dos biopsias mas. CD20 invade el graso del epitelio.	Linfoma no Hodgkin tipo Malt de bajo grado Tto: Rituximab/ CHOP cinco ciclos, mejoría por dos años, recaída actual con tumoración ocular y nasal.
Fem. 56 años Dx. AR inicio a los 14 años. Dos hermanas con linfoma Hodgkin. Tto: Ciclosporina, MTX (2001 a 2004).	FR positivo con grado RX IV manos y pies.	2004: Linfoma no Hodgkin en parótida izq. Inmunohistoquímica CD20.	Linfoma Malt en parótida. Tto: CHOP, rituximab 2005, vincristina. Actual: MTX, rituximab. Mejoría.
Fem. 62 años Dx. AR inicio a los 26 años Dx. hasta los 54 años Tabaquismo, MTX, SSZ, CLQPDN, Rituximab (2006).	FR positivo, grado radiográfico III, Tto: Rituximab anual hasta agosto 2010.	BAAF carcinoma ductal invasor mod. diferenciado de mama izq.	Ca de Mama T1, N0 M0. Mastectomía subcutánea con extirpación de areola, pezón y vaciamiento ganglionar. Mejoría.

Fem. 54 años Dx. AR inicio a los 46 años Dx. a los 47. Hermana con Ca de mama. Tto: Leflunomina, SSZ, rituximab.	Factor reumatoide y antiCCP positivo. Grado radiográfico III.	HP de mama: Carcinoma ductal invasor.	Ca de mama, mastectomía, quimioterapia, mejoría clínica.
---	---	---------------------------------------	--

**(119)
C2-CM204**

Hallazgos ultrasonográficos en rodillas de taekwondoines de alto rendimiento asintomáticos

Hernández-Díaz C, Martínez HL, Pineda C, Pegueros PA, Franco SG

Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: La práctica del taekwondo (TKD) reporta las más altas incidencias de lesiones del aparato locomotor, independientemente del nivel competitivo. En el alto rendimiento, la evolución de las lesiones puede presentar un curso asintomático pero con gran repercusión en la microarquitectura articular y de tejidos blandos, que confieren mayor predisposición a las mismas y disminución del rendimiento del atleta con retiro prematuro de la actividad deportiva y secuelas articulares.

Objetivo: Describir mediante el uso del ultrasonido (US) musculoesquelético y articular la presencia de alteraciones morfoestructurales asintomáticas en rodillas de atletas taekwondoines de alto rendimiento.

Método: Estudio transversal, descriptivo y observacional. Participaron ocho atletas taekwondoines integrantes activos de la selección nacional juvenil de México. Se realizó valoración de rodillas por US. Los resultados fueron contrastados con ocho sujetos como grupo control (GC).

Resultados: Mediante la exploración ultrasonográfica se demostraron diversas alteraciones relacionadas con la estructura anatómica de las rodillas en los grupos de estudio. En el grupo de TKD, estas lesiones tuvieron una mayor presencia y severidad en comparación con el GC. Las lesiones comúnmente observadas fueron las de cartilago articular, siendo las meniscales las más frecuentes.

Conclusiones: La práctica deportiva de alto rendimiento en deportes de contacto, en especial en TKD confiere un incremento en el riesgo de lesiones, en particular en áreas no protegidas o expuestas al contacto físico. El uso del US en la práctica de la medicina del deporte como herramienta auxiliar en el diagnóstico de lesiones articulares (especialmente la rodilla) en TKD, resulta atractivo para el diseño de programas de prevención y detección temprana de éstas.

Palabras clave: Ultrasonido musculoesquelético, rodilla, taekwondo.

**(14)
C2-CM205**

Additive Risk Factors Resulting in Severe Osteonecrosis in Systemic Lupus Erythematosus

Duran-Barragán S, Lorenzón-Navarrete M, Sandoval-García L

Unidad de Investigación de Enfermedades Crónicas Degenerativas, Guadalajara México

A 22 year-old male with systemic lupus erythematosus (SLE) presented to the clinic with bilateral hip pain. He had been diagnosed with SLE 7 years earlier, in the setting of fatigue, malar rash, severe discoid lesions, photosensitivity, Raynaud's phenomenon, and polyarthritis. Then, antinuclear and anti-dsDNA antibodies were positive; antiphospholipid antibodies (anti-cardiolipins and lupus anticoagulant) were negative. The patient was treated with prednisone 60 mg daily for 3 months and prednisone, which was tapered over the following 6 months. He developed a flare with glomerulonephritis and was treated with monthly IV methylprednisolone and cyclophosphamide for 6 months. Average prednisone dose over the last 4 years was 20 mg daily. Pelvis x-ray showed Ficat stage IV osteonecrosis (ON) with complete collapse of both femoral heads and severe arthritic changes. The patient underwent bilateral total hip arthroplasty.

This case illustrates the clinical and radiographic presentation of a young man with SLE and severe bilateral ON. Incidence of ON in SLE ranges from 5% to 44%. Risk factors in our patient are high disease activity, presence of Raynaud's phenomenon, treatment with > 20 mg daily prednisone and methylprednisolone pulses. As exemplified by this case, ON occurs in SLE patients and may persist asymptomatic until severe damage has occurred. It is essential to recognize early signs of possible bone damage, especially in patients under high doses of steroids.

Arthritis Rheum 2010. In press.

(58) C2-CM206

Rhupus, hepatopatía crónica y gammapatía policlonal: Reporte de un caso

Márquez-Miranda O, Castañeda-García E, Sánchez-Ortiz A, Echeverría-González G

Centro Médico de Occidente IMSS

Introducción: La paraproteinemia es relacionada con mieloma, linfoma y macroglobulinemia de Waldenström las cuales son monoclonales, y otras causas como tumores malignos primarios, infecciones crónicas y enfermedades del tejido conectivo. Dizpenziersi y cols. reportaron gammapatía policlonal relacionada con enfermedad hepática crónica en el 61% de una cohorte de 130 pacientes, enfermedad difusa de tejido conectivo en 22%, infecciones crónicas en 6%, hematológicas en 5% y malignidades no hematológicas en 3%, con un desenlace por lo general benigno.

Caso clínico: Femenina de 34 años edad, nuligesta, con artritis reumatoide de ocho años evolución, tratamiento a base de metotrexate y deflazacort por un año con mejoría clínica, luego sólo sintomáticos. Comienza dos semanas previas a su ingreso actual con edema e hiperalgesia cutánea en muslo y posteriormente pierna izquierda, equimosis en cara interna de muslo, ictericia, febrícula de 37.5°, pérdida de peso de 6 kg en tres meses, xerostomía. EF: Palidez, telangiectasias en cara y tórax anterior, ictericia escleral, no adenopatías, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con hepatoesplenomegalia, deformidad en boutonier y cuello de cisne, no sinovitis aguda, eritema palmar e hipotrofia tenar e hipotenar, con edema de pierna izquierda y presencia de flictenas, dolor a la movilización, equimosis en muslo izquierdo, pulsos presentes. Laboratorio: Hb 8.8 g/dL, leucos 7,000 mil/uL, plaquetas 105 mil/uL, TP 14/12, TTP 40/31, urea 82 mg/dL, Cr 1.6 mg/dL, Ca 7.8 mg/dL, Bil total 5.5 mg/dL, BD 4.5 mg/dL, TGP 69 U/L, GGT 229 U/L, FA 227 U/L, proteínas totales 8.6 g/dL, Alb 3 g/dL, Glob 5.7 g/dL, EGO: Leucoeritrocituria. AAN 1:1280 homogéneo, B2 GP1 de 5 U/mL, Ac aCL IgG 24.9, FR 6490, anti CCP 143.9 U/mL, VSG 34 mm/h, PCR 15.4 mg/L, TORCH y panel viral negativo, inmunoglobulinas: IgG 6090 mg/dL (700-1600), IgA 644 mg/dL (70-400), IgM 901 mg/dL (40-230), IgE 1620 UI/mL (0-200). Electroforesis de proteínas: Beta 1.48 g/dL (0.50-1.20), gamma 4.24 g/dL (0.50-1.60) y en orina kappa 109

y lambda 49.5. USG abdomen; Enfermedad parenquimatosa hepática difusa crónica, hipertensión portal y esplenomegalia severa. USG Doppler MPI: Trombosis venosa a expensas de vena poplítea. Rx de manos con GR III. Cráneo y pelvis sin lesiones osteolíticas. AMO: Incremento en celularidad de predominio mielóide, células plasmáticas de aspecto maduro, algunos linfocitos de aspecto plasmocitoide. Biopsia de hueso: Celularidad de 85%, serie eritroide hiperplásica con cambios megaloblásticos, edema estromal y material proteináceo. Tinción de rojo Congo en grasa periumbilical negativa. Se manejó con prednisone dosis media, anticoagulación y antibioticoterapia. Resolución de la trombosis, permaneció estable de la hepatopatía, la artritis reumatoide permaneció inactiva y las manifestaciones cutáneas y hematológicas remitieron con esteroide, cloroquina, azatioprina y anti CD-20 con mejoría clínica.

Conclusión: La hipergamaglobulinemia en el caso presentado es multifactorial documentando enfermedad hepática crónica con insuficiencia Child-Pugh A, sobreposición de rhupus y síndrome antifosfolípido. La probabilidad de que un sujeto sano con paraproteinemia desarrolle malignidad hematológica varía ampliamente de 5 a 28%, relacionado en ocasiones con la edad y la presencia de paraproteína IgA.

(178) C2-CM207

Pandisautonomía como manifestación inicial de lupus eritematoso generalizado

Rodríguez-García F, Alcocer-Varela J

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La disfunción del sistema nervioso autónomo en enfermedades autoinmunes es poco conocida. Se han informado únicamente dos casos de pandisautonomía en pacientes con LEG.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas de esta rara manifestación y contribuir al conocimiento de su tratamiento.

Reporte de caso: Masculino de 21 años, que inició con debilidad a la flexión de brazo derecho. A los tres meses se agregaron síncope, ataxia, adenomegalias generalizadas e HAS. A la EF se encontró caída de cabello, eritema malar, midriasis bilateral con reflejos fotomotor y consensual ausentes, el FO con vasculopatía hipertensiva; úlceras indoloras en paladar blando, adenomegalias generalizadas y exploración neurológica con: ECG 15 puntos, examen mini-mental 30 puntos, motor fuerza 3-/5 en región proximal y 4-/5 en región distal de MsSs, fuerza 4/5 en MsIs, regiones proximal y distal, hipoestesia en región distal de extremidad superior derecha e hipopalestesia en región distal de MsIs, ROT ausentes de forma generalizada, Romberg (), no pudo realizar marcha debido a la ataxia.

Laboratorios: Leucocitopenia, proteinuria 30 mg, sedimento activo. AAN H > 1:5120, Mit 1:1280; anti-Sm 1600 U/mL, anti P-ribosomal 86.6 U/mL, nucleosomas 1730 U/mL, C3 y C4 bajos. El LCR normal con cultivo negativo. VCN disminuidas en las cuatro extremidades, ausencia de respuesta sensitiva en MsIs, respuesta simpática de piel ausente y nula variabilidad de la frecuencia cardiaca.

El paciente recibió tres pulsos de MTP (1 g/día) y posteriormente PDN (1 mg/kg/día), además de seis bolos mensuales de CFM (500-750 mg/m² SC). Las manifestaciones autonómicas mejoraron en el transcurso de seis meses hasta realizar marcha normal, Romberg (-) y tolerancia a la actividad física a pesar de no haber mejoría significativa en las pruebas neurofisiológicas. Sin embargo, inició con actividad renal, la cual tuvo respuesta completa con MMF (3 g/día).

Discusión: La pandisautonomía es una manifestación muy rara en LEG. Estudios previos han descrito a la disfunción cardiovascular como la más frecuente y en su mayoría de forma asintomática. La evolución puede tener un curso agudo como en nuestro paciente. No se ha encontrado una

correlación de esta manifestación con la actividad o la duración de la enfermedad, el perfil de autoanticuerpos o el empleo de esteroides para su tratamiento. Respecto a éste, se tiene la noción de que la CFM revierte la disautonomía aunque el mecanismo fisiopatogénico y el órgano blanco aún se desconocen. A pesar de que algunos reportes favorecen el empleo de plasmaféresis por la remoción de complejos inmunes, nuestro paciente mejoró sin su uso.

(236)
C2-CM208

Meningitis estreptocócica como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico (LES)

Martínez-Martínez MU, Ehnis Pérez-Duarte A, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: Los pacientes con LES tienen mayor frecuencia de infecciones, las que habitualmente se asocian a tratamiento con inmunosupresores, aunque hay bases para sustentarlas aún en ausencia de tratamiento (deficiencia de complemento, hipoesplenía y linfopenia, desnutrición "Sd. de Lom", etc.). Presentamos el caso de mujer joven con LES que debutó con alteraciones neurológicas asociadas a meningitis bacteriana aguda.

Caso clínico: Mujer de 22 años que inició tres meses antes de su ingreso con ataque al estado general y un mes antes, lesiones pápulo-necróticas en zonas expuestas al sol; en los últimos dos días fiebre no cuantificada, diarrea y síndrome confusional agudo con posterior deterioro del estado de alerta. A la exploración se evidenció hiperreflexia y hemiplejía derecha, artritis poliarticular y rigidez de nuca. En sus exámenes de laboratorio destacaba leucopenia de 2200/mm³, 800 linfocitos/mm³, creatinina de 1.1 mg/dL, hipalbuminemia de 0.6 mg/dL, proteinuria de 500 mg/dL y hematuria. La tomografía de encéfalo mostraba múltiples infartos de predominio derecho. Los anticuerpos antinucleares 1:1000 moteado, 1:1000 homogéneo, antineutrófilos positivos 1:10 perinuclear, anticardiolipina negativos, nivel de C4 0 (indetectable). Se iniciaron antibióticos empíricos (ceftriaxona, ampicilina y vancomicina) después de la primera dosis de esteroides. El cultivo de líquido cefalorraquídeo mostró crecimiento de neumococo. Se realizó biopsia de piel en la cual la patología coincidió con lupus y depósitos en la unión dermoepidérmica de C1q, IgM y C3. La paciente evolucionó de manera tórpida y posteriormente murió.

Conclusiones: Esta paciente representa importancia por los diagnósticos diferenciales con el proceso infeccioso demostrado además de la asociación patogénica de la hipocomplementemia, procesos infecciosos y LES, con pronóstico ominoso y fatal a pesar de la prontitud con que se instituyó el tratamiento. Es posible que su curso hubiese sido diferente en caso de haber recibido tratamiento previo adecuado para su padecimiento autoinmune.

(286)
C2-CM209

Enteritis asociada a lupus eritematoso sistémico: Reporte de un caso

Velarde-Ochoa MC, Galarza-Delgado DA, Villarreal-Alarcón MA, Esquivel-Valerio JA, Negrete-López R, Fernández-Pérez M, Silva-Luna K, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario José E. González

Introducción: Los síntomas gastrointestinales son comunes en el lupus eritematoso generalizado (LEG). La enteritis lúpica es la complicación gastrointestinal más grave, causada por compromiso vascular de la pared intestinal. La prevalencia es de 0.2% a 9.7% y la mortalidad es mayor al 50%.

Caso clínico: Mujer de 17 años de edad con diagnóstico de LEG en enero del 2010 en base a eritema malar, fotosensibilidad, úlceras orales y alopecia; fue tratada con cloroquina y prednisona. En junio desarrolla serositis abdominal, se extraen 4 L de líquido de ascitis y se trata con 3 g de metilprednisolona IV. Dos meses después recurre la serositis abdominal y se trata con hidrocortisona 150 mg/día IV por cinco días; egresa con prednisona. El 23 de agosto es reingresada por presentar dolor abdominal.

Al examen físico, SV: TA 160/90 mmHg, FC 80 x', FR 12 x', T° 37.3°C. Piel y mucosas con púrpura no palpable en palmas de manos, úlceras no dolorosas en paladar duro. Abdomen distendido, dolor a la palpación superficial principalmente en fosa ilíaca izquierda con rebote positivo, matidez a la percusión en ambos flancos con peristalsis ausente. Paraclínicos: Hb 10.1 g/dL, VCM 87.80 fL, MCHC 33.50 g/dL, leucocitos 3.34 K/uL, linfocitos 1.03 K/uL, VSG 35 mm/h, proteínas en orina de 24 horas 0.3 g/1.1 L. ANA por IFI HEp-2 1:160 patrón moteado, anti-DNAc 1:80, anti-Sm 35.58 UI/mL, C3 68.1 mg%, C4 17.1mg%, aCL IgM e IgG negativos. La TAC de abdomen contrastado demostró edema de la mucosa intestinal de 1 cm y engrosamiento de la pared intestinal con patrón de signo de diana, vasos mesentéricos arrosariados. Se diagnosticó enteritis lúpica y se dio tratamiento con MPD 1 g IV por día por tres días y CFM 4 mg/kg/día IV por tres días, reposo intestinal y nutrición parenteral. Seis días después presenta nuevamente dolor abdominal, se realiza nueva TAC que reporta engrosamiento de la pared del intestino grueso. Se administran 2 g adicionales de MPD. Su evolución final fue satisfactoria, confirmándose por imagen ausencia de engrosamiento de la pared intestinal. Fue egresada en buenas condiciones.

Discusión: La evaluación de pacientes con LEG y dolor abdominal es un reto diagnóstico y terapéutico. El diagnóstico de enteritis lúpica se basa en el reconocimiento de datos tomográficos ya descritos anteriormente. Kim y cols. reportaron que un engrosamiento de la pared mayor a 9 mm es factor de riesgo para recurrencia. Buck y cols. reportaron que un SLEDAI mayor a 8 se relaciona con el desarrollo de vasculitis. Nuestra paciente presentaba ambos factores para desenlace fatal, por ello se inició terapia inmunosupresora.

(337)
C2-CM210

Paniculitis como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil. Reporte de un caso y revisión de la literatura

García-Méndez S, Garrido-Alarcón E, Gutiérrez-Suárez R

Hospital General de México

Introducción: El término paniculitis hace referencia a la inflamación de la grasa subcutánea que puede ser de etiología primaria o secundaria a una reacción inducida por un proceso inflamatorio sistémico. La paniculitis es una manifestación rara de las enfermedades de tejido conectivo. A continuación se presenta el caso clínico de un paciente de 12 años de edad con paniculitis como manifestación inicial de lupus eritematoso de inicio juvenil (LESJ).

Caso clínico: Adolescente de 12 años y 10 meses, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. El cuadro clínico comenzó un año antes a la valoración inicial tras picadura de insecto que produjo lesiones eritematosas, elevadas, no dolorosas ni pruriginosas, localizadas en cara posterior del tórax con distribución en hemicinturón hacia la cara anterior, las

cuales evolucionaron a hipotrofia e hipopigmentación local. Un mes después recibió vacuna de toxoide tetánico en el deltoides izquierdo con desarrollo de lesión eritematosa de 3 x 2 cm, edema local y posterior hipotrofia e hipopigmentación de la zona. Dos meses después de forma espontánea presentó una lesión elevada en mejilla derecha que incrementó de tamaño de forma progresiva. Después de ocho meses de evolución le fue realizada biopsia de las lesiones, la cual diagnosticó enfermedad de tejido conectivo en su variante morfea. El paciente recibió tratamiento con metotrexate 15 mg/semana y prednisona 10 mg/día en dosis de reducción; sin embargo, no tuvo respuesta al tratamiento médico. Por persistencia del cuadro fue referido a reumatología pediátrica de nuestro hospital. En la valoración inicial encontramos lesiones hipotróficas y excavadas localizadas en mejilla derecha, dorso y región deltoidea izquierda; en los exámenes paraclínicos sólo hallamos proteinuria de 500 mg/día. La revisión de la biopsia de piel y tejido subcutáneo reportó paniculitis septal multifocal, sin evidencia de vasculitis ni morfea.

(30)

C1-CM211

Paraneoplásicos que simulan enfermedades reumáticas: Revisión de experiencia en una unidad de alta especialidad

Bañuelos RDD⁽¹⁾, Sánchez AS⁽²⁾, Jardines de la Luz G⁽³⁾

⁽¹⁻²⁾ IMSS, Unidad Médica de Alta Especialidad de Puebla, ⁽³⁾ IMSS

Introducción: Los síndromes paraneoplásicos comprenden una amplia gama de manifestaciones ocasionadas por los tumores, sus implantes y las sustancias biológicamente activas por ellos liberadas. No son infrecuentes en la práctica clínica y pueden ser importantes marcadores de alerta de la neoplasia, cuando aún no se ha diagnosticado la neoplasia causante del síndrome paraneoplásico. En reumatología pueden ser reconocidos y el objetivo de esta presentación es comunicar nuestra experiencia y simultáneamente revisar la literatura.

Caso 1. Masculino 5ª década, con hemiplejía MT y pélvico lado izquierdo de 11 meses de evolución, eritema facial en frente, párpados, cuello, temblor y datos faciales de parkinsonismo, debilidad muscular proximal asimétrica, evaluado previamente por tres especialidades diferentes, a su llegada cuenta con TAC, RNM, EMG, exámenes generales y reactantes de fase aguda todos normales. No hay mejoría a pesar de los tratamientos y medidas empleadas. En la valoración de reumatología se palpan nódulos en antebrazo, abdomen, piernas, móviles, duros, 1 a 3 cm, no fijos a planos profundos. Se toma biopsia que se envía a patología, al mismo tiempo que se realiza biopsia muscular y de glándula salival menor. Se inicia tratamiento con dosis bajas de corticoides y COX-2 con mejoría en los primeros días. El reporte de patología es concluyente de Ca Renal.

Casos 2 y 3. Femeninos 5ª década, multitratadas en tres instituciones, retraso en envío de un año; ambas con lesiones esclerodermiformes y signos cutáneos de dermatopolimiositis, elevación de CPK, TGO, TGP, VSG, PCR, proteinuria, atrofia muscular y cambios neuropsiquiátricos, sin respuesta a esteroides en bolos, metotrexate ni gammaglobulina. Enviadas a nuestra unidad, se efectúan rastreos óseos, marcadores tumorales, obteniendo positividad a alfafetoproteína y se documenta Ca renal en un caso y Ca pulmonar en el otro.

Comentarios: Los síndromes paraneoplásicos pueden cursar con múltiples manifestaciones; en nuestra experiencia del último año éstas han sido mucocutáneas, semejando esclerodermia y dermatopolimiositis. Los pacientes, sin embargo, no cumplieron los criterios propuestos para padecimientos reumáticos y el rastreo y complementación de la exploración fueron las pautas para documentar los padecimientos neoplásicos responsables de las manifestaciones. Efectuamos revisión de la literatura y comentarios a las series documentadas.

(133)

C2-CM212

Síndrome de Sjögren primario con glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I. Reporte de caso

Hernández-Ríos G, Castañeda-García E, Roa-Nava Y, Centeno-Valadez D, Márquez-Miranda O, Echeverría-González G, Sánchez-Ortiz A

IMSS, Centro Médico Nacional de Occidente. Departamento de Reumatología

En el síndrome de Sjögren primario la glomerulonefritis, que afecta del 5 al 27% de los pacientes, no es la lesión renal más frecuente. Específicamente para la lesión glomerular del tipo de la glomerulonefritis membranoproliferativa sólo se han reportado cinco casos. A continuación presentamos el caso de un paciente con esta asociación. Se trata de masculino de 39 años quien refirió xeroftalmos y xerostomía desde su adolescencia; hace cinco años notó la aparición de nódulo submandibular derecho de crecimiento lento, no doloroso. En mayo de 2010 notó la aparición de orina espumosa y desde junio de 2010 se agregó dolor abdominal difuso, mialgias, artralgias y fiebre nocturna sin pérdida ponderal. Negó artritis. A la exploración física se encontró nódulo submandibular derecho de 5 cm de diámetro, así como edema de extremidades inferiores. En su abordaje diagnóstico se encontró citometría hemática normal, creatinina de 1 mg/dL, urea de 18 mg/dL, albumina sérica de 2.8 mg/dL, potasio sérico de 4.5 mmol/L, serologías para VHB, VHC y VIH negativas, C3 de 101 mg/dL, C4 de 6.43 mg/dL, AAN 1:640 con patrón moteado y citoplasmático, anti-DNA negativo, anti-Ro de 108 U/mL, resto de ENA negativos, factor reumatoide de 46.2 U/mL, urianálisis con proteinuria de más de 300 mg/dL y sedimento activo, proteinuria de 24 horas de 3.2 g. Las radiografías de manos y pies no mostraron erosiones. El ultrasonido renal mostró ambos riñones de tamaño y morfología conservados, sin alteración en el sistema pielocalicial. Se realizó biopsia excisional del nódulo submandibular derecho reportándose glándula salival con hiperplasia de células del margen e infiltrado inflamatorio por linfocitos T. Se realizó sialografía encontrándose múltiples sialectasias en parótida mayor derecha; la parótida izquierda fue imposible de canalizar por estenosis del conducto de Stenon. El sialogramma mostró en la fase vascular perfusión irregular y disminuida; en la fase secuencial disminución de la concentración del trazador y escasa respuesta al estímulo sialogogo. Se realizó biopsia renal reportándose nueve glomérulos con dobles membranas, mesangio ensanchado con infiltrado linfocitario y polimorfonuclear, atrofia tubular de 5%, infiltrado intersticial por mononucleares en 5%, fibrosis de 10%, IgM e IgA positivas en la inmunofluorescencia, concluyéndose glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I. En este paciente se logró identificar una de las formas de lesión glomerular más raras en síndrome de Sjögren primario, por lo que se inició tratamiento con metilprednisolona 3 g IV así como ciclofosfamida IV mensual. La evolución del paciente ha sido favorable y se planea tratar con anti-CD20.

(211)

C2-CM213

Respuesta de paciente con rara asociación de hepatitis autoinmune y esclerosis sistémica difusa a la combinación de metilprednisolona intravenosa y mofetil micofenolato

Benavides H⁽¹⁾, Gutiérrez AL⁽²⁾

⁽¹⁾ ISSSTE, ⁽²⁾ Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco

Introducción: En la literatura los casos de asociación de hepatitis de origen autoinmune y escleroderma son escasos; se ha reportado sólo un caso en esclerosis sistémica difusa.¹

Objetivo: Describimos el caso de una mujer de 45 años de edad con diagnóstico de esclerosis sistémica difusa desde cuatro años antes, caracterizada por esclerosis cutánea distal y proximal, fenómeno de Raynaud, poliartralgias, dismotilidad esofágica y antinucleares positivos 1:320, en manejo con azatioprina, colchicina, deflazacort 6 mg/día, metoclopramida, con respuesta parcial. Al tercer año de evolución presenta cuadro de fatiga y malestar general con exacerbación de artralgias; laboratorio TGP 450 U/L, TGO 225 U/L, ALP 187 U/L, bilirrubina directa 1.8, bilirrubina total 2.0. La azatioprina fue suspendida; sin embargo, a las tres semanas persistió con transaminasas elevadas. Se incrementó deflazacort a 18 mg/día, tres semanas después no hubo disminución de transaminasas; la serología para hepatitis A, B y C, CMV, Epstein-Barr, anti-músculo liso, antimitocondriales fue negativa y la ecografía hepática reveló incremento en la ecogenicidad del parénquima en forma difusa. Se iniciaron pulsos de metilprednisolona 1 g diario por tres días al mes durante seis meses, se redujo la dosis de deflazacort a 9 mg/día y se agregó mofetil micofenolato 1g cada 12 horas. Las enzimas descendieron al mes (TGP 114 U/L, TGO 85 U/L) y se normalizaron al tercer mes (TGP 45 U/L y TGO 32 U/L). La paciente presentó resolución de artralgias y fatiga y mejoría en la turgencia de la piel en dedos y miembros inferiores; no hubo hipertensión acelerada ni proteinuria mayor a 200 mg/24 horas. Actualmente la paciente se encuentra asintomática y con transaminasas normales, en tratamiento con mofetil micofenolato 1 g cada 12 horas y deflazacort 6 mg/día.

Discusión: En esta paciente se considera hepatitis autoinmune ante el patrón hepatocelular de las pruebas de función hepática, la ausencia de serología positiva para virus hepatotrópos, de ingesta de alcohol, de ingesta de fármacos hepatotóxicos, la persistencia al suspender la azatioprina, la respuesta con el manejo inmunosupresor.

El uso de dosis diarias de esteroides mayores a 15 mg incrementa el riesgo de crisis renal,² lo que limita su uso en manifestaciones autoinmunes de escleroderma; sin embargo, el empleo de pulsos mensuales con dosis diarias bajas parece tener buen perfil de seguridad.³⁻⁵ No obstante, en estudios previos y en el caso reportado se ha utilizado en forma profiláctica un inhibidor de la ECA.

El uso de micofenolato ha demostrado mejoría significativa en neumonitis y variable en los índices cutáneos. La combinación utilizada mostró buenos resultados en afectación hepática, cutánea y condiciones generales.

(230)

C2-CM214

Escleroderma rápidamente progresiva refractaria a ciclofosfamida, imatinib, ácido micofenólico y metotrexato. Eficacia clínica y mecanismos de inmunorregulación con rituximab

Martínez-Martínez MU, Baranda-Cándido L, González-Amaro R, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La esclerodermia variedad cutánea difusa puede tener curso rápidamente progresivo, con Raynaud continuo, úlceras digitales y afección pulmonar, para lo que podrían ser útiles algunos DMARD como ciclofosfamida (Cfm), metotrexato (Mtx), ácido micofenólico (Mf) e imatinib (Itb). Hay escasa información del potencial beneficio con rituximab (RTX).

Caso clínico: Mujer de 53 años con antecedente de colitis ulcerosa en 2005. Se presentó con tos seca de dos meses, continua y constante en la última semana, engrosamiento cutáneo difuso, mioedema, fenómeno de Raynaud, disnea progresiva hasta mínimos esfuerzos y edema acral; Anti Scl70 54 U

(0-25), AAN 1:1000 (homógeno), complemento normal; Rx de tórax con imágenes intersticiales basales y pruebas respiratorias (PFR) con FVC 72% (post broncod: 75%), oximetría en reposo 91-95%, DLCO unc 69%, DLCOcor 54%. Recibió Mtx, losartán y Mf; en seis semanas se agregó Itb por progresión de su cuadro clínico y empeoramiento de la función respiratoria. Recibió tres ciclos de 500 mg de Cfm sin respuesta, ante lo que se suspendieron Mtx y Cfm y recibió RTX, con lo que la paciente mostró mejoría clínica y se estabilizaron sus PFR.

Antes y después de la administración de RTX cuantificamos c. CD4 productores de IL-17 (Th17), la síntesis *in vitro* de esta citocina por los CD4, en presencia y ausencia de células dendríticas (DC) mieloides, con y sin estímulo con IL-1beta TNFa IL-6 o IL-23. El RTX disminuyó linfocitos Th17 ante DC autólogas (0.94 vs. 0.52%), disminuyó la producción *in vitro* de IL-17 bajo estímulo con IL-23 (2,533 vs. 816 pg/mL) y con la mezcla de citocinas (2,484 vs. 746 pg/mL).

Conclusiones: Estos datos sugieren que la administración de RTX se asocia a disminución en el número de linfocitos Th17 y la síntesis de IL-17, lo que correlacionó con la respuesta clínica de la paciente previamente refractaria a tratamiento intenso.

(309)

C2-CM215

Parkinsonismo, una manifestación inusual del síndrome de Sjögren primario. Reporte de un caso

Gómez E, Hernández MC, Jara J, Saavedra M

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional la Raza, IMSS

Introducción: El parkinsonismo ha sido excepcionalmente reportado en pacientes con síndrome de Sjögren primario.

Objetivo: Informar el caso de una paciente con síndrome de Sjögren primario cuya manifestación predominante fue parkinsonismo.

Reporte del caso: Mujer de 55 años de edad diagnosticada con osteoartritis de manos y rodillas enviada a nuestro servicio para descartar etiología autoinmune de un cuadro de parkinsonismo. Dieciocho meses antes la paciente había iniciado con temblor de intención en brazo y pierna izquierdos, labilidad emocional y llanto fácil. Los hallazgos físicos fueron disminución de la fuerza de miembro torácico izquierdo 3/5, miembro pélvico izquierdo 4/5, hiperreflexia en hemicuerpo izquierdo (3/4), temblor de intención en brazo y pierna izquierdos, con rueda dentada en las cuatro extremidades, marcha con base de sustentación amplia y pérdida del braceo espontáneo del brazo izquierdo.

Se le diagnosticó parkinsonismo y fue tratada con biperideno y levodopa-carbidopa. La imagen de resonancia magnética de cráneo mostró lesiones puntiformes hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 en sustancia gris periventricular y ganglios basales. El ecocardiograma mostró hipocinesia moderada a severa en tercio basal de cara inferior con hipertrofia y contractilidad conservada con FEVI de 60%. Doppler carotídeo con relación íntima-media de 0.9 derecho y 1 izquierdo, sin placas ateromatosas. Reinterrogando a la paciente refirió xerostomía progresiva (hasta alimentos sólidos) de dos años de evolución, crecimiento parotídeo derecho hace un año y xeroftalmía ocasional.

La EF ocular no evidenció lesiones corneales, menisco lagrimal normal; cavidad bucal con lago salival disminuido, lengua depapilada, múltiples caries dentales; nódulos de Heberden en manos, rodillas con dolor a la palpación de la interlínea articular con crepitación a la flexión y extensión y tendinopatía anserino. Laboratorio: Hb 14 g/dL, leucocitos 7,300/mL, neutrófilos 57%, linfocitos 33.7%, monocitos 4.6%, eosinófilos 1.8%, plaquetas 419,000/mL, VSG 41 mm/h, TP 11.3", TTP 24.5", glucosa 95 mg/dL, creatinina 0.93 mg/dL, urea 27.8 mg/dL, colesterol 248 mg/dL, triglicéridos 189 mg/dL, AST 13 U/L, ALT 8 U/L, GGT 16 U/L. Inmunoglobulina

G (IgG) 1610 mg/dL, IgA 548 mg/dL, IgM 39.6 mg/dL, C3 142 mg/dL, C4 20.9 mg/dL, factor reumatoide (FR) 7.8 U/dL, 14.9 mg/dL. Anticuerpos antinucleares (AAN) 1:1280 moteado fino, anti-DNA 97 UI/dL, anti-Ro 55 UI/dL, anti-La 5 UI/dL, anti-Sm 3 UI/dL, anti-RNP 4 UI/dL, anti-Scl-70 4 UI/dL, anti-Jo-1 5 UI/dL, anticuerpos anticardiolipina IgG 5 GPL, IgM 4 MPL. Biopsia de glándula salival menor con infiltrado difuso de linfocitos y células plasmáticas con atrofia del epitelio acinar y atrofia ductal (Tarpley 3, Greenspan 4).

Se integró el diagnóstico de síndrome de Sjögren primario con manifestaciones en sistema nervioso central. La paciente fue tratada con dosis altas de corticoesteroides y actualmente se encuentra en proceso de mejoría.

Conclusiones: Las manifestaciones neurológicas del síndrome de Sjögren se presentan en alrededor del 30%. El parkinsonismo es una manifestación raramente reconocida en estos pacientes y puede ser consecuencia del proceso inflamatorio a nivel de ganglio basales ("vasculitis o inflamación local").

(52)

C2-CM216

Un caso inusual de enfermedad de Behçet en un paciente pediátrico

Portillo A⁽¹⁾, Núñez E⁽²⁾, Guillen T⁽³⁾

⁽¹⁾ Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁽²⁻³⁾ Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis sistémica de etiología desconocida. Característicamente se presenta en hombres en la tercera década de la vida, con úlceras orales recurrentes y dos o más de los siguientes criterios: Úlceras genitales, lesiones oculares, lesiones en piel y test de pathergia positivo. Los casos en edad pediátrica son raros; la mayoría de la información a esta edad se limita a reporte de casos.

Objetivo: Informar sobre los hallazgos clínicos, de laboratorio e histopatológicos de un caso con una probable enfermedad de Behçet en la edad pediátrica.

Reporte del caso: Paciente masculino de 10 meses de edad sin antecedentes de importancia. Presenta cuadro clínico de un mes de evolución con la aparición inicial de úlceras orales, dolorosas, en labios, lengua, paladar y faringe, posteriormente lesiones en piel pápulo-pustulosas que confluyen en forma circular, algunas de ellas ya con cicatrices atróficas crateriformes residuales, distribuidas en brazos, tórax anterior y piernas; después aparecen úlceras dolorosas en forma de sacabocón en región perianal. El cuadro se acompañó desde el inicio con fiebre cuantificada en 39°C. Test de pathergia positivo. Exámenes de laboratorio: Biometría hemática con anemia, plaquetosis, leucocitosis. VSG 57, PCR 8.5. Linfocitos T CD3 5055, CD4 4477, CD8 1926, células B 20.6%, NK 11.9%, c-ANCA positivos. Factor Reumatoide, inmunoglobulinas, complemento, VIH, PPD, anticuerpos antinucleares, p-ANCA, anti-VIH negativos. La biopsia de piel es compatible con una vasculitis leucocitoclástica. Estudios de inmunofluorescencia negativos para IgG. Se manejó con esteroide tópico en lesiones perianales teniendo notable mejoría.

Conclusiones: Debido a la naturaleza insidiosa de la enfermedad y a que es poco frecuente en la población pediátrica, la EB generalmente se diagnostica cuando se expresa plenamente. Nuestro paciente presentó úlceras orales, úlceras en región genital, test de pathergia positivo, vasculitis leucocitoclástica en la biopsia de piel, c-ANCA positivos, datos todos compatibles con EB.

(53)

C2-CM217

¿Vasculitis cutánea = Púrpura de Henoch Shönlein? Un error común en Pediatría

Portillo A, Faugier E, Maldonado R, Mendiola K

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La vasculitis es un proceso clinicopatológico caracterizado por inflamación y necrosis de vasos, que afecta vasos de cualquier calibre. La púrpura de Henoch-Shönlein (PHS) es la más frecuente; en presentaciones atípicas se requiere confirmación histológica (inmunofluorescencia).

Caso: Paciente femenino de siete años. Infección de vías respiratorias superiores dos semanas previas. Inicia cuadro clínico de dos días de evolución con dolor abdominal súbito, vómito y lesiones purpúricas generalizadas. Rectorragia no corroborada. Se inició esteroide por sospecha de vasculitis intestinal. Múltiples reingresos por dolor abdominal y púrpura crónica. En la semana 4 desarrolla lesiones de vasculitis en paladar; se inicia azatioprina. Laboratorios: Biometría hemática y pruebas de funcionamiento renal normales. EGO albúmina trazas. Rx de abdomen: Coproestasis. Biopsia de piel: Vasculitis leucocitoclástica. Inmunofluorescencia: Negativo a todos los inmunorreactantes. Inmunológicos: ANA 1:640, antiSM 2, anti DNA 3, ANCAS positivos.

Discusión: La etiología de las vasculitis es extensa, abarca desde causas infecciosas, medicamentos y neoplasias hasta enfermedades autoinmunes. Aunque la PHS es la vasculitis más frecuente, en presentaciones atípicas o curso crónico debemos realizar un diagnóstico diferencial de todas las causas de vasculitis leucocitoclásticas y probable enfermedad de base.

(106)

C2-CM218

Caso clínico de esclerodermia localizada mixta

Macías-Palacios M, Aranda-Fraustro F, Martínez-Lavín M, Vargas A

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Femenino de nueve años de edad sin antecedentes de importancia. Inició en octubre de 2009 con lesión eritematosa, brillante e hipertrófica en la cara lateral de pierna izquierda con disminución del vello, adelgazamiento de la extremidad y disminución de los arcos de movilidad. Fue valorada por facultativo quien diagnosticó esclerodermia, inició prednisona 10 mg/día y metotrexato (MTX) 5 mg/semana, la refirió a nuestro instituto. Negó otros signos o síntomas. EF: TA 90/60 mmHg. FC 82 x', peso 34 kg.

Exploración neurológica, cardiopulmonar y abdominal sin alteraciones. Lesiones cutáneas engrosadas, brillantes e hipertróficas en abdomen (1.8 x 2 cm), cara posterolateral de muslo (12.9 x 6 cm), lateral de la pierna (63.2 cm) y pantorrilla izquierdas (9.9 cm) y en la cara lateral del muslo derecho (18 x 7.1 cm). Limitación a la flexoextensión de rodilla y pie izquierdos. Pérdida de anexos, zonas hipo e hipertróficas en pierna izquierda y dorso del pie derecho. Capilaroscopia normal.

Laboratorio: Leucocitos: 7,400 10³/mL, linfocitos: 3,700 10³/mL, neutrófilos: 3,000 10³/mL, Hb:14.4 g/dL, plaquetas: 279,000 10³/mL, VSG:17 mm/h, PCR 7.5 mg/L, creatinina: 0.39 mg/dL, anticuerpos antinucleares: 1:1280 patrón homogéneo. Anti-Ro, La, Sm, RNP, DNA, SCL70 y centrómero negativos. Se diagnosticó esclerodermia localizada. Se ajustó MTX a 10 mg/semana y se suspendió prednisona.

Evolución: 2/junio/10: Extensión de las lesiones cutáneas a tórax, pie izquierdo, muslo y dorso del pie derecho. Hipotrofia muscular en pierna izquierda. Ecocardiograma y pruebas de función respiratoria normales. Se cambió a ácido micofenólico (MPA) 500 mg/día y se suspendió el MTX. 1/julio/10: Leve incremento del tamaño de la lesión abdominal con hiperpigmentación. Dermatología agregó colchicina 1 mg/día y fototerapia. Se realizó biopsia cutánea. 16/agosto/10: Mejoría del prurito; se detectaron placas hipertróficas en antebrazo izquierdo y extensión a nalga y tobillo izquierdos. Mejoría de los arcos de movilidad. Se ajustó MPA a 750 mg/día.

(138)

C2-CM219

Calcinosis universal en dermatomiositis juvenil. Reporte de un casoHernández-Grajales EA⁽¹⁾, Santillán-Chapa CG⁽²⁾, González-Rosado GD⁽³⁾, Duarte-Salazar C⁽⁴⁾*(1-2) Instituto Nacional de Rehabilitación, (3) Tomografía Axial Computarizada, Instituto Nacional de Rehabilitación, (4) Reumatología Pediátrica, Instituto Nacional de Rehabilitación*

Introducción: La calcinosis en dermatomiositis juvenil (DMJ) se reporta hasta en 40% de los pacientes. Sin embargo, la calcinosis universal (CU) es un diagnóstico raro presentándose en el 1% de los casos.

Reporte de caso: Masculino de ocho años con diagnóstico de DMJ a los tres años; inició la enfermedad a los dos años. En clase funcional IV (CFIV) desde los seis años hasta la actualidad. Su tratamiento inicial fue con prednisona 2 mg/kg, metotrexate 20 mg/semana y ácido fólico. A los cuatro años requirió gammaglobulina humana y metilprednisolona 30 mg/kg IV por reactivación muscular. A los seis años presentó fractura de fémur derecho, siete meses después fractura de fémur izquierdo, manejadas con reducción cerrada, férula de yeso y ácido alendrónico/colecalciferol. A los ocho años ingresa al INR Servicio de Rehabilitación Pediátrica. Se estableció el diagnóstico de calcinosis universal. Por laboratorio sus niveles de creatinofosfocinasa (CPK) se reportaron normales. Las radiografías simples AP, lateral de cráneo, codos, rodillas y AP de pelvis mostraron imágenes radiopacas en tejidos blandos. La TAC de rodillas reveló pérdida de volumen de los grupos musculares de la región, calcificaciones lineales en los tejidos blandos de pelvis y miembros pélvicos, con predominio de los isquiotibiales y pérdida de la densidad ósea.

Discusión: La calcinosis universal, conocida también como calcinosis tumoral, se caracteriza por grandes depósitos nodulares o lineales con extensión a tejidos profundos incluyendo músculos y tendones formando sobre la superficie corporal un extenso y duro depósito de calcio llamado exoesqueleto.

Conclusión: Consideramos que la discapacidad severa de este paciente es secundaria al extenso depósito de calcio en miembros inferiores.

(141)

C2-CM220

Manifestaciones osteoarticulares iniciales en leucemia aguda linfoblástica. Importancia del diagnóstico diferencial

Duarte-Salazar C, Santillán-Chapa CG, González-Rosado GD, Marín-Arriaga N, Vázquez-Meraz JE

Instituto Nacional de Rehabilitación, Hospital General de Ecatepec "Las Américas"

Introducción: La leucemia aguda linfoblástica (LAL) presenta manifestaciones osteoarticulares (OA) iniciales en 40 a 60% de los niños. La LAL se presenta simulando una artritis idiopática juvenil (AIJ) en 5 a 7% de los casos.

Reporte de caso: Niña de seis años. Seis meses antes con dolor y aumento de volumen de codo izquierdo, con limitación de arcos de movilidad. Todas las articulaciones restantes normales. La radiografía AP de antebrazo mostró cambios en la densidad ósea del cúbito con ensanchamiento cortical distal y presencia de imágenes líticas aisladas. La TAC mostró incremento de

volumen a nivel articular radio cubital, cúbito con reacción perióstica desde tercio medio hasta tercio distal con imágenes líticas y cambios en densidad de tejidos blandos. Se investigó proceso inflamatorio óseo (osteomielitis) y/o sarcomatoso. Las biopsias de región supracondílea lateral de húmero, cúbito proximal y distal, reportaron necrosis extensa. Se descartó proceso infeccioso óseo. Tres semanas después presentó monoartritis de rodilla derecha; se consideró el diagnóstico de artritis séptica por lo que se efectuó artrotomía y lavado quirúrgico. Se obtuvo líquido sinovial inflamatorio, sin desarrollo bacteriano.

Dos meses después acude con hiporexia, pérdida de peso, dolor muscular generalizado, poliartritis de codo derecho, 2ª y 3ª metacarpofalángicas, carpos, rodilla derecha y tobillos, sin adenomegalias y sin hepato o esplenomegalia. Hemoglobina 10.1 g/dL, leucocitos 5100, neutrófilos 1180, linfocitos 3780, plaquetas 295,000, DHL normal. FR y anti-DNA negativos, AAN positivos 1:80. Se diagnosticó AIJ, iniciándose deflazacort e hidroxilcloroquina. Los siguientes dos meses asintomática y asignológica. Los cambios radiológicos remitieron totalmente. Se disminuyó deflazacort y la paciente presentó poliartritis; se asoció metotrexato y ácido fólico, con elevación de transaminasas y neutropenia por lo que se suspendió metotrexato.

Tres semanas después presentó adenomegalias axilares de 0.5 cm sin hepato ni esplenomegalia. El estudio de sangre mostró leucopenia, linfocitosis con neutropenia, sin anemia y plaquetas normales. Referida a Servicio de Oncología Pediátrica, el aspirado de médula ósea confirmó el diagnóstico de LAL. Se inició tratamiento de acuerdo a protocolo para LAL.

Discusión. Este caso enfatiza la importancia de efectuar un estudio de médula ósea en niños con diagnóstico de AIJ y características atípicas antes de iniciar la terapéutica con corticoesteroides u otros citotóxicos.

(260)

C2-CM221

Gemelos idénticos con enfermedad de Still con respuesta a etanercept y desarrollo subsecuente de lupus eritematoso sistémico

Ávila-Sánchez JA, Sánchez-Arriaga A, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La enfermedad de Still es muy infrecuente; su presentación en gemelos es excepcional. Su evolución suele ser errática, con exacerbaciones de expresión variable. La respuesta a etanercept (ETC) es adecuada y resulta muy rara la asociación de este biológico con LES.

Caso 1. Inicia en enero de 2008 con enfermedad de Still (poliartritis, dermatosis evanescente, Sd. febril, leucocitosis, alteraciones en PFH), por lo que se maneja con ETC. En remisión hasta enero de 2010, cuando presenta poliartritis, fiebre > 39°C cotidiana e intermitente, psicosis y convulsión tónico-clónica generalizada (CCTCG), angioedema facial episódico y episcleritis ojo derecho además taquicardia sin relación con fiebre; leucopenia y trombocitosis, VSG, anti-CCP y PCR normales, ANCA-p 1:20, AAN 1:1000 homogéneo, ACL 25 UI, TSH 0.33 UI. Se trató con metimazol (MTM) 45 mg, DFH 200 mg, topiramato 100 mg, valproato 400 mg, azatioprina (AZA) 100 mg/día, prednisona (PDN) 60 mg/día, cloroquina (CLQ) 150 mg, metotrexato (MTX) 12.5 mg/semana y ácido fólico (AF) 15 mg/semana. En la actualidad prácticamente asintomático aunque con loratadina y ranitidina adicionalmente a su manejo, ya que presenta episodios de edema angioneurótico y vasculitis urticariana.

Caso 2. Inicia en enero de 2006 con dermatosis generalizada asalmonada evanescente, acompañada de fiebre 38°C cotidiana, intermitente de tres meses de evolución, poliartritis, leuco y trombocitosis, VSG 40 mm/h, FR (-), por lo que se inició AZA 50 mg/día, deflazacort (DFZ) 9 mg/día y MTX 17.5 mg/semana. Posteriormente presenta urticaria y dermatosis

generalizada, fiebre intermitente; PCR 3.26 (< 1.0), requiriendo LTD 20 mg, e incremento de AZA a 600 mg/semana. Cuatro meses después presenta erupción asalmónada, oligoartritis migratoria en manos con VSG 44 mm/h, PCR 3.0 (< 1.0), resto normales; debido a esto se inicia semanalmente ETN 50 mg, MTX 17.5 mg y AF 15 mg; diariamente CLQ 150 mg, PVT 20 mg y meloxicam 15 mg. Un mes después presenta erupción máculo-papular, pruriginosa de predominio en tronco, acompañada de angioedema facial, dolor abdominal difuso y púrpura en miembros inferiores (MI). Histopatológico reporta vasculitis linfocítica en tronco y vasculitis leucocitoclástica en MI; AAN 1:40 moteado fino. Recibió tratamiento adicional diario de hidroxicina 12.5 mg, LTD 20 mg y continúa también con ETN 25 mg/semana. Actualmente asintomático.

(300)

C2-CM222

Síndrome de reconstitución inmunológica, asociado a suspensión de terapia biológica

Jaimez-Hernández J, Aranda-Pereira P, Meléndez Mercado CI, Mendoza-Fuentes A

Centro Médico ISSEMYM

Masculino de 20 años de edad, clasificado en 2003 como artritis idiopática juvenil (AIJ) de inicio poliarticular. Recibió tratamiento con cloroquina y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). En 2004 se evidencian erosiones en pies, agregando metotrexate (MTX) 7.5 mg/semana. Debido a persistencia inflamatoria articular en asociación a entesitis y tenosinovitis, se re-clasifica en el grupo de "artritis asociada a entesitis" y en septiembre de 2004 se agrega infliximab (anti-TNF α); se cumple con el protocolo para inicio de terapia biológica con PPD negativo, a 3.0 mg/kg por dosis (200 mg) hasta lograr remisión clínica.

En diciembre de 2006 experimenta cefalea, por lo que se realiza tomografía cerebral (TAC) reportándose normal. En octubre de 2007 presenta reactivación articular, ajustando dosis de infliximab (300 mg), manteniendo MTX 10 mg/semana. En octubre de 2008 se detecta infección de vías respiratorias bajas y se suspende infliximab y en diciembre el MTX, sustituyendo con sulfasalazina (SFA), con remisión del cuadro infeccioso.

Evolución clínica: En enero y febrero de 2009 nuevamente infección respiratoria con presencia de hemoptóicos, realizando protocolo para descartar TBP sin llegar a definición diagnóstica. Neumología concluye probable infección de vías respiratorias bajas asociada a neumonitis; buena respuesta al tratamiento antibiótico. El 13 de abril de 2009 desarrolla deterioro clínico, con cefalea intensa e hipersomnia, por lo cual fue internado en medio privado. Clínicamente no se integró ningún síndrome neurológico. Se realizó TAC cerebral que evidenció edema supratentorial y lesiones hipodensas en sustancia blanca en ambos hemisferios. Las imágenes de resonancia magnética (IRM) revelaron múltiples nódulos hipointensos con edema diseminados en todo el sistema nervioso central (SNC) (**Figura 1**). Se estableció el diagnóstico de tuberculomas de SNC, identificando micobacterias en líquido cefalorraquídeo (LCR) y en orina, con estudios complementarios con tinción de Zielh-Neelsen positiva, adenosin deaminasa para micobacteria tuberculosa (MBT), PCR para MBT en LCR. Tratamiento con antifímicos y esteroides.

Sin embargo, a pesar de su tratamiento se consideró una respuesta paradójica al desarrollar síndrome orgánico cerebral y déficit motor izquierdo, por inflamación en SNC por lo que se consideró el síndrome de reconstitución inmunológica. Recibió nuevamente dos infusiones de infliximab con respuesta antiinflamatoria favorable. Las lesiones de SNC remitieron completamente.

Conclusiones: Además de los eventos adversos de los agentes biológicos conocidos, la suspensión de tratamiento anti-TNF como en otros casos de

recuperación de la respuesta inmune posterior a manejo antiviral de los pacientes con VIH/SIDA o pacientes con tuberculosis a quienes se les dio terapia antifímica, deberá considerarse el síndrome de reconstitución inmunológica.

(376)

C2-CM223

Reporte de dos casos pediátricos con síndrome de Budd-Chiari como manifestación del síndrome de antifosfolípidos

Gallegos E, Bárcenas S, Yáñez P, Baca V

Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La afección hepática es la manifestación abdominal más común del síndrome de antifosfolípidos (SAF) entre las que se incluye un síndrome poco común denominado Budd-Chiari, que se caracteriza por una obstrucción del flujo venoso hepático a nivel de venas hepáticas o vena cava inferior.

Caso 1. Masculino de 15 años con cuatro meses de evolución con pérdida de peso, fatiga, fiebre, dolor abdominal, ictericia y coluria, cuadro que se cataloga como hepatitis probablemente viral. El paciente es enviado por aumento de volumen en miembro pélvico izquierdo (MPI) y dolor en hueso popliteo ipsilateral. A la exploración física se encuentra hepatomegalia, distensión abdominal, ascitis, red venosa colateral y aumento de volumen del MPI con pulsos conservados. El USG Doppler revela trombosis venosa profunda femoral, poplítea y de safena izquierda. Por la presencia de TTP prolongado (50.8/34.1) que no corrige con plasma normal y de trombocitopenia (36,200) se sospecha SAF que se confirma con la detección de anticoagulante lúpico (AL) de 2.37 y aCL IgG=323.6. Dado lo anterior se considera que el cuadro hepático corresponde a un síndrome de Budd-Chiari, el cual se confirma mediante US Doppler y angio-TAC que documentan trombosis de venas suprahepáticas y vena cava inferior. Aunque los AAN fueron positivos (1:64), no se encontraron otros datos clínicos o de laboratorio para LES. Se inicia tratamiento con bolos IV de metilprednisolona con lo que se corrige la trombocitopenia y posteriormente se continúa con prednisona, cloroquina y enoxaparina.

Caso 2. Masculino de 12 años con padecimiento de 11 meses de evolución caracterizado por náuseas, vómito, diarrea, ictericia y fiebre, manejado en varias ocasiones como un proceso infeccioso gastrointestinal y posteriormente se diagnostica absceso hepático mixto. Por biopsia hepática se establece el diagnóstico de enfermedad de Caroli por lo que se envía a esta unidad. Por el hallazgo de enfermedad hepática veno-oclusiva en la revisión de dicha biopsia así como TTP prolongado (54.3/35) que no corrige con plasma normal y por red venosa colateral se sospecha síndrome de Budd-Chiari secundario a SAF, diagnóstico que se confirma mediante angio-TAC que muestra trombosis de vena cava inferior y por la presencia de AL de 3.17 y aCL IgG=109 e IgM=39, por lo que se inició tratamiento con warfarina. Se encontraron AAN 1:64 sin más datos clínicos o de laboratorio para LES.

Conclusión: Se requiere un alto grado de sospecha clínica para establecer el diagnóstico del síndrome de Budd-Chiari. La presencia de un TTP prolongado que no corrige con plasma normal debe alertar sobre un SAF como causa de este síndrome.

(386)

C2-CM224

Paniculitis como manifestación de lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Xibille-Friedmann D, Márquez Félix J, Ontiveros Nevares P, Mójica Cardoso C, Portillo Romero A, Causor Torres A

Hospital General de Cuernavaca, SSM

Introducción: El término paniculitis hace referencia a la inflamación de la grasa subcutánea que puede ser de etiología primaria o secundaria a una reacción inducida por un proceso inflamatorio sistémico. La paniculitis es una manifestación rara de las enfermedades de tejido conectivo. A continuación se presenta el caso clínico de un paciente de 12 años de edad con paniculitis como manifestación inicial de lupus eritematoso de inicio juvenil (LESJ).

Caso clínico: Adolescente de 12 años y 10 meses, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. El cuadro clínico comenzó un año antes de la valoración inicial posterior a picadura de insecto que produjo lesiones eritematosas, elevadas, no dolorosas ni pruriginosas, localizadas en cara posterior del tórax con distribución en hemicinturón hacia la cara anterior, las cuales evolucionaron a hipotrofia e hipopigmentación local. Un mes después le fue aplicada vacuna de toxoide tetánico en el deltoide izquierdo desarrollando lesión eritematosa de 3 x 2 cm, edema local y posterior hipotrofia e hipopigmentación de la zona afectada.

Dos meses después de forma espontánea presentó una lesión elevada en mejilla derecha que incrementó de tamaño de forma progresiva. Después de ocho meses de evolución le fue realizada biopsia de las lesiones, la cual diagnosticó enfermedad de tejido conectivo en su variante morfea y recibió tratamiento con metotrexate 15 mg/semanal y prednisona 10 mg/día en dosis reducción; sin embargo, no tuvo respuesta al tratamiento médico. Por persistencia del cuadro fue referido a reumatología pediátrica de nuestro hospital donde en la valoración inicial encontramos lesiones hipotróficas y excavadas localizadas en mejilla derecha, dorso y región deltoidea izquierda; en los exámenes paraclínicos sólo hallamos proteinuria de 500 mg/día. La revisión de la biopsia de piel y tejido subcutáneo reportó paniculitis septal multifocal, sin evidencia de vasculitis ni morfea.

(12)

C2-CM225

Crioglobulinemia tipo I, presentación de un caso

Xibille-Friedmann D, Márquez Félix J, Ontiveros Nevares P, Mójica Cardoso C, Portillo Romero A, Causor Torres A

Hospital General de Cuernavaca, SSM

Las crioglobulinas se precipitan en el suero a menos de 37°C. Se reporta un caso de crioglobulinemia tipo I. Masculino de 53 años de edad con artritis reumatoide tratado con esteroide. Tabaquismo y alcoholismo positivo. Adicto a cocaína inhalada por tres años hasta hace un año. Inició en enero de 2010 con púrpura en piernas y pies. Se agregó úlceras necróticas supra-maleolares. La creatinina fue de 0.8 mg/dL y un mes después 8.9 mg/dL. Ultrasonido con riñones normales. Un mes después presentó astenia, adinamia, tos hemoptoica, hematuria, edema. Radiografía de tórax con radioopacidad basal derecha heterogénea con patrón intersticial y alveolar. Evolucionó con anuria, creatinina de 10.2 mg/dL. Ingresó a hemodiálisis. Laboratorio: Hemoglobina 6.4 g/dL, plaquetas 104 /uL, leucocitos 11600 /uL, neutrófilos 10440 /uL, eosinófilos 116 /uL, monocitos 464 /uL, linfocitos 580 /uL, creatinina 10.2 mg/dL, urea 350 mg/dL, BUN 145 mg/dL. Examen general de orina con trazas de proteínas. C3 normal, C4 y CH50 disminuidos. AAN, ANCA, péptido citrulado negativo. Factor reumatoide positivo. Hepatitis B, C y VIH negativos. Electroforesis de proteínas y Bence Jones, anticuerpos anticardiolipina y antiB2 glicoproteína, crioglobulinas negativos. La biopsia renal demostró microangiopatía trombótica glomerular (52 glomérulos). Inmunofluorescencia inespecífica. Biopsia

de piel con depósito de material eosinófilo en vasos de dermis. Tinciones en piel: IgA, IgM, C1q, C3, C4, rojo Congo negativos. IgG positivo. Se trató con 3 g de metilprednisolona mejorando la función renal con creatinina de 0.9 mg/dL, sin proteinuria.

La crioglobulinemia tipo I aparece en 25% de los casos de crioglobulinemias y se asocia a IgG o IgM. El cuadro clínico incluye púrpura, artralgias, necrosis distal, neuropatía periférica, dolor abdominal y glomerulonefritis. Se descartaron procesos correspondientes a otras enfermedades inmunológicas, neoplásicas e infecciosas.

(97)

C2-CM226

Arteritis de Takayasu (AT) serie de casos

Díaz Y ⁽¹⁾, Álvarez E ⁽²⁾

⁽¹⁾ Hospital General de Zona N° 32 IMSS, ⁽²⁾ Hospital General de México, O. D.

Introducción: La AT es una vasculitis granulomatosa de etiología desconocida que afecta vasos de gran calibre. Tiene una incidencia anual de 2.6 casos/millón.

Caso 1. Femenino de 14 años de edad, hipertensa desde los ocho años, de difícil control (160/120 mmHg), con insuficiencia cardíaca; soplo sistólico subclavio y abdominal. Pulso radial derecho ausente. Se realizó cateterismo cardíaco con evidencia de estenosis de las arterias renales de la porción terminal, con estrechez de la aorta torácica y abdominal y porción proximal de la arteria subclavio derecha. Se realizó angiografía con estenosis severa (90%) de las arterias renales. Se realizó angioplastia y dilatación con balón y colocación de stent. Tratada con ASA, propanolol, clopidogrel, metotrexato 15 mg semanal y prednisona dosis variables con buena respuesta.

Caso 2. Femenino de 20 años, con hemiparesia izquierda progresiva, pulsos conservados, disminución de agudeza visual, TAC de cráneo normal, VCN normales, AAN, APLA negativos. La arteriografía con aorta abdominal, ilíacas y femoral común con trayecto, velocidad y flujo disminuidos. No se observa flujo en el tercio medio distal tibial en MPI. La angiografía con estenosis de la arteria subclavio izquierda. TA de 160/100 mmHg. Disminución de los pulsos poplíteo, pedio, radial y cubital izquierdo. Se inició citotóxico e inmunosupresor con buena respuesta.

Caso 3. Femenino de 30 años. Inició con epiescleritis derecha. Presentó alteraciones de la memoria y la conducta con un EEG normal, se agregó disminución de la agudeza visual del ojo derecho con microaneurismas, neovascularidad y anastomosis arteriovenosas (examen con lámpara de hendidura y fluorangiografía). Clínicamente con ausencia de pulso radial y cubital en ambos miembros superiores, soplo sistólico subclavio izquierdo, carotidina bilateral y claudicación de extremidad superior izquierda. VSG 48, filtrado glomerular de 45.01 mL/minuto (37.50%) con proteinuria de 182 mg/24 horas. Se dio tratamiento con metotrexato y esteroides a dosis altas sin respuesta.

Conclusión: La AT es más frecuente en mujeres y con una alta prevalencia de afección ocular y renal que traduce actividad a nivel de arterias carótidas y renales con respuesta variable al tratamiento convencional.

(99)

C2-CM227

Reporte de caso

Méndez García JA, Romero Robles LA, Ramírez González F, Tenorio Aguirre EK, Fuentes Venegas A, Zacarías Castillo R, Rodríguez-Henríquez PJ

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Antecedentes: Masculino de 54 años de edad con antecedente de tabaquismo intenso, índice tabáquico 84 paquetes/año. Inició hace cinco meses con cambios de coloración en la segunda falange distal de la mano izquierda con dolor pulsátil de intensidad 10/10. Se le diagnosticó insuficiencia vascular periférica por médico particular y fue tratado con dicloxacilina, clindamicina, acenocumarina y dexametasona, sin mejoría. Al cuadro previo se agregó disminución progresiva de la sensibilidad. Cuatro meses después, presentó el mismo cambio de coloración en segundo dedo de mano derecha, con características similares y dolor en miembros pélvicos, intensidad 8/10 con dificultad para la deambulación, cambios isquémicos en falange distal del cuarto y quinto orjeos del pie derecho y en el tercer orjeo del pie izquierdo además de edema hasta tercio superior de tibia de predominio derecho.

Ingresó a medicina interna para iniciar protocolo de estudio por probable vasculitis. Su biometría hemática, glucosa, hemoglobina glucosilada y perfil de lípidos fueron normales. Elisa para VIH y perfil viral para hepatitis negativos, hemocultivos negativos, ecocardiograma transtorácico sin evidencia de vegetaciones. Se realizó ultrasonido Doppler arterial de miembros pélvicos reportando ateromatosis de miembro pélvico derecho. Los anticuerpos antinucleares y por inmunofluorescencia así como las especificidades anti-DNAc, anti-Sm, anti-SSA, anti-SSB, anti-RNP fueron negativos. Se le realizó C-ANCA y P-ANCA con resultado negativo. Fue valorado por el servicio de cirugía vascular decidiéndose amputación del cuarto y quinto orjeo del pie derecho.

El reporte histopatológico reportó tejidos blandos con necrosis, isquemia e inflamación aguda hasta bordes quirúrgicos, las paredes de arterias y venas sin infiltrado inflamatorio y sin alteraciones morfológicas en su microanatomía por lo que se diagnosticó **enfermedad de Buerger**. Actualmente se encuentra en tratamiento con calcioantagonistas.

(109) C2-CM228

Amiloidosis renal AA y AL negativas en un paciente con cuadro clínico e inmunológico de granulomatosis de Wegener

Hinojosa A, Reyes E, Salas O, Hernández G

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Hombre de 58 años. Acudió por cuadro de seis meses con faringodinia, otorrea amarillenta e hipoacusia derecha. Tres meses después notó úlceras en faringe, púrpura palpable en piernas, evacuaciones melénicas y hematoquezia, así como congestión nasal y pérdida de peso (20 kg). EF: Nariz con sinequias turbinoseptales bilaterales y costras. Edema en miembros inferiores. Examen por oftalmología: Escleritis necrosante en OD, escleritis difusa anterior en OI y queratitis ulcerada periférica bilateral. Laboratorio: cANCA 1:640 (valor de referencia < 1:20), PR3 27.3 (< 1.4), MPO negativo, VSG 35. Cr 1.7, BUN 39, Ca 9.6. EGO: Prot 4, Leu 42, eritros 10, proteinuria 1 g/24 horas. TAC de senos paranasales con obliteración de celdillas mastoideas y engrosamiento de senos maxilares.

Electroforesis de proteínas séricas, inmunofijación y proteína de Bence Jones sin patrón monoclonal. Biopsia renal: Amiloidosis no-AA, no-AL. Se inició prednisona 1 mg/kg/día más ciclofosfamida 100 mg/día con resolución de las manifestaciones extrarrenales, pero sin modificación de las alteraciones en la función renal. Diversas enfermedades reumatológicas como Behçet, Henoch-Schönlein, Takayasu y polimialgia reumática se asocian con amiloidosis, en especial del subtipo AA. Esta combinación se ha descrito hasta en 20% de los pacientes con AR y en espondilitis anquilosante de larga evolución.

La coexistencia de vasculitis ANCA positiva y amiloidosis sistémica AA se ha informado sólo en una paciente con PAM. En contraste, no se ha

descrito el hallazgo de amiloidosis renal en un enfermo con datos clínicos e inmunológicos de granulomatosis de Wegener. Esta asociación sugiere la combinación de dos entidades independientes, distintivas por la baja frecuencia de vasculitis limitada y amiloidosis renal localizada de subtipo protéico no identificado, cuya coexistencia no hubiera sido posible definir de no haberse realizado la biopsia renal.

(120) C2-CM229

Enfermedad de Kawasaki asociada con linfoma. Reporte de caso

Enciso PS, Suarez LL, Maldonado VR, Zalles VCR, Faugier FE

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una de las vasculitis más frecuentes y puede ocasionar complicaciones graves (cardiopatía adquirida). Cursa con alteración en la regulación de los linfocitos T. Hasta el momento se han reportado en la literatura a nivel mundial tres casos de EK asociada a linfoma.

Reporte de caso: Masculino de 10 años de edad, presenta eritema polimorfo de 20 días de evolución, fiebre, conjuntivitis no exudativa, queilitis, edema de manos y pies, artritis y descamación de pulpejos. Adenomegalia cervical, pétérea fija a planos profundos.

Ecocardiograma: Coronaria izquierda 4.5 mm, DA 4.3 mm, CD 4.1 mm. Derrame pericárdico mínimo. Tratamiento ASA 80 mg/kg/día; no se administró gammaglobulina. TAC: Conglomerado ganglionar cervical derecho. Biopsia de ganglio cervical: Linfoma de Hodgkin no clásico, linfocítico, infiltración a médula ósea E IIIA.

Discusión: En EK se presenta activación policlonal de linfocitos con aumento en concentraciones de IL2, TNF, activación de CD4 y CD8 en la presencia de superantígenos. Se especula que dicha activación es potencial para la desregulación linfocítica con la consecuente expansión clonal anormal y la presentación de neoplasias malignas de estripe linfóide.

(148) C2-CM230

Poliangeítis microscópica reporte de un caso: Presentación inusual

Silva-Luna K, Velarde-Ochoa MC, Villarreal-Alarcón MA, Galarza-Delgado DA, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario UANL, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La poliangeítis microscópica (PAM) es una vasculitis sistémica de vasos de pequeño calibre asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). El cuadro se caracteriza por la presencia constante y temprana de una glomerulonefritis rápidamente progresiva y capilaritis pulmonar con una edad media de presentación alrededor de los 50 años.

Se presenta el caso de una mujer de 21 años sin antecedentes relevantes. Inicia a los 14 años de edad con poliartritis simétrica de muñecas, codos, hombros, rodillas y tobillos de forma aditiva e insidiosa, siendo tratada con antiinflamatorios orales. A los 19 años desarrolla lesiones máculopapulares eritematosas y violáceas en extremidades inferiores, las cuales confluyen y se ulceran en un periodo aproximado de un año, motivo por el que ingresa a

nuestro hospital; hemodinámicamente estable, además presentaba múltiples lesiones en codos, en miembros inferiores las úlceras eran en sacabocado con bordes bien delimitados, algunas con costra hemática y otras presentaban un fondo con secreción purulenta. Paraclínicos: Hemograma normal, VSG 35 mm/min, inversión de la relación albúmina/globulina, examen general de orina normal, factor reumatoide negativo, AAN por IFI HEp-2 1:160 patrón moteado, anticuerpos anti-DNA doble cadena, anti-SM, anti-RO/SSA y anti-LA/SSB negativos, ANCA por IFI 1:160 patrón perinuclear, anti-mieloperoxidasa 18 UI/mL. Se descartó infección. Radiografías de manos normales. Biopsia de úlcera con vasculitis leucocitoclástica y paniculitis septal. Tinciones de ácido periódico de Schiff, Zhiel-Neelsen y hierro coloidal (-). Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día y ciclofosfamida 1gr IV DU.

Discusión: El término PAM fue acuñado en 1948 por Davson, al observar una glomerulonefritis en un paciente con poliarteritis nodosa. En 1992 se adopta el mismo para referirse a una vasculitis necrosante que afecta a vasos de pequeño calibre y presenta afectación renal y pulmonar.

El diagnóstico de PAM en una mujer joven sin participación renal ni pulmonar es inusual por lo que se reporta este caso para documentar su presentación.

(179) C2-CM231

Asociación de enfermedad de Takayasu con evento vascular cerebral como manifestación inicial

Carsolio-Trujano M, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Servicio de Reumatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Antecedentes: Femenino de 30 años, originaria de Querétaro, sin antecedentes de importancia. Inicia en junio de 2005 con evento vascular cerebral de la arteria cerebral media izquierda. Al evaluarla se encuentra fenómeno de Raynaud trifásico, soplo carotídeo bilateral, soplo de estenosis aórtica irradiado a vasos del cuello, pulsos discretamente disminuidos en miembros torácicos. Cursó con dos eventos de síncope durante su hospitalización.

Material y método: Se realizó medición de reactantes de fase aguda con elevación inicial únicamente de VSG 40 mm/h, PCR negativa, VDR (), C3 y C4. Se confirma evento vascular cerebral por tomografía simple de cráneo. Se realiza USG Doppler con reporte de aumento del grosor de la pared de ambas arterias carótidas comunes y de carótida derecha con obstrucción total de la misma. Se da manejo inicial con enoxaparina y pulsos de metilprednisolona ante la sospecha de arteritis de Takayasu, a descartar síndrome de anticuerpos antifosfolípidos asociado. Se realiza medición de anticuerpos anticardiolipinas con una primera determinación de IgM de 28 e IgG negativa y una segunda determinación durante su seguimiento negativo. La aortografía informa afección confinada a vasos supraaórticos, con lo cual se realiza el diagnóstico de arteritis de Takayasu tipo I. Valorada por el servicio de angiología, sino se considera candidata a tratamiento quirúrgico. Continúa manejo con prednisona a dosis altas, asociada a metotrexato, así como antiagregante plaquetario. Su evolución es lenta hacia la mejoría, con recuperación parcial de la función motora de extremidades, persistiendo con disartria. Sin datos clínicos de actividad de la enfermedad, con elevación intermitente pero discreta de reactantes de fase aguda, sin progresión por angiografía de las lesiones antes descritas. Se redujo el esteroide en forma progresiva y actualmente la paciente se encuentra estable y en tratamiento con metotrexato y antiagregante plaquetario.

Conclusión: La arteritis de Takayasu es una angiopatía inflamatoria primaria crónica que afecta a la aorta y sus ramas principales, lo cual se traduce en estenosis y obstrucción secundaria, con la consecuente formación de trombos o dilatación aneurismática vascular. Se ha descrito en la literatura

que el dato inicial es evento vascular cerebral sólo en el 15% de los casos, lo que destaca la importancia de la fase subclínica de la enfermedad, como se observó en esta paciente que debutó con un evento isquémico.

(192) C2-CM232

Tromboangeítis obliterante. Reporte de un caso

Avendaño-García A, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Rodríguez-Inzunza N

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Introducción: La tromboangeítis obliterante (TO) o enfermedad de Buerger se caracteriza por oclusión arterial de los pequeños y medianos vasos arteriales, de causa aún desconocida; sin embargo, el uso o exposición al tabaco es central en el inicio y la progresión de la enfermedad. Entre las teorías para explicar esta relación se ha postulado la hipersensibilidad tardía contra la glicoproteína del tabaco, así como la presencia de inmunocomplejos circulantes con compromiso de pequeñas y medianas arterias. La afección tiende a ser más severa en segmentos distales, siendo casi siempre infrapoplíteo. Presentamos un caso de TO en el cual se corrobora esta relación con el tabaquismo.

Masculino de 33 años de edad, mestizo, con antecedente de tabaquismo desde los 14 años, fumando en promedio 12 cigarrillos al día, con ingesta ocasional de alcohol. Practicaba actividad física de tipo aeróbico durante 30 minutos al día.

Inició en diciembre de 2009 posterior a realización de ejercicio intenso con parestesias en ortijos de pie izquierdo, agregándose hipotermia con palidez y posteriormente cianosis en dicha región. Se realizó ultrasonido Doppler de extremidades inferiores que corroboró disminución de flujos arteriales en las regiones tibial, pedia e interdigital en forma bilateral. Por arteriografía se encuentra oclusión parcial en arterias tibiales.

La afección progresa rápidamente hasta necrosis de primer ortijo de pie izquierdo, se decide amputación con toma de biopsias y reporte histopatológico que señala agregados perivasculares inflamatorios con predominio de polimorfocitos.

Se excluyó afección a otros órganos y se tomaron P-ANCA, C-ANCA y anticardiolipinas con resultado negativo. Se concluyó diagnóstico de TO y se inició tratamiento con sildenafil 4 mg cada 12 horas, cilostazol 100 mg cada 12 horas, nifedipino 30 mg cada 12 horas con mejoría de la sintomatología. Se indica suspensión de tabaquismo.

Tres meses después el paciente presentó recaída, con cianosis distal de ortijos, que se relacionó con reinicio de tabaquismo; se realizó simpatectomía lumbar con mejoría. Posterior a la cirugía el paciente fue sometido a terapia de rehabilitación, suspendió el tabaquismo y continúa en tratamiento con sildenafil, cilostazol y nifedipino con mejoría sintomática y sin presentar nuevos episodios de cianosis.

Conclusión: La TO tiene una distribución mundial con mayor frecuencia en Medio Oriente y predominio en hombres de 20 a 40 años, con tabaquismo intenso. La participación evidente del tabaquismo en la patogenia del padecimiento hace imperativo suspender este hábito. La importancia de presentar este caso es la baja frecuencia de la enfermedad en la población mexicana.

(197) C2-CM233

Hemorragia alveolar secundaria a granulomatosis de Wegener infantil

García-Vidal M, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Introducción: La hemorragia alveolar es una manifestación pulmonar grave de la granulomatosis de Wegener con una tasa de mortalidad cercana al 80% y que puede ser la manifestación inicial en el 5% de los casos. Este tipo de vasculitis es muy poco frecuente en niños y jóvenes, y parece afectar más vías aéreas superiores que inferiores. Presentamos el caso de una paciente joven con diagnóstico de granulomatosis de Wegener y hemorragia broncoalveolar refractaria a tratamiento.

Objetivo: Femenino de 13 años de edad, con diagnóstico de granulomatosis de Wegener en abril del 2010 por manifestaciones de vías aéreas superiores: Sinusitis de repetición, otitis media, epistaxis y manifestaciones pulmonares (infiltrados intersticiales, nódulos y hemoptisis escasa) y mono-neuropatía del nervio facial.

Material y métodos: La biopsia de senos paranasales confirmó daño en vasos de pequeño calibre con necrosis de la pared vascular y formación de granulomas. C-ANCA 101 (fuerte positivo). Se inició tratamiento con tres pulsos de metilprednisolona (1 g/día) y ciclofosfamida (1 g/m² sc), continuando con prednisona VO a dosis altas (1 mg/kg/día). Evolucionó satisfactoriamente, pero a las tres semanas presenta hemoptisis masiva con falla respiratoria, ocupación alveolar diseminada en la radiografía, disminución de 4 g de hemoglobina y lesiones vasculíticas de miembros pélvicos. Se repiten pulsos de metilprednisolona, se administra rituximab 1 g IV y se inicia ventilación mecánica. Ante la falta de mejoría a las 72 horas se realiza plasmaféresis y se administra gammaglobulina IV (2 g/kg). Se continuó apoyo mecánico ventilatorio por insuficiencia respiratoria, complicándose con neumonía nosocomial, choque séptico y falla orgánica múltiple secundaria; sin mejoría de la oxemia pese a FiO₂ al 100% y PEEP elevados, requiriendo dosis crecientes de aminas vasoactivas y falleciendo el día 26 de mayo de 2010.

Conclusión: La granulomatosis de Wegener es una vasculitis granulomatosa necrotizante de pequeños vasos, que tiene predilección clínica por la vía aérea superior, pulmón y riñón. La afección pulmonar en adultos suele ser frecuente (50% de los casos) y por lo general grave; son característicos los infiltrados diseminados, nódulos y capilaritis que pueden causar diversos grados de insuficiencia respiratoria y hemorragia. Aunque la afección pulmonar parece menos común en niños, en esta paciente ocurrió hemorragia pulmonar masiva con mala evolución a pesar del tratamiento instituido.

(259)

C2-CM234

Arteritis de Takayasu en pacientes con artritis reumatoide erosiva

Sánchez-Arriaga A, Ávila-Sánchez JA, Hernández-Núñez E, Martínez-Martínez MU, Ávila-Sánchez JA, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

La arteritis de Takayasu (AT), vasculitis sistémica con afección característica de arterias de gran calibre, parece tener bases inmunopatogénicas similares a las de la artritis reumatoide (AR), aunque su asociación es excepcional. Si bien la tercera parte de los pacientes con AR durante su evolución tiene nódulos reumatoides, es rara una expresión diferente de vasculitis que característicamente es de vasos de pequeño calibre aún en aquellos con mono-neuritis múltiple. Presentamos tres pacientes con AR y AT.

Caso 1. Mujer de 23 años y tres de haber iniciado con artritis, uveítis y episcleritis, FR 195 UI/mL, anti-CCP 0.425, anticuerpos antinucleares (AAN) 1:30 (moteado), por lo que recibió prednisona (Pdn) 7.5 mg/día,

azatioprina (AZA) 50 mg/día, cloroquina (CQ) 150 mg/día y simvastatina (E) 20 mg/día. Un mes después fue hospitalizada por absceso de Fournier. En julio de 2010 presentó hemiparesia faciocrorporal y disartria, disminución de pulsos en miembros superiores con TA de 60/40 mmHg y en MSIs con 140/90 mmHg, con artritis en carpos; Hb 9.1 gr/dL (N-N), VSG 24 mm/h, PCR 0.22 mg/dL, anticardiolipina (aCL) 11.5, AAN (-). RMN con lesión isquémica en núcleo caudado y lenticular. AngioTAC y angiografía. US articular con erosiones, proliferación y señal Doppler en carpos.

Caso 2. Mujer de 60 años, HAS de 15 e hipotiroidismo de cinco años de evolución. En marzo/05 emergencia hipertensiva y evidencia de arteritis de renales, hepática y esplénica en angioTAC; recibió Pdn y MTX 10 mg/semana. En abril/10 poliartritis con US articular; en julio 2010: Artropatía inflamatoria simétrica, hipertrofia sinovial de carpos y MCF; FR 3.4, a-CCP 0.9, VSG 10. Actualmente con manejo a base de MTX 12.5 mg/semana, Pdn 7.5 mg/día, CQ 150 mg/día.

Caso 3. Hombre de 64 años con historia de tabaquismo (IT 45) y AR erosiva de tres años con FR 165 UI/mL; bajo MTX 17.5 mg/semana, SZ 1.5 g/día, CQ 150 mg/día, deflazacort 9 mg/día. En Jul/09 presentó ausencia de pulsos en MSD y angioTAC con oclusión de la subclavia izquierda, PCR 24 mg/dL; se agregó AZA 100 mg/día, MMF 750 mg/día. Once meses, después con TA MSD 110/70 mmHg y MSI 120/80 mmHg.

La combinación de AR y AT es excepcional, aunque estas condiciones podrían tener bases inmunopatogénicas similares que se discutirán; además, se presentarán estudios de imagen.

(263)

C2-CM235

Manejo de granulomatosis de Wegener (GW) persistentemente activa a pesar de tratamiento intenso en presencia de dos infecciones oportunistas pulmonares graves

Hernández-Núñez E, Cuevas-Orta E, Martínez-Martínez MU, Sánchez-Arriaga A, Ávila-Sánchez JA, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis

Introducción: La GW es una vasculitis sistémica, granulomatosa y necrosante que característicamente afecta aparato respiratorio superior e inferior y riñón. Los nódulos pulmonares son distintivos. El aspergiloma suele asentarse en cavitaciones pulmonares y la tuberculosis continúa con muy alta prevalencia en nuestro medio. La ciclofosfamida (CFM) y el rituximab (RTX), empleados habitualmente ante la exclusión de infecciones graves, suelen ser útiles en pacientes graves y refractarios.

Caso clínico: Hombre de 37 años que acudió en octubre de 2008 por historia de sinusitis, rinorrea mucopurulenta, disfonía, estenosis subglótica granulomatosa, escleritis y perforación ocular que ameritó membrana amniótica. Destacó dermatosis papular y necrosis digital, sedimento urinario activo, cANCA () y biopsia renal con glomerulonefritis necrosante focal paucinmune. Recibió PDN 30 mg, ácido micofenólico (MMF) 1.5 g/día, metotrexato (MTX) 15 mg/semana, ácido fólico 5 mg/día y TMP/SMZ 800/160 cada 24 horas. En radiografía de tórax de febrero 2009 destacaron nódulos pulmonares, algunos cavitados y en la TAC múltiples cavitaciones y "bola fungosa". Por lavado bronquial se evidenciaron hifas septadas en ángulo agudo (aspergilosis) y recibió voriconazol y posteriormente itraconazol. Tres meses después presentó con fiebre, tos y expectoración; la muestra por broncoscopia reveló bacilos ácido-alcohol resistentes. El paciente continuó con antifímicos, PDN, MTX y MMF. En agosto por persistencia de actividad se inició CFM IV, pero ante intolerancia continuó con 50 mg/día VO y se agregó rituximab 2 g en dos dosis. En última evaluación sin fiebre ni disfonía, con nueva imagen de TAC con lesiones en resolución.

Discusión: La GW es la vasculitis con mayor frecuencia de recaídas a pesar de adecuado tratamiento, el cual es habitualmente intenso e implica inmunosupresión profunda. El abordaje diagnóstico de lesiones pulmonares, específicamente las nodulares sin y con cavitación, obliga a considerar además de la actividad de la enfermedad, tuberculosis y aspergilosis. El presente informe, sin precedente en la literatura, es de trascendencia por la dificultad diagnóstica y terapéutica y enfatiza la necesidad de evaluaciones periódicas, colegiadas e integrales de diversos subespecialistas.

(308)

C2-CM236

Afección de arterias pulmonares (AP) principales como manifestación inicial en arteritis de Takayasu

Ramírez Santillán K, Vazquez M, Camargo Coronel A, Jiménez Balderas F, Barile Fabris L

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS

Resumen: Femenino de 25 años, combe (), PPD 22 mm, con comunicación interauricular (CIA) desde los cuatro meses de edad. A los 23 años inició con disnea de pequeños esfuerzos, cianosis y fatiga; se realizó cateterismo cardíaco con reporte de CIA y se colocó amplatzter. Al no mostrar mejoría, por sospecha de fístula arteriovenosa pulmonar requirió un nuevo cateterismo que mostró disminución del calibre del tercio medio de la AP derecha y oclusión casi total de la pulmonar izquierda, presión arterial pulmonar de 60 mmHg, con mínimo paso de contraste a la porción basal del pulmón (imagen en punta de lápiz). A la exploración desdoblamiento del 2º ruido con soplo sistólico continuo interesápulovertbral derecho, TA en extremidades: BD 100/60 mmHg, BI 110/70 mmHg, pulsos periféricos presentes. Angiotomografía: Tronco de la pulmonar con diámetro de 2.6 cm, rama derecha 1.8 cm e izquierda 1.5 cm (normal 1.5 a 2 cm) con interrupción abrupta de las ramas distales, que ocasiona oligohemia en el lóbulo superior. Se diagnosticaron secuelas de tromboembolia pulmonar subaguda/crónica; nódulo subpleural en segmento VI de pulmón izquierdo. En la angiorresonancia se corroboró tronco braquicefálico, subclavias, carótidas comunes internas y externas normales.

Discusión: La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa de grandes vasos que afecta principalmente a la aorta y sus ramas, se presenta en mujeres jóvenes. El presente caso corresponde a una paciente sin datos evidentes de afectación sistémica que inicia con síntomas respiratorios por afección de arterias pulmonares principales de manera aislada por arteritis de Takayasu, lo cual ocurre en menos de un 3%. La afección del árbol pulmonar en la arteritis de Takayasu se encuentra en el 50 a 70%; frecuentemente se trata de lesiones estenóticas, sobre todo de arterias segmentarias o subsegmentarias, menos comúnmente de arterias principales. La afección arterial pulmonar aislada como manifestación inicial es rara, los pacientes presentan tos, dolor torácico, disnea y hemoptisis. En esta afección específica el cuadro clínico es atípico, los estudios tomográficos reportan lesiones que simulan embolismo pulmonar y las manifestaciones sistémicas se presentan después de las obstructivas, por lo que suelen considerarse diagnósticos como tuberculosis, hipertensión pulmonar primaria, tromboembolismo pulmonar crónico y sarcoidosis, condiciones que inician con síntomas respiratorios, continuando la progresión de la enfermedad; por tanto, se debe considerar arteritis de Takayasu en mujeres jóvenes con síntomas respiratorios no explicables y obstrucción de las arterias pulmonares de origen desconocido.

(310)

C2-CM237

Poliarteritis nodosa sistémica juvenil. Reporte de caso

Suárez-Larios LM, Zamora CA, Maldonado VR

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La poliarteritis nodosa (PAN) definida histológicamente como una inflamación necrotizante, segmentaria y focal de las arterias de pequeño o mediano tamaño, fue descrita en 1886 por Küssmaul y Maier. Tiene una incidencia global de 0.7/100.000 y una prevalencia de 6.3/100.000. La etiología es desconocida aunque se implican procesos infecciosos desencadenantes.

Reporte de caso: Femenino de 12 años de edad, ingresa por cuadro de ocho meses de evolución caracterizado por fiebre, malestar general, astenia, adinamia, mialgias, artralgias, pérdida de peso (7 kg), lesiones nodulares, dolorosas, eritematosas en manos, piernas y plantas. Dos meses de evolución con dolor urente y cambios de coloración en ortijos derechos progresando a necrosis que exigió amputación, además crisis convulsivas generalizadas. Durante su estancia desarrolla hipertensión arterial sistémica que se controla con nifedipino y captopril. Exámenes de laboratorio con leucocitosis, anemia normo-normo, plaquetosis, elevación de VSG y PCR, ANCA negativo. Angio-TAC cerebral reporta vasoespasmos en sistema vascular de predominio en circulación posterior. Panangiografía: Datos compatibles con PAN, con afección de renal izquierda, arterias hepática, esplénica y mesentérica inferior, oclusión de ambas arterias pedias y tibial anterior izquierda en su tercio distal. Se inicia manejo con pulsos de metilprednisolona y por afección de sistema nervioso central recibe ciclofosfamida intravenosa mensual, con mejoría progresiva de los marcadores de actividad clínicos y de laboratorio.

Discusión: La afección sistémica de la PAN es muy rara en niños, puede interesar prácticamente a cualquier arteria muscular por lo que además de los síntomas constitucionales, puede causar una amplia variedad de disfunciones orgánicas. Las manifestaciones más frecuentes al comienzo y durante la evolución de la enfermedad son fiebre, pérdida de peso, dolores musculoesqueléticos, neuropatía periférica, alteraciones gastrointestinales, lesiones cutáneas e hipertensión, entre otras. Aunque el espectro de la enfermedad puede variar desde una condición autolimitada a un fallo multiorgánico fulminante, la mayoría de los pacientes presenta manifestaciones graves que justifica el uso de tratamiento agresivo. Se necesitan estudios controlados para determinar los tratamientos de remisión y mantenimiento más eficaces, además de los predictores de respuesta individual de los pacientes. Dada la baja incidencia de la PAN en la infancia, para el diagnóstico se requiere un alto grado de sospecha basado en las manifestaciones clínicas y una biopsia mostrando vasculitis o una arteriografía mostrando aneurismas.

(329)

C2-CM238

Respuesta a antiTNF α en sobreposición espondilitis anquilosante y arteritis de Takayasu. Reporte de caso

Aké Uc M

Instituto Mexicano del Seguro Social

La espondilitis anquilosante (EA) y la arteritis de Takayasu (AT) pueden afectar la aorta; el factor de necrosis tumoral α (TNF α) es clave en la patogenia de ambas. El tratamiento con antiTNF α es eficaz en EA y promisorio en AT refractaria.¹ Se reporta un caso de asociación de EA/AT tratado con antiTNF α y evolución satisfactoria.

Caso clínico: Masculino 20 años de edad. Tres meses con artritis de rodillas y tobillos, dolor plantar y sacroilíaco, talalgia, entesitis, rigidez matutina de seis horas. Creatinina sérica (Cr) 0.9 mg/dL, factor reumatoide negativo, VSG 34 mm/h, PCR 160 mg/dL, HLAB27 y escrutinio para tuberculosis

negativos, sindesmofito incipiente en L2 y sacroilitis bilateral grado 2. Reunió criterios para EA² y con BASDAI³ de 10 se inició sulfasalazina y adalimumab, con buena respuesta a ocho semanas por BASDAI de 6. Reingresó tres meses después por dolor abdominal difuso lacerante de dos semanas de evolución, artritis en rodillas, rigidez axial de dos horas, sudoración nocturna, pérdida ponderal de 4 kg, fiebre (39°C), hipertensión arterial (160/110 mmHg), masa abdominal pulsátil, disminución de pulsos humerales, radial izquierdo y ausencia de pulsos pedios. VSG 47 mm/h y PCR 218 mg/dL. Angiotomografía: Estrechamiento de aorta abdominal en 40%, aneurisma de aorta, oclusión total de arterias ilíacas, renales en 80% y aneurisma de arteria renal derecha. Ecografía renal con litiasis bilateral e hidronefrosis izquierda. Ecocardiograma: Mínima estenosis aórtica. Electrocardiograma normal. Aneurismectomía de aorta abdominal con biopsia que reportó aortitis necrosante no infecciosa. Por criterios para AT⁴ y actividad de 4 según NIH,⁵ recibió metilprednisolona en pulsos y metotrexate (MTX). Cursó con insuficiencia renal aguda postrenal, con Cr de 7.2 mg/dL, suspendiéndose MTX y sulfasalazina; por tal motivo no se utilizó ciclofosfamida, continuando prednisona y ADA. Sin embargo, persistió activo de EA/AT: BASDAI 8 e NIH 4, modificándose por etanercept con una respuesta favorable. Diez semanas después con BASDAI 2, NIH 1, VSG 32 mm/h y PCR de 9 mg/dL. Continuó en buenas condiciones por su EA/AT, falleciendo por complicaciones de insuficiencia renal.

Conclusión: La asociación EA/AT es rara; en ambas patologías por separado se ha empleado antiTNF α . En nuestro caso se observó una respuesta adecuada en ambos componentes de esta sobreposición, tanto por clínica, descenso de VSG, PCR, NIH y BASDAI.

Bibliografía

1. Arthritis Rheum 2004;50(7):2296-304.
2. Arthritis Rheum 1984;27:361-8.
3. J Rheumatol 1994; 21:2286-91.
4. Arthritis Rheum 1990;33:1129-34.
5. Ann Intern Med 1994;120:919-29

(382)

C2-CM239

Arteritis de células gigantes y polimialgia reumática. Presentación de un caso clínico con artritis grave

Muñoz Monroy O, Muciño Bolaños M, Rojo Leyva F, Silveira Torre L

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: La arteritis de células gigantes (ACG) afecta a las ramas principales de la aorta con predilección por las ramas extracraneales de la arteria carótida. Ocurre en pacientes mayores de 50 años y frecuentemente involucra a la arteria temporal. Se asocia con polimialgia reumática (PMR) en el 17-66% de los casos. Presentamos un caso en el que la principal manifestación inicial fue artritis grave.

Caso clínico: Paciente masculino de 63 años con diagnóstico reciente de diabetes mellitus 2. Acudió a valoración por evolución de seis meses con síntomas constitucionales (fiebre, escalofríos, astenia) que había motivado su hospitalización y estudio descartándose de manera inicial causas infecciosas y neoplásicas. Al cuadro clínico se agregó la presencia de rigidez articular matutina, poliartritis en articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y hombros, además de mialgias, dolor en cintura escapular y pélvica, así como cefalea parietotemporal, cervicalgia y limitación funcional. Se reportaron reactivos de fase aguda persistentemente elevados, PCR 30 mg/L, VSG 55 mm/h, anticuerpos antipeptido cíclico citrulinado y factor reumatoide negativos, enzimas musculares normales y HLA B27 negativo. Su evolución clínica fue con persistencia de poliartritis

y agudización de la cefalea en la región parietotemporal derecha. Se sospechó ACG por lo que se realizó un ultrasonido de ambas arterias temporales encontrándose trayecto irregular, tortuoso, sin identificar signo del halo y con índices de resistencia normales. Se excluyó afectación de la aorta y ramos principales con estudio de angiografía. Ante la persistencia de los síntomas se decidió la realización de biopsia de arteria temporal derecha, observándose lesión proliferativa subendotelial de la pared del vaso que ocasionaba interrupción de las fibras elásticas, células de aspecto fibroblástico y ausencia de células gigantes. Con los datos de edad de inicio mayor de 50 años, cefalea reciente, VSG > 50 mm/h y anomalías en la biopsia de arteria temporal se clasificó como arteritis de células gigantes. Recibió manejo con bolos de metilprednisolona y glucocorticoide a dosis altas y posteriormente cuatro aplicaciones quincenales de adalimumab. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, con dosis bajas de glucocorticoide y en seguimiento.

Conclusión: El diagnóstico de ACG y PMR se realiza con bases clínicas y evidencia de reactivos de fase aguda elevados; se confirma con biopsia. La artritis es una manifestación poco frecuente. Presentamos un caso en el que la principal manifestación fue artritis grave.

(247)

C2-CM240

Leucemia aguda que se presenta con manifestaciones clínicas similares a artritis idiopática juvenil de inicio sistémico

Gallegos E, Bárcenas S, Baca V

Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: Hasta 15 a 30% de los casos de leucemia aguda en la infancia pueden presentarse con manifestaciones musculoesqueléticas tales como artralgias, mialgias e inflamación sinovial. En ausencia de pruebas de laboratorio y gabinete que sugieran malignidad, estos datos pueden llevar a un diagnóstico erróneo de artritis idiopática juvenil (AIJ).

Caso: Masculino de siete años que inicia en mayo de 2010 con artralgias de rodilla y cadera de lado derecho de intensidad moderada que interrumpían el sueño. Es manejado con AINE en su HGZ con mejoría parcial. Un mes después presenta fiebre de 39°C de predominio nocturno, cervicalgia, dolor de gran intensidad en apéndice xifoides y exantema en tronco y extremidades inferiores. La BH muestra 5,600 leucocitos, neutropenia (1,400), plaquetas 427,000, VSG de 60 y PCR de 90. El FR, el urocultivo y los hemocultivos son negativos. Es enviado a nuestro servicio por sospecha de AIJ. A la EF se evidencia palidez generalizada, adenomegalias cervicales e inguinales menores de 0.5 cm y hepatomegalia de 2 cm por debajo del reborde costal. No se encontraron datos de artritis. La BH revela Hb de 10.9, 5,200 leucocitos, 1,600 neutrófilos absolutos, 360,000 plaquetas y VSG de 208, TGO de 48, TGP de 67, FA de 185, ácido úrico de 5.6. El frotis en sangre periférica no mostró blastos. Los niveles de inmunoglobulinas fueron normales y los AAN negativos. El USG abdominal fue normal y en la serie ósea no se encontraron líneas de radiotransparencia, lesiones líticas, periósticas o levantamientos. Se solicita gammagrama óseo con TC99 presentando un incremento de captación del radiofármaco en región frontoparietal bilateral, arcos costales, vertebrae T2 y L1 e isquion izquierdo sugiriendo patología infiltrativa. Estudios posteriores incluyen BH con Hb de 9.8, Hto de 30.2, VCM de 83.9, HCM de 27.5, leucopenia (2,900), neutropenia (1,200), 1,500 linfocitos y 296,000 plaquetas. El aspirado de médula ósea muestra disminución de celularidad con ausencia de megacariocitos y presencia de células inmaduras de estirpe linfoide en un 100%, compatible con leucemia linfoblástica aguda (LLA) L1 de la clasificación de FAB de células T.

Conclusiones: En la infancia, la presencia de dolor musculoesquelético de predominio nocturno desproporcionado con los hallazgos clínicos, aunado a cambios hematológicos mínimos en etapas iniciales obliga a investigar en forma exhaustiva la posibilidad de leucemia aguda, antes de establecer el diagnóstico de AIJ.

(75)

C2-CM241

Arteritis de Takayasu tipo III en una paciente pediátrica de 7 años de edad. Reporte de caso y revisión de la literatura

Mendiola RK, Portillo RAC, Faugier FE, Maldonado VR

Servicio de Reumatología Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT), conocida como la “enfermedad sin pulsos”, es la tercera vasculitis más frecuente de la infancia. Se trata de una vasculitis crónica, inflamatoria y obliterante, que afecta vasos grandes (aorta y sus ramas). Ocurre con mayor frecuencia en las mujeres (relación de 4:1) con una edad promedio de 26 años. Su etiología hasta el momento es desconocida, aunque se ha encontrado relación con la tuberculosis.

Reporte de caso. Presentamos el caso de un paciente femenino de 7 años 7 meses, en quien se estableció diagnóstico de arteritis de Takayasu tipo III. Inicia padecimiento actual el 13 de agosto con ataque al estado general, mialgias, vómito, marcha claudicante de predominio del lado derecho, cefalea, acúfenos, fosfenos, tinnitus, dolor abdominal, precordialgia con irradiación a hombro y brazo izquierdo.

Se inicia abordaje para hipertensión arterial e insuficiencia cardiaca en un hospital de 2º nivel, donde se documenta por ecocardiografía hipertrofia del ventrículo izquierdo y ausencia de pulsos. Se envía para valoración a hospital de 3er nivel. Ingresa a nuestro hospital donde corroboramos hipertensión arterial, ausencia de pulso braquial izquierdo y en miembros pélvicos, soplo holosistólico grado II/VI, hepatomegalia, claudicación.

Se inicia abordaje de estudio descartando vasculitis a nivel oftálmico; negatividad para Tb. Por ecocardiograma se documenta hipertrofia ventricular izquierda. Angiografía: Estenosis a nivel de aorta torácica, aorta abdominal y ambas arterias renales.

Se realiza cateterismo cardiaco documentando disfunción diastólica importante, insuficiencia mitral, estenosis severa de la aorta toracoabdominal con un gradiente de 50 mmHg, estenosis no severa de las arterias renales. Se colocan dos stents largos en la zona estenótica.

Actualmente la paciente se encuentra asintomática, sin gradiente residual, en tratamiento con esteroide, metotrexate, furosemida, enalapril, espirolactona, vitamina D, ácido acetilsalicílico.

Discusión: En pediatría la arteritis de Takayasu se diagnostica en promedio a la edad de 11.4 años. En las arterias afectadas, el proceso inflamatorio provoca trombosis, estenosis, dilatación y aneurismas. Durante la evolución se experimentan múltiples recaídas a pesar del tratamiento médico.

La corrección quirúrgica con técnicas de angioplastia eleva a 80-95% la sobrevivida de los pacientes a cinco años, con una mortalidad del 30%.

(215)

C2-CM242

Lupus eritematoso sistémico pediátrico y enfermedad de Rosai-Dorfman asociada. Reporte de caso

Suárez-Larios LM, Faugier FE, Maldonado VR

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Las linfadenopatías son una manifestación común en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). La histiocitosis sinusal con

linfadenopatía masiva, o enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD), se caracteriza por linfadenopatía cervical bilateral no dolorosa y síntomas constitucionales; afecta principalmente a niños y adultos jóvenes, con una relación hombre - mujer de 1.4:1. La etiopatogenia es desconocida; se postula hipersensibilidad a determinados virus como el Epstein-Barr y herpes simple. Se han descrito en la literatura tres casos de ERD asociada a LES, dos corresponden a población adulta y uno pediátrico.

Reporte de caso: Niño de 10 años de edad con padecimiento de cuatro meses de evolución consistente en astenia, adinamia, hiporexia, fiebre, artritis de manos y rodillas. Laboratorios con elevación de reactantes de fase aguda, leucolinfopenia y albuminuria. Se establece diagnóstico (Dx) de LES por 1) ANA 1:5120, 2) anti-DNA, 3) leucolinfopenia, 4) artritis no erosiva y 5) nefropatía lúpica clase IV. Buena respuesta al manejo con ciclofosfamida, azatioprina y prednisona. Cuatro años después del Dx inicia con aumento de volumen en región submaxilar izquierda. Recibe dos cursos de antibiótico y AINE sin mejoría. TAC: Datos de sialoadenitis parótida izquierda, crecimientos ganglionares cadena yugular digástrica, inguinales y retroperitoneales. Biopsia: Numerosos histiocitos espumosos, algunos con hemofagocitosis y emperipolesis característicos de ERD. Dx confirmado con estudio inmunohistoquímico al encontrar marcadores de histiocitos S-100, CD68 positivos. Manejo expectante, evolución crónica con remisiones y exacerbaciones, sin extensión extraganglionar que comprometiera la vida.

Discusión: Descrita por primera vez en 1969, la ERD es una enfermedad rara con manifestaciones diversas entre las que son características los crecimientos ganglionares. Además de ganglios puede afectar a muchos órganos y sistemas: Piel, sistemas nervioso, respiratorio, digestivo y renal, hueso, ojo. De acuerdo al caso el manejo puede ser expectante o incluir uso de esteroides, inmunosupresores, radioterapia y descompresión quirúrgica. Se han reportado tres casos de ERD asociada a LES, uno en un niño de siete años en quien por manifestaciones de riesgo se dio manejo con anti-CD20 con adecuada respuesta. La linfadenopatía en pacientes con LES debe ser evaluada cuidadosamente. El Dx diferencial incluye hiperplasia reactiva, linfomas, enfermedad de Castleman, enfermedad de Kikuchi y otras. El Dx de certeza se tiene con estudio histopatológico. Por haber tan pocos casos reportados, la asociación patológica de ERD-LES aún debe ser determinada.

(367)

C2-CM243

Pancreatitis aguda como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico (LES) de inicio pediátrico. Reporte de tres casos clínicos

Ibarra GE, Yáñez SP

Servicio de Reumatología, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: Los síntomas gastrointestinales en LES, especialmente el dolor abdominal, tienen una prevalencia de 19.2%. Una de las causas de dolor abdominal es la pancreatitis aguda, entidad grave poco frecuente con prevalencia de 0.7 a 4%. El dolor abdominal y la elevación de amilasa sérica son signos típicos de pancreatitis y ocurren solamente en 8% de los niños con LES y pancreatitis, con una mortalidad > 60%. Existen reportados 12 casos de niños con pancreatitis aguda asociada a LES, cuatro de los cuales fallecieron. Desde 2008 a la fecha se han publicado nueve casos de niños con pancreatitis como manifestación inicial de LES.

Objetivo: Informar los casos clínicos de tres pacientes pediátricos con pancreatitis aguda como causa de dolor abdominal y manifestación inicial de LES.

Caso 1. Femenino de 14 años que ingresa por dolor abdominal intenso, astenia, adinamia, ictericia y coluria de un mes de evolución; los estudios de laboratorio y de imagen reportaron trombocitopenia, amilasa y lipasa

elevadas, datos de nefritis, anticoagulante lúpico (AL) positivo, anti-DNA negativo, AAN. Derrame pleural bilateral, TAC abdominal: Pancreatitis edematosa. SLEDAI = 21. Tratamiento: Hidrocortisona (50 mg/día), MP (3 g), CFA (700 mg).

Caso 2. Masculino de 14 años con cuadro de 15 días de evolución consistente en dolor abdominal, artritis, fiebre y úlceras orales; se documentó leucopenia, nefritis, amilasa y lipasa elevadas, anti-DNA, AAN, AL y aCL positivos. Derrame pericárdico; USG abdominal: Ascitis. SLEDAI= 26. Tratamiento: Hidrocortisona (60 mg/día), MP (3 g), CFA (800 mg).

Caso 3. Femenino de 16 años con cuadro de dos meses de evolución consistente en dolor abdominal difuso, fiebre, pérdida de peso y disnea; los estudios de laboratorio y de gabinete reportaron linfopenia, amilasa y lipasa elevadas, derrame pleural y pericárdico, anti-DNA, AAN, AL y aCL positivas. TAC de abdomen: Pancreatitis edematosa. SLEDAI= 24. Tratamiento: Hidrocortisona (60 mg/día), MP (3 g), CFA (650 mg), gammaglobulina y plasmaféresis. La paciente presentó hemorragia pulmonar y falleció.

Conclusiones: El curso clínico de estos pacientes sugiere una relación directa entre el episodio de pancreatitis aguda y actividad de LES; la posibilidad de pancreatitis aguda en LES debe ser sospechada y considerada en pacientes pediátricos ya que su espectro clínico es amplio y puede cursar desde una forma subclínica hasta ser causa de mortalidad.

(388)

C2-CM244

Mucopolisacaridosis en el diagnóstico diferencial de poliartritis

Gutiérrez Suarez R⁽¹⁾, Brito De León M⁽²⁾, Strassburger Weidmann J⁽³⁾, Zambrano Reyes R⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Hospital General de México, ⁽²⁻⁴⁾ Universidad Anáhuac

Introducción: Se presenta el caso de paciente de género masculino de 17 años de edad que inicia su padecimiento actual con limitación en la movilidad progresiva de muñecas, codos, caderas, rodillas y tobillos acompañada de rigidez, discreto aumento de volumen y poco dolor a la movilidad de seis años de evolución con pérdida secundaria y progresiva de capacidad funcional.

Exámenes realizados: Radiografías simples y resonancia magnética nuclear en regiones afectadas, determinación de reactantes de fase aguda, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, HLA-B27, radiografía de tórax y estudio de huesos largos y columna vertebral, pruebas de función pulmonar, espirometría, ecocardiograma y electrocardiograma, mucopolisacáridos en orina, biopsia de sinovial y determinación de α -L-iduronidasa.

Diagnóstico: Mucopolisacaridosis tipo I (síndrome de Scheie).

Tratamiento: Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos.

Discusión: En el diagnóstico diferencial de la artritis idiopática juvenil (formas poliarticulares) se debe descartar la presencia de enfermedades metabólicas del tipo mucopolisacaridosis, particularmente las formas atenuadas que no cursan con dismorfismo, afección del sistema nervioso central o afección multisistémica. Se discute el diagnóstico en el paciente y la necesidad de tratamiento enzimático sustitutivo de manera temprana antes del inicio de las complicaciones musculoesqueléticas descritas.