

XXXVII Congreso Mexicano de Reumatología

Carteles

C001

Síndrome de Klefner Landau como presentación clínica de lupus neuropsiquiátrico en niños (presentación de 1 caso).

López, A ⁽¹⁾, Jaimes, J ⁽²⁾,

⁽¹⁾ Hospital Materno Infantil ISSEMYM, ⁽²⁾ Centro Médico ISSEMYM

Paciente femenino de 8 años, inicia su padecimiento a los 6 años de edad con irritabilidad, cambios de estado de ánimo, ataxia, afasia motora y hemiplejía izquierda. Se realiza tomografía computada de cráneo, la cual se encuentra sin alteraciones. Valorada por neurología pediátrica, diagnosticando migraña, por lo cual se inicio tratamiento con flunarizina, propanolol y naproxeno con carisoprodol. Se controló la enfermedad con control de sintomatología durante un año, después del cual inicia con fiebre, somnolencia disartria, dislalia, ataxia, afasia motora y hemiplejía derecha. Al ser valorada por neurología se diagnosticó síndrome de Klefner Landau o afasia posepiléptica, por lo cual se inició tratamiento con ácido valproico.

Por persistencia de fiebre se sospecha la posibilidad de encefalitis viral, realizándose punción lumbar la cual se reporto normal. Por mejoría se egresa y continúa vigilancia en la consulta externa. Ocho meses después presenta tos productiva hemoptoica y fiebre, por lo cual se indica antimicrobiano, antiptérico y expectorante sin mejoría persistiendo sintomatología. Sin responder al tratamiento se agregó mal estado general y dificultad respiratoria por lo cual ingresa al servicio de urgencias donde se encuentra clínicamente con dificultad respiratoria, disminución de la entrada de aire, disminución de las vibraciones vocales en hemitórax derecho y se sospecha derrame pleural, el cual se corrobora por radiografía. Se diagnostica neumonía complicada con derrame pleural. Se realizó punción pleural diagnóstica reportando leucocitos 4-6 por campo, Ph8, glucosa 79, proteínas 3113 y densidad 1020. Se inicio tratamiento con antimicrobiano (Cefalosporina) sin disminución del derrame clínico, se realiza control radiológico encontrándose incremento del mismo más del 30% e imagen en garrafa de la silueta cardiaca. Se realizo ecocardiograma observándose derrame pericárdico mínimo. Por laboratorio biometría hemática anemia: Hb9.7, leucocitos 19230, segmentados 57%, linfocitos 23%, plaquetas 172 000, VSG 20, PCR 15.3.

Se colocó sonda pleural, pero, a pesar de ella, no disminuyó derrame pleural. Ante estos hallazgos se solicita inter consulta al servicio de reumatología por sospecha de lupus eritematoso sistémico y pruebas inmunológicas. Se reporta Anti-DNA de cadena doble positivo, anticuerpos antinucleares Numa 1:160, Citoplásmico 1:320 anticardiolipinas IgM 102.4 y se corrobora diagnóstico. Se inicia tratamiento con esteroide e inmunosupresor remitiendo sintomatología.

C002

Corea en lupus eritematoso sistémico.

Jaimes, J ⁽¹⁾, López, A ⁽²⁾,

⁽¹⁾ Centro Médico ISSEMYM, ⁽²⁾ Hospital Materno Infantil ISSEMYM

Femenino de 6 años de edad presenta, en los tres meses previos a diagnóstico definitivo, marcha atáxica, pérdida de la visión, labilidad psicoafectiva y temblor fino de mano izquierda. Dos días después se agregan movimientos coreicos. Al ser valorada por el servicio de neurología se diagnostica Corea de Sydenham, iniciándose tratamiento con penicilina benzatina.

A pesar de tratamiento iniciado, la sintomatología neurológica fue en incremento. Un mes posterior a la manifestación de corea se presenta dismetría, disartria, distonía, hiperreflexia y crisis convulsivas tónico clónico generalizadas, por lo cual se realiza tomografía computada de cráneo, en la cual no se observo alteración alguna. También se realiza punción lumbar y se reporta líquido cefalorraquídeo no patológico. En análisis de laboratorio presenta leucocitopenia y consumo de complemento, por lo que se sospecha lupus y se realizan pruebas inmunológicas, revelando anti DNA de doble cadena positivo 28.6, anticuerpos antinucleares patrón homogéneo 1:160, anticardiolipina IgM 13.4 e IgG 3.1.

Se proporcionó tratamiento con metilprednisolona, gammaglobulina y ciclofosfamida intravenosa con remisión de sintomatología.

C003

Dissección aortica en una paciente con lupus eritematoso generalizado (LEG): reporte de un caso y revisión de la literatura.

Ortiz-Jiménez E. ⁽¹⁾, Insunza-Camacho D. ⁽²⁾, Gurrola-Morales T. ⁽³⁾,

⁽¹⁻³⁾ HGD

Entre las manifestaciones cardiacas del LEG, la pericarditis es la complicación más común. Otras manifestaciones cardiacas son, endocarditis aséptica, miocarditis, pancarditis y enfermedad coronaria. Nosotros presentamos el caso de una mujer de 50 años de edad con diagnóstico de LEG, de quince años de evolución, la cual ingresó al servicio de urgencias por un cuadro de 24 horas de evolución, caracterizado por dolor precordial intenso acompañado de disnea de aparición súbita y diaforesis. A su ingreso se reportó normotensa, con una frecuencia cardiaca de 90 latidos por minuto. En el electrocardiograma se reportó taquicardia sinusal y un desnivel del segmento ST en la cara diafragmática. En sus estudios de laboratorio se reportó: CK, CK-MB, DHL normales; troponina-I y dímero-D positivos y en el

eco-cardiograma realizado a su ingreso solo se detectó hipertrofia ventricular izquierda con dilatación e insuficiencia leve en válvula aortica. Durante su estancia en el hospital, presentó paro cardiorespiratorio súbito, sin respuesta a maniobras de reanimación. En la autopsia realizada se reportó disección de la aorta torácica.

Co04

Prevalencia de factores de riesgo tradicionales y no tradicionales de afección cardiovascular en pacientes ambulatorios con LEG del Hospital General "Dr. Miguel Silva" de Morelia.

Cervantes EC ⁽¹⁾, Viveros ME ⁽²⁾, Cardiel MH ⁽³⁾,

⁽¹⁾ Hospital General, ⁽²⁾ Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas, ⁽³⁾ Hospital General "Dr. Miguel Silva" Morelia, Michoacán

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en México. El LEG presenta una elevada mortalidad cardiovascular en países desarrollados. Es necesario investigar los factores de riesgo cardiovascular (RCV) en una población mestiza-mexicana atendida en un centro de segundo nivel de atención.

Objetivos: Determinar la prevalencia de factores de riesgo tradicionales y no tradicionales de afección cardiovascular en pacientes ambulatorios con LEG.

Métodos: Estudio prolectivo, observacional y transversal, realizado en la consulta externa. Los pacientes cumplían con criterios de la ACR para LEG. El grupo control fue seleccionado por género y edad, buscando un control por cada caso.

Mediciones: Se analizaron factores de riesgo como Hipertensión arterial, DM-2, dislipidemias, obesidad, tabaquismo, deporte, glucosa, perfil de lípidos, PCR, VSG, FvW, IL-6 y TNF- α .

Análisis estadístico: Estadística descriptiva e inferencial. Prueba exacta de Fisher, t de Student. Comparación de valores puntuales de los factores de riesgo entre pacientes LEG y grupo control.

Resultados:

Variable	LEG (n=50)	Control (n=50)	RM (IC 95%)	P
Obesidad	5/50	4/50	1.2(0.32-5)	0.72
Tabaquismo	7/50	4/50	1.8(0.5-6.8)	0.52
Deporte	6/50	2/50	3.2(0.7-14.8)	0.19
HTA	18/50	6/50	4.1(1.4-11.5)	0.005
DM-2	1/50	2/50	0.49(0.43-5.5)	0.5
Colesterol \uparrow	1/50	1/50	1(0.06-16.4)	1
HDL \downarrow	21/50	12/50	2.2(0.9-5.4)	0.056
LDL \uparrow	3/50	0/50		0.7
Triglicéridos \uparrow	13/50	4/50	4(1.2-13.4)	0.01
Menopausia	6/50	8/50	0.7(0.22-2.2)	0.56
IL-6(X,DE) ug	24/62	0.05/8.7		0.009
TNF- α (X,DE) ug	26.4	7.7/3.9		0.000
FvW (X, DE) (%)	67/20	24/62		0.000

Conclusiones: Los pacientes con LEG tienen una mayor prevalencia de (RCV). Varios de ellos son reversibles y deben corregirse.

Co05

Tratamiento con rituximab para la trombocitopenia refractaria secundaria a lupus eritematoso sistémico (LES).

Ramos MA ⁽¹⁾, Mejía Y ⁽²⁾, Aranda LE ⁽³⁾, Calderón RE ⁽⁴⁾, Sauza MJ ⁽⁵⁾, Becerra AM ⁽⁶⁾, García ML ⁽⁷⁾,

⁽¹⁻⁷⁾ UMAE, HE # 25 IMSS

La trombocitopenia refractaria a la terapia convencional es un factor de mal pronóstico en el LES, en los últimos años se ha reportado que el rituximab es una alternativa para estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la respuesta de la trombocitopenia refractaria (TR) secundaria a LES con el uso de rituximab y determinar el tiempo en que se mantiene el efecto libre de recaída.

Material y Métodos: Se revisaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de LES con TR que recibieron tratamiento con rituximab (2 gramos) para conocer la proporción de pacientes que lograron remisión completa (RC): definida como una cuenta plaquetaria >100 mil/mm³; remisión parcial (RP): cuenta plaquetaria entre 50 y 100 mil/mm³ y los no respondedores (NR); así como el tiempo que se mantiene el paciente sin recaída.

Resultados: Se aplicaron dieciséis tratamientos en 13 pacientes, en una paciente 3 y en otra 2 esquemas. Fueron 12 mujeres y 1 hombre con edad media de 28 ± 9 años y tiempo medio de duración del LES de 68 ± 44 meses, con una cuenta media plaquetaria de 38 ± 29 mil. En 14 tratamientos (87%) se logró RC después de 5 ± 2 semanas y 2 pacientes (12.5%) fueron NR. Una de ellas murió por hemorragia masiva. El tiempo medio de respuesta sin recaída fue de 15.6 ± 6 meses. Tres pacientes perdieron el seguimiento y 3 murieron de infecciones no asociadas al tratamiento.

Conclusiones: El rituximab es una alternativa en el tratamiento de pacientes con trombocitopenia refractaria secundaria a LES y el tiempo de remisión sin recaída fue mayor de un año.

Co06

Monitorización de actividad lúpica, y correlación con niveles antiDNAs por ELISA, en pacientes con nefritis, antes y después del tratamiento de inducción a la remisión con ciclofosfamida.

Barragán, Yaneth ⁽¹⁾, Andrade, Lilia ⁽²⁾, Irazoque, Fedra ⁽³⁾, Vega, Ricardo ⁽⁴⁾, ⁽¹⁻⁴⁾ CMN 20 NOVISSSTE

El LES es una enfermedad autoinmune caracterizada por pérdida de la tolerancia inmunológica. Se ha implicado a los antiDNAs en la patogenia, específicamente en la nefritis. Pocos estudios han evaluado el comportamiento de los niveles de antiDNAs en relación con actividad o remisión en este grupo de pacientes.

Objetivo: Corroborar si los antiDNAs constituyen un método eficaz para monitorizar actividad en nefritis lúpica y evaluar si la respuesta al tratamiento con ciclofosfamida en inducción a la remisión correlaciona con reducción en títulos de antiDNAs al inicio y a los 6 meses del tratamiento.

Material y Métodos: Estudio observacional, longitudinal, ambilectivo, se estudiaron 20 pacientes que acudieron a revisión del 1ro marzo 2004-2008. Los pacientes cumplieron con 4 o más criterios de clasificación del ACR para LES y nefropatía lúpica activa, que ameritó tratamiento con ciclofosfamida con el esquema de inducción a la remisión de NIH y con determinación antiDNAs, complemento y MEX-SLEDAI al iniciar tratamiento. Los pacientes recibieron 6 pulsos mensuales de ciclofosfamida determinándose MEX-SLEDAI, antiDNAs y complemento para valorar mejoría.

Resultados: 90% fueron mujeres, la mediana de edad fue 34.5 años, promedio de duración de enfermedad 3.5 años. A los 6 meses de tratamiento, 15

pacientes alcanzaron remisión total de nefritis, 2 remisión parcial y 3 permanecieron con actividad. La mediana de MEX-SLEDAI basal fue 9.5 y a los 6 meses disminuyó a 2. La mediana de los títulos de antiDNA basales 871.35, y al final de 141.75. Observamos correlación entre la mejoría del MEX-SLEDAI y menores títulos de antiDNA, aunque por *Rho* Spearman esta no alcanzó significancia estadística ($p=0.753$). Se encontró correlación estadísticamente significativa entre la mejoría en títulos de antiDNAs y cifras de complemento antes y después del tratamiento ($p < 0.05$). Conclusión: El tratamiento con ciclofosfamida permitió remisión total 75%, y parcial 10%, la actividad por MEX-SLEDAI se redujo en forma significativa. Aunque observamos reducción en los títulos de antiDNAs al terminar el tratamiento, no logramos demostrar correlación significativa entre el índice clínico y el descenso de los títulos de anticuerpos, situación que podría atribuirse a que utilizamos una muestra pequeña para estudio, sin embargo, también concuerda con estudios similares realizados anteriormente, lo que nos hace pensar que los antiDNAs por ELISA, podrían no ser completamente confiables para el seguimiento del tratamiento en todos los pacientes con nefritis, lo que implica la búsqueda de otros marcadores serológicos más específicos en esta entidad

Coo7

Frecuencia de infecciones comunitarias y nosocomiales en pacientes con lupus eritematoso generalizado hospitalizados en un Servicio de Reumatología.

Navarro-Zarza JE ⁽¹⁾, Álvarez-Hernández E ⁽²⁾, Casasola-Vargas JC ⁽³⁾, Burgos-Vargas R ⁽⁴⁾,

⁽¹⁾ Hospital Gral de Mexico, ⁽²⁻⁴⁾ HGM

En el Lupus eritematoso generalizado (LEG) las infecciones constituyen la principal causa de morbimortalidad y de hospitalización.

Objetivo: Determinar la frecuencia, características y factores asociados a infecciones en pacientes con LEG.

Sujetos y Métodos: Se revisaron expedientes de pacientes con LEG, hospitalizados entre enero de 2002 a diciembre de 2007. Se registraron variables demográficas y clínicas; Mex-SLEDAI y SLICC; el tiempo de estancia intrahospitalaria (EIH) y los medicamentos utilizados. Las infecciones fueron consideradas en base a hallazgos clínicos, cultivos o pruebas serológicas específicas y/o respuesta al tratamiento antibiótico. Se registró el tipo de microorganismo; sitio de infección y si era comunitaria o nosocomial.

Resultados: Se estudiaron 473 ingresos. El 89% fueron mujeres con edad de 30 ± 11 años. La estancia intrahospitalaria fue de 13 ± 9 días. Se ingresaron con sospecha clínica de infección 268/473 (57%). Se comprobó la infección en 96/268 (37%). En 152/268 (57%) pacientes se administró tratamiento antimicrobiano empírico; y en 20/268 se descartó la presencia de infección (7%). Se sospechó una infección intrahospitalaria en 63/205 (31%) y se comprobó en 43/63 (71%). En 142/205 (69%) no hubo datos clínicos de infección. Los principales sitios de afección fueron las vías respiratorias y las genitourinarias. Los principales agentes etiológicos aislados fueron bacterias Gram negativas. Los factores asociados a las infecciones comunitarias fueron el uso de Metilprednisolona y ciclofosfamida. Fiebre al ingreso; la afección renal, mucocutánea; leucolinfopenia y la EIH ≥ 7 días. En el análisis multivariado se mantuvieron significativas la afección renal, fiebre al ingreso, EIH y el Mex-SLEDAI. Los factores asociados a infecciones nosocomiales fueron el uso de prednisona, ciclofosfamida y azatioprina; la afección al SNC; SLICC ≥ 2 ; Mex-SLEDAI ≥ 6 ; fiebre al ingreso y la EIH. En el análisis multivariado se asociaron la infección al ingreso, la EIH, el tiempo de evolución y uso de azatioprina.

Conclusión: Las infecciones, tanto nosocomiales como comunitarias, son frecuentes en pacientes con LEG y se asocian a la actividad de la enfermedad y al uso de glucocorticoides e inmunosupresores así como a la duración de la hospitalización.

Coo8

Análisis de las diferencias clínicas y serológicas entre la infección por virus de hepatitis C y el lupus eritematoso sistémico.

MPC ⁽¹⁾, ACC ⁽²⁾, LABF ⁽³⁾, MD ⁽⁴⁾, RS ⁽⁵⁾, MOV ⁽⁶⁾,
⁽¹⁻⁶⁾ HE CMNSXXI

Introducción: Múltiples manifestaciones extrahepáticas han sido reportadas durante la historia natural de la infección por virus de hepatitis C (VHC). Los pacientes con infección por VHC comparten características clínicas y serológicas casi indistinguibles con aquellos pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivo: Analizar las diferencias clínicas y serológicas entre infección por VHC y LES.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 22 pacientes con infección por VHC que presentaron algún síntoma reumatológico y 22 pacientes con LES sin infección por VHC que reunieron criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR). Se parearon por edad y género comparándose las siguientes variables entre los dos grupos: crisis convulsivas, psicosis, síndrome orgánico cerebral, neuropatía periférica, eritema malar, úlceras orales, fotosensibilidad, artralgias, artritis, mialgias, miositis, serositis, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica autoinmune, depuración de creatinina en orina de 24 horas, proteinuria en 24 horas, leucocituria, eritrocituria y la presencia de cilindros; ANA, anti dsDNA, anti-Sm, IgG aCL e IgM aCL, anticuerpos anti-Ro y anti-La, factor reumatoide, crioglobulinas, las fracciones del complemento C3 y C4, VSG y PCR. Se realizó χ^2 para comparar diferencias entre los dos grupos. Se realizó análisis bivariado de Spearman para correlación de la carga viral con las manifestaciones.

Resultados: El 68% de pacientes con infección por VHC y 81% con LES presentaron afección hematológica sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.47$); el 45% de pacientes con VHC tuvieron afección renal y musculoesquelética. Ningún paciente con VHC presentó alteraciones en sistema nervioso y en serosas. El 36% de pacientes con VHC tuvieron alteraciones a nivel inmunológico contra 100% de pacientes con LES, sólo los anticuerpos anti-ENA, aCL y factor reumatoide no tuvieron diferencia estadísticamente significativa. El grupo de pacientes con VHC tratados con interferón tuvieron un mayor número de manifestaciones clínicas comparado con los pacientes que no lo recibieron ($p=0.08$). El genotipo de VHC que más se relacionó a manifestaciones fue el 1b. Existió correlación entre la carga viral del VHC con las manifestaciones musculoesqueléticas y la presencia de leucolinfopenia y trombocitopenia

Conclusiones: Los pacientes infectados por el VHC presentan manifestaciones clínicas y serológicas similares a las de los pacientes con LES, principalmente musculoesqueléticas y hematológicas. El tratamiento con interferón parece relacionarse con la presencia de los síntomas.

Coo9

Falta de predicción clínica, de función renal e inmunológica con el tipo de daño renal en pacientes españoles con nefritis lúpica. Estudio de seguimiento a largo plazo.

Menor Almagro R ⁽¹⁾, Cardiel Ríos MH ⁽²⁾, Rubio Garrido J ⁽³⁾, Eady Alonso M ⁽⁴⁾,

⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁴⁾ Hospital de Jerez de la Frontera (Andalucía-España), ⁽²⁾ Hospital General Doctor Miguel Silva, Morelia,

El LEG es una enfermedad autoinmune, multiorgánica y la afección renal es una de las principales causas de morbi-mortalidad. La utilidad de la biopsia renal es indiscutible con fines diagnósticos, pronósticos y terapéuticos.

Objetivo: evaluar la asociación de los datos clínicos y de laboratorio con el tipo de daño renal y su evolución en pacientes con LEG.

Material y Métodos: Se seleccionaron pacientes con nefritis lúpica con biopsia renal en el hospital de Jerez de la Frontera, España en los últimos 15 años, desde Agosto del 93 hasta Julio del 2008. Con las tinciones habituales de hematoxilina y eosina y PAS fueron evaluadas por microscopía óptica (MO) por un solo patólogo experimentado. Se midieron índices de actividad y cronicidad en cada una de ellas. En base al expediente clínico se revisaron datos clínicos y bioquímicos de función renal en cuatro periodos de tiempo: al diagnóstico de LES, al diagnóstico de nefritis lúpica, en la fecha de realización de las biopsias y en el momento del fin del estudio (Agosto 2008). Se revisó el tratamiento en todos los casos.

Análisis estadístico. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: De las 160 biopsias solicitadas al Servicio de Nefrología se observó nefritis lúpica en 48 de ellas, correspondiente a 30 pacientes. Se hizo una segunda biopsia en 16 pacientes, y en dos de ellos una tercera biopsia. Las causas de la primera biopsia fueron en 14 pacientes por proteinuria en rango nefrótico, en 12 por alteraciones urinarias persistentes, 3 síndrome nefrítico, un caso por insuficiencia renal. El motivo de la biopsia repetida fue en 8 pacientes por alteraciones urinarias persistentes, 3 por proteinuria en rango nefrótico, 2 pacientes por insuficiencia renal. En 3 pacientes más el motivo fue el control de la patología renal tras el tratamiento. El promedio de edad al diagnóstico fue de 26 ± 9.9 años y al momento de la primera biopsia renal fue de 35.7 ± 11 años; la proteinuria de inicio fue de 1357 ± 2996 mg/día; la Dep Cr: 91.36 ml/min; el 93% tuvieron anti-DNA positivos; el 50% tuvieron GNF tipo IV, el 20% tipo III. Ninguna variable clínica ni de laboratorio (C3, C4, hematuria, cilindruuria, proteinuria, niveles de creatinina) pudo distinguir a un tipo especial de nefropatía ni tampoco pudo predecir a los siete pacientes quienes doblaron creatinina en su seguimiento ($p > 0.05$).

Conclusiones: Nuestro estudio enfatiza la importancia de la biopsia renal para tener una mejor certeza diagnóstica e iniciar un tratamiento más apropiado.

Co10

El tratamiento con pioglitazona aumenta la adiponectina plasmática y reduce la resistencia a la insulina en mujeres con lupus eritematoso sistémico (SLE). Reporte preliminar.

Silveira-Torre, LH⁽¹⁾, Goycochea-Robles, MV⁽²⁾, Juárez-Rojas, JG⁽³⁾, Cardoso-Saldaña, GC⁽⁴⁾, Posadas-Sánchez, R⁽⁵⁾, Medina-Urrutia, AX⁽⁶⁾, Posadas-Romero, C⁽⁷⁾,

⁽¹⁾ Departamento de Reumatología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾ Departamento de Reumatología, Hospital Gabriel Mancera, IMSS, ⁽³⁻⁷⁾ Departamento de Endocrinología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: En pacientes con LES, existen concentraciones altas de insulina y de triglicéridos (TG), así como disminución del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (C-HDL). La pioglitazona, un agonista del receptor nuclear gamma activado por proliferadores de peroxisomas, mejora la acción de la insulina y disminuye las concentraciones de glucosa, C-HDL y TG.

Objetivo: Investigar el efecto del tratamiento con pioglitazona sobre el perfil de lípidos, insulina, índice de resistencia a la insulina (HOMA-RI), proteína C reactiva (PCR) y adiponectina, en mujeres jóvenes con LES sin complicaciones.

Métodos: Mujeres premenopáusicas con LES, se asignaron en forma aleatoria a recibir tratamiento con pioglitazona (30 mg/día) o placebo, durante 3 meses. Al inicio y a las 12 semanas de tratamiento, se determinaron las concentraciones de insulina, PCR, adiponectina y lípidos en plasma, así como el HOMA-RI. También, se evaluó la distribución de tamaños, la composición química y las apolipoproteínas de las HDL.

Resultados: Hasta el momento, se han incluido 7 pacientes en el grupo placebo y 8 en el grupo con pioglitazona. La media de la edad del grupo total fue de $29.1 (\pm 8.5)$ años. No hubo diferencias en los valores iniciales de la edad, índice de masa corporal, T.A. sistólica y diastólica, índice de actividad de la enfermedad, uso de prednisona y uso de cloroquina, entre los grupos. Después de 12 semanas de tratamiento, no hubo cambios en las concentraciones plasmáticas de colesterol total, colesterol de las lipoproteínas de baja densidad y apolipoproteína B, en ninguno de los dos grupos. En ambos grupos se observó disminución de los TG. En el grupo de pioglitazona, hubo aumentos en el C-HDL (10%) y apolipoproteína AI (8%) plasmáticos. Además, la pioglitazona redujo la concentración de insulina plasmática (mediana: $12.9 \mu\text{UI/mL}$, rango intercuartil (RI): $7.4-17.3$ vs. mediana: $10.2 \mu\text{UI/mL}$, RI: $5.7-13.5$; $p=0.036$) y aumentó la de adiponectina (mediana: $15.7 \mu\text{g/mL}$, RI: $12.8-18.9$ vs. mediana: $19.3 \mu\text{g/mL}$, RI: $19.0-19.8$; $p=0.012$). El HOMA-RI disminuyó de 2.4 (RI: $1.2-3.7$) a 1.8 (RI: $1.0-2.6$) ($p=0.036$). En ninguno de los grupos se modificó la concentración de glucosa y PCR en el plasma.

Conclusiones: Este estudio muestra que, además de disminuir la insulina y el HOMA-RI, la pioglitazona aumenta las concentraciones plasmáticas de Apo AI, C-HDL y adiponectina. Es posible que la corrección de estas anomalías contribuya a la reducción de la aterosclerosis acelerada que se observa en mujeres con LES.

Co11

Prevalencia de factores de riesgo tradicionales y no tradicionales de afección cardiovascular en pacientes ambulatorios con AR del Hospital General "Dr. Miguel Silva".

Cervantes EC⁽¹⁾, Cardiel MH⁽²⁾, Viveros ME⁽³⁾,

⁽¹⁻²⁾ Hospital Civil "Dr. Miguel Silva" Morelia, Michoacán, ⁽³⁾ Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez" Posgrado

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en México. La AR es una enfermedad con una elevada mortalidad cardiovascular en países desarrollados. Es necesario investigar los factores de riesgo cardiovascular en una población mestiza-mexicana.

Objetivos: Determinar la prevalencia de factores de riesgo tradicionales y no tradicionales de afección cardiovascular en pacientes ambulatorios con AR.

Métodos: Estudio prolectivo, observacional y transversal, realizado en la consulta externa. Todos los pacientes cumplían con criterios de la ACR para AR. El grupo control fue seleccionado por género y edad, buscando un control por cada caso.

Mediciones: Se analizaron factores de riesgo como Hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, obesidad, tabaquismo, actividad física, glucosa, perfil de lípidos, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, Factor de Von Willebran, Interleucina-6 y Factor de necrosis tumoral- α .

Análisis estadístico: Estadística descriptiva e inferencial. Prueba exacta de Fisher para variables dicotómicas, t de Student para variables continuas. Comparación de valores puntuales de los diferentes factores de riesgo entre pacientes AR y grupo control.

Resultados: Se encontraron las siguientes diferencias (AR y control: frecuencia, RM; IC 95%, valor de p): Tabaquismo: $11/50$; $2/50$; 6.7 ($1.4-32$); 0.007 ; Deporte: $10/50$; $0/50$; 2.2 ($1.7-2.8$); 0.001 ; Hipertensión arterial: $25/50$; $10/50$; 4 ($1.6-9.7$); 0.002 ; HDL \downarrow : $19/50$; $9/50$; 2.7 ($1.1-11.4$); 0.02 ; Triglicéridos \uparrow : $23/50$; $8/50$; 4.4 ($1.7-11.4$); 0.001 . (AR y grupo control X/DE, valor de p): IL-6: $17/85$; $46/21$; 0.000 ; TNF- α : $26.6/18$; $9.4/4$; 0.001 ; FvW: $65/19$; $45/20$; 0.09^* .

Conclusiones: Los pacientes con AR tienen un mayor riesgo cardiovascular que el grupo control. Destaca el tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemias, y marcadores inmunológicos.

C012

Prevalencia del papiloma humano en pacientes con artritis reumatoide que usan bloqueadores del factor de necrosis tumoral alfa comparados con pacientes tratados con inductores de remisión tradicional.

Flores-Alvarado De ⁽¹⁾, Garza-Elizondo Ma ⁽²⁾, Galarza-Delgado Da ⁽³⁾, Esquivel-Valerio Ja ⁽⁴⁾, Skinner-Taylor CM ⁽⁵⁾, Villarreal-Alarcón Ma ⁽⁶⁾, Moncayo-Salazar Li ⁽⁷⁾, Treviño-Carmona MD ⁽⁸⁾, Negrete-López R ⁽⁹⁾, De la Cruz-Becerra LB ⁽¹⁰⁾, Riega-Torres J ⁽¹¹⁾, Pérez-Barbosa L ⁽¹²⁾,
(1-12) UANL

Introducción: La incidencia de infecciones es una complicación de la Artritis Reumatoide (AR) que se relaciona con el uso de corticoides e inmunosupresores, incluyendo agentes biológicos como infliximab, adalimumab y etanercept. Existe la preocupación del efecto inmunosupresor de los tratamientos que pueden exacerbar una infección viral subyacente con efectos perjudiciales para el huésped.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la infección con Virus del Papiloma Humano (VPH) en pacientes con AR en tratamiento con Bloqueadores del Factor de Necrosis Tumoral Alfa (anti TNF)

Material y Métodos: El diseño es transversal, comparativo y observacional. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología que hayan recibido tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad tradicionales (FARMES) con o sin anti TNF.

La citología cervical se realizó en el Centro de Artritis y Reumatismo del Hospital Universitario de Nuevo León (UANL) y se interpretó basándose en la clasificación de Bethesda.

La determinación del VPH se realizó en el Departamento de Bioquímica de la Facultad de Medicina (UANL) mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Resultados: Se incluyeron 77 pacientes de los cuales 42 usaban anti TNF y 35 tenían tratamiento con FARMES. El 54.8% con anti TNF tuvieron infección con VPH mientras que el 37.1% con FARMES presentaron la infección. El 100% de los pacientes con Metotrexate (MTX) y anti TNF tuvieron infección con VPH. Los pacientes con uso de anti TNF tratados con 15mg o menos de prednisona tuvieron una prevalencia de VPH del 64.3%, mientras aquellos pacientes tratados con FARMES fue de 51.4%. No hubo significancia estadística en los resultados comentados y tampoco en la presencia del VPH y el número de compañeros sexuales, la evaluación del estado de salud, tabaquismo y el resto de FARMES.

Conclusiones: La presencia del VPH se presentó en una cantidad mayor de pacientes con uso de anti TNF comparados con aquellos con FARMES, sin embargo la relación que existe entre el tratamiento con metotrexate y la presencia del VPH puede ser la causa principal de este aumento en la prevalencia en pacientes con anti TNF. Es necesario aumentar la muestra en el estudio para poder demostrar la ausencia o presencia de la asociación entre estas variables.

C013

Alteraciones pulmonares mediante espirometría: Su relación con el índice DAS-28, tomografía axial computarizada y variables clínicas de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide.

Daza-Benítez, L ⁽¹⁾, Muñoz-Carvajal, A ⁽²⁾, Vallejo-Villalpando, M ⁽³⁾, Zepeda-Moreno, C ⁽⁴⁾, Hinojosa-Hernández, A ⁽⁵⁾
(1) (2) (4) (5) IMSS, (3) U. de Gto.,

Objetivo: Conocer la prevalencia de alteraciones pulmonares mediante espirometría, y su relación con el índice DAS-28 y variables clínicas en pacientes con Artritis Reumatoide.

Material y Métodos: 106 mujeres con criterios del ACR para Artritis Reumatoide fueron seleccionadas. A las pacientes incluidas se les realizó una prueba de espirometría según la American Thoracic Society (ATS). Las pacientes se clasificaron con patrón obstructivo, restrictivo o normal. A 10 pacientes con pruebas de función pulmonar alterada se les realizó una tomografía de alta resolución. El índice DAS-28 y el cuestionario HAQ fueron realizados.

Resultados: La evolución de la AR fue de 106.57/meses \pm 89.2, edad promedio de 47.73 \pm 10.94 años. 35 (33%) de las pacientes tenían antecedente de tabaquismo índice tabáquico de 15.3 cajetillas/año (0.02-37). Las Pruebas de función respiratoria (PFR) fueron normales en 92 pacientes (86.8%), encontrándose patrón obstructivo en 4 (3.8%) y patrón restrictivo en 10 (9.4%). De las 10 tomografías realizadas (2 patrón obstructivo y 8 patrón restrictivo). El tipo de lesión encontrado más frecuente fue el engrosamiento pleural (6 pacientes) y la fibrosis intersticial (4 pacientes) aunque también se encontraron nódulos finos en 3, opacidad en vidrio despidido y derrame pleural en 2, y 1 con patrón panal de abeja. El DAS-28 promedio fue de 4.45 \pm 1.19, el puntaje del HAQ de 0.93 \pm 0.71. Una correlación positiva entre patrón restrictivo y tiempo evolución de AR fue encontrado. Cuando el índice tabáquico fue evaluado como una variable independiente se encontró una correlación entre la hemoglobina, el DAS-28 y la relación VEF1/CVF. No se encontró correlación de los patrones restrictivos y obstructivos con las otras variables estudiadas.

Discusión: Se encontró un patrón obstructivo en el 3.8% de nuestros pacientes, utilizando un punto de corte para obstrucción de la relación VEF1/CVF <70% como se menciona en las nuevas guías comparado con el VEF1/CVF <80% usado en otros estudios. La presencia del patrón restrictivo fue similar a lo reportado (9.4%), resaltando la correlación positiva con el tiempo de evolución de la AR, no reportado en otros estudios, además de que los estudios por TAC mostraron en todos los pacientes con alteración por espirometría anomalías anatómicas. Es de llamar la atención que algunos de los pacientes estaban asintomáticos a nivel pulmonar, con lo anterior el estudio de espirometría es útil en evaluar la función respiratoria del paciente con AR y se correlaciona con los hallazgos anatómicos encontrados en la TAC de alta resolución.

C014

Eficacia y seguridad de abatacept en pacientes con artritis reumatoide con respuesta inadecuada a metotrexato. Subanálisis de 99 pacientes mexicanos incluidos en el estudio AIM.

Abud C ⁽¹⁾, Garza, M ⁽²⁾, Irazoque, F ⁽³⁾, García, I ⁽⁴⁾, García, C ⁽⁵⁾, Cuevas, E ⁽⁶⁾, Balderas, I ⁽⁷⁾, Fanti, L ⁽⁸⁾, Patel, S ⁽⁹⁾,

(1) (6) Hosp Central IMP, (2) Hosp Univ de Monterrey, (3) Hosp 20 de Nov ISSSTE, (4) CEIBAC, (5) HGM, (7) (8) (9) BMS

En el estudio AIM se evaluaron pacientes con AR activa a pesar de tratamiento con metotrexato. En este estudio internacional, Abatacept mostró mayor eficacia que placebo para disminuir la actividad de la enfermedad y la progresión de daño estructural. El Objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia y seguridad de los pacientes mexicanos (MEX) incluidos en el estudio AIM.

Material y Métodos: Realizamos un análisis del subgrupo de pacientes MEX que participaron en el estudio AIM fase 3: aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo (PCB) en pacientes con AR con respuesta inadecuada a MTX. Las evaluaciones principales para eficacia fueron: respuesta ACR a los 6 meses, respuesta HAQ a los 12 meses y progresión radiológica a los 12 meses (Método de Sharp modificado por Genant). Analizamos también lo referente a seguridad.

Resultados: De 652 PTS del estudio AIM, 99 (15%) fueron MEX: 65 pacientes en el grupo de ABT y 34 en PCB. Los resultados fueron consistentes con los del grupo global. El 89.9% de los pacientes completaron el estudio a 365 días. Se suspendió el tratamiento prematuramente por falta de eficacia en 3.1% y 8.8%, respectivamente. Al día 169 más pacientes con respuestas ACR 20, 50 y 70 estaban bajo tratamiento con ABT comparado con PCB (64.6 vs 41.2% $-p=0.043$ -, 38.5 vs 23.5% y 23.1 vs 8.8%, respectivamente); a 365 días, más PTS en ABT tuvieron mejor respuesta de HAQ clínicamente significativa, comparado con el grupo PCB (66.2 vs 44.1%). Se presentaron 3 eventos adversos graves (pielonefritis, tuberculosis y AR), en el grupo de ABT. Ocurrieron eventos adversos en 78.5 vs 76.5% de los pacientes en los grupos de ABT y placebo, respectivamente, siendo el evento más común nasofaringitis (20 vs 17.6%, respectivamente).

Conclusiones: Los resultados en los pacientes mexicanos son consistentes con los observados en el estudio completo. Aunque el número de pacientes mexicanos no permite comparaciones estadísticas, se observa beneficio con el uso de abatacept en la actividad de la enfermedad en comparación con placebo, con seguridad aceptable.

C015

Estudio aleatorizado de abatacept vs. infliximab o placebo: seguridad en el subgrupo de individuos de América Latina en el estudio ATTEST.

Saldade, C⁽¹⁾, Abud C⁽²⁾, Burgos, R⁽³⁾, Orozco, J⁽⁴⁾, Keiserman M⁽⁵⁾, León, G⁽⁶⁾, Becker, JC⁽⁷⁾, Balderas, I⁽⁸⁾, Zingoni, C⁽⁹⁾, Fanti, L⁽¹⁰⁾,

⁽¹⁾ Centro de Inv del Noroeste, ⁽²⁾ Hosp Central IMP, ⁽³⁾ Hosp Gral de México, ⁽⁴⁾ Centro Reumatología, ⁽⁵⁾ Univ Cat Pont, Porto Alegre, ⁽⁶⁾ Hosp Fza Aerea, Lima, ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ ⁽¹⁰⁾ BMS, ⁽⁹⁾ BMS Argentina,

Antecedentes: El estudio ATTEST sugirió eficacia similar de A e I y superior de estos contra P, con perfil de seguridad relativamente más aceptable de A vs I. La seguridad de los biológicos es una preocupación en AL y dado que casi 60% de los individuos del ATTEST fueron de AL, realizamos un subanálisis en estos pacientes con énfasis en seguridad.

Métodos: Los pacientes fueron aleatorizados a A (10 mg/kg), I (3 mg/kg), o P. A los 6 meses, los pacientes en P recibieron A y se permitió el uso de otros DMARD, de esteroides y de AINE. Se realizó un subanálisis de los resultados de AL, enfocado a seguridad.

Resultados: El grupo de AL conformó el 59.2% (255), 89.4% fueron mujeres, con edad promedio de 48.2 y duración de AR 8.4, con puntuación basal DAS28 de 6.9. El grupo de A tuvo mayor respuesta con cambio promedio en DAS28 en el día 197 A vs P: -2.53 vs -1.70 ($p<0.001$). Las suspensiones por eventos adversos (EA) fueron más frecuentes en I (7.3%) que en A (0%) o P (0%). Aunque la frecuencia global de infecciones fue semejante para los grupos, las infecciones pre-especificadas fueron más frecuentes con I (11.5%) que con A (7.5%) o P (9.1%). Se reportaron dos casos de tuberculosis en el subgrupo de AL, ambos en el grupo de infliximab. EA gastrointestinales, neurológicos y musculoesqueléticos se distribuyeron de manera similar entre los grupos. Los resultados del subgrupo de AL confirman los resultados del estudio completo.

Conclusiones: En la población de AL, tanto A como I mostraron beneficios clínicos en pacientes con AR con respuesta inadecuada a MTX. Abatacept mostró perfil de seguridad relativamente mejor al de infliximab.

C016

Comparación de un triple esquema de tratamiento con o sin esteroides en artritis reumatoide de inicio reciente.

Alcalá, M⁽¹⁾, Bustamante, R⁽²⁾, Sánchez, A⁽³⁾, Olguín, L⁽⁴⁾, Hernández, C⁽⁵⁾, Miranda, J⁽⁶⁾, Saavedra-Salinas, M⁽⁷⁾, Ángeles, U⁽⁸⁾,

⁽¹⁻⁸⁾ HE CMNR IMSS

Introducción: El tratamiento temprano de la artritis reumatoide (AR) es una ventana de oportunidad para evitar la progresión y la discapacidad condicionadas por la enfermedad. Sin embargo, el esquema óptimo de tratamiento no está definido y el papel de los esteroides es controversial.

Objetivo: Comparar un triple esquema de tratamiento con y sin esteroides en pacientes activos con artritis reumatoide de inicio reciente (ARIR).

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (ACR, 1987) de menos de un año de evolución de síntomas (ARIR) con actividad de la enfermedad. Se aleatorizaron para recibir uno de dos esquemas de tratamiento: grupo 1 (cloroquina 150 mg/día, sulfasalazina 2 g/día, metotrexate 10-20 mg/semana y prednisona 7.5 mg) o grupo 2 (cloroquina 150 mg/día, sulfasalazina 2 g/día, metotrexate 10-20 mg/semana). Como medida primaria de desenlace se usó DAS 28; como medida secundaria el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ). El análisis estadístico se hizo mediante t de Student y \bar{U} de Mann-Whitney cuando fue necesario.

Resultados: Se incluyeron 85 pacientes, con edad promedio de 41.9 años (rango, 17-75); 72 del género femenino (84.7%). Tres pacientes asignados al grupo 1 fueron excluidas. En ambos grupos de tratamiento, hubo mejoría de las medidas de desenlace como se muestra en la tabla.

Medida	Grupo 1 (n=36)	Grupo 2 (n=46)	Valor de p
DAS28 basal	5.24±0.89	5.26±1.19	0.92
DAS28 12 meses	2.07±1.17	1.91±1.41	0.58
PCR basal	25.1±31.1	22.4±22.7	0.65
PCR 12 meses	10.0±12.6	12.9±14.5	0.35
HAQ basal	1.0±0.7	0.83±0.56	0.07
HAQ 12 meses	0.54±0.56	0.34±0.58	0.08

Sin embargo, no hubo diferencias significativas en la respuesta obtenida al comparar ambos grupos de tratamiento. Tres pacientes del grupo 1 recibieron terapia anti-TNF. No se presentaron eventos adversos serios en ambos grupos.

Conclusiones: El inicio de un esquema de tratamiento inductor de remisión de manera temprana en pacientes con ARIR mejora la actividad y la calidad de vida de la enfermedad. La adición de esteroides no ofrece un mayor beneficio a los 12 meses de seguimiento.

C017

Aterosclerosis carotídea en pacientes con artritis reumatoide y nódulos reumatoideos.

Galarza-Delgado DA⁽¹⁾, Esquivel-Valerio JA⁽²⁾, De la Cruz-Becerra LB⁽³⁾, Treviño-Carmona MD⁽⁴⁾, Negrete-López R⁽⁵⁾, Moncayo-Salazar L⁽⁶⁾, Skinner-Taylor C⁽⁷⁾, Flores-Alvarado DE⁽⁸⁾, Villareal-Alarcón MA⁽⁹⁾, Rodríguez-Amado J⁽¹⁰⁾, Garza-Elizondo MA⁽¹¹⁾,

⁽¹⁻¹¹⁾ HU, UANL

Introducción: La causa principal de mortalidad en pacientes con artritis reumatoide es de origen cardiovascular. Existe una correlación entre la mortalidad cardiovascular y mayor actividad de la enfermedad, sugiriéndose que la inflamación ocurrida en los sujetos con artritis reumatoide puede acelerar el proceso aterosclerótico. En artritis reumatoide, los nódulos reumatoideos se consideran como una manifestación de agresividad de la enfermedad. La medición del grosor de la porción íntima media de la pared de la arteria carótida común, a través de ultrasonografía de alta resolución, es un indicador clínicamente útil para el reconocimiento de la aterosclerosis en etapa prematura.

Objetivos: Determinar la asociación entre la presencia de nódulos reumatoideos, el engrosamiento de la íntima media y la placa de las arterias carótidas como marcador de aterosclerosis.

Pacientes y Métodos: Estudio observacional, transversal. Se incluyeron 124 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en este hospital del 2005 al 2006. La muestra se dividió en dos grupos de estudio, 62 con nódulos reumatoideos y 62 sin nódulos reumatoideos, pareados por edad y sexo. Se evaluó historia clínica, actividad inflamatoria de la artritis reuma-

toide y manifestaciones extrarticulares. Se determinó la VSG, PCR, anti-CCP, FR y se realizó ultrasonido doppler de alta resolución de carótidas. Se realizó análisis descriptivo univariado y multivariado.

Resultados: El 89.5% fueron mujeres y el 10.5% hombres, promedio de edad de 55.5 años (\pm 13.09). El tiempo de evolución promedio de la artritis reumatoide en la población estudiada fue de 12.4 años (\pm 9.74). El FR fue positivo en el 74% de los pacientes, los anti-CCP en el 72%. La prevalencia de la placa carotídea fue de 57% en nuestra población. La presencia de placa se asoció con edad, hipertensión arterial, presión sistólica y circunferencia abdominal. La media de engrosamiento de la íntima media en pacientes con placa fue de 0.08564 cm (\pm 0.002041). No se encontró vinculación entre el engrosamiento de la íntima o placa y las variables clínicas de artritis reumatoide, como la duración de la enfermedad, la deformidad articular, la rigidez matutina, ni con el número de articulaciones dolorosas, inflamadas o nódulos reumatoideos. Tampoco se encontró asociación con la VSG, PCR, FR y anti-CCP entre la población con placa carotídea y sin placa carotídea.

Conclusiones: No se encontró una asociación entre la existencia de nódulos reumatoide y el engrosamiento de la íntima media ni la placa en arterias carotídeas, como marcadores de aterosclerosis en los pacientes con artritis reumatoide.

Co18

Polimorfismos del Gen PADI4. promesa de participación en la patogenia de artritis reumatoide.

Zavala MG ⁽¹⁾, Barroso P ⁽²⁾, González L ⁽³⁾, Nava A ⁽⁴⁾, Gámez I ⁽⁵⁾, Morán MC ⁽⁶⁾, Rosales RC ⁽⁷⁾, Gutiérrez S ⁽⁸⁾, Sánchez J ⁽⁹⁾, Dávalos I ⁽¹⁰⁾, Salazar M ⁽¹¹⁾, Montoya N ⁽¹²⁾,

⁽¹⁾ UIEC, HE, CMNO, IMSS, ⁽²⁾ IHE, CMNO, MSS, ⁽³⁾ HGR 110, IMSS, ⁽⁴⁻⁵⁾ UIEC, HE, CMNO, IMSS, ⁽⁶⁻⁹⁾ Div Med Mol, CIBO, IMSS, ⁽¹⁰⁾ Div Genética, CIBO, IMSS, ⁽¹¹⁾ HE, CMNO, IMSS, ⁽¹²⁾ UIEC, HE, CMNO, IMSS

Introducción: El gen que codifica la enzima peptidil arginina desaminasa IV, fue reconocido como un gen asociado a Artritis Reumatoide (AR). Se describieron 17 polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs), de los cuales cuatro se localizan en la región codificadora (exones 2-4). Uno de los haplotipos se asoció con susceptibilidad a AR y con mayor estabilidad del ARNm de PAD4, lo que aumentaría los niveles de la proteína y como consecuencia habría un aumento de péptidos citrulinados. Éste interés, se incrementa con el estudio de anticuerpos contra péptidos citrulinados cíclicos (anti-PCC), ya que estos anticuerpos han demostrado una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de AR.

Objetivo: Identificar dos de los 4 SNPs exónicos de PADI4 que conforman el haplotipo de susceptibilidad a AR en pacientes con AR y comparar su frecuencia con una población general mestiza mexicana.

Metodología: Se identificaron los genotipos de los polimorfismos PADI4_90 (nt 245 T/C) y PADI4_92 (nt 335 G/C) mediante PCR-RFLPs con iniciadores específicos y las enzimas de restricción *MseI* y *MspI* respectivamente en DNA genómico de 50 pacientes con AR y 98 individuos de población general mestiza mexicana residentes del occidente del país.

Resultados: Las frecuencias genotípicas fueron las siguientes:

PADI4_90		
	PG (n=98)	AR (n=50)
Homocigoto de susceptibilidad (T/T)	-15 (15%)	12 (24%)
Heterocigoto (T/C)	49 (50%)	30 (60%)
Homocigoto de no susceptibilidad (C/C)	34 (35%)	8 (16%)
PADI4_92		
Homocigoto de susceptibilidad (G/G)	28 (28%)	10 (20%)
Heterocigoto (G/C)	58 (59%)	34 (68%)
Homocigoto de no susceptibilidad (C/C)	12 (12%)	6 (12%)

Al analizar esta información, se encontró diferencia significativa al comparar la frecuencia en los genotipos de PADI4_90 entre PG y pacientes con AR con una $p < 0.05$. No se encontró diferencia en la frecuencia de genotipos de PADI4_92.

Conclusiones: Se encontró con mayor frecuencia el alelo de susceptibilidad (T) para el polimorfismo PADI4_90 en pacientes con AR al compararse con la población general.

Co19

Prevalencia de comorbilidad y fragilidad en pacientes con artritis reumatoide (AR).

JML ⁽¹⁾, MPC ⁽²⁾, MPH ⁽³⁾, ACC ⁽⁴⁾, LABF ⁽⁵⁾,

⁽¹⁾ HE CMNSXXI, ⁽²⁾ HE CMN SXXI, ⁽³⁾ HE CMNSXXI, ⁽⁴⁾ HE CMN SXXI, ⁽⁵⁾ HE CMNSXXI

Introducción: La AR representa la forma más común de enfermedad articular inflamatoria crónica que provoca destrucción ósea y discapacidad, repercutiendo sobre la calidad de vida. La comorbilidad es común desde la aparición de la AR, un 72% de los pacientes tienen al menos un estado comorbido y casi el 50% tiene al menos dos. El número de comorbilidades sirve como un factor de riesgo independiente para muerte prematura en la AR.

De manera general el adulto frágil tiene un estado con reservas fisiológicas disminuidas, lo que conlleva a un aumento de riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y un aumento de la vulnerabilidad manifestada por mayor morbilidad y mortalidad. La fragilidad disminuye la capacidad funcional; cuando se evita mejora la calidad de vida y disminuye la mortalidad considerablemente. Los pacientes con artritis reumatoide pueden cumplir criterios para fragilidad lo cual no se ha informado en la literatura médica.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de comorbilidad y fragilidad en pacientes con AR.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios de clasificación del ACR. Se aplicó la escala de evaluación de fragilidad de acuerdo al Estudio Canadiense de Salud y Envejecimiento (CSHA), definiendo fragilidad con tres o más criterios. Se determinaron los procesos comórbidos, la frecuencia de polifarmacia (≥ 2 drogas durante un mínimo de 240 días del año), polifarmacia mayor (≥ 5 drogas) durante el mismo período de tiempo. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Se analizaron un total de 177 pacientes con AR, 164 fueron mujeres (92.65%) y 13 hombres (7.34%), la edad promedio fue de 51 años (22-85), el tiempo promedio de evolución de la AR fue de 13.5 años (1-25) y el número de comorbilidades en promedio fue de 1.49 (0-13), las más frecuentes hipertensión arterial 46 pacientes (25.48%), obesidad 33 (18.64%), dislipidemia 22(12.42%), hipotiroidismo 17(9.6%), diabetes mellitus 16 (9.03%); el promedio de fármacos por paciente fue de 5.63 (1-14), el 99% de los pacientes recibe polifarmacia, y el 123 (69.49%) polifarmacia mayor, 42 pacientes (23.80%) cumplieron criterios para diagnóstico de fragilidad.

Conclusiones: Un porcentaje alto de pacientes con AR presentan comorbilidad y fragilidad lo cual puede impactar negativamente sobre la morbilidad y mortalidad de este grupo de pacientes.

Co20

Inmunizaciones en artritis reumatoide del adulto.

Huerta, G ⁽¹⁾, Chávez, MA ⁽²⁾, Gallaga VA ⁽³⁾, Reyes, A. ⁽⁴⁾, Cruz, Z ⁽⁵⁾
⁽¹⁻⁵⁾ Centenario Hospital Miguel Hidalgo

Introducción: Los pacientes que sufren artritis reumatoide (AR) tienen una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades infecciosas prevenibles. La importancia de inmunizar a los pacientes inmunocomprometidos

ha sido recientemente destacada, sin embargo, existe evidencia de que los promedios de vacunación en esta población son subóptimos.

Objetivo: Conocer cuál es el promedio de inmunizaciones en los pacientes con artritis reumatoide que acuden a la consulta externa del servicio de reumatología.

Material y Método: A lo largo de un mes y mediante un cuestionario impreso se interrogó a los enfermos que padecen AR y que asistieron de manera subsecuente a la consulta externa del servicio de reumatología en relación a cuáles habían sido las inmunizaciones que habían recibido durante los últimos 10 años.

Resultados: 36 pacientes (33 mujeres y 3 hombres) con una edad promedio de 49 años (24 a 71 años) y un tiempo de evolución promedio de la AR de 6.5 años (9 meses a 28 años). 30 de los casos estaban recibiendo fármacos modificadores de la enfermedad y 19 tomaban glucocorticoides por vía oral. En 27 casos, la AR se encontraban activa. La clase funcional más frecuentemente hallada fue la II (n=29). Sólo el 61 % del grupo total había recibido alguna vacuna. La más frecuentemente aplicada fue el toxoide tetánico (30.5%) seguida de la influenza (16.6%) y el neumococo (5.5%). En el 14% de los casos, las pacientes desconocían cuál de las vacunas les había sido aplicada. Durante la campaña de vacunación 2008 dos de las pacientes habían recibido sin autorización médica la vacuna contra la rubeola. En ninguno de los casos el esquema de vacunación se había completado de acuerdo a las recomendaciones vigentes.

Conclusión: Los porcentajes de vacunación observados en esta serie son menores a los reportados en la literatura. La discusión sobre este tema debe realizarse rutinariamente durante la consulta a fin de mejorar los resultados aquí consignados evitando además que los pacientes reciban vacunas que están contraindicadas en los enfermos inmunosuprimidos.

C021

Síndrome de anticuerpos antifosfolípido catastrófico (CAPS) en síndrome de Down. Informe de un caso.

Jara-Quezada, LJ⁽¹⁾, Medina-García, G⁽²⁾, Morán-Delgado, M⁽³⁾, Saavedra-Salinas, MA⁽⁴⁾, Calleja, C⁽⁵⁾,

⁽¹⁻²⁾ HECMR, IMSS, ⁽³⁾ Universidad Autónoma de Nayarit, ⁽⁴⁻⁵⁾ HECMR, IMSS

Introducción: El Síndrome de anticuerpos antifosfolípido (SAF) se ha descrito en Síndrome de Down. Informamos el primer caso de SAF catastrófico (CAPS) en síndrome de Down.

Reporte de caso: Masculino (34 años) con Síndrome de Down, tratado con levopromazina por déficit de atención. En Diciembre 2004 presentó infección urinaria. Se le instaló sonda Foley por hematuria y al retirársela desarrolló eritema y edema y 3 días después presentó cambios isquémicos en glándula. Urología le realizó prepuciotomía por parafimosis y necrosis de glándula. Seis horas después de la cirugía, presentó isquemia y necrosis de la mano derecha por trombosis arterial y venosa profunda. Se le realizó bloqueo peridural cervical y se indicó heparina no fraccionada. Exámenes de Laboratorio: Hb: 11gr/dl, Hto: 34%, Plaquetas: 99 x10⁹, glucosa: 110mg/dl, creatinina: 0.7mg/dl, TTP de más de 120 segundos previo a tratamiento con heparina. Presentó Síndrome compartimental de extremidad superior derecha y se realizó dermofasciotomía encontrándose trombosis de venas cefálica y basilica, epidermolisis, edema con tensión en compartimento flexorpronador antero-braquial y túnel del carpo. A pesar de tratamiento con heparina y aspirina, 3 días después desarrolló isquemia y necrosis en 1o y 2o dedos del pie derecho e izquierdo. Laboratorio: Hb: 8.4gr/dl, Hematocrito: 24.7%, leucocitos: 10 400, plaquetas: 355 x10⁹, VSG: 24, TTP: sin coagular, aCL IgG e IgM positivos (tres determinaciones), trombocitopenia de 70x10⁹-111x10⁹, VDRL falso positivo, panel viral para hepatitis negativo, cANCA (+), ANA (-) Anti dsDNA (-), ecocardiograma normal. Continuó con anticoagulante oral, esteroides, azatioprina y antibióticos y a los 6 días se le realizó amputación de mano derecha y del 2° dedo del pie izquierdo. El estudio histológico mostró trombosis recientes y antiguas de vasos de pequeño y mediano calibre; arteria radial con trombosis reciente con necrosis de la pared e inflamación, vena con

necrosis de la pared. Después de la cirugía, el paciente se estabilizó y fue dado de alta con anticoagulante oral y azatioprina. El diagnóstico final fue CAPS. Cinco meses después, los valores de anticuerpos aCL fueron negativos. Después de 4 años el paciente no ha presentado trombosis.

Conclusiones: Este es el primer informe de CAPS en Síndrome de Down. Factores desencadenantes fueron infección, trauma local, cirugía urológica y probablemente la ingesta previa de fenotiacinas. La coexistencia de síndrome de Down con enfermedades autoinmunes debe ser estudiada.

C022

Síndrome de anticuerpos antifosfolípido catastrófico (SAAFC) como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico juvenil (LESJ).

Soto, E⁽¹⁾, Hernández, V⁽²⁾, Yáñez, P⁽³⁾, Catalán, T⁽⁴⁾, Baca, V⁽⁵⁾,

⁽¹⁻⁵⁾ UMAE, HP, CMN, SXXI, IMSS

Introducción: El síndrome antifosfolípido catastrófico (SAAFC) se caracteriza por presentar trombosis asociadas a títulos altos de anticuerpos antifosfolípidos involucrando a tres o más órganos de forma simultánea o en menos de una semana, con confirmación histopatológica de una microangiopatía trombótica, tiene alta mortalidad (50%); este síndrome puede ser manifestación inicial o parte de actividad de LES o presentarse como SAAF 1°. Sólo hay 5 casos reportados en niños.

Objetivo: Se presenta un caso pediátrico asociado a LES activo, con resolución clínica favorable al tratamiento con pulsos de metilprednisolona (MP) y ciclofosfamida (CFA) y anticoagulación.

Caso clínico: Femenina de 15 años, inicia con dolor abdominal súbito, intenso, ameritó laparotomía exploradora, se observó ascitis e hígado necrótico; en una semana presenta deterioro general, con incremento del dolor abdominal por pancreatitis aguda, derrame pericárdico y pleural (toracentesis), HAS, síndrome nefrítico, fiebre, hepatoesplenomegalia, datos de CID y falla hepática moderada, insuficiencia respiratoria aguda secundaria a tromboembolia pulmonar (TEP). Laboratorio: aminotransaminasemia, hiperbilirrubinemia, elevación de amilasa, lipasa y dímero "D", fibrinólisis, TP y TTP alargados, AL+, VDRL+, AAN +, 1:256, patrón moteado fino, Anti-Ro: +, La, Rnp, Sm y Anti-DNA (Chirithidia Lucilliae) negativos, Anti-Cardiolipina: + (IgG: 158.6U, IgM: 279.U), hipocomplementemia. Gamagrama hepatoesplénico: infarto esplénico. Gamagrama ventilatorio y perfusorio: TEP, Biopsia hepática: trombosis de las venas centrales, trombos recanalizados en las venas suprahepáticas pequeñas. Tratamiento inicial: MP, CFA y enoxaparina; durante el seguimiento: PDN oral, CQ y warfarina y 6 pulsos mensuales con MP y CFA. La evolución de la paciente fue adecuada, recuperó al 100% la función de los órganos que se afectaron y no hubo otros eventos de trombosis.

Conclusiones: 1. La paciente presentó 4 criterios para el diagnóstico de SAAFC definitivo. 2. El SAAFC se presentó como manifestación inicial de LESJ. 3. El diagnóstico y el tratamiento se hicieron de manera oportuna y la respuesta al manejo fue excelente.

C023

Plasmaféresis (PF) y/o inmunoglobulina (IGIV) en el manejo preoperatorio de pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) y requerimiento de cambio valvular.

Angulo, A⁽¹⁾, Aranda-Frausto, A⁽²⁾, Amezcua-Guerra, LM⁽³⁾,

⁽¹⁻³⁾ Instituto Nacional de Cardiología

El SAF es un padecimiento protrombótico de etiología autoinmune que frecuentemente requiere anticoagulación crónica. El manejo preoperatorio de los pacientes con SAF que requieren cambio valvular no está establecido, aunque el uso de PF y/o IGIV es promisorio.

Realizamos un estudio retrospectivo (1970-2007) incluyendo pacientes con SAF y cirugía valvular (de cualquier etiología) en quienes se haya utilizado PF y/o IGIV.

Se encontraron 4 pacientes:

Caso 1: Femenino de 23 años con SAF (obstétrico/aCL/AL). Insuficiencia tricuspídea grave con masa pediculada de 24X13 mm en valva posterior. Previa a la cirugía se realizaron 3 sesiones de PF en días consecutivos; el AL preoperatorio fue negativo. El cambio valvular se realizó sin complicaciones e inició HBPM con posterior introducción de acenocumarina. Siete días después desarrolló taponamiento cardíaco que ameritó realización de ventana pericárdica. Evolución posterior satisfactoria. Patología informó endocarditis trombotica con organización. Actualmente AL, aCL y anti- β_2 GP1 son positivos.

Caso 2: Masculino de 44 años con CRI. Se integró el diagnóstico de SAF (EVC/anti- β_2 GP1) y se demostró degeneración mixomatosa de la válvula mitral con insuficiencia grave, IT grave y HAP moderada. Previa a la cirugía se realizaron dos sesiones de PF. Se realizó cambio valvular mitral sin incidentes y se inició HBPM con introducción gradual de acenocumarina. Patología informó engrosamiento nodular en bordes libres, cuerdas tendinosas fusionadas y degeneración mixoide con focos de infiltrado inflamatorio crónico.

Caso 3: Femenino de 34 años con SAF (obstétrico/TEP/aCL/AL/anti- β_2 GP1), y LES (hemorragia pulmonar y endocarditis de Libmann-Sacks). Se consideró cambio valvular mitral por estenosis (1.2cm²) con repercusión hemodinámica. Previa a cirugía se realizaron 3 sesiones de PF; sin embargo, sólo se realizó valvuloplastia mitral por inestabilidad hemodinámica. La paciente ha presentado dos eventos más de hemorragia pulmonar, requiriendo manejo con CFM, IGIV y esteroides.

Caso 4: Masculino de 57 años con HAS y SAF (trombosis retiniana/AL/aCL). ECOTT con doble lesión Ao, predominio de estenosis (1.2cm²). Antes de cirugía se realizaron 5 sesiones de PF y posteriormente se administró IGIV. La cirugía de cambio valvular y su recuperación fueron satisfactorias.

El uso de plasmaféresis y/o IGIV en el manejo preoperatorio parece asociarse con buen desenlace en pacientes con SAF y requerimiento de cambio valvular.

Co24

Trastornos electrofisiológicos cardiacos en síndrome antifosfolípido primario.

(1), Olguín L (2), Valdespino A (3), Jara LJ (4),

(1-4) *IMSS HECMR*

Se han descrito numerosas alteraciones cardiacas en síndrome antifosfolípido (SAAF). Entre las más frecuentes se encuentran las alteraciones morfológicas como la patología valvular con una prevalencia de 32-38%. Algunas alteraciones funcionales incluyen hipertensión arterial pulmonar 3.5%, hipertrofia y disfunción ventricular.

La oclusión coronaria trombotica y aterosclerótica se ha descrito solo en 2.8% a pesar de existir evidencia de aterosclerosis acelerada en pacientes con síndrome antifosfolípido primario evidenciada por una alta prevalencia de incremento del grosor de la íntima-media carotídea y disminución del lumen sin placas de ateroma que se correlaciona con trombosis arterial, especialmente EVC.

Objetivo: Describir las alteraciones electrocardiográficas en pacientes con síndrome antifosfolípido primario mediante estudio Holter 24 h. Valorar las alteraciones subclínicas de cardiopatía isquémica.

Pacientes y métodos:

Diagnóstico de SAAF primario de acuerdo a los criterios de Sapporo.

Antecedente de trombosis

Sin evidencia de lupus eritematoso sistémico u otra enfermedad reumatológica

Sin historia de cardiopatía isquémica

Previo firma de consentimiento informado, a cada paciente se le realizó monitoreo Holter de 24h y revisó el expediente para obtener los datos clínicos y de laboratorio.

Mediante el programa estadístico SPSS v12 se calcularon las medidas de tendencia central, dispersión, correlación y riesgos.

Resultados: se estudiaron 20 pacientes: 11 mujeres, 9 hombres. Edad 39.0±10.7 años. Tiempo de evolución 7.4 ± 4.6 años. 100% recibían anticoagulantes con un INR 2.5-3.5. En relación a las trombosis 35% presentaron trombosis arterial, venosa 55%, ambas 10%, 40% tenían más de 1 trombosis. Por laboratorio 95% tenían anticardiolipinas positivas y 50% anticoagulante lúpico positivo. Los hallazgos en es estudio Holter fueron los siguientes: ritmo sinusal 100%, frecuencia cardiaca media 81 ± 7.1 latidos/min, FC máxima 136.3 ± 9.9, FC mínima 49.6 ± 7.4, variabilidad FC (SDNN) 123 ± 28.4, anormalidades del segmento S-T 0/20. 75% presentaron extrasístoles (15/20 pacientes), 10/15 de tipo supraventricular, 11/15 ventriculares y 6/15 ambos tipos. No se encontró correlación entre los hallazgos en Holter y los datos clínicos (edad, género, tiempo de evolución, tipo de trombosis y número de eventos tromboticos)

Conclusiones: La prevalencia de cardiopatía isquémica subclínica en pacientes con SAAF primario es baja. Sin embargo, existe una alta prevalencia de que podría ser un dato indirecto de aterosclerosis acelerada.

Co25

Poliartritis como primera manifestación de tuberculosis (Enfermedad de Poncet): reporte de caso.

Aranda-P (1), Meléndez-C (2), Mendoza-A (3), Hernández-L (4), Jaimes-J (5),

(1-5) *ISSEMyM Toluca*

La artritis asociada a tuberculosis fue reportada desde 1897 por Antonin Poncet, con afección poliarticular, aséptica, no erosiva, como parte de las manifestaciones extra pulmonares de tuberculosis. Femenino de 47 años, inició en junio 2007, con artralgiás generalizadas, fatiga, fiebre vespertina de hasta 38°C, intermitente; un mes después se agrega poliartitis simétrica, involucrando carpos, segunda a cuarta metacarpofalángicas bilaterales, rodillas y tobillos. Laboratorio: factor reumatoide 1:40, elevación de reactantes de fase aguda. Las radiografías de manos y pies solo revelaron osteopenia difusa. Se diagnosticó en medio privado artritis reumatoide de inicio temprano, iniciando tratamiento con leflunomida 100mg semanal y metotrexate 10mg semanal, con lo que tiene mejoría parcial del cuadro, 20 días después, se presenta tos con expectoración verdosa, fiebre y dificultad ventilatoria, la radiografía de tórax con infiltrado parahiliar, derrame pleural bilateral. Se ingresa a nuestro servicio iniciando protocolo de estudio, detectando leucopenia de 2800, Hb 10, y plaquetas de 120,000; por toracocentesis cultivos negativos, ELISA PCR positiva para tuberculosis, el PPD positivo 10mm. Se efectuó diagnóstico de tuberculosis pulmonar, se inicia manejo con rifater y etambutol, presentando complicación por pancreatitis, Baltazar B y hepatitis, ambos trastornos remitieron al suspender los antifímicos; se presentó también disminución del estado de alerta sin datos de focalización, con tomografía de cráneo normal, el líquido cefalorraquídeo con PCR positiva para tuberculosis. Se inició manejo de segunda línea para tuberculosis con amikacina y quinolonas con lo que la paciente presentó mejoría del cuadro pulmonar, teniendo como secuelas hipoacusia asociado a aminoglicósidos. Seis meses después la paciente se encuentra en remisión de las manifestaciones.

Conclusiones.- Las manifestaciones músculo esqueléticas de la tuberculosis, son hasta del 20%, sin embargo es infrecuente realizar el diagnóstico de enfermedad de Poncet. En nuestro medio con alta prevalencia para la infección por micobacterias, es obligado tener en cuenta la patología, ya que el diagnóstico oportuno permite evitar complicaciones del tratamiento y agravamiento del la infección.

Co26

Polirradiculoneuropatía crónica inflamatoria desmielinizante en un niño con lupus eritematoso sistémico.Morel, Z⁽¹⁾, Benadón, E⁽²⁾, Faugier, E⁽³⁾, Maldonado, MR⁽⁴⁾,⁽¹⁻⁴⁾ Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La Polirradiculoneuropatía Crónica Inflamatoria Desmielinizante (CIDP) es una neuropatía periférica, adquirida y autoinmune. Se caracteriza por debilidad muscular con o sin pérdida sensorial de las extremidades, pudiendo ser crónica progresiva o con remisión y recaídas repetidas. La prevalencia de neuropatía periférica en adultos con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) varía entre el 5 y el 27%, con incidencia en niños desconocida. Presentamos el caso de un niño de 13 años con CIDP asociado a LES.

Caso clínico: Paciente masculino de 13 años de edad, con debilidad muscular progresiva de 7 meses de evolución, de inicio en miembros superiores (MS), tratado con esteroides, con mejoría. Nuevo cuadro de debilidad muscular de miembros inferiores (MI) y MS, con diagnóstico de Polirradiculoneuropatía desmielinizante, de 1 mes de evolución, tratado con Inmunoglobulina humana, con mejoría clínica y egreso. Recaida de 4 días de evolución, con debilidad muscular ascendente simétrica, de inicio en ambos pies y progreso a tronco y MS. Exploración física: Eritema malar leve, fuerza muscular en MI de 1/5 y en MS de 2/5. Reflejos osteotendinosos profundos ausentes en los cuatro miembros. Electromiografía de MS y MI: cambios de tipo polirradiculoneuropatía motora con patrón predominante desmielinizante. Completa criterios de clasificación para LES, en base en a: Eritema malar, Alteraciones renales: proteinuria, ANA + (1:80 patrón homogéneo), Alteraciones Inmunológicas: antiDNAc, antiBeta2Glicoproteína 1 IgM e IgG, Anti-cardiolipina IgM: positivos, Alteraciones neurológicas: con presencia de CIDP. Recibió tratamiento con Inmunoglobulina humana intravenosa (IgIV) 2gramos/kg/dosis, Ciclofosfamida IV 750mg 2 dosis, 5 bolos de Metilprednisolona a 30mg/kg/dosis, continuando con prednisona a dosis plena, azatioprina 2.2mg/kg/día y bloqueador solar. Alta con mejoría clínica.

Conclusión: La mayoría de los reportes de CIDP corresponde a adultos, tanto de presentación clásica como variante asociada a enfermedades sistémicas como las autoinmunes. En nuestro país no existen datos epidemiológicos, sólo reportes de casos, siendo el primer caso pediátrico descrito con esta asociación. Nuestro paciente presentó una excelente respuesta a la aplicación de IgIV, ciclofosfamida, esteroides y azatioprina, pudiendo explicar regulación en la inmunidad humoral y celular. Es importante tener en cuenta la presencia de alteraciones neurológicas periféricas en pacientes con LES, y entre éstas a la CIDP, aun siendo de rara presentación, ya que de ello depende el manejo adecuado y el pronóstico.

Co27

Presentación de paciente con gota poliarticular con tuberculosis cutánea y articular.Garza-Elizondo Ma⁽¹⁾, Galarza-Delgado Da⁽²⁾, Esquivel-Valerio Ja⁽³⁾, Villarreal-Alarcón Ma⁽⁴⁾, Flores-Alvarado De⁽⁵⁾, Skinner-Taylor CM⁽⁶⁾, De La Cruz-Becerra Lb⁽⁷⁾, Treviño-Carmona Md⁽⁸⁾, Negrete-López R⁽⁹⁾, Moncayo-Salazar Li⁽¹⁰⁾, Riega-Torres J⁽¹¹⁾, Pérez-Barbosa L⁽¹²⁾, Rodríguez-Amado J⁽¹³⁾,⁽¹⁻¹³⁾ UANL

La incidencia de la Tuberculosis (TB) ha aumentado con el uso de inmunosupresores. La TB articular afecta principalmente a articulaciones de carga. El diagnóstico requiere el aislamiento del bacilo en sangre o tejido.

Se presenta el caso de un masculino de 63 años con antecedentes de combe (+) e hipertensión arterial. Inicia hace 5 años con artritis de rodilla izquier-

da de inicio súbito que mejoró en 48 hrs espontáneamente. Posteriormente afecta la rodilla contralateral, tobillos, pies, muñecas y codos de forma no aditiva e intermitente con periodos asintomáticos, siendo tratado con esteroides orales. Hace 1 mes inicia con artritis de codo derecho, muñeca, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales bilateral, rodillas y tobillo izquierdo, rash malar, salida de secreción purulenta por múltiples articulaciones, pérdida de peso de 4 kg y fiebre de predominio nocturno.

Presentaba lesión eritematosa malar izquierda de 4x6 cm, nódulos eritematosos periumbilicales superior y derecho de 2cm de diámetro, artritis en codos, muñecas, 2-3 MCF bilateral e IFP 2-3 derechas con salida de secreción amarilla del codo izquierdo. Las rodillas presentaban artritis bilateral, signo de la oleada y salida de secreción amarilla en la derecha. Presentaba nódulo eritematoso en cara anterior de tibia izquierda de 1x2 cm. Hemoglobina 9.3, volumen corpuscular medio 92, leucocitos 11, linfocitos 2.4, plaquetas 728, ácido úrico 10.2mg/dl (82mg/ácido úrico en orina de 24hrs), factor reumatoide 12 (0-3), anti PCC: 3.16 (0-5), VSG 32mm/hr, recuento celular de líquido articular de rodilla derecha 15 040/100% PMN, con cristales de birrefringencia (-), BAAR en esputo, gram de líquido articular de rodilla derecha y codo izquierdo, cultivo de líquido articular de rodilla derecha y codo izquierdo, urocultivo, hemocultivo, KOH y cultivo de líquido articular en rodilla derecha negativos. Biopsia de piel de abdomen con paniculitis septal y tinciones de Pas, Grocott, Zhiel Nielsen y hierro coloidal (-). En las radiografías de manos se aprecian erosiones con bordes colgantes en IFP del 2do-3er dedo y 1era MCF derecha. La biopsia de piel malar fue (+) para fragmentos de genes IS6110, MTP40 y HSP65 para M tuberculosis y el líquido articular positivo (+) para M tuberculosis. Se inicia tratamiento antifímico y alopurinol con dosis profiláctica de colchicina.

La presencia en un mismo paciente de tuberculosis cutánea articular y gota poliarticular es inusual por lo que se reporta este caso para documentar su presentación.

Co28

Nefropatía en gota. Caracterización y factores asociados a mejoría.García-Rascón, R⁽¹⁾, Estrada-Castro, E⁽²⁾, Vázquez-Mellado, J⁽³⁾, Hernández-Cuevas, C⁽⁴⁾, Álvarez-Hernández, E⁽⁵⁾, Peláez-Ballestas, I⁽⁶⁾, Burgos-Vargas, R⁽⁷⁾,⁽¹⁻⁷⁾ Hospital General de México

Objetivo: Describir la función renal, su evolución y factores asociados a mejoría en pacientes con Gota.

Estudio prospectivo (2006-7), observacional de pacientes con Gota (Wallace) en visita inicial. Se recolectaron las siguientes variables: demográficas, clínicas y bioquímicas. Se recolectó la función renal basal y al seguimiento por filtrado glomerular (FG) en 2 de 3.

Métodos: 1) Cockcroft/Gault (C/G), 2) MDRD y 3) depuración de creatinina (DCr). La función renal se clasificó por KDOQUI. Durante el seguimiento determinamos: mejoría (incremento $\geq 25\%$ FG), empeoramiento (deterioro del FG $\geq 25\%$ del FG) y sin cambios (variaciones $< 25\%$ del FG). Análisis estadístico: Prueba de t, X², correlación lineal y regresión logística.

Resultados: Incluimos 133 pacientes, 94% hombres, edad 51.3 \pm 13.7 años, duración de la enfermedad 11.3 \pm 9.3 años. El 65% tenía gota tofácea. Las comorbilidades asociadas fueron: obesidad en 62%, HTA 52%, dislipidemia 50%, diabetes mellitus 11%, hiperglucemia 26%, litiasis renal 11%, historia de cardiopatía isquemia 11% y 5% insuficiencia cardiaca. Los valores promedio de ácido úrico y creatinina séricas fueron 9.3 \pm 6.9 y 1.3 \pm 0.93 mg/dL respectivamente y proteinuria de 590 \pm 820 mg/24h. El FG (promedio \pm DE mL/min) fue: MDRD 75 \pm 24, C/G 86 \pm 33 y DCr 76 \pm 34. Por KDOQUI, el porcentaje de pacientes en cada estadio basal y durante el seguimiento fue: estadio I: 42/52%, II: 38/30%, III:17/14%, IV-V:3/4% respectivamente.

Basalmente se hicieron dos grupos de acuerdo a MDRD: El primero (grupo I) con < 80 y el segundo (grupo II) con $> 80 < 120$ mL/min. El grupo I son significativamente (< 0.05) de mayor edad, inicio más tardío, mayor protei-

nuria y frecuencia de HTA. La segunda evaluación se realizó a los 4.5 meses en promedio. El porcentaje de cambio en el FG fue de 14.3±33.8%. Hubo mejoría en 24.4%, sin cambios 69% y empeoramiento 6%.

Los pacientes con mejoría (comparado con sin cambios) tuvieron significativamente en mayor frecuencia: creatinina basal <1.3 mg/dL, urea basal <40 mg/dL, insuficiencia cardiaca ($p<0.03$) tratamiento adecuado (80 VS 64%, $p=0.1$) y con menor frecuencia: FG basal normal, hemoglobina <14 g/dL y KDOQUI normal. En el análisis de regresión, las variables que se mantienen significativas son KDOQUI normal e insuficiencia cardiaca.

Conclusiones: El 80% de los pacientes con Gota que acuden por primera vez, están en estadios I/II de KDOQUI. Durante el seguimiento en 94% la función renal se mantiene o mejora, los factores que más influyen en la mejoría son estadio renal basal e insuficiencia cardiaca.

C029

Análisis del rendimiento diagnóstico de los criterios preliminares para la clasificación de artritis aguda en gota primaria.

Villaseñor-Ovies, P⁽¹⁾, Ávila-Escobedo, L⁽²⁾, Martínez-Castillo, A⁽³⁾, Rull-Gabayet, M⁽⁴⁾,

(1-4) INCMSSZ

Introducción: La utilidad discriminativa de los criterios de clasificación de artritis aguda en gota (ARA 1977) no ha sido estudiada en enfermos con gota probada por presencia de cristales.

Objetivo: Establecer el rendimiento diagnóstico de los criterios de clasificación de gota.

Método: Estudio con diseño transversal, observacional y comparativo de acuerdo a la iniciativa STARD. Se incluyeron individuos con mono u oligoartritis aguda de etiología desconocida y que requirieran artrocentesis para su estudio. Se indagaron variables demográficas, historia medica y características de la inflamación articular. Se hizo análisis de líquido sinovial.

Análisis estadístico: Se compararon cada criterio de clasificación y otras características clínicas en pacientes con artritis aguda por gota y otras etiologías. Se calculó sensibilidad, especificidad y valores predictivos. Mediante regresión logística se generó un modelo multivariado para identificar variables asociadas con gota probada por cristales.

Resultados: 61 episodios de artritis aguda fueron incluidos en el análisis. La edad media fue 54 ± 22.4 años y 53.4% fueron mujeres. En 74.1% de los casos el episodio fue monoarticular y la rodilla fue el sitio más frecuente de afección. El diagnóstico de artritis aguda por gota se estableció en 15 de 61 casos (24.5%); otras etiologías de artritis aguda fueron: séptica en 13.8%, osteoartritis en 12.1%, artritis reumatoide 8.6%, artropatía por pirofosfato de calcio 19%, otras formas de artritis 10.3%, sin diagnóstico 10.3%. Los pacientes con gota fueron más frecuentemente hombres, tuvieron niveles más altos de ácido úrico y presentaron intervalos más cortos entre el inicio de los síntomas y la máxima inflamación. La presencia de 5 criterios de clasificación se asoció con una sensibilidad de 93% y una especificidad de 76% (VPP 58%, VPN 97%). Los criterios de encuesta (sin análisis de líquido sinovial) tuvieron Sensibilidad 73%, especificidad 72%.

Conclusión: La identificación de cristales en líquido sinovial es un elemento que no debe faltar en la clasificación de artritis aguda por gota.

C030

Eficacia y seguridad del Tocilizumab (TCZ) en pacientes de más de 65 años de edad con Artritis Reumatoide (AR) refractaria a FARME.

Morales-Torres J⁽¹⁾, López-García JA⁽²⁾, Ramos-Remus C⁽³⁾, Castelar-Pinheiro G⁽⁴⁾, Smolen J⁽⁵⁾, Genovese, M⁽⁶⁾,

(1)⁽²⁾ Hosp. Aranda de la Parra, León, México, (3) Centro Médico de Occidente, IMSS, (4) Hosp. Pedro Ernesto, Río de Janeiro, Brasil, (5) University of Vienna, Viena, Austria, (6) Stanford University Medical Center

Antecedentes: El TCZ, inhibidor del receptor de IL-6, ha demostrado eficacia en el control de la AR. Los ancianos con AR presentan peculiaridades en su manejo por las comorbilidades y el mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

Objetivo: Comparar la eficacia y la seguridad de TCZ en el manejo de pacientes mayores y menores de 65 años con AR moderada a grave con pobre respuesta a FARME.

Métodos: Se revisaron los resultados de 2 estudios fase III (OPTION y TOWARD), en que los pacientes recibieron 8 mg/Kg de TCZ + FARME o Placebo + FARME (Controles), analizándose de acuerdo a la edad (<65 y ≥65 años).

Resultados: La población analizada incluyó 835 pacientes tratados con TCZ+FARME y 510 Controles de menos de 65 años y 173 con TCZ+FARME y 107 Controles de más de 65 años. Los resultados que siguen corresponden a TCZ+FARME vs. Controles. La evolución media de la AR fue de 9 vs 8 años (<65 años) y 12 vs 14 años (≥65 años). Las respuestas ACR20 a 24 semanas fueron de 61% vs 27% (<65 años; $p<0.0001$) y 56% vs 18% (≥65 años; $p<0.0001$). Las respuestas ACR 50 y ACR70 fueron significativamente mejores en ambos grupos de edad con TCZ+FARME. Las tasas de remisión (DAS28 <2.6) fueron de 29% vs 3% (<65 años; $p<0.0001$) y 31% vs 0% (≥65 años; $p<0.0001$). El puntaje EULAR bueno/moderado se obtuvo en 80% vs. 37% (<65 años; $p<0.0001$) y 77% vs. 36% (≥65 años; $p<0.0001$). Los eventos adversos (EA) y los EA serios se presentaron en 72% vs. 62% y 6% vs. 4% (< 65 años) y en 71% vs. 60% y 10% vs. 8% (≥65 años), respectivamente. Se observaron infecciones en 37% vs. 31% y en 34% vs. 32% e infecciones graves en 2.6% vs. 1.4% y en 3.4% y 2.8% de los pacientes, respectivamente.

Conclusiones: Los resultados de estos estudios muestran que la terapia con TCZ+FARME por 24 semanas es eficaz, segura y generalmente bien tolerada en pacientes con AR que no responden a FARME, independientemente de la edad.

C031

Comparación de depuración de creatinina mediante 2 fórmulas en pacientes con artritis reumatoide con tratamiento biológico.

Tello-Esparza A⁽¹⁾, Dimas-Pecina VM⁽²⁾, Pérez Gaspar JC⁽³⁾, Escobedo-San Juan⁽⁴⁾, Téllez-Navarrete A⁽⁵⁾, Abud-Mendoza C⁽⁶⁾

(1-6) Unidad Regional Reumatología y Osteoporosis, Dr. Ignacio Morones Prieto, UASLP

Introducción: La función renal puede alterarse en los pacientes con AR particularmente como consecuencia del tratamiento (AINE), además de la propia enfermedad (nefropatía tubulointestinal) entre otros factores. No hay estudios que analicen la función renal a través de fórmulas de reconocido valor para ello, tales como *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) y de Cockcroft-Gault (CG).

Pacientes y Métodos: Estudio prospectivo de agosto de 2007 hasta agosto del 2008, realizamos determinación de depuración de creatinina (DCr) calculada por CG y por MDRD de forma basal y a los 12 meses, para establecer la ocurrencia de diferencia entre alguna de las dos en pacientes con AR en tratamiento con biológicos, de acuerdo al ACR. Se calculó CG con la fórmula (140-edad en años) x peso en kilos/Creatinina plasmática x 72, multiplicado por 0.85 en caso de tratarse de paciente del género femenino; MDRD (186.3 x Cr^{-1.154} x edad^{-0.203} x 0.742)

Resultados: Estudiamos a 50 pacientes de 18 a 72 años (promedio 43.8), 96% mujeres (48), con diagnóstico de AR de 2.8 años, con peso promedio

de 62.9 kilogramos, creatinina sérica entre 0.5 y 1.2 (0.7 promedio). No se observó diferencia significativa entre la determinación basal ni a los 12 meses de DCr determinada por CG o por MDRD. No observamos disminución significativa de la función renal en las dos determinaciones.

BASAL

Dep. Cr.	MEDIA	Desv. Est.	Error E.	p
CG	102.85	29.46	4.16	0.2547
MDRD	99.76	28.307	4.00	

12 meses

	MEDIA	DE	ES	p
CG	116.36	38.100	5.38	0.1992
MDRD	111.47	31.158	4.40	

Conclusiones: No parece haber diferencia en la determinación de DCr mediante los métodos de MDRD y la CG. Es deseable aumentar el número de **Pacientes** y el seguimiento, analizar la función renal en base a tiempo de evolución y edad de los pacientes, de las enfermedades comórbidas y de sus tratamientos.

C032

Utilidad de ultrasonido de alta resolución y Doppler poder (UARDP) en la evaluación de pacientes con probable artropatía inflamatoria (BAI).

Dimas-Pecina VM ⁽¹⁾, Santillán-Guerrero EN ⁽²⁾, Moreno-Váldez R ⁽³⁾, Cuevas-Orta E ⁽⁴⁾, Rizo-Rodríguez JC ⁽⁵⁾, Saldaña-Barnard M ⁽⁶⁾, Abud-Mendoza C ⁽⁷⁾,

⁽¹⁻⁷⁾ Unidad Regional Reumatología y Osteoporosis, Dr. Ignacio Morones Prieto, UASLP

Introducción: El reconocimiento temprano de artropatía inflamatoria tiene implicaciones diagnósticas y terapéuticas, el tratamiento adecuado y oportuno, puede relacionarse con modificación del curso de la enfermedad y retrasar aparición de autoanticuerpos y presentación clínica de artritis reumatoide o evitarla.

Objetivo: Determinar utilidad del ultrasonido de manos en estudio de pacientes con PAI previamente evaluados por un reumatólogo.

Materiales y Métodos: Pacientes con PAI, dolor articular, sin evidencia clínica de flogosis, ni diagnóstico previo de artritis. Se les realizó de manera prospectiva US de manos escala grises, doppler color y doppler poder, en búsqueda de enfermedad erosiva, proliferación sinovial, incremento de señal y/o derrame articular (Criterios OMERACT). Se realizó conjuntamente evaluación articular, escala visual análoga dolor, evaluación global médico y del paciente, Health Assessment Questionnaire (HAQ), exámenes de laboratorio y Rx de manos. Se utilizó equipo GE Logic 3, transductor lineal multifrecuencia de 10 MHz con doppler de poder.

Resultados: Incluimos a 35 pacientes consecutivos, edad promedio 40.3 años, 31 (88.5 %) del género femenino, tiempo de evolución entre 2 semanas a 12 meses, (85 % con <7 meses de sintomatología), promedio de escala visual análoga de dolor 30 mm, promedio evaluación global de paciente 35 mm, promedio de evaluación global por médico 16 mm, promedio de articulaciones dolorosas 10, solo un paciente con historia de tabaquismo y 50% recibían tratamiento previo con algún AINE. Los hallazgos en US fueron: normal 6 (17%), datos de OA 6 (17%), artropatía erosiva e incremento de señal en doppler de poder 5 (14.2%), con incremento de señal por doppler poder en más de 4 articulaciones 28 (80%). Se incluyeron además 15 controles sanos pareados para edad y género, con promedio edad de 46 años, con sinovitis en uno (6.6 %), 7 con datos de OA (46.6%) y 8 sin alteraciones (53.3%). Sólo 1 paciente tenía datos de erosión articular mediante radiografía convencional.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con PAI sin evidencia de artritis clínicamente manifiesta, evaluados por UARDP, presentaron evidencia de artropatía inflamatoria. El UARDP es una herramienta muy útil para el diagnóstico temprano de artritis, es un método accesible, tanto por su disponibilidad como por su bajo costo y pudiera obligar a hacer consideraciones terapéuticas tempranas, modificar el curso natural de la artropatía inflamatoria y potencialmente disminuir morbi-mortalidad.

C033

Contrastación de dos años y dos agentes anti-TNF; marcaje de tendencias y probables proyecciones.

Bañuelos RD ⁽¹⁾, Sánchez AS ⁽²⁾, Sandoval LM ⁽³⁾

⁽¹⁻³⁾ IMSS UMAE Puebla

Introducción: Contamos con 9 años aproximadamente de la posibilidad de aplicación de terapia biológica (TBiol) para AR y otras enfermedades relacionadas. De contarse con registros adecuados pueden obtenerse aplicaciones prácticas y observar tendencias, adicional a la necesidad de sistematizar esta información.

Objetivo: Presentar la experiencia de una unidad médica de alta especialidad contrastando 2 agentes anti-TNF en una temporalidad de 2 años.

Metodología: estudio de retrocohorte, con registros electrónicos y base de datos. Pacientes con criterios de AR y otros padecimientos autoinmunes, que por el grado de actividad ameritaron TBiol, con cualquiera de los 2 siguientes esquemas: A) Infliximab y B) Etanercept, cualquiera de ellos adicionado de MTX, AINE (celecoxib) PDN a 5 y 2.5 alternos DU. Como variables objeto de estudio específicas para este trabajo consideramos: # aplicaciones, eventos secundarios serios; eventos secundarios menores: pérdida eficacia; grado satisfacción; tendencias; costos anualizados precio gobierno y extrapolaciones. Se contrastan por %, diferencia real, estimación y valores p en T ponderada y X2.

Resultados: En registro A: 5078 aplicaciones, con 35 eventos secundarios menores y 5 eventos serios; pérdida de eficacia en 50% de pacientes al 1er año; grado satisfacción 9 y descendente a partir del 1er año. Tendencia: disminución en el uso y costo anual 15% mayor que esquema B. En registro B (Etanercept) 10560 aplicaciones (110 pac/m/2a) Eventos secundarios menores 5; serios: 0; pérdida eficacia 5%. Grado satisfacción 9. Tendencia al incremento y duplicación del CPM IMSS. Diferencias porcentuales y por valor p significativas.

Conclusiones: Un registro adecuado permite efectuar estudios como el presente, y es una asignatura pendiente para la cantidad de experiencia con TBiol que existe en nuestro país.

C034

Valoración funcional y status de la artritis reumatoide al año y meses posterior a recibir rituximab dos dosis.

Bañuelos RD ⁽¹⁾, Sánchez AS ⁽²⁾

⁽¹⁻²⁾ IMSS UMAE

Objetivo: evaluar la situación actual de un grupo de 28 pacientes que han recibido el esquema de Rituximab posterior a un periodo mayor a un año de última dosis.

Metodología: estudio retrolectivo, con cortes transversales a partir de una cohorte y base de datos de pacientes que han recibido el Rituximab en dosis 1gr/2x año + MTX+AINES. Se consideró falla a biológicos anti-TNF e indicación a Rituximab cuando los pacientes cursaban con dolor por EVA <7 en escala 0-10; + DE 8 AD y AI, CF III; EVGP y EVG medico regular a mala, días con limitación funcional igual o mayor a uno por semana. Al inicio los pacientes cuentan con registro de estas variables más PCR, VSG,

BH y tele tórax (todos los **Pacientes y casos**) mas PPD (este se efectuó en la 3era parte de los pacientes). La evaluación final comprende los mismos parámetros y cuestionarios de satisfacción con el estado y terapia, obtenidos a través de paciente y un familiar. Se empleo estadística descriptiva y pruebas t pareadas para contraste de estados inicial y final, considerando aceptable y significativo para atribuir al empleo del anti CD20 un cambio mayor al 50% y sostenimiento por más de 6 meses. Hubo consentimiento informado y registro. No hay conflictos de interés ni se recibió apoyo alguno y el medicamento es propiedad del sector salud. Registramos eventos secundarios trans y postinfusionales.

Resultados: Mejoría objetiva del 70% observable por el médico al 2do mes de aplicación del Rituximab, en el 80% de los pacientes, incremento en CF referida por el paciente al 80%; disminución de VSG, PCR y parámetros de la BH en 70%; reducción de dolor por EVA en todos los pacientes; #AI 90%; AI al 100% en 6 meses. Al 8^o mes reinician sintomatología Dentro de los efectos secundarios: eritema y rash en 4, mejora con la reducción de velocidad de infusión; absceso dental en una paciente posterior a la infusión (15 días). No documentamos ninguna más. La mejoría observable por medico, paciente y familiar, concordó en 85% de los casos y puede considerarse significativa.

Conclusión: El estado a mediano plazo es satisfactorio con la aplicación de Rituximab en el grupo de pacientes estudiados, puede haber reaparición de sintomatología y datos objetivos de actividad atribuibles a la plausibilidad biológica de "vida" del medicamento y la modificación de los linfocitos preB, previos a su desplazamiento. Las posibilidades de re infusión o nuevo biológico quedan abiertas y habrá que acumular mayores seguimientos en temporalidad.

C035

Pérdida de piezas dentarias y Sjögren secundario asociado a artritis reumatoide.

Salazar-Hernández, DA ⁽¹⁾, González-López L ⁽²⁾, González-Montoya, NG ⁽³⁾, Rocha-Muñoz AD ⁽⁴⁾, Vega-López A ⁽⁵⁾, Sánchez-Hernández JD ⁽⁶⁾, Nava, A ⁽⁷⁾, Gámez-Nava JI ⁽⁸⁾,

⁽¹⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS, ⁽²⁾ Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G, ⁽⁴⁾ Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁵⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G, ⁽⁶⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS, ⁽⁷⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS, ⁽⁸⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G

Introducción: La secreción salival ofrece una serie de funciones sobre la cavidad oral, una de las cuales es la protección de las piezas dentarias. Pocos estudios han sistematizado la evaluación del impacto de la disminución de la secreción salival sobre la afección dentaria en Artritis Reumatoide (AR).

Objetivo: Evaluar la asociación de Síndrome de Sjögren (Ss) secundaria a AR con la pérdida de piezas dentarias

Material y Métodos: Se evaluaron pacientes con AR (ACR 1987) de consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel. A cada paciente se le investigó características demográficas, clínicas y de actividad de la enfermedad a través de escalas validadas. Posteriormente un investigador pasante de odontología realizó una evaluación sistematizada de la cavidad oral e identifico características de la afección dentaria incluyendo la pérdida de piezas, caries y enfermedad periodontal. Se realizó una prueba de Schirmer para identificar el grado de secreción lacrimal. Los pacientes fueron clasificados en AR mas Sjögren secundario (AR+Ss) y AR sin Sjögren.

Análisis estadístico: Comparaciones entre grupos de variables cuantitativas se realizaron con U de Mann-Whitney. La prueba de correlación de

Spearman se realizó para valorar la fuerza de asociación entre número de piezas dentarias perdidas (variable dependiente) con disminución de secreción lagrimal obtenido en prueba de Schirmer.

Resultados: 19 mujeres evaluadas, 10 (53%) tuvieron AR+Ss, y 9 (47%) AR sin Sjögren. Los pacientes con AR+Ss tuvieron una pérdida significativa de piezas en comparación con las pacientes con AR (mediana 6 vs 2 respectivamente, $p=0.05$). Hubo una tendencia mayor a mayor número de piezas cariadas en AR+Ss aunque sin alcanzar diferencia significativa (4 vs 1, $p=0.1$). Se observó una correlación entre la disminución de secreción lacrimal y el número de piezas dentarias perdidas ($\rho=0.55$, $p=0.01$). No hubo asociación con la pérdida de piezas dentaria con edad ($p=0.10$), ni con duración de la AR ($p=0.53$). Hubo una tendencia de mayor puntaje del DAS28 en pacientes con pérdidas de piezas dentarias, aunque esta tendencia no alcanzó significancia estadística ($p=0.06$).

C036

Respuesta a derivado proteínico purificado (PPD) en una población con artritis reumatoide.

Pérez Barbosa ⁽¹⁾, Esquivel Valerio, JA ⁽²⁾, Riega Torres, JC ⁽³⁾, Rodríguez Amado, J ⁽⁴⁾, Skinner Taylor, CM ⁽⁵⁾, Flores Alvarado, DE ⁽⁶⁾, Villarreal Alarcón, MA ⁽⁷⁾, Galarza Delgado ⁽⁸⁾, Garza Elizondo, MA ⁽⁹⁾,
⁽¹⁻⁹⁾ HU UANL

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica. El uso de la terapia biológica anti-TNF se ha asociado a reactivación de tuberculosis (TB), por lo que antes de su inicio se recomienda realizar pruebas y exámenes para diagnosticar (TB) latente. La prueba cutánea con el derivado proteínico purificado (PPD), es la prueba más utilizada para detectar la infección latente por TB y depende de una función normal de las células T. En la AR la función de las células T está alterada, lo cual puede resultar en una inadecuada respuesta al PPD.

Objetivo: Evaluar la respuesta a PPD en pacientes con AR y compararla con la de una población control.

Material y Métodos: Estudio transversal en el que participaron pacientes consecutivos con diagnóstico de AR de acuerdo a los criterios de ACR, pertenecientes a la Consulta de Reumatología del Hospital Universitario. Se aplicó el PPD (Suds) con el método de Mantoux. La lectura se realizó a las 72 horas. Se consideró positiva una induración mayor a 5mm.

Resultados: El PPD se aplicó a 101 pacientes con AR y a 49 controles. La edad promedio de los pacientes con AR fue de 49.1 años (IC: 17-81). El 88.1% fueron mujeres; el 26% presentaron reactividad al PPD con una induración \geq 5mm. En una segunda aplicación (efecto BOOSTER), se obtuvieron 2 pacientes positivos. En total de los 100 pacientes 28 presentaron PPD (+). No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre la edad de los pacientes con PPD (+) y (-). El promedio de duración de la enfermedad en el grupo PPD (+) y (-) fue de 163 meses (1 a 324 meses) y 75.2 meses (1 a 300 meses) respectivamente. El DAS 28 en el grupo PPD (+) fue de 3.57 (1.5-6.8) y en el grupo PPD (-) fue de 3.68 (1.46 - 6.11). El HAQ en los pacientes PPD (+) fue en promedio de 0.66 (0 a 2); y en los PPD (-) de 0.69 (0-3). No se encontró diferencia significativa en los medicamentos utilizados. En el subanálisis por dosis de medicamento se observó una diferencia significativa en los pacientes que utilizaban más de 7.5mg de prednisona. El PPD se aplicó a 49 controles sanos. La mayoría fueron mujeres 83.3%. La edad promedio del grupo control fue de 36.9 años (18 a 68 años) significativamente menor al grupo de pacientes. La respuesta al PPD en los sujetos sanos fue de 6.3%. El promedio de induración en los pacientes con AR fue de 16.3 mm (5-40) y en los controles sanos fue de 13.3mm (10-20).

Conclusiones: Este estudio muestra una respuesta al PPD en pacientes con AR de 28%, lo cual es similar a lo reportado en la literatura. La respuesta a PPD fue significativamente menor en los controles.

C037

Función sexual en una población de pacientes con artritis reumatoide.

Treviño MD ⁽¹⁾, Galarza Delgado DA ⁽²⁾, Flores Alvarado DE ⁽³⁾, Cardona Juárez R ⁽⁴⁾, Moncayo Salazar LI ⁽⁵⁾, Rodríguez Amado J ⁽⁶⁾, Negrete López R ⁽⁷⁾, Pérez Barbosa L ⁽⁸⁾, Riega Torres J ⁽⁹⁾, Garza Elizondo MA ⁽¹⁰⁾

⁽¹⁾ HU José Eleuterio González, ⁽²⁾ HU Dr. José Eleuterio González, ⁽³⁻¹⁰⁾ HU Dr. José Eleuterio González

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta mujeres y hombres jóvenes. Puede tener un efecto importante sobre la sexualidad. La fatiga disminuye el interés por el sexo, además el dolor y la deformidad pueden interferir.

Objetivos: Establecer la prevalencia de disfunción sexual en pacientes con artritis reumatoide de la consulta de Reumatología del Hospital Universitario "Dr. José E. González" del periodo de julio a agosto del 2008.

Metodología: Se incluyó a pacientes con artritis reumatoide (AR) según criterios de ACR de 1987, edad mayor o igual a 18 años, de la clínica de AR posterior a firmar el consentimiento informado. Se excluyeron aquellos con uso de terapia hormonal con estrógenos, uso de inhibidores de fosfodiesterasa, trastorno esquizofrénico o psicótico severo o alcoholismo activo. Cada paciente llenó datos demográficos como edad y evolución de la enfermedad, escolaridad, posteriormente contestaron el inventario de Beck para depresión y la escala de función sexual de Arizona (ASEX) validada en español. También se realizó el DAS28 y M-HAQ. Se recabó del expediente los niveles de hemoglobina, comorbilidades y medicamentos utilizados al momento de la visita.

Diseño del estudio: observacional, transversal, comparativo.

Resultados: Se analizaron 189 pacientes, mujeres 93% y hombres 7%. De las 168 encuestas evaluadas de depresión el 25.6% mostraron ausencia de depresión, leve en el 13.2%, moderada en el 8.5% y grave en el 3.2%. Se obtuvieron datos de escala DAS28 y medicamentos utilizados (n=49). La media de edad fue de 45 años (DS=11.117), la duración de su enfermedad media fue de 7.1 años, y DAS28 de 3.65. Veinticinco pacientes (n=49) 47% presentaron disfunción sexual, 16 (33%) estaba en rango normal y 10 (20%) en hiperfunción. Se compararon todas las variables (n=49) a través de pruebas de hipótesis para medias y proporciones a una confiabilidad del 95%, segmentando según la escala sexual, no encontrando diferencia significativa (p mayor a 0.05).

Conclusiones: de acuerdo a lo anterior la disfunción sexual se puede presentar con una frecuencia elevada. Esto repercute en la calidad de vida y funcionamiento global percibido por el paciente. No encontramos diferencias significativas en las variables estudiadas.

C038

Ausencia de asociación de los polimorfismos 489C>T, 946G>A y 1513A>C del receptor purinérgico P2X7 con artritis reumatoide en la población mestiza mexicana.

Portales-Cervantes L ⁽¹⁾, Niño-Moreno P ⁽²⁾, Baranda L ⁽³⁾, Abud-Mendoza C ⁽⁴⁾, González-Amaro R ⁽⁵⁾, Portales-Pérez D ⁽⁶⁾,

⁽¹⁻³⁾ Facultad de Medicina, UASLP, ⁽⁴⁾ Unidad regional de Reumatología y Osteoporosis del Hospital Central, San Luis Potosí, ⁽⁵⁾ Facultad de Medicina, UASLP, ⁽⁶⁾ Facultad de Ciencias Químicas, UASLP

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente a las articulaciones diartrodiales y que se detecta en aproximadamente el 0.5% de la población latinoamericana. Con relación a su fisiopatogenia, se conoce que los fagocitos mononucleares y las citocinas pro-inflamatorias producidas por estas células tienen un papel fundamental

en la generación del proceso inflamatorio, así como en el fenómeno de destrucción del cartilago articular y hueso yuxta-articular. Esta enfermedad tiene una compleja etiología, dentro de la cual se sugiere que la interacción entre factores ambientales y genéticos contribuye a una mayor susceptibilidad de presentarla. Hasta el momento ha sido bien caracterizada la participación de los genes del sistema principal de histocompatibilidad (HLA), particularmente de la cadena de las moléculas HLA-DR, como un factor de riesgo que contribuye a una predisposición genética para AR. Sin embargo, se ha estimado que solo el 30% de tal contribución puede ser atribuida a los genes HLA, indicando que otros genes puedan tener un papel importante en la susceptibilidad a esta enfermedad. Debido a estos antecedentes, nos enfocamos al estudio del gen que codifica para el receptor purinérgico P2X7, el cual tiene un papel importante en la patogenia de procesos inflamatorios, principalmente a través de la síntesis y liberación de IL-1 e IL-18. Este gen presenta en su secuencia genómica varios polimorfismos de un solo nucleótido (single nucleotide polymorphisms o SNPs) los cuales han demostrado afectar la función y/o expresión de esta proteína, lo que pudiese contribuir a una predisposición para presentar AR. Con base a lo anterior, se determinó la presencia de los SNPs 489C>T (His-155 por Tyr, que confiere ganancia de función del receptor), 946G>A (Arg-307 por Gln, que disminuye la expresión del receptor) y 1513A>C (Glu-496 por Ala, que resulta en pérdida de la función) en 76 pacientes con AR y 23 sujetos sanos, todos los cuales provinieron de la población mestiza mexicana. Encontramos que las variantes His155Tyr, y Glu496Ala no mostraron una asociación significativa con AR (p=0.3355 y p=0.5994, respectivamente), en tanto que el polimorfismo 946G>A no fue detectado en ninguno de los individuos de los dos grupos estudiados. Estos resultados preliminares sugieren que los polimorfismos genéticos del receptor purinérgico P2X7 detectados en este estudio no confieren susceptibilidad a la AR en la población mestiza mexicana.

C039

Probabilidad de fractura en pacientes con artritis reumatoide evaluadas por el FRAX.

González-Montoya NG ⁽¹⁾, Salazar Páramo M ⁽²⁾, Díaz-Toscano ML ⁽³⁾, González-López L ⁽⁴⁾, Salazar-Hernández DA ⁽⁵⁾, Vega-López A ⁽⁶⁾, Aguilar-Chávez EA ⁽⁷⁾, Rocha-Muñoz AD ⁽⁸⁾, Sánchez-Hernández JD ⁽⁹⁾, Gámez-Nava JI ⁽¹⁰⁾,

⁽¹⁾ Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾ División de Investigación, UMAE Hospital de Especialidades, ⁽³⁻⁹⁾ Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽¹⁰⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G

Introducción: El FRAX constituye un índice que sirve como una herramienta para calcular el riesgo absoluto de fractura basado en un algoritmo para predecir fracturas a 10 años a través de la evaluación de factores de riesgo en conjunto con la densitometría mineral ósea (DMO). Aunque esta herramienta fue creada para su aplicación en población general grupos de pacientes con enfermedades específicas podrían verse beneficiados con este índice.

Objetivo: Evaluar el riesgo a 10 años de fracturas en grupo de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) utilizando el FRAX.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes mujeres de la consulta externa de Reumatología de un Hospital de segundo nivel durante el periodo enero-agosto 2008, mayores de 40 años con diagnóstico de AR, a todas se realizó una evaluación clínica y cuestionario para factores de riesgo de fracturas así como una DMO de columna y cadera, mediante técnica de absorciometría de doble fotón de rayos X. Se clasificó la DMO de cadera o columna en base a los criterios de la OMS en Osteoporosis, osteopenia y densitometría normal. Se calculó el puntaje obtenido por el FRAX.

Resultados: Se incluyeron 60 mujeres con mediana de edad de 53 (40-79) años, peso de 65 (46.5-93.5) kg, talla de 155 (146-166) cm, tiempo de duración de la AR fue 10 (1-35) años, fumadores activos 12 (20%), alcoholis-

mo positivo en 2 (3.3%), uso de glucocorticoides en 47 (78.3%), historia de padres con fractura de cadera 3 (5%), historia personal de fractura previa 0 (0%); la DMO se realizó en 48 (80%); de acuerdo a los resultados encontramos 13 (21.7%) pacientes con resultado normal, osteopenia en 24 (40%), osteoporosis en 11 (18.3%).

A la aplicación del índice FRAX 17 (28%) pacientes tuvieron un riesgo de padecer fracturas relacionadas con osteoporosis menor al 5%, 25 (42%) tuvieron un riesgo del 5 al 10%, 18 (30%) pacientes presentaron un riesgo mayor al 10%. La probabilidad de fractura de cadera a 10 años fue en 54 (90%) pacientes menor al 5%, 5 (8%) tuvieron un riesgo del 5 al 10% y 1 (2%) tuvo un riesgo mayor al 10%.

Conclusiones:

El FRAX es una herramienta útil en pacientes con AR para identificar un exceso de riesgo y priorizar aquellos pacientes que requieren ser tratados con un agente farmacológico que disminuya el riesgo de fractura. Futuros estudios deberán evaluar en un diseño longitudinal la concordancia del cálculo teórico de riesgo con la respuesta clínica observada en estos pacientes.

Co4o

Farmacovigilancia intensiva postinfusión de rituximab, utilizado en pacientes con artritis reumatoide.

Irazoque-Palazuelos F⁽¹⁾, Castañeda-Hernández G⁽²⁾, Andrade-Ortega L⁽³⁾, Reyes-Patatchi R⁽⁴⁾, Gordillo-Huerta V⁽⁵⁾, Mariscal-Ramírez I⁽⁶⁾, López-Villanueva R⁽⁷⁾, Rivas-Jiménez ML⁽⁸⁾, Ángeles-Licona, E⁽⁹⁾, Loiza-Cárdenas C⁽¹⁰⁾, Díaz-Ceballos MA⁽¹¹⁾, Arredondo-Garza T⁽¹²⁾,

⁽¹⁾ CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽²⁾ CINVESTAV-IPN, ⁽³⁾ CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, ⁽⁴⁾ UMAE "Adolfo Ruiz Cortines", Ver., ⁽⁵⁾ Hospital Regional Querétaro, ISSSTE, ⁽⁶⁾ CMN de Occidente, ⁽⁷⁾ Hospital Regional de Mérida, Yuc., ⁽⁸⁾ Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ⁽⁹⁾ Hospital Gral #1, Cuernavaca, Morelos, ⁽¹⁰⁾ Clínica 110, Guadalajara, Jal., ⁽¹¹⁾ Hospital General Darío Fernández, ⁽¹²⁾ CINVESTAV-IPN

La Farmacovigilancia surge como una disciplina que evalúa la utilización y el manejo de los medicamentos comercializados. Las primeras notificaciones de reacciones adversas surgen en la década de los 60. Los eventos adversos a medicamentos son una causa frecuente de mortalidad, en 1994 Lazarou y cols publican que constituyen entre la cuarta y la sexta causa de muerte en EU. La OMS define la Farmacovigilancia como la notificación, registro, y evaluación sistemática de las reacciones adversas de los medicamentos.

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; consta de una región variable murina y una región constante humana, la primera cumple la función de unión al antígeno CD20 y la segunda recluta respuestas inmunológicas para mediar la lisis de las células B.

En el caso de la Artritis Reumatoide (AR) el advenimiento de terapias biológicas que se enfocan directamente al control de las células T, contribuyó de alguna manera a la utilización posterior de un anticuerpo monoclonal dirigido contra una molécula de superficie de las células B, presentándose la oportunidad de intervenir en la patogenia de la enfermedad utilizando un mecanismo farmacológico distinto a lo utilizado hasta el momento con base en hallazgos fisiopatológicos de las células B en ésta enfermedad.

Objetivos. Identificar las reacciones adversas que se presentan durante las infusiones de Rituximab en pacientes con AR en sujetos mexicanos.

Material y Método. Ensayo de farmacovigilancia intensiva, multicéntrico, observacional.

Resultados:- Se evaluaron un total de 235 pacientes, 93.3% femenino, 6.6% masculino, edad promedio 52 años y un total de 410 infusiones, la frecuencia de presentación de eventos adversos fue de 3.2%, los eventos adversos mas frecuentes fueron: prurito faríngeo, edema de glotis, urticaria y labilidad emocional. En ningún paciente se observó más de una reacción adversa, todas las reacciones adversas fueron leves.

Conclusiones.- Con respecto a otras terapias biológicas Rituximab produce menos incidencia de eventos adversos inmediatos en población mexicana. El Rituximab parece un medicamento con un buen perfil de seguridad durante la infusión.

Co41

Genotipos del gen receptor de vitamina D no están asociados con densidad mineral ósea baja en mujeres con artritis reumatoide.

Casillas MP⁽¹⁾, Sandoval L⁽²⁾, Ochoa E⁽³⁾, González L⁽⁴⁾, Alcaraz L⁽⁵⁾, Dávalos IP⁽⁶⁾, Celis A⁽⁷⁾, Gámez Nava JI⁽⁸⁾, Salazar Páramo M⁽⁹⁾,

⁽¹⁾⁽²⁾ CIBO, IMSS., ⁽³⁾ CUCBA, U DE G., ⁽⁴⁾ HGR No. 110, IMSS., ⁽⁵⁾ HGR No. 110, IMSS, ⁽⁶⁾ CIBO, IMSS, ⁽⁷⁾ IMSS, ⁽⁸⁾⁽⁹⁾ HE, CMNO, IMSS.

Objetivo: Evaluar la asociación entre polimorfismos del gen VDR con la presencia de osteoporosis en pacientes mexicanas con Artritis Reumatoide (AR).

Método: Se estudiaron 137 mujeres mexicanas con AR y 26 controles (mujeres sanas) (promedio de edad 54 años en ambos grupos). Se amplificaron mediante PCR tres regiones del gen VDR y se sometieron a digestión con las enzimas ApaI, BsmI, FokI y TaqI. Se realizó una densitometría de absorción de rayos X de energía dual, de cadera y columna para determinar la densidad mineral ósea (OMS T < -2.5 SD).

Resultados: La frecuencia de los polimorfismos fue en el grupo de pacientes: ApaI (AA= 45%; Aa= 36%, aa= 19%); BsmI (BB= 11%; Bb= 58%; bb= 31%); FokI (FF= 28%; Ff= 52%; ff= 20%); TaqI (TT= 45%; Tt= 44%; tt= 11%); y en el grupo control: ApaI (AA= 64%; Aa= 18%, aa= 18%); BsmI (BB= 16%; Bb= 76%; bb= 8%); FokI (FF= 31%; Ff= 61%; ff= 8%); TaqI (TT= 67%; Tt= 27%; tt= 7%). No se encontró diferencia significativa entre Pacientes y controles en la distribución de las frecuencias genotípicas de los polimorfismos estudiados.

Conclusión: Estos resultados sugieren que los polimorfismos del gen VDR no juegan un papel principal en la disminución de la densidad mineral ósea en mujeres mexicanas con AR.

Co42

Características de la terapia para artritis reumatoide (AR) en pacientes con remisión clínica.

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

⁽¹⁻⁶⁾ UMAE HE 25 IMSS Monterrey, N.L., ⁽⁷⁾ Hospital TEC de Monterrey

Resumen

El tratamiento agresivo para la artritis reumatoide (AR) es crítico para remitir la progresión de la enfermedad y la destrucción articular. Se ha observado que la terapia combinada es más efectiva que la monoterapia para controlar la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Describir el régimen terapéutico al que están sometidos los pacientes de la consulta externa de reumatología que lograron remisión clínica.

Material y Métodos: Se revisaron los datos de pacientes consecutivos de la consulta externa de reumatología, que mostraron remisión clínica durante el periodo de 01 de enero al 30 de agosto del 2008. Se recolectó la siguiente información: edad, sexo, medicamentos utilizados al momento de la remisión.

Resultados: Se revisaron 579 pacientes con diagnóstico de AR, de los cuales se evaluaron 122 pacientes con remisión clínica. Ciento tres (84.46%) fueron mujeres, la edad media fue de 54 ± 32 años. Tres pacientes (2.45%)

utilizaron triple esquema, 59(48.32%) doble esquema, 52(42.62%) utilizaron monoterapia y 8(6.55%) se encontraba sin inductor al momento de la evaluación. La terapia triple fue diferente para cada paciente. El doble esquema más utilizado fue metotrexate-sulfasalazina (21 pacientes, 17.21%), seguido por metotrexate-azatioprina, 13 pacientes (10.65%). El metotrexate fue el inductor más utilizado como monoterapia, 24 pacientes (19.67%).

Conclusiones: Se encontró remisión clínica en el 21% de los pacientes de una consulta, los cuales presentaron diferentes esquemas de tratamiento. En el 93.45% de los pacientes con remisión clínica, ésta es secundaria al tratamiento con inductores de remisión, siendo la terapia con doble esquema la más efectiva en nuestros pacientes.

Co43

Influencia del conocimiento del paciente sobre la artritis reumatoide (AR) en el control de la actividad de su enfermedad.

Ortiz Treviño L⁽¹⁾, Aranda Baca LE⁽²⁾, Ramos Sánchez MA⁽³⁾, Sauza Del Pozo MJ⁽⁴⁾, Becerra Márquez AM⁽⁵⁾, Mejía Holguín Y⁽⁶⁾,

⁽¹⁻⁶⁾ UMAE HE 25 IMSS Monterrey, N.L.

La AR tiene un gran impacto en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. La educación de los pacientes mejora el conocimiento y ayuda a reducir el dolor y la incapacidad así como a mejorar la calidad de vida.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento que tiene los pacientes con AR sobre su padecimiento y establecer si hay correlación con el grado de actividad de la enfermedad.

Material y Métodos: Se incluyeron de forma prospectiva pacientes portadores de AR que cumplieran los criterios del ACR, con tratamiento estable por lo menos 6 meses, que supieran leer y escribir y que aceptaran participar en el estudio. Se eliminaron pacientes con tratamiento biológico. Se obtuvo información demográfica. Se les realizó evaluación de la actividad de la enfermedad por medio del DAS 28, se les aplicó un cuestionario validado sobre el conocimiento de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes, de los cuales 49(%) fueron mujeres. La edad media fue de 47+23 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 143+250 meses. El DAS 28 fue de 3.54+4.6 y la calificación conocimiento fue deficiente para 50 pacientes (92.60%), medio para 4 (7.40%) y alto cero pacientes. El coeficiente de correlación de la actividad de la enfermedad con el conocimiento de la misma fue de 0.02 con una p= NS.

Conclusiones: El conocimiento sobre su enfermedad es deficiente en los pacientes con AR y esta deficiencia del conocimiento no se correlaciona con la actividad de la enfermedad.

Co44

Perfil de seguridad del inhibidor de la Syk kinasa r788 en el manejo de la artritis reumatoide (AR).

Burgos-Vargas R⁽¹⁾, Medrano-Ramírez G⁽²⁾, Morales-Torres J⁽³⁾, López-García JA⁽⁴⁾, González V⁽⁵⁾,

⁽¹⁾ Hosp. General de México, México DF, ⁽²⁾ Clin. Diag. Trat. Enf. Reum. México, DF, ⁽³⁾ Hosp. Aranda de la Parra, León, México, ⁽⁴⁾ Arke Estudios Clínicos, México, DF

Resumen: La Syk kinasa es un importante modulador de la señalización inmune en los Linfocitos B y en células portadoras de Receptores Activadores de Fcy. El R788 (Fostamatinib Disódico), una prodroga del metabolito activo R406 es un inhibidor de la Syk kinasa, con eficacia demostrada

en los modelos in vitro e in vivo. Un estudio Fase II ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la AR en pacientes con fracaso al Metotrexato.

Objetivo: Revisar el perfil de seguridad del R788 en los estudios Fase II

Métodos: Se revisa la frecuencia de eventos adversos (EA) reportados en 189 pacientes tratados con R788 con 3 esquemas de dosis o placebo además de Metotrexato, por 3 meses

Resultados: Se reportan en la tabla 1, incluyendo % de respuesta ACR20, 50 y 70 y la frecuencia de los EA de acuerdo a la dosis empleada. Los trastornos gastrointestinales y la neutropenia fueron los principales EA encontrados y ambos se relacionaron con la dosis y mejoraron al modificarla.

Conclusiones: Las dosis de 100 y 150 mg BID de R788 mostraron la mayor eficacia, con mejor perfil de seguridad en la de 100 mg BID. Se justifica continuar la investigación en mayores grupos de pacientes con AR.

Co45

Utilidad de la reinfusión de rituximab en pacientes con artritis reumatoide.

Reyes-Patatuchi R⁽¹⁾, Aranda-Baca LE⁽²⁾, Ramos MA⁽³⁾, Lorenzo-Tapia M⁽⁴⁾, Rosas F⁽⁵⁾, Ruvalcaba-Priego MA⁽⁶⁾, Angeles-Licona E⁽⁷⁾,

⁽¹⁾ UMAE No. 14, IMSS Veracruz, ⁽²⁾ UMAE No. 25, IMSS Monterrey, ⁽⁴⁾ Hospital Regional Mac Gregor, IMSS, ⁽⁵⁾ IMSS Querétaro, ⁽⁶⁾ IMSS Hermosillo, ⁽⁷⁾ IMSS Cuernavaca

Resumen

Antecedentes: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) que reciben tratamiento con Rituximab, se les recomienda la reinfusión de rituximab cuando se incrementa la actividad de la enfermedad (DAS > 3.2). Sin embargo, se desconoce la utilidad de un esquema fijo de reinfusión.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un esquema fijo de reinfusión anual de rituximab en pacientes con AR, comparado con el esquema de reinfusión de acuerdo a datos de actividad de la enfermedad (DAS > 3.2)

Pacientes y Métodos: Se seleccionaron a pacientes, a partir de un ensayo clínico observacional previo que hubieran completado satisfactoriamente una infusión de rituximab. Previa firma de consentimiento informado se procedió a la asignación en grupos para reinfusión a pacientes con AR de acuerdo a la actividad de la enfermedad (grupo A) y con esquema fijo (grupo B). Se realizaron exámenes clínicos y de laboratorio. Se realizaron mediciones de clinimetría (dolor articular, inflamación, escala visual análoga y determinación de VSG) con el fin de calcular el DAS 28, como desenlace del estudio.

Análisis estadístico: Se realizó un análisis antes y después de la reinfusión mediante la prueba de Wilcoxon, se compararon ambos grupos mediante la U de Mann-Whitney, los tiempos a mejoría mediante curvas de Kaplan-Mier.

Resultados: Se realizó el seguimiento de 98 pacientes, de los cuales 21 (21.4%) tuvieron un DAS<3.2 y 77 (78.6%) con DAS> 3.2. En el grupo A el tiempo de la primera infusión hasta el momento a recaída fue de 18.4 (IC95% 16.4, 20.43) meses.

Se seleccionaron para reinfusión a 62 pacientes en 4 centros. En el grupo A 36 (58.1) Pacientes y en el grupo B 26 (41.9). La mediana de edad fue de 42 años, 54 pacientes (87%) fueron mujeres. La mediana del DAS28 basal (previo a la infusión) fue de 7.1 y al final de la reinfusión fue de 4.06 (p=0.036). La mediana de DAS28 al final de la infusión del grupo A fue de 4.3, comparada con la del grupo B que fue de 3.5 (p=0.16).

Conclusiones: Los pacientes con AR se benefician con la reinfusión de rituximab, los resultados sugieren que un esquema fijo de retratamiento podría resultar más beneficioso, sin embargo se requieren más estudios para confirmarlo.

Co46

Las fracturas de cadera en personas mayores de 50 años: un panorama hospitalario en México durante el 2005.

Avendaño D⁽¹⁾, Franco F⁽²⁾, Barbosa M⁽³⁾, Granados R⁽⁴⁾, Hazan E⁽⁵⁾,
(1-5) INR

Resumen:

Introducción: Las fracturas de cadera se han relacionado con la presencia de osteoporosis, estas conllevan a dejar una alta discapacidad y mortalidad, en México se calcula una tasa de incidencia anual de 169 en mujeres y 98 en hombres por 100,000 años/persona.

Objetivo: Describir las hospitalizaciones por fractura de cadera (FC) en México en el año de 2005 en personas de 50 años o más. Tipo de Estudio: Ecológico.

Metodología: Se analizó la base de datos de Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud, identificándose aquellos con cualesquiera de los siguientes códigos de la CIE10: S72.0, S72.1 y S72.2.

Resultados: Se registraron 4795 FC con una tasa de 1.8 FC por 1000 hospitalizaciones, similar en ambos sexos. Dicha tasa aumentó importantemente por edad, siendo de 2.2 por 1000 hospitalizaciones en las personas de 50 años y de 96.7 en las de 90 o más años. Los estados con mayores tasas de hospitalización por FC fueron Zacatecas y Durango, Sonora y Guanajuato, mientras que las menores correspondieron a Campeche y Chiapas. La tasa de mortalidad hospitalaria fue de 3.7% por semana (S). En ambos sexos, la mortalidad hospitalaria fue de alrededor de 1-2%/S en los menores de 65 años, de 3%/S en el grupo de 65 a 79 años y de 5 a 7.5%/S en el grupo de 80 y más. La principal comorbilidad reportada fue la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Más del 50% de los eventos ocurrió en el hogar y las causas externas más frecuente fueron las caídas.

Conclusiones: Las FC en personas mayores de 50 años son una causa frecuente de hospitalización, especialmente en las personas de edad muy avanzada. En ellas se asocian una alta tasa de mortalidad hospitalaria. Los estados del Norte del País presentan una mayor frecuencia de FC que los del sur.

Co47

Prevalencia de enfermedades reumáticas en el servicio de Reumatología de un Hospital de tercer nivel.

Durand-Ambríz MT⁽¹⁾, Rodríguez Jiménez E⁽²⁾, González Díaz V⁽³⁾, Cerna Cruz S⁽⁴⁾, Martínez Bonilla G⁽⁵⁾, Gutiérrez Ureña⁽⁶⁾, Hernández Vargas E⁽⁷⁾, Bernard AG⁽⁸⁾

(1-8) Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Las enfermedades reumáticas crónico-degenerativas representan un problema importante de salud pública en países desarrollados y en vías de desarrollo. En México todavía no se cuenta con toda la información necesaria sobre la epidemiología de las enfermedades reumáticas, hasta la fecha se han publicado al menos seis estudios encaminados a definir de alguna manera esta situación.

Objetivo: Describir la prevalencia de las enfermedades reumáticas de la consulta externa del Servicio de Reumatología de un Hospital de tercer nivel en el primer semestre del 2008.

Métodos: Se revisaron a pacientes consecutivos de la consulta externa que llenaran los criterios de clasificación del ACR para: Artritis Reumatoide, Osteoartritis, Artritis Idiopática Juvenil, Lupus Eritematoso Sistémico, Espondilitis Anquilosante y Fibromialgia registradas de Enero del 2008 a Julio 2008, sólo se tomó una de sus consultas. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva con promedios y desviación estándar, la prevalencia se calculó con la siguiente fórmula (# casos / # Población total * 100).

Resultados: Se incluyeron 747 pacientes de la consulta externa de Reumatología de los cuales 636 Mujeres con edad promedio de 48.22 años \pm 15.4 y 111 varones con edad promedio de 48.17 \pm 16.6.

Condición	Prevalencia	Mujeres	Hombres
Osteoartritis	36.95 %	89 %	11 %
Artritis Reumatoide	29.18 %	89 %	11 %
LES	12.32 %	95 %	5 %
Fibromialgia	9.50 %	99 %	1 %
Espondilitis Anquilosante	6.69 %	32 %	68 %
Artritis Idiopática Juvenil	2.68 %	80 %	20 %
Gota	2.28 %	20 %	80 %
Sx Sjögren Primario	0.40 %	70 %	30 %

Conclusiones: Como era de esperar encontramos mayor frecuencia de enfermedades reumáticas en las mujeres que en los hombres, aunque en Espondilitis Anquilosante y Gota la frecuencia es mayor en el sexo masculino como lo reportado en la literatura. Tenemos un mayor porcentaje de pacientes con Osteoartritis, por lo que se deberá revisar el sistema de referencia contrareferencia y seleccionar a la población que debe ser atendida en un hospital de tercer nivel.

Co48

Paget en México: ¿enfermedad rara o sub-registro?

Barbosa-Cobos RE⁽¹⁾, Torres-González R⁽²⁾, Cajigas-Melgoza JC⁽³⁾

(1) Hospital Ángeles de las Lomas, (2) Hospitales Star Médica-Santa Fe, Hospitales de Traumatología y Ortopedia de la UMAE "DVFN-DF", IMSS, (3) Clínica Eugenio Sue

Objetivo: Identificar y cuantificar el sub-registro posible de la Enfermedad Ósea de Paget (EOP) en México.

Material y Métodos: Se realizó estudio tipo Revisión Sistemática. Se identificaron las palabras de búsqueda en el *Medical Subject Headings* (MeSH) de la National Library of Medicine de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos. Se establecieron como criterios de selección: a.- Artículos publicados entre 1950-2008, b.- Inclusión de una o más de las palabras de búsqueda en título, palabra clave y/o en el texto como tema principal, c.- Mención de la Prevalencia de casos con EOP, d.- Período de recolección de la información, e.- País de Origen (EU, Inglaterra-Gales, Nueva Zelanda, España, México) de los casos. Búsqueda con Método Booleano en las bases de datos: *PubMed*, *OVID*, *EBSCO-HOST*, *Medic-Latina*, *Springer-Link*, *Science-Direct*, *Imbiomed*, *Medigraphic* y *Google*. Se obtuvo la prevalencia y/o el número de casos más reciente/s de EOP en los países mencionados. Se recolectó la densidad demográfica oficial en cada uno de los países en el año de la prevalencia reportada; con lo anterior mediante estandarización de prevalencias se identificó el número potencial de casos de EOP en México en el 2008.

Resultados: Las palabras de búsqueda acorde al MeSH, fueron: *Osteitis Deformans*, *Paget Disease of Bone*, *Paget's Disease of Bone*, *Prevalence*, *New Zealand*, *England*, *United States*, *Mexico*. Se obtuvieron 251 artículos, cumpliendo con los criterios de selección 8 artículos. La prevalencia más reciente para ambos sexos, en: EU 1.0% (población general) en el 2000; Inglaterra-Gales 0.3% (≥ 55 años) en el 2001; Nueva Zelanda 3.2% (≥ 40 años) en el 2001 y en España 1.0% (≥ 55 años) en el 2008. En México se han reportado hasta el momento 49 casos, más 3 casos nuestros aún no publicados, haciendo un total de 52 casos, lo cual equivaldría a una prevalencia de 0.0004% en la población general de México. Mediante la estandarización de prevalencias en México puede haber un sub-registro de por lo menos 34,367 casos si utilizamos la prevalencia reportada en Inglaterra-Gales o tan grande como 1,050,000 casos, utilizando la prevalencia reportada por EU.

Conclusiones: Ya que el rango de las prevalencias más recientes encontradas fue de 0.3-3.2.0%, y en México se tienen 105, 000,000 de habitantes; sería posible que hubieran por lo menos 34,367 casos de EOP, sentando las bases para cuantificar el sub-registro de tal enfermedad.

Co49

Entre lo público y lo privado: análisis comparativo en pacientes de primera vez de reumatología en una zona metropolitana del D.F.

Cervera H ⁽¹⁾, Torres V ⁽²⁾,

⁽¹⁾ HGR No. 25 IMSS, ⁽²⁾ UMF No. 35 IMSS

Objetivo: Comparar y determinar la demanda de atención médica en pacientes de primera vez en la consulta de reumatología pública y privada en una zona metropolitana de la Ciudad de México.

Metodología: De enero 2007 a marzo de 2008 se capturaron los datos clínicos de pacientes atendidos de primera vez en un Servicio Privado de Reumatología (SPR) y de diciembre 2007 a abril 2008 los datos de pacientes de primera vez atendidos en un Servicio Público (PUB) de un Hospital General Regional del IMSS. Se incluyeron en el estudio pacientes con los siguientes criterios: nombre, edad, sexo, tiempo de evolución y diagnóstico. Se calcularon medias, desviaciones estándar (DS) proporciones y se aplicó prueba de t para dos grupos independientes (alpha 0.05) e intervalos de confianza 95% (IC) para la diferencia entre dos proporciones independientes.

Resultados: Un total de 482 pacientes (241 por grupo) fueron incluidos, 87.96% en el PUB y 82.57% en SPR fueron de sexo femenino, se encontró diferencia en la edad con media de 56.6 (DS 14.9) en PUB vs 49.1 (DS 13.9) en SPR (p<0.05). La principal demanda de atención en el PUB fue osteoartritis (OA) con 48.13% vs 29.87% en SPR (IC 18.23 a 18.28) en contraste la proporción de artritis reumatoide (AR) fue mayor en SPR 26.14% vs 9.54% del PUB (IC 15.5 a 17.6), es relevante que la proporción de AR inicial fue mayor en SPR con 8.71% vs 2.48% del PUB (IC 6 a 6.4%), otras diferencias se encontraron en OA-osteoporosis y fibromialgia con 5.8% vs 7.0% y 2.9% vs 4.56% entre PUB y SPR respectivamente. Se detectaron otros diagnósticos infrecuentes en ambos servicios como lupus eritematoso, dermatomiositis, escleroderma, policondritis, SIDA y Síndrome de Marfan.

Conclusiones: Las mujeres son las principales usuarias de atención reumatológica, las principales causas de atención tanto en el PUB como el SPR son OA y AR, no obstante las proporciones se encuentran invertidas. Se requiere mayor difusión de la reumatología en la comunidad médica e implementar estrategias de detección de AR inicial en el primer nivel de atención en el IMSS.

Co50

Elevada frecuencia de comorbilidades en artritis reumatoide y lupus eritematoso en comparación con espondilitis anquilosante.

Olivas-Flores EM ⁽¹⁾, González-López L ⁽²⁾, González-Parra LG ⁽³⁾, Rodríguez-Jiménez NA ⁽⁴⁾, Vega-López A ⁽⁵⁾, Sánchez-Hernández JD ⁽⁶⁾, Sánchez-Mosco D ⁽⁷⁾, Rocha-Muñoz AD ⁽⁸⁾, Gámez-Nava JI ⁽⁹⁾

⁽¹⁻⁸⁾ Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁹⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G

Resumen

Objetivo: Identificar la frecuencia de otras enfermedades crónicas degenerativas en la consulta de reumatología.

Material y Métodos: En un estudio transversal realizado durante el período de junio a julio del 2008, se evaluaron pacientes consecutivos de una consulta externa de reumatología en un hospital de segundo nivel de aten-

ción en la ciudad de Guadalajara, Jal. Se revisó su expediente clínico con el fin de confirmar el diagnóstico, y se identificó la presencia de otras enfermedades asociadas a las principales causas de consulta en nuestra unidad: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante. Del análisis final se excluyeron pacientes sin diagnóstico de enfermedad definida o en estudio diagnóstico. Solo una visita a la consulta de reumatología fue tomada en cuenta, las visitas subsiguientes no fueron consideradas en este análisis.

Resultados: Se incluyeron 469 pacientes, 289 con artritis reumatoide, 115 lupus eritematoso sistémico, 65 espondilitis anquilosante, de estos la mayor frecuencia de comorbilidades fueron: para artritis reumatoide hipertensión arterial sistémica 10%, diabetes mellitus tipo 2: 6.6%, hipotiroidismo 1.4%, fibromialgia, enfermedad hepática y microadenoma hipofisario 0.7%. En Lupus eritematoso sistémico encontramos la siguiente frecuencia: diabetes mellitus tipo 2, 2.6%, hipertensión arterial sistémica 6.1%, insuficiencia renal crónica 1.7%, enfermedad vascular cerebral 0.9% y fibromialgia 1%. En Espondilitis anquilosante se encuentran las siguientes frecuencias: diabetes mellitus tipo 2 en un 1.5%, hipertensión arterial sistémica 4.6%, leucemia 1.5%, epilepsia 1.5%, enfermedad vascular periférica 1.5%. Una comparación de la frecuencia de enfermedades comorbidas entre las tres entidades reumáticas mostró que la espondilitis anquilosante tiene menor tendencia a estos comorbidos con p=0.041.

Conclusiones: La frecuencia de enfermedades comorbidas en estas tres entidades es elevada aunque de las mismas la espondilitis anquilosante parece tener una menor tendencia a la presencia de comorbidos. Es importante en términos de pronóstico el evaluar y tratar tempranamente estas enfermedades.

Co51

Prescripción de esteroides en consulta de reumatología.

Olivas-Flores EM ⁽¹⁾, González-López L ⁽²⁾, González-Parra LG ⁽³⁾, Rodríguez-Jiménez NA ⁽⁴⁾, Vega-López A ⁽⁵⁾, Sánchez-Mosco D ⁽⁶⁾, Sánchez-Hernández JD ⁽⁷⁾, Rocha-Muñoz AD ⁽⁸⁾, Gámez-Nava JI ⁽⁹⁾,

⁽¹⁻⁴⁾ ⁽⁶⁾ ⁽⁸⁾ Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁵⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G, ⁽⁷⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G, ⁽⁹⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G

Objetivo: Identificar la frecuencia de prescripción de esteroides en la consulta de reumatología.

Material y Métodos: En un estudio transversal realizado durante el período de junio a julio del 2008, se evaluaron pacientes consecutivos de una consulta externa de reumatología en un Hospital de segundo nivel de atención en la ciudad de Guadalajara, Jal. Se revisó su expediente clínico con el fin de confirmar el diagnóstico, y se identificó la prescripción de esteroides, así como la dosis de los mismos. Del análisis final se excluyeron pacientes sin diagnóstico de enfermedad definida o en estudio diagnóstico. Solo una visita a la consulta de reumatología fue tomada en cuenta, las visitas subsiguientes no fueron tomadas evaluadas en este análisis.

Resultados: Se incluyeron 734 pacientes. La enfermedad más frecuentemente vista fue artritis reumatoide 289 casos (39.4%), seguida de lupus eritematoso sistémico (LES) 115 (15.7%), espondilitis anquilosante 65 (8.9%), osteoartritis 42 (5.7%), esclerodermia 21 (2.9%), síndrome de Sjögren 17 (2.3%) y artritis reumatoide juvenil 14 (1.9%). La frecuencia de uso de prednisona o deflazacort fue el siguiente: para artritis reumatoide 74% (mediana 5 mg, 0-30 mg), LES 80.9% (15 mg, 0-75 mg), para espondilitis anquilosante 9.2% (2.5 mg, 0-5 mg), para esclerodermia 47.6% (0 mg, 0-10), artritis psoriásica 33.3% (0 mg, 0-30), síndrome de Sjögren 64.7% (5 mg, 0-15 mg).

Conclusiones: Existe una elevada frecuencia de uso de esteroides en este estudio es necesario evaluar los factores que condicionan la prescripción de estos fármacos para optimizar su uso en estos pacientes.

Co52

Prevalencia y factores asociados a maculopatía por cloroquina.Araiza-Casillas R⁽¹⁾, Duarte-Molina C⁽²⁾, Cardiel MH⁽³⁾,⁽¹⁾ HRE No. 30 IMSS, ⁽³⁾ Hospital General Morelia**Resumen**

La cloroquina es un fármaco que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de diversas enfermedades reumáticas autoinmunes.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores de riesgo para el desarrollo de maculopatía por cloroquina.

Material y Métodos: Se revisaron los registros clínicos de pacientes atendidos en la consulta de Reumatología y se seleccionaron los sujetos que estaban en tratamiento con cloroquina. Se identificaron los que tienen diagnóstico de maculopatía detectada en su evaluación oftalmológica habitual. Se determinaron variables demográficas, de la enfermedad y de la cloroquina como son tiempo de uso (Tuclq), dosis actual (Dact), dosis media diaria (Dmd), dosis por Kg de peso (DKgd), dosis por Kg de peso corporal magro (DKgM), dosis total acumulada (Dta), número de tabletas tomadas durante la semana: [7 (LD); 5 (LV); 3 (LMV)]. Los resultados se analizaron con estadística descriptiva e inferencial con un nivel de significancia de 0.05.

Resultados: Se detectaron 267 pacientes que estaban en tratamiento con cloroquina. Se identificaron 21 casos de maculopatía. Once con artritis reumatoide y diez con lupus eritematoso generalizado. Todos del género femenino. Edad 46.90+9.57 años, Peso 67.62+12.42 Kg, evolución de enfermedad 13.38+5.29 años, Tuclq 94.71+55.0 meses. Se encontró una prevalencia de maculopatía de 7.86% (21/267). En los pacientes con >5 años de uso la prevalencia fue de 15% (15 de 100), 4.76% entre 3 y <5 años de uso (3 de 63) y 2.88% en <3 años de uso (3 de 104). Al comparar los 21 casos con los 246 pacientes sin maculopatía, se encontró una diferencia significativa en: Tuclq 94.71+55.0 meses para casos vs 50.92+40.27 meses para controles, p=0.01. Dta 362.24+222.59 g para casos vs 190.23+154.20 g para controles, p=0.004. LV 54.10+48.84 meses para casos vs 23.90+29.86 meses para controles, p=0.01.

Conclusiones: El Tuclq y la Dta son factores de riesgo para el desarrollo de maculopatía. El riesgo se incrementa con el tiempo. Se propone que la cloroquina no debe ser usada por más de 3 años.

Co53

Respuesta a un año con etanercept en pacientes con espondilitis anquilosante refractaria.**Autores**

⁽¹⁾ ⁽²⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G, ⁽³⁾ Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: En el XXXVI Congreso Mexicano de Reumatología reportamos la respuesta a 6 meses de tratamiento con etanercept en Espondilitis Anquilosante Refractaria (EAR). En este estudio reportamos la respuesta observada a un año.

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica a un año de tratamiento con el uso de etanercept en pacientes con EAR.

Material y Métodos: Se incluyeron en el estudio solo aquellos pacientes que fueron refractarios a sulfasalazina y metotrexate con BASDAI >4.0 y que no presentaran contraindicaciones para aplicación de agentes biológicos. Estos pacientes recibieron etanercept 25 mg/subcutáneos dos veces por semana y continuaron con el mismo DC-ART (Disease-Controlling An-

tirheumatic Therapy) que recibían anteriormente a dosis estables. Las evaluaciones se realizaron a la basal (inclusión en etanercept), 6 y 12 meses. La respuesta primaria fue la efectividad del fármaco al disminuir la actividad de la enfermedad definida como una mejoría en al menos 2.0 unidades en el BASDAI durante el seguimiento en comparación con la basal. Otras mediciones fueron funcionalidad (BASFI), medición de la actividad de la enfermedad por el paciente y por el médico, rigidez matinal, bienestar general y velocidad de sedimentación globular (VSG). La comparación de la basal entre medianas se realizó utilizando prueba de Wilcoxon.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes refractarios a DC-ART los cuales se siguieron durante 12 meses. La tasa de respuesta en el BASDAI a los 6 meses fue del 42% y del 50% a los 12 meses. En la evaluación del BASFI se encontró una mejoría del 33% de los pacientes a los 6 meses y del 42% a los 12 meses. Se observó una mejoría significativa a los 12 meses en la actividad de la actividad de la enfermedad evaluada por el médico (49 vs 33, p=0.005), bienestar general (74 vs. 53, p=0.02) y en el puntaje de BASDAI (6.6 vs 5.0, p=0.04). No se observaron abandonos al tratamiento. La mayoría de los efectos adversos fueron leves y no requirieron de la suspensión del fármaco.

Conclusión: Etanercept demostró ser un fármaco efectivo a un año en la mitad de los pacientes con EAR. Sin embargo la respuesta clínica es menor que la esperada. Futuros estudios deberán de reevaluar la eficacia de los tratamientos con anti-TNF en aquellos pacientes con DC-ART.

Co54

Relación entre títulos séricos de anticuerpos contra helmintos y coproantígenos de Entamoeba y la gravedad de la espondilitis anquilosante (EA).FJJB⁽¹⁾, BEPA⁽²⁾, ACC⁽³⁾, JGJ⁽⁴⁾, AZN⁽⁵⁾, RT⁽⁶⁾, NV⁽⁷⁾, JLDLR⁽⁸⁾, JV⁽⁹⁾, LABF⁽¹⁰⁾,

⁽¹⁻⁴⁾ HE CMNSXXI, ⁽⁵⁾ Departamento de Reumatología del Hospital General Regional # 20, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Boulevard, ⁽⁶⁾ Laboratorio de Helmintos Tisulares del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Secretaría de Salud, Carpío, ⁽⁷⁻⁸⁾ Laboratorio de Helmintos Tisulares del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Secretaría de Salud, Carpío, ⁽⁹⁾ Departamento de Morfología, Ciencias Básicas Universidad de Aguascalientes, México., ⁽¹⁰⁾ HE CMNSXXI

Antecedentes: Estudios efectuados sobre la frecuencia de la carga de nematodos gastrointestinales en adultos, han mostrado solo una débil asociación de la carga de Áscaris con el HLA. Solo se ha reportado un caso de EA asociado a la presencia de helmintos y de anticuerpos (Ac) contra Toxocara en un grupo de pacientes adultos con EA.

Objetivo: Investigar el significado de la presencia de Ac. contra helmintos y coproantígenos de Entamoeba en pacientes con EA.

Método: Estudiamos 12 hombres y 10 mujeres consecutivos con EA, (14 B27+ y 8 B27-) y 77 controles sanos. Se les practicaron 3 coproparasitoscópicos (CPS), determinación de coproantígenos de Entamoeba y, en sangre, niveles de Ac. contra Áscaris, Toxocara y Triquinella, (de la clase IgG reactivos contra antígenos de *Ascaris lumbricoides*, *Toxocara canis* y *Trichinella spiralis*, método diagnóstico ensayo inmunoenzimático, ELISA para Áscaris y Toxocara y Western blot para Trichinella. Los coproantígenos se midieron empleando un extracto total de cultivo de trofozoitos de Entamoeba histolytica cepa HM1 / IMSS). Midiendo la gravedad de la EA mediante la prueba de BASFI. Análisis estadístico: (x ± DE), la t de Student no pareada, correlación de Pearson y x².

Resultado: El 27% los CPS de los pacientes con EA mostraron, en 4 quistes de *Blastocystis hominis*, 1 con *Blastocystis hominis* y *Giardia lamblia* y uno con *Entamoeba histolytica*/Dispar; Vs. el 29.87% de los controles (14 con E Coli; 5 con *Blastocystis hominis*; 3 con *Blastocystis hominis* y E Coli; y 1 con *Entamoeba Hartmanni*) (p = NS). El 90.9% de los pacientes con EA tuvieron Ac vs. Áscaris; contra, el 61% de los controles (p = 0.01 OR 6.38, 95% de IC 1.29-2.66). Los títulos de Ac. vs. Áscaris (p = 0.2673), vs. Toxocara (p = 0.4849), vs. Triquinella (p = 0.1437) y de coproantígenos contra Entamoeba (p = 0.7) fueron similares a los controles. Los pacientes con EA

B27+ tuvieron los títulos de Ac Vs. *Áscaris* mas elevados que los B27- ($p = 0.0059$). Existió una correlación entre el BASFI y los títulos de Ac contra *Toxocara* ($r = 0.5525$, $p = 0.007$). Conclusión: nuestro estudio sugiere la participación de helmintos en la fisiopatogenia de la EA.

Co55

Títulos séricos de anticuerpos contra helmintos y coproantígenos de *Entamoeba* en la espondilitis anquilosante (EA) con y sin uveítis.

FJJB⁽¹⁾, BEPA⁽²⁾, ACC⁽³⁾, LABF⁽⁴⁾, JGJ⁽⁵⁾, RR⁽⁶⁾, AZN⁽⁷⁾, RT⁽⁸⁾, NV⁽⁹⁾, JLDLR⁽¹⁰⁾, JV⁽¹¹⁾.

⁽¹⁻³⁾ HE CMNSXXI, ⁽⁴⁾ HECMNSXXI, ^(5/6) HE CMNSXXI, ⁽⁷⁾ Hospital General Regional # 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana Baja California, ⁽⁸⁾ Laboratorio de Helmintos Tisulares del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Secretaría de Salud, Carpi, ⁽⁹⁾ HE CMNSXXI, ⁽¹⁰⁾ Laboratorio de Helmintos Tisulares del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos Secretaría de Salud, Carpi, ⁽¹¹⁾ Departamento de Morfología, Ciencias Básicas Universidad de Aguascalientes, México.

Antecedentes: Estudios previos han informado de una alta frecuencia de helmintos intestinales en la infancia de individuos mestizos-mexicanos antes del desarrollo de la EA, así como la detección de *Anguillula* y anticuerpos contra *Toxocara* en pacientes hindúes con EA sin informarse su asociación con las manifestaciones clínicas de la EA. La infestación por *Toxocara* en el humano se ha asociado al desarrollo de uveítis.

Objetivo: Investigar la presencia de parásitos intestinales, coproantígenos de *Entamoeba* y anticuerpos sericos contra helmintos (estudio inmunoenzimático, ELISA para *Ascaris* y *Toxocara* y Western blot para *Trichinella*, medidos en títulos de absorbancia; los coproantígenos se midieron empleando un extracto total de cultivo de trofozoitos de *Entamoeba histolytica* cepa HM1 / IMSS). en pacientes adultos con EA con y sin uveítis anterior aguda no granulomatosa (UAANG).

Método: Estudiamos 13 hombres y 7 mujeres consecutivos con EA (Criterios de NY); (13 B27+ y 7 B27-) con evaluación oftalmológica previa. Al momento del estudio se evaluó la gravedad de la EA mediante el cuestionario de BASFI y la presencia de UAANG por un oftalmólogo. En sangre, la Velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), títulos de anticuerpos contra *Ascaris*, *Toxocara* y *Triquinella*; en heces 3 muestras para coproparasitoscópicos (CPS) con búsqueda de coproantígenos de *Entamoeba*. Estadística: $X \pm DE$; t de Student y χ^2 con IC de 95%.

Resultados: Siete de 9 pacientes tuvieron 2.1 ± 1.36 (rango 1-5) episodios de UAANG previo al estudio, uno al momento del estudio y otro 3 meses después. En 3/9 pacientes con EA y UAANG (33.33%) sus CPS mostraron, en 1 quistes de *Blastocystis hominis*, 1 con *Blastocystis hominis* y *Giardia lamblia* y uno con *Entamoeba histolytica*/Dispar. En los pacientes sin uveítis, 1/11 (9%) tuvo *Giardia lamblia* ($p = NS$). Los pacientes con UAANG tuvieron títulos de anticuerpos contra *Toxocara* ($x = 0.266778 \pm 0.220859$) mayores que los pacientes sin UAANG (0.11173 ± 0.0875) ($p = 0.0288$) y contra *Triquinella* (0.0316667 ± 0.049079) mayores que los pacientes sin UAANG (0.028 ± 0.309) ($p = 0.00002$). La PCR fue de 1.35 ± 1.62 U/L en los pacientes con UAANG mayor que los pacientes sin UAANG 0.635 ± 0.71417 , (valores normales 0.5 mg/dL) ($p = 0.0346$). Conclusión: Títulos elevados de anticuerpos contra helmintos en pacientes con EA y UAANG sugieren la participación de estos en la fisiopatogenia de este subtipo de pacientes.

Co56

Características ungueales en pacientes con artritis psoriásica.

Rodríguez-Jiménez⁽¹⁾, Preciado-Estrella⁽²⁾, Gutiérrez-Ureña⁽³⁾, Cerpa-Cruz⁽⁴⁾, Martínez-Bonilla⁽⁵⁾, González Díaz⁽⁶⁾, Aguilar-Arreola⁽⁷⁾, Bernard-Medina⁽⁸⁾

⁽¹⁻⁸⁾ Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La psoriasis es una de las dermatosis mas comunes afectando del 2-3% de la población mundial y de estos hasta el 20% presenta afectación articular, y mas del 90% presenta lesiones ungueales características. Es de utilidad conocer estas lesiones ya que nos ayuda a realizar el diagnóstico y tratamiento oportunos.

Objetivo: describir las lesiones ungueales en pacientes con artritis psoriásica.

Material y Métodos: Se realizo estudio descriptivo en los pacientes con artritis psoriásica (Aps) de acuerdo a los criterios de Caspar de la consulta externa del servicio de reumatología. Se aplicó un cuestionario sistematizado para corroborar el diagnóstico y para observar el patrón de lesiones ungueales. Se incluyeron a pacientes con: a) dermatosis que no afecta a las uñas (20), b) Con dermatosis que afecta las uñas (13), c) Controles sanos (20). Se utilizo una cámara canon 69 de 12.0 mega pixeles, para obtener las imágenes digitales de las uñas. Se analizaron promedios y desviación estándar para cada grupo.

Resultados: se analizaron 11 pacientes con Aps, edad promedio de 57.5 de los cuales 8 (72.7%) fueron mujeres y 3 (27.2%) hombres, 3 (27.2%) con presentación poliarticular, 3 (27.2%) oligoarticular, 9(81.8%) con entesitis, 2 (18.1%) presentaron dactilitis en ese momento y 6 (54.5%) con historia previa, 4 (36.3%) presentaron afectación de IFDs, 3(27.2%) espondilitis anquilosante, 1 (9.0 %) simétrica. La hiperqueratosis y la onicolisis se presentaron en todos los pacientes, la onicorrexis en 5 (45.5%), el puntilleo en 4 (36.3%), líneas de Beau en un paciente, no encontramos hemorragias en astilla o manchas rojas en Lúnula. El puntilleo 4 pacientes con afección en IFD. En el grupo control de pacientes con dermatosis y afección ungueal sin artritis se encontró que el diagnostico de onicomiosis (con cultivo positivo) prevaleció en 8/13 (61.5%) y solo en ellos se observaron cambios similares en 4 onicolisis y en 7 hiperqueratosis, en los pacientes con dermatosis sin afección ungueal ni en los controles sanos se observaron cambios ungueales.

Conclusiones: la afectación ungueal predominante fue la hiperqueratosis y la onicolisis en todos los grupos de APs, el puntilleo predomino en el subtipo de afección en IFD. Solo los pacientes con onicomiosis presentan lesiones similares. Se deberán hacer cultivos o KOH cuando la lesión sea hiperqueratótica o de onicolisis para descartar onicomiosis.

Co57

Asociación del polimorfismo IVS3 +17 T/C en el gen *cd28* con los niveles solubles de *cd28* en artritis reumatoide.

Ledezma Lozano IY⁽¹⁾, Padilla Martínez JJ⁽²⁾, Leyva Torres SD⁽³⁾, Vázquez Del Mercado M⁽⁴⁾, Torres Carrillo N⁽⁵⁾, Torres Carrillo NM⁽⁶⁾, Rangel Villalobos H⁽⁷⁾, Muñoz Valle JF⁽⁸⁾

⁽¹⁻²⁾ IIRSME, CUCS, U de G, ⁽³⁾ Hospital Valentín Gómez Farías, ISSSTE, Zapopan, Jal., ⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾ IIRSME, CUCS, UdeG, ⁽⁷⁾ IIGM, CU Ciénega, U de G, ⁽⁸⁾ IIRSME, CUCS, U de G

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, su manifestación más evidente es el desarrollo de sinovitis persistente y progresiva en las articulaciones periféricas; lo que conlleva a daño articular y pérdida de la función. Las células T en esta enfermedad, escapan a los

mecanismos normales de control; por lo que moléculas involucradas en su regulación, pueden ser candidatas de susceptibilidad para el desarrollo de enfermedades autoinmunes. Un gen candidato es CD28, el cual codifica para la molécula CD28, principal coestimulador para la activación normal de los linfocitos T. **Objetivo:** Identificar el polimorfismo CD28 IVS3 +17 T/C del gen CD28 y asociarlo con la concentración plasmática de CD28 soluble (sCD28) en pacientes con AR.

Pacientes y Métodos: Se incluyeron 200 pacientes con AR y 200 sujetos clínicamente sanos (SCS) como grupo control. Los genotipos se identificaron mediante la técnica PCR-RFLP con la enzima de restricción Afe I. sCD28 se cuantificó mediante un ensayo de ELISA. A los pacientes con AR se les aplicaron índices de actividad y discapacidad (DAS28 y Spanish HAQ-DI, respectivamente). El análisis estadístico se realizó con los programas SPSS v 10.0 y STATGRAPHICS v 4.0.

Resultados: Los índices Spanish HAQ-DI y DAS28 corroboraron la actividad de la enfermedad y la discapacidad funcional de los pacientes con AR. La población estudiada se encontró en equilibrio de Hardy-Weinberg para el polimorfismo IVS3 +17 T/C del gen CD28. Las frecuencias de los genotipos T/T, T/C y C/C en pacientes con AR fueron de 79.5%, 20.5% y 0%, mientras que en sujetos sanos fueron de 72.5%, 25% y 2.5%. La frecuencia del alelo T en AR y SCS fue de 89.75% y 85%, respectivamente, mientras que para el alelo C fueron de 10.25% y 15%, respectivamente. Los pacientes con AR mostraron niveles más altos de sCD28 en suero comparados con los SCS ($p < 0.005$). Además se obtuvo una diferencia significativa en los niveles de sCD28 de pacientes con AR al relacionarlos con el polimorfismo ($p = 0.047$), los pacientes portadores del genotipo T/T mostraron niveles más altos de la proteína comparados con los portadores de los genotipos T/C; sin embargo, no encontramos diferencia significativa en los niveles de sCD28 en SCS en relación al polimorfismo.

Conclusiones: El alelo T del polimorfismo IVS3 +17 T/C del gen CD28 se asocia con susceptibilidad para AR en el occidente de México, mientras se sugiere que el alelo C confiere protección. Los niveles más altos de sCD28 se presentan en pacientes con AR comparados con los sujetos sanos.

Co58

Hepatitis autoinmune vs. Lupus Eritematoso Sistémico con afección hepática en pacientes pediátricos.

Salinas -Morán M⁽¹⁾, Pérez Bolde-Hernández A⁽²⁾, Irazoque-Palazuelos F⁽³⁾, Andrade-Ortega L⁽⁴⁾, Medina-Flores A⁽⁵⁾, Vega-Reyes R⁽⁶⁾,
(1-6) ISSSTE

El LES, pediátrico, puede cursar con afección hepática. Las manifestaciones extrahepáticas de la HA pueden semejar a las de LES. Presentamos 2 casos con manifestaciones clínicas semejantes en las que el diagnóstico fue diferente.

Caso 1. Femenino de 8 años. Inicia en marzo 2008 con fiebre de 38°, malestar general, astenia, dolor abdominal, hepatomegalia y transaminasemia; diagnóstico de hepatitis A, y con tratamiento sintomático, 1 mes después dolor abdominal y fiebre, lesiones dérmicas en cara, manos y rodillas eritematovioláceas, artralgias en codos, rodillas y tobillos. EF con ictericia leve, hipotrofia muscular, una úlcera oral, *livedo reticularis*, lesiones papuloeritematosas en superficie extensora de MCF, IFP, codos y rodillas, vasculitis en pulpejos, a nivel articular contractura en flexión de codos, flogosis de tobillo izquierdo, Leucocitos 5740, Linfocitos 2110, HB 12.1 AST 802 ALT 122 BT 4.7 y BD 2.9, FA 535, PCR 6.28, C3 112 y C4 18.6, AAN + patrón HD, Ac Anti DNA dc, Ac Anti Sm, Ac Anti RNP +, Anti Musculo liso 46.9. Se diagnóstico de LES y Hepatitis Lúpica. Recibió metilprednisolona, prednisona y AZA, con mejoría.

Caso 2. Masculino de 11 años. Inicia en febrero del 2008 con lesiones

eritematosas en espalda, brazos, codos, piernas y muslos recibió tratamiento tópico con mejoría. Un mes después fiebre 40°, mialgias y artralgias, pérdida de peso, tratamiento con dosis altas de prednisona sin mejoría. En Marzo inicia con dolor en epigastrio. EF con lesiones eritematosas en región malar, en alas de mariposa y edema palpebral, abdomen con dolor difuso y hepatomegalia, flogosis de rodillas y vasculitis en manos. Leucocitos 6300, Linfocitos 1134, HB 11.5; AST 927 ALT 389 DHL 234 PCR 32.4, ANN, Anti DNA, Anti Sm y AntiRNP negativos y anti músculo liso positivo. Diagnóstico de HA. Recibió Metilprednisolona y ciclofosfamida, mejoría de lesiones dérmicas y de función hepática. Desarrolló neuroinfección, encefalopatía anoxisquémica y deterioro neurológico permanente.

Comentario. El LES con manifestaciones hepáticas puede ser clínicamente indistinto de la HA. Esta última se puede asociar con LES. La serología puede ayudar al diagnóstico diferencial, de importancia porque ambos padecimientos tienen pronósticos diferentes. La HA puede provocar daño hepático terminal, mientras que la afección hepática en LES se ha relacionado a episodios de actividad y en general no deja secuela.

Co59

Lupus eritematoso generalizado (LEG) y síndrome antifosfolípido secundario (SAFS) de aparición tardía. A propósito de un caso.

Ortiz R⁽¹⁾, Castro E⁽²⁾, Gutiérrez D⁽³⁾, González A⁽⁴⁾, Contreras J⁽⁵⁾,
(1-5) Hospital Gral. Dr. Manuel Gea González, SSA

LEG se presenta predominantemente en mujeres entre la 2a. y 4a. décadas de la vida. LEG de aparición tardía es un subgrupo específico que aparece arriba de los 65 años de edad, considerado por algunos autores como de evolución más benigna y con baja frecuencia de afección renal, dérmica y neurológica.

Se informa el caso de una mujer de 74 años con antecedentes de resección quirúrgica de carcinoma basocelular en 2003, nevo melanocítico en 2004 y herpes zoster en 2007. En Marzo 2008 presenta lesiones purpúricas en extremidades inferiores, las cuales se biopsiaron en Julio, reporte de vasculitis trombótica, se inicia prednisona 50 mg y ASA 100 mg diarios. Un mes después con somnolencia, desorientación, debilidad generalizada y postración; el examen físico mostró eritema malar, sin afectación articular ni cardiopulmonar. El laboratorio reportó trombocitopenia (105,000), FR 47.7, C3 y C4 disminuidos (62 y 7, respectivamente), función renal normal como datos más relevantes. ANA homogéneo 1:5120, mitocondrial 1:320; antiDNA 13.1, AACL IgG 4.1, IgM 43.3; IRMN leucoencefalopatía con gliosis por microvaso, gammagrama SPECT cerebral (Tc99) enfermedad vascular cerebral de tipo isquémico, neurofisiología: polineuropatía moderada y Doppler transcranial: aterosclerosis extracraneal. Se ministraron 3 bolos de metilprednisolona, con recuperación *ad integrum*, quedó con prednisona 50 mg, azatioprina 50 mg y ASA 10 mg diarios. Un mes después reaparecen los datos neurológicos, por lo que se inicia ciclofosfamida 500 mg IV semanales. La paciente continúa en vigilancia y estudio hasta la fecha.

Algunos autores consideran LEG de aparición tardía en pacientes mayores de 65 años, con una baja frecuencia y pocos casos reportados; existen aún menos casos con SAFS. El diagnóstico es difícil y en ocasiones se establece tardíamente, por bajo índice de sospecha, cambios propios de la edad (aumento en frecuencia de autoanticuerpos, enfermedades concomitantes) así como diferentes manifestaciones clínicas en comparación con otros grupos de edad. Pocos reportes mencionan afectación neurológica y dermatológica predominantes, como en nuestro caso, además de que, hasta el momento, la evolución no parece ser tan benigna como se ha reportado previamente, tal vez en parte por influencia de SAFS.

Co60

Neutropenia y riesgo de infecciones en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).Becerril-Mendoza L⁽¹⁾, Amezcua-Guerra LM⁽²⁾,⁽¹⁻²⁾ Instituto Nacional de Cardiología

El LES es un padecimiento polimorfo de etiología autoinmune. La afección hematológica es prevalente, pero la neutropenia se observa solo en ~5% de los pacientes.

Realizamos un estudio observacional de seguimiento prolectivo para identificar la frecuencia de infecciones en pacientes con LES con o sin neutropenia, así como sus factores predisponentes. En una primera fase se investigó la presencia de neutropenia (<1,500 células/mm³) en una cohorte de 107 pacientes ambulatorios con LES (criterios ACR). Se identificaron características demográficas y clínicas, autoanticuerpos, complemento, función renal, índice de actividad (SLEDAI) y de cronicidad (SLICC). En una segunda fase, todos los pacientes fueron seguidos durante 3 años registrando en cada visita la presencia de infecciones.

Se usaron promedios ± DE, medianas y valores mínimo y máximo y proporciones. Las diferencias entre grupos se calcularon con prueba de c² (Welch) o Mann-Whitney, según correspondiera. Significancia <0.05 para pruebas a 2 colas.

De los 107 pacientes reclutados, 7 (6.5%) tuvieron neutropenia. No se encontraron diferencias en las características demográficas entre ambos grupos; sin embargo, los pacientes sin neutropenia tuvieron un índice de cronicidad mayor que aquellos con neutropenia (mediana de SLICC 1, intervalo 0-12 vs. 0, 0-1; p=0.02, respectivamente), y tendieron a presentar mayor actividad (SLEDAI 5, 0-24 vs. 2, 0-10; p=0.34). Tampoco se encontraron diferencias en cuanto al perfil de autoanticuerpos, aunque la presencia de anti-Sm tendió a ser mayor en pacientes sin neutropenia (29 vs. 0%; p=0.09). De manera interesante, el uso de inmunosupresores y glucocorticoides fue similar en ambos grupos. La proteinuria en 24 horas fue mayor en el grupo sin neutropenia (promedio 643 ± 1413 vs. 69 ± 28 mg/24 h; p=0.0001).

El 100% de los pacientes con neutropenia presentaron al menos un cuadro infeccioso durante el seguimiento, lo que contrasta con el 37% (p=0.0011) de los pacientes sin neutropenia, para una razón de momios de 25.4 (IC95%, 1.4 a 457); sin embargo, el tiempo libre de infecciones en ambos grupos fue similar (promedio 20.8 ± 17 vs. 24.9 ± 19; p=0.59).

La neutropenia se asoció con menor proteinuria y cronicidad del LES. La neutropenia incrementó el riesgo de infecciones (de manera independiente al uso de inmunosupresores o a la actividad de la enfermedad), aunque el tiempo libre de infecciones fue similar al observado en pacientes sin neutropenia.

Co61

Lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Lyme: un reto diagnóstico.Ascencio R⁽¹⁾, Hernández R⁽²⁾, Osuna L⁽³⁾, Gordillo G⁽⁴⁾, Barile L⁽⁵⁾,⁽¹⁻⁵⁾ IMSS

La enfermedad de Lyme (EL) es una enfermedad inflamatoria sistémica causada por *Borrelia burgdorferi*. Del 10 al 15% de los pacientes con EL quienes no son tratados oportunamente desarrollan manifestaciones neurológicas. Es difícil distinguir entre actividad a sistema nervioso central debido a lupus eritematoso sistémico (LES) y manifestaciones neurológicas secundarias de EL.

Presentamos el caso de una mujer de 27 años de edad quien 5 meses previos a su ingreso presentó artritis en tobillos y lesiones dérmicas eritematosas, palpables y no dolorosas en el tercio distal de piernas, que remitió en 4 días con prednisona. Permaneció asintomática por 3 meses cuando presentó debilidad muscular progresiva, primero proximal en piernas y posteriormente en brazos. La debilidad aumentó de intensidad y extensión; se realizó velocidad de conducción nerviosa que documentó polirradiculoneuropatía sustentando el diagnóstico de Guillan Barré atípico. Recibió inmunoglobulina IgG humana intravenosa a dosis de 2 gr/kg en 5 días con buena evolución. Dentro del protocolo de estudio de polirradiculoneuropatía se realizó *Western Blot* para *Borrelia burgdorferi* siendo positivo en sangre y en líquido cefalorraquídeo, se manejó con doxiciclina por 3 semanas.

Se ingresó a nuestro servicio por púrpura palpable en piernas y manos de 3 días de evolución y edema. A los 2 días desarrolló diplopía. También encontramos desprendimiento fácil de pelo, artritis en manos y eritema malar. La revisión oftalmológica demostró paresia bilateral del VI par craneal. La resonancia magnética nuclear de cráneo fue normal y el estudio histopatológico de la biopsia de las lesiones cutáneas reveló vasculitis leucocitoclástica. Los exámenes de laboratorio reportaron niveles séricos del complemento bajos (c3 y C4), anti-DNA mayor de 200 UI, anti-Sm positivo. Los anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia revelaron patrón perinuclear a títulos de 1:512; se encontró proteinuria en rangos no nefróticos y en examen general de orina sedimento activo. Para corroborar el cuadro se realizó nueva determinación en líquido cefalorraquídeo y en sangre (*Western Blot*) para *Borrelia* y se encontró positiva en ambas con más de 4 bandas. Los anticuerpos contra DNA en líquido cefalorraquídeo fueron negativos. Se inició tratamiento con ceftriaxona 2 gramos al día por 21 días con desaparición de la diplopía.

Conclusión: En casos en los que las manifestaciones clínicas de inflamación sistémica secundarias a LES y EL se superpongan, es necesario sustentar los diagnósticos con pruebas de alta especificidad para administrar el tratamiento específico

Co62

Diátesis hemorrágica como presentación de LESJ (lupus eritematoso sistémico juvenil) y síndrome de hipoprotrombemia asociado a anticoagulante lúpico (SH-AL).Hernández V⁽¹⁾, Soto E⁽²⁾, Yáñez P⁽³⁾, Catalán T⁽⁴⁾, Baca V⁽⁵⁾,⁽¹⁻⁵⁾ UMAE, HP, CMN, SXXI, IMSS

Introducción: El Síndrome de hipoprotrombemia asociado a anticoagulante lúpico (SH-AL) se caracteriza por hemorragia que pone en riesgo la vida y es reportado más frecuentemente en niños con lupus eritematoso sistémico ó en niños sanos posterior a infección viral y se debe a la presencia de anticuerpos circulantes con alta afinidad a la protrombina (factor II), con la consecuente neutralización de la actividad coagulante. Existen alrededor de 30 casos reportados en niños y puede ser una manifestación inicial de LES.

Objetivo: Informar el caso de un niño con diátesis hemorrágica secundario a LESJ Y SH-AL, además de malformación arterio-venosa cerebelosa (MAV).

Caso clínico: Masculino de 12 años de edad, 20 días previos a su ingreso con epistaxis frecuentes, equimosis y fiebre diaria (40°C), asociada a náuseas y vómitos de contenido hemático; un día previo a su ingreso presenta cefalea súbita, nistagmus con lateropulsión y pérdida del estado de alerta. TAC de cráneo: hemorragia cerebelosa (ameritó drenaje y colocación de ventriculostomía). Laboratorio: leuco-linfopenia, trombocitopenia, prolongación de TP y TTP, AL+: 3.66, (nl=1.06-1.47), deficiencia del factor II (actividad del 52%, normal: 70-120%), factores V, VIII, IX, XI y XII normales, ACI +, IgG: 416, IgM: 31.4, VDRL +, IgG: 2040, C3: 22, C4: 2, AAN:+, patrón homogéneo,1:512., Anti-DNA: + (*Chritidia. Luciliae*). Biopsia de tejido cerebeloso: MAV cerebelar. Tratamiento; PDN 2mg/Kg/d, CQ 3mg/Kg/d;

se normalizaron los tiempos de coagulación y se recuperó la actividad del factor II.

Conclusiones: 1) La mayoría de los casos de SH-AL son reportes de niños con LES. 2) Los títulos de anticuerpos antiprotrombina se relacionan de manera inversa al grado de actividad del factor II de coagulación. 3) Este es el tercer caso reportado en nuestro servicio, todos han respondido favorablemente al uso de PDN oral y los dos primeros casos al seguimiento, completaron criterios de LES

Co63

Eficacia de una intervención nutricia en pacientes con lupus eritematoso generalizado.

Fuentes Y⁽¹⁾, Márquez H⁽²⁾, Torres C⁽³⁾, García E⁽⁴⁾, Flores-Suárez LF⁽⁵⁾, Lerman I⁽⁶⁾, Cabiedes J⁽⁷⁾, Villa AR⁽⁸⁾,

⁽¹⁻⁸⁾ *Inst Nal Ciencias Médicas y Nutrición*

Uno de los objetivos terapéuticos en el tratamiento del lupus eritematoso generalizado (LEG) debiera ser el control de peso para reducción del riesgo cardiovascular.

Objetivo: Evaluar la eficacia de una intervención nutricia en una cohorte de mujeres con LEG.

Métodos: Bajo un diseño experimental, se llevó a cabo un ensayo clínico abierto, con intervención nutricia de seis meses de duración a pacientes con LEG pertenecientes a una cohorte iniciada en 2001, durante el periodo 2006-2008. Se efectuaron valoraciones mensuales en las que se hizo antropometría completa: talla, peso, pliegues cutáneos (bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco), circunferencias mesobraquial, de cintura y de cadera. Se valoró actividad clínica (MEX-SLEDAI), daño acumulado (SLICC/ACR), perfil de lípidos séricos y se instauró un esquema nutricional mediante un plan de dieta individualizada. El análisis estadístico de los cambios en los parámetros antropométricos se evaluó mediante la prueba de Friedman.

Resultados: Una muestra de 29 pacientes completó y tuvo adherencia a la intervención nutricia. La edad promedio al inicio de la intervención fue de 32 años y el tiempo de evolución de la enfermedad de 14 años. A través del periodo de intervención hubo reducción significativa en el peso corporal ($p=0.059$), el pliegue bicipital ($p=0.03$) y el suprailíaco ($p=0.002$). Los lípidos mostraron cambios favorables aunque no fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones: La intervención nutricia por medio de dieta individualizada y seguimiento periódico de seis meses mostró una reducción significativa en parámetros antropométricos. En el LEG la reducción de estos parámetros debiera ser considerada como un objetivo terapéutico para disminuir el elevado riesgo cardiovascular.

Co64

Immuno-reactantes dermo-epidérmicos (Banda lúpica -BL) propositivos para el diagnóstico de lupus eritematoso generalizado (LEG) seronegativos.

Dimas-Pecina VM⁽¹⁾, Gonzales-Amaro R⁽²⁾, Baranda-Cándido L⁽³⁾, Tello-Esparza A⁽⁴⁾, Martínez-Martínez MU⁽⁵⁾, Cuevas-Orta E⁽⁶⁾, Moreno-Váldez R⁽⁷⁾, Santillán-Guerrero EN⁽⁸⁾, Rizo-Rodríguez JC⁽⁹⁾, Saldaña-Barnard M⁽¹⁰⁾, Abud-Mendoza C⁽¹¹⁾,

⁽¹⁾ *Unidad Regional Reumatología y Osteoporosis, Dr. Ignacio Morones Prieto, UASLP*, ⁽²⁾ *Departamento de inmunología, UASLP*, ⁽³⁻¹¹⁾ *Unidad Regional Reumatología y Osteoporosis, Dr. Ignacio Morones Prieto, UASLP*

Introducción: La BL ocurre en el 60% de los pacientes con LEG en la biopsia de piel sana, con depósitos de inmunoglobulinas, de fracciones de

complemento o de ambos. Este hallazgo es altamente específico, pero rara vez ha sido utilizado como prueba diagnóstica. La negatividad de AAN en el LEG es muy rara (<5%)

Pacientes y Métodos: Pacientes con diagnóstico de LEG de acuerdo a los criterios del ACR, con determinaciones varias de AAN con resultados negativos, empleamos como sustrato hígado de ratón y células HEp-2; realizamos biopsia de piel sana tanto no expuesta a sol como expuesta a la luz UV.

Resultados: El grupo se conformó con 13 pacientes con diagnóstico de LEG seronegativo, 10 de ellos con >4 criterios de clasificación diagnóstica de acuerdo al ACR. Sólo un paciente fue de género masculino, quien debutó con apoplejía. La edad promedio de 28 años con intervalo de 19 a 34, con seguimiento de 2 1/12 años (límites 9 meses a 4 años). En todos ellos se demostró BL+ cuando menos para un reactante en la biopsia de piel sana tanto expuesta como no expuesta al sol. Una paciente posterior a 3 meses de tratamiento intenso, resultó seropositiva a los AAN (por ambos métodos). No encontramos asociación entre subgrupo de expresión clínica y negatividad de AAN. No hubo asociación dem este subgrupo y anticuerpos anti-Ro.

Conclusión: La BL puede ser de utilidad para ratificar o conformar el diagnóstico de LEG aún en aquellos pacientes sin reunir 4 criterios de clasificación diagnóstica.

Co65

Modificación de estudios de immuno-regulación en pacientes que reciben "Pulsos" de metilprednisolona (mPDN) en dosis única cotidiana y en dosis dividida.

Donis-Padilla L⁽¹⁾, Hernández-Castro B⁽²⁾, Martínez-Martínez MU⁽³⁾, Dimas-Pecina VM⁽⁴⁾, Tello-Esparza A⁽⁵⁾, Gonzales-Amaro R⁽⁶⁾, Baranda-Cándido L⁽⁷⁾, Moreno-Váldez R⁽⁸⁾, Cuevas-Orta E⁽⁹⁾, Santillán-Guerrero EN⁽¹⁰⁾, Rizo-Rodríguez JC⁽¹¹⁾, Saldaña-Barnard M⁽¹²⁾, Abud-Mendoza C⁽¹³⁾,

⁽¹⁾⁽²⁾ *Departamento de inmunología, UASLP*, ⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾ *Unidad Regional Reumatología y Osteoporosis, Dr. Ignacio Morones Prieto, UASLP*, ⁽⁶⁾ *Departamento de inmunología, UASLP*, ⁽⁷⁻¹³⁾ *Unidad Regional Reumatología y Osteoporosis, Dr. Ignacio Morones Prieto, UASLP*

Las dosis altas de mPDN son una herramienta útil en el manejo de padecimientos reumatológicos graves, con eficacia demostrada. Desconocemos si las estas dosis cotidianas son diferentes al administrarlas en dosis únicas o divididas.

Pacientes y Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, abierto, aleatorizado, desde Junio a Septiembre de 2008 para evaluar diferencias en células T reguladoras, apoptosis temprana, apoptosis tardía y necrosis por ciclo celular y anexina/CD3, anexina/CD19 y anexina/CD14 que miden apoptosis en monocitos, linfocitos T y B, además de estudios de proliferación celular; estas mediciones se realizaron de manera basal, a las 24, 48 y 96 horas. Se incluyeron a pacientes que por la gravedad de la enfermedad requerían de mPDN y se seleccionaron al azar para recibirlos en 250 mg c/6 horas durante 3 días (Grupo 1) o dosis única de 1g/d por 3 días (Grupo 2).

Resultados: Estudiamos a 13 pacientes, 9 de género femenino, con edad promedio de 38 años (límites de 19 a 54) y diagnósticos: LEG 5 y vasculitis sistémicas 8 (Schönlein-Henoch, Wegener 2, vasculitis necrotizante o tipo PAN asociada a artritis reumatoide 3, necrotizante y mononeuritis múltiple sin asociación aparente). Al comparar los diferentes estudios inmunológicos, no encontramos diferencias entre las variables independientes al comparar los 2 grupos excepto para anexina/CD19 (apoptosis de linfocitos B) con valores de 2.33 para el grupo 1 y 6.86 para el grupo 2 a las 24 horas y 48 horas ($p<0.03$) pero no a las 96. La mayoría de los parámetros determinados, se modificaron con la mPDN independientemente del empleo de dosis única o dividida. Todos los pacientes presentaron hiperglucemia.

Conclusiones: La mayoría de las pruebas de función inmune, se modifican con tratamiento esteroideo intenso, aunque no parece haber diferencias trascendentes en cuanto a la administración de mPDN en dosis única o dosis dividida. Esta última opción puede asociarse a menores eventos adversos.

Co66

Pseudopleurodesis con acetato de metilprednisolona en derrames pleurales recidivantes del LEG.

Bañuelos RD ⁽¹⁾, Sánchez AS ⁽²⁾, Jardines DLLG ⁽³⁾, Ramírez PMM ⁽⁴⁾,
⁽¹⁻³⁾ IMSS UMAE Pue, ⁽⁴⁾ IMSS UMF 01

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) tiene entre sus manifestaciones la serositis, que se manifiesta clínicamente como derrame pericárdico, ascitis o bien, derrame pleural (DP). Generalmente unilateral, puede ser fácilmente resoluble o bien, presentar cierta complejidad y dificultad en su remisión. Además del tratamiento sistémico indicado para las manifestaciones serias del LES, hemos iniciado en nuestro servicio, la aplicación de acetato de metilprednisolona en el espacio pleural, posterior a la evacuación del exudado con buena respuesta.

Objetivo: presentar los resultados de 5 casos de LES que cursaron con DP y persistencia del mismo, posterior a cumplir sus ciclos de pulsos mensuales combinados (MDPS+CFDA).

Metodología: y presentación de los casos: Todos los pacientes corresponden al género femenino, edad media 47 años, tiempo de diagnóstico del LEG: 1 año a 7 años. Líquido drenado: 2 a 3 litros, primera punción, ocupación del 60-70% del EP. Predominio de sintomatología obstructiva, fatiga, disnea; se consiguió resolución de manifestaciones sistémicas, pero persistió el DP, por lo que se decide Pseudopleurodesis con acetato de MPDS, 80mgs, intrapleural, post-evacuación del líquido pleural por tercera intención y como alternativa a otras intervenciones terapéuticas. La técnica fue habitual y el material empleado el existente en el sector salud. Los procedimientos fueron realizados por el personal adscrito a reumatología. No ocurrieron complicaciones. Se utilizó dosis única.

Resultados: Respuesta considerada como buena a excelente en los 5 casos en la primera aplicación, sin recidiva observable a los 3 meses (límite rango menor) a 9 meses (r.mayor).

Conclusiones: La pseudopleurodesis (término correcto en nuestra acepción, pues en otros sitios, rodilla, por ejemplo, el acetato de metilprednisolona no llega a provocar una verdadera adherencia), es una alternativa sencilla, sin complicaciones y de bajo costo, entre otras ventajas, para la resolución del DP que ocurre en pacientes con LES.

Co67

Factor reumatoide y anticuerpos contra péptido citrulinado cíclico en la evaluación de donadores y receptores de trasplante renal.

García-Cruz D ⁽¹⁾, Castañeda-García E ⁽²⁾, Zavala Cerna, G ⁽³⁾, Rubio-Jurado B ⁽⁴⁾, Salazar -Páramo M ⁽⁵⁾, Riebeling-Navarro C ⁽⁶⁾, Nava A ⁽⁷⁾

⁽¹⁾ Secretaría de Salud, Servicio Social en Investigación/ UIEC UMAE HE CMNO IMSS / Universidad Autónoma de Guadalajara, ⁽²⁾ UMAE HE CMNO IMSS, ⁽³⁾ UMAE HE CMNO IMSS / CUCS Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾ UIEC UMAE HE CMNO IMSS / CUCS Universidad de Guadalajara, ⁽⁵⁾ UMAE HE CMNO IMSS / CUCS Universidad de Guadalajara, ⁽⁶⁾ UIEC UMAE HP CMN-SXXI IMSS / UNAM, ⁽⁷⁾ UIEC UMAE HE CMNO IMSS / Universidad Autónoma de Guadalajara / Programa Servicio Social en Investigación SS.

Introducción: El factor reumatoide (FR) son inmunoglobulinas autorreactivas contra la IgG, generalmente de clase IgM y ciertos casos de clase IgG e IgA. Se considera un rasgo de autoinmunidad que puede asociarse a múltiples condiciones como artritis reumatoide, otras enfermedades autoinmunes incluyendo nefropatías así como infecciones crónicas. En la evaluación de trasplante renal, el FR se solicita por indicación clínica en los pacientes

receptores (PR) y en los sujetos donadores potenciales (SDP) como escrutinio. Recientemente se han descrito los anticuerpos séricos contra proteínas citrulinadas detectados mediante ELISA que emplea péptido citrulinado cíclico (aPCC), concordando con el desempeño del FR e incluso con mejor valor predictivo antecediendo al inicio clínico de la enfermedad en años en algunos casos. Decidimos evaluar los valores de aPCC en una serie de PR de trasplante renal.

Material y Métodos: Incluimos muestras séricas de PR y SDP enviados al laboratorio clínico para determinación de FR. Determinación de FR: por nefelometría (FRnf) considerando positivos resultados >20 UI/ml, más determinación independiente de FR clase IgG e IgM por ELISA (FRIgG y FRIgM), considerando positivos valores >0.30 y >1.63 D.O. respectivamente. Determinación de aPCC: por ELISA de segunda generación, considerando positivos resultados >5 UR/ml.

Resultados: Incluimos 10 PR Edad 25.6 ±8.3 años, Genero F/M de 1/9 y 10 SDP Edad 29.2 ±9.7, Genero F/M de 4/6. Los resultados, mediana (valores mínimo-máximo) en PR y SDP fueron para FRnf 9.8 (9.8-30) y 9.8 (9.8-9.8), para aPCC 0.4 (0.32-0.44) y 0.34 (0.32-0.42), para FRIgG 0.16 (0.1-0.38) y 0.08 (0.03-0.46), para FRIgM 0.24 (0.11-0.6), respectivamente. El número de positivos en PR y SDP fueron para FRnf 1/10 y 0/10, para aPCC todos negativos, para FRIgG 0/10 y 2/10, FRIgM 1/10 y 1/10. El acumulado de PR y SDP que tuvieron positivo al menos un autoanticuerpo fue de 2/10 y 2/10.

Conclusiones: la frecuencia del FR en una población de riesgo (PR) es baja y el uso de una prueba más sensible como aPCC no incrementa esta proporción. El fenómeno es compartido por los SDP. El escrutinio con FR en la evaluación de trasplante renal debe replantearse en términos de utilidad clínica, su tasa de detección es baja y se requiere un estudio prospectivo con tamaño de la muestra adecuado

Co68

Respuesta renal y evolución de pacientes con glomerulonefritis lúpica en un hospital de población abierta.

González V ⁽¹⁾, Gutiérrez S ⁽²⁾, Martínez G ⁽³⁾, Bernard A ⁽⁴⁾, Aguilar J ⁽⁵⁾, Rodríguez E ⁽⁶⁾, Hernández E ⁽⁷⁾, Cerpa S ⁽⁸⁾

⁽¹⁻⁸⁾ Antiguo Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) desarrollan en el 50% afectación renal. A pesar de tratamiento adecuado 40% de pacientes no logran remisión renal y hasta 20% desarrollan IRC.

Objetivo: Evaluar la respuesta renal al tratamiento en pacientes con GNL proliferativa así como sus eventos adversos.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los pacientes con GNL que recibieron pulsos de CFM como tratamiento inductor de remisión durante 24 semanas y seguimiento a 2 años en el servicio de Reumatología en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara del 2002 al 2008. Se realizó análisis descriptivo con promedios y desviación estándar.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes con LES según los criterios del ACR, 90% mujeres y con un promedio de edad de 23 años ± 7.5. 14% con SAF secundario, 48% HAS, 10% IRC, 3% ICCV, 7% PTI, 7% EVC y 1 paciente hemorragia pulmonar. Al 76% se le realizó biopsia renal con 48% clase IV y 17% tipo III. El 65% recibió tratamiento con pulsos de metilprednisolona y CFM, 28% CFM mas prednisona y 7% micofenolato de mofetilo (MMF) como tratamiento inductor mientras 38% continuaron tratamiento secuencial con CFM trimestral, 14% recibió un segundo ciclo mensual de CFM, 34% azatioprina y 7% MMF. Durante la valoración basal 83% con sedimento activo, un promedio de creatinina de 1.98 ±3.86, albumina 3 ±0.97, proteinuria 2.9 ±0.7 y 41% con C3 bajo. A los 6 meses existió mejoría con 45% con sedimento activo, creatinina 1 ±0.54, albumina 3.7 ±1, proteinuria 1.55 ±1.8 y C3 bajo 38%. El 76% de los pacientes presentaron remisión renal, 38% completa, 38% parcial y 24% sin respuesta renal a los 6 meses. A los 2 años solo el 10% con sedimento activo, creatinina 0.97 ±0.87, albumina 3.8 ±0.45, proteinuria 0.73 ±1.23 y 14% con C3

bajo. Durante seguimiento 48% con remisión, 41% completa, 7% parcial, 3% presentaron recaída y ningún paciente fue no responder. Los eventos adversos fueron IVU 69%, IVRA 24%, NAC 7%, GEPI 10%, ITB 3%, candidiasis oral 3%, herpes zoster 3%, 3% necrosis avascular, choque séptico 3% y 2 pacientes fallecieron por sepsis. 2 pacientes duplicaron creatinina durante el periodo de seguimiento.

Conclusiones: El tratamiento inducción estándar con CFM mas esteroides y terapia secuencial con azatioprina para GNL es el que la mayoría de los pacientes reciben en nuestro hospital de 3er nivel y con buena respuesta renal.

Co69

Caracterización de clonas de linfocitos B obtenidos de una paciente con Síndrome de anti-fosfolípidos primario (SaFP).

Núñez Álvarez CA⁽¹⁾, Hernández Ramírez DF⁽²⁾, Calderón B⁽³⁾, Cabral AR⁽⁴⁾, Cabiedes J⁽⁵⁾.

(1-5) INCMNSZ

Introducción: El SaF es una enfermedad autoinmune caracterizada por procesos trombóticos, pérdida fetal y títulos altos de anticuerpos anti-fosfolípidos (aFL). Estudios previos han mostrado la participación de linfocitos T CD4+ autorreactivos, IL-6 e INFg en la producción de anti-β2GP-I (aβ2GP-I). Por otro lado, las evidencias señalan a la IL-6 como principal mediadora en la producción de aβ2GP-I *in vitro* por clonas de linfocitos B de pacientes con SaF.

Objetivo. Caracterizar las clonas de linfocitos B de una paciente con SaFP.

Metodología. Para la obtención de clonas de linfocitos B se aislaron células mononucleares de sangre periférica (CMNSP) de una paciente con SaFP y de un sujeto sano mediante gradiente de densidad. Se cultivaron las CMNSP en medio RPMI suplementado con SBF al 10% a 37°C, atmósfera húmeda y 5% de CO₂, en presencia de sobrenadante de virus de Epstein Barr (VEB). Mediante ELISA se detectó la presencia de aβ2GP-I y aCL (isotipos IgG/IgM) en los sobrenadantes de los cultivos. Por luminometría se midieron simultáneamente las citocinas: IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IFNγ y TNFα y mediante citometría de flujo se midió la expresión en la superficie celular de CD19, CD20, CD21, IgG, IgM, CD40 y HLA-DR.

Resultados: Los títulos de aβ2GP-I en el suero de la paciente al momento de la toma fueron: IgG = 405.5 U/mL; IgM = 21.6 U/mL; aCL = 234.4 UGPL/mL e IgM = 44.8 UMPL/mL. La presencia de cúmulos de linfocitos B en cultivo evidenció la infección por el VEB. En los sobrenadantes de cultivo la actividad aβ2GP-I fue principalmente de isotipo IgM en comparación con el control (0.812 DO vs 0.086 DO), la actividad IgM contra el complejo CL/β2GP-I mostró resultados similares (0.7420 DO vs 0.0630 DO). La actividad aβ2GP-I IgG fue positiva en ambos cultivos (0.070 DO vs 0.060 DO). La caracterización mediante citometría mostró mayor expresión de IgG, IgM, HLA-DR y CD40 de superficie en las clonas de linfocitos B del paciente con SaF en comparación con las clonas del sujeto control. Los niveles de citocinas detectados en los sobrenadantes de cultivo fueron similares entre el paciente con SaFP y el control excepto los niveles de IL6, que en el paciente con SaFP fueron mayores (4608.9 vs <50 pg/mL respectivamente).

Conclusiones: La caracterización de clonas de linfocitos B puede ayudar a entender los mecanismos de hiperactividad humoral característicos de los pacientes con SaF. Nuestros resultados confirman la participación de la IL-6 en la producción de anticuerpos aβ2GP-I generados *in vitro* por clonas de linfocitos B provenientes de un paciente con SaFP.

Co70

Caracterización inmunológica de los patrones de inmunofluorescencia (IFI) moteado grueso y moteado fino en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Núñez Álvarez CA⁽¹⁾, Pagola Santander JL⁽²⁾, Martínez Castillo A⁽³⁾, Hernández Ramírez DF⁽⁴⁾, Cabral AR⁽⁵⁾, Cabiedes J⁽⁶⁾.

(1-6) INCMNSZ

Por la información que proporciona la detección de anticuerpos anti-nucleares (AAN) mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) se considera como la primera prueba de laboratorio que apoya el diagnóstico de las enfermedades autoinmunes. Los patrones moteados grueso y fino generan confusión, por lo que se ha sugerido que se defina al patrón moteado grueso como aquel en el que el núcleo se tiñe con gránulos finos o gruesos, la tinción de los nucléolos es positiva y la tinción de la cromatina es negativa, en tanto que, en el patrón moteado fino se tiñe el núcleo con gránulos finos o gruesos, la tinción de los nucléolos y de la cromatina es negativa. La caracterización inmunológica de los antígenos reconocidos por los anticuerpos que dan los patrones moteado grueso y fino permitirá definirlos como un mismo patrón o como patrones diferentes.

Objetivo: Identificar los antígenos que reconocen los anticuerpos que dan los patrones moteado grueso y moteado fino.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 45 muestras de pacientes (44 mujeres) con edad promedio de 51 ± 29.4 años. Los pacientes fueron diagnosticados con distintas enfermedades autoinmunes. El 11.1% presentaron hepatopatías, 11.1% artritis reumatoide, 8.8% síndrome de Sjögren, 6.6% lupus eritematoso generalizado, 6.6% síndromes de sobreposición, 4.4% hipotiroidismo autoinmune y 2.2% otras patologías autoinmunes. Se detectaron anticuerpos anti-nucleares mediante IFI con células HEp-2 como sustrato y anticuerpos anti-IgG humana marcados con FITC. Mediante electroinmunotransferencia (EIT) se identificaron los antígenos específicos.

Resultados: 18 muestras (40%) dieron patrón moteado grueso y 27 (60%) dieron patrón moteado fino con títulos mayores a 1:640. El análisis mediante EIT de las muestras que dieron patrón moteado grueso mostró que el 39% reconoció la banda de CENP B recombinante y 44% Ro-52. 50% de las muestras reconocieron bandas entre Scl-70 y Ku. 22% de las muestras mostraron bandas entre RNP y SS-A y entre SS-B y SmD. De las muestras que dieron patrón moteado fino el 44% reconocieron la banda de SS-A de 60 kDa, 44% reconocieron Ro-52 recombinante y 15% reconocieron las bandas de SS-A/SS-B.

Conclusiones: La diferenciación de los patrones moteado grueso y moteado fino por la tinción de los nucléolos es la primera evidencia de los autoanticuerpos que el paciente tiene en circulación y constituye una herramienta importante para la selección del o los autoantígenos que deben ser corroborados mediante técnicas más sensibles y específicas para apoyar al diagnóstico de las enfermedades autoinmunes.

Co71

Evaluación de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) en tratamiento con rituximab.

Meléndez-C⁽¹⁾, Hernández-L⁽²⁾, Aranda-P⁽³⁾, Mendoza-A⁽⁴⁾, Jaimes-J⁽⁵⁾, (1-5) CMI

En LES se han descrito diversos mecanismos fisiopatológicos, destacando el papel de los linfocitos B, incluyendo: depleción de linfocitos B, citotoxicidad mediada por Ac, citotoxicidad mediada por complemento, inhibición de la proliferación celular, inducción directa de apoptosis en linfocitos B, incremento del número y función de células T reguladoras. En el presente trabajo se describe una serie de 12 pacientes con diagnóstico de LES de acuerdo a criterios ACR,

Objetivo: evaluar actividad y respuesta por MexSLEDAI.

Pacientes y Métodos: Se incluyeron de manera consecutiva (Nov. 2005-2008) pacientes con LES activo. Se analizaron características demográficas, uso de Ciclofosfamida (CFM), Micofenolato Mofetilo (MM), Azatioprina (AZA), Metotrexate (MTX) Lefunomida (LFN). EL Mex SLEDAI fue evaluado basal y a los 6 meses.

Resultados: Doce pacientes con diagnóstico de LES, 11 mujeres (91.6 %), con edad promedio 31 ± 6 años al inicio de tratamiento. Los 12 pacientes recibieron tratamiento previo a Rituximab (RTX) con AZA 2mg/K/d en 10 pacientes, MM 3gr/d en 4 pacientes, CFM 1gr/IV mensual completando esquema de INH en 8 pacientes, LFN 20mg/día 2 pacientes, MTX 15mg/sem en 2 pacientes, PDN dosis promedio 10mg /día en todos los pacientes. La indicación de RTX fue por actividad renal en 5 pacientes, actividad articular a pesar de DOS FARMES en 4 pacientes, mielitis trasversa en 1 paciente, hipertensión pulmonar 1 paciente, miopatía en 1 paciente. Ver resultados en tabla 1

No de pacientes	Mex SLEDAI Basal	Mex SLEDAI a los 6 meses
4	6(renal)	6 (renal)
1	7(6 renal 1 hematológico)	IRC Tx hemodiálisis 1 hematológico
1	7(4 vasculitis 3 miopatía)	3(miopatía)
4	2 (articular)	0
1	8 SNC(mielitis trasversa)	1 (hematológico)
1	HTP no cuantificable por MEXSLEDAI*	*Mejoría evaluada por Eco cardiograma

La re-infusión se realizó en 2 pacientes a los 12 meses de la primera aplicación hasta la fecha actual.

Conclusión: Debido a que las células B tienen un papel preponderante en la fisiopatología del LES, el uso de terapia biológica con bloqueo de las mismas es una opción terapéutica racional en aquellos pacientes refractarios a tratamiento con inmunosupresores. Nuestros resultados muestran que disminuyen los datos de actividad. Se requiere mayor número de pacientes para poder definir la eficacia del RTX, aunque en un futuro puede ser una opción para estos pacientes.

C072

Ausencia de asociación de los polimorfismos 489C>T, 946G>A y 1513A>C del receptor purinérgico P2X7 con lupus eritematoso generalizado en la población mestiza mexicana.

Portales-Cervantes L⁽¹⁾, Niño-Moreno P⁽²⁾, Abud-Mendoza C⁽³⁾, Baranda L⁽⁴⁾, González-Amaro R⁽⁵⁾, Portales-Pérez DP⁽⁶⁾

⁽¹⁻²⁾ Fac. Medicina UASLP, ⁽³⁾ Hospital Central "Ignacio Morones Prieto", ⁽⁴⁾ ⁽⁵⁾ Fac. Medicina UASLP, ⁽⁶⁾ Fac. de Ciencias Químicas, UASLP

El lupus eritematoso generalizado (LEG) es una enfermedad autoinmune, caracterizada por la producción de auto-anticuerpos dirigidos principalmente hacia componentes nucleares, así como por la formación de complejos inmunes. Afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva y su prevalencia varía entre diferentes grupos étnicos siendo. Aunque la etiología de esta enfermedad no ha sido dilucidada, se ha propuesto que diversos factores contribuyen a la misma, incluyendo a los hormonales y ambientales (infecciones, ciertos fármacos, estrés), así como los genéticos (mutaciones o alelos de susceptibilidad) hacia su aparición. Dentro de estos últimos, se han asociado algunos genes con una mayor susceptibilidad a presentar LEG, dentro de los cuales destacan los del sistema principal de histocompatibilidad o HLA. Otros genes que se consideran como posibles candidatos a conferir susceptibilidad hacia el LEG son aquellos que participan en la regulación y los mecanismos efectores del sistema inmune. Debido a esto, decidimos estudiar al receptor purinérgico P2X7, considerándolo un probable candidato dado que tiene una importante participación en la inducción de apoptosis, así como en la generación del proceso inflamatorio, a través de la síntesis de citocinas pro-inflamatorias como IL-1b e IL-18. Además, el gen de este receptor se encuentra localizado en el locus de susceptibilidad a LEG o SLEB4. Este gen, al igual que muchos otros, presenta polimorfismos de un solo nucleótido (single nucleotide polymorphisms

o SNPs) en su secuencia genómica, los cuales afectan su función y expresión. Basados en lo anterior, determinamos la presencia de los SNPs 489C>T (His-155 por Tyr, la cual confiere un incremento en la función), 946G>A (Arg-307 por Gln, la cual disminuye la expresión) y 1513 A>C (Glu-496 por Ala, la cual resulta en pérdida de la función) en pacientes con LEG (n= 70) y sujetos sanos (n= 23), todos los cuales provinieron de la población mestiza mexicana. Los resultados encontrados en este estudio para las variantes His155Tyr, y Glu496Ala no mostraron asociación significativa con LEG (p=0.1471 y p=0.4337, respectivamente), en tanto que en ambas muestras no se detectó la presencia del polimorfismo 946G>A. Estos resultados preliminares sugieren que los polimorfismos genéticos del receptor purinérgico P2X7 detectados en este estudio no confieren susceptibilidad al LEG.

C073

Cefalea y lesiones cutáneas necróticas en un paciente con dermatomiositis.

Hernández-R⁽¹⁾, Medrano-G⁽²⁾,

⁽¹⁾ Centro Médico ISSEMyM, ⁽²⁾ Hospital General de México

Masculino de 43 años, Dermatomiositis diagnosticada en el 2005 de acuerdo a criterios del ACR, en tratamiento con metotrexate 20 mg/semana, prednisona 20mg/día, azatioprina 50 mg/día y ácido fólico 10 mg/semana. En Septiembre del 2005 se agrega vasculitis en manos, Raynaud, recibiendo dosis altas de esteroides y azatioprina 100 mg/día de Septiembre a Enero 2006. En Marzo 2006 inicia con cefalea punzante. En Diciembre aparecen lesiones nodulares con eritema en 1ra y 5ta MCF derecha, 3ra IFD y 5ta MCF izquierda que evolucionan a úlceras de 1 cm de diámetro, no dolorosas con secreción amarillenta. Por persistencia de cefalea y vasculitis, acude a un centro hospitalario donde se administran 3g de metilprednisolona; continua con cefalea, intensidad 10/10 acompañada de fotofobia, náusea, vómito y fiebre, motivo por el cual se ingresa.

A las 72 horas se agrega, somnolencia, desorientación en tiempo y lugar, y presenta 1 evento de crisis convulsivas tónicas clónicas generalizadas. Estudios de laboratorios: Se tomaron tres hemocultivos, un urocultivo, elisa para VIH, con resultados negativos a infección, se realizó también citológico y citoquímico de líquido cefalorraquídeo, con resultado de 30 cel/mm³, 100% linfocitos, glucosa 33.4 mg/dl, proteínas: 141 mg/dl, DHL: 41, el cultivo para bacterias, BAAR y ADA negativos, visión directa para hongos negativo y cultivo para hongos con desarrollo *Cryptococcus neoformans*, se obtiene nuevo LCR donde se corrobora el crecimiento de criptococo. Estudios de Gabinete: Radiografía de tórax y tomografía de cráneo normal. Biopsia de una de las úlceras con reporte de criptococosis cutánea. Recibió anfotericina 1 mg/kg/día, se suspende metotrexate, azatioprina y se disminuye dosis de prednisona. Evolucionó hacia la mejoría del estado neurológico, con disminución de la cefalea 5/10 (EVA), las úlceras con cicatrización. En la literatura se han reportado casos de criptococosis con más frecuencia en pacientes con lupus y artritis reumatoide, dentro de los factores predisponentes para la infección por criptococo se ha documentado la propia enfermedad del tejido conectivo, la presencia de linfopenia, lesiones cutáneas y Raynaud. Este caso representa un paciente con el diagnóstico de dermatomiositis, el cual recibió debido a sus manifestaciones clínicas dosis altas de inmunosupresores y de esteroides. Destaca la necesidad de adecuada vigilancia, para infecciones oportunistas en pacientes con inmunosupresores

C074

Miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) en el Hospital General de Occidente: análisis de 2005 a 2008.

López-Moreno, M⁽¹⁾, Martín-Jiménez, R⁽²⁾, Orozco-Barocio, G⁽³⁾, García-De-La-Torre, I⁽⁴⁾,

⁽¹⁻⁴⁾ Hospital General de Occidente

Las MII son un grupo de padecimientos que ocurren con una frecuencia muy baja. En este estudio analizamos los casos de MII diagnosticados de 2005-2008 en este Hospital, su forma de presentación y evolución.

Pacientes y Resultados: Estudio retrospectivo sobre expedientes. Se localizaron 19 casos: 14 (74%) mujeres y 5 (26%) varones. Catorce (74%) eran adultos y 5 (26%) fueron niños. La edad promedio en adultos fue de 44.1 años (rango: 21 a 76) y en los niños de 9.9 años (rango de 4.1 a 17.9 años). Los diagnósticos establecidos fueron: Dermatomiositis (DM) del adulto 10 casos (53%), DM Juvenil 5 casos (26%) y Polimiositis del adulto 4 casos (21%).

El tiempo para establecer el diagnóstico correcto varió de 1-14 meses (promedio de 4.6 meses). El tiempo de evolución ha sido de 4 meses a 14.1 años con un promedio de 4.3 años. Dos pacientes han fallecido (10.5%). En los demás la respuesta ha sido satisfactoria y la mayoría se encuentra en remisión.

Todos presentaron debilidad muscular proximal en miembros superiores e inferiores. Otros síntomas fueron artralgias en 11 (58%), disfagia en 5 (16%), fenómeno de Raynaud en 4 (21%), artritis en 3 (16%), fiebre en 3 (16%) y contracturas articulares en 1 (5%).

Dieciocho (95%) tuvieron elevación de las enzimas musculares. Solo en 15 (79%) se realizó electromiografía y biopsia de músculo en 9 (47%). En los casos de DM las lesiones más frecuentes fueron: pápulas de Gottrón en 13 (85%), signo de Gottrón en 13 (85%), eritema en heliotropo en 10 (67%), eritema en la "V" del cuello en 10 (67%), edema periorbitario en 7 (47%), eritema en zonas expuestas a la luz solar en 6 (40%), eritema periungueal en 5 (33%), crecimiento de la cutícula ungueal en 3 (20%), poiquilodermia en 3 (20%) y calcificaciones en uno (7%).

Los AAN se investigaron en 18 pacientes: 14 fueron positivos (78%) y cuatro negativos (22%). Los patrones observados fueron: Moteado Fino en 8 (57%), Homogéneo en 3 (21%), Citoplásmico en 2 (14%) y Nucleolar en 1 (7%). En los pacientes en que se investigaron los anticuerpos anti-Jo-1 y anti-Mi-2, éstos fueron negativos. Todos los pacientes han recibido prednisona y metotrexato con una respuesta satisfactoria y solo 3 recibieron además azatioprina (16%). Conclusiones.- En nuestro Hospital, la DM del adulto y la DM Juvenil fueron las MII más frecuentes (79%). La mortalidad ha sido del 10.5%. Con el tratamiento adecuado la mayoría respondieron en forma satisfactoria.

C075

Asociación de síndrome anti-sintetasa y probable esclerodermia. Reporte de un caso.

Mendoza-A ⁽¹⁾, Jaimés-J ⁽²⁾, Aranda-P ⁽³⁾, Hernández-L ⁽⁴⁾, Meléndez-C ⁽⁵⁾, ⁽¹⁻⁵⁾ ISSEMyM toluca

Femenino de 49 años, inicia en junio 2003 con artralgias y flogosis en carpos y metacarpofalángicas, se inició tratamiento con cloroquina y leflunomida con mejoría; en mayo 2004 refiere disfagia alta leve a sólidos permanente, posteriormente cursa con cuadro fluctuante de artralgias, nodulaciones subcutáneas y disminución de la apertura oral progresiva. A la exploración física: desprendimiento fácil de cabello, apertura bucal 2cm, campos pulmonares con adecuada entrada y salida de aire sin agregados, abdomen sin datos patológicos, eritema en heliotropo, nodulaciones subcutáneas en antebrazos y sobre tendones extensores de ambas manos, sugestivas de calcinosis, esclerodactilia, manos de mecánico, pápulas de Gottron ambas manos, pulgar en z bilateral, dedos en cuello de cisne, desviación cubital de metacarpofalángicas, sinovitis crónica de estas y carpos; no realiza puño completo, fuerza muscular 4/5 proximal en las 4 extremidades. Estudios de laboratorio: factor reumatoide 67.9, anticuerpos antinucleares positivos moteado grueso 1:160, citoplásmico 1:320, anti-Sm 7.7, anti-centrómero 4.0, anti-SCI-70 6.0, anti-Jo-1 4285.5, anti-mitocondriales 5.4, anti-RNP 3.4, linfopenia en varias determinaciones, CK 2887, CK-MB 110, DHL 996, TGO 114, TGP 121, FA 133. Panel viral de hepatitis negativo. Estudios de gabinete: electromiografía normal. Endoscopia: her-

nia hiatal tipo I y gastritis crónica superficial. USG hígado y vías biliares: esteatosis hepática leve. Radiografía de tórax Diciembre 2005: datos sugerentes de fibrosis. Espirometría con proceso restrictivo moderado. TAC de tórax: imágenes en vidrio despulido en zonas basales y engrosamiento pleural izquierdo. Estudio histopatológico de nódulo subcutáneo: nódulo reumatoide; biopsia de piel: dermatitis aguda y crónica con calcinosis incipiente. Abril 2006: Biopsia pulmonar: inflamación crónica moderada con cambios celulares de tipo reactivo; lavado bronquioalveolar: desarrollo de *Citrobacter freundii*; citológico con alteraciones inflamatorias crónicas inespecíficas. Septiembre 2006 Biopsia pulmonar: neumopatía intersticial de tipo linfocítica. La evolución ha sido con actividad articular persistente a pesar de tratamiento con leflunomida, metotrexate, cloroquina y sulfasalzina sin respuesta, por lo que se inició rituximab 2 gramos; actualmente se encuentra asintomática.

Discusión: El presente caso es un síndrome de sobre posición con una asociación poco frecuente, de antisintetasa con datos sugerentes de esclerodermia, con pobre respuesta a drogas modificadoras. Hasta donde sabemos no hay casos reportados similares.

C076

Síndrome antisintetasa. Reporte de un caso.

Cancino-Garín, J ⁽¹⁾, Irazoque-Palazuelos, F ⁽²⁾, Andrade-Ortega, L ⁽³⁾, Rosales, V ⁽⁴⁾.

(1-4) CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

Los anticuerpos antisintetasa determinan un perfil clínico y pronóstico en pacientes con miopatías inflamatorias, conocido como síndrome antisintetasa. El anti-Jo-1, dirigido a la histidil-RNAt-sintetasa, se encuentra en 20 a 30% de los pacientes con miopatía inflamatoria. La incidencia anual es de 1.25-2.5 por millón de población y la prevalencia es de 1.5/100,000. Las mujeres se afectan dos veces más que los hombres. Las manifestaciones clínicas incluyen miositis, poliartritis, fenómeno de Raynaud, manos de "mecánico" y enfermedad pulmonar intersticial. Esta última gobierna el pronóstico de la enfermedad.

Masculino de 46 años, sin antecedentes de importancia. Inicia en 2005 con poliartralgias y mialgias generalizadas, debilidad muscular, edema de manos y disnea de medianos esfuerzos. Fue tratado previamente con sintomáticos. En el 2006, por disminución de la distensibilidad toracopulmonar e hipoxemia moderada, se realiza biopsia pulmonar, reportando infiltrado celular plasmocitario y linfocítico con fibrosis incipiente, compatible con neumonitis intersticial inespecífica. Es referido a inmunología de esta unidad, donde se indica factor de transferencia, dexametasona y glicofosfopeptical sin mejoría. Acude en 2007 a nuestro servicio donde se documenta disnea de medianos esfuerzos, dermatosis hiperqueratósica y descamativa de ambas palmas, debilidad muscular proximal simétrica de cintura pélvica 3/5 y escapular 3/5. La TAC de tórax reporta parénquima pulmonar con patrón en mosaico y densidad de vidrio esmerilado, compatibles con neumopatía crónica probablemente obstructiva. AAN homogéneo difuso, anticuerpos anti-Jo-1 (140), CK 5684, DHL 497, ALT 101, AST 125; diagnosticándose Síndrome Antisintetasa, por tal motivo se da tratamiento con prednisona 20mg/día y metotrexato 20mg/semana, mostrando mejoría clínica respiratoria, articular y muscular. Último control (SEP 08) con CK 77, AST 17 ALT 20, fuerza muscular 5/5 generalizada, ya sin dermatosis, actualmente con descenso de esteroide. Último control espirométrico sin deterioro de parámetros reportados previamente.

Análisis: La mortalidad por enfermedad pulmonar intersticial alcanza hasta el 40%. Los esteroides mejoran los síntomas articular, muscular y constitucional y algunas formas de enfermedad pulmonar como la neumonitis intersticial inespecífica. Sin embargo, en la mayoría de los casos la afección pulmonar requiere tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida, tacrolimus, azatioprina, o metotrexato. Este paciente tuvo buena respuesta, incluso pulmonar, clínicamente y sin deterioro en parámetros espirométricos, al tratamiento establecido.

Co77

Prevalencia de vasculitis sistémica en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.

Vera-Lastra, OL⁽¹⁾, Camacho-Rivera, G⁽²⁾, Cruz-Domínguez, MP⁽³⁾,

⁽¹⁻³⁾ Departamento de Medicina Interna, Hosp. Especialidades "Dr. A. Fraga Mouret", CMN La Raza,

Las vasculitis sistemas constituyen un grupo heterogéneo de entidades cuyas manifestaciones clínica dependen del tipo y tamaño del vaso afectado, así mismo su prevalencia es influida por el género y raza.

Objetivo: Investigar la prevalencia de vasculitis sistémicas en el Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" del CMN La Raza.

Pacientes y métodos. En el Departamento de Medicina Interna del HECMN La Raza durante el periodo de 1980 a 2007, se analizó en forma retrospectiva 220 expedientes clínicos para evaluar los tipos de vasculitis sistémicas y su prevalencia. Las vasculitis se clasificaron según criterios del Colegio Americano de Reumatología (1990): arteritis de células gigantes (ACG), arteritis de Takayasu (AT), granulomatosis de Wegener (GW), síndrome de Churg-Strauss (SCS), poliarteritis nodosa (PAN), vasculitis por hipersensibilidad (VH) y púrpura de Henoch Schönlein (PHS). Se emplearon otras clasificaciones para la poliangeítis microscópica (PAM), vasculitis primaria del sistema nervioso central (VPSNC), vasculitis crioglobulinémica (VC), enfermedad de Behcet (EB) y enfermedad de Buerger (EB). Los expedientes con datos clínicos incompletos fueron excluidos.

Resultados: Se incluyeron 194 expedientes (mujeres 60.8% y hombres 39.1%) con diagnósticos de vasculitis con la siguiente prevalencia AT: 76 (42%), GW: 40 (22%), EB: 21(10.8%), SCS:12 (6.1%), PAN: 11(5.6%), VH: 10 (5.2%), PAM: 7(3.6%), VPSNC: 6(3.3%), vasculitis crioglobulinémica 4 (2.2%), púrpura de Henoch Schönlein: 4(2.2%) enfermedad de Behcet: 2(1.1%) y arteritis de células gigantes: 1 (0.6%). La edad de presentación y género fue diferente según la vasculitis, en mujeres de menos de 40 años la AT fue la mas frecuente y en hombres adultos mayores de 50 años la GW, PAN y PAM. La mayoría de los pacientes estudiados fueron pacientes mestizos. El caso de ACG fue de origen caucásico.

Conclusiones: En el departamento de medicina interna del HECMN "La Raza" las tres vasculitis con mayor prevalencia en pacientes mexicanos fueron la arteritis de Takayasu, granulomatosis de Wegener y enfermedad de Buerger y las menos prevalentes la enfermedad de Behcet y la arteritis de células gigantes. La ACG fue la vasculitis menos prevalente, a diferencia de los países del norte de Europa cuya prevalencia es muy alta.

Co78

Granulomatosis de Wegener en la infancia. Reporte de un caso.

Márquez M⁽¹⁾, Calleja R, Acosta J, Solís, Céspedes C⁽²⁾, Zeferino Cruz⁽³⁾

⁽¹⁻³⁾ CMN la Raza IMSS

La granulomatosis de Wegener (WG) es una vasculitis sistémica que afecta principalmente vasos de pequeño calibre, con infiltrado inflamatorio crónico formado por "granulomas" y necrosis de estructuras vasculares, se asocia a presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). Su expresión clínica es variable con involucro tracto respiratorio superior 99% (manifestación rinosinusal), tracto respiratorio inferior 87% (Nódulo pulmonar y/o hemorragia pulmonar) y riñón 53% (hematuria, insuficiencia renal). Afecta población adulta; en la infancia es rara 1-6%, con reportes aislados en la literatura.

Presentamos a un masculino de 15 años con antecedentes de lupus por rama materna, consumo de marihuana ocasional y vida sexual activa. Posterior a traumatismo nasal directo, desarrolla congestión nasal, fiebre persistente y

caída de puente nasal en un periodo de 2 meses, sin respuesta a tratamiento por otorrinolaringología (aseo quirúrgico y antibióticos), por evolución se realizó biopsia nasal. Sus exámenes iniciales solo leucocitosis, neutrofilia y elevación de reactantes de fase aguda; ANCA negativos. Dados sus antecedentes, se indagó causa infecciosa (micobacterias-hongos), que se descartaron por COMBE negativo, test de tuberculina negativo, policultivos negativos y falta de mejoría al manejo con antibióticos de amplio espectro.

La revisión de laminillas con tinciones especiales fue negativa a proceso infeccioso y a malignidad, se documentó granulomas, necrosis y arteritis, que llevó al diagnóstico. Posterior al empleo de metilprednisolona desaparece la fiebre, pero presenta tos, disnea a medianos esfuerzos y esputo hemoptoico, -sin síndrome pleuropulmonar-, edema facial y en extremidades, hematuria micro a macroscópica y elevación progresiva de azoados hasta la insuficiencia renal aguda, por lo que fue necesario apoyo de la función renal con hemodiálisis e inicio ciclofosfamida. El estudio histopatológico renal con glomerulonefritis difusa necrosante y proliferativa extracapilar con semilunas fibrocelulares segmentarias y circunferenciales compatibles con la vasculitis.

Conclusiones: En niños con deformidad nasal es importante considerar las causas de lesiones necrosantes de la línea media con granulomas, entre los que destacan causas traumáticas, hongos, bacterianas, cuerpo extraño, manipulación nasal, químicas, micobacterias, tóxicas (cocaína), neoplásicas y por vasculitis (GW). Ante los síntomas pulmonares o vía aérea superior resistente a los antibióticos e involucro renal, es importante considerar el diagnóstico de WG.

Co79

Nódulo pulmonar único en granulomatosis de Wegener (GW): ¿es recaída?

Flores-Suárez LF⁽¹⁾, Reyes E⁽²⁾

⁽¹⁻²⁾ INCMNSZ

Mujer de 64 años diagnosticada con GW en septiembre de 2003 con historia de 4 meses con artralgias, pérdida de peso, úlceras orales, fiebre, constipación nasal, tos productiva, hematuria, proteinuria y nódulos pulmonares, algunos cavitados. C-ANCA y PR3-ANCA positivos. Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica, con cultivos negativos. En ruta diagnóstica, M. avium intracelular de avado broncoalveolar. Se trató y solo se prescribió prednisona (PDN) para la GW en los primeros meses. Se agregó azatioprina (AZA). Entró en remisión con desaparición de las cavidades pulmonares y estabilización de la función renal con proteinuria < 1 g/día. Un año después reaparecieron síntomas generales y vasculitis cutánea, con proteinuria 2 g/día. Intento de biopsia renal fallido. Se incrementó la PDN y AZA a 2 mg/kg/día. Logró remisión. En abril de 2006 una radiografía de tórax, mostró nódulo nuevo. Los cultivos para micobacterias y otros agentes fueron negativos. Nuevamente entró en remisión con incremento del tratamiento y desapareció el nódulo. Cuatro meses después apareció un nuevo nódulo parahiliar izquierdo. Se cambió AZA a metotrexate (MTX) 17.5 mg/semana. El nódulo izquierdo desapareció pero se detectó uno nuevo, de rápido crecimiento en pulmón derecho. Se cambió a ciclofosfamida (CFM) oral, pero no mejoró. Ingresó al hospital. Debido a deterioro requirió asistencia ventilatoria mecánica. Tuvo neumonía nosocomial, evitando biopsia pulmonar hasta septiembre. La misma mostró una granulomatosis linfomatoide (GL) CD20+, CD30+, LMP1+ con EBV positivo por hibridización *in situ*. Un régimen modificado de CHOP se inició + rituximab. La mejoría permitió alta del hospital. Sin embargo, mientras esperaba un tercer ciclo de CHOP y un segundo de RTX murió en casa. Este es un caso peculiar de GW por su presentación, terapia y evolución. Su tratamiento inicial fue inusual por la presencia de una micobacteriosis atípica, pero respondió a esteroides y AZA a dosis baja. Tuvo dos recaídas, la segunda limitada a pulmones. Un año después de la última, la reaparición de un nódulo único llevó a la sospecha de una nueva recaída. Sin embargo finalmente se diagnosticó GL. Esta neoplasia rara fue también de presentación inusual. Hasta ahora no hemos hallado la coexistencia de ambas enfermedades para las que tenemos apoyo.

Co80

Sobreposición entre síndrome de Churg-Strauss y lupus eritematoso sistémico (LES).Cervera H⁽¹⁾, León K⁽²⁾, Torres V⁽³⁾, Martínez E⁽⁴⁾, Blanco F⁽⁵⁾,⁽¹⁻²⁾ HGR No. 25 IMSS, ⁽³⁾ UMF No. 35 IMSS, ⁽⁴⁾ HGR No. 25 IMSS, ⁽⁵⁾ U. Investigación en Inmunología HP CMN S XXI

Introducción: El síndrome de Churg-Strauss es una enfermedad sistémica rara caracterizada por hipereosinofilia, granulomas extravasculares y vasculitis necrosante, presente en pacientes con antecedente de asma. Se clasifica como vasculitis de pequeños vasos asociada con anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA). Nosotros presentamos un caso excepcional con manifestaciones sobrepuestas de LES.

Objetivo: Presentar un caso de síndrome de Churg-Strauss con manifestaciones sobrepuestas de LES.

Reporte de Caso: Mujer de 58 años de edad, con cuadro clínico de 7 meses de evolución caracterizado por ataque al estado general, fiebre no cuantificada, pérdida de peso (10 kg), dificultad respiratoria, presencia de eritema palmar, facial y lesiones vasculíticas palpables en piernas y brazos. Hospitalizada en Medicina Interna con sospecha de síndrome mielodisplásico vs paraneoplásico, se determinaron diversos estudios; tele de tórax con infiltrado pulmonar no fijo, Hb de 8 g/dl, leucocitos de 2370, linfocitos de 290, eosinófilos de 900 103/uL (31.3%) respectivamente y plaquetas de 13 000, aspirado medular normal, complemento C3 .580 g/l, C4 .128 /l bajos, IgG 23.8, IgE 11,500 UI/mL, panel para hepatitis C, B y VIH negativo. La paciente presentó alteraciones sensitivas en piernas sugestivas de neuropatía, los pANCA fueron positivos 1:40, ANA 1:160 H y anti-DNA 383 UI/mL, la biopsia de piel reportó dermatitis perivascular superficial y profunda con infiltrado mixto y eosinofílico. Se trató con prednisona (PDN) inicialmente a dosis media y azatioprina, para luego ajustar la PDN a 1 mg/kg de peso. La evolución de la paciente fue hacia la mejoría, cedieron las lesiones eritematosas y vasculíticas, así como los infiltrados pulmonares, mejoró la Hb a 10.4 g/dL y las cuentas leucocitaria (4050 103/uL) y plaquetaria (160 000), solo persistió linfopenia. La cuenta de eosinófilos se reportó en 0%.

Conclusión: Nuestro paciente cumple criterios para síndrome de Churg-Strauss y LES. Churg-Strauss es una vasculitis sistémica, usualmente sus manifestaciones clínico-patológicas pueden sobreponerse con otras vasculitis asociadas a ANCA, es rara su asociación con LES y solo puede entenderse en el contexto de autoinmunidad.

Co81

Escleritis como única manifestación de granulomatosis de Wegener.Barbosa-Cobos RE⁽¹⁾, Vargas-Avilés AS⁽²⁾, Lugo-Zamudio GE⁽³⁾, Chávez-Oropeza BM⁽⁴⁾, Sánchez-Solórzano A⁽⁵⁾,⁽¹⁻³⁾ Departamento de Reumatología del Hospital Juárez de México, SSA, ⁽⁴⁾ Médica Xoco, ⁽⁵⁾ Departamento de Oftalmología del Hospital Juárez de México, SSA

Introducción: La Granulomatosis de Wegener (GW) se clasifica en tres formas de presentación clínica: 1. generalizada (inflamación granulomatosa del tracto respiratorio superior e inferior y glomerulonefritis), 2. limitada (involucro del tracto respiratorio sin involucro renal) y 3. altamente limitada (únicamente afección ocular). Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo contra proteinasa-3 (c-ANCA) son marcadores específicos para GW en el 98%.

Material y Métodos: Reporte de casos y revisión bibliográfica de 1950 a 2008 en bases de datos: *PubMed*, *OID*, *EBSCO-HOST*, *Medic-Latina*, *Springer-Link*, *Science-Direct*, *Imbiomed*, *Medigraphic* y *Google*; utilizando las

palabras clave *Scleritis*, *Antibodies*, *Antineutrophil Cytoplasmic; ANCA*, *Wegener Granulomatosis* de acuerdo con el *Medical Subject Headings (MeSH)* de la *National Library of Medicine* de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos. Se seleccionaron los casos con GW altamente limitada (GWAL), con diagnóstico confirmado por c-ANCA en el período de 2005 al 2008, de los departamentos de Oftalmología y Reumatología del Hospital Juárez de México, SSA.

Resultados: Se encontraron 4 casos con GWAL, 100% del sexo Femenino, con edad promedio de 41 (30-54) años; el seguimiento fue en promedio de 18 (6-36) meses. El 100% de los casos presentaron titulaciones de 1:160 de c-ANCA. La afección ocular fue bilateral en el 25% y unilateral en el resto. En cuanto al tipo de escleritis: 2 nodulares, 1 difusa y 1 escleromalacia (escleritis necrotizante). El 100% con Tomografía Axial Computada (TAC) de senos paranasales y tele de tórax sin alteraciones; ninguna de las pacientes presentó manifestaciones sistémicas. En el 100% se indicó tratamiento sistémico con prednisona a dosis altas en períodos de actividad y dosis bajas de mantenimiento; además en los cuatro casos se utilizó azatioprina; el caso con escleromalacia requirió de pulsos de metilprednisolona, bolos de ciclofosfamida y metotrexate. Hasta el momento las cuatro pacientes se encuentran con inactividad de la enfermedad.

Conclusiones: Una vez descartadas las causas no inmunológicas de escleritis, así como en los casos sin respuesta favorable al manejo habitual, es conveniente considerar como alternativa diagnóstica las escleritis de etiología autoinmune. En ausencia de manifestaciones sistémicas, factor reumatoide y anticuerpos anticitrulinados, con presencia de c-ANCA positivos puede ser integrado el diagnóstico de GWAL. Su relevancia radica en la oportunidad del diagnóstico, ya que repercute favorablemente en el pronóstico.

Co82

Factores asociados a fracturas vertebrales en mujeres con lupus eritematoso sistémico.Mendoza C⁽¹⁾, García-Carrasco M⁽²⁾, Sandoval H⁽³⁾, Muñoz M⁽⁴⁾, Delezé M⁽⁵⁾, Guzmán G⁽⁶⁾, Jiménez M⁽⁷⁾, Zamudio L⁽⁸⁾, Sandoval M⁽⁹⁾, García A⁽¹⁰⁾, Beltrán A⁽¹¹⁾, López A⁽¹²⁾⁽¹⁻²⁾ Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas HGR 36 IMSS Puebla, ⁽³⁾ Servicio de Radiología HGR No. 36 IMSS Puebla, ⁽⁴⁾ Departamento de Posgrado, FMBUAP, Puebla, ⁽⁵⁾ Clínica de Osteoporosis, Hospital Ángeles, Puebla, ⁽⁶⁾⁽⁷⁾ Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas HGR 36 IMSS Puebla, ⁽⁸⁾ Jefatura de Enseñanza e Investigación HGR 36 IMSS Puebla, ⁽⁹⁾ Jefatura de Medicina Interna HGR 36 IMSS Puebla, ⁽¹⁰⁾ Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas HGR 36 IMSS Puebla, ⁽¹¹⁾ Servicio de Reumatología HGR 36 IMSS Puebla, ⁽¹²⁾ Jefatura Delegacional de Investigación UMAE IMSS Puebla**Resumen**

Introducción: El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria crónica afecta predominantemente a mujeres en edad reproductiva. Está bien establecido que existe un alta prevalencia de osteoporosis en pacientes con LES. Sin embargo, existen pocos estudios que evalúan la frecuencia de las fracturas vertebrales y sus factores asociados.

Objetivo: Comparar la frecuencia de factores de riesgo en pacientes con LES con y sin fracturas vertebrales.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de casos y controles. Se incluyeron pacientes del sexo femenino con el diagnóstico de LES que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Se determinó la presencia o ausencia de fracturas vertebrales utilizando el método estandarizado de Genant, formándose dos grupos de estudio: casos, pacientes con fracturas vertebrales y controles, pacientes sin fracturas vertebrales. Las variables incluidas como factores de riesgo fueron la dosis acumulada de corticosteroides, la duración de la enfermedad, el daño crónico de LES, la menopausia y la densidad mineral ósea disminuida. Todos los participantes fueron entrevistados para obtener información de los factores de riesgo tradicionales y los

relacionados con la enfermedad y su tratamiento. También se aplicó el índice de daño crónico. Se les realizó mediciones de la DMO en cadera y columna vertebral.

Resultados: Se estudiaron a 210 mujeres con LES, de estas 53 pacientes presentaron fracturas vertebrales por lo que se les incluyó en el grupo de casos y 157 pacientes reportadas sin fractura fueron los controles. El sitio más afectado por fracturas vertebrales fue la columna torácica. Los siguientes factores se presentaron con mayor frecuencia en los casos con respecto a los controles reportándose diferencia estadísticamente significativa: la edad, el antecedente personal de fractura después de los 45 años, la menopausia, el daño crónico, la dosis acumulada de corticosteroides (CTS) y la densidad mineral ósea (DMO) tanto en cadera como en columna vertebral. En el análisis multivariado las variables edad de la paciente, la dosis acumulada de corticosteroides y la DMO baja en caderas continuaron reportándose con diferencia significativa

Conclusiones: La frecuencia de fracturas vertebrales en mujeres con LES fue de 25.2%. Los factores que se asociaron a estas fracturas fueron la edad, la dosis acumulada de CTS y la DMO baja en caderas.

Co83

Relación del estilo de vida, densidad mineral ósea total y peso óseo en tres poblaciones diferentes de adultos de 25 a 35 años de edad.

Casillas-Mojica A⁽¹⁾, Pérez M⁽²⁾, Martínez-Bonilla GE⁽³⁾, Gutiérrez-Ureña S⁽⁴⁾, González-Díaz V⁽⁵⁾, Aguilar-Arreola J⁽⁶⁾, Hernández Vargas E⁽⁷⁾, Cerpa Cruz S⁽⁸⁾, Ruiz González⁽⁹⁾, Bernard-Medina AG⁽¹⁰⁾,

⁽¹⁾ Universidad del Valle de Atemajac, ⁽²⁻¹⁰⁾ Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

La osteoporosis (OP) es una enfermedad que puede afectar a la población adulta por arriba de los 50 años. La Masa Ósea Pico (MOP) se alcanza alrededor de los 30 años de edad y depende de diversos factores para lograr su máximo desarrollo. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto del estilo de vida en 3 poblaciones diferentes analizando la DMO y su posible correlación con peso óseo corporal cuantificado mediante una báscula *inner-scan* para composición corporal.

Material y Métodos: Se incluyeron 24 sujetos, 8 pacientes con Artritis Reumatoide (AR), 8 Médicos Residentes en formación como especialistas y 8 personas sanas con actividad física regular, todos entre 25 y 35 años de edad. Se analizaron variables demográficas, estilos de vida, hábitos alimentarios actividad física y factores de riesgo para masa ósea baja. Se realizó DMO corporal total (LUNAR) y para el peso óseo se utilizó una báscula que mide porcentaje de agua, grasa, músculo y hueso corporal total. Se realizó análisis estadístico con Anova, se utilizó prueba U- de Mann Withney para múltiples comparaciones.

Resultados: Se analizaron 8 sujetos por cada grupo en total 24 siendo el 75% mujeres y 25% hombres. El rango de edad en los tres grupos fue entre 25 y 35 años. El peso promedio de la masa ósea corporal fue AR 2.34 ± 0.407kg, médicos residentes de 2.45 ± 0.53kg y personas con actividad física regular 2.55 ± 0.66kg. Resultados de DMO (tabla 1 y 2). No hubo correlación entre peso óseo y DMO.

Diagnóstico DEXA L1-L4	Grupo (%)		
	AR	Médicos	Personas activas
Normal	88	50	88
Osteopenia	12	50	12
Total	100	100	100

Diagnóstico DEXA fémur izquierdo	Grupo (%)		
	AR	Médicos	Personas activas
Normal	100	88	100
Osteopenia	0	12	0
total	100	100	100

Conclusión: Los médicos residentes tienen más factores de riesgo para densidad ósea baja, que está relacionado con el estilo de vida y hábitos alimentarios comparado con los Pacientes y las personas activas. El método para medir la masa ósea con la báscula no correlaciona con el estudio densitométrico, y se necesita un mayor número de Pacientes y estandarizar la medición para obtener el pico de masa ósea real en los adultos jóvenes

Co84

Perfil de citoquinas en el síndrome de Sjögren primario (SSP) con y sin afección pulmonar.

Rodríguez-Henríquez P⁽¹⁾, Bojalil R⁽²⁾, Rivera-Viñas MA⁽³⁾, Márquez-Velasco R⁽⁴⁾, Argueta I⁽⁵⁾, Amezcua-Guerra LM⁽⁶⁾,

⁽¹⁻⁶⁾ Instituto Nacional de Cardiología

El SS primario (SSP) es un padecimiento poco prevalente (0.1%). El involucro pulmonar (enfermedad obstructiva, fibrosis pulmonar, bulas) es raro pero se asocia a elevada morbi-mortalidad. El perfil de citoquinas en la afección pulmonar del SSP no se conoce, y su caracterización puede tener implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Se realizó un estudio observacional de corte transversal, incluyendo a todos los pacientes ambulatorios con SSP de acuerdo a los criterios preliminares para la clasificación de SS. Previo consentimiento, se obtuvieron las variables clínicas y 10 ml sangre periférica para análisis: ANA (IFI HEp-2), anti-dsDNA (IFI Crithidia luciliae), anti-Ro, -La, -Sm, -RNP, -CCP2, IL6, IL4, IL10, IL17, IFNg (ELISA), PCR y FR IgM (nefelometría).

Estadística: variables dimensionales descritas como promedio ± DE (Mann-Whitney) y dicotómicas como proporciones (exacta de Fisher). Significancia <0.05.

Se incluyeron 21 pacientes con SSP, 5 de los cuales tuvieron afección pulmonar (determinada por TC y espirometría). No encontramos diferencias en las características clínicas o demográficas entre ambos grupos. El FR fue más frecuentemente positivo en los pacientes con afección pulmonar (100 vs. 44%, p=0.045; OR 13.9, IC95% 0.6-294). Con respecto a las citoquinas, la IL6 fue mayor en el grupo con afección pulmonar (9.35 ± 11.2 vs. 3.03 ± 6.3 pg/ml, p=0.011). En el grupo con afección pulmonar la IL10 se encontró en 24.1 ± 54 pg/ml, mientras que en el grupo sin afección fue 12.1 ± 28.9 (p=0.96); la concentración de IL-17 fue de 0.04 ± 0.05 y 27.8 ± 87 pg/ml (p=0.83), respectivamente. No hubo concentración detectable de IL4 e IFNg en ningún paciente. La frecuencia de positividad para ANA, anti-dsDNA y contra antígenos extraíbles del núcleo fue similar en ambos grupos. No hubo ningún paciente con anti-CCP positivo.

Nuestros resultados sugieren que el FR es un marcador de riesgo para el involucro pulmonar en pacientes con SSP. En la afección pulmonar del SSP parecieran estar involucradas predominantemente monoquinas (IL6), pero no linfocinas, sean de perfil TH1 (IFNg), TH2 (IL4, IL10) o TH17 (IL17). El bloqueo de la IL6 puede ser una estrategia terapéutica razonable en pacientes con SSP y afección pulmonar.

Co85

Eficacia de la saliva artificial sobre la xerostomía medida con un cuestionario validado en pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSP).

Hernández MC ⁽¹⁾, García C ⁽²⁾, Ángeles U ⁽³⁾, Peña M ⁽⁴⁾,
(1-4) IMSS

Introducción: El SSP es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta las glándulas exocrinas ocasionando xerostomía y xerofalmia y que se puede acompañar de manifestaciones extraglandulares. El tratamiento de la xerostomía es un problema aun por resolver.

Objetivo: Determinar la eficacia de la saliva artificial en el tratamiento de la xerostomía medida con cuestionario validado en pacientes con SSP.

Material y Métodos: Se incluyeron 13 pacientes consecutivos mayores de 18 años de edad que cumplían criterios diagnósticos de SSP (2002). Se les realizó una evaluación basal, al mes y a los dos meses mediante un cuestionario previamente validado de 8 preguntas calificado por una escala visual análoga (EVA) para saber el grado de malestar que produce la xerostomía. Se les indicó utilizar saliva artificial en *spray* cada 2 horas y antes de las comidas. En las visitas se investigaba además el apego terapéutico y los posibles efectos adversos. El análisis estadístico consistió en medidas de tendencia central y de dispersión de los valores evaluados del cuestionario de cada una de las preguntas.

Resultados: Trece pacientes, 11 mujeres (84%) y 2 hombres (16%) fueron evaluados. El promedio de edad fue de 53 años (41- 70 años). El promedio del tiempo de evolución fue de 60 meses (12- 144 meses). Mediante el análisis unilaterial de varianza por rangos de Friedman de cada pregunta se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla. Cuando realizamos la evaluación general de la xerostomía de cada paciente, con cada una de las preguntas en sus 3 mediciones la p=0.001.

Pregunta	EVA Basal	EVA 2 meses	Valor de p
Dificultad que experimenta al hablar debido a la sequedad de su boca	66	35	0.023
Dificultad que experimenta al deglutir debido a la sequedad de su boca	64	39	0.056
Califique que tanta saliva hay en su boca	69	40	0.002
Califique la sequedad de su garganta	70	38	0.006
Califique la sequedad de sus labios	77	43	0.001
Califique la sequedad de su boca	75	42	0.008
Califique la sequedad de su lengua	73	41	0.002
Califique el nivel de sed	65	46	0.161

Conclusiones: La saliva artificial es efectiva en mejorar la xerostomía en los pacientes con SSP evaluada mediante un cuestionario validado.

Co86

Determinación de anticuerpos anti-CCP en pacientes con diagnóstico de Rhupus; serie de casos y revisión de la literatura.

Vega-Reyes R ⁽¹⁾, Irazoque-Palazuelos F ⁽²⁾, Andrade-Ortega L ⁽³⁾, Barragán-Navarro Y ⁽⁴⁾

(1-4) CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

El Rhupus un síndrome de sobreposición de Artritis Reumatoide (AR) y Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se define como una poliartritis

simétrica y erosiva acompañada de síntomas y signos clínicos de LES con la presencia de auto anticuerpos específicos (anti-DNAs y anti-Sm). Su diagnóstico se basa en los criterios propuestos para ambas patologías por el ACR. Existen en la literatura alrededor de 120 casos reportados, con una prevalencia no bien determinada (cerca a 0.09%) y predominio del sexo femenino.

Recientemente se ha enfatizado el papel fisiopatológico de los anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (Anti-CCP) en AR, que tienen alta sensibilidad y especificidad diagnóstica, superiores al factor reumatoide. Existen pocos reportes de series de casos de Rhupus en donde se hayan determinado dichos anticuerpos.

Presentamos una serie de 7 casos, todos mujeres con un promedio de edad de 44 años, en los que se evaluaron los criterios para el diagnóstico, los cambios radiológicos y se determinaron los niveles séricos de Anti-CCP. Se realizó revisión de la literatura y los datos obtenidos se compararon con nuestros

Resultados: En nuestros pacientes el número promedio de criterios para AR fue de 5, y de 5.4 para LES. 6 pacientes tuvieron erosiones, 6 factor reumatoide (FR+) y 6 Ac-Anti-CCP positivos (87.5%). Al comparar con las series de la literatura, nuestros pacientes fueron semejantes respecto a manifestaciones articulares, hematológicas y serológicas. La afección renal fue más común 57.4% vs 31.9%). La prevalencia de Anti-CCP positivos fue semejante (87.5% vs 78.5%). Contrario a lo reportado, en nuestros pacientes fue más frecuente el LES como diagnóstico inicial.

Comentario: Aún deben definirse mejor tanto el comportamiento clínico como los marcadores serológicos de esta sobreposición. La alta prevalencia de anti-CCP en los pacientes con Rhupus encontrada tanto en nuestra serie de casos como en los dos reportes previos sugiere que esta determinación serológica puede ser útil para el diagnóstico, en especial en los pacientes con diagnóstico inicial de lupus y afección articular severa, aunque su ausencia no excluye una afección erosiva.

Co87

Síndrome de Sjögren primario y disfunción tiroidea.

Martin-Jiménez R ⁽¹⁾, Nava A ⁽²⁾, Ortiz-Cadenas A. ⁽³⁾, Gómez-Guerrero MR ⁽⁴⁾, García-De La Torre I ⁽⁵⁾, Riebeling-Navarro C ⁽⁶⁾, Orozco-Barocio G ⁽⁷⁾.

(1) Hospital General de Occidente SSJ / CUCS Universidad de Guadalajara, (2) UIEC UMAE HE CMNO IMSS / Univ Auton Guadalajara, (3)(4) Hospital General de Occidente SSJ, (5) Hospital General de Occidente SSJ / CUCS Universidad de Guadalajara, (6) UIEC UMAE HP CMN-SXXI IMSS / UNAM, (7) Hospital General de Occidente SSJ / CUCS Universidad de Guadalajara

Antecedentes: Existe disfunción tiroidea (DT) en 10 a 45% de los pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp); se requiere mayor información sobre factores asociados incluyendo anticuerpos anti-tiroideos (AT).

Objetivo: Establecer la frecuencia de DT y su relación con AT en una cohorte de pacientes con SSp.

Material y Métodos: Estudio transversal analítico. En pacientes con diagnóstico de SSp (2002 *American-European Consensus Criteria*) que acuden al departamento de Reumatología del Hospital General de Occidente SSJ. Los datos clínicos e histopatológicos se obtuvieron del expediente hospitalario. Se determinaron niveles séricos de tiroxina libre, triyodotironina y TSH (quimioluminiscencia, valores de referencia de T4total 4.5-12.5mcg/dl, T3total 70-170ng/dl, TSH 0.-4 mcUI/mL, T4libre 0.8-1.9ng/dL), anticuerpos anti-nucleares (inmunofluorescencia indirecta HEp-2, \geq 1:80), anti-Ro/La (ELISA, 0.0-9.9 U.E/ml), anti-tiroideos (anti-tiroglobulina/anti-microsomales, ELISA 0.0-99 U.E/ml), y factor reumatoide (nefelometría, \geq 20UI). Definición de disfunción tiroidea: valores de TSH, T4 y/o T3 fuera del rango normal. Comparación estadística con prueba exacta de Fisher y U Mann Whitney.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes mujeres, edad 58.5 \pm 10.3 años, se encontró DT en 29 (32.9%), (21 tuvieron hipotiroidismo y 8 hipertiroidismo-

mo). El diagnóstico de DT precedió al de SSp en 15 (52%) pacientes, en 11 (38%) fue posterior y en 3 (10%) fue simultáneo. Tuvieron ≥ 1 auto-anticuerpo 77 (85%) pacientes, incluyendo los 18 (20.45%) con antitiroideos. Los anticuerpos anti-tiroideos, anti-Ro, anti-La y fatiga fueron más frecuentes en el grupo con DT, solo esta última mostró significancia estadística límite $p=0.07$ (RM 2.4 IC 95% 0.96-6.1), tendencia que desapareció ($P=NS$) al comparar la frecuencia de fatiga según la presencia o ausencia tanto de hipotiroidismo (14/21 vs. 31/67) como de hipertiroidismo (5/8 vs. 40/80). En el grupo sin DT fueron más frecuentes artritis, fenómeno de Raynaud, púrpura y leucopenia, sin significancia estadística.

Conclusiones: Se confirma frecuencia elevada de DT coexistente con fatiga pero sin asociación con hipo o hipertiroidismo. Esta aparente paradoja podría indicar que la DT resulta de la activación de vías efectoras como inflamación o daño directo por autoanticuerpos (tipo II), y no solo las de regulación metabólica directa. Debe considerarse al componente glandular del SSp como la posible coexistencia de afección tanto exocrina como endocrina, incluyendo el inicio de la enfermedad como DT (patrón endocrino) o como síndrome sicca (patrón exocrino).

Co88

Efectos del rituximab y mofetil micofenolato sobre la carga viral en pacientes con infección por virus de hepatitis C y enfermedad reumática.

González-Leija M⁽¹⁾, Pérez-Cristobal M⁽²⁾, Camargo-Coronel A⁽³⁾, Barile-Fabris L⁽⁴⁾

⁽¹⁻⁴⁾ HE CMN SXXI

La infección por virus de Hepatitis C afecta al 3% de la población general; cuando se asocia a padecimientos autoinmunes activos limita el uso de los tratamientos de primera línea y cuando es necesaria la inmunosupresión prolongada hay pocas opciones terapéuticas. El rituximab un antiCD20 humanizado monoclonal ha sido usado en algunos casos de enfermedades asociadas con hepatitis C, el mofetil-micofenolato y su metabolito activo el ácido micofenólico actúa inhibiendo la proliferación de linfocitos T y B, frena la síntesis de anticuerpos y la generación de linfocitos T citotóxicos.

Se ha mencionado el posible efecto antiviral del MMF el cual se podría considerar como el agente ideal para el tratamiento en pacientes con manifestaciones autoinmunes asociadas con infección por VHC.

Objetivo: Evaluar el efecto del rituximab y MMF sobre la carga viral en pacientes con infección por VHC y enfermedad reumática autoinmune.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes del servicio de reumatología que cumplieron criterios de clasificación para alguna enfermedad reumática de acuerdo al ACR, mayores de 18 años con serológica positiva para infección por VHC determinado por ELISA. Se determinó por método de AM-PLICOR carga viral basal y posterior a 6 meses o más de haber recibido tratamiento con rituximab o MMF, índices de actividad antes y después del tratamiento así como dosis promedio de prednisona.

Análisis estadístico: Se realizó exacta de Fisher para encontrar la diferencia entre una carga viral basal y posterior al tratamiento. Se utilizó el programa SPSS 15.0

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes con infección por virus de hepatitis C y enfermedad reumática de los cuales, 6 con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y 1 con arteritis de Takayasu. Cuatro recibieron rituximab y MMF combinado, 2 solo MMF y 1 rituximab. El tiempo promedio en meses de tratamiento fue de 15 (6-48), la dosis promedio de prednisona 22 mg (5-70). Los 4 pacientes con tratamiento combinado permanecieron indetectables para VHC en la evaluación pos-tratamiento ($p=NS$). Un paciente con terapia con MMF solo, detectable inicialmente no modificó el número de copias en el pos-tratamiento. El paciente con rituximab solo, incremento su carga viral en la evaluación postratamiento. De los 6 pacientes con LES solo 1 permaneció activo SLEDAI de 14 con previo de 24, el resto con control adecuado de la actividad SLEDAI 0.

Conclusiones: El rituximab y MMF parecen tener un buen perfil de seguridad y eficacia, con pobre efecto sobre la carga viral en pacientes con infección por VHC y enfermedad reumática.

Co89

Mejoría subjetiva y cambios sintomáticos posbiopsia de glándula salival menor en pacientes con síndrome de Sjögren secundario.

Bañuelos RD⁽¹⁾, Perea-González P⁽²⁾, Sánchez AS⁽³⁾, Jardines dLuzG⁽⁴⁾, Ramírez PMM⁽⁵⁾

⁽¹⁾ IMSS UMAE Puebla, ⁽²⁾ BUAP,^(3/4) IMSS UMAE Puebla, ⁽⁵⁾ IMSS UMF 01 Puebla

Antecedentes: El síndrome de Sjögren (Ss) se caracteriza por queratoconjuntivitis sicca y se manifiesta por la sensación subjetiva de sequedad oral y conjuntival y objetivamente por criterios propios, que incluyen datos clínicos, de laboratorio y gabinete. Su prevalencia real es subestimada, pero las frecuencias de asociación con enfermedades reumáticas sí se pueden estimar. Ocurre en formas primaria y asociado a diversas entidades. En un estudio previo efectuado en colaboración con odontólogos, observamos que los pacientes en quienes se practicó biopsia de glándula salival menor (GSM) reportaban mejoría subjetiva en la sequedad oral.

Objetivo: cuantificar la mejoría subjetiva mediante un cuestionario y cuantificar objetivamente esta sensación de mejoría mediante la medición de la cantidad de saliva un mes y dos meses posteriores a la toma de biopsia glándula salival menor.

Métodos: efectuamos cuestionario relativo a sintomatología inicial y final en 30 pacientes con AR y SS, además de biopsia de glándula salival menor en labio inferior, mediante incisión 0.5mm, presión y aplicación hielo por 10-20 min, posterior al procedimiento, sin sutura, además de cuantificación en vasos graduados del flujo salival. Los tratamientos indicados para AR fueron similares en todos los pacientes, y se continuaron hasta el final. La mejoría subjetiva medida mediante el cuestionario establecido por consenso de 3 reumatólogos se comparó con prueba McNemar y el flujo salival por prueba t pareada.

Resultados: Ocurrieron cambios cuantificables en las dos mediciones, tanto en forma objetiva como subjetiva, aunque no alcanzaron potencia estadística fuera de los valores límites que fijamos de antemano para significancia ($p<0.005$). La mejoría subjetiva es mayor que la objetiva en el periodo y población estudiada, por lo que el factor de iatrogenia no se descarta en los resultados.

Conclusiones: es posible la mejoría subjetiva en el Ss atribuible al procedimiento de efectuar biopsia en GSM. La mejoría objetiva requiere otras condiciones.

Co90

Hemorragia alveolar en enfermedades reumáticas, características clínicas, comorbilidad y desenlace. Reporte de casos.

Mendoza-A⁽¹⁾, Meléndez-C⁽²⁾, Aranda-P⁽³⁾, Hernández-L⁽⁴⁾, Jaimes-J⁽⁵⁾,

⁽¹⁻⁵⁾ ISSEM y M Toluca

La hemorragia alveolar (HA) es un evento súbito que compromete la vida del paciente y en aquellos con enfermedades reumáticas la sobrevida reportada en la literatura, es muy baja a pesar del tratamiento.

En la siguiente tabla se presentan las características de los pacientes con HA atendidos en nuestro servicio.

Paciente	Género	Edad	Dx	Tiempo Evolución	Involucro a otros órganos	Tx previo a HA	Comorbilidad	Días en UTI	Evento asociado
1	M	31	LES juvenil	17 años	Hematológico articular	AZA MTX PDN CLQ	Psoriasis	13	No
2	F	20	LES	3 años	Renal	CFM PDN	No	5	No
3	F	17	LES	1 año	Renal, Sistema nervioso y hematológico	PDN CFM	no	30	Neumonía pancreatitis
4	F	52	LES	2 años	Renal hematológico	PDN CFM	Hipotiroidismo	7	Infección urinaria
5	F	48	PAM	16 meses	Renal, SNC, articular, serositis	PDN	HAS	7	no
6	M	52	PAM	2 años	renal	PDN	No	14	No
7	F	46	GW	1 mes	No	No	No	19	No

Discusión: Se presenta la experiencia en nuestra institución en pacientes con diferentes entidades clínicas y en donde la sobrevida es del 100% a 1 año del evento. En la literatura no existe un manejo estándar para estos casos; en los pacientes reportados se efectuó un esquema terapéutico inmunosupresor agresivo con dosis altas de esteroide y ciclofosfamida intravenosa.

Cog1

Evaluación del daño cardiovascular en pacientes con arteritis de Takayasu (AT).

Osuna L ⁽¹⁾, Jiménez-Balderas FJ ⁽²⁾, Camargo-Coronel A ⁽³⁾, Barile-Fabris LA ⁽⁴⁾,

⁽¹⁻⁴⁾ HE CMN SXXI

Introducción: La arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta la aorta y sus ramas principales, causando estenosis y obstrucción de las mismas. A pesar de las alteraciones producidas por la vasculitis, muchos de los pacientes son asintomáticos, siendo difícil determinar la extensión del daño y actividad de la enfermedad. Las alteraciones cardiovasculares son la principal causa de muerte en AT. Los estudios en relación al daño cardíaco atribuyen en su mayoría la falla miocárdica a la hipertensión arterial sistémica secundaria a obstrucciones renovasculares o coartación aórtica.

Objetivo: Evaluar el daño cardiovascular y vascular periférico de los pacientes con AT.

Material y métodos: Se evaluaron los pacientes con diagnóstico de vasculitis sistémica primaria por medio del índice de daño en vasculitis (VDI). Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de AT que cumplieron criterios de clasificación del ACR y revisaron los expedientes para la valoración del daño cardiovascular y vascular periférico. Se excluyeron pacientes con otro tipo de vasculitis primaria, secundaria o en estudio. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: De un total de 90 pacientes con vasculitis sistémica primaria, se incluyeron 41 pacientes con AT. Fueron mujeres 37 (88.1%), 4 (9.5%) hombres, la edad promedio fue 43.68±11.91 años, el tiempo de evolución de la enfermedad promedio fue 12.49±10.45 años y el VDI promedio fue de 1.98±1.47. El 56.09% (23/41) tuvo daño cardiovascular y 60.97% (24/41) tuvo daño vascular periférico; todos los pacientes presentaron daño cardiovascular o vascular periférico. La hipertensión arterial diastólica fue la alteración más frecuente 15(35.7%), seguido de la ausencia de pulso en alguna extremidad 13(31.0%) y la estenosis de un vaso mayor 11(26.2%), destacando la exclusión renal en 5(11.9%) pacientes. El 21.4% de los pacientes presentaron angina de pecho y el 19% tuvo infarto miocárdico. La valvulopatía cardíaca se presentó en 5(11.9%) pacientes.

Conclusión: Los sistemas cardiovascular y vascular periférico son los más afectados en los pacientes con AT. Si bien la hipertensión arterial es la alteración presentada con más frecuencia, también contribuyen al daño cardiovascular de manera significativa la estenosis de vaso mayor, angina de pecho e infarto.

Cog2

Miopatía mitocondrial aislada asociada a deficiencia de coenzima Q10: reporte de un caso.

Ascencio R (1), Jiménez FJ (2), Barile L (3),

(1-3) HE CMN SXXI

La miopatía mitocondrial secundaria a deficiencia de Q10 es rara y se presenta con más frecuencia en la infancia. Posee una serie de manifestaciones que van desde una encefalomiopatía, ataxia cerebelar mixta, encefalopatía de Leigh hasta una enfermedad multisistémica; sin embargo, se han reportado casos de deficiencia de coenzima Q10 con miopatía mitocondrial sin alteraciones neurológicas.

Hombre de 17 años de edad, estudiante, sin antecedentes hereditarios y personales de importancia.

Diez días antes de su ingreso el paciente trabajó como albañil, siendo sometido a carga de objetos pesados; al tercer día de trabajar, inició con astenia, adinamia, mialgias generalizadas de intensidad progresiva, tres días después se agregó disminución de la fuerza muscular con incapacidad progresiva hasta impedirle caminar; se automedicó naproxeno 500mg/día sin mejoría. En el estudio inicial le detectaron CPK 7,250 UI/L, TGO 130, DHL 642 en el suero, examen general de orina 1-2 leucocitos por campo, mioglobina +++, eritrocitos 3 por campo, nitritos negativo, bacterias escasas, proteínas negativas, biometría hemática, electrolitos séricos, gasometría arterial, química sanguínea y tiempos de coagulación normales.

A la exploración física: evaluación neurológica normal, fuerza muscular proximal en las cuatro extremidades 3/5, distal 4/5 en las cuatro extremidades, marcha no valorable. Electromiografía normal, perfil toxicológico negativo, serología para hepatitis B, C, VIH negativos; pruebas de función tiroidea normales. La biopsia de músculo mostró miofagia con necrosis y leve infiltrado inflamatorio reactivo, compatible con rhabdomiolisis. La determinación por medio de espectrofotometría de enzimas de la cadena respiratoria en el músculo, encontramos deficiencia de la enzima NADH-citocromo c reductasa total de 0.0452 nmol/min/mg proteína (valor normal 0.197-0.839) y de la enzima NADH-citocromo c reductasa sensible a rotenona de 0.0253 nmol/min/mg proteína (valor normal 0.033-0.234) compatible con deficiencia de coenzima Q10.

Recibió tratamiento con hidratación intravenosa, analgésicos y reposo. Su evolución fue satisfactoria con mejoría de la fuerza muscular y disminución progresiva de las enzimas musculares hasta normalizarse.

Conclusión: Existen escasos reportes en la literatura médica de miopatía mitocondrial aislada con deficiencia de coenzima Q10, que puede ser considerada como causa de rhabdomiolisis en pacientes jóvenes con intolerancia al ejercicio.

C093

Evaluación clínica y ultrasonográfica de la artropatía hemofílica y su correlación con la severidad de la hemofilia.

Barragán GA ⁽¹⁾, Pérez CM ⁽²⁾, Camargo CA ⁽³⁾, Vázquez ZM ⁽⁴⁾, Gutiérrez MM ⁽⁵⁾, Mejía AM ⁽⁶⁾, Barile FL ⁽⁷⁾

⁽¹⁻⁷⁾ HE CMN SXXI

Introducción: La principal causa de morbilidad en los pacientes con Hemofilia (tanto tipo A como B) es la artropatía por hemorragias intra-articulares de repetición, lo cual lleva a discapacidad y alteraciones en la calidad de vida. El Ultrasonido músculo-esquelético (USME) ayuda a detectar cambios tempranos y tardíos de la artropatía hemofílica.

Objetivo: Determinar las características ultrasonográficas y clínicas de la artropatía hemofílica de acuerdo al grado de severidad de la hemofilia A y B.

Método: Estudio observacional descriptivo en pacientes con hemofilia (tipo A o B), mayores de 16 años con eventos de hemorragia intraarticular, subdividiéndolos de acuerdo a la gravedad de la hemofilia, definido por el porcentaje de actividad del factor VIII o IX; (leve >5% moderada 1-5% y severa <1%).

Se realizó la evaluación clínica de los arcos de movilidad articular y se realizó USME en tiempo real de las articulaciones afectadas por hemartrosis.

Resultados: Se incluyeron 31 pacientes con hemofilia (25 tipo A y 6 tipo B), de acuerdo a la gravedad hemofílica, leve (6%), moderada (6%) y severa (87%), con edad promedio de 36 años (16-62), la articulación más frecuentemente afectada fue rodilla (derecha 24 [77%] izquierda 22 [68%]), codo (izquierdo 8 [25%] y derecho 7 [22.5%]).

Los hallazgos en los pacientes con hemofilia grave: Rodilla (USME): disminución del espacio articular (DEA) 51.6%, proliferación sinovial (PS) 46.7%, derrame articular (DA) 43.5%, calcificación del menisco (CM) en el 22.6%, calcificación del cartilago articular (CCA): 3.2%, erosiones 8.1% y en la evaluación clínica: limitación en la flexión en el 27.4% y en la extensión 19.3%, Codo (USME): DEA en el 22.6%, PS en el 6.4%, DA en el 4.8%, CCA en el 1.6%, presencia de erosiones en el 1.6%. Clínica: limitación en la flexión en el 17.7%, extensión en el 29.6%, supinación 6.4%, pronación 3.2%.

Los pacientes con hemofilia moderada, la articulación más afectada fue rodilla izquierda mostrando por USME DEA en el 50%, PS en el 25% y CM en el 50%, sin alteración clínica evidente de los arcos de movilidad; y en lo que respecta a los pacientes con hemofilia leve la rodilla por USME DEA en el 25%, PS en el 25%, DA 25% también sin limitación de rangos de movimiento.

Conclusiones: El USME es una herramienta útil para detectar patología articular en la artropatía leve, moderada y severa. La evaluación clínica solo se relacionó con los cambios ultrasonográficos en la artropatía severa en los pacientes con hemofilia A y B, por lo que consideramos al USME como una herramienta útil en la evaluación de la artropatía hemofílica.

C094

Infliximab y metotrexato en el manejo del síndrome SAPHO: a propósito de un caso.

Morales-Torres J ⁽¹⁾, Ramírez-Tavares I ⁽²⁾, López-García JA ⁽³⁾.

⁽¹⁻³⁾ Hospital Aranda de la Parra, León, México

El síndrome SAPHO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis, osteitis) es un padecimiento infrecuente. Su diagnóstico y manejo pueden ser difíciles. Las propuestas terapéuticas han incluido AINEs, esteroides, sulfasalazina, colchicina, ciclosporina-A, Metotrexato, Agentes Anti TNF α , derivados de Vitamina D y Bifosfonatos. Reportamos un caso con buena respuesta a terapia combinada.

En Enero del 2006 se presenta una paciente del sexo femenino de 17 años, con historia de Acné de difícil manejo. Al clasificarla como Acné Fulminans

inició manejo con Isotretinoína un mes antes y acude por un cuadro de fiebre, poliartralgias, artritis severa de rodillas, tobillos y pies, dolor lumbar y sacroiliaco y de esterno-clavicular izquierda y parrilla costal, con clase funcional IV; así como exacerbación del acné en cara, tronco y brazos, con costras en planta de pies. Los reactantes de fase aguda estaban elevados, pero la serología (incluso FR y AAN) se mantuvo negativa. Las radiografías revelaron osteitis pubis y borramiento sacroiliaco. Con diagnóstico de síndrome SAPHO, se manejó con Prednisona (1 mg/Kg), Indometacina e Infliximab (3 mg/Kg en días 1-15-45 y después c/2 meses), reduciendo la dosis de Isotretinoína. Mejoró significativamente del problema articular, recuperando la función y con tendencia a mejoría del acné. La dosis de Prednisona se fue reduciendo y para Mayo, 2006 ya estaba en días alternos. Se agregó entonces Metotrexato (hasta 15 mg/semana, y se mantuvo sin manifestaciones musculoesqueléticas. El Infliximab y la Prednisona se suspendieron en Febrero 2007. Se mantiene hasta el momento actual con Metotrexato (a dosis ya reducida a 7.5 mg/semana) y solo tiene lumbalgia leve ocasional. El acné se mantiene controlado. No presentó complicaciones atribuibles a la terapia empleada más allá de Síndrome de Cushing transitorio.

Conclusiones: Este reporte de 1 caso con Síndrome SAPHO se suma a reportes previos de eficacia del tratamiento con Infliximab y Metotrexato, donde este último se ha usado como mantenimiento.

C095

Lesión destructiva de la línea media y nódulos pulmonares en un paciente con tuberculosis; reporte de un caso.

Riega-Torres JC ⁽¹⁾, Pérez Barbosa L ⁽²⁾, Cavazos Delgado JM ⁽³⁾, González R ⁽⁴⁾, Moncayo-Salazar L ⁽⁵⁾, Treviño Carmona MD ⁽⁶⁾, Villarreal-Alarcón MA ⁽⁷⁾, Skinner Taylor CM ⁽⁸⁾, Flores Alvarado DE ⁽⁹⁾, Rodríguez Amado J ⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾, Galarza-Delgado DA ⁽¹²⁾, Garza-Elizondo MA ⁽¹³⁾, Esquivel Valerio JA ⁽¹⁴⁾

⁽¹⁻¹⁴⁾ Hospital Universitario UANL

Introducción: Las lesiones destructivas de la línea media tienen etiología múltiple. En reumatología las causas más frecuentes son la granulomatosis de Wegener y el lupus eritematoso sistémico. En su diagnóstico diferencial debemos tener en cuenta a la tuberculosis, sobretodo en áreas endémicas y considerar a la TB nasal en el diagnóstico diferencial de las enfermedades granulomatosas crónicas nasales.

Caso clínico: Masculino, 56 años, casado, agricultor, COMBE negado, historia de úlceras perimaleolares en ambas extremidades inferiores con remisión espontánea. Inició 10 semanas previas a su ingreso al presentar cefalea frontal, obstrucción nasal y epistaxis, recibe múltiples antibióticos sin mejoría, se agregó ataque al estado general, astenia, adinamia, disnea de medianos esfuerzos, tos no productiva y pérdida de peso de aproximadamente 10 kg. Posteriormente presento voz nasal, rinorrea purulenta, odinofagia, y disfagia de primera etapa a sólidos y a líquidos por lo que se trasladado. A su ingreso signos vitales estables, complexión caquética, perforación del septum nasal en su porción anterior con bordes necróticos, amígdalas cripticas con necrosis y placas fibrinopurulentas faríngeas granulosa con costras y descarga retrorrenal turbia, úvula adherida a la pared posterior del paladar blando, adenopatía de 5X3 cm en hemicuello derecho, faja, dolorosa, tórax con crepitantes difusos bilaterales y frote pleural izquierdo. Hemoglobina 7.18 NN, leucocitos 1780, linfocitos 234, BUN 34, creatinina 1.57, proteínas totales 5.7, albúmina 1.1, depuración de creatinina 50 mL/hora, proteinuria de 24 hrs 0.50 mgr (vol de 1280 ml) Velocidad de sedimentación globular 34 mm/hora, PCR 10, VIH negativo, ANCA negativos y ANA Negativos.

Tele de tórax con múltiples nódulos cavitados bilaterales, TAC de senos paranasales con sinusitis maxilar y etmoidal.

Las de biopsias obtenidas de cara lateral de cuello mostraron proceso granulomatoso crónico y la nariz derecha mostró proceso inflamatorio crónico ambos con tinciones fuertemente positivas para Ziehl Nielsen, citología de lavado bronquialveolar con alteraciones inflamatorias agudas severas con tinciones positivas para bacilos ácido alcohol resistentes. Estos hallazgos demostraron el diagnóstico de TB

Conclusiones: El diagnóstico etiológico de esta patología suele ser tardío principalmente por la falta de sospecha clínica al tratarse de un proceso infrecuente y porque las formas más comunes contienen pocos bacilos tuberculosos.

C096

Asociación entre hallazgos en la tomografía computarizada axial de alta resolución pulmonar y engrosamiento cutáneo en pacientes con esclerosis sistémica progresiva.

Tejeda-Andrade CF⁽¹⁾, Gámez-Nava JI⁽²⁾, Rocha-Muñoz AD⁽³⁾, Martínez-Ramírez J⁽⁴⁾, Flores-Navarro J⁽⁵⁾, González-López L⁽⁶⁾

^(1,3,4,6) Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾ Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, CMNO, IMSS. Doctorado en Farmacología, U de G, ⁽⁵⁾ Departamento de Radiología, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: La afección pulmonar en esclerosis sistémica progresiva (ESP) es una entidad altamente prevalente que puede llevar a un pobre pronóstico. La tomografía axial computada de alta resolución (TACAR) es una herramienta de diagnóstico altamente sensible para detectar la afección alveolar e intersticial en pacientes con ESP. Es importante conocer si la evaluación clínica del engrosamiento cutáneo puede estar asociada a la severidad pulmonar ya que no en todos los escenarios clínicos puede haber disponibilidad del TACAR.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la severidad del grosor cutáneo y los hallazgos de la TACAR en ESP.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes con ESP (ACR 1980) De consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel de atención. A cada paciente se le evaluó el grosor de la piel (puntaje modificado de Rodnan), y la afección pulmonar a través de TACAR. Comparaciones entre grupos se realizaron con U de Mann-Whitney.

Resultados: Se evaluaron 29 pacientes; todos fueron mujeres, una mediana de edad 57 (34 – 79) años, duración de la enfermedad de 10 (1 – 40) años. Reunieron puntajes promedio de 7 en los criterios clínicos (máximo 18), en afección sistémica 7 (máximo 22), y en el índice modificado de Rodnan de 20 (máximo 51), además de tener una distancia dedo – palma de 17 mm y apertura bucal de 45 mm.

Se encontró asociación entre el índice modificado de Rodnan con el patrón alveolar ($p=0.02$), no teniéndolo así con el patrón intersticial ($p=0.98$).

Conclusión: No existe una fuerte asociación entre la severidad de grosor de la piel y la afección pulmonar excepto para la presencia de afección alveolar, por lo tanto los hallazgos clínicos cutáneos no pueden ser usados como un marcador de una posible afección intersticial. Dada la severidad que representa esta afección para el pronóstico esta deberá ser evaluada en todo paciente con diagnóstico de ESP.

C097

Esclerosis sistémica, hipotiroidismo autoinmune, cirrosis biliar primaria, síndrome de Sjögren y porfiria cutánea tarda. Informe de un caso.

Vera-Lastra OL⁽¹⁾, Martínez-Cruz N⁽²⁾, Cruz-Domínguez MP⁽³⁾

⁽¹⁻³⁾ Departamento de Medicina Interna, Hosp. Especialidades Dr. A. Fraga Mouret, CMN La Raza; IMSS

Femenino de 62 años con diagnóstico de ES hace 26 años caracterizada por endurecimiento de piel (extremidades y cara), fenómeno de Raynaud (FR), disfagia y poliartralgias. En 2000 cursó con disfagia grave tratada con dilataciones esofágicas. En 2002 se diagnosticó hipotiroidismo (elevación de TSH, disminución de triyodotironina y anticuerpos antitiroideos elevados), en tratamiento con levotiroxina. Síndrome de Sjögren (SS): xerostomía, xeroftalmía,

prueba de Schirmer positiva y biopsia de glándula salival menor (Tarplay grado 3). En 2003 se detectó elevación de las enzimas hepática, la biopsia de hígado mostró datos de cirrosis biliar primaria (CBP etapa 3). En 2004 hiperpigmentación e hirsutismo (cara y extremidades), fotosensibilidad y neuropatía sensitiva corroborada con electromiografía, las determinaciones de porfirina (uroporfirina y coproporfirina) en sangre se encontraron elevadas, por lo que se diagnosticó porfiria cutánea tarda (PCT) tratada con gabapentina y AINES con mejoría. Exploración física: facies de esclerodermia, ojos rojos, lengua despapilada, con fisuras y poca saliva, endurecimiento de piel en extremidades (Rodna 2), hipertricosis facial, sin alteraciones cardiopulmonares, extremidades con pérdida de las falanges distales 2 y 3 mano la derecha, con FR y contractura en flexión en interfalángicas proximales; cicatrices en pulpejos, reflejos y sensibilidad normales. Exámenes de laboratorios: Biometría hemática normal, depuración de creatinina 55 ml/min, pruebas de función hepática con elevación de la gamaglutamil transpeptidasa, fosfatasa alcalina elevada 3 y 4 veces arriba de lo normal respectivamente. Bilirrubinas normales y proteínas en valores normales. Anticuerpos anticentrómero 1:640. La paciente también ha recibido tratamiento con d-penicilamina, metotrexate, ciclosporina A, inhibidores de la bomba de protones, procinéticos, nifedipina, AINE, pentoxifilina y gotas de metilcelulosa.

Conclusión: Paciente con ES más hipotiroidismo autoinmune, SS secundario, CBP que en el contexto de una ES constituye el síndrome de Reynolds y manifestaciones de PCT, la cual es la forma más frecuente de presentación en la ES. Esta paciente ha cursado con varios padecimientos órgano-específico y no órgano-específicos siendo un ejemplo del caleidoscopio de la autoinmunidad.

C098

Expresión de autoantígenos intracelulares de piel mediada por apoptosis y necrosis en ratones *Balb/c*.

Ramírez Sandoval R⁽¹⁾, Bollain y Goytia JJ⁽²⁾, Vázquez Del Mercado M⁽³⁾, Daneri Navarro A⁽⁴⁾, Ávalos Díaz E⁽⁵⁾, Herrera Esparza R⁽⁶⁾,

^(1,2,5,6) UAZ, ⁽³⁻⁴⁾ U de G

La apoptosis es un proceso fisiológico que permite la remoción tisular. Los cuerpos apoptóticos son eliminados mediante fagocitosis sin inflamación. En autoinmunidad algunos mecanismos de apoptosis fallan en la remoción de material apoptótico ya que puede representar un peligro por la activación de clones autoreactivos y estimular la producción de autoanticuerpos. La piel es un órgano blanco en LEG, diferentes estresores ambientales como la luz UV pueden incrementar la tasa de apoptosis. Se sabe que los autoantígenos de origen apoptótico son mejores blancos para autoanticuerpos.

Objetivo: Determinar si la apoptosis y la necrosis incrementan la expresión de autoantígenos intracelulares como un posible mecanismo de formación de complejos inmunes in situ. **Material Y Método:** Biopsias de piel de ratones neonatos *Balb/c*, fueron tratadas con Camptotecina, Cicloheximida, HgCl₂ y H₂O₂, durante 0 (control), 12, 24, 48 y 72 horas, luego se incluyeron en bloques de parafina y se cortan a 4mm. Se procesaron por TUNEL e inmunohistoquímica (IHQ) usando sueros anti-Ro, La, Sm, anti cuerpos de Cajal y anti-NuMa. Para determinar la expresión de autoantígenos. Un segundo grupo se trató con inhibidor de caspasas AC-DEVD-CMK 30 minutos previo a la inducción de apoptosis y necrosis.

Resultados: En condiciones básicas la piel exhibieron pobre reactividad a los anticuerpos utilizados para monitorear la expresión antigénica. Dicha expresión se incrementó significativamente en tejidos apoptóticos y necróticos. El análisis estadístico muestra diferencias estadísticamente significativas para todos los autoantígenos entre piel tratada y la no tratada con químicos. La piel tratada con el inhibidor AC-DEVD-CMK nos indican que el índice de muerte celular y la sobre-expresión de autoantígenos disminuyó significativamente en todos los casos.

Conclusiones: Los índices de muerte celular se incrementan significativamente bajo la inducción química de apoptosis o necrosis, también aumenta la expresión de autoantígenos Ro, La, RNP, Sm CB y NuMa a nivel cutáneo en piel murina.

C099

Registro de acontecimientos adversos con el uso de terapia biológica en enfermedades reumáticas en México: Biobadamex; informe preliminar.Ventura-Rios L⁽¹⁾, Peña-Ayala AH⁽²⁾⁽¹⁻²⁾ Unidad de Investigación del Colegio Mexicano Reumatología

Introducción: Se considera necesario contar con un registro de acontecimientos adversos que refleje las condiciones reales de la práctica diaria con el uso de terapia biológica en enfermedades reumáticas para calcular tasas de incidencia, ya que los estudios clínicos controlados tienen sus limitaciones.

Objetivo: Identificar cual es la incidencia de acontecimientos adversos con el uso de terapia biológica en enfermedades reumáticas.

Material y Métodos: se incluyeron pacientes que iniciaron o estaban recibiendo terapia biológica en diferentes centros hospitalarios, que firmaron una carta de consentimiento informado de aceptación en el estudio; es un estudio observacional con duración indefinida en el que se registran acontecimientos adversos aún cuando el paciente haya interrumpido la terapia biológica. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: se incluyeron 157 pacientes de los cuales el 78% fueron mujeres, la edad promedio de la población fue de 44.8 (DS 13.8), las enfermedades reumáticas fueron Artritis reumatoide 72%, Lupus Eritematoso Sistémico 9%, Espondilitis anquilosante 7%, Artritis o Spa psoriasis 3.82%, Artritis Idiopática Juvenil 2.55%, Espondiloartropatía Indiferenciada 1.91%, Artritis enteropática 1.27%, Psoriasis 1.27%, Otros 1.28%, La duración media de padecer la enfermedad fue de 9 años. El 38.82% de los pacientes recibió Etanercept, 30.77% Adalimumab, 17.95 % Infliximab y 17.44% Rituximab. Los acontecimientos adversos ocurrieron en 164 tratamientos, de los cuales en el 89.6% fueron No graves y 10-4% graves. La localización de infección fueron: vías respiratorias altas 34.4%, Infección de vías urinarias 29.5%, Piel 6.56%, Neumonía 4.9%, Otro 29.61%. En relación a los agentes causales, en el 68.8% fueron desconocidos, 11.48% bacterias gram negativas, 9.84% virales, 4.92% por hongos, 3.28% micobacterias, 1.64% bacterias gram positivas. Los motivos para interrumpir la administración del biológico fueron: ineficacia o pérdida de eficacia 32.47%, acontecimientos adversos 23.38%, remisión 14.29%, embarazo o deseo gestacional 2.6%, otros 27.2%.

Conclusión: el número de pacientes incluidos hasta el momento es pequeño aún para poder establecer resultados significativos por lo que es necesario continuar con este registro de acontecimientos adversos para conocer su incidencia y que esto favorezca un mejor uso de la terapia biológica.

C100

Flujo salival, pH y proteínas en pacientes con síndrome de Sjögren secundario.Bañuelos RD⁽¹⁾, Sánchez AS⁽²⁾, Perea GP⁽³⁾, Ramírez PMM⁽⁴⁾⁽¹⁻²⁾ IMSS UMAE Pue, ⁽³⁾ BUAP, ⁽⁴⁾ IMSS UMF 01

Antecedentes: El síndrome de Sjögren (SS) se caracteriza por sequedad oral y conjuntival, que además de la sensación subjetiva, se corresponde objetivamente por criterios propios, datos clínicos, de laboratorio y gabinete. Su prevalencia real puede ser subestimada, y no es exclusivamente local; las repercusiones sistémicas han sido reconocidas, y las locales, de predominio en cavidad oral incluyen candidiasis y otras colonizaciones como se ha mostrado en estudios previos. Ahora estudiamos composición de la saliva en pacientes con SS y la contrastamos con población semejante en características, pero sin el SS.

Objetivo: cuantificar y contrastar flujo salival, proteínas de saliva y pH en pacientes con SS y población sin el SS.

Métodos: inclusión en forma prospectiva de 30 **Pacientes** y 30 controles (pacientes en tratamiento dental BUAP), similares en características demográficas, a ambos grupos se les tomó muestra de saliva por método de escurrimiento, flujo salival por método gravimétrico y pH con potenciómetro de hidrógeno marca Hanna, proteínas por electroforesis.

Resultados: El flujo salival en 5 minutos en pacientes con SS secundario fue menor a los controles (0.75ml/min versus 2.25ml/min; p<0.005), en tanto que el pH fue igualmente diferente (4.5 versus 7-8 en controles) aunque la estadística de prueba en diferencia no fue tan marcada. La concentración proteica en pacientes con SS es 2mg/ml, versus 5 en controles.

Conclusiones: Existen diferencias significativas entre las poblaciones estudiadas en las 3 variables cuantificables. Sin embargo, la población de pacientes con SS no es "pura" y es posible que algunos cambios se pudiesen atribuir a los fármacos utilizados. Aún existen otras posibilidades para estudiar cambios de saliva en pacientes con SS que favorezcan opciones terapéuticas.

C101

Comparación de evaluación clínica y ultrasonográfica en rodilla dolorosa.Ventura L⁽¹⁾, Hernández C⁽²⁾, Filippucci E⁽³⁾⁽¹⁾ HCSAE, PEMEX, ⁽²⁾ Hospital San José Satélite, ⁽³⁾ Universidad Politécnica de la Marche

Introducción: la evaluación clínica no siempre detecta la causa o estructura dolorosa en la rodilla por lo que el Ultrasonido musculoesquelético (USME) podría agregar información valiosa a la evaluación clínica.

Objetivo: comparar la evaluación clínica con el USME en pacientes con rodilla dolorosa.

Pacientes y Métodos: se evaluaron pacientes con rodilla dolorosa por un reumatólogo para registrar características clínicas y demográficas. Otro reumatólogo que estaba cegado a los datos clínicos realizó la exploración ultrasonográfica con un Esaote MyLab 70 con sonda multifrecuencia de 6-13 MH, el mismo día de la evaluación clínica. Se realizó análisis de regresión logística y grado de concordancia (k).

Resultados: Se exploraron 60 pacientes (120 rodillas), con una edad promedio de 59 años, 73% fueron mujeres, con una duración del dolor de 58.11 meses, 31.6% tuvieron gonalgia bilateral. Hallazgos clínicos: el 28.2% tuvo dolor femorotibial (FT) medial, 11.78% FT lateral, 10.58% FT, 0.74% femoropoplíteo, 59.1% Genu Varo, 50% crepitación, 15.1% hipersensibilidad. Hallazgos USME: 49.9% derrame en alguno de los recessos, 16% hipertrofia sinovial, 0.82% señal Power Doppler, 1.32% tendinopatía, 49.9% protrusión de menisco medial y 42.4% lateral, 40.7% osteofitos, 1.4% calcificaciones del cartilago de carga, 53.5% reducción del cartilago, 0.88% bursitis y 26.6% quiste de Baker. En el análisis de regresión logística hubo una correlación entre crepitación de la rodilla derecha y calcificaciones del cartilago (p=0.0113), genu varo y osteofitos (p=0.0105), gonalgia bilateral y osteofitos (p=0.0318), No hubo correlación entre la detección de inflamación por clínica y por US. El USG detectó más lesiones que la clínica y pudo establecer la causa en forma significativa (k=0.760).

Conclusión: El USME es útil para evaluar la rodilla dolorosa porque aporta más información que la clínica en el establecimiento de la causa del dolor.

C102

Validación del índice de gravedad en Cushing (CSI) modificado en pacientes con síndrome de Cushing iatrogénico.Barrera-Guerra RC⁽¹⁾, Álvarez-Hernández E⁽²⁾, Durán-Pérez EG⁽³⁾, Galván-Duarte RE,⁽⁴⁾ Saucedo-García R M en C⁽⁵⁾.⁽¹⁾⁽²⁾ HGM (Servicio Reumatología), ⁽³⁾ HGM (Servicio Endocrinología), ⁽⁴⁾⁽⁵⁾ CMN Siglo XXI. UIM en enfermedades endocrinas

Introducción: En la actualidad no se cuenta con instrumentos clinimétricos para la medición de la gravedad del síndrome de Cushing iatrogénico (SCI).

Objetivo: Validar al español el índice de gravedad en Cushing modificado (CSIm) aplicado en pacientes con SCI.

Sujetos y Métodos: En base a los resultados obtenidos en un estudio previo se decidió modificar el índice original de Sonino y cols en los ítems que califican variables clínicas por apreciación del observador; creando definiciones más precisas. Para determinar la capacidad discriminativa se aplicó a 5 pacientes con uso de GC y facies cushingoide (grupo 1); a 5 pacientes con uso de GC sin facies cushingoide (grupo 2), a 3 pacientes con síndrome de Cushing endógeno (grupo 3), a 5 pacientes obesos pero sin antecedente de uso de GC (Grupo 4) y a 5 voluntarios sanos (Grupo 5). A todos se les realizó determinación de ACTH y cortisol séricos por quimioluminiscencia. Se aplicó EuroQoL 5D y escala visual análoga del estado de salud medida por los pacientes (EVAESp). El CSIm se aplicó el mismo día por 2 observadores de forma independiente. Análisis estadístico: Estadística descriptiva. Coeficiente de correlación intraclase (CCI), alfa de Cronbach y Kappa. Se correlacionó CSIm con variables clínicas y de laboratorio.

Resultados: Se estudiaron 23 pacientes. Edad de 33.09 ± 12.3 años, escolaridad 12.04 ± 7.12 años. En los pacientes con uso de GC (grupos 1 y 2) no hubo diferencias significativas en dosis diaria, dosis acumulada y tiempo de uso. La calificación del CSIm del primer observador fue de 3.30 ± 2.5 ; y del segundo de 3.30 ± 2.8 , ($p=0.99$). La concordancia interobservador de los ítems fue de 0.54 a 1.0 por Kappa y de 0.63 a 1.0 por CCI. El Alfa de Cronbach fue de 0.68. Sólo se encontraron diferencias significativas del CSIm entre pacientes sanos (grupo 5) y el resto de los grupos ($p=0.000$); las comparaciones entre los otros grupos no fueron significativas. El CSIm correlacionó con el EQ5D; la EVAESp, los niveles de ACTH pero no de cortisol. No se encontró correlación con las dosis diaria, acumulada o tiempo de uso de GC. En el subanálisis realizado sólo en pacientes usuarios de GC, se encontró correlación del cortisol sérico con la dosis acumulada de GC ($r=0.75$, $p=0.013$).

Conclusión: El CSIm mostró una buena concordancia interobservador; consistencia, homogeneidad y validez convergente aceptables. No tuvo una buena capacidad discriminativa. Es necesario un estudio prospectivo para valorar su sensibilidad al cambio.

C103

Análisis costo-efectividad de etoricoxib como tratamiento de la artritis reumatoide.

Carlos F⁽¹⁾, Aguirre A⁽²⁾, Clark P⁽³⁾

⁽¹⁻²⁾ RAC Salud Consultores, ⁽³⁾ U. Epidemiología Clínica CMIN IMSS, Fac Med UNAM

Los costos de la AR son altos y virtualmente todos los caos son tratados con AINE. La preferencia el AINE en AR debe tomar en cuenta su efecto anti-inflamatorio y las potenciales complicaciones gastrointestinales. Los estudios de costo efectividad nos permiten tomar la mejor alternativa de tratamiento con mejor o igual efectividad

Objetivo: Comparar el costo-efectividad del uso de etoricoxib vs. celecoxib en el tratamiento de pacientes con AR

Métodos: Se realiza una búsqueda sistemática de la literatura médica de ECC y meta-análisis con análisis de eficacia, seguridad y aspectos farmacoeconómicos de etoricoxib y celecoxib. Se determinaron los costos directos médicos utilizando el punto de vista del sector salud IMSS y se realizó un modelo de decisión utilizando el TreeAge Pro Suit. Se incluyeron costos de medicamentos, exámenes de laboratorio y consulta externa y hospitalización. La medida de eficacia fue la gastroprotección. Numero de PUBs (perforaciones GD, ulcera sintomática y hemorragia GI superior) evitadas por cada 10 000 pacientes realizando una cohorte hipotética de pacientes. La información se derivó de panes de expertos, costos unitarios del portal del IMSS y listados oficiales actualizados a 2008.

Resultados:

Variable por c 10 000 AR/año	Celecoxib	Etoricoxib	Diferencia
Costos esperados (pesos)	77, 250 264.00	68 559 829.00	8 690 435.00
No. PUBs evitados	94	67	27
No. Muertes evitadas por CGI	3.5	2,5	1
Años vida ganados	113 952	113 973	11

Conclusiones: Este estudio demuestra que los resultados indican que el tratamiento con etoricoxib es una alternativa dominante. Estrategia menos costosa y más efectiva en términos de reducción de PUBs, muertes evitadas y años de vida ganados.

C104

Disfunción ventricular diastólica (DD) en pacientes hospitalizados con enfermedades reumáticas, expresión de actividad de enfermedad.

Dimas-Pecina VM⁽¹⁾, López Quijano JM⁽²⁾, Cuevas-Orta E⁽³⁾, Moreno-Váldez R⁽⁴⁾, Santillán-Guerrero⁽⁵⁾, Rizo-Rodríguez JC⁽⁶⁾, Saldaña-Barnard M⁽⁷⁾, Tello-Esparza A⁽⁸⁾, Abud-Mendoza C⁽⁹⁾, Martínez-Martínez MU⁽¹⁰⁾

⁽¹⁾ Hospital Central Dr IMP, SLP, ⁽²⁾ Departamento Cardiología, Hospital Central Dr IMP, SLP, ⁽³⁻¹⁰⁾ Unidad Regional Reumatología y Osteoporosis, UASLP

Introducción: La DD se define como la insuficiencia cardiaca con fracción de eyección preservada; esta entidad tiene mayor prevalencia en padecimientos reumáticos (hasta 40%) y puede ser la expresión de actividad de la enfermedad.

Métodos: Pacientes con enfermedades difusas del tejido conectivo que requirieron de hospitalización, no seleccionados y consecutivos (LEG, AR, EMTC, escleroderma), con recolección de características demográficas, actividad de enfermedad, factores de riesgo cardiovascular tradicionales, así como manifestaciones clínicas y radiológicas de insuficiencia cardiaca. Se les realizó ecocardiografía transtoracica en modalidad Doppler. Se excluyeron pacientes con derrame pericárdico, proceso infeccioso grave y empleo actual de calcio antagonistas.

Resultados: Estudiamos 23 pacientes, 18 de género femenino, edad promedio 36 años, ninguno con historia de: tabaquismo ni cardiopatía isquémica. Tuvieron hipertensión arterial sistémica controlada 4 pacientes, diabetes mellitus 2. Tenían diagnóstico de LEG 12, AR 6, EMTC 3, escleroderma 1, dermatomiositis 1, y con manifestaciones de insuficiencia cardiaca 3 (NYHA II), y con datos radiológicos de insuficiencia cardiaca en 4 pacientes. De los hallazgos ecocardiográficos: destacó disfunción diastólica grado I en 11 (45%), HTAP leve-moderada en 7 (31.8%), disfunción valvular leve 9 (41%), alteraciones de movilidad segmentaria o global 2 (9%). Es de destacar 2 pacientes, uno con dermatomiositis y otro con LEG que días posterior a datos graves de insuficiencia cardiaca, se resolvieron con tratamiento, lo que se asoció a desaparición de las alteraciones ecocardiográficas; el primero con HTAP moderada que se corrigió "ad integrum" y la paciente con LEG con imágenes pulmonares difusas resueltas con tratamiento médico, con ecocardiograma de control totalmente normal.

Conclusiones: La DD en nuestra población de pacientes hospitalizados con padecimientos reumatológicos es común (52%), habitualmente sin manifestaciones clínicas ni radiológicas de insuficiencia cardiaca, pero cuando se presentan suelen representar un reto de diagnóstico. La DD es susceptible de corrección posterior a tratamiento de la enfermedad de base con o sin manejo intenso de insuficiencia cardiaca.

C105

Prevalencia de osteoartritis en una comunidad rural del estado de Oaxaca.Pérez-Díaz J⁽¹⁾, Martínez-Avendaño I K⁽²⁾⁽¹⁻²⁾ IMSS

La Osteoartritis (OA) es un proceso crónico e importante causa de morbilidad en personas mayores de 50 años, sin embargo, la OA se encuentra subdiagnosticada, y se percibe como parte del proceso de envejecimiento.

Materiales y Métodos: Este es un estudio descriptivo, prospectivo, lineal, por encuesta y entrevista, previo consentimiento, realizado en la comunidad de San Simón Almolongo, Miahuatlán, Oaxaca, del 1/01/2008 al 31/07/2008, con pacientes de la consulta de la UMR 290, con síntomas de OA. Se aplicó entrevista y cuestionario WOMAC apoyado de la escala análoga visual, para grado de dolor, rigidez y capacidad funcional, se tomaron medidas antropométricas, y se realizó examen clínico por el mismo investigador en todos los casos.

Resultados: Encontramos 57 personas, de ambos sexos, mayores de 50 años (de una población total de 399), la OA se presentó en 14.3% de esta población, con mayor frecuencia en las mujeres (77.1% Vs 22.8%). El 68.4% se encuentra con sobrepeso. El 70.1% de los pacientes tuvo retardo en el diagnóstico, y de este el 32.5% tuvo un retardo de 6-10 años, que contribuye al progreso del padecimiento.

C106

Contrastación entre los reportes de 3 patólogos de los hallazgos de biopsia de GSM en pacientes con SS.Sánchez AS⁽¹⁾, Bañuelos RD⁽²⁾, Ramírez PMM⁽³⁾, Jardines LG⁽⁴⁾,^(1,2,4) IMSS UMAE, ⁽³⁾ IMSS UMF 01

Antecedentes: El síndrome de Sjögren (SS) se caracteriza por datos clínicos y criterios diagnósticos que requieren el reporte objetivo de estudio histopatológico con hallazgos que le son característicos, como el número focos, infiltrado, etc. El procedimiento es fácil de realizar y es habitual en nuestro servicio, previo consentimiento de los pacientes. Los reportes histopatológicos que se nos envían son no uniformes, por lo que decidimos efectuar una contrastación entre 3 sitios donde laboran patólogos que habitualmente efectúan estos reportes.

Objetivo: cuantificar las diferencias en descripción, acertividad y conclusión diagnóstica entre 3 patólogos, posterior al envío a sus respectivos sitios de biopsia glándula salival menor.

Métodos: efectuamos con nuestra técnica habitual, previa anestesia y consentimiento, biopsia de glándula salival menor en labio inferior, mediante incisión 0.5mm, presión y aplicación hielo por 10-20 min, posterior al procedimiento, sin sutura, en 30 pacientes con AR y SS, enviando las muestras con solicitud que incluía datos clínicos relevantes de los pacientes. Los procedimientos se efectuaron por 2 reumatólogos certificados, y las descripciones de los patólogos se compararon con prueba X², y Kappa, más porcentajes y finalmente consenso de los reumatólogos participantes y otros dos externos a nuestro centro de trabajo.

Resultados: Existen diferencias que pueden considerarse significativas entre los tres patólogos que consideramos relacionadas en forma directamente proporcional a los 3 sitios analizados y que son los lugares de adscripción. Patólogo A mejor descripción inicial, media y final al elaborar conclusión; mejor empleo de criterios y puntos de referencia para SS; Patólogo B: descripción intermedia, sin cumplir todos los puntos requeridos y consignados en la literatura. Patólogo C: Descripción y conclusión definitivamente insuficiente. Estas diferencias no se relacionaron con cantidad de trabajo, costos y datos de envío; sí con la edad y sitios de egreso, formación y cursos complementarios de los patólogos, por lo que el factor laboral no se implica completamente en los resultados.

Conclusiones: Existen diferencias en la interpretación de las biopsias de GSM atribuibles a variables no controladas por los reumatólogos e independientes del procedimiento y técnica de biopsia en GSM, que influirían en la percepción de los pacientes. La interpretación y aplicación objetiva de este y otros estudios requiere otras participaciones y la relación adecuada médico-paciente al comunicar los resultados.

C107

Células NK y expresión de receptores de activación durante el ciclo menstrual en pacientes con enfermedades reumáticas. Reporte preliminar.Martínez-García EA⁽¹⁾, Vázquez-Del Mercado M⁽²⁾, Sánchez-Hernández PE⁽³⁾, Nuñez-Atahualpa L⁽⁴⁾, Martín-Márquez BT⁽⁵⁾, Muñoz-Valle JF⁽⁶⁾, Daneri-Navarro A⁽⁷⁾, Jara-Quezada LJ⁽⁸⁾, Cabral-Castañeda A⁽⁹⁾^(1,3,5,6) IIRSME, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾ Facultad de Medicina, UAG, ⁽⁷⁾ Laboratorio de Inmunología, CUCS, U de G, ⁽⁸⁾ Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS, ⁽⁹⁾ Instituto Nacional de las Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Introducción: Existe evidencia de que el sistema inmune en la mujer se encuentra influenciado por cambios en los niveles hormonales durante el ciclo menstrual, de igual manera se ha reportado que el uso de anticonceptivos orales está asociado con variaciones en la población de linfocitos de sangre periférica durante las fases de la menstruación. Sin embargo no hay reportes exactos sobre los niveles de células NK, de la expresión de sus receptores de activación, representados por NKG2D así como los receptores de citotoxicidad natural (NCRs) NKp30, NKp44, NKp46 en el ciclo menstrual de pacientes reumáticas.

Objetivo: Analizar las fluctuaciones de células NK y la expresión de receptores de activación en sangre periférica de mujeres clínicamente sanas así como de pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) y artritis reumatoide (AR) durante el ciclo menstrual y su correlación con hormonas tales como progesterona, estradiol, prolactina y cortisol.

Metodología: Hasta el momento se han analizado 9 mujeres clínicamente sanas así como 3 con enfermedades reumáticas, una con diagnóstico de AR, valor de DAS 28 de 3.0 y dos portadoras de LEG sin actividad clínica. El rango de edad fue de 20 a 35 años, con ciclos menstruales regulares en ausencia de tratamiento con anticonceptivos. Todas las mujeres firmaron la carta de consentimiento informado.

Se obtuvieron 15 mL de sangre periférica en los días 5 (fase folicular) y 21 (fase lútea) del ciclo menstrual para analizar los porcentajes de células NK así como la expresión de receptores por citometría de flujo.

Resultados: Dado que es un número pequeño de pacientes no es posible realizar análisis estadístico. Hasta el momento los datos obtenidos muestran una tendencia hacia la disminución en porcentaje de las células NK en las pacientes con enfermedades reumáticas en la fase folicular y lútea del ciclo menstrual en comparación con mujeres clínicamente sanas.

Conclusiones: Será importante aumentar el tamaño de muestra de las pacientes con enfermedades reumáticas así como de las mujeres clínicamente sanas para corroborar la tendencia observada en cuanto a la disminución del porcentaje de células NK y otros parámetros medidos en este estudio.

C108

Respuesta a terapia inmunológica (infliximab) en pacientes con artritis reumatoide de larga evolución.Morales-Villatoro HF⁽¹⁾, Vega-Rodríguez Z⁽²⁾, Vides-Solis B⁽³⁾, Mena-Applicano ER⁽⁴⁾, Cifuentes-Alvarado ME⁽⁵⁾⁽¹⁻⁵⁾ C. de Reumatología 2PM, Polic. de Esp. Zona 1, I. Guatemalteco de SS. Guatemala

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica y DAS28 EULAR en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) de larga evolución tratados con INFLIXIMAB.

Métodos: Un total de 37 pacientes con diagnóstico de AR fueron evaluados clínicamente y se les realizó conteo de articulaciones dolorosas y articulaciones edematizadas, se les aplicó una escala análoga visual para calcular el DAS28. Se realizaron radiografías de manos, pies y cuello para conteo de erosiones, y se les midió factor reumatoide (FR), proteína C reactiva (PCR), anticuerpos anti péptido citrulinado (antiCCP), anticuerpos antinucleares (ANA), Anti DNA, conteo de glóbulos blancos y rojos, hemoglobina, plaquetas y velocidad de sedimentación (VS). Se aplicó además HAQdi (versión español) para determinar el estado de salud.

Resultados: Ingresaron treinta y dos mujeres y cinco hombres con edad promedio de 42.2 ± 9.62 años, con tiempo de evolución de AR de 10.89 ± 7.46 años, todos ellos con falla a 4.6 ± 1.13 DMARDS por espacio de 6.06 ± 3.87 años. Todos mostraron alta frecuencia de nódulos, subluxación atlanto-axoidea, erosiones en manos y pies, FR, antiCCP positivos. Después del Infiximab hubo mejoría en los indicadores de actividad tales como PCR, VS, plaquetas, y HAQdi aunque ninguna mostró diferencia estadísticamente significativa. Al final del seguimiento por espacio de tres años 8 pacientes entraron en remisión, 9 continuaban con baja actividad, 14 con moderada y 6 no respondieron al tratamiento.

Conclusión: La larga evolución de la AR parece ser factor negativo para obtener remisión con el uso de agentes biológicos como el Infiximab.

C109

Sensibilidad al cambio de diferentes variables utilizadas para evaluar respuesta terapéutica en una cohorte no seleccionada de pacientes con artritis idiopática juvenil.

Gutiérrez-Suárez R⁽¹⁾, Burgos-Vargas R⁽²⁾

⁽¹⁻²⁾ Hospital General de México

Objetivo: Determinar la sensibilidad al cambio de las variables que componen los índices que evalúan respuesta terapéutica en una cohorte no seleccionada de niños con artritis idiopática juvenil (AIJ).

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, en niños con AIJ (ILAR) consecutivos de la consulta externa en los que se evaluó la respuesta al tratamiento con DAS, DAS28, CDAI, SDAI y el ACR-Ped-30. En las semanas 26 y 54, determinamos sensibilidad al cambio con coeficientes de respuesta al tratamiento, específicamente respuesta media estandarizada (RME) y tamaño del efecto (TE). La capacidad del instrumento de detectar cambios mínimos clínicamente significativos y de acuerdo a Cohen en ≥ 0.20 = mínima; ≥ 0.50 = moderada; ≥ 0.80 = buena; definió sensibilidad al cambio.

Resultados: 50 niños con AIJ (60% niñas; edad media al diagnóstico: 6.4 ± 3.3 años; duración media de la enfermedad: 5.3 ± 2.7 años).

	Sensibilidad al cambio de las variables estudiadas			
	26 semanas		54 semanas	
	TE	RME	TE	RME
Actividad global de la enfermedad (EVA: 0-10cms)	0.76	0.69	0.72	0.68
Articulaciones con artritis activa	0.62	0.52	0.65	0.59
Articulaciones con limitación en la movilidad	0.52	0.44	0.58	0.49
Articulaciones inflamadas (n=44)	0.48	0.40	0.49	0.38
Articulaciones inflamadas (n=28)	0.29	0.19	0.42	0.30
Articulaciones con dolor a la palpación (n=44)	0.54	0.45	0.58	0.47
Articulaciones con dolor a la palpación (n=28)	0.26	0.18	0.36	0.32
Índice articular de Ritchie (0-78)	0.62	0.54	0.40	0.32
Proteína C reactiva	0.20	0.14	0.22	0.12
Índice de discapacidad (CHAQ) (0-3)	0.24	0.18	0.18	0.12
Evaluación de los padres del bienestar general (EVA: 0-10cms)	0.38	0.28	0.52	0.56

Conclusión: La cuenta articular de 28 articulaciones, el índice de discapacidad (CHAQ) y la proteína C reactiva tuvieron un bajo nivel de sensibilidad al cambio. El resto de las variables de los 5 índices evaluados demostraron sensibilidad moderada al cambio a las 26 y 54 semanas. El presente análisis puede sugerir la selección de variables e instrumentos evaluativos en ensayos clínicos controlados en pacientes con AIJ.

C110

Manifestaciones osteoarticulares de la mucopolisacaridosis tipo I

Arellano-Váldez CA⁽¹⁾, Tlacuilo-Parra JA⁽²⁾, Ortiz-Aranda M⁽³⁾

⁽¹⁻³⁾ UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS

Introducción: La mucopolisacaridosis tipo I (MPS-I) es una condición hereditaria que se presenta en 1:100,000 nacimientos y pertenece a las enfermedades por depósito lisosomal. El defecto primario es la deficiencia de la enzima -L iduronidasa, que ocasiona el depósito de mucopolisacáridos (GAG's) en todas las células del cuerpo. Existen 3 formas clínicas de la MPS-I dadas por la severidad: a) síndrome de Hurler, b) síndrome de Hurler-Scheie y c) síndrome de Scheie. Las características sobresalientes son la diversidad de manifestaciones osteoarticulares, la afección ocular y la cardíaca.

Objetivo. Ilustrar las distintas manifestaciones osteoarticulares en los siete pacientes con MPS-I, atendidos en nuestra institución.

Resultados: Desde el punto de vista clínico la enfermedad se caracteriza por estatura corta y DEFORMIDADES CRÁNEO-CAUDALES características tales como hipoplasia del cóndilo mandibular, erupción dental retardada, hipoplasia facial central y frente prominente; DISOSTOSIS MÚLTIPLE que incluye: dolicocefalia, engrosamiento de la calota, silla turca en forma de "J", hipoplasia del proceso odontoide, costillas en remo, cifosis dorsal, platiespondilia, giba y deformidad lumbar en picos y ensanchamiento distal de metacarpians; DISPLASIA DE CADERA que incluye: crestas ilíacas aladas, cuerpos ilíacos constrictivos, cabeza femoral pequeña y coxa valga. AFECCIÓN ARTICULAR caracterizada por contracturas en flexión de codos, caderas, rodillas e interfalángicas, limitación a la flexión del hombro, dedos en gatillo por acumulación de GAG's en tendones, mano en garra por atrapamiento del nervio cubital y síndrome de túnel del carpo por atrapamiento del nervio mediano. El principal diagnóstico diferencial lo constituye la Artritis Idiopática Juvenil, debido a la presencia de rigidez y contracturas articulares en flexión y de la cual se diferencia en base a la ausencia de inflamación, edema articular y de reactantes de fase aguda elevados.

Conclusiones: a) La afección osteoarticular es común a los tres subtipos de MPS-I, y puede ser el primer y único signo presente durante años. b) Las manifestaciones osteoarticulares en presencia de opacidad corneal y daño valvular cardíaco, deben hacer sospechar MPS-I. c) La presencia de túnel del carpo o pulgares en gatillo en menores de 20 años, obliga a descartar MPS-I. Dado que el diagnóstico adecuado y temprano de la MPS-I influye en su desenlace, es de vital importancia que el reumatólogo las tenga en consideración.

C111

Características clínicas de niños con esclerodermia en un centro de tercer nivel.

Morel Z⁽¹⁾, Benadón E⁽²⁾, Faugier E⁽³⁾, Maldonado MR⁽⁴⁾

⁽¹⁻⁴⁾ Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La esclerodermia es una enfermedad del tejido conectivo, autoinmune, caracterizada por fibrosis de la piel, pudiendo ser localizada o sistémica (participación de uno o más órganos internos). El objetivo del presente estudio es describir y analizar las características clínicas y laborato-

riales observadas en un grupo de niños con Esclerodermia en un centro hospitalario de tercer nivel.

Métodos: Recopilación de datos de los expedientes clínicos de niños con diagnóstico de Esclerodermia, en un centro de tercer nivel, durante el periodo comprendido entre los años 2000 y 2007.

Resultados: Se incluyeron sesenta y dos pacientes que cumplieron con los criterios de clasificación preliminar para Esclerodermia juvenil, localizada y sistémica. Se hallaron 21 (34%) pacientes del sexo masculino y 41 (66%) del sexo femenino. La relación mujer: hombre fue de 2:1. La edad media al diagnóstico fue de 7.8 (1-14) años. La duración media de la enfermedad al diagnóstico fue de 23 meses (Tabla 1). Las lesiones encontradas fueron: Esclerodermia lineal (42%), morfea mixta (22%), morfea circunscripta (19%), morfea generalizada (13%), morfea panesclerótica (4%). Los hallazgos asociados a Esclerodermia Sistémica fueron: Afección gastrointestinal 100% (18 pacientes), afección pulmonar 100% (18/18), Fenómeno de Raynaud 89% (16/18), esclerosis proximal 89% (16/18), esclerodactilia 67% (12/18), afección articular 28% (5/18), calcinosis 56% (10/18). Se hallaron anticuerpos antinucleares (ANA) positivos en 14/62 (23%) pacientes, anti-Scl 70 en 2/62 (4%) casos. El medicamento más utilizado fue Metotrexate.

Conclusión: Las lesiones en piel más frecuentes corresponden a morfea lineal, seguida de la mixta y la circunscripta. En la Esclerodermia sistémica, los sistemas más frecuentemente afectados son el gastrointestinal, el respiratorio y el vascular (éste último relacionado con el Fenómeno de Raynaud). Se necesita de un mayor conocimiento de esta patología en medicina de primer contacto, para el diagnóstico rápido y manejo oportuno. Es importante superar la carencia de recursos en países en desarrollo, para estudios auxiliares necesarios, tanto para la clasificación como para el seguimiento

C112

Comportamiento en el curso clínico y paraclínico en pacientes con dermatomiositis juvenil en el Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Mendieta-Zerón S⁽¹⁾, Faugier-Fuentes E⁽²⁾, Vázquez-Frías R⁽³⁾, Maldonado VR⁽⁴⁾, Rodríguez-Fomperosa L⁽⁵⁾

⁽¹⁻⁵⁾ Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG)

La dermatomiositis juvenil (DMJ), es una enfermedad multistémica de etiología incierta, con inflamación no supurativa de músculo estriado y piel principalmente. No existen trabajos publicados de las características de presentación y evolución en niños mexicanos.

Metodología: estudio descriptivo, observacional, retrolectivo. Se revisaron los expedientes con Dx de DMJ entre enero de 1997 y marzo de 2007, con un año de seguimiento. Utilizando medidas de tendencia central, dispersión y prueba T pareada.

Resultados: 49 casos cumplieron los criterios de selección. 26 género femenino, relación hombre: mujer 1:1.1. La media de edad fue 7.5 años, el rango de tiempo de evolución fue 1-84 meses. 19 (38%) cursaron con evento infeccioso en el año previo: varicela en 14 (28.5%). El 77.8% con una única manifestación inicial: dermatológicas 26.5%, debilidad muscular 18.5%, artritis 8.2%, calcinosis 2%. Por la clasificación de Bohan y Peter: 53% tenían Dx definitivo; 36.7% probable y 10.2% posible; 3 DMJ hipomiopática y 2 amiopática. Al Dx 46.9% presentó FM3/5, 20.4% FM 2/5; a los 6 meses el 61.2% presentaban disminución de FM y 42.9% a los 12 meses. 10% disfagia al diagnóstico y 1 disfonía. Las enzimas con mayor frecuencia elevadas fueron DHL y aldolasa; con disminución significativa de CPK y ALT entre el ingreso y el año. De los 22 que iniciaron con manifestaciones dermatológicas, 20 desarrollaron miositis en un tiempo promedio de 8 meses. 29 presentaron calcinosis. EMG compatible en 33/37. Se realizó IRM en un paciente evidenciando miositis. Se encontro cambios compatibles en 8 de 10 biopsias. Alcanzaron remisión el 61.3%, en un tiempo medio de 22.6 m, 12 de ellos en el curso del primer año. Hubo recaída en 3. 8 tuvieron asociación con otra enfermedad autoinmune: 6 artritis idiopática y 1 síndrome de Sjögren.

Discusión: La forma de presentación es similar a lo reportado. Se reporta un tiempo de hasta 2 años para la primera valoración por el reumatólogo

pediatra, en nuestros pacientes, este tiempo fue de 15 meses en promedio. Hasta el momento no se ha considerado al virus de varicela como posible etiología, resultando interesante el antecedente de esta infección en 28,5% de los casos. El uso de IRM como sustitución de métodos invasivos hace que un porcentaje no cumpla estrictamente los criterios de Bohan y Peter pero más de 50% cumplen los criterios para diagnóstico definitivo. Sugerimos métodos menos invasivos y con mayor sensibilidad como IRM para el diagnóstico de DMJ.

C113

Anticuerpos contra péptidos antigénicos homólogos del virus de papiloma humano en pacientes con lupus eritematoso generalizado pediátrico.

Tlacuilo-Parra JA⁽¹⁾, Arellano-Váldez CA⁽²⁾, Zavala-Silva MC⁽³⁾, Pérez-Saldaña K⁽⁴⁾, Mora-García ML⁽⁵⁾, Monroy-García A⁽⁶⁾

⁽¹⁻³⁾ UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS, ⁽⁴⁻⁵⁾ Laboratorio Inmunobiología FES Zaragoza, ⁽⁶⁾ UIM Enfermedades Oncológicas CMN XXI

Introducción: La infección por el virus de papiloma humano (VPH) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente. Los estudios epidemiológicos han demostrado que los genotipos de VPH de "alto riesgo" como son 16 y 18 se asocian con el desarrollo de cáncer cervico uterino, mientras que los genotipos de "bajo riesgo" como son 6 y 11 inducen verrugas genitales benignas. En nuestro medio la prevalencia de infección por VPH en mujeres lúpicas va de 13 al 62%.

Objetivo. Detectar la presencia de anticuerpos específicos en suero de pacientes pediátricos con Lupus Eritematoso Generalizado (LEG) hacia secuencias lineales altamente conservadas de la proteína L1 del VPH.

Material y Métodos. A través de ensayos de ELISA se evaluó por triplicado la reactividad de los anticuerpos IgG presentes en suero de pacientes con LEG pediátrico y 50 controles sanos (negativas a la infección por VPH), hacia los péptidos altamente conservados en la proteína L1 de VPH's de alto riesgo: P16 (IHSMNSTIL), P18 (IHSMNSSIL), y de bajo riesgo: P6/11 (IHTMNPSVL).

Resultados: Los grupos de estudio estuvieron constituidos por 29 pacientes, 24 niñas (83%) y 5 niños (17%) con edad promedio de 13+2 años y 50 donadoras sanas con edad promedio de 18+2 años, los criterios de diagnóstico más comunes fueron: artritis 76%, eritema malar 55%, nefritis 45% y fotosensibilidad 24%, con una evolución de la enfermedad en promedio de 2.7+1.5 años, MEX-SLEDAI de 3.46+4.13. Presentaban menarca el 96% y solo 2 (7%) tuvieron verrugas vulgares. La absorbancia media de anticuerpos en las pacientes fue de 0.377+0.015 D.O., las cuales no fueron significativamente diferentes a los valores observados en las mujeres sanas 0.450+0.034 D.O. (ANOVA p>0.05).

Conclusión: Dado que hasta el 80% de las infecciones virales por VPH en pacientes con LEG son de alto riesgo, la detección de anticuerpos contra los péptidos antigénicos homólogos P16, P18 y P6/11 puede ser útil tanto en el diagnóstico temprano de la enfermedad como para el monitoreo de la infección por estos virus.

C114

Percepción de la calidad de atención en la consulta externa de las tres primeras causas de demanda.

Lino-Pérez L⁽¹⁾, Marín-Gómez S⁽²⁾, Peláez-Ballestas I⁽³⁾, Navarro-Zarza JE⁽⁴⁾, Álvarez-Hernández E⁽⁵⁾, Contreras Ibáñez C⁽⁶⁾, Casasola-Vargas J⁽⁷⁾, García-García C⁽⁸⁾, García-Rascón R⁽⁹⁾, Flores-Camacho R⁽¹⁰⁾, Burgos-Vargas R⁽¹¹⁾

^(1,3-5,7-11) HGM, ⁽²⁾ UAMX, ⁽⁶⁾ UAMX

Objetivo: Explorar la percepción de la calidad de atención de acuerdo a sus componentes (estructura, proceso y resultado) en pacientes de la consulta diaria de un servicio de reumatología.

Material y método: Estudio transversal analítico. Personas mayores de 18 años que cumplieran con los criterios diagnósticos de Artritis reumatoide (AR), Espondiloartropatía (SpA) y Osteoartritis (OA). Se les aplicó un instrumento de calidad de la atención con los siguientes componentes: Proceso (humano, técnico, administrativo e indicadores de espera), estructura y resultado (evaluativo e integral) y accesibilidad; además de las variables socio-demográficas y nivel de angustia. La calidad de la atención se clasificó en mala, regular, buena, muy buena y excelente de acuerdo a un índice.

Resultados: 387 pacientes completaron el cuestionario, 43.5% (167) AR, 21.4% (83) SpA y 35.4% (137) OA; 79.8% (309) mujeres, edad promedio de 48.3 DE 14.7 años (19-81), el nivel socioeconómico fue marginado (11.6%), bajo (47%), medio (41.3%) y alto 0% ; 61% realizan un trabajo no remunerado, 32% tienen un trabajo remunerado, 7.2% desempleados, 41% eran pacientes de primera vez. Al momento de la consulta el 56.5% manifestaron no estar angustiado, 32.3% ligeramente angustiado, 11% muy angustiado.

Descripción de la calidad de la atención: En general la calidad se calificó de buena a excelente en el 78.5%. El análisis por componentes de la calidad se describe como un índice total para el proceso el cual fue calificado como bueno en el 59.9%, muy bueno 39.7% y 0.2% malo, se encontraron diferencias significativas entre los pacientes de 1ª vez y subsecuentes $p=0.03$. El elemento humano se calificó 13.7% malo y 86.3% regular. El proceso técnico y administrativo fue calificado como regular. El tiempo de espera en la consulta externa fue de mediana 60 min RIC 30-240 min (69.9 DE 49.1min). La estructura fue calificada de 18 DE 5 (1-35), el resultado fue calificado de 16.5 DE 2.5 (1-20). Accesibilidad 3.1 DE 0.7 (1-10). En el análisis bivariado se encontraron diferencias con significancia estadísticas en las variables de edad, consulta de 1ª vez y tener un trabajo remunerado. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los diagnósticos y el nivel de angustia.

Conclusiones: La percepción de calidad de la atención es de buena a muy buena, sin embargo al interior de los componentes de la calidad asistencial se encuentran elementos de estructura, proceso humano, indicadores de tiempos de espera y accesibilidad que no cumplen los estándares de calidad propuestos.

C115

El aprendizaje de la reumatología se asocia probablemente más con el capital cultural que con otras variables.

Sánchez AS⁽¹⁾, González MA⁽²⁾, Bañuelos RD⁽³⁾
(1,3) *IMSS UMAE Puebla*, (2) *BUAP PEUC*

Introducción: La reumatología no es una materia común y consolidada en los programas y currículas de las escuelas y facultades de medicina. No es materia fácil y según nuestra consideración requiere nutrirse de conocimientos relacionados, con fuerte apoyo en las disciplinas básicas y los avances de punta. En ocasiones anteriores hemos explorado la modificación de conocimientos de reumatología en residentes en rotación, tras un minicurso. Ahora exploramos este tópico en relación a capital cultural, trayectoria escolar previa, promedios ingreso, licenciatura, curso residencia y minicurso en el servicio. Relacionamos también género, número opción ingreso a residencia, actitudes, aptitudes y conocimientos.

Metodología: Combinamos enfoque cuantitativo y cualitativo, con obtención de datos y variables duras obtenidas en sus evaluaciones de un grupo de residentes que rotan y que provienen de diferentes sedes hospitalarias y universidades que han contribuido a su formación previa. Diseñamos adicionalmente un instrumento de 110 reactivos, validado por consenso, panel y ronda, más DELPHY. Los parámetros objeto de estudio quedaron comprendidos en los instrumentos. Utilizamos estadística descriptiva y pruebas de correlación.

Resultados: La puntuación del examen de ingreso no guardó relación directa con el desarrollo ulterior de la trayectoria; el capital cultural previo y actual se asocia más directamente con el desarrollo de aptitudes, actitudes y obtención de nuevos conocimientos. La procedencia de universidades pú-

blicas, y edad también mostró asociación. No ocurrió en cambio, con variables como género y estado civil.

Conclusiones preliminares: Hay factores no suficientemente reconocidos en el desempeño (como lo es el capital cultural) que valdría considerar y relacionar con los enfoques y propuestas educacionales para disciplinas específicas como puede ser la medicina y en particular en lo que comprende la subespecialidad de la reumatología.

C116

Tratamiento con rituximab en pacientes con Rhupus; reporte de 3 casos.

Vega-Reyes R⁽¹⁾, Irazoque-Palazuelos F⁽²⁾, Andrade-Ortega L⁽³⁾, Barragán-Navarro Y⁽⁴⁾

(1-4) *CMN 20 de Noviembre, ISSSTE*

La sobreposición de Artritis Reumatoide (AR) y Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es conocida como Rhupus. Su diagnóstico se basa en los criterios de ambas patologías del ACR y tiene una prevalencia aproximada del 0.09%. El papel de las células B en la fisiopatología de ambas entidades es bien conocido, tanto en la autorreactividad, producción de anticuerpos, como en la activación de linfocitos T. La terapia anti-CD20 (rituximab) es parte del tratamiento en AR y se ha descrito su utilidad en algunas manifestaciones de LES. No se ha documentado su uso de en pacientes con Rhupus. Presentamos una serie de casos de pacientes con Rhupus, que recibieron rituximab con buena respuesta.

Caso 1: Femenino de 43 años con Dx de Rhupus. Tratamiento inicial con prednisona y azatioprina, con buena respuesta. En febrero del 2007 presenta vasculitis cutánea y afección renal, se inició ciclofosfamida esquema NIH, con respuesta parcial a nivel renal y actividad articular persistente (MEX-SLEDAI de 8 y DAS28 de 5.1). Se decide manejo con rituximab con mejoría tanto de la afección renal como articular con MEX-SLEDAI de 0 y DAS28 de 16 a los 6 meses de tratamiento.

Caso 2: Femenino 36 años con Dx Rhupus, que por vasculitis cutánea, se maneja con esteroide sin mejoría, agregándose afección renal (NL TIIB), manejándose con ciclofosfamida (NIH) sin mejoría de la vasculitis, solo mejoría parcial de la afección renal, por lo que en febrero del 2006 se inicia manejo con rituximab presentando remisión de la vasculitis y de la actividad renal que persiste por 9 meses. Por recaída de la vasculitis se reinfunde, con mejoría parcial.

Caso 3: Femenino de 43 años, con Dx de Rhupus y SAF manejada con acenocumarina, metotrexate y prednisona a dosis bajas, con buena respuesta hasta el 2006, cuando por persistencia de actividad se inicia rituximab con buena respuesta (DAS28 de 5.2 a 1.3). En el 2007 presenta nueva recaída se decide reinfusión de rituximab, presentando nuevamente buena respuesta (DAS28 de 6 a 1.8).

Comentario: La terapia anti-CD 20 parece ser una buena opción en pacientes con Rhupus, no sólo por su eficacia en las manifestaciones articulares, sino también, para manifestaciones más graves, como nefritis. Esta terapia parece adecuada para los pacientes sin respuesta al manejo convencional y que, en teoría, no son candidatos a terapia biológica anti-TNF.

C117

Trombocitopenia transitoria inducida por rituximab, reporte de dos casos.

Merlos J⁽¹⁾, Camargo A⁽²⁾, Pérez M⁽³⁾, Barile LA⁽⁴⁾

(1,4) *HE CMN SXXI*, (2-3) *HECMNSXXI*

Rituximab es un anticuerpo quimérico monoclonal, dirigido contra la molécula CD20. Por su eficacia y perfil tóxico aceptable, es comúnmente utili-

zado en el tratamiento de neoplasias CD20 positivas y en enfermedades autoinmunes.

Caso 1. Mujer de 51 años, diabética e hipertensa, en 1998 se le realizó diagnóstico de Artritis Reumatoide con base en los criterios de clasificación del ACR; inicialmente tratada con metotrexate, cloroquina, sulfasalazina y prednisona, en el 2004 se agregó al manejo adalimumab por falta de respuesta al tratamiento establecido, al que hizo reacción alérgica dermatológica. Por persistir con actividad de la enfermedad (DAS28 6.01) se administró rituximab dos dosis de 1gr, 6 horas posteriores a la 2ª infusión presentó cefalea occipital, escalofríos, edema y eritema facial, disnea, dermatosis pruriginosa en brazos, recibió tratamiento con hidrocortisona, difenhidramina y paracetamol dosis únicas con mejoría de la sintomatología. Posteriormente notó la aparición de lesiones eritematosas en miembros inferiores, se incrementó la intensidad de la cefalea (8/10), por lo que acudió a la consulta de reumatología y se encontró dermatosis eritematosa en región esternal y submamaria derecha, lesiones petequiales en miembros inferiores, laboratorios que reportaron plaquetas de 54 000 con una determinación previa del 14 de agosto con 188 000. Dos semanas después con plaquetas de 281 000, anticuerpos antiplaquetarios negativos. La biopsia de piel reportó dermatitis espongíotica aguda probablemente medicamentosa.

Caso 2. Mujer de 31 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico de dos años de evolución, con actividad mucocutánea, articular y renal con glomerulonefritis con comportamiento tipo IV (sin biopsia renal). Recibió tres pulsos de ciclofosfamida con pobre tolerancia (leucopenia, náusea, vómito), posteriormente recibió ácido micofenólico por un mes, suspendido por efectos adversos (náusea, diarrea), prednisona a dosis variable (7.5 a 50mg); por intolerancia al tratamiento y persistencia de actividad, recibió rituximab dos infusiones de 1gr cada una, cinco días posteriores a esta última presentó disminución de la cifra de plaquetas de 332 000 a 108 000 hasta 51 200 al día 8, con posterior recuperación. Los anticuerpos antiplaquetarios fueron negativos.

La trombocitopenia inducida por rituximab es poco frecuente (5-10%), generalmente se autolimita en pocos días sin necesidad de intervención terapéutica.

C118

Manifestaciones estomatológicas del síndrome de Sjögren primario, secundario y síndrome Sicca en pacientes que acuden a consulta de reumatología en el Hospital General de México.

Hernández-Roque A ⁽¹⁾, Álvarez-Hernández E ⁽²⁾, Arias-Vega L ⁽³⁾, Hernández-Roque L ⁽⁴⁾

⁽¹⁻⁴⁾ HGM

Introducción: La saliva es esencial para mantener una boca saludable. El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune en la cual la disfunción salival provoca diversas alteraciones funcionales y estructurales de la cavidad oral. Puede ser primario (SSP) o secundario (SSS). El Síndrome Sicca (SSc), es una enfermedad donde existe sequedad de mucosas pero sin un componente autoinmune, ocasionado por diversos factores como la edad, ingesta de medicamentos, algunas enfermedades (diabetes mellitus, hipotiroidismo, etc) y el uso de radioterapia y/o quimioterapia.

Objetivo: Comparar las manifestaciones estomatológicas en pacientes con SSP, SSS y SSc.

Sujetos y Métodos: Se realizó un estudio transversal comparativo que incluyó pacientes con SSP y SSS (Criterios Americano-Europeos), y pacientes con SSc. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas y estomatológicas. Se les realizó prueba de Schirmer, prueba de la oblea, índice de actividad (SSDAI) e índice de daño (SSDDI). Un odontólogo realizó la valoración de la cavidad oral y realizó un interrogatorio dirigido con el Índice epidemiológico de lesiones en tejidos blandos, el índice Papilar, Marginal y Adherida y el Índice Cariado, Perdido, Obturado y Diente.

Resultados: Se estudiaron 91 pacientes (44 con SSP, 27 con SSS y 20 con SSc). El 94.5% eran de sexo femenino. Edad promedio de 53.97 ± 39.6 años. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en la edad (p=0.046), el número de criterios (p=0.000), prueba de Schirmer (p=0.003), SSDAI (p=0.045), SSDDI (p=0.000) y antiRo (p=0.003). Sin embargo en el Índice gingival, dientes con caries, dientes perdidos, dientes obturados, número total de dientes, conteo final de dientes y prueba de oblea así como en la frecuencias de síntomas orales, úlceras, herpes, queilitis, hiperplasia, alteraciones de color, xerostomía, disfagia, lengua geográfica, lengua fisurada, desmineralización e intolerancia no hubo diferencias. El índice gingival correlacionó con la prueba de la oblea (r = 0.36, p= 0.001) y con el SSDDI (r=0.38 p=0.000). La prueba de la oblea correlacionó con la prueba de Schirmer (r=0.38 p=0.001) y el SSDDI (r=0.47 p=0.000). El SSDDI también correlacionó con el SSDAI (r=0.55 p=0.000).

Conclusiones: No hay diferencias en la presentación de manifestaciones estomatológicas entre SSP, SSS y SSc. Por consiguiente las manifestaciones estomatológicas que se encuentran son a causa de la sequedad como tal y no de la enfermedad que la origina.

C119

Reporte de un caso de psoriasis pustulosa durante el tratamiento con anti TNF (infliximab).

Gordillo V ⁽¹⁾, Díaz Ceballos A ⁽²⁾

⁽¹⁻²⁾ ISSSTE

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa con múltiples expresiones clínicas; se caracteriza por defectos en la queratinopoyesis conduciendo a un crecimiento epidérmico exagerado, con alteración en la maduración celular, cambios vasculares e inflamatorios. La variedad pustular es la menos frecuente, la localización palmoplantar es la más común, así como su asociación con artritis. Se han reportado casos de exacerbación o desarrollo paradójico de novo de psoriasis con el uso de anti TNF, la etiología se desconoce, al parecer podría relacionarse al incremento de interferón 1.

Caso clínico: Se trata de paciente del sexo femenino de 44 años de edad con diagnóstico de Artritis Reumatoide desde 2004, Factor Reumatoide positivo a títulos de 210 UI, diagnosticada tras seis meses de síntomas y tratamiento con cloroquina 150 mg/d durante 18 meses, suspendiendo por mutuo propio por mejoría parcial. En enero del 2008 es valorada detectando actividad inflamatoria severa con DAS 28 de 6.4 iniciando metotrexate 20 mg/sem, sulfasalazina 2 g/d y AINE, 16 semanas después presentó un DAS 28 de 3.8, por lo que previa valoración con PPD negativo y radiografía de tórax normal inicia infliximab a dosis de 3 mg/kg/dosis, continuando con metotrexate y suspendiendo sulfasalazina. Evolucionó de manera satisfactoria logrando en la semana 14 post infliximab un DAS 28 de 1.4. En la semana 18 inició con prurito palmoplantar y progresivamente dermatosis de aspecto polimorfo constituido por eritema, escamas, pústulas estériles y confluente palmoplantares, así como en extremidad inferior derecha; se indicó revisión Dermatológica y biopsia la cual confirma: epidermis con hiperqueratosis y paraqueratosis focal, pústulas espongiformes e hipogranulosis, compatible con psoriasis. La decisión terapéutica fue suspensión de infliximab, continuar con metotrexate y 8 semanas posteriores aplicación de rituximab 2 g/ciclo, las lesiones cutáneas se trataron con retinoides tópicos. Actualmente hay remisión de actividad inflamatoria con DAS de 1.5 y escasa descamación plantar, la cual sigue manejándose con retinoides.

C120

Fibromatosis Colli, una miopatía poco común en pediatría.Tlacuilo-Parra JA⁽¹⁾, Arellano-Váldez CA⁽²⁾⁽¹⁻²⁾ UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS

Resumen: La fibromatosis colli o tumor esternocleidomastoideo es una enfermedad benigna poco común caracterizada por una inflamación dura fusiforme e inmóvil en la porción baja del músculo esternocleidomastoideo. La lesión típicamente aparece de 10 a 14 días después del nacimiento. Característicamente, la cabeza está dirigida hacia el lado del músculo afectado y la barbilla se encuentra rotada hacia el lado opuesto. Los estudios de imagen en esta enfermedad ayudan para diferenciarla de otras causas de masas de cuello en este grupo de edad y evitar procedimientos terapéuticos infructuosos.

Caso 1. Masculino de 3 meses de edad, quien acude por presentar un cuadro de 2 meses de evolución, caracterizado por la presencia de aumento de volumen localizado en cuello. Antecedentes perinatales y patológicos irrelevantes. A la exploración física se palpa una masa dura, fija, de bordes poco definidos, pero que sigue el trayecto del músculo esternocleidomastoideo izquierdo y que condiciona flexión lateral izquierda. No hay otra sintomatología. Laboratorio con BH, QS, PFH, electrolitos séricos, examen general de orina, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva; normales o negativos. La TAC muestra una tumoración de 3x1 cm, que entremezcla con el esternocleidomastoideo izquierdo. La biopsia de la lesión muestra hipertrofia de las células musculares sin evidencia de neoplasia. La tumoración cede de manera espontánea.

Caso 2. Masculino de 8 años de edad, quien acude por presentar un cuadro de 6 meses de evolución, caracterizado por aumento de volumen localizado en cuello y que se acompaña de discreta flexión lateral a la derecha. A la exploración física se palpa una masa difusa, dura, fija, de bordes poco definidos, pero que sigue el trayecto del músculo esternocleidomastoideo derecho y que condiciona mínima lateral derecha, mientras que la barbilla se encuentra rotada hacia el lado opuesto. No hay otra sintomatología. Pruebas de laboratorio normales o negativos. La IRM muestra un engrosamiento difuso del esternocleidomastoideo derecho. Se envía a rehabilitación para programa de ejercicios de estiramiento y fortalecimiento.

Conclusión: Estos casos ilustran las manifestaciones esenciales clínicas y radiológicas de la fibromatosis colli, demostrando que el reconocimiento de esta entidad puede prevenir maniobras diagnósticas y terapéuticas innecesarias. Cuando la entidad no es reconocida, biopsias por aspiración, biopsias abiertas y aún resección del músculo esternocleidomastoideo han sido realizadas.

C-121

Días laborales perdidos debido a enfermedades reumáticas en el HGZ-2, IMSS; Saltillo, Coahuila.

Martínez, H (1), Marines, AL (2), Luna, H (3)

(1-2) HGZ-2 IMSS, (3) HGZ-2; Saltillo, Coahuila

Las enfermedades reumáticas ocupan uno de los primeros diez lugares de invalidez total en México y otros países. El dolor y la incapacidad funcional son responsables del 25% de las incapacidades laborales transitorias y del 30% de las permanentes. El propósito de esta investigación es determinar la cantidad de días laborales perdidos por enfermedades reumáticas en el HGZ-2 IMSS.

Material y método: Se realizó un estudio transversal, de prevalencia, no comparativo en asegurados con diagnóstico de enfermedad reumatológica emitido por los servicios de reumatología y traumatología durante el año 2006. Se revisaron los expedientes clínicos seleccionados y se realizó visita domiciliaria para complementar, mediante interrogatorio directo un cuestionario ex profeso.

Análisis Estadístico: Se utilizó estadística descriptiva con análisis de frecuencia y medidas de tendencia central.

Resultados: Se otorgaron 4065 incapacidades en el año 2006 de los cuales se identificaron 139 pacientes con diagnóstico reumatológico estos 124 reunieron los criterios de inclusión. Fueron 77 mujeres y 47 hombres, el rango de edad fue de 19 a 60 años. Durante el año 2006 hubo un total de 101.441 días laborales perdidos por enfermedad general de los cuales 8698 días (6.8%) fueron por enfermedad reumática media de 55.6. De acuerdo al diagnóstico la artritis reumatoide fue la más frecuente (32.3%) seguida de osteoartritis 19.4% y tendinitis 16.9%. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de meses a 30 años. Los puestos de trabajo más frecuentes fueron operarios 33%, profesionales 17%, y personal administrativo 12%. La antigüedad en el puesto fue menor a un año a más de 31 años. La región corporal más afectada fue la mano 25%, rodilla 24% y muñecas 22.5%.

Conclusiones: Las enfermedades reumáticas contribuyeron con un 6.85% de los días laborales perdidos en el año 2006. La artritis reumatoide, la osteoartritis, la tendinitis fueron los diagnósticos más frecuentes causantes de incapacidad. El puesto de trabajo fue el de operario y la mano la región corporal más frecuente.

C-122

Evaluación inmunohistoquímica del infiltrado linfocítico en el Síndrome de Sjögren Primario y Secundario.

Hernández-Molina G (1), Ávila-Casado MA. (2), Hernández C (3), Calderillo MA (4), Marroquín M (5), Sánchez-Guerrero J (6)

(1) INCMNSZ, (2) INC Ignacio Chávez, (3-6) INCMNSZ

El Síndrome de Sjögren (SS) se caracteriza por infiltración linfocítica periductal focal principalmente de células T CD4+ (CD45Ro+) en glándula salival menor. Se desconoce si el patrón de expresión es similar en el SSP y el secundario (SSS).

Objetivo: Caracterizar el infiltrado linfocítico en pacientes con SSP, SSS y pacientes con enfermedades de tejido conectivo (ETC) sin SS

Métodos: Previamente identificamos 65 pacientes con SS secundario, 50 con SSP y 204 con ETC sin SS. Estos pacientes fueron elegidos aleatoriamente del Registro Institucional de Reumatología (≈ 4000 pacientes) y sometidos a una evaluación de 3 fases: escrutinio (cuestionario oral-ocular, prueba Schirmer-I y de la oblea), confirmatoria (tinción fluoresceína, flujo salivar no estimulado, anticuerpos anti-Ro/anti-La) y biopsia de glándula salival menor. Contamos con 103 biopsias las cuales fueron analizadas inicialmente con tinción de H&E. De contar con material suficiente, se realizaron cortes de 3 m y se incubaron con anticuerpos anti CD45Ro y anti CD20. Su inmunoreactividad se detectó por reacción de inmunoperoxidasa con el sistema estreptavidina-biotina visualizada por diaminobenzidina. Se evaluaron 25-36 campos no cruzados por biopsia. Las imágenes se capturaron digitalmente y se procesaron en una computadora en forma ciega por una patóloga. Se calculó el promedio de los valores de expresión por campos observados proporcionando un valor numérico en pixeles por biopsia. Se utilizó estadística descriptiva y prueba t-de Student.

Resultados: Excluyendo 2 biopsias normales, en 75 se realizó las tinciones de inmunohistoquímica: 19 SSP, 26 SS secundario y 30 en ETC sin Sjögren. Se documentó infiltrado nodular en 15 de SSP, 20 de SS secundario y 11 de ETC sin Sjögren. Encontramos una mayor expresión para CD20 en el SSP vs. SSS (2922 vs. 607.5 p<0.001). Esta tendencia se mantuvo al analizar biopsias con infiltrado nodular (3441 vs 828 p<0.001), y se perdió al analizar el infiltrado no nodular. La expresión de CD45Ro no fue diferente en el SSP y SSS al analizar todo tipo de infiltrado (1427 vs. 1330) o por subtipo (nodular 1624 vs. 1712 y no nodular 309 vs. 452). Los pacientes con ETC sin SS también tuvieron menor expresión de linfocitos B que pacientes con SSP; siendo similares al SSS. La expresión de linfocitos T fue menor en pacientes con ETC sin SS que en pacientes con SSP y SSS.

Conclusión: El SSP cursa con un mayor infiltrado en glándulas salivales menores por linfocitos B que el SSS. Este resultado sugiere una mayor actividad inmunológica en variedad primaria que la secundaria.

C123

Aneurismas múltiples y fístula aortoentérica en un paciente con enfermedad de Behcet. Reporte de caso y revisión de la literatura.

González Leija, ME (1), Portela Hernández, M (2), Barile Fabris, LA (3)
(1-3) Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional SXXI, IMSS

La enfermedad de Behcet se caracteriza por úlceras orales y genitales, uveítis, afección articular, cutánea, gastrointestinal, cardiopulmonar, neurológica y vascular. Las lesiones vasculares aparecen sólo en el 30% de los casos. La literatura mundial ha reportado pocos casos con múltiples aneurismas. La fístula aortoentérica es una complicación muy poco frecuente (0.3-5.9%) en pacientes sometidos a reconstrucciones protésicas de la aorta abdominal, ya sea por lesiones oclusivas o aneurismáticas. Presentación de caso. Hombre de 43 años, con antecedente de úlceras orales recurrentes desde su juventud. Inició en 1990 con dolor abdominal intenso, se le hospitalizó para estudio y se le encontró un aneurisma inguinal, realizándose resección y colocación de injerto. En 1993 presentó un aneurisma carotideo que requirió derivación vascular, complicándose con isquemia cerebral en el territorio de la arteria cerebral media

izquierda, dejando secuela en el lenguaje. En 1994 se diagnosticó enfermedad de Behcet en base a úlceras orales, genitales y eritema nodoso. En 1995 presentó un aneurisma poplíteo que requirió derivación vascular. En 1997 presentó un infarto agudo al miocardio, sin evidencia de aterosclerosis por cateterismo cardiaco. En el año 2000 se le detectó un aneurisma aórtico infra-renal, el cual requirió resección y colocación de injerto aorto-iliaco. Su tratamiento ha sido a base de ciclosporina 100 mg/día, colchicina 1 mg/día, isosorbide 10 mg/día, prednisona a diferentes dosis y ácido acetilsalicílico 150 mg/día. Presentó recaída en agosto del 2008 con úlceras orales, fiebre, y rectorragia.

En su hospitalización se realizó endoscopia que reportó cuerpo extraño en segunda porción de duodeno, identificado como el injerto colocado en el aneurisma aórtico infrarrenal en el año 2000. La TC abdominal contrastada mostró imagen entre injerto aórtico y duodeno, compatible con trombosis de injerto, colección periférica y gas periaórtico. Se realizó laparotomía exploradora, se realizó exclusión de la aorta a nivel suprarrenal (con neovascularización colateral), resección de la cuarta porción del duodeno y duodenoyeyuno-anastomosis laterolateral, con insuficiencia renal aguda secundaria, en tratamiento actual con hemodiálisis. Presentó Infección postoperatoria por pseudomona aeruginosa multirresistente, sepsis grave y disfunción orgánica. Se trató con imipenem, vancomicina e hidratación IV; su evolución fue favorable y se egresó sin datos de actividad de la enfermedad. Un mes después presentó dolor abdominal, disfagia y fiebre, debido a un absceso residual; por lo que se hospitalizó para su tratamiento.