

XXXVI Congreso Mexicano de Reumatología

Carteles

C001

NIVELES DE LEPTINA SÉRICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y FRACTURAS DE CUERPOS VERTEBRALES SECUNDARIAS A OSTEOPOROSIS

Aguilar-Chavez E (1), Olivias-Flores EM (2), Gamez-Nava JI (3), Alca-raz-López MF (4), Gonzalez-Lopez L (5)

(1) Hospital General Regional 110, IMSS, y Universidad de Guadalajara, Mexico, (2) Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara Mexico, (3) Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica del HECMNO, IMSS, Universidad de Guadalajara, (4) Hospital General Regional 110, IMSS y Universidad de Colima, (5) Depto. Medicina Interna-Reumatología, HGR-110, IMSS y Postgrado en Salud Pública Universidad de Guadalajara

Introducción: Se ha descrito que en osteoporosis primaria existe correlación inversa entre niveles de leptina séricos y densidad mineral ósea en cuerpos vertebrales, sin embargo, no existen estudios que evalúen si la disminución de estos niveles van asociados a desarrollo de fracturas en artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Identificar si existe asociación entre niveles de leptina sérica y presencia de fracturas vertebrales secundarias a osteoporosis en AR.

Material y métodos: Estudio transversal. Se evaluaron 133 mujeres con AR (ACR 1987), >40 años, con al menos 2 años de evolución de la enfermedad. Se investigaron variables socio-demográficas, clínicas de la enfermedad y tratamiento. Se determinaron niveles séricos de leptina (ELISA). Se realizó densitometría ósea central (DEXA), radiografías de columna dorsal y lumbar para evaluación de fracturas vertebrales. Los hallazgos radiográficos fueron clasificadas en cuatro grados: vértebra normal, fractura leve, moderada y severa. Se utilizó t de Student para comparación de variables cuantitativas y Chi2 para comparación de variables cualitativas entre el grupo sin fracturas y el grupo con fracturas.

Resultados: Para el grupo total la edad promedio fue 54 ± 9 años, índice de masa corporal 28 ± 5 , promedio de años de menopausia 8 ± 9 , duración de la AR 10 ± 9 años. Los niveles promedio de leptina en el grupo total fueron de 24 ± 21 ng/dL. No se observó significancia al comparar niveles de leptina entre pacientes con fracturas y sin fracturas vertebrales (32 ± 23 vs 28 ± 22 ng/dL respectivamente, $p=0.31$). Tampoco se encontró asociación entre severidad de las fracturas y niveles de leptina. Esta falta de asociación persistió aun después de ajustar los niveles de leptina por índice de masa corporal.

Conclusiones: A diferencia de lo que acontece en osteoporosis primaria, los niveles de leptina no parecen tener asociación significativa que explique el exceso de riesgo de fractura en artritis reumatoide.

Financiamiento: IMSS-2005/1/I/050

C002

NIVELES SÉRICOS DE PROPÉPTIDOS DE PROCOLÁGENA TIPO III EN NEUMOPATÍA INTERSTICIAL PRIMARIA Y EN SECUNDARIA A ENFERMEDAD REUMÁTICA SISTÉMICA

Villa-Manzano AI (1), Gonzalez-Lopez L (2), Juarez Contreras P (3), Rocha-Muñoz AD (4), Peguero Gomez AR (5), Gamez-Nava JI (6)

(1) IMSS, Universidad de Guadalajara, (2) Depto. Medicina Interna-Reumatología, HGR-110, IMSS y Postgrado en Salud Pública Universidad de Guadalajara Mexico, (3) Hospital General Regional 110, IMSS, (4) Hospital General Regional 110, IMSS Universidad de Colima, (5) Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica del HECMNO, IMSS, Universidad de Colima, (6) Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, HECMNO, IMSS, y CUCS. Universidad de Guadalajara México Niveles Séricos de Propéptidos de Procolágena Tipo III en Neumopatía Intersticial Primaria y en Secundaria a Enfermedad Reumática Sistémica

Introducción: Es necesario conocer como se comportan los marcadores de síntesis de procolágena como apoyo clínico para el estudio de afección pulmonar en los distintos tipos de Neumopatía intersticial (NI) y su relación con el grado de afectación pulmonar.

Objetivo: Comparar los niveles del propéptido de procolágena tipo III (PIIINP) en pacientes con neumopatía intersticial primaria (NIP) y en la forma secundaria a enfermedad reumática (NISER).

Material y métodos: Estudio transversal comparativo. Se evaluaron 49 pacientes con NISER (Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia), 24 con NIP. Como grupos de referencia se incluyeron 31 controles sanos y un grupo de 52 pacientes con enfermedad reumática sin neumopatía (Artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia). Se analizaron variables clínicas, sociodemográficas, grado de disnea, distancia en pasos en 6 minutos. Se apoyo el diagnóstico de NIP y NISER en base a tomografía axial computada de alta resolución y espirometría. Los PIIINP fueron determinados por radioinmunoanálisis.

Resultados: Se observaron niveles mayores de PIIINP en NISER comparado con controles (3.0 vs. 2.3 , $p=0.008$) y en NIP comparado con controles

(2.7 vs. 2.3, $p = 0.05$). No se observaron diferencias entre la neumopatía intersticial primaria y secundaria en niveles de PIIINP (2.7 vs. 3.0, $p = 0.37$). No se observó diferencia en los niveles de PIIINP entre pacientes con enfermedad reumática sin NI y controles sanos (2.6 vs. 2.3, $p = 0.25$). El PIIINP correlaciona con la severidad de afectación pulmonar en espirometría ($\rho = 0.23$, $p = 0.01$).

Conclusiones: El PIIINP es un marcador de afectación pulmonar de neumopatía intersticial independientemente de la etiología primaria o asociada a enfermedades reumáticas sistémicas. Fondos: FOMIX CONACYT Gobierno del Estado de Michoacán MICH 2003-C01-12442 y IMSS 2005/1/1/065

Coo3

PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Kobayashi A (1), Tadeo B (2), González V (3), Aguilar J (4), Torres B (5), Cerpa S (6), Bernard AG (7), Gutiérrez S (8), Martínez GE (9)

(1)(3)(4)(6)(7)(8)(9) Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, (2) Universidad de Nayarit, (5) CUCS

Introducción: La depresión tiene una elevada frecuencia en pacientes con AR y dolor crónico. Desconocemos en nuestra población su frecuencia y los factores que se asocian a los síntomas depresivos.

Objetivo: Conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes con AR y su relación con el nivel socioeconómico, el dolor y la incapacidad funcional.

Metodología: Se aplicó EVA para dolor músculo esquelético de seis regiones, escala de depresión (CESDR) y HAQ-DI a pacientes con AR. Se realizó ANOVA, correlación rho de Spearman y regresión lineal múltiple escalonada.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes con AR. 43 (86%) mujeres, promedio 47 años (18-81) y 7 (14%) hombres, promedio 40 años (18-68). 66% fueron casados y 32% solteros. 84% con residencia urbana. Promedio de escolaridad de 5.8 años (0-12). Ingreso quincenal promedio de 1,406.25 pesos (0-4000). En promedio presentaron 2.6 regiones dolorosas con una medición de 2.4 en la EVA. Promedio de HAQ-DI 0.8. Media de puntaje CESDR 35.4 (2-101). La prevalencia de sintomatología depresiva fue del 76% y de depresión mayor del 10%. Al realizar ANOVA para intensidad de depresión se encontró diferencias significativas con intensidad de dolor articular, con cefalea, con dolor muscular, con dolor cervical, con puntaje HAQ-DI y con calificación global de dolor. Con el análisis de regresión múltiple, se encontró que el puntaje de CESDR está asociado con la intensidad de dolor cervical ($p = 0.003$) y HAQ-DI ($p = 0.039$), r^2 de 0.44 indicando que menos de la mitad de la variación es explicada por estas dos variables. Al ajustar la calificación del CESDR con la intensidad de dolor cervical, el puntaje de CESDR incrementa, $\beta = 4.714$, $p < 0.0001$ y al ajustarlo con HAQ-DI, el puntaje de CESDR aumenta, $\beta = 10.449$, $p = 0.039$.

Conclusión: En nuestros pacientes con AR hay una prevalencia elevada de sintomatología depresiva incluyendo la depresión mayor. Los factores que influyen son la incapacidad funcional seguida del dolor de columna cervical.

Coo4

CUANTIFICACIÓN DE LINFOCITOS CD4+/CD8+ EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE CON Y SIN METOTREXATE

Villanueva LM (1), Bernard AG (2), Martínez GE (3), Gutiérrez S (4), Andrade J (5), González LA (6), Ramírez L (7), Cerpa S (8)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8) HCG Fray Antonio Alcalde

Introducción: Los pacientes con AR se encuentran inmunosuprimidos tanto por factores intrínsecos como extrínsecos, en estos últimos se incluyen

los fármacos que se utilizan para su tratamiento. Uno de ellos, el metotrexate (MTX) tiene efectos antiproliferativos entre diferentes tipos celulares, como los linfocitos; además de poseer propiedades anti-inflamatorias. Se han descrito infecciones oportunistas (dependientes de células T) en este tipo de pacientes, en quienes la cuenta de linfocitos CD4+ pudiera constituir un factor predictor de infecciones, como en los pacientes con VIH/SIDA.

Objetivo: Cuantificar la cuenta de linfocitos CD4+, CD8+ y la relación CD4+/CD8 en pacientes con AR y comparar estos valores con los de los pacientes con VIH/SIDA.

Metodología: En forma transversal se cuantificaron las cuentas de linfocitos CD4+, linfocitos CD8+ y la relación CD4+/CD8+ en 39 pacientes con AR, pertenecientes a la consulta externa de la clínica de Artritis Reumatoide; mientras que dichos linfocitos fueron tomados de los expedientes de 39 pacientes con VIH/SIDA, constituyendo así el grupo control. De los pacientes con AR, 37 fueron mujeres y 2 fueron varones; por otra parte, en el grupo de pacientes con VIH/SIDA 4 pertenecieron al sexo femenino y 35 al sexo masculino. Los pacientes con AR fueron subdivididos de acuerdo al tiempo de ingesta de MTX en: ≤ 6 meses, 7 meses-1 año, > 1 año; así como hubo un subgrupo que no tomaba este fármaco. Para el análisis estadístico se utilizaron pruebas de estadística descriptiva, calculándose medias y desviaciones estándar; así como pruebas de U-Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Se consideró un valor de $p \leq 0.05$ como significativo.

Resultados: En el subgrupo de AR que tomaban MTX ≤ 6 meses, el promedio de linfocitos CD4+ fue de $822 \pm 284/\mu\text{l}$, en el de 7 meses-1 año fue de $810 \pm 193/\mu\text{l}$, en el de > 1 año de ingesta del fármaco la cuenta fue de $725 \pm 165/\mu\text{l}$. Por otra parte, el grupo que no tomaba MTX tuvo un promedio de linfocitos CD4+ de $824 \pm 281/\mu\text{l}$; mientras que el promedio del grupo control fue de 288 ± 126 linfocitos por μl . Al comparar la cuenta de linfocitos CD4+, CD8+ y la relación CD4+/CD8 entre los diferentes subgrupos de pacientes con AR no hubo diferencia estadísticamente significativa.

Conclusión: Los pacientes con AR que toman MTX a una dosis promedio de 10.9 mg./sem. no presentan cuentas disminuidas de linfocitos CD4+ en comparación con los controles. No hubo relación entre el tiempo de exposición y la dosis ingerida de MTX y la cuenta de linfocitos CD4+ en los pacientes con AR.

Coo5

ARTRITIS REUMATOIDE EN EL ANCIANO

Vargas AS (1), Barbosa RE (2), Lugo G (3), Covarrubias P (4)

(1)(2)(3)(4) Hospital Juárez de México

Introducción: Los desórdenes músculo-esqueléticos son causa común de limitación física en los pacientes geriátricos. La afección no inflamatoria, degenerativa es la más frecuente, sin embargo la incidencia y prevalencia de patología inflamatoria como artritis reumatoide (AR) en dicha población es mayor que la estimada. El cuadro clínico de AR en ancianos difiere del observado en pacientes jóvenes (sexo, tipo de inicio, afectación de grandes articulaciones, actividad y progresión).

Objetivo: Conocer la presentación clínica de AR en el paciente geriátrico.

Material y métodos: Se analizaron los pacientes con diagnóstico reciente de artritis reumatoide (criterios ACR) de la consulta externa del servicio de reumatología del período enero a diciembre del 2006. El análisis incluyó: 1. distribución por edad- A. mayores de 60 años y B. menores de 60 años, 2. distribución por sexo, 3. forma de presentación de AR- a. aguda (artritis con intensidad máxima a las dos semanas de inicio de la sintomatología) y b. progresiva, 4. manifestaciones sistémicas (al menos uno de tres criterios en los tres meses iniciales: pérdida de peso ≥ 2 kg, temperatura corporal $> 37.5^\circ\text{C}$ y hospitalización para el tratamiento de AR), 5. manifestaciones extrarticulares y 6. determinación de factor reumatoide (FR). El análisis estadístico se realizó con Chi cuadrada con corrección de Yates.

Resultados: Se evaluaron 97 pacientes: 78 (80 %) grupo A con rango de edad 18-58 años, media 36.4 ± 1.41 ; grupo B 19 (20 %) con rango de edad

60-79 años, media 67.5±4.94. No se encontraron diferencias significativas en la proporción de hombres/mujeres entre ambos grupos. La forma de inicio agudo tuvo predominio en el grupo A ($p < 0.001$). En ambos grupos el patrón poliarticular fue el más común (84 % grupo A. vs. 89 % grupo B). La afección sistémica fue relevante en el grupo A (57 %) vs. 8.9 % grupo B ($p < 0.001$). No hubo diferencias significativas en la positividad del FR entre ambos grupos (A 74% vs. en B 76 %) ni en la presencia de manifestaciones extrarticulares (A 21 % vs. 14 % en B). Ambos grupos recibieron tratamiento similar.

Conclusiones: La AR en el anciano se manifiesta primordialmente en forma aguda, asociada a sintomatología sistémica y por ende con gran impacto en la calidad de vida de dichos pacientes.

Coo6

POLIMORFISMO -670 DEL RECEPTOR FAS EN NEFROPATÍA LÚPICA

Bollain y Goytia JJ (1), Daza L (2), Pacheco G (3), Pacheco D (4), Muñoz JF (5), Zapata P (6), Rodríguez C (7), Avalos-Díaz E (8), Herrera-Esparza R (9)

(1)(3)(4)(8)(9) UAZ, (2) IMSS, (5) CUCS, (6)(7) UANL

Resumen: El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune del tejido conjuntivo con afección de órganos, entre ellos el riñón. El 50% de los pacientes con LES desarrollan nefritis lúpica en etapas tempranas de la enfermedad y los mecanismos fisiopatológicos que desencadenan el daño renal en los pacientes son múltiples, incluyendo a los complejos inmunes que fijan complemento. Existen otros mecanismos, como la participación de la apoptosis vía Fas-L/Fas que se asocia al desarrollo de autoanticuerpos contra nucleosomas. El transcrito del receptor Fas se incrementa por la presencia del polimorfismo -670 en el que se sustituye una Guanina por una Adenina en la región del promotor. Previamente demostramos que el receptor Fas se incrementa en tejido renal de pacientes con nefropatía lúpica clase-IV y III.

Objetivo: Analizar el polimorfismo del promotor -670 del receptor de Fas en pacientes con nefropatía lúpica clase-IV y III.

Material y métodos: Se estudiaron 2 grupos de pacientes y 1 grupo control sano. Uno de los grupos de pacientes desarrollaba LES sin nefropatía lúpica y el segundo presentaba nefritis lúpica clase-IV y III. Se extrajo ADN genómico (gADN) de sangre total con la técnica de Millar. El gADN se utilizó como templado para amplificar por PCR la región del promotor -670 del receptor Fas, los productos de PCR se digirieron 1 hora a 37°C con la enzima Mva-I y se caracterizaron en geles de agarosa al 1.5%.

Resultados: los porcentajes de los genotipos de muestras control son: para el genotipo A/A 54%, para el genotipo A/G 20% y para el genotipo G/G 26%. En muestras de pacientes sin nefritis lúpica; para el genotipo A/A 36%, para el genotipo A/G 21% y para el genotipo G/G 43%. En muestras de pacientes con nefritis lúpica; para el genotipo A/A 45%, para el genotipo A/G 22.85% y para el genotipo G/G 33%. Los datos fueron evaluados por dos sistemas estadísticos: el MedCalc y EpiInfo con $p > 0.05$.

Conclusión: el genotipo A/A del polimorfismo -670 no muestra diferencias significativas, y está presente tanto en pacientes como en controles.

Coo7

ALTERACIONES DE LA RUTA DE SEÑALIZACIÓN DEL TGF-B DE CÉLULAS MONONUCLEARES DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) Y ESPONDILÍTIS ANQUILOSANTE (EA)

Xibillé DX (1), Mejía LM (2), Garay SA (3), Burgos R (4), Álvarez-Fuentes MS (5), Montiel-Hernández JL (6)

(1) Hospital General de Cuernavaca, (2)(3)(6) Facultad de Farmacia, Universidad Autónoma del Estado de México, (4) Hospital General de México, (5) Instituto Nacional de Salud Pública

Resumen: La AR/EA son enfermedades inflamatorias, crónicas y autoinmunes. TGFb induce una respuesta fisiológica antiinflamatoria, pero en AR/EA, la presencia de esta citocina no inhibe la inflamación. El objetivo fue determinar niveles de TGFb y evaluar expresión/capacidad funcional de TGFbRI/TGFbRII en sangre periférica y líquido sinovial de pacientes con AR/EA y controles.

Métodos: En HG de Cuernavaca y México, se colectó sangre periférica y líquido sinovial de pacientes con AR (ACR) y EA (Nueva York). Controles se obtuvieron del Banco de Sangre. Se aislaron las células mononucleares (CMN) por Ficoll-Paque y se fijaron con 1% de PFA o se mantuvieron en RPMI con 10% de SFB a 37°C y 5% de CO2. Las muestras se tiñeron para TbRI (H-100) y TbRII (H-567), y analizaron por separado (I-IV). Determinación de niveles de TGF-b soluble: ELISA de captura. Determinación de nivel basal de Smad 2/3, pSmad y Smad7: FACs empleando anticuerpos Smad 2/3, pSmad 2/3 (Ser433/435) y Smad7. Estimulación de la fosforilación Smad2/3 por TGF-b1: CMN estimuladas con ConA [5 mg/ml] por 72 hr en RPMI suplementado con 10% SFB. Previo a su estimulación con 5 ng de TGF-b1 por diferentes tiempos, las células fueron arrestadas durante 2 h en medio sin suero. Posterior a los esquemas de activación, las células fueron se fijaron con 1% de PFA, para su análisis por FACS (fosforilación de Smad 2/3), o se lisaron, para su análisis por Western blot y quimioluminiscencia. El análisis estadístico consistió en t de Student y U de Mann-Whitney.

Resultados: Se analizó el suero de 38 pac. AR y 9 con EA, así como líquido sinovial de 17 pac. con AR y 12 con EA. Los niveles basales de TGFbR I y II fueron similares en CMN de sangre de donadores y pacientes, pero en las CMN de líquido sinovial fue 50% menor. Los niveles de TGFb soluble en líquido sinovial fueron mayores pero no se observó una diferencia significativa en niveles basales de Smad 2/3 y Smad 7 entre CMN de donadores o pacientes. Se observó una menor fosforilación de Smad 2/3 por estimulación con TGFb en CMN de sangre de pacientes vs. donadores. Hubo dos grupos de respuesta a la estimulación con TGFb en CMN de pacientes con AR: pobre y nula fosforilación de Smad 2/3.

Conclusiones: Hay alteraciones en expresión de receptores y señalización vía TGFb que explican la falta de respuesta a esta citocina reguladora en AR/EA.

Coo8

RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA Y FALLA PREVIA A FARMES NO BIOLÓGICOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN MÉXICO

Reyes-Patutuchi R (1), Ruvalcaba MA (2), Lorenzo M (3), Loaiza C (4), Campaña A (5), Angeles E (6), Ramos A. (7), Aranda LE (8), Garcia D (9), Bañuelos D (10), Rosas F (11), Reyes K (12)

(1) CMN IMSS Veracruz, (2) IMSS Hermosillo, (3) Hosp. Carlos McGregor IMSS, (4) Clínica 110 IMSS, GdJ, (5) HGR 20 IMSS, Tijuana, (6) HGR 1 IMSS Cuernavaca, (7) IMSS UMAE 25, Mty, (8) IMSS UMAE 25 Mty, (9) Clínica 220 IMSS Toluca, (10) UMAE IMSS Puebla, (11) IMSS Queretaro, (12) HGR 2 IMSS SLP

Antecedentes: La Artritis Reumatoide (AR) continúa siendo una enfermedad incurable y aunque en la actualidad se puede controlar de manera adecuada, cerca de 30% de los pacientes no responden de manera eficaz a los FARMES tradicionales. Rituximab, ha mostrado buenos resultados en estudios previos en combinación con metotrexato en pacientes con falla a biológicos.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de rituximab más metotrexato en población Mexicana con AR con falla a FARMES.

Diseño del estudio: Ensayo clínico de antes y después, multicéntrico, de pacientes adultos con AR activa, con falla a FARMES. Los pacientes recibieron infusiones de rituximab 1 gramo los días 1 y 15, agregándose metotrexato 10-25 mgs una vez por semana. El periodo de seguimiento con evaluaciones clínicas, de laboratorio y radiológicas fue de 1 año. Se midieron las características basales. La medición de respuesta se evaluó a través del ACR y DAS 28, a los 6 meses con la prueba de Wilcoxon, se considero

significativa una $p < 0.05$. Los eventos adversos se estiman en frecuencia.

Resultados: Se han evaluado 112 pacientes, 100 (89%) mujeres, edad promedio 45 ± 10 años. Promedio de evolución con AR 8 años. Clase funcional II 33%, III 63% y IV 4%, FR+ 87%. Tratamientos previos Metotrexato 94%, Cloroquina 77%, y esteroides 71%. Las manifestaciones basales para mediana de articulaciones dolorosas fue 25, articulaciones inflamadas 17, EVA dolor 9, EVA actividad por paciente 8.5, EVA actividad por médico 8, HAQ₂ y DAS 28 6.9. El seguimiento a 6 meses fue completado por 26 pacientes, la mediana de reducción de articulaciones dolorosas fue 73%, articulaciones inflamadas 100%, EVA dolor 67%, EVA actividad del paciente 75%, EVA actividad del médico 72%, HAQ₂ 68% y DAS 28 49%, todas ellas con $p < 0.000$. La respuesta medida a través del ACR 20 en 77%, ACR 50 65% y ACR 70 46% a 6 meses. Los eventos adversos inmediatos más frecuentes fueron náusea 14% en primera infusión y 12.5% en la segunda, prurito 9.8% y 3.6% respectivamente, y mialgias/artralgias en 8.9% en ambas aplicaciones. Eventos adversos tardíos con Infecciones respiratorias 11 casos, Infecciones urinarias 11, eritema 2 y herpes zoster 1.

Conclusiones: La terapia combinada de rituximab más metotrexato para tratamiento de pacientes con AR activa por falla a FARME resulta altamente eficaz, con una reducción promedio de las distintas manifestaciones de la enfermedad de 67.5%, alcanzando respuestas ACR 20 77%, ACR 50 65% y ACR 70 46%. sin eventos adversos significativos.

Coop

ÍNDICE DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN NIÑOS MEXICANOS CON ARTROPATÍA HEMOFÍLICA

Tlacuilo-Parra JA (1), Arellano-Valdez A (2), Villela-Rodríguez J (3), Orozco-Alcala JJ (4)

(1)(2)(3)(4) UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS

Introducción: La disfunción músculo esquelética en pacientes con hemofilia ocurre como consecuencia del daño a las articulaciones y tejidos blandos condicionado por los episodios recurrentes de sangrado. El índice de independencia funcional en hemofilia (Functional Independence Score in Haemophilia, FISH) ha sido desarrollado como una evaluación objetiva, basada en el grado de independencia funcional para personas con hemofilia.

Material y métodos: En un diseño de estudio transversal analítico se evaluaron mediante el índice FISH a niños con hemofilia (leve, moderada y severa) tratados con terapia de reemplazo a demanda, que acuden a la clínica de Hemofilia de nuestro hospital. Se incluyeron pacientes con edades entre 5 y 16 años, excluyéndose a aquellos pacientes con un episodio de sangrado en las 2 semanas precedentes a la evaluación. El índice FISH fue administrado por un solo médico específicamente entrenado. Cada paciente fue evaluado en 7 actividades, bajo 3 categorías: Auto cuidado: (arreglo personal, comida, baño y vestido), Transferencia: (silla y piso) y Locomoción: (caminar y subir escaleras). Cada actividad fue graduada de 1 a 4 puntos, de acuerdo con la necesidad de asistencia requerida para realizar la actividad.

Resultados: Se estudiaron 60 pacientes, todos del género masculino, la edad promedio fue de 10.0 ± 3.4 años, con un promedio de FISH como grupo de 25.8 ± 3.6 (rango 15 a 28). 39 pacientes (65%) fueron clasificados como completamente independientes en todas las actividades. 14 pacientes (23%) realizaron al menos una actividad con leve dificultad y 7 pacientes (12%) necesitaron asistencia parcial. El puntaje de FISH fue significativamente mayor en pacientes con hemofilia leve (28 ± 0) al compararlo con la hemofilia moderada (26.7 ± 2.0 ; $p=0.004$) y contra la hemofilia severa (24.0 ± 4.7 ; $p=0.0006$). El grado de correlación con el HAQ fue bueno ($r = -0.90$)

Conclusión: El índice de FISH no percibió ninguna limitación funcional en niños con hemofilia leve, contrariamente a lo encontrado en niños con hemofilia moderada y severa; ellos presentaron limitación de las actividades funcionales, principalmente para aquellas actividades que requieren carga de peso (rodillas y tobillos), tales como transferencia y locomoción. La actividad más afectada en los niños con artropatía hemofílica fue subir escaleras.

Co10

LA REUMATOLOGÍA DE TEJIDOS BLANDOS: UN TÓPICO OLVIDADO EN LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA REUMATOLÓGICA

Alvarez Nemegeyi J (1), Simon JA (2)

(1)(2) Unidad de Investigación Médica UMAE # 25. IMSS. Mérida, Yuc. Mex.

Introducción: A pesar de su elevada prevalencia e impacto socioeconómico persiste un importante vacío en el conocimiento científico para el abordaje clínico de la Reumatología de Tejidos Blandos (RTB).

Objetivo: Evaluar el volumen de literatura científica dedicado a la RTB en el último decenio y compararla con la dedicada a otros trastornos reumatológicos

Material y métodos: Realizamos dos estrategias de investigación bibliométrica sobre la temática de las revistas reumatológicas, tanto centradas en artículos originales, como centradas en artículos de revisión, de mayor índice de impacto. En la base OVID se extrajeron los artículos publicados entre enero de 1997 y mayo de 2007 que tuviesen en el título un identificador para: AR, LES, OA, esclerodermia, vasculitis, osteoartritis, fibromialgia, dermatopolimiositis, espondiloartropatías, gota y reumatismos de tejidos blandos. En PubMed, restringidos "a los últimos 10 años" se extrajeron los artículos que tuviesen un Mesh Term identificador para cada uno de esos trastornos.

Resultados: En OVID se identificaron 26, 655 artículos; sólo 331 (1.2%) de ellos estuvieron dedicados a la RTB, en comparación con los dedicados a vasculitis: 4.5%; esclerodermia: 4.2% y síndrome de Sjogren: 2.6%. *Ann Rheum Dis*, *J Rheumatol*, *J Clin Rheumatol*, *Clin Rheumatol* y *Rheumatol Int* publicaron una mayor proporción de artículos ($p < 0.0001$) sobre RTB que la revista de referencia (*Arthritis & Rheum*). En PubMed se identificaron 26,929 artículos, de los cuales solo 367 (1.4%) estuvieron relacionados con la RTB, cifra inferior a los relacionados con vasculitis (8.1%), esclerodermia (4.5%), síndrome antifosfolípido (1.6%) y síndrome de Sjogren (2.9%). *J Rheumatol* ($p=0.01$) y *Ann Rheum Dis* ($p=0.004$) publicaron más artículos relacionados a la RTB que *Arthritis & Rheum*.

Conclusiones: Dos estrategias de búsqueda demostraron un relegamiento de la producción científica dedicada a la Reumatología de Tejidos Blandos en comparación con la dedicada a entidades de mucho menor impacto sociomédico. La temática de la investigación en Reumatología parece no ser coincidente con las necesidades de salud de la población. Imperativos bioéticos y de salud pública deben dirigir a la comunidad reumatológica hacia una reflexión sobre las causas y la corrección de este fenómeno.

Co11

EFEECTO DE LA DOXICICLINA AJUNADO A TRIPLE ESQUEMA EN LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y RADIOLÓGICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO RECIENTE

Díaz-Rodríguez JJ (1), Olguín-Ortega L (2), Galindo-Ramos NR (3), Saavedra-Salinas MA (4), Ángeles U (5), Miranda-Limón JM (6)

(1)(2)(3)(4)(5)(6) HE, CMNR, IMSS

Introducción: Se ha postulado que la doxiciclina tiene efecto inductor de remisión en AR.

Objetivo: Evaluar la eficacia clínica y radiológica de la doxiciclina agregada a un triple esquema inductor de remisión en pacientes con artritis reumatoide de inicio reciente (ARIR).

Pacientes y método: Se incluyeron 22 pacientes activos con AR de hasta 2 años de evolución (ARIR) del Departamento Clínico de Reumatología en un ensayo clínico controlado abierto, y se aleatorizaron 1:1 para recibir metotrexate (10-20 mg/semana), cloroquina (150 mg/día), prednisona (7.5 mg/día) y doxiciclina (100 mg/día), (grupo I) o el mismo triple esquema sin doxiciclina (grupo II). Evaluaciones: basal, 3 y 6 meses; medidas de

desenlace DAS28, ACR20, 50 y 70; y evaluación radiológica basal y 6 meses por el método de Sharp/van der Heijde. El análisis estadístico incluyó ANOVA y t de Student.

Resultados: Se evaluaron 22 pacientes, todas mujeres, con edad media de 37.9±9.8 y 44±11 años, y con evolución media de la enfermedad de 6.9±4.5 y de 8.6±5.1 meses, de ambos grupos respectivamente.

	Grupo I (n=11)	Grupo II (n=11)	Valor de p
DAS28 inicial	5.9±1.5	6.1±1.3	0.923
DAS28 final	2.9±0.7	2.7±1.2	0.140
HAQ inicial	2.1±0.8	1.5±0.9	0.180
HAQ final	0.84±0.5	0.66±0.3	0.582
ACR20 6 m, %	18.0	9.0	1.0
ACR50 6 m, %	63.6	63.6	1.0
ACR70 6 m, %	18.0	18.0	1.0
SVHeidje inicial	36.9±6.1	43.1±14.7	0.283
SVHeidje final	37.4±5.2	39.6±13.8	1.0

Conclusiones: La doxiciclina no agrega beneficio al triple esquema de inductores en ARIR, no existiendo diferencias significativas clínicas ni radiológicas entre ambos grupos de tratamiento.

C012

SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO: CORRELACIÓN ENTRE ULTRASONIDO (US) Y VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA (VCN)

Pérez Cristóbal M (1), Moya C (2), Camargo Coronel A (3), Barile Fabris LA (4), De la Torre ML (5)

(1)(2)(3)(4)(5) IMSS

Introducción: El Síndrome del Túnel del Carpo (STC) afecta al 1% de la población general. La electromiografía y VCN son los más utilizados en el diagnóstico, con sensibilidad del 90% y especificidad 29%. El US se ha evaluado en diferentes poblaciones y se considera positivo para STC de 9.5 hasta 13 mm2 en vista transversal; en la población mexicana no está estandarizado. El US es rápido, económico y permite imágenes en tiempo real. Sensibilidad 89% especificidad 45%, desventaja: es operador dependiente.

Objetivo: 1) Evaluar la correlación entre US del nervio mediano con la VCN en el diagnóstico del STC. 2) Determinar la concordancia inter-observador en la exploración del nervio mediano con US en el túnel del carpo.

Material y métodos: Se revisaron los archivos del departamento de electrofisiología del hospital de especialidades CMN Siglo XXI del IMSS de enero 2006 a agosto 2007 y se encontraron un total de 62 pacientes con estudios de VCN del nervio mediano. Se contactaron a 35 pacientes que aceptaron participar en el estudio. Se les realizó US del nervio mediano bilateral en el Departamento de Reumatología por dos clínicos cegados al resultado de la VCN. El equipo de US utilizado fue Dynamic Imaging (Diasus) con una sonda lineal de 10 a 22 mHz de acuerdo con las guías de EULAR para ultrasonido musculoesquelético y lo consideramos positivo > 11mm2. Se realizó análisis estadístico con r de Pearson y kappa para la concordancia inter-observador.

Resultados: Un total de 35 pacientes; 30 mujeres (83%), edad promedio de 50.4 años (17-85). Se exploraron 70 nervios medianos. La VCN fue positiva para STC en 41 exploraciones y con US en 37 con una correlación significativa (r=0.902, p=0.01). La VCN fue negativa para STC en 29 exploraciones y por US negativa en 33 con una correlación significativa (r=0.870, p=0.01). La concordancia inter-observador fue buena con kappa de 0.69. La media del nervio mediano en las exploraciones positivas para STC con US fue de 14 mm2 (11.1 – 19.1).

Conclusiones: Se encontró una alta correlación entre US y VCN en el diagnóstico del STC y se observó una alta concordancia inter-observadores.

C013

EFICACIA CLÍNICA DE LA FLUOXETINA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO RECIENTE Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Ríos-Morales MA (1), Saavedra-Salinas MA (2), Ángeles U (3), Miranda-Limón JM (4)

(1)(2)(3)(4) HE, CMNR, IMSS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se asocia frecuentemente a depresión, la cual puede afectar la calidad de vida y la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Determinar el papel de la fluoxetina sobre la calidad de vida y actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide de inicio reciente (ARIR) asociada a depresión.

Pacientes y métodos: Ensayo clínico controlado, abierto, aleatorizado. Se reclutaron pacientes con ARIR (<12 meses de evolución). Se les aplicó la escala de depresión Beck y se incluyeron aquellos con una puntuación ≥14. Asignación 1:1, grupo I (tratamiento modificador de la enfermedad + fluoxetina 20mg/día) y grupo II (tratamiento modificador de la enfermedad). Los pacientes fueron evaluados de manera basal y cada tres meses. Medidas de desenlace: DAS 28, HAQDI, escala de Beck y parámetros bioquímicos.

Resultados: De 65 pacientes con ARIR, 21 pacientes (34.4%) llenaron los criterios de inclusión, con edad promedio 39.5 años, 95.2% mujeres, duración promedio de la enfermedad 7.3 meses, y 76.2% factor reumatoide positivo. Los resultados de las medidas de desenlace se muestran en la tabla. No hubo eventos adversos graves.

	Grupo I (n=10)	Grupo II (n=11)	Valor de p
DAS28 basal	5.3±0.9	5.6±1.1	0.538
DAS28 final	3.7±1.3	4.1±1.2	0.034
HAQDI basal	1.45±0.50	1.24±0.54	0.267
HAQDI final	0.74±0.47	0.96±0.68	0.250
EVA salud basal	67.8±23.3	60.9±24.9	0.683
EVA salud final	84.6±8.3	69.5±16.1	0.007
BECK basal	21.1±6.0	23.2±8.6	0.938
BECK final	12.2±3.6	14.0±10.1	0.006

Conclusiones: La depresión es frecuente en la ARIR. El manejo concomitante con fluoxetina mejora los síntomas depresivos y tiene un efecto benéfico adicional en la actividad global de la enfermedad y en la calidad de vida de estos pacientes.

C014

CAMBIOS EN EL PERFIL DE LÍPIDOS DE PACIENTES TRATADOS CON ETANERCEPT + METOTREXATE: INFORME PRELIMINAR A 6 MESES

Ayala-Lopez KP (1), Gamez-Nava JI (2), Aguilar-Chávez EA (3), Cota-Sánchez Á (4), García-González CE (5), Gonzalez-Lopez L (6)

(1) Hospital General Regional 110, IMSS, (2) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HE CMNO, IMSS. Posgrado de Salud Pública y Farmacología, CUCS, U de G., (3) Doctorado en Farmacología, Universidad de Guadalajara. Hospital General Regional 110, IMSS, (4) Sección de Química Seca, Laboratorio Central, HE CMNO, IMSS, (5) Departamento de Hemodinamia, HE CMNO, IMSS, (6) Departamento de Medicina Interna - Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS y CUCS Universidad de Guadalajara

Introducción: Hemos reportado cambios en el perfil de lípidos en pacientes tratados con etanercept y otros biológicos a corto plazo (1 mes), sin

embargo se requieren reportes de un seguimiento a mayor duración para sustentar que estos podrían ser beneficios en reducir factores de riesgo cardiovascular.

Objetivo: Evaluar las modificaciones sobre el perfil de lípidos en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con etanercept + metotrexate vs. metotrexate monoterapia.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con AR (ACR 1987), edad 18 a 60 años que acudieron a la consulta externa de reumatología de un hospital de 2° nivel del IMSS. En base a la decisión de iniciar un tratamiento se clasificaron en 2 grupos: El grupo 1 tratados con etanercept 25 mg/2 veces por semana + metotrexate 15mg/semana (ETN+MTX) y el grupo 2 aquellos tratados con metotrexate 15 mg/semana sin agente biológico (MTX). Fueron determinados el perfil de lípidos en suero (colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de alta densidad y lipoproteínas de baja densidad), esta medición fue repetida a 1 mes y 6 meses del inicio del tratamiento. El seguimiento fue por 6 meses. Análisis Estadístico: t de Student para muestras pareadas.

Resultados: La tabla 1 muestra los resultados en los cambios de perfil de lípidos entre la basal, al mes y 6 meses de ambos grupos. Se observó un cambio significativo en los niveles de HDL en el grupo de ETN + MTX, desde el primer mes ($p=0.006$) y este persistió al sexto mes ($p=0.009$), en este mismo grupo hubo un decremento de los niveles de colesterol a un mes de tratamiento ($p=0.05$), aunque este cambio no permaneció a los 6 meses ($p=NS$).

Conclusiones: Un aumento de HDL en el grupo de ETN + MTX se observó desde el primer mes de tratamiento y se conservó a los 6 meses de tratamiento, no así el colesterol. Estudios de seguimiento son requeridos para conocer si estos cambios fluctúan a más largo plazo y si esto tiene influencia en la morbi-mortalidad de los pacientes.

Proyecto Financiado por FOFOI: FIS/IMSS/PROT/C2007/028.

C015

USO DE DIFERENTES MARCADORES INMUNOLÓGICOS COMO PREDICTORES DE RESISTENCIA TERAPÉUTICA A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

Xibillé DX (1), Mejía LM (2), Montiel-Hernández JL (3)

(1) Hospital General de Cuernavaca SSA, (2) Instituto Nacional de Salud Pública, (3) Facultad de Farmacia, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca

Introducción: Existen diferentes inmunomoduladores importantes en la respuesta inflamatoria y los pacientes con Artritis Reumatoide presentan alteraciones en sus niveles séricos. La resistencia al tratamiento con metotrexate en AR esta ligada a algunos factores genéticos intrínsecos al paciente, por lo cual es importante determinar en que pacientes se desarrollará resistencia para así personalizar la terapéutica.

Objetivo: Determinar si los niveles séricos de galectina 1, anticuerpos anti-galectina, TNF α , IFN γ , IL-1, TGF β y leptina predicen resistencia al tratamiento con metotrexate en pacientes con Artritis Reumatoide.

Material y métodos: Se estudió a pacientes con Artritis Reumatoide que cumplieran criterios del ACR 1987, que estuvieran recibiendo metotrexate de forma estable y regular por lo menos durante 3 meses, determinándose los niveles séricos de galectina 1, anticuerpos anti-galectina, TNF α , IFN γ , IL-1, TGF β y leptina en una visita basal en la cual también se reunieron datos referentes a la actividad de la AR. En un visita subsecuente, a un año de distancia, se analizó la dosis de MTX que el paciente estuviera usando así como la actividad de la enfermedad, determinándose que pacientes habían resultado refractarios al tratamiento. El análisis estadístico se llevó a cabo usando pruebas para muestras independientes (prueba T) y correlaciones no paramétricas (Spearman) usando el paquete SPSS 11.0.

Resultados: De un total de 79 pacientes muestreados de forma basal, 57 continuaban su tratamiento por la consulta externa de Reumatología al año de haberse tomado la muestra para medición de leptina sérica. De estos, a 45 se les midió leptina sérica, galectina 1, anticuerpos anti-galectina 1,

IL-1, TNF α e IFN γ y a 25 se les midió TGF- β . En el grupo de pacientes a los que se les midió TGF β , 15 pacientes (65%) mostraban resistencia al tratamiento, mientras que en el resto de los grupos (leptina, galectina 1, anticuerpos anti-galectina 1, TNF α , IFN γ e IL-1), 26 pacientes (57%) mostraron resistencia. No hubo una correlación estadísticamente significativa entre el desarrollo de resistencia a tratamiento y los niveles séricos de los distintos marcadores de inflamación un año después de su determinación.

Conclusiones: Los niveles séricos de algunos marcadores de inflamación no predicen la resistencia terapéutica al metotrexate a corto plazo (un año) por lo cual su medición no es de utilidad en la práctica clínica cotidiana.

C016

CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS Y BIOQUÍMICOS EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN DIETÉTICA

García E (1), Torres C (2), Rojas MA (3), Ramírez ML (4), Merchant D (5), Cabiedes J (6), Flores-Suárez LF (7), Villa AR (8)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: En lupus hay un proceso aterogénico acelerado favorecido por factores tradicionales de riesgo como el porcentaje de masa grasa y el índice de masa corporal (IMC) elevados, el perfil de lípidos alterado y la presencia de resistencia a la insulina. No se ha documentado suficientemente las características antropométricas, ni bioquímicas después de una intervención dietética individualizada.

Objetivo: Evaluar los cambios antropométricos (IMC, % de grasa corporal, circunferencia cintura y cadera) y bioquímicos (triglicéridos, colesterol-HDL, colesterol-LDL, colesterol total, glucosa e insulina) en pacientes con lupus, antes y después de una intervención dietética.

Metodología: Muestra de 57 pacientes con lupus pertenecientes a una cohorte, iniciada en 2001 y con seguimiento actual con una edad media al inicio de la intervención de 35 ± 8 años. En la primera consulta se realizó una evaluación antropométrica y bioquímica. Se elaboró una intervención dietética con seguimiento personalizado por 6 meses para cada paciente del estudio y que correspondía a su requerimiento calórico y de acuerdo a las complicaciones asociadas al LEG. Al final de los 6 meses se realizó una nueva evaluación (antropometría y bioquímica) para observar los cambios presentados. El análisis estadístico consistió en una comparación de medianas antes y después mediante la prueba de Wilcoxon.

Resultados: Se encontró una reducción estadísticamente significativa en el porcentaje de masa grasa (33.4 vs 30.2 <0.0001) y en la resistencia a la insulina (1.6 vs 1.2 $p<0.04$). También se encontró reducción en las concentraciones de colesterol total, colesterol-LDL y glucosa, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Las pacientes de este estudio presentaron una reducción significativa en el porcentaje de masa grasa y resistencia a la insulina, lo que sugiere que una intervención dietética es necesaria para reducir algunos factores de riesgo para daño cardiovascular en lupus. Por lo tanto se recomienda una intervención dietética e incrementar la actividad física en las pacientes con LEG.

C017

EFFECTO DE RITUXIMAB SOBRE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Barile-Fabris L (1), Ramos-Remus C (2), Sánchez ML (3), Abud C (4), Irazoque F (5), Olguín-Redes JE (6), Aranda LE (7), Galarza D (8), Jara LJ (9), Espinosa R (10), Rubio ME (11)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11) Grupo Mexicano de Estudio de la Artritis.

Objetivo: Evaluar el efecto de Rituximab sobre la progresión radiográfica en pacientes con artritis reumatoide.

Diseño del estudio: Estudio clínico prospectivo, aleatorizado, abierto y multicéntrico con seguimiento de 12 semanas.

Pacientes y métodos: Se aleatorizaron en tres grupos, pacientes con artritis reumatoide activa (9 articulaciones dolorosas y 8 articulaciones inflamadas, VSG >20, rigidez matutina >30 min), procedentes de 13 centros y refractarios al menos a 1 FARME: A) Rituximab 1g en la semana 0 y a las 2 semanas; B) Rituximab más MTX >10 mg/semana; C) FARME, AINE y prednisona (<10 mg/d) con dosis estable 4 semanas previo a su inclusión. La progresión radiográfica se evaluó mediante la escala de Sharp-Van Der Heijde, a través de 2 observadores cegados.

Análisis estadístico: Las comparaciones básicas para edad y duración de enfermedad se realizaron a través de ANOVA, la comparación de clase funcional y factor reumatoide con Chi2. Las comparaciones en cambios radiográficos al interior de cada grupo entre el basal y los 6 meses se realizaron a través de la prueba de Rangos de Wilcoxon.

Resultados: Los datos demográficos y los cambios en la progresión radiográfica se muestran en la Tabla 1.

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Valor P
N	40	32	24	
Edad / Duración de la enfermedad (años) / Clase funcional (II/III) / Factor Reumatoide +	46±12 10±97 1 / 29 92%	46±12 8±7 77 / 23 96%	46±11 8±7 82 / 18 91%	0.96 0.56 0.35 0.60
Espacio articular basal, Md (pct25-75) Espacio articular a 6 meses, Md (pct25-75) Valor de p	43 (21 - 83) 39.5 (28 - 91) 0.46	41 (18 - 70) 41 (19 - 71) 0.92	43.5 (19 - 85) 27 (15.5 - 60) 0.03	
Erosión basal, Md (pct25-75) Erosión 6 meses, Md (pct25-75) Valor de p	26.5 (14 - 63) 31 (12 - 68) 0.10	20 (12 - 42) 26 (13.5 - 47) 0.37	22.5 (14 - 47) 14 (9 - 49) 0.87	

Conclusiones: El análisis preliminar indica que Rituximab detiene la progresión radiográfica en pacientes con artritis reumatoide.

C018

FRACTURAS DE CUERPOS VERTEBRALES POR OSTEOPOROSIS EN ARTRITIS REUMATOIDE Y POLIMORFISMO BsmI DEL GEN RECEPTOR DE LA VITAMINA D

Alcaraz López MF (1), Sandoval-Ramírez L (2), Aguilar-Chavez E (3), Gamez-Nava JI (4), Cardenas-Chavez O (5), Davalos-Rodríguez I (6), Salazar-Paramo M (7), Loaiza-Cardenas C (8), Ochoa-Martínez ER (9), Trujillo-Hernandez B (10), Gonzalez-Lopez L (11)

(1) Hospital General Regional 110 del IMSS, Universidad de Colima, (2) Centro de Investigaciones Biomédicas de Occidente IMSS, (3) Hospital General Regional 110, IMSS UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA, (4) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HE CMNO, IMSS, (5) Departamento de Radiología e Imagen, Hospital General Regional 110, IMSS, (6) Centro de Investigaciones Biomédicas de Occidente IMSS, (7) División de Investigación en Salud, HE CMNO, IMSS, (8) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, (9) Centro de Investigaciones Biomédicas de Occidente IMSS, (10) Universidad de Colima, IMSS, (11) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, y Postgrado Salud Pública U de G

Antecedentes: La artritis reumatoide (AR) se asocia a incremento de riesgo de osteoporosis (OP) y fracturas de cuerpos vertebrales. En pacientes sin AR, el genotipo BB del gen receptor de la vitamina D (GRVD) puede estar asociado a fracturas vertebrales por osteoporosis, sin embargo, esta asociación no ha sido investigada en AR.

Objetivo: Determinar la asociación entre el genotipo BB del GRVD y fractura de cuerpos vertebrales en OP secundaria a AR.

Material y métodos: Estudio de casos y controles. A una cohorte de 120 mujeres con AR, >40 años, se les realizó densitometría ósea central (DEXA), radiografía de columna lumbar y dorsal lateral para evaluar frac-

turas vertebrales (mediante la técnica semi-cuantitativa de Genant). Los casos estuvieron constituidos por 65 pacientes que tuvieron al menos una fractura de cuerpo vertebral por osteoporosis y los controles por 55 pacientes sin fractura. En forma independiente y cegada se evaluaron características clínicas y de laboratorio. Se identificaron genotipos del polimorfismo BsmI del GRVD utilizando la enzima de restricción BsmI. Los Casos fueron pacientes con AR + fractura vertebral secundaria a OP. Controles fueron pacientes con AR sin fracturas.

Análisis: comparaciones bivariadas fueron hechas con chi-2 (prueba exacta de Fisher) para proporciones y t de Student para muestras independientes para comparar promedios

Resultados: Pacientes con fracturas tuvieron mayor edad (p= 0.03), mayor número de embarazos (p=0.013), duración mas prolongada de menopausia (p= 0.038), aumento en numero de articulaciones dolorosas (p=0.015). La DEXA de L2-L4 mostró disminución de la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con fracturas comparado a aquellos sin fractura (0.98 vs. 1.05 gr/cm2 respectivamente, p=0.036). En este estudio la dosis de prednisona fue similar en pacientes con o sin fractura (p=0.86). Mayor dosis de metotrexate estuvo presente en pacientes con fracturas aunque la tendencia no alcanzo significancia estadística (p=0.06). En relación a la frecuencia del genotipo BB este solo fue encontrado en 7(11%) pacientes con fractura y en 6 (11%) sin fractura. El análisis bivariado no mostró asociación clínica entre presencia de BB y el desarrollo de fracturas OR = 0.99 (IC95%: 0.27-3.59, p=0.98).

Conclusión: A diferencia de los estudios en mujeres post-menopausicas con OP primaria en AR el genotipo BB parece no conferir mayor riesgo para el desarrollo de fracturas. Estos resultados son indicativos de que se requieren buscar otros genotipos que pudieran explicar el incremento de la frecuencia de fracturas en AR.

C019

PREVALENCIA Y CORRELACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Kobayashi A (1), Tadeo B (2), González V (3), Aguilar J (4), Torres B (5), Cerpa S (6), Bernard AG (7), Gutiérrez S (8), Martínez GE (9)

(1) Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, (2) Universidad de Nayarit, (3)(4) Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, (5) CUCS, (6)(7)(8)(9) Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La depresión tiene una elevada frecuencia en pacientes con dolor crónico. Desconocemos en nuestra población de enfermos reumáticos su frecuencia y los factores que se asocian a los síntomas depresivos.

Objetivo: Conocer la prevalencia de sintomatología depresiva en pacientes con enfermedades reumáticas (ER) y su relación con el nivel socioeconómico y el dolor.

Metodología: Se aplicó EVA para dolor músculo esquelético de seis regiones, y escala de depresión (CESDR) a pacientes con ER inflamatorias y no inflamatorias. Se realizó ANOVA, correlación de Pearson y regresión lineal múltiple escalonada.

Resultados: Se incluyeron 251 pacientes en total: 80 (32%) AR, OA 67 (27%), fibromialgia 37 (15%), LEG 33 (13%), EA 18 (7%), esclerosis sistémica progresiva 11 (4%) y gota 5 (2%). 215 (86%) fueron mujeres y 36 (14%) hombres, promedio 46 años (18-81). 59% fueron casados y 36% solteros. 74% con residencia urbana. 14% con ingesta de esteroides. Promedio de escolaridad de 6.6 años (0-20). Ingreso quincenal promedio de 1,478 pesos (0-15,000). En promedio presentaron 3 regiones dolorosas con una medición de 3.0 en la EVA. Media de puntaje CESDR 36 (0-116). La prevalencia de sintomatología depresiva fue del 78%, siendo mayor en AR y menor en gota (24% y 2% respectivamente) y la prevalencia de depresión mayor fue del 12% (fibromialgia 4.8%, AR 3.2%, OA 1.6% y EA 1.2%). La correlación entre la intensidad de la depresión y la intensidad del dolor global fue moderada ($r_2 = 0.47$, $p < 0.0001$). Al realizar la regresión múltiple por etapas se encontró que cuatro factores están asociados con la intensidad de la depresión: la intensidad del dolor global ($p < 0.0001$), escolaridad ($p =$

0.004), número de regiones dolorosas ($p = 0.011$) y la intensidad del dolor muscular ($p = 0.039$).

Conclusión: En nuestros pacientes con ER hay una prevalencia elevada de sintomatología depresiva incluyendo la depresión mayor. Los factores que influyen son intensidad del dolor, escolaridad, varias regiones dolorosas e intensidad de dolor muscular.

C020

EFFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE ALOPURINOL SOBRE LA EXPRESIÓN CLÍNICA DE LA ENFERMEDAD DE BEHCET Y MARCADORES DE ACTIVACIÓN INMUNE. INFORME DE UN CASO

Figuroa-Vega N (1), Gonzales-Amaro R (2), Baranda-Candido L (3), Cuevas-Orta E (4), Abud-Mendoza C (5)

(1)(2) Departamento Inmunología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, (3) Departamento Inmunología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí y Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, (4)(5) Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central

Resumen: La enfermedad de Behcet (EB) es una vasculitis sistémica de expresión variable, con alteraciones inmunes y con opciones terapéuticas diversas. El alopurinol es un inhibidor de la enzima xantina-oxidasa que posee importante efecto anti-oxidante y potencial efecto antiinflamatorio. Informamos el estudio de una paciente con EB persistentemente activa que recibió terapia adyuvante con alopurinol y en la que, además de su evolución clínica, valoramos algunos parámetros inmunológicos.

La paciente de 42 años y con EB de 7 años de evolución, caracterizada por lesiones ulcerosas orales y faríngeas intensamente dolorosas e incapacitantes, úlceras genitales, fiebre y dermatosis acneiforme aislada pero diseminada, así como pobre respuesta a la terapia convencional. Posterior a la administración de alopurinol (300 mg/día por una semana), la paciente presentó una mejoría clínica notable, con desaparición de todas las lesiones cutáneas y de mucosas y notable descenso en la escala análoga visual de dolor (8 a 0). Se encontró además descenso significativo en marcadores de inflamación (velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva), así como disminución importante en el estallido respiratorio de neutrófilos y de la expresión de CD11b (integrina aMb2).

De manera adicional observamos disminución en los niveles de linfocitos CD4+CTLA-4+ y aumento de linfocitos Ts (CD8+CD28) y de células CD4+ productoras de TGF- β e IL-10. Además encontramos disminución de la expresión de CD69 posterior a la activación de células mononucleares con PMA y de ICAM-1, CD11b y CD11c en células sin estimular. Por último, observamos incremento en la producción de TNF- α por monocitos.

Posteriormente suspendimos la administración de alopurinol y re-iniciamos terapia con colchicina y una semana después, reaparecieron las lesiones cutáneas y de mucosas, con aumento en la escala análoga visual de dolor de 0 a 4. Los resultados de este caso sugieren que el alopurinol tiene un potencial terapéutico en la EB y que ejerce diferentes efectos sobre el proceso inflamatorio y en el sistema inmune.

C021

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO EN PACIENTES LATINOAMERICANOS EN COMPARACION CON PACIENTES EUROPEOS

Mendoza C (1), García-Carrasco M (2), Rojas J (3), Galarza C (4), Gómez M (5), Salinas S (6), Soto V (7), Fuentes S (8), Escárcega O (9), López C (10), Cervera R (11)

(1)(2) Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas HGR 36 IMSS Puebla, Puebla, (3) Departamento de Reumatología de la FMBAUP, Puebla, Pue., (4) Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas Hospital Monte Sinaí, Cuenca Ecuador, (5) Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas HGR 36 IMSS Puebla, Puebla, (6) Departamento de Reumatología UMAE, IMSS Puebla, Pue., (7) Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas HGR 36 IMSS Puebla, Puebla, (8) Servicio Medicina Interna CMN Siglo

XXI, IMSS, México, DF, (9) Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas HGR 36 IMSS Puebla, Puebla, (10) Unidad de Investigación Delegacional IMSS, Puebla, Pue, (11) Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas Hospital Clínic Barcelona, España

Introducción: Una gran variedad de características clínicas e inmunológicas se describen en pacientes con síndrome antifosfolípido primario (SAFP).

Objetivos: Analizar la frecuencia y características de las manifestaciones clínicas e inmunológicas principales en una cohorte de pacientes de América latina y comparar con los pacientes europeos.

Métodos: Por medio de un protocolo, mismo que se utilizó en la cohorte de SAF en pacientes europeos (EUROPHOSPHOLIPID), se recolectaron los datos en 100 pacientes de Colombia, México y Ecuador.

Resultados: La cohorte consistió en 100 sujetos latinoamericanos (92.0% mujeres y 8.0% hombres). Varias manifestaciones clínicas se presentaron con mayor frecuencia en pacientes latinoamericanos comparado con los europeos como: amnesia transitoria global (3.0% vs 0.5%; $p < 0.004$), microtrombosis pulmonar (5.0% vs 1.8%; $p < 0.002$), artralgias (32% vs 16.7%; $p < 0.000$) y pérdidas fetales (70.0% vs 44.0 %; $p < 0.000$). Los anticuerpos que se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes latinoamericanos que en los europeos fueron: los anticuerpos anticardiolipina (aCL), isotipos IgG e IgM, anti-Ro, y anti-La.

Conclusiones: El SAF tiene una variedad amplia de manifestaciones clínicas e inmunológicas, el origen étnico junto con los factores ambientales y socioeconómicos pueden modificar la expresión de la enfermedad.

C022

NIVELES DE LEPTINA EN EL LAVADO BRONQUIOLOALVEOLAR DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR SECUNDARIA A SÍNDROME DE SJÖGREN

Navarro C (1), Bañales JL (2), Salgado-Aguayo A (3), Carrillo G (4), Alonso D (5), Estrada A (6), Mejía M (7), Zamora A (8), Gaxiola M (9), Selman M (10)

(1) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, (2) Instituto Nacional de Cardiología, (3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Resumen: La leptina es una hormona producida por adipocitos que tiene múltiples funciones incluyendo homeostasis energética, regulación neuroendocrina y del sistema inmune. En este contexto, promueve la proliferación de linfocitos, activa monocitos, células dendríticas y macrófagos, así como estimula la producción de quimiocinas y citocinas pro-inflamatorias incluyendo, IP-10, IFN- γ e IL-2. También se ha demostrado su participación en varias enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide. En padecimientos pulmonares las alteraciones en la producción de leptina se ha asociado con EPOC, fibrosis quística e infecciones. Se desconoce si la leptina tiene participación en el desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada a enfermedades autoinmunes, en particular con Síndrome de Sjogren (SS).

Objetivo: Determinar si la leptina es detectable en el lavado bronquioloalveolar (LBA) de pacientes con EPID-SS y su correlación con parámetros clínicos de daño pulmonar.

Material y método: Se incluyeron 10 pacientes con SS que presentaban EPID por clínica, pruebas de función respiratoria, tomografía de alta resolución, y LBA. Los niveles de leptina fueron medidos en el sobrenadante del LBA por método de ELISA, con un kit comercial. Se incluyeron 10 sujetos sanos como controles.

Resultados: Los pacientes fueron 8 mujeres y 2 varones, con edad promedio de 50.5 años (rango 39 a 74 años). Los niveles de leptina fueron detectables en el LBA en 7 pacientes (promedio 37.71 pg/ml) y en ningún control sano. Los niveles de leptina tuvieron correlación con niveles de quimiocinas dependientes de IFN- γ (IP-10) en el LBA (coef. de correlación de 0.86) y con el porcentaje de linfocitosis (coef. correl. 0.42). No hubo correlación entre los niveles de leptina y parámetros clínicos, tomográficos o función respiratoria.

Conclusiones: La leptina probablemente juega un papel en el desarrollo de EPID secundaria a Síndrome de Sjogren.

C023

EVALUACIÓN NO INVASORA DEL ENDOTELIO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) INACTIVA. COMPARACIÓN ENTRE TRATAMIENTO ANTI-TNF Y FARME

Zavala-Cueva R (1), Irazoque-Palazuelos F (2), Andrade-Ortega L (3), Diaz-González O (4)

(1)(2)(3)(4) CMN 20 de Noviembre ISSSTE

Resumen: Las enfermedades cardiovasculares, como la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebro vasculares, ocasionan cerca del 50% de las muertes en pacientes con AR. Los estudios han demostrado que existe mayor mortalidad cardiovascular en AR con respecto a la población general, aunque los motivos no están completamente aclarados, estudios recientes resaltan el papel de la inflamación persistente como mecanismo para el desarrollo de aterosclerosis precoz en pacientes con AR. De ahí que la AR es considerada como un factor de riesgo cardiovascular independiente a los factores tradicionales. El bloqueo del factor de necrosis tumoral (TNF), al disminuir el proceso inflamatorio, podría influir en forma benéfica en el riesgo cardiovascular de los pacientes con AR.

Pacientes y métodos: Evaluamos 20 pacientes con AR, un grupo tratado con (anti-TNF) y metotrexato y un segundo grupo con triple esquema de modificadores de la enfermedad (FARME). Todos con DAS28 < 3.2 al momento de ser incluidos en el estudio. A ambos grupos se realizó valoración indirecta del endotelio vascular mediante métodos no invasores ecográficos: medición de flujo carotídeo y grosor carotídeo de capa íntima-media.

Resultados: Los datos demográficos en ambos grupos fueron similares, así como la comorbilidad asociada. El promedio de tratamiento en el grupo 1 fue de 8 meses + 3 y en el grupo 2 fue 1 año + 2m. El porcentaje de pacientes con dislipidemia del grupo 1 fue 30% y el grupo 2 fue 40%. En ambos grupos la enfermedad asociada más frecuente fue hipertensión arterial (30% para el grupo 1 y 20% para el grupo 2). Se observó incremento en el grosor de la íntima-media y la velocidad de flujo en 3 pacientes (30%) del grupo 1 y en 2 pacientes (20%) del grupo 2.

Conclusiones: En este estudio no encontramos diferencia al evaluar en forma indirecta la función endotelial en pacientes con AR tratados en forma eficaz con anti-TNF o con triple esquema de FARME. Es muy posible que esto se deba al tamaño pequeño de la muestra del estudio, a que se requiere de mayor tiempo de terapia con anti-TNF para poder observar un impacto en las mediciones indirectas de función endotelial o a que se requieran de métodos más sensibles para la evaluación de la integridad endotelial. Consideramos necesario realizar estudios más amplios en estos grupos de pacientes para poder definir si en realidad el tratamiento con anti-TNF proporciona un beneficio adicional sobre la morbilidad cardiovascular en los pacientes con AR.

C024

PROLIFERACIÓN DE CÉLULAS MONONUCLEARES DE SANGRE PERIFÉRICA (CMNSP) DE UNA PACIENTE CON (SaFP) INDUCIDA POR β 2GPI DE FENOTIPO VALINA O LEUCINA (V/L)247

Núñez-Álvarez CA (1), Ortega A (2), Hernández-Ramírez DF (3), Pascual-Ramos V (4), Martínez-Castillo A (5), Cabral AR (6), Cabiedes J (7)

(1)(3)(4)(5)(6)(7) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, (2) Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen: Los pacientes con síndrome de anti-fosfolípidos (SaF) se caracterizan por la presencia de manifestaciones trombóticas y hemocitopénicas asociadas a títulos altos de anti-fosfolípidos. Previamente demostramos que

el genotipo Valina en la posición 247 (V247) del gen de la β 2GPI se asocia con la presencia de títulos altos de anticuerpos anti- β 2GPI y oclusiones arteriales en pacientes con SaFP.

Objetivo: Medir la respuesta proliferativa de CMNSP de una paciente con SaFP contra la β 2GPI de fenotipos homocigoto valina (V), homocigoto leucina (L) y heterocigoto (VL).

Métodos: Se estimularon CMNSP de una paciente con SaFP con 5 μ g/mL de β 2GPI de fenotipos V, L y VL durante 7 días. Se midió la proliferación celular mediante incorporación de H3timidina. Como control positivo se utilizó PHA (3 μ g/mL). Mediante selección negativa se depletaron de las CMNSP las células CD4+ o CD8+. Se determinaron los genotipos de la β 2GPI-1247 mediante PCR-RFLP y se purificaron de sujetos sanos los tres fenotipos. Mediante calorimetría se estudiaron los cambios conformacionales de las variantes homocigotas V y L de la β 2GPI.

Resultados: La paciente reunió los criterios de clasificación para SaFP descritos por Alarcón-Segovia D *et al*, en 1989; su genotipo es homocigoto V247. La proliferación de las CMNSP purificadas y estimuladas con β 2GPI de fenotipo VL fue mayor que la proliferación del control (11310 vs 2950 cpm). Se observaron diferencias entre la proliferación de las CMNSP de la paciente en comparación con el control al ser estimuladas con β 2GPI fenotipo V (15030 vs 3900 cpm) y fenotipo L (7580 vs 2000 cpm). La proliferación celular contra β 2GPI-V y L disminuyó cuando se depletaron los linfocitos CD4+, en tanto que la depleción de linfocitos CD8+ no modificó el efecto proliferativo. El análisis calorimétrico mostró diferencias importantes en el comportamiento termodinámico de la β 2GPI de fenotipos V y L.

Conclusiones: Los resultados preliminares presentados muestran la importancia del polimorfismo V/L de la β 2GPI-1247 en la proliferación de células T autorreactivas específicas contra la β 2GPI.

C025

HALLAZGOS SONOGRÁFICOS EN HOMBROS DE INDIVIDUOS ASINTOMÁTICOS MAYORES DE 60 AÑOS

Chávez-López M (1), Hernández-López R (2), Calzada-Delgado CE (3), González-Azuara DA (4), Arboleyda-Nava S (5)

(1)(2)(5) Centenario Hospital Miguel Hidalgo, (3)(4) Universidad Autónoma de Aguascalientes

Introducción: El ultrasonido musculoesquelético (USME) ha demostrado ser una herramienta útil en el diagnóstico de lesiones tendinosas, derrame articular e intervencionismo guiado en reumatología. El hombro doloroso es el síndrome por el que más estudios de USME son solicitados. Los valores normales de USME en hombro han sido estudiados en población sana de hasta 60 años de edad (Schmidt *et al*, ARD 2004;63:988-994).

Objetivo: describir las características sonográficas de los hombros en adultos asintomáticos mayores de 60 años.

Método: se realizó revisión sonográfica sistematizada de hombro a 20 individuos (40 hombros) sin antecedente de hombro doloroso. Se utilizó un ultrasonido Logic P5 General Electric con sonda linear de 10 MHz. Regístramos edad, género, peso, talla, brazo dominante y ocupación.

Resultados: 15 mujeres (75%) y 5 hombres fueron evaluados. La edad promedio fue 68.5 años (60-86), eran diestros el 100% y 12 (60%) presentaron comorbilidad. Se encontraron anomalías sonográficas en el 85% (34/40) de los hombros. Solo en 1 de 20 pacientes ambos hombros se encontraron sin alteraciones. La artrosis acromioclavicular fue encontrada en 13 de 20 pacientes (65%) afectando a un total de 20 de 40 hombros. En 7 pacientes (35%) esta condición fue bilateral. Los desgarros tendinosos del mango rotador se observaron en 23 (57.5%) de 40 hombros. Los desgarros de espesor total del tendón supraespinoso se observaron en 9 pacientes (1 bilateral) y los de espesor parcial en 13 pacientes (2 bilateral). Hubo 1 desgarrado de espesor total del tendón infraespinoso.

Conclusión: El elevado porcentaje de alteraciones sonográficas en pacientes asintomáticos en nuestro estudio nos alerta sobre la posibilidad de una

interpretación inadecuada de los hallazgos sonográficos en pacientes con hombro doloroso mayores de 60 años. Se debe estudiar a un mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

Co26

APEGO A TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA (ART) SEGUIDOS POR DOS AÑOS. FACTORES ASOCIADOS Y LA RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Contreras I (1), Pascual V (2)

(1) *Ints. Nal. de Ciencias Médicas y Nut. Salvador Zubirán*, (2) *Inst. Nal. de Ciencias Médicas y Nut. Salvador Zubirán*

Introducción: el tratamiento temprano y adecuado es fundamental para el control de los síntomas de la ART. Los escasos estudios internacionales publicados en AR estiman el apego a tratamiento farmacológico (ATF) en el 18-49% de los pacientes.

Objetivos: 1) Determinar la frecuencia de ATF en pacientes con ART a lo largo de dos años de seguimiento. 2) Identificar factores asociados. 3) Definir la relación entre ATF y la actividad de la enfermedad.

Material y métodos: se revisaron retrospectivamente los expedientes clínicos de pacientes con 13 evaluaciones bimensuales consecutivas (2 años de seguimiento). En cada visita se evaluó la actividad de la enfermedad mediante el índice DAS28. En la última visita, se determinó el porcentaje de pacientes en remisión mantenida (3 evaluaciones consecutivas con DAS28 < 2.6). Se definió falta de ATF como la suspensión de cualquier fármaco modificador de la enfermedad (FMDE) y/o de corticosteroides por cuando menos una semana. El ATF se evaluó a partir de la segunda visita. Estadística: se realizó estadística descriptiva y pruebas de X² y U de Mann-Whitney.

Resultados: hasta agosto del presente año se incluyeron a 59 pacientes, 81.4% mujeres, 68% con FR, una edad al ingreso de (media±DE) 40.8 ± 14.4 años, una escolaridad de 10.4 ± 3.9 años y un DAS28 de 6.1 ± 1.3. Durante el seguimiento se identificaron 71 notas (708 visitas revisadas) con falta de ATF en 35 (59.3%) pacientes, de las cuales 32 y 39 se presentaron durante el primer y segundo año, respectivamente. Los pacientes apegados (N=24) tuvieron menor edad al ingreso (36 ± 13.2 años) que los no apegados (vs. 44.1 ± 14.1 años, p=0.03). No se encontraron otras diferencias en cuanto a las características basales sociodemográficas y de la enfermedad. Durante el seguimiento, el tratamiento con FMDE y esteroides fue similar en ambos grupos sin embargo el promedio del DAS28 fue menor en los pacientes apegados (2.5±0.8) que en los no apegados (vs. 3.1±0.8, p=0.002). Un mayor porcentaje de pacientes con ATF alcanzó la remisión mantenida a la última consulta comparado con los pacientes no apegados (83.3% vs. 54.3%, p=0.03).

Conclusiones: la falta de apego a tratamiento farmacológico fue frecuente y progresiva en una cohorte de pacientes con ART tratados con FMDE. Los pacientes apegados tuvieron menor edad al ingreso, presentaron menor actividad durante el seguimiento y alcanzaron la remisión mantenida más frecuentemente que los no apegados. El apego al tratamiento debe de ser evaluado en el seguimiento de los pacientes con AR.

Co27

ESCLEROSIS MÚLTIPLE-LIKE SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE LYME. SERIE DE CASOS

Skinner-Taylor CM (1), Flores-González MS (2), Salinas-Palacios CK (3), Esquivel-Valerio JA (4), Flores-Alvarado DE (5), Galarza-Delgado DA (6), Rodríguez-Amado J (7), Villarreal-Alarcón MA (8), Garza-Elizondo MA (9)

(1)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9) *Reumatología, Hospital Universitario*, (2) *Ciencias Biológicas, UANL*

Introducción: La Enfermedad de Lyme es una enfermedad multisistémica causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, transmitida al humano por la mordedura de la garrapata del género *Ixodes*. Afecta principalmente piel, sistema nervioso, musculoesquelético (artritis de Lyme) y sistema cardiovascular. La Neuroborreliosis de Lyme, en su fase tardía, puede cursar con leucoencefalopatía que puede simular Esclerosis Múltiple. No existen datos concluyentes sobre la relación existente entre Esclerosis Múltiple y Neuroborreliosis de Lyme, sin embargo, en áreas endémicas debe descartarse esta posibilidad.

Objetivo: Determinar la presencia de anticuerpos anti-*Borrelia burgdorferi* en pacientes con diagnóstico presuntivo de Esclerosis Múltiple.

Pacientes y métodos: Se incluyeron tres pacientes con diagnóstico probable de Esclerosis Múltiple, realizado por neurólogo. Se les realizó una encuesta en busca de factores de riesgo y sintomatología compatible con Enfermedad de Lyme. Se obtuvieron 20ml de sangre periférica mediante venopunción y se centrifugó para obtener el suero. A cada suero se le realizó ELISA C6 (Immunitics), ELISA IgM y ELISA IgG (Novatec). Los sueros positivos o indeterminados por cualquier técnica de ELISA se confirmaron mediante Western Blot (Euroimmun).

Resultados: Los tres pacientes estudiados (dos masculinos y un femenino) refirieron haber estado en contacto con garrapatas, sin embargo ninguno recordó mordedura. Todos eran residentes de zona urbana (Monterrey, San Nicolás y McAllen, Texas), con edades de 15, 19 y 31 años. Dos pacientes tenían ocupación de bajo riesgo para contagio (estudiantes) y uno de ellos dedicado a la entomología. Los tres sueros resultaron negativos por ELISA C6 e IgG y positivos por ELISA IgM. Por Western Blot, se encontraron dos sueros positivos (66.66%).

Conclusiones: Importante considerar a la Neuroborreliosis de Lyme en el diagnóstico diferencial de la Esclerosis Múltiple antes de realizar un diagnóstico definitivo.

Co28

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTI BORRELIA BURGDOFFERI EN UNA SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON PARÁLISIS DE BELL

Skinner-Taylor CM (1), Flores-González MS (2), Salinas-Palacios CK (3), Esquivel-Valerio JA (4), Flores-Alvarado DE (5), Galarza-Delgado DA (6), Villarreal-Alarcón MA (7), Rodríguez-Amado J (8), Garza-Elizondo MA (9)
(1)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9) *Reumatología, Hospital Universitario, UANL Mtg*, (2) *Ciencias Biológicas UANL*

Introducción: La Enfermedad de Lyme es una enfermedad multisistémica causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, transmitida al humano por la garrapata del género *Ixodes*. Se presenta con una gran diversidad de manifestaciones clínicas, entre ellas la parálisis facial, sobretodo bilateral. Se ha establecido a la Enfermedad de Lyme como un posible diagnóstico diferencial de la parálisis facial idiopática, aunque su correlación hasta la fecha no se ha aclarado.

Objetivos: Determinar la presencia de anticuerpos anti-*Borrelia burgdorferi* en una muestra de pacientes con diagnóstico de parálisis facial.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 17 pacientes con parálisis facial y se les realizó una encuesta en busca de factores de riesgo y sintomatología compatible con Enfermedad de Lyme. Se obtuvieron 20ml de sangre mediante venopunción y se centrifugó para obtener el suero. A cada suero se le realizó ELISA C6 (Immunitics), ELISA IgM y ELISA IgG (NovaTec). Los sueros positivos o indeterminados por cualquier técnica de ELISA, fueron confirmados mediante Western Blot (Euroimmun).

Resultados: Nueve (53%) de los pacientes con parálisis facial tuvieron anticuerpos anti-*Borrelia burgdorferi* para ELISA IgM y ELISA C6, de los cuales 4 (24%) se pudieron corroborar por Western Blot. De los pacientes positivos, todos residían en área urbana y solo uno tenía factores de riesgo. Ninguno recordaba mordedura y todos tuvieron parálisis facial unilateral.

Conclusión: pesar del tamaño reducido de la muestra, se observó la presencia de anticuerpos anti-Borrelia burgdorferi en un alto porcentaje de pacientes. Por lo que consideramos la importancia de descartar Enfermedad de Lyme en los pacientes con parálisis facial.

Co29

ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE, ¿FACTOR DE RIESGO PARA OSTEOPOROSIS?

Lugo G (1), Vargas AS (2), Barbosa RE (3)

(1)(2)(3) Hospital Juárez de México

Introducción: La Osteoporosis (OP) es referida por algunos autores como manifestación extra-articular de la Artritis Reumatoide Activa (ARA), existen factores asociados a esta complicación como tiempo de evolución, grado de actividad de la enfermedad inflamatoria y el tratamiento con corticoesteroides.

Objetivo: Establecer si en la Artritis Reumatoide (AR) la actividad inflamatoria articular incrementa el riesgo de osteoporosis.

Material y métodos: Se evaluaron 49 pacientes con edad promedio de 47±1.5 años con AR de 5 años de evolución y menopausia de 2.5-2.9 años. Ninguno de los pacientes tenía tratamiento con corticoesteroides. Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a la actividad de AR (Se utilizó como índice DAS 28), Grupo A. ARA (19 pacientes) y B. AR inactiva (30 pacientes). El diagnóstico de OP fue realizado con densitometría ósea de columna lumbar y cadera (equipo Lunar) definido con índice de T -2.5 DE. Los resultados fueron analizados con chi cuadrada con corrección de Yates y cálculo de riesgo relativo (RR).

Resultados: Se detectaron 8 casos de OP en el grupo A- 5 casos (26%) y en el B- 3 casos (30 %) sin demostrar diferencia significativa entre ambos grupos y con RR= 0.80 (IC 95% 1.52 a 1.08)

Conclusiones: Nuestro estudio no mostró que la que la artritis reumatoide activa sea un factor de riesgo para OP.

C30

ENCEFALOPATÍA ISQUÉMICA ASOCIADA A CREST

Abad J (1), Jiménez FJ (2), García J (3), Barile LA (4), Villanueva R (5)

(1)(2)(3)(4)(5) IMSS CMN SXXI

Resumen: Mujer de 61 años con antecedentes de síndrome de canal lumbar estrecho tratada con tramadol, gabapentina, carbamazepina y parches de fentanilo e imipramina. CREST y síndrome de Sjögren de 3 años de evolución, complicada con hipertensión arterial, esofagitis por reflujo y fibrosis pulmonar. Durante un año previo a su ingreso la paciente cursó con cuadros repetidos de desorientación fluctuante, agitación psicomotriz, lenguaje incoherente y movimientos involuntarios de extremidades de duración hasta de cuatro horas con recuperación paulatina y espontánea, sin datos de focalización.

A su ingreso se encontró orientada, sin datos de irritación meníngea, disnea, con fenómeno de Raynaud, esclerodactilia, telangiectasias y calcinosis; estertores crepitantes y subcrepitantes en campos pulmonares, hemodinámicamente normal. La Rx de tórax mostró fibrosis pulmonar y derrame pleural bilateral con PO2 arterial de 70% con mascarilla de oxígeno, BH: Leuc 12.0 x10³, Hb 9.9g/L, K 2.6meq, Na 136meq, proteínas totales 5.1g, alb 2.6g, glob 2.5g, PCR 1.0, PPD y BAAR negativos; anti-Scl 70 positivos y Ac anti-centrómero negativos. La Rx de manos mostró calcinosis.

Durante su estancia hospitalaria se corrigió la hipoxemia, a pesar de lo cual la paciente continuó presentando estados de desorientación, EEG con datos de disfunción neuronal difusa e intermitente de la actividad de fondo; una TAC de cráneo con importante reforzamiento giral compatible con calcificación de arterias cerebrales y un SPECT con zonas de disminución de la perfusión en ambos hemisferios cerebrales incluyendo núcleo caudado y tálamo. El cuadro mejoró con la suspensión de tramadol y carbamazepina y con la administración de pentoxifilina y cinarizina.

Conclusiones: En pacientes con Síndrome de CREST quienes presenten estados confusionales se debe descartar vasculopatía con calcinosis.

Co31

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y PRESENCIA DE RETINOPATÍA DE PURTSCHER'S

Echeverría-González G (1)

(1) IMSS

Resumen: La retinopatía de Purtscher (RP) es una rara condición que puede ser detectada en pacientes con historia de traumatismo torácico, enfermedad renal terminal (falla renal crónica) y otras enfermedades sistémicas como la pancreatitis. Se caracteriza por afectar a jóvenes y se manifiesta clínicamente por pérdida visual secundaria a oclusión embólica de las arteriolas precapilares, descartando otros factores de daño vascular y se confirma por fluorangiografía (FAGO). Se ha reportado en Lupus como RP o retinopatía de Purtscher-Like en ausencia de síndrome antifosfolípido (SAAF).

Presentamos el caso de una mujer de 43 años con diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico con base a serositis pleural derecha 2 años antes del diagnóstico, se agregó síndrome nefrótico, descenso en función renal a cifras terminales con 7.3 ml/min. en su depuración de creatinina de orina de 24hr. sedimento urinario con cilindros hialinos, eritrocitarios confirmada con biopsia renal percutánea con reporte de glomerulonefritis clase IV de la OMS, Anticuerpos antinucleares (ANA Hep-2 IFI) de 1:640 patrón homogéneo, anti DNA 1:640 y SSA positivo, anticardiolipinas IgG:13 GPL (n=13-26) e IgM 7 MPL (negativo), albúmina sérica 2.4 gramos, colesterol 333mg /dl, TP y TPT normales así como VDRL negativo. Se manifestó a los 2 meses de sus primeros datos de LES con disminución de agudeza visual, visión borrosa progresando hasta pérdida visual en su exploración oftalmológica se demostro levantamiento de bordes papilares, exudados algodonosos perimaculares y alrededor del polo posterior, vasos tortuosos y zona macular con presencia de estrella macular y exudados. AV OD 20/100 y OI 20/60 (al inicio de su padecimiento).

Se investigó de forma simultánea trombosis de venas renales demostrando por ecografía doppler enfermedad parenquimatosa, inflamción crónica e índices de resistencia normal y venas renales así como hepáticas permeables. Se inició manejo con anticoagulación oral, seguimiento por oftalmología para valorar la neovascularización y prevenir hemorragias en vitreo, terapia de remplazo renal (hemodialisis), bolos de metilprednisolona 1 gramos x 3 días y ciclofosfamida con esquema mensual. En la primera semana de tratamiento mejoró en AV OD 20/60 OI 20/80.

Conclusión: La RP y Purtscher Like son manifestaciones de enfermedad sistémica grave o traumatismo graves, pero también puede manifestarse como microembolización múltiple en retina de pacientes con LES sin SAAF.

Co32

¿ES EL RITUXIMB UNA OPCIÓN TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON AFECCIÓN OFTALMOLÓGICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)?

Urenda A (1), Rosales V (2), Saad N (3), Anchondo A (4), Pacheco C (5), Muñoz E (6)

(1)(2)(3)(4) Servicio de Reumatología-Medicina Interna-oftalmología Hospital Lázaro Cárdenas, ISSSTE Chihuahua, (5)(6) Servicio de Reumatología Hospital Central del Estado Chihuahua, Chihuahua

Resumen: La posible eficacia de Rituximab se investiga en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) con respuesta pobre o nula al tratamiento convencional. Así mismo se ha comprobado beneficio de Rituximab en varios estudios no controlados en otras enfermedades autoinmunes.

Presentamos el caso de tres pacientes, dos de los cuales cumplieron más de cuatro criterios para el diagnóstico de LES y los cuales presentaban retinopatía, ambas con anticuerpos anticardiolipina negativos, una de ellas con amaurosis total de ojo derecho y 50% de izquierdo, la otra con pérdida visual del 50% en ambos ojos; el tercer paciente con pérdida de el 50% de la agudeza visual de ambos ojos sin evidencia de afección sistémica ni alteraciones de laboratorio catalogado por el servicio de oftalmología como retinitis inespecífica.

Los tres se habían sometido a tratamientos convencionales que incluían esteroides sistémicos y tópicos, inmunosupresores del tipo de ciclofosfamida y ciclosporina A esta última además con aplicación local sin respuesta ya que la pérdida visual continuaba progresando.

Por lo que se decide iniciar con Rituximab considerando una dosis total de 2 gramos, la cual se aplica a los 3 pacientes, presentando entre 2 y 4 semanas posterior a la aplicación la detención de la progresión y posteriormente una mejoría en los parámetros de agudeza visual. Actualmente continuamos su seguimiento por más de 6 meses al parecer sin recaída.

C033

UTILIDAD DEL ALENDRONATO DE SODIO EN EL TRATAMIENTO DE CALCINOSIS UNIVERSAL EN PACIENTES CON DERMATOMIOSITIS JUVENIL

Zeferino M (1), Rodríguez G (2), Solís E (3), Céspedes A (4)

(1)(2)(3)(4) IMSS CMN La Raza

Resumen: La Dermatomiositis Juvenil (DMJ) presenta debilidad muscular y alteraciones cutáneas, los depósitos cálcicos o "calcinosis", se presentan hasta en un 40% en aquellos con diagnóstico e inicio de tratamiento tardío. En su patogenia se han involucrado citocinas pro-inflamatorias y proteínas de mineralización ósea, como causantes del daño tisular. De acuerdo a su localización hay calcinosis cutis (limitada a piel), circunscrita (localización articular) y universalis si compromete la fascia o fibras musculares, esta última asociada a mayor morbi-mortalidad con dolor crónico, ulceraciones cutáneas con secreción cálcica persistente, infección secundaria y contractura muscular con limitación funcional. Se han propuesto múltiples tratamientos, (hidroxicloroquina, colchicina, warfarina, diltiazem e hidróxido de aluminio) con resultados variables, reportes recientes proponen el uso de bifosfonatos (Alendronato) como alternativa con resultados favorables. Presentamos dos casos tratados con alendronato de sodio 35mg semanal con efectos favorables en su evolución al limitar los depósitos cálcicos, así como, al disminuir el desarrollo de lesiones ulcerativas y el riesgo de procesos infecciosos agregados.

Caso / Sexo / Edad	1 / F / 14	2 / M / 9
T. Evol. al Dx. Meses	18	12
T. Evol. DMJ / Clase Funcional	9 años / Clase II	6 años / Clase IV
Tx. actual	Prednisona Metotrexate Ciclosporina Gabapentina	Ninguno
Complicaciones	Neuropatía periférica, Talla baja, Retardo puberal	Desnutrición Severa
Tx. Previo Calcinosis Respuesta	Warfarina Sin Mejoría	Warfarina Sin Mejoría
Causa y no. Internamientos año previo al uso de Alendronato	Infección, tejidos blandos (2), exéresis de calcinosis (4)	Infección, tejidos blandos (1), Sepsis (1)
Respuesta al uso de Alendronato 35 mg semanal oral	Disminución: Ulceraciones y drenaje cálcico. Infección de T. Blandos VSG, PCR. Sin cambio radiológico en número de depósitos	Disminución: Ulceraciones y drenaje cálcico. Infección de T. Blandos VSG, PCR. Sin cambio radiológico en número de depósitos

C034

SÍNDROME DE CHURG-STRAUSS. SERIES DE CASOS

Vera Lastra O (1), Florenzano García A (2), Cruz Dominguez MP (3), Casarribas Ramirez M (4)

(1)(2)(3)(4) Depto. Medicina Interna, Hospital Especialidades CMN La Raza, IMSS

Resumen: El síndrome de Churg-Strauss (SCS) es una vasculitis necrosante granulomatosa que afecta el tracto respiratorio, vasos de pequeños y mediano calibre y se caracteriza por asma, hipereosinofilia y vasculitis sistémica.

Objetivo: Informar las manifestaciones clínicas, de laboratorio y tratamiento en pacientes con SCS.

Pacientes y métodos: Durante el periodo de 1990 a 2007 se estudiaron en forma retrospectiva los casos de SCS atendidos en el departamento de medicina interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, se analizaron las manifestaciones clínicas, de laboratorio y tratamiento.

Resultados: Fueron 10 pacientes (6 hombres y 4 mujeres, con edad promedio de 45±25 años). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: Asma 100%, pulmonar 100% (infiltrados pulmonares y derrame pleural), sinusitis 80%, polineuropatía 60%, piel 50% (púrpura palpable, úlceras y urticaria), pólipos nasales 30%, afección cardíaca 30% (infarto al miocardio, cardiomiopatía dilatada, pericarditis), afección a sistema nervioso central 20% (infarto cerebral), piel 50% (púrpura palpable, úlceras y urticaria), artritis 30%; gastrointestinal 10% (diarrea y gastritis eosinofílica), renal (10%), neuritis óptica 10%. Un paciente cursó con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (trombosis venosa de miembro torácico y podálico derecho). Las alteraciones de laboratorio: Hipereosinofilia 100%, anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo positivos en 5 de 8 paciente 62%, de predominio pANCA. En un paciente se encontró anticuerpos anticardiolipina positivo. El diagnóstico de vasculitis por biopsia se demostró en 8 pacientes (biopsia de pericardio 1, biopsia de pulmón 2, biopsia de piel 6, renal 1). El tratamiento administrado ha sido con esteroides más ciclofosfamida en 7/10 pacientes y el resto solo esteroides.

Conclusión: El SCS es una vasculitis rara, en esta serie de casos las manifestaciones predominantes fueron la afección del tracto respiratorio (asma, sinusitis e infiltrados pulmonares) e hipereosinofilia. La asociación de SCS y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos es excepcional.

C035

SIALOADENITIS RECIDIVANTE O ENFERMEDAD DE PAYEN EN UNA PACIENTE CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y SÍNDROME DE SJÖGREN SECUNDARIO

Resendiz LG (1), Vera Lastra O (2)

(1)(2) Depto de Medicina Interna, Hospital de Especialidades CMN La Raza, IMSS

Introducción: Los procesos inflamatorios de las Glándulas Salivales (G.S) son multifactoriales y en su desarrollo influyen factores locales: cambios en la composición y calidad de la saliva secretada o alteraciones morfofisiológicas de los conductos salivales y factores generales: alteraciones de los mecanismos inmunitarios del hospedero como el Síndrome de Sjögren primario o secundario; facilitadas por el estado inmunitario del huésped y por una disminución del flujo salival. La infección por parte de las bacterias puede producirse al ascender por los conductos salivales (retrograda) y producir una sialoadenitis recidivante del adulto o Enfermedad de Payen.

Presentación del caso: Mujer de 82 años de edad portadora de esclerosis sistémica variedad limitada según criterios del Colegio Americano de Reumatología de 15 años de evolución y síndrome Sjögren secundario de 10 años de evolución. Desde hace 5 años cursa con sialoadenitis derecha

y bilateral desde hace 2 años en forma recidivante que mejoraba con antibióticos. Actualmente con exacerbación de sialodentitis caracterizada por aumento de volumen de la parótida izquierda, dolor, eritema, aumento de la temperatura y fiebre de 39°C. Además, manifestaciones de queratoconjuntivitis sicca y fascies de esclerodermia, se realizó cultivo de glándulas salivales con desarrollo de *Staphylococcus aureus*, con sensibilidad a dicloxacilina y remisión de las manifestaciones clínicas después de 9 días. La sialografía bilateral mostró oclusión del conducto de la parótida izquierdo. Biopsia de glándula salival menor con sialoadenitis (Tarpley III).

Conclusiones: En el presente caso de esclerosis sistémica y síndrome de Sjögren los factores para la infección de las GS en forma recidivante o enfermedad de Payen son la xerostomía y el estado inmunológico per se. En los pacientes con síndrome de Sjögren y sialoadenitis recidivante se debe considerar causas inflamatoria e infecciosas bacterianas o virales.

C036

CURSO CLÍNICO DE PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

Ruíz K (1), Baca-Ruíz V (2)

(1) Hospital General de México, (2) Hospital de Pediatría CMN SXXI

Antecedentes: El pronóstico de los niños con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) ha mejorado en las últimas décadas; sin embargo, la nefritis lúpica (NL) continúa siendo una causa importante de morbilidad en niños. La incidencia de enfermedad renal en niños con es de hasta 82%. Se ha identificado varios factores de riesgo para el desarrollo de IRC e incremento en la mortalidad. La progresión a IRC oscila alrededor del 25%.

Lugar de estudio: Departamento de Reumatología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Objetivos: Describir la evolución clínica y el pronóstico de pacientes con nefritis lúpica atendidos en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Material y métodos: Diseño. Cohorte retrospectiva. El periodo de estudio fué del 1° de enero de 1991 al 30 de enero del 2007. Se hizo revisión de expedientes para evaluación clínica, de laboratorio, biopsia renal, tipo y tiempo de tratamiento, así como evolución clínica, en pacientes con LES y NL. Se hizo un análisis de esta información obtenida para determinar la incidencia de las diferentes clases histopatológicas de nefritis lúpica, así como la frecuencia con que éstos pacientes progresan a insuficiencia renal terminal y los factores relacionados que influyen para tal progresión y la muerte.

Análisis Estadístico: El análisis descriptivo se realizó de acuerdo con la escala de medición de cada variable. Se calcularon curvas de sobrevida (Kaplan y Meier).

Resultados: En total 85 pacientes: 71 mujeres (83.5%) y 14 hombres (16.5%) fueron incluidos. El promedio de seguimiento fue de 10.1 años. Se obtuvieron biopsias renales de 82 pacientes predominando la clase IV de la OMS en el 73.1% de los casos. Todos recibieron prednisona oral; el 83.5% recibieron pulsos combinados con ciclofosfamida y metilprednisolona solos o en combinación de un o varios inmunosupresores tales: azatioprina (37.6%), Ciclosporina A (29.4%) y micofenolato (8.2%). El 69% lograron remisión clínica de la nefritis; 16 (19%) estaban activos hasta la fecha de última evaluación. Seis (7.1%) pacientes evolucionaron a insuficiencia renal crónica, la muerte ocurrió en siete pacientes (8.2%).

Conclusiones: La progresión a IRCT en nuestra población fue menor que el ya reportado, con una sobrevida tan alta como la observada en series pediátricas recientes. La tasa de remisión fue mas baja en los pacientes del sexo masculino y en los que tenían anemia. El curso clínico y progresión a IRCT se relacionó con la clase histopatológica.

C037

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, LABORATORIO, REMISIÓN Y HALLAZGOS RADIOLÓGICOS DE ACUERDO A SHARP- VAN DER HEIJDEN MODIFICADO (SVDHM) EN ARJ. CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

Marquez R (1), Tinoco R (2), Zamora X (3), Cespedes A (4), Zeferino M (5), Vivar A (6), Campos L (7), Romero J (8), Matamoros JL (9), Solis E (10)

(1)(2)(3)(4)(5)(7)(9)(10) CMN La Raza, (6) IMSS, (8) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán

Objetivo: Determinar las características clínicas, de laboratorio, tratamiento, remisión de la enfermedad y afección radiológica por el método SVDHM y factores asociados a daño radiológico en ARJ.

Pacientes y métodos: Estudio transversal, prolectivo, observacional, descriptivo de población activa de Reumatología Pediátrica del HG UMAE La Raza, de junio 2006 a junio 2007. Analizamos los datos demográficos, clínicos, de laboratorio, tratamiento, remisión de la enfermedad así como radiografías de manos y pies las cuales fueron valoradas por un Radiólogo en forma ciega, se valoraron radiografías de 20 pacientes en 2 tiempos distintos para determinar la concordancia intraobservador Usamos estadística descriptiva y para determinar los factores asociados a daño se utilizó regresión lineal y correlación de Spearman. La concordancia intraobservador se determinó a través del coeficiente de correlación intraclase.

Resultados: Incluimos 98 pacientes de acuerdo a los criterios del CAR, 75 femeninos, 23 masculinos, edad promedio 8.3 años, tiempo al diagnóstico 4.8 meses, edad al diagnóstico 6.8 años, tiempo de evolución de la enfermedad 4.4±1.7 años. Síntomas mas frecuentes previos al diagnóstico: dolor 99%, rigidez 10% y artritis 48 %. La variedad más frecuente fue la Poliarticular FR (-), 100 % se ha tratado con metotrexate, 26 % con terapia biológica; 27% se encuentran en remisión y cuatro tuvieron uveítis anterior grado I, la característica radiológica mas frecuente fue disminución del espacio articular, los factores asociados a daño son FR (+) y tiempo de inicio de FARME.

C038

POLIMORFISMO A163G DEL GEN DE OSTEOPROTEGERINA Y SU RELACIÓN CON OSTEOPOROSIS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Dávalos IP (1), Durán J (2), González-López L (3), Gamez-Nava JI (4), Morán C (5), Mena JP (6), Sandoval L (7), Oliva JM (8), Lalalde B (9), Salazar-Páramo M (10)

(1)(2)(5)(6)(7)(8) CIBO, CMNO, IMSS, (3) HGR 110, IMSS, (4) UMAE, HE, CMNO, IMSS, (9) UIB, IMSS. Durango, Dgo., (10) UMAE, HE, CMNO, IMSS.

Resumen: La osteoprotegerina (OPG) miembro de la familia de receptores del factor de necrosis de tumoral (TNF), es un potente inhibidor de la activación y diferenciación de osteoclastos. La OPG actúa como un señuelo para RANKL, involucrado en la resorción ósea. Las enfermedades reumáticas son asociadas con cambios en el metabolismo óseo y se han informado niveles elevados de OPG en pacientes con artritis reumatoide (AR) y osteoporosis (OP). Diferentes polimorfismos en el gen de la OPG (G1181C, T950C, A163G) han sido analizados entre pacientes con OP, con resultados divergentes, incluyendo diferencias entre grupos étnicos. Analizamos el polimorfismo del gen OPG A163G en pacientes con AR con y sin OP. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y posible asociación del polimorfismo A163G del gen de OPG con OP en pacientes con AR.

Pacientes y métodos: En estudio transversal, un total de 128 pacientes con AR fueron incluidos de los cuales 32 tienen OP (AR/OP); 65 con osteopenia (AR/osteopenia); y 31 sin OP (AR/-). La OP fue diagnosticada de acuerdo a los criterios de la OMS realizando la medición de la densidad

mineral ósea (DMO) tanto de columna lumbar como de cadera. Un observador independiente evaluó las características clínicas y epidemiológicas. Análisis molecular: los pacientes fueron genotipificados para A163G mediante PCR/RFLP.

Estadística: las frecuencias, las diferencias de proporciones (X²) y el cálculo de OR fueron computados y estimados en los grupos estudiados.

Resultados: Las frecuencias genotípicas (FG) expresadas como n y porcentaje (%) en AR/OP fue como sigue: AA 18 (57); AG 11 (34); GG 3 (9). Grupo AR/osteopenia, AA 35 (53); AG 24 (37); GG 6 (10). Grupo AR/-, AA 21 (68); AG 9 (29); GG 1 (3). Frecuencias alélicas (FA) n y porcentajes (%): AR /OP, A 47 (73); G 17 (27). Grupo AR/osteopenia, A 94 (72); G 36 (28). Grupo AR /- , A 51 (82); G 11 (18). No se establecieron diferencias estadísticas entre los grupos.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren ausencia de asociación entre la frecuencia del polimorfismo OPGA163G con el riesgo de OP en pacientes con AR. Se requieren mayores estudios para establecer el papel de otros de los polimorfismos del gen OPG en la génesis de la OP asociada a la AR.

C039

EFFECTIVIDAD DE ETANERCEPT EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE REFRACTARIA A SULFASALAZINA Y METOTREXATE

Sánchez-Hernández JD (1), Gamez-Nava JI (2), Gonzalez-Lopez L (3)

(1) IMSS y Doctorado en Farmacología, Universidad de Guadalajara, (2) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del HECMNO IMSS, y CUCS Universidad de Guadalajara, (3) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, y Postgrado Salud Pública U de G

Introducción: La eficacia del etanercept en espondilitis anquilosante (EA), ha sido demostrada en 5 estudios ensayos clínicos controlados. Sin embargo, es esperable que su tasa de respuesta cambie en condiciones de la consulta cotidiana y existe poca información respecto a su efectividad sobre todo en aquellos pacientes con falla a múltiples tratamientos.

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica a corto plazo con el uso de etanercept en pacientes con EA quienes fallaron a sulfasalazina y metotrexate.

Material y métodos: En una cohorte de pacientes con EA quienes habían fallado a terapia con sulfasalazina y metotrexate, se seleccionaron aquellos que estaban programados a recibir etanercept a dosis de 25 mg subcutáneos 2 veces a la semana. A los pacientes se les administró cuestionarios para identificar actividad de la enfermedad (BASDAI), funcionalidad (BASFI, HAQ-S), bienestar general (BAS-G), índices de metrología. También se evaluó la velocidad de sedimentación globular (VSG). Las evaluaciones se realizaron a la basal y a 6 meses de tratamiento. Para identificar respuesta terapéutica se compararon las medianas (md) de puntajes de los índices a la basal y a 6 meses con prueba de Wilcoxon.

Resultados: Se evaluaron a 11 pacientes con una mediana de edad de 50 años (37-59), duración de la EA de 14 años (3-29). Los pacientes presentaron a la evaluación basal importante actividad (BASDAI = 6.5), deterioro funcional severo (BASFI = 7.0), rigidez matinal importante (md. = 73), severa actividad de la enfermedad evaluada por el médico de (md. = 47) y severo malestar con la enfermedad (md. = 74). La respuesta clínica puede observarse en la tabla 1. Al final del estudio hubo un descenso significativo en la actividad (p=0.04), rigidez matinal (p=0.02), BASFI (p=0.04) y el malestar con la enfermedad (p=0.05).

Conclusiones: Aunque la muestra de este estudio es pequeña, sus resultados son importantes para señalar que existe efectividad con etanercept en EA aún en pacientes refractarios a otros fármacos. Futuros estudios deberán ser realizados en la consulta cotidiana donde el comportamiento de la respuesta terapéutica a estos fármacos es alterado por múltiples factores aun aquellos independientes de su eficacia.

Tabla 1. Respuesta clínica a Etanercept en Espondilitis Anquilosante refractaria a sulfasalazina y metotrexate (n=11).

Variable	Basal	6 meses	P
Actividad según Paciente	64 (33-100)	64 (7.0-90)	0.07
Actividad según Médico	47 (18-76)	29 (0.0-67)	0.04
Rigidez matinal	73 (22-100)	64 (0.0-82)	0.02
BASDAI	6.5 (2.4-8.0)	5.9 (1.0-8.1)	0.14
BASFI	7.0 (2.6-8.8)	6.1 (1.5-9.1)	0.04
BAS-G	6.5 (2.0-8.1)	5.7 (2.2-8.2)	0.11
Malestar con la enfermedad	74 (37-80)	60 (5.0-90)	0.05
Schober, cm	2.0 (0.8-5.5)	1.7 (0.5-6.3)	0.34
VSG (mm/Hr)	18 (4-68)	15 (4-30)	0.24

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Function Index. BAS-G: Bath Ankylosing Spondylitis Patient Global Score. VSG: Velocidad de Sedimentación Globular. Valores expresados en Medianas (rangos). Significancia estadística evaluada con prueba de Wilcoxon

C040

HÁBITOS ALIMENTICIOS EN PACIENTES MEXICANOS CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR): UN PROBLEMA DUAL CALIDAD Y CANTIDAD

Cedillo Y (1), Amezcua Y (2), Peña A (3), Pineda C (4), Espinosa R (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: Distintos factores de riesgo (FR) no inflamatorios (obesidad, grasas en sangre y alimentación) son implicados en aterosclerosis acelerada en AR.

Objetivo: Evaluar FR no inflamatorios: calidad en alimentación y estado nutricional en pacientes con AR.

Pacientes y métodos: Estudio clínico, descriptivo, transversal anidado en una cohorte. Criterios (CR) inclusión: pacientes con diagnóstico de AR (ACR), de la cohorte ALARMA, ambos géneros, consulta externa de Reumatología. CR exclusión: otras enfermedades autoinmunes y no aceptar participar. Se realizó evaluación del estado nutricional: 1) Indicadores de composición corporal [pliegues cutáneos, perímetros de cintura y cadera; se calculó el índice de masa corporal (IMC), grasa corporal total (Kg), índice cintura-cadera (ICC), circunferencia de cintura (CC), riesgo IMC/cintura (IMCC)]; 2) se evaluó la calidad de alimentación mediante diario dietético (3días); usando el paquete nutribase clinical® se calculó: calorías/día, porcentaje de hidratos de carbono (HC), proteínas (PR), grasas (GR), grasas saturadas y colesterol ingeridas. Los datos epidemiológicos de se obtuvieron de ALARMA.

Resultados: 49 pacientes, 95% mujeres, evolución AR: 8.9 años (SD±7.23). Antropometría: peso actual 63.15 kg (SD±12.6) y el peso ideal calculado 54.06 kg (SD±4.7), la población tiene 9 kg mas con respecto al peso ideal. El porcentaje de grasa corporal estuvo elevada: mujeres 37.3% [normal (nl) 15-22], hombre 26.7% (nl 8-15). El IMC: 36% nl, 47% sobrepeso y 16% obesidad; se encontró asociación entre IMC y CC (p=0.001), a mayor IMC mayor CC (p=0.007). Los FR de para síndrome cardiometabólico están elevados en mujeres ICC 0.88 (nl <0.8); CC: 90.03 (nl <88), IMCC: 35% sin riesgo, 17.7% riesgo incrementado, 28.8% riesgo elevado y 17.7% riesgo muy elevado. Calidad alimenticia: ingesta promedio de 1,831 kcal/d, siendo 15% superior a kcal/d ideales (1,546) (p=0.0008). Las proporciones de macronutrientes fueron inadecuadas: 15.6% PR, 48.9% HC, 35.5% GR (recomendado 20%, 60%, 20% respectivamente). Hubo 29.47% de grasas saturadas (nl <10%). A mayor tiempo de evolución de AR hay tendencia a menor consumo de calorías (p= 0.06) y menor consumo de grasas (p=0.01). La proporción de macronutrientes recomendada es inadecuada durante toda la evolución de AR.

Conclusiones: Un alto porcentaje de mujeres con AR tienen datos antropométricos de sobrepeso y obesidad; FR para padecer síndrome cardiometabólico. La dieta es inadecuada en calidad y cantidad de macronutrientes.

Se requiere urgentemente modificar los patrones alimentarios en este grupo de pacientes.

C041

INCAPACIDAD E INVALIDEZ PARA EL TRABAJO EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: PARTE II, COSTO ESTIMADO EN DÍAS LABORALES PERDIDOS

Morales-Romero J (1), Villa-Manzano R (2), Celis A (3), Gamez-Nava JJ (4), González-López L (5)

(1) Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, (2) Hospital General Regional 110, IMSS, (3) Doctorado de Salud Pública, CUCS, Universidad de Guadalajara, (4) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del HECMNO IMSS, y CUCS Universidad de Guadalajara, (5) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, y Postgrado Salud Pública U de G

Introducción: En México, existe una ausencia de información proveniente de cohortes prospectivas para evaluar el desarrollo de incapacidad laboral temporal y permanente en pacientes con espondilitis anquilosante.

Objetivo: Identificar los días laborales perdidos anualmente por incapacidad en una cohorte de pacientes con espondilitis anquilosante (EA) y adicionalmente el costo estimado por pérdida de percepción de salario en base a días no laborados.

Material y métodos: En un estudio de cohorte prospectiva de un año de seguimiento se investigó la tasa anual de incapacidad en EA en trabajadores asalariados afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social. A través de un cuestionario estructurado se evaluaron los días laborales perdidos por incapacidad otorgada, el salario mensual percibido además de otras características demográficas, clínicas, y laborales. La estimación del costo de los días de incapacidad se realizó de manera indirecta usando la perspectiva de la Sociedad asumiendo que esta absorbe tanto el gasto por incapacidad otorgada como el salario no percibido. La estrategia usada fue de multiplicar el salario diario percibido por los días de incapacidad otorgados anualmente.

Los resultados del costo son expresados en pesos mexicanos del año 2006.

Resultados: Se incluyeron a 76 pacientes asalariados con EA. El salario mensual percibido fue en promedio de \$5,134 pesos mexicanos por paciente, al 19% de los pacientes se les otorgó durante el seguimiento al menos una incapacidad directamente relacionada con la EA, en el grupo total los días laborales perdidos fueron 636 días. El promedio de días laborales perdidos por la cohorte completa fue de 11±50 días. Mientras que cada paciente incapacitado tuvo una pérdida de 58±104 días laborales. Se tuvo un costo promedio por día de incapacidad otorgada de \$211 pesos mexicanos. En total el promedio de costo erogado por la incapacidad fue de \$15,608 pesos por cada paciente incapacitado. Esto significa que la Sociedad perdió anualmente por cada paciente incapacitado al menos 74 días de su salario por concepto de actividad de la enfermedad o pérdida de la funcionalidad.

Conclusiones: La incapacidad laboral trabajadores mexicanos con EA representa una importante pérdida en términos económicos para la Sociedad. Este acercamiento a los costos indirectos generados por la enfermedad requiere de continuar con estudios de costo de la enfermedad para representar el gasto social que genera el padecimiento.

Proyecto Financiado: CONACYT Fondos sectoriales de Investigación en Salud y Seguridad Social, SALUD-2003-C01-082

C042

RADICULONEUROPATÍA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE LYME. SERIE DE CASOS

Skinner-Taylor CM (1), Flores-González MS (2), Salinas-Palacios CK (3), Rodríguez-Amado J (4), Esquivel-Valerio JA (5), Flores-Alvarado DE (6), Galarza-Delgado DA (7), Villarreal-Alarcón MA (8), Garza-Elizondo MA (9)

(1)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9) Reumatología, Hospital Universitario, UANL Mty, (2) Ciencias Biológicas UANL

Introducción: La Enfermedad de Lyme causa una amplia gama de trastornos neurológicos, incluida una polineuropatía de rápido desarrollo. El término Neuroborreliosis de Lyme se refiere a la infección del sistema nervioso causada por *Borrelia burgdorferi*. Algunos estudios han encontrado una prevalencia elevada de anticuerpos anti-*Borrelia burgdorferi* en pacientes con enfermedad de motoneurona, aunque dicho hallazgo no ha sido confirmado. Actualmente, no existe una base clara para establecer un nexo entre ambas entidades.

Objetivo: Determinar la presencia de anticuerpos anti-*Borrelia burgdorferi*, en pacientes con radiculoneuropatía.

Pacientes y métodos: Se incluyeron seis pacientes con diagnóstico de radiculoneuropatía, realizado por neurólogo. Todos sin una etiología de base. Se les realizó una encuesta en busca de factores de riesgo y sintomatología compatible con Enfermedad de Lyme. Se obtuvieron 20ml de sangre periférica mediante venopunción y se centrifugó para obtener el suero. A cada suero se le realizó ELISA C6 (Immunetics), IgM e IgG (Novatec). Los sueros positivos o indeterminados por cualquier técnica de ELISA fueron confirmados mediante Western Blot (Euroimmun).

Resultados: Cinco pacientes (83.33%) recordaron haber estado en contacto y 2 (33.33%) refirieron mordedura por garrapata. La edad promedio fue de 45.7 años. Existió una relación hombre:mujer de 1:1. Todos eran habitantes de área urbana. Un paciente con ocupación de alto riesgo (veterinario) cuya serología fue negativa. A todos los pacientes se les descartó VIH-1, VIH-2, Hepatitis B, Hepatitis C, sífilis. Así como también se les realizó punción lumbar, la cual se reportó normal. Por las técnicas de ELISA, los seis sueros fueron positivos o indeterminados. Por Western Blot, cuatro sueros se encontraron positivos (66%). Se desglosa cada técnica en la tabla 1.

Conclusión: A pesar de ser una muestra pequeña de pacientes, los resultados justifican la continuación de esta línea de investigación. En todo paciente con diagnóstico de radiculoneuropatía e historia sospechosa en nuestro medio, es importante descartar seropositividad para *Borrelia burgdorferi*.

Técnica	Positivo	Indeterminado
ELISA C6	2 (33%)	1 (16%)
ELISA IgM	3 (50%)	1 (16%)
ELISA IgG	2 (22.5%)	1 (16%)
Western Blot	4 (66%)	0 (0%)

C043

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN 71 PACIENTES CON ARTERITIS DE TAKAYASU (AT). FACTORES PRONÓSTICOS

ME Soto L (1), Vasquez C (2), Martínez CH (3), Barragán R (4), Reyes PA (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

Introducción: La AT es enfermedad crónica e inflamatoria, en etapas avanzadas se asocia a obstrucción arterial, aneurismas y disfunción orgánica. La mejoría temporal es observada con tratamiento médico y en etapas avanzadas por la presencia de circulación colateral, el proceso obstructivo y la presencia de aneurismas se complica con consecuencias graves, en la mayoría de los casos requiere cirugía. Hay factores predictivos.

Objetivo: Evaluación retrospectiva, de casos quirúrgicos en diversos tiempos, estadios, fases de actividad, tipo de cirugía y con o sin estenosis múltiple.

Material y métodos: Todos cumplieron con > de 4 criterios para AT (ACR), 71/222 pacientes (32%) operados entre 1951 y 2007, los datos se obtuvieron de expedientes, clínicos/ quirúrgicos/ de autopsia.

Resultados: 54 mujeres/17 hombres, edad media 25.41±9 y 28 ± 7. Topografía: tipo I 8(11%) II 2 (3%) III 21 (30%) IV 17 (24%) y V 21 (30%); Lesión en coronarias 8, pulmonar 2. La estenosis predominó en arterias

renales>aorta abdominal> que cayado aórtico Síntomas y Signos: hipertensión arterial (HAS) 49(69%) Insuficiencia renal (IR) 14 (20%) angina 10(14%). Total 82 cirugías: 24 aorto-abdominal, auto trasplante renal 11, nefrectomía 8, revascularización: renal 7, coronaria 5, carotídea 6 mesen-téricas 1, alotrasplante renal 1, aneurismectomía en 4, femoral en 2, iliaco 1, Bentall y Bono 3, cambio valvular Aortico en 5, mitral 2, tricuspideo 2. Factores de mal pronóstico se relacionaron a: HAS, arritmia, IR, Insuficiencia aórtica y cardiopatía isquémica. La presencia de actividad estuvo en 18, la presencia de >1 obstrucción disminuye sobrevida a 5 años Log Rank $p = 0.03$

Conclusiones: Estenosis arterial múltiple reduce sobrevida, la indicación temprana hace diferencia. La técnica y decisión para intervención quirúrgica apropiada es una prerrogativa del cirujano ante un caso específico y depende en gran parte del daño a órgano afectado lo cual se presenta solo o combinado. Se requiere de estratificación temporal pronostica

Co44

FACTORES DE PRONÓSTICO, TRADICIONALES Y NO TRADICIONALES PARA RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO

Rojas MA (1), Torres C (2), Ramírez ML (3), García E (4), Flores-Suárez LF (5), Cabiedes J (6), Lerman I (7), Villa AR (8)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán

Objetivo: Determinar los factores pronósticos para desarrollar un evento cardiovascular con base en la presencia de factores de riesgo tradicionales y no tradicionales en una cohorte de pacientes con Lupus Eritematoso Generalizado.

Metodología: En una muestra de 187 pacientes se identificaron los factores de riesgo cardiovascular tradicionales: tabaquismo, obesidad, dislipidemia, hipertensión, sedentarismo, diabetes mellitus, así como factores no tradicionales: concentraciones elevadas de proteína C reactiva (PCR), citoquinas (IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-12), FNT α , prevalencia de anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipinas y anti β 2-glicoproteína isotipos IgG, IgM e IgA). Las determinaciones de los marcadores de inflamación se determinaron utilizando sueros congelados obtenidos en 2001 por técnica de inmunofluorescencia con Kit Humanan Cytokine Lincplex[®].

Resultados: Se observaron valores estadísticamente significativos para PCR e IL-6 de manera separada como factores pronósticos independientes para el desarrollo de un evento cardiovascular posterior.

Conclusiones: IL-6 y PCR, son marcadores de inflamación que se encuentran elevados con mayor frecuencia en pacientes con LEG. La primera participando en el crecimiento y diferenciación de células T y B, y producción de proteínas de fase aguda y la segunda como proteína de fase aguda relacionada con gravedad y pronóstico en pacientes con infarto del miocardio, lo que explicaría una mayor probabilidad de tener un evento cardiovascular inherente al padecimiento de base a una edad más temprana.

Co45

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Sánchez-Hernández JD (1), Gonzalez-Lopez L (2), Martínez-Ramírez J (3), Morales-Romero J (4), Gámez-Nava JI (5)

(1) IMSS, Universidad de Guadalajara, (2) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, y Postgrado Salud Pública U de G, (3) IMSS, Universidad de Guadalajara, (4) Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. Xalapa, Veracruz, (5) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del HECMNO IMSS, y UCUS Universidad de Guadalajara.

Introducción: En pacientes con espondilitis anquilosante (EA) se compromete la capacidad funcional con deterioro en diversos dominios de la

calidad de vida. El EuroQol es un instrumento genérico para evaluar calidad de vida que ha sido utilizado en EA aunque hay pocos estudios en pacientes Mexicanos. Objetivo: Evaluar los factores asociados a la calidad de vida en base a EuroQol 5D (EQ-5D), así como aquellos factores de la enfermedad que alteran cada dominio de este instrumento en pacientes con EA.

Material y métodos: En una encuesta transversal se evaluaron 90 pacientes adultos con EA Se identificó actividad de la enfermedad (BASDAI), funcionalidad (BASFI y HAQ-S), bienestar general (BAS-G), índices de metrología, y velocidad de sedimentación globular (VSG). Calidad de vida fue investigada mediante el EQ-5D. Se identificaron las variables clínicas relacionadas al deterioro de cada dominio de calidad de vida y al puntaje global.

Resultados: En relación a los dominios del EQ-5D: 54.4% presentó problemas para movilidad, 50% presentó problemas para cuidado personal, 70% tuvo deterioro en actividades cotidianas, 90% en el dominio de dolor/malestar y 58% en el dominio de depresión/ansiedad. El deterioro en calidad de vida de acuerdo al puntaje de la escala análoga visual (EAV) del EQ-5D, correlacionó con deterioro funcional (tanto en HAQ-S $\rho = -0.57$, $p < 0.001$; como en BASFI $\rho = -0.54$, $p < 0.001$), así como, con deterioro del BAS-G ($\rho = -0.60$, $p < 0.001$), e incremento de la actividad de la enfermedad (BASDAI $\rho = -0.60$, $p < 0.001$). El deterioro en el puntaje global de EQ-5D también correlacionó con mayor actividad (BASDAI $\rho = -0.61$, $p < 0.001$), deterioro funcional (BASFI $\rho = -0.57$, $p < 0.001$; HAQ-S $\rho = -0.56$, $p < 0.001$), deterioro de BAS-G ($\rho = -0.58$, $p < 0.001$) y menor movilidad de columna por Schober ($\rho = 0.25$, $p = 0.02$). La tabla 1 muestra los factores asociados al puntaje global del EQ-5D y al puntaje en la EAV usando un modelo ajustado.

Conclusiones: Al menos 50% de pacientes con EA presenta alguna alteración en los dominios de calidad de vida. Indicadores de este deterioro son la discapacidad funcional y la actividad de la enfermedad, por lo que el tratamiento deberá tener como objetivo mejorar ambos parámetros para incrementar la calidad de vida en EA.

Tabla 1. Factores asociados al puntaje global de EQ-5D y al puntaje de la escala análoga visual

Variable	Puntaje global			Escala análoga visual EQ-5D		
	Coefficiente β	t	p	Coefficiente β	t	p
Edad	3.14	1.7	0.09	1.34	0.06	0.95
Sexo	9.95	2.46	0.16	5.77	1.19	0.24
T de evolución	-1.75	-0.62	0.54	-4.89	-0.14	0.89
BASDAI	-2.91	-2.33	0.23	-1.57	-1.03	0.31
BASFI	-6.09	-0.43	0.67	-0.45	-0.27	0.79
HAQ-S	-0.11	-2.05	0.04	-17.81	-2.87	<0.01
Schober	-1.26	-1.02	0.31	-2.96	-2.01	0.05
BAS-G	-2.65	-2.07	0.04	-2.8	-1.83	0.07
VSG	-1.13	-0.62	0.54	2.06	0.09	0.93

Co46

EVOLUCIÓN, COMORBILIDAD Y PRONÓSTICO EN PACIENTES CON NEFRITIS LÚPICA (NL)

Sosa P (1), Irazoque F (2), Andrade L (3)

(1)(2)(3) CMN 20 Noviembre

Introducción: La NL es una de las manifestaciones más graves del lupus eritematoso generalizado (LEG), puede ser rápidamente progresiva, condi-

cionar pérdida de la función e insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Existen factores demográficos, clínicos, inmunológicos e histopatológicos que pueden influir en la evolución y pronóstico de la NL. Objetivo: Determinar comorbilidad, evolución de la función renal y factores asociados al desarrollo de IRCT en pacientes con LEG y NL.

Material y métodos: Revisamos 145 expedientes de pacientes con LEG y NL documentando variables demográficas, comorbilidad, parámetros bioquímicos e inmunológicos, tiempo de evolución de LEG y NL, tipo de NL (biopsia). Para evaluar la función renal, se utilizó la prueba de t en variables pareadas. La asociación entre variables y la evolución a IRCT se realizó en forma univariada con el análisis de Logrank y multivariada con el análisis de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: 138 expedientes tenían datos completos de 18 meses. 126 mujeres (91%) y 12 hombres (9%). Edad promedio 38, duración promedio de LEG 12 años y de NL 8 años. 11% correspondieron a NL I, 38% tipo II, 4% tipo III, 36% tipo IV, 10% tipo V y 1% tipo VI. Los AAN fueron positivos en 100% y los anti-DNAs en 53%, negativos en 27% y no se analizaron en 20%. 12 (9%) tenían diabetes mellitus tipo 2, todos con NL tipo IV. 78 (57%) pacientes tenían hipertensión arterial sistémica (HTAS), 24 (17%) tipo II, 4 (3%) tipo III, 41 (30%) tipo IV, 9 (7%) tipo V. 60 (43%) tuvieron dislipidemia, 18 (13%) tipo II, 3 (2%) tipo III y 39 (28%) tipo IV. 18 (13%) obesidad, 6 (4%) tipo II y 12 (9%) tipo IV. Al final del estudio, 80 (58%) pacientes tenían función renal normal, 43 (31%) insuficiencia renal crónica moderada y 15 (11%) IRCT. 7 (5%) de los pacientes con IRCT tenían NL tipo IV, 4 (3%) tipo II, 3 (2%) tipo V y 1 (1%) tipo VI. Las variables con asociación independiente para el desarrollo de IRCT fueron Dcr y Crs iniciales. A mayor Crs y menor Dcr, mayor posibilidad de desarrollar IRCT. También se correlacionaron con peor pronóstico hipertensión y dislipidemia. Todos los pacientes sobrevivieron a los 18 meses.

Conclusiones: La evolución en nuestra población fue en general buena, posiblemente atribuible al manejo eficaz de estos pacientes. Las variables que se asocian con daño renal e IRCT incluyen elevación de Crs y descenso en la Dcr al inicio del padecimiento y la presencia de enfermedades concomitantes o condicionadas por la NL como HTAS y dislipidemia. En este grupo de pacientes el tipo histológico no fue un determinante significativo de IRCT.

Co47

DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN Y COMPOSICIÓN CORPORAL POR VECTORES DE IMPEDANCIA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO CON Y SIN DAÑO RENAL

Torres C (1), Espinosa A (2), Miranda P (3), Rojas MA (4), Ramírez ML (5), Flores-Suárez LF (6), Villa AR (7)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán

Antecedentes: El riñón es uno de los órganos implicados con más frecuencia en el LEG siendo una de las posibles determinantes para el pronóstico del lupus. La evolución del estado de hidratación y contenido corporal de agua en el paciente con LEG y daño renal es vital para su adecuado manejo y tiene implicaciones pronósticas ya que la sobrehidratación se asocia a complicaciones cardiovasculares. Recientemente se ha demostrado la posibilidad de utilizar impedancia bioeléctrica (IBE) y análisis de vectores de impedancia (VIBE) para conocer la composición corporal y el estado de nutrición en pacientes en quienes los componentes corporales pueden alterarse por su sobrehidratación. No existe información sobre evaluación de estado de volemia mediante vectores de impedancia en pacientes con lupus eritematoso generalizado. La misma puede ser de utilidad para manejo clínico y prevención de estados de sobrehidratación.

Objetivo: Conocer la composición corporal y el estado de hidratación de pacientes con LEG en presencia y ausencia de daño renal a través de VIBE.

Métodos: Se realizó IBE utilizando un analizador Biodynamics, Modelo 310e usando un Software BIVA 2002. Con base en los valores de resistencia y reactancia se graficaron VIBE sobre elipses de población de referencia mexicana, para conocer qué pacientes presentaban estados de hidratación anormales. Asimismo se calculó índice de masa corporal (IMC).

Resultados: Se estudiaron 269 mujeres con LEG en el 2001 de las cuales 89 presentaron daño renal y 180 no, con promedio de edad de 30.55 años, peso 35.3-110.4 kg, talla 138-170 cm, IMC 15.7-40.8 kg/m². De acuerdo a los datos de resistencia y reactancia de los VIBE, el 12 % de la población con LEG y daño renal se ubica en el cuadrante inferior derecho por debajo del percentil 95 siguiendo un claro patrón de sobrehidratación y desnutrición. Por otra parte sólo el 3.8% de los pacientes con LEG sin daño renal se encontraron con sobrehidratación, 7 % con deshidratación y el resto dentro de la elipse de normalidad.

Conclusiones: La composición corporal de la población con LEG y daño renal de acuerdo a los vectores de impedancia indica un estado de desnutrición así como problemas de sobrehidratación importante. Los vectores de impedancia son una herramienta útil para la evaluación de la composición corporal de pacientes en quienes los componentes corporales pueden alterarse.

Co48

¿CUÁNTO CUESTA TRATAR A MUJERES CON OSTEOPOROSIS EN MÉXICO? ESTIMACIONES ACORDES A DIVERSOS UMBRALES DE INTERVENCIÓN

Morales-Torres J (1), Lopez-García JA (2), Romero-Ibarra J (3), Camacho-Ochoa JI (4)

(1)(2)(3) Hosp. Aranda de la Parra, (4) Facultad de Medicina de León

Resumen: La Osteoporosis causa considerable morbilidad, mortalidad y utilización de recursos de salud. El costo (en términos de salud pública) depende de la definición de umbrales de intervención. La noción de tratar a diferentes estratos de densidad ósea y fractura o su ausencia influirá en un mayor o menor número de mujeres a tratar y un costo acorde a dicha decisión.

Objetivos: Conocer el posible costo de tratar la Osteoporosis en México, de acuerdo a diversos escenarios de definición de umbral de intervención.

Métodos: Se proyecta a la población de mujeres de 50 y más años, la prevalencia de osteoporosis por definición densitométrica (de acuerdo a los Criterios de la OMS, 1994); la prevalencia de fractura vertebral; la incidencia de fracturas de cadera y la prevalencia de osteopenia más dos factores de riesgo. Se estima el costo anualizado de tratamiento de osteoporosis en 7,920 pesos (diagnóstico, fármacos y consultas) por persona.

Resultados: En el año 2007, la población de mujeres mayores de 50 años en México se estima en 8,570,310. Si se considera a la presencia de un T-Score de -2.5 o más abajo como definición para intervenir terapéuticamente, la cifra de mujeres es de 1,714,062 y el costo anual sería de 13,575 millones de pesos. El costo sería aproximadamente el mismo en el caso de considerar a una fractura vertebral prevalente como el criterio de para iniciar tratamiento, pues el número de mujeres es similar. Si se considera a aquellas que sufren una fractura de cadera como el criterio terapéutico, se estima en 14,483 mujeres cada año, con un costo de 114 millones. Además el costo de tratar a aquellas mujeres con osteopenia y 2 factores de riesgo, se sumarían otras 1,728,631 mujeres con un costo de 10,371 millones de pesos. Por comparación se anota que el Gasto Nacional en Salud en 2003 fue de 192,961 millones de pesos.

Conclusiones: La magnitud del costo de tratar a mujeres mexicanas con cualquiera de los elementos que definen un umbral de intervención puede superar notablemente a los recursos disponibles para la salud y se requiere investigación acerca de opciones costo-efectivas para evitar este potencial impacto

Co49

POLIMORFISMO Hind III DEL GEN PAI-1 Y NIVELES DE EXPRESIÓN DE LA PROTEÍNA PAI-1 EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Torres Carrillo N (1), Torres Carrillo NM (2), Oregón Romero E (3), Vázquez Del Mercado M (4), Martínez Bonilla G (5), Bernard Medina G (6), Palafox Sánchez C (7), Muñoz Valle JF (8)

(1)(2)(3)(4)(7)(8) IIRSME, (5)(6) Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

Introducción: El PAI-1 es el principal regulador de la activación del plasminógeno a plasmina. La plasmina degrada directamente proteínas de matriz de cartilago y hueso e indirectamente a través de la activación de MMPs. El polimorfismo Hind III del gen PAI-1 está asociado con cambios en los niveles plasmáticos de PAI-1.

Objetivo: Identificar el polimorfismo Hind III del gen PAI-1 y la concentración plasmática de PAI-1 en pacientes con AR.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 125 pacientes con AR y 132 sujetos sanos. Los genotipos se identificaron mediante PCR-RFLP. La proteína se cuantificó mediante un ensayo de ELISA. El análisis estadístico se realizó con los programas SPSS v 10.0 y STATGRAPHICS v 4.0.

Resultados: La población se encontró en equilibrio de Hardy-Weinberg para el polimorfismo Hind III del gen PAI-1. Las frecuencias de los genotipos C/C, C/G y G/G en AR fueron de 42.4%, 48% y 9.6%, mientras que en sujetos sanos fueron de 49.2%, 44.7% y 6.1%. La frecuencia del alelo C en AR y sujetos sanos fue de 66.4% y 71.6%, respectivamente, mientras que para el alelo G fueron de 33.6% y 28.4%, respectivamente. Los pacientes con AR mostraron niveles plasmáticos más bajos de PAI-1 comparados con los sujetos sanos (18.9 vs 23.7 ng/mL, respectivamente). Además, los pacientes portadores del genotipo C/G mostraron un incremento de PAI-1 (23.0 ng/mL), respecto a los portadores de los genotipos C/C y G/G (16.8 and 10.5 ng/mL, respectivamente) ($p < 0.05$).

Conclusiones: Los pacientes portadores del genotipo C/G, muestran un incremento significativo de los niveles plasmáticos de PAI-1. Sin embargo, el polimorfismo Hind III del gen PAI-1 no se asoció con susceptibilidad para AR.

Co50

ASOCIACIÓN BACTERIANA EN ENFERMEDAD PERIODONTAL (EP) Y LÍQUIDO SINOVIAL (LS) DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE AGRESIVA, PERSISTENTEMENTE ACTIVA (ARAPA) A PESAR DE TRATAMIENTO INTENSO

Martínez-Martínez RE (1), Loyola-Rodríguez JP (2), Patiño-Marín N (3), Cuevas-Orta E (4), Rizo-Rodríguez J (5), Abud-Mendoza C (6)

(1)(2)(3) UASLP, (4)(5)(6) Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central, SLP

Introducción: La EP habitualmente asociada a anaerobios diversos potencialmente contribuye a la antigenemia persistente condicionante de alteraciones de inmune-regulación. La EP es más frecuente en pacientes con AR y en estos concurren anticuerpos contra microorganismos observados en la EP.

Pacientes y métodos: Realizamos estudio transversal descriptivo prolectivo en pacientes con ARAPA y EP, no seleccionados. Se evaluaron clínicamente, tomamos 3 muestras de placa subgingival (PS), de sangre periférica (SP) y de LS, aislamos DNA de estas muestras y posterior a amplificación, realizamos electroforesis en gel de agarosa y lectura a través de luz UV.

Resultados: Incluimos 10 pacientes con ARAPA y EP, 9 mujeres y con edad de 61.7 años. Detectamos a *Prevotella intermedia* en todos, tanto en muestras de PS como en SP y en el 77% de LS; *Tannerella forsythensis*: 50% en PS y 10% en SP y LS; *Actinobacillus actinomycetemcomitans* 10% en PS, SP y LS, *Porphyromonas gingivalis* 80% en PS, SP y LS, *Treponema denticola*

80% en PS, 20% SP y LS. Hubo correlación entre las bacterias de la PS con las de SP o/y LS.

Conclusiones: Encontramos correlación positiva entre la presencia de las bacterias de la PS y las de SP y LS. Las bacterias de la EP pueden tener un papel en la fisiopatología de la AR.

Co51

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y COMPLEJO SICCA. ANÁLISIS PRELIMINAR

García-López R (1), Nava A (2), Riebeling-Navarro C (3), García-de la Torre I (4), Orozco-Barocio G (5)

(1) Hosp Gral Occidente SSJ, (2) UIEC UMAE HE CMNO IMSS / Facultad de Medicina ACS Universidad Autónoma de Guadalajara, (3) UIEC UMAE HP CMN-SXXI IMSS / UNAM, (4) (5) Hospital General de Occidente SSJ / CUCS Universidad de Guadalajara

Resumen: En el lupus eritematoso sistémico (LES) la coexistencia (8 a 30% de los casos) del síndrome de Sjögren (SS) identifica a un subgrupo con curso "benigno" (menor nefropatía). Sin embargo el diagnóstico del SS requiere procedimientos invasivos (biopsia y sialografía) no disponibles universalmente. El complejo sicca (CS) se considera precursor del SS y puede identificarse en la historia clínica sin procedimientos invasivos. En este trabajo evaluamos las posibles asociaciones clínico-serológicas del subgrupo de LES con CS.

Material y métodos: Estudio transversal de casos consecutivos y fase comparativa. Se incluyeron 32 pacientes con diagnóstico de LES (≥ 4 criterios ACR). En este análisis preliminar con al menos 1 año de duración de la enfermedad, se evaluaron las frecuencias de xerofthalmia, xerostomía (American-European Consensus Criteria, AECC) y la información demográfica y clínica incluyó MEX-SLEDAI, SLICC-ACR. Análisis Estadístico: comparación con Pruebas exacta de Fisher y Mann Whittney.

Resultados: Diez pacientes tuvieron complejo sicca y 22 no lo presentaron. La edad promedio del grupo total fue de 37 ± 13 años. No se encontraron diferencias significativas entre las pacientes con y sin complejo sicca al momento de inclusión respecto a: edad (44 ± 13 vs 43 ± 12 años, $p = 0.09$), duración de la enfermedad (110 ± 52 vs 91 ± 68 meses, $p = 0.3$), MEX-SLEDAI (0.9 ± 0.7 vs 2.3 ± 2.7 , $p = 0.3$), SLICC-ACR (0.7 ± 1.6 vs 0.8 ± 0.9 , $p = 0.3$), así como artritis, manifestaciones mucocutáneas, serositis y leucopenia. Otras manifestaciones mostraron tendencias (con sicca vs sin sicca), como hipertensión arterial pulmonar (HAP) (0% vs 23%), nefropatía (50% vs 64%), linfopenia (80% vs 55%) y anti-DNA (30% vs 50%).

Conclusiones: En el análisis intermedio de este trabajo, el comportamiento clínico-serológico de pacientes con LES con y sin complejo sicca es semejante; aunque llama la atención las tendencias en los pacientes con sicca a mostrar mayor linfopenia pero menor HAP, nefropatía y anticuerpos anti-DNA.

Co52

CORRELACIÓN ENTRE PROGESTERONA, PROLACTINA Y CORTISOL CON RECEPTORES CD94/NKG2 Y NKG2D EN SANGRE PERIFÉRICA DURANTE EL CICLO MENSTRUAL

Martínez-García EA (1), Vázquez-del Mercado M (2), Sánchez-Hernández PE (3), Muñoz-Valle JF (4), Martín-Márquez BT (5), Arana-Argáez VE (6), García-Iglesias T (7), Balderas-Peña LMA (8), Del Toro-Arreola A (9), Núñez-Atahualpa L (10), Velázquez-Rodríguez J (11), González-López L (12), Gámez-Nava JI (13), Daneri-Navarro A (14)

(1)(2) IIRSME, CUCS, U de G, (3) Laboratorio de Inmunología, CUCS, U de G, (4)(5)(6) IIRSME, CUCS, U de G, (7) Laboratorio de inmunología, CUCS, U de G, (8) Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Centro Médico de Occidente, IMSS, (9) Laboratorio de Inmunología, CUCS, U de G, (10) Universidad Autónoma de Guadalajara, (11) Unidad de Investigación Médica de Zacatecas, IMSS, (12) Hospital Regional General 110, IMSS, (13) Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, Centro Médico de Occidente, IMSS, (14) Laboratorio de Inmunología, CUCS, U de G

Introducción: Existe evidencia de que el sistema inmune materno 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 T, células T reguladoras (TReg), células NK y de receptores de activación e inhibición tales como NKp30, NKp44, NKp46, NKG2D, ILT-2 y CD94/NKG2, y probablemente dichas fluctuaciones están relacionadas de manera crucial en los procesos de reproducción tanto en el ciclo menstrual como en el embarazo.

Objetivo: Analizar las fluctuaciones de células T, TReg, NK y sus receptores de activación e inhibición en sangre periférica de mujeres clínicamente sanas durante el ciclo menstrual y su correlación con hormonas tales como progesterona, estradiol, prolactina y cortisol.

Metodología: Se incluyeron a 7 mujeres (rango de edad de 20-35 años) con ciclos menstruales regulares de 28 a 31 días y en ausencia de tratamiento con anticonceptivos. Todas las mujeres firmaron la carta de consentimiento informado. El porcentaje de subpoblaciones celulares y la expresión de receptores de activación e inhibición se realizaron por la técnica de citometría de flujo. La cuantificación de hormonas se realizó por el método de quimioluminiscencia en suero en los días 5 y 21 del ciclo menstrual.

Resultados: En este estudio, encontramos que la hormona progesterona y prolactina mostraron una correlación positiva ($\rho = 0.802$, $p < 0.05$, $\rho = 0.757$, $p < 0.05$, respectivamente) con el receptor CD94/NKG2 expresado en células T y una correlación negativa ($\rho = -1.00$, $p < 0.01$, $\rho = -0.857$, $p < 0.05$, respectivamente) del mismo receptor pero expresado en células NK en la fase lútea del ciclo menstrual. Por otro lado los niveles de cortisol correlacionaron positivamente ($\rho = 0.857$, $p < 0.05$) con el receptor NKG2D expresado en células NK en la fase lútea del ciclo menstrual.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio sobre la expresión del receptor inhibidor CD94/NKG2 y el receptor activador NKG2D correlacionados a una hormona en particular (progesterona, prolactina y cortisol) durante la fase lútea del ciclo menstrual podrían contribuir al entendimiento de la fisiología del eje neuroendocrino sobre el sistema inmune y regular la homeostasis del ciclo menstrual. Será necesario en estudios posteriores la realización de estudios funciones que puedan esclarecer esta información.

C053

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN DESENLACES CLÍNICOS, EMOCIONALES Y FUNCIONALES A CORTO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Ambriz, Y (1), Cervantes EC (2), Cardiel MH (3)

(1)(2)(3) Hospital General Dr. Miguel Silva

Introducción: La educación de pacientes con enfermedades crónicas modifica desenlaces clínicos relevantes en diversas enfermedades que incluyen las reumáticas. Es importante conocer si esto ocurre en nuestro medio y el impacto de dicha intervención.

Objetivo: Evaluar el resultado a corto plazo de una intervención educativa en pacientes con Artritis Reumatoide (AR), en relación con dolor, depresión, capacidad funcional y calidad de vida.

Pacientes y métodos: Se invitaron a pacientes ambulatorios con AR, quienes participan en proyectos de investigación clínica o en estudios de cohorte, en una institución de segundo nivel de atención. LA MANIOBRA: Una instructora previamente entrenada, proporcionó durante seis sesiones semanales, de dos horas cada una, los siguientes temas: explicación de que es la AR, Beneficios y práctica de ejercicios, Técnicas para el manejo del dolor, Nutrición, Osteoporosis, Técnicas de distracción, Medicamentos en la AR, y Manejo de la Fatiga, como convertirse en una persona preactiva ante la AR. Se presentaron cuestionarios al inicio y al final del curso por

medio de una entrevista con datos demográficos, terapéuticos, funcionales (HAQ-Di), Evaluación del dolor, de satisfacción al tratamiento, SF-36 para calidad de vida e Inventario de Beck para depresión.

Análisis estadístico: Se realizó estadística descriptiva, y comparación entre valores iniciales y finales en los pacientes con cuestionarios completos. La significancia se consideró con un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se presentan los datos de 16 pacientes quienes han concluido satisfactoriamente este programa en nuestro centro. Ver archivo adjunto.

Conclusiones: Un programa educativo en pequeños grupos mejora dolor, funcionalidad, y calidad de vida, en pacientes con AR, atendidos de manera ambulatoria. Debe de fomentarse esta intervención como parte del manejo integral de estos pacientes.

C054

ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE EPSTEIN BARR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Brambila-Tapia AJL (1), Zavala Cerna G (2), Nava A (3), Gutiérrez Ureña S (4)

(1) UMAE Hospital de Especialidades CMNO IMSS / CUCS Universidad de Guadalajara, (2) UIEC UMAE Hospital de Especialidades CMNO IMSS / CUCS Posgrado Inmunología Universidad de Guadalajara, (3) UIEC UMAE HE CMNO IMSS / Facultad de Medicina ACS Universidad Autónoma de Guadalajara, (4) Servicio de Reumatología OPD Hospital Civil Fray Antonio Alcalde / CUCS Universidad de Guadalajara

Introducción: Se ha descrito la presencia de anticuerpos séricos contra el virus de Epstein Barr (VEB) en pacientes con AR y EA en niveles superiores a los sujetos clínicamente sanos. Sin embargo no es claro si los títulos de esta reactividad son diferentes en estas dos entidades, las cuales además en ocasiones muestran también reactividad de anticuerpos contra el virus C de hepatitis (VHC).

Objetivo: evaluar los títulos de anticuerpos contra VEB y positividad para anticuerpos contra VHC en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) y Espondilitis Anquilosante (EA), así como en sujetos clínicamente sanos.

Material y métodos: Se incluyeron 40 pacientes con AR (criterios ACR) y 40 pacientes con EA (criterios de Nueva York) atendidos en el hospital civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Se incluyeron 40 sujetos aparentemente sanos. Detección de anticuerpos contra VEB: utilizando ensayo inmunoenzimático (ELISA, Diagnostic Automation Inc) se midieron los niveles séricos de anticuerpos IgG contra el antígeno de la cápside viral del VEB (aVEB). Detección de anticuerpos vs. VHC (aVHC): se detectaron mediante ELISA-DOT sándwich en escala dicotómica (Cortez Diagnostics Inc.).

Resultados: Las edades fueron AR 43 ± 10.7 , EA 33 ± 13.8 , SCS 31 ± 9.4 . La duración de la enfermedad AR 10 ± 8.6 , EA 7.1 ± 7.1 . Los títulos de aVEB fueron AR 1.8 ± 0.6 , EA 1 ± 0.4 , SCS 1.3 ± 0.6 . Se realizó una prueba de Kruskal Wallis debido a la distribución no paramétrica de los resultados encontrando para aVEB una diferencia estadísticamente significativa haciendo una comparación entre pacientes con AR y EA ($p < 0.001$) y en pacientes con AR y controles ($p < 0.01$), igualmente se encontró una diferencia significativa de los anticuerpos entre EA y Controles ($p < 0.05$), sin embargo en éste último la diferencia entre rangos fue negativa. Todos los pacientes resultaron aVHC negativos.

Conclusiones: A pesar de la alta prevalencia del VEB en la población mundial, nuestros resultados demuestran que los títulos de anticuerpos vs. VEB (contra el antígeno de la cápside viral del VEB, presente en infección activa) en pacientes con AR y EA y en SAS difieren significativamente al compararse entre ellos, con niveles claramente superiores en los pacientes con AR, aunque la comparación entre los títulos de EA y SAS muestra diferencia, es con mayor título para SAS. En estudios posteriores deberá estudiarse la presencia de actividad viral del VEB o establecer si se trata de una respuesta de memoria en inmunidad humoral conducida por antígeno. No se detectó ningún caso positivo para anticuerpos contra VHC.

C055

EFFECTIVIDAD DEL EJERCICIO EN EL DOLOR SECUNDARIO A OSTEOARTRITIS DE CADERA: RESULTADOS DE UN META-ANÁLISIS

Hernández-Molina G (1), Reichenbach S (2), Zhang B (3), LaValley M (4), Felson DT (5)

(1)(2)(3)(4)(5) *Boston University*

Objetivo: Las recomendaciones actuales del ejercicio como medida terapéutica para disminuir el dolor en osteoartritis (OA) del miembro pélvico inferior se basan principalmente en estudios de rodilla. Para obtener recomendaciones más dirigidas a la cadera, reunimos la evidencia de la eficacia del ejercicio de estudios clínicos aleatorizados que incluyeran pacientes con OA de cadera.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar estudios que evaluaran dolor (EVA, subescala de dolor de WOMAC, escala de Harris) en OA de cadera. Los estudios debían ser aleatorizados, completados al menos por 60% de los participantes, contar con un grupo control que no realizara ejercicio y al menos un grupo que realizara ejercicio por al menos 4 semanas (estiramiento y/o aeróbico, acuático y/o no acuático, individual y/o grupal, en casa y/o en gimnasio), en sesiones ≥ 1 por semana con duración ≥ 30 min. Se excluyeron estudios que involucraran movilización pasiva. Dos revisores independientemente realizaron la extracción de la información y contactaron a los autores de los estudios cuando fue necesario. Mediante el software R (*The R Project for Statistical Computing*, <http://www.r-project.org>) se calculó el tamaño del efecto (ES) del ejercicio vs. control y el estadístico I^2 para buscar heterogeneidad entre los estudios. Un resultado negativo en el ES significó beneficio de ejercicio sobre el control. Los estudios fueron combinados utilizando un modelo de efecto aleatorio.

Resultados: 9 estudios cumplieron los criterios de inclusión, de los cuales 7 combinaban OA de cadera y de rodilla. Contactamos a los autores principales de estos estudios para solicitar la información específica de los participantes con involucro de la cadera. El meta-análisis incluyó 602 participantes en el grupo de ejercicio y 632 sujetos como controles. Al comparar ejercicio vs. control, encontramos un efecto benéfico a favor del ejercicio (ES=-0.38 IC 95% CI -0.68 a -0.08, $p=0.01$) pero con gran heterogeneidad entre los estudios ($I^2=75\%$). Esta heterogeneidad fue removida ($I^2=0\%$) después de excluir un estudio con diferente metodología (el ejercicio no fue enseñado en persona al paciente en ninguna sesión, sólo con un video demostrativo). Por lo que al analizar estudios con diseño similares se optimizó el efecto benéfico del ejercicio (ES=-0.46 IC 95% -0.64 a -0.28, $p<0.0001$).

Conclusión: El ejercicio es un tratamiento eficaz para aliviar el dolor en OA de cadera.

C056

IDENTIFICACIÓN DE LOS AUTOANTÍGENOS RECONOCIDOS POR LOS SUEROS DE PACIENTES CON EMTC QUE NO RECONOCEN U1RNP

Pascual-Ramos V (1), Núñez-Álvarez CA (2), Martínez-Bezies V (3), García-Hernández JL (4), Cabiedes J (5)

(1)(2)(3)(4)(5) *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*

Resumen: El diagnóstico de EMTC se establece con base en la presencia de manifestaciones clínicas y de títulos altos de anticuerpos anti-U1RNP. Existen pacientes quienes reúnen los criterios clínicos pero carecen de los autoanticuerpos.

Objetivo: Identificar mediante electroinmunotransferencia los auto antígenos reconocidos por los sueros de pacientes con criterios clínicos para EMTC que no reconocen U1RNP por ELISA.

Métodos: Estudiamos a 16 pacientes con criterios clínicos de EMTC y anticuerpos anti-U1RNP negativos. Se detectaron anticuerpos anti-nucleares

mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI), anti-U1RNP por ELISA y anti-RNP (70), RNP A, RNP C, proteínas del centrómero (CENP B y A) y anticuerpos contra otros antígenos nucleares y citoplásmicos (proteínas P-ribosomales P0, P1/P2) mediante electroinmuno-transferencia (Western Blot).

Resultados: Todas las muestras tuvieron AAN positivos, dos presentaron un patrón homogéneo con dilución 1:640. Ninguna de las muestras reconoció U1RNP por ELISA. El WB reveló que dos muestras (12.5%) reconocieron RNP 70 y ninguna RNP A y C. Cinco muestras (31.3%) reconocieron CENP B, seis (37.5%) SSA 60, seis (37.5%) SSA/SSB 52; además, observamos reconocimiento de otros autoantígenos nucleares y citoplásmicos en diferentes porcentajes: PM-Scl (12.5%), Ku 86 (25%), Jo-1 (12.5%), SS-B bandas de 47, 44 y 43 (18.8%), P- Ribosomal proteína P0 (25.0%), P-ribosomal proteínas P1/2 (18.8%) y CENP A (25%). Únicamente dos muestras no reconocieron ningún antígeno mediante WB, sin embargo, por IFI sus patrones de tinción fueron moteado grueso 1:80 con citoplásmico 1:80 y moteado grueso 1:160 con filamentos intermedios 1:80.

Conclusiones: Existen pacientes con manifestaciones clínicas de EMTC quienes carecen de anticuerpos anti-U1RNP, dichos pacientes reconocen numerosos antígenos nucleares y citoplásmicos cuya relevancia se desconocen hasta el momento.

C057

SEGURIDAD OCULAR CON HIDROXICLOROQUINA. CUATRO AÑOS DE SEGUIMIENTO

Barbosa RE (1), Vargas AS (2), Lugo G (3), Mijangos LF (4), Muñoz P (5)

(1)(2)(3)(4)(5) *Hospital Juárez de México*

Introducción: Los agentes antimaláricos como la Hidroxicloroquina (HCQ) se utilizan como tratamiento de distintas enfermedades autoinmunes: Lupus Eritematoso Generalizado (LEG), Artritis Reumatoide (AR), Síndrome de Sjogren (SS), Dermatomiositis (DM), entre otras. Los efectos adversos más comunes de la HCQ son gastrointestinales, cutáneos y cefalea. La toxicidad ocular por HCQ incluye queratopatía, alteración del cuerpo ciliar, opacidad del cristalino y retinopatía. Los factores de riesgo para retinopatía, el evento adverso más relevante, incluyen: dosis diaria y acumulada, duración del tratamiento, edad y coexistencia de patología retiniana, renal y hepática. La incidencia de retinopatía por HCQ es muy baja, se han reportado en la literatura menos de 50 casos por lo que se discuten la retinopatía real por HCQ, la evaluación oftalmológica más efectiva y la frecuencia de seguimiento.

Material y métodos: Se evaluaron 259 pacientes con enfermedad de la colágena tratados con Hidroxicloroquina en los servicios de reumatología y oftalmología en forma conjunta: 232 mujeres, 27 hombres; rango de edad 18-69 años; diagnósticos AR 147, LEG 63, SS 38, DM 11; Hepatopatía 3, Nefropatía 21, Retinopatía 1. Prescripción de Hidroxicloroquina: dosis diaria 200-400 mg/día, dosis/kg máxima 6.5mg/día, duración del tratamiento 6-48 meses. La frecuencia de evaluación oftalmológica fue de 4-12 meses con los siguientes métodos: interrogatorio dirigido, agudeza y capacidad visual, biomicroscopia de segmento anterior y posterior.

Resultados: Se suspendió el tratamiento en 11 pacientes por eventos adversos gastrointestinales, cutáneos y cefalea. No se documentó en ningún paciente retinopatía asociada a Hidroxicloroquina.

Conclusiones: La retinopatía es el evento adverso más relevante del tratamiento con HCQ, aunque su incidencia es muy baja. Los resultados obtenidos en este estudio; a dosis máxima de 6.5 mg/día, por un período máximo de 48 meses, con los métodos de evaluación oftalmológica mencionados; son congruentes con los reportados en la literatura. Debido a que no existe un consenso de evaluación oftalmológica en pacientes con HCQ, sugerimos una evaluación anual que incluya además fluorangiografía, electrorretinografía y electrooculograma.

C058

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD EN PACIENTES CON OSTEOARTRITIS (OA) DE RODILLA

Duarte-Salazar C (1), Gúzman-Vázquez S (2), Miranda-Duarte A (3), Reyes-Marín B (4)

(1)(3)(4) Instituto Nacional de Rehabilitación, (2) Universidad Autónoma del Estado de México

Introducción: La OA es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, costos económicos y discapacidad.

Objetivo: Evaluar el impacto de la OA de rodilla en el estado de salud de pacientes mexicanos e identificar factores que impactan adversamente en el estado de salud de pacientes con OA de rodilla.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 173 sujetos, estudio: casos y controles. Se utilizó la clasificación radiológica de Kellgren/Lawrence >2: casos con OA de rodilla, <2: controles sin OA. Instrumentos utilizados: SF-36 y WOMAC dividido en dolor, rigidez y función física.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, paramétricas y no paramétricas. Comparación de grupos: prueba de t de Student en variables cuantitativas y chi2 en variables cualitativas.

Resultados: 91 en Grupo con OA (F/M 78/13) y 82 en Grupo control (F/M 70/12), edad de 57.1±9.5 y 50.9±8.9 años (p=0.000) respectivamente, IMC de 28.4±5.2 y 25.6±3.1 (p=0.000), pérdida de alineación y laxitud ligamentaria con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p<0.005). La co-morbilidad fue mayor en el Grupo con OA (p<0.001). Las puntuaciones de WOMAC fueron significativamente peores en Grupo con OA vs. Grupo control: dolor 8.6±4 vs 5.5±3.6, rigidez 3.2±2.0 vs 1.8±1.7, función física 27±14 vs 17±13, todas las áreas con p=0.000. En SF-36 con diferencias estadísticamente significativas (p=0.000) entre los grupos; en dominios del área física: salud general, función física y dolor corporal; no se encontraron diferencias en los dominios del área mental: función social, rol emocional, rol físico y salud mental.

Conclusiones: Los pacientes con OA de rodilla presentan reducción en su capacidad física y un impacto substancial en el estado de salud relacionado con la calidad de vida.

C059

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN UN GRUPO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA CLÍNICA DE SEGUNDO NIVEL DEL IMSS

Rodríguez-Vázquez M (1), Herrera-Galicia M (2)

(1)(2) IMSS

Objetivo: Conocer la funcionalidad familiar en un grupo de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) mediante la aplicación del instrumento APGAR FAMILIAR.

Material y método: Mediante un estudio descriptivo se estudiaron 50 pacientes con AR a quienes se le aplicó un instrumento de medición para investigar funcionalidad familiar.

Resultados: Se encontró una edad promedio de 49.7 años (rango de 17 a 80 años) en el grupo estudiado, 80% de los pacientes fueron del sexo femenino. El 70 % presentó una función familiar catalogada como normal, 28% disfunción moderada y 2% disfunción severa. Al evaluar la Clase Funcional (CF) según criterios ACR, trece por ciento de los 15 paciente en CF I presentaron disfunción moderada, de los 16 pacientes en CF II 31% presentó disfunción moderada y 6% severa, cinco pacientes estaban en CF III y uno con disfunción familiar, un total de 14 pacientes en CF IV y con disfunción 43% de ellos. En relación al Grado Radiológico (GR) y disfunción familiar los resultados se muestran en la tabla siguiente.

Conclusión: Cerca de una tercera parte de los pacientes con AR estudiados presentaron algún grado de disfunción familiar. Es un estudio de interés

ya que evalúa al paciente desde el punto de vista de su dinámica familiar, punto olvidado y no evaluado hasta la actualidad y que pudiera ser de gran impacto en la práctica médica.

Funcionalidad familiar	GR I n (%)	GR II n (%)	GR III n (%)	GR IV n (%)
Normo-función	15 (79)	7 (59)	5 (71)	8 (67)
Disfunción moderada	4 (21)	4 (33)	2 (29)	4 (33)
Disfunción		1 (8)		
Total	19 (100)	12 (100)	7 (100)	12 (100)

n= número de paciente

C060

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA ASOCIADA A LA SALUD Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON GOTA CRÓNICA TOFÁCEA (GCT)

Álvarez-Hernández E (1), Zamudio J (2), Alvarez-Etcheagaray SE (3), Vázquez-Mellado J (4)

(1)(2)(3)(4) Hospital General de México, O.D.

Introducción: En los pacientes con gota es frecuente la limitación funcional por cuadros de artritis o bien por secuelas o tofos. En gota no existen instrumentos específicos para valorar actividad, capacidad funcional o calidad de vida desde la perspectiva del paciente. Se desconoce si instrumentos genéricos como el HAQ-DI o el MOS-20 o específicos para otras enfermedades como el AIMS en AR puedan aplicarse en pacientes con gota.

Objetivo: Evaluar características clinimétricas de los cuestionarios HAQ-DI, MOS-20 y AIMS en pacientes con GCT.

Sujetos y métodos: Se incluyeron 49 pacientes con GCT. Se obtuvieron variables demográficas, clínicas, fuerza de prensión (FP), tiempo de marcha (tM), EVA de dolor y de percepción global de la salud medidas por el paciente y se aplicaron los 3 cuestionarios en la valoración basal. En 20 pacientes se realizó una segunda evaluación de los mismos parámetros 8 semanas después.

Resultados: Todos los pacientes fueron del sexo masculino. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 14.9 ± 8.3 años. 30 pacientes tenían articulaciones dolorosas (61.2%), 21 articulaciones con limitación funcional (42.9%), 6 con articulaciones inflamadas (12.2%) y 47 (95.9%) con tofos. Las escalas análogas de valoración de dolor y salud global por el paciente fueron de 24.2 ± 25 y 50.9 ± 30 respectivamente. La FP fue de 159.2 ± 68 mmHg en la mano derecha y de 158.3 ± 62 mmHg en la mano izquierda. El tM de 15 m fue en promedio de 0.14 ± 0.05 segundos. El HAQ-DI fue de 0.43±0.56 con una alfa de Cronbach (αC) de 0.89. El MOS-20 tuvo calificaciones de 34.26 a 70.33 con una αC de 0.75. El AIMS tuvo calificaciones de 2.66 a 5.94 con una αC de 0.66 a 0.96. Los pacientes con limitación funcional tuvieron mayor tM, menor FP y calificaciones mayores en el HAQ-DI y el AIMS y menores en el MOS-20. Los pacientes con articulaciones dolorosas tuvieron mayor tM y calificaciones mayores en algunas categorías del AIMS. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con articulaciones inflamadas ni con tofos. Como era de esperarse los pacientes con dolor en extremidades superiores tuvieron menor FP y aquellos con dolor en extremidades inferiores mayor tM. El HAQ-DI, el tM y la FP correlacionaron mejor con las variables del componente físico que con las del componente mental del AIMS y del MOS-20. La sensibilidad al cambio en los pacientes con mejoría o deterioró de los 3 cuestionarios fue adecuada con porcentajes de cambio significativos.

Conclusión: El HAQ-DI, el AIMS y el MOS-20 son útiles para valorar capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con GCT.

Co61

USO DE RITUXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES

García Jaimes J (1), Sánchez González ML (2), Hernández Vásquez R (3), Camargo Coronel A (4), Barile Fabris L (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Resumen: El rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal quimérico, que produce depleción de células B de sangre periférica y que se ha empleado en enfermedades autoinmunes refractarias.

Objetivo: Describir nuestra experiencia con el empleo de RTX en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Material y métodos: Analizamos los expedientes clínicos de pacientes que recibieron RTX por enfermedad refractaria. La eficacia del tratamiento se evaluó midiendo la actividad al inicio, a los 3, 6 y 12 meses, en los pacientes con artritis reumatoide (AR) con el DAS 28 y por SLEDAI en lupus eritematoso sistémico (LES). El análisis estadístico se efectuó mediante la determinación de medias, desviación estándar y frecuencias.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes, 26 con AR refractaria, 25/26 fueron mujeres (96%), 11 recibieron 3 FARME y 2 más de 6 FARME, 4 tuvieron falla a la administración de anti TNF. De 5 pacientes con LES, 3/5 fueron mujeres (60%), 3 con nefropatía refractaria a pulsos de ciclofosfamida y 2 con trombocitopenia refractaria a los cuales se les indicó 3 pulsos de MPD (1g/d), PDN (60-125 mg/día), Ig IV (0.4g/kg/5 días), danazol (200 mg/día) y vincristina (3 mg) con intervalo < 15 días. Se incluyó 1 paciente con dermatomiositis refractaria a prednisona, metotrexato y pulsos de ciclofosfamida, evolucionando a los 3 meses con descenso de creatinofosfocinasa de 30680 U/l a 2094 U/l. Se anexan tablas.

Eventos adversos: Durante la infusión de RTX se presentó rash cutáneo y prurito en 5/32, hipotensión con edema faríngeo en 1 y leucopenia moderada en 2. En 3/32 se documentaron infecciones menores, y 2/32 cursaron con neumonía.

Conclusión: El RTX es una opción útil y segura en pacientes refractarios a manejo convencional.

AR n=26	Media y DE
VSG pre	31±10
VSG post	23±14
PCR pre	3.4±3.9
PCR post	0.8±1
DAS 28 inicio	6.6 ±7.6
DAS 28 3 meses	4.3 ±1.6
DAS 28 6 meses	3.9±1.6
DAS 28 12 meses	2.9±2.6

LES n=5	Media y DE
SLEDAI al inicio	11 ±1.6
SLEDAI 3 meses	4.3 ±1.6
SLEDAI 6 meses	3.9±1.6
SLEDAI 12 meses	2.9±2.6

Media y DE	AR n=26	LES n=5
Edad en años	42±12	34±10
Evolución años	7±6	5±3
Prednisona pre	15.29±5.72	70±30
Prednisona post	9.39±4.72	40±13
Tratamiento antes de RTX	MTX: 13 ±3 mg	CFM: 16.5±9 grs
Tratamiento después de RTX	MTX: 13±4mg	CFM: 6.5±4grs

Co62

FRECUENCIA DE MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES Y PULMONARES EN UNA SERIE DE PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA

Díaz-Galicia Y (1), Codina VH (2), Medrano Ramirez G (3), Álvarez-Hernández E (4)

(1)(2)(3)(4) Hospital General de México

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) una enfermedad crónica multi-sistémica, que se caracteriza por fibrosis y daño microvascular, virtualmente de todos los órganos y sistemas. Frecuentemente hay manifestaciones clínicas en la piel, vasos sanguíneos, pulmones, riñones, tracto gastrointestinal (GI) y corazón.

Objetivos: Describir la frecuencia de manifestaciones gastrointestinales y pulmonares en pacientes con ES. Sujetos y métodos: Se realizó una revisión de los expedientes de 53 pacientes con ES para recabar datos demográficos y clínicos para caracterizar las manifestaciones clínicas de afección GI y pulmonar. Los estudios de laboratorio y gabinete no se realizaron de forma sistemática en todos los pacientes por lo que la frecuencia se estableció en base al total de pacientes con el estudio realizado.

Resultados: Se estudiaron 53 pacientes con ES de los cuales 94.3% fueron del sexo femenino, con edad promedio de 45 ± 15 años y tiempo de evolución de la enfermedad de 5.6 ± 4 años. El 60.4% con variedad cutánea limitada (VCL) y el resto a la variedad cutánea difusa (VCD). La calificación de Rodnan fue de 17 ± 9. Las principales manifestaciones GI fueron disfagia (31/53), reflujo (17/53), epigastralgia (9/53), xerostomía, pirosis y diarrea (8/53), vómito y pérdida de peso (6/53), estreñimiento, distensión abdominal y náusea (5/53). En el estudio panendoscópico los hallazgos fueron: úlcera duodenal (19/53), esofagitis (16/53), gastritis (15/53), estenosis esofágica (6/53), esófago de Barrett y duodenitis (4/53), úlcera gástrica, varices esofágicas, síndrome de Mallory Weiss y acalasia (1/53). En 13/15 pacientes en que se realizó manometría esofágica se reportó aperistalsis del cuerpo esofágico. En cuanto a afección pulmonar se documentó Hipertensión pulmonar en 11/27. En las pruebas de función respiratoria 20/41 tuvieron patrón restrictivo, 4/41 patrón obstructivo y 17/41 fueron normales. Se reportó una Capacidad vital menor de 55% en 10/41. La TAC pulmonar de alta resolución se reportó anormal en 18/22 con neumopatía intersticial en 11/22 y fibrosis pulmonar en 7/22. En cuanto a daño renal se documentó un filtrado glomerular (FG) ≤ 65% en 15/40 y la presencia de crisis renal en 9/40. El FG bajo y crisis renales fueron más frecuentes en la VCD pero sin una diferencia estadísticamente significativa. La esofagitis fue más frecuente en los pacientes con VCL (56.3 vs 21.9%, p = 0.017) sin encontrar diferencias significativas en el resto de manifestaciones GI y pulmonares.

Co63

PREVALENCIA DE FRACTURAS DE CUERPOS VERTEBRALES POR OSTEOPOROSIS EN ARTRITIS REUMATOIDE

Alcaraz-López MF (1), Rojo-Contreras EW (2), Aguilar-Chavez E (3), Cardenas-Chavez O (4), Loaiza-Cardenas C (5), Sánchez-Hernández JD (6), Gamez-Nava JI (7), Gonzalez-Lopez L (8)

(1) Hospital General Regional 110, IMSS, (2) IMSS, (3) Hospital General Regional 110 del IMSS, Universidad de Guadalajara, (4) Departamento de Radiología e Imagen, Hospital General Regional 110, IMSS, (5) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, y Postgrado Salud Pública U de G, (6) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del HECMNO IMSS, y CUCS Universidad de Guadalajara, (7) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HE CMNO. IMSS y Postgrado de Salud Pública y Farmacología CUCS U de G, (8) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, y Postgrado Salud Pública U de G

Introducción: la frecuencia de fracturas secundarias a osteoporosis en artritis reumatoide (AR) es elevada, sin embargo, muchas de ellas pueden pasar desapercibidas sin una revisión radiológica sistematizada.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de fracturas de cuerpos vertebrales por osteoporosis secundaria en AR.

Material y métodos: Estudio transversal. Se evaluaron 156 pacientes con AR >40 años provenientes de la consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel de atención del IMSS. A todas las pacientes se les realizó radiografía de columna lumbar y dorsal lateral para evaluar fracturas vertebrales (mediante la técnica semi-cuantitativa de Genant). En todas las pacientes se evaluaron características clínicas y se calculó la prevalencia de fracturas de cuerpos vertebrales por osteoporosis secundaria. Estas fueron clasificadas de acuerdo al índice de Genant en fractura leve, moderada y severa, se consiguieron además el sitio de localización.

Resultados: La edad promedio de las pacientes fue de 55±9 años, con un índice de masa corporal de 28±5, duración de la menopausia promedio de 9±10 años, la duración de la enfermedad promedio fue de 11±9 años. La frecuencia de fracturas de cualquier grado fue de 49% (76/156). 27 (17%) pacientes presentaron fractura leve, 40 (26%) pacientes fractura moderada y 9 (6%) pacientes fractura severa. 33 (21%) pacientes presentaron 2 o más vértebras con fractura. 49 pacientes con vértebras lumbares fracturadas y 46 pacientes con fractura de cuerpos vertebrales de columna dorsal (en 19 pacientes coexistieron ambas regiones con fractura).

Conclusiones: La elevada frecuencia de fracturas de cuerpos vertebrales por osteoporosis secundaria a AR, hacen necesario plantear estrategias de detección y tratamiento para evitar la morbilidad y otras consecuencias que acompañan a dichas fracturas.

Proyecto financiado por: FIS/IMSS/PROT/C2007/025

Co64

ALTERACIONES DE LAS PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Rocha AD (1), Gámez JI (2), Sánchez JD (3), Martínez J (4), González L (5)

(1)(4)(5) Hospital General Regional 110, IMSS, (2) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del HECMNO, CUCS UdeG, (3) Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: La Espondilitis Anquilosante (EA), es una enfermedad sistémica que puede provocar afección pulmonar, solo pocos estudios han evaluado la afección pulmonar de manera sistematizada, de aquí que se requiera información adicional para identificar su frecuencia en pacientes con pocas manifestaciones de la enfermedad.

Objetivo: Evaluar las alteraciones en las pruebas de funcionales pulmonares en pacientes con EA en comparación con controles.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo. Se evaluaron 34 pacientes con EA de consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel, se compararon con 36 controles de banco de sangre del mismo hospital sin enfermedad crónica conocida. A pacientes y controles se les aplicó una entrevista estructurada evaluando escala de dificultad respiratoria (escala de Borg - pre y post ejercicio), la calidad de vida (cuestionario de Saint George), y pruebas función respiratoria (PFR), donde se definió como afección pulmonar como capacidad vital forzada (FVC), volumen espiratorio forzado en 1 min (FEV1) y la relación FEV1/FVC menor a 75% de lo esperado. Las comparaciones se realizaron con t student y Ji2, y correlación de Pearson.

Resultados: Los pacientes y controles fueron similares en edad y sexo. El promedio de evolución de la EA fue de 11±7 años, 20% de los pacientes presentaban artritis periférica, 16% cervicalgia, y 14% entesopatía. Desde el punto de vista respiratorio la calidad de vida fue percibida como mala en 8/34 (24%) en EA vs 0/36 controles. En EA 11/34 (32%), tuvieron patrón restrictivo en las PFR. La tabla 1 compara las capacidades respiratorias en pacientes con EA y controles. Se aprecia una disminución significativa de la media porcentual de CVF ($p \leq 0.001$) y FEV1 ($p = 0.008$) e incremento de relación FEV1/CVF ($p \leq 0.001$). Se encontró correlación significativa entre la disminución de CVF% ($r = -0.47$, $p \leq 0.001$) y FEV1% ($r = -0.364$,

$p = 0.002$) con los años de evolución de la EA, y con el incremento FEV1/CVF% ($r = 0.45$, $p \leq 0.001$), y la escala de Borg posterior al ejercicio con el VEF1% ($r = 0.28$, $p = 0.02$).

Conclusión: Un porcentaje significativo de pacientes con EA pueden tener afección en las PFR que pueden pasar desapercibido en una revisión clínica convencional. Estas alteraciones deberán ser evaluadas de manera específica con el fin de considerar un abordaje temprano y una estrategia terapéutica adecuada. Futuros estudios deberán investigar si el desenlace de estos pacientes es diferente a los pacientes sin estas alteraciones.

Co65

VASCULITIS DE PEQUEÑO VASO ASOCIADA A CONSUMO CRÓNICO DE COCAÍNA. REPORTE DE UN CASO

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

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9)(10)(11)(12) Reumatología Hospital Universitario UANL Mty

Resumen: Masculino de 56 años, cantinero, con antecedentes de tabaquismo, alcoholismo, uso de cocaína y marihuana desde los 14 años. Con seis meses de evolución con ataque al estado general, pérdida de peso de 30 kg, proptosis de ojo derecho, lesiones purpúricas en extremidades superiores e inferiores y parestesias con pérdida sensitivo-motora de antebrazo y mano izquierda.

A la Exploración Física presencia de tatuajes en tronco, lesiones purpúricas en extremidades inferiores y mano péndula izquierda. Sin soplos cardiacos. Hb de 7.5 anemia microcítica hipocrómica, leucocitos 12000, BUN 82, creatinina 5.17, proteínas totales 5.6, albúmina 1.6, VIH, marcadores virales para hepatitis y VDRL negativos, urianálisis con proteinuria, 70 eritrocitos/campo, depuración de creatinina 13 ml/min. Aumento de volumen de la glándula lagrimal, herniación de grasa y ausencia de vasculitis.

Exámenes de inmunología con pANCA (+) 1:160. Biopsia renal mostró GMN rápidamente progresiva con escasos depósitos de complejos inmunes. Biopsia de piel con vasculitis leucocitoclástica. Se trata con bolos de solumedrol y ciclofosfamida con mejoría en la función renal y el estado general. Se egresa con prednisona y ciclofosfamida y continúa con abuso de drogas. Reingresa un año después con presencia de dolor abdominal tipo cólico y evacuaciones melénicas con datos de vasculitis mesentérica. Se manejó con bolos de solumedrol y mejoría completa del cuadro abdominal. Al tercer día de internamiento presenta cefalea intensa y pérdida súbita del estado de consciencia; TAC de cráneo con hemorragia subaracnoidea.

El paciente fallece. La autopsia reveló hemorragia subaracnoidea secundaria a malformación arteriovenosa. Conclusiones: Se han descrito numerosas complicaciones médicas asociadas al abuso de cocaína, entre ellas las cerebrales como en este paciente, con pocos reportes de vasculitis. No hay reportes previos de poliangiitis microscópica asociadas al uso de cocaína por lo que se debe de tener en cuenta en pacientes con estas características.

Co66

PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y CONOCIMIENTO ACERCA DE LA OSTEOROSIS

Clark P (1), Lavielle P (2)

(1)(2) Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La Osteoporosis (OP) es un grave problema de salud pública en la mayoría de los países, incluyendo el nuestro. Es una enfermedad silenciosa cuya manifestación mas grave son las fracturas. Es conocido que las conductas de prevención de los individuos están relacionadas con

el grado de conocimiento y la percepción del riesgo que poseen acerca del padecimiento

Objetivo: Describir la percepción de riesgo y el grado de conocimiento acerca de la OP en la población mexicana de diferentes edades y nivel socio-económico

Procedimiento: Se aplicó un cuestionario, validado en población mexicana, que consta de 34 preguntas dirigidas a explorar: a) conocimientos acerca de factores de riesgo para padecer OP, y b) la percepción de riesgo de padecer OP que está integrada por la evaluación de la gravedad, el grado de responsabilidad, la probabilidad y la preocupación de padecer la enfermedad

Resultados: Se llevó a cabo una encuesta por cuotas, casa por casa y en centros de afluencia, a 454 sujetos (igual número de hombres y mujeres); el 67.5% tenían entre 25-45 años el grupo restante entre 46- 87 años. En relación al nivel de escolaridad, el 9.8% cursaron primaria, el 16.4% secundaria, 22.3% nivel medio superior y el 33.2% nivel superior. Respecto a la percepción de riesgo solo el 24.0% de los encuestados evaluó como posible que pudiera padecer OP y a solo el 35.4% le preocupaba tener la enfermedad. La responsabilidad personal de padecer OP fue aceptada por el 53.3% de los sujetos, en tanto que el 84.9% evaluó la OP como un padecimiento grave. Finalmente, cerca del 83.0% de los sujetos no discriminó adecuadamente los factores de riesgo de padecer OP, esto fue independiente del sexo, nivel socio-económico y la edad.

Conclusiones: En México, tanto el grado de conocimientos como la preocupación de padecer OP son muy bajos, lo que podría representar un grave obstáculo en la implantación de medidas preventivas tendientes a prevenir la enfermedad y sus complicaciones por parte de los sujetos.

Co67

AUSENCIA DE CORRELACIÓN CLÍNICA-HISTOPATOLÓGICA EN INSUFICIENCIA RENAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA (IRRP) EN LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO (LEG)

Dimas-Pecina V (1), Irazoque F (2), Andrade L (3), Borjas JA (4), Aranda F (5), Isordia J (6), Chevaile A (7), Martínez-Galla D (8), Cuevas-Orta E (9), Abud-Mendoza C (10)

(1) Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, UASLP, SLP, (2)(3) Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades "20 de Noviembre" ISSSTE, (4)(5)(6)(7)(8) Departamento de Nefrología y Transplantes, Hospital Central, UASLP, SLP, (9)(10) Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, UASLP, SLP

Resumen: La IRRP tiene correlación estrecha con proliferación extracapilar habitualmente observada en glomerulonefritis (GN) proliferativa difusa en LEG. Presentamos 3 pacientes de género femenino de 44, 24 y 23 años con IRRP e histopatología de menor gravedad y que per se no explica su cuadro clínico.

Caso 1. Acudió por retención hídrica, oliguria y elevación de azoados, motivo por el que requirió de megadosis de mPDN y hemodiálisis (HD), con historia de poliartalgias y disnea de esfuerzo, con TA 150/90 FC100x anemia, leuco-linfopenia, creatinina de 3.4 mg/dl, hipercolesterolemia de 286, eritrocituria y proteinuria de 5 g/L, Dc 20 ml/min, AAN +, anti-DNA ds 348, C4: 11 mg. Su manejo incluyó también ciclofosfamida (CFM), pdn, IECA y ARA, con biopsia con GN mesangial (II) con índice de actividad de 4 y de cronicidad de 2. Ha recibido 5 dosis de CFM, se encuentra normotensa, c 1.4, Dc 56 ml y sólo con proteinuria de 356 mg/24 hs, ya sin HD.

Caso 2. Acudió con eritema malar, úlceras orales, artralgias y edema de Ms Is, con leucopenia, linfopenia, c 2.8 Dc 12 ml/min, cilindriuria, proteinuria de 3 g/L, eritrocituria y piuria, DNA 320, C4: 5 C3: 58. Biopsia: 20 glomérulos con GN clase II-A. Se manejó con mPDN y rituximab 1 g en dos dosis, con adecuada respuesta: c1.4 Dc 50 ml/min.; además con IECA, pdn, estatina e OH-cq. Recaída que respondió a rituximab y mPDN.

Caso 3. Historia de mamá con AR agresiva; hipotiroidismo 2 meses antes, acudió con ataque al estado general, náusea, vómito, edema progresivo hasta anasarca, oliguria, hematuria y disnea progresiva hasta de mínimos esfuerzos, proteinuria de 5 g/L y creatinina de 1.17. Una semana después ingresó

con TA 110/80, 11.8 g de Hb, 6100 GB y 129 x103 plaquetas, albumina 2.57, EGO proteínas 5 g/L, leucos 3-6 por campo y eritros 8-10, TSH 92.4, VSG 34 mm/hr, PCR 15.27, ANA 1:100 homogéneo y periférico, CH50 5, C3 37.2, C4 2.52, Cr 3.43, urea 71.7 y Cr 4.4. ECO: HTAP 52 mm/Hg, función ventricular normal, derrame pericárdico 230 ml. Requirió HD y ventilación mecánica. Biopsia renal con GN tipo IV con actividad 8 y cronicidad 0, sin proliferación extracapilar. Persiste en HD. Su manejo ha sido con CFM, mPDN, rituximab, estatinas.

Reconocemos que hay factores extra-renales y renales no glomerulares en la fisiopatogenia de la IRRP en el LEG

Co68

LUPUS VULGAR (LV) ASOCIADO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Pérez Aceves BE (1), García Jaimes J (2), Jiménez Balderas FJ (3), Blanco E (4), Camargo Coronel A (5), Vargas C (6), Barile Fabris L (7)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Antecedentes: Las manifestaciones cutáneas asociadas al LES incluyen el exantema en alas de mariposa, cutáneo subagudo, discoide, acné, psoriasis, retículo histiocitosis multicéntrica, pioderma gangrenoso, síndrome de Sweet y vasculitis. Hasta ahora se han descrito solo 2 casos de asociación entre LV y LES.

Caso Clínico: Mujer de 30 años, quien en 1997 inició con fenómeno de Raynaud y lesiones descamativas en manos que remitieron espontáneamente dejando hipotrofia y coloración rosada de la piel. En el 2004 presentó alopecia areata y una úlcera en oreja izquierda. En enero del 2007 se agregó fiebre vespertina (40°), pérdida de peso, úlceras orales no dolorosas, astenia, adinamia, hiporexia, hiperemia conjuntival y forúnculos en la región parietooccipital bilateral de la que se aisló estafilococo coagulasa negativo, para lo que recibió ciprofloxacina sin mejoría. En febrero del 2007 se agregó artritis de rodillas y tobillos y parestesias en extremidades inferiores.

Vista por primera vez en marzo del 2007 en estado caquéctico, con palidez generalizada, y ulceraciones en la piel cabelluda parietooccipital izquierda y derecha y en el conducto auditivo externo izquierdo, con hiperemia conjuntival, una úlcera oral de 1 cm de fondo blanquecino dolorosa a la presión. En los dedos de las manos lesiones de coloración rosada cicatrizadas e hipotróficas. En el laboratorio Hb 9.0, g/L; leucocitos 16.0 103/μL, plaquetas 81 103/μL, linfocitos 1.1 103/μL ANA (IF) 1:1280 patrón moteado fino, Anti-DNA (+) (ELISA) 124.7, Ac Anti-Cardiolipina (ELISA): IgG (+) 14.6, IgM (+) 71.2, VIH _ .JgG 2109 mg/dL, C3 y C4 normales, PPD 4 mm. La radiografía y TAC de tórax mostraron granulomas calcificados en el parénquima. Biopsia de piel cabelluda: dermatitis crónica granulomatosa necrosante ulcerada, tinción ZN negativa compatible con el diagnósticos de LV en un paciente con LES. Se administró prednisona 1mg/kg/día y rifater con mejoría de las lesiones en 4 meses

Conclusión: Las lesiones cutáneas ulcerosas necrosantes en cara, y piel cabelluda en pacientes con LES deben hacer sospechar el diagnóstico de LV. La biopsia de la lesión está indicada para hacer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades granulomatosas ulcerativas crónicas. El tratamiento con antifímicos y esteroides va seguido de la remisión de las lesiones.

Co69

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO ASOCIADO A MEMBRANA EPIRRETINIANA: ¿ASOCIACIÓN O EPIFENÓMENO?

Díaz Ceballos Moreno M (1), Miguelena Muro D (2), Pérez Gudiño A (3), Gordillo Huerta V (4)

(1)(2) Hospital Dario Fernández, ISSSTE, (3) Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, (4) Hospital General de Querétaro, ISSSTE

Introducción: La afección del SNC en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) se presenta hasta en 50% de los casos, pero no se ha asociado con la

formación de membranas epirretinianas (ME). A continuación se presenta un caso de LES asociado con

Reporte de caso: Era es una mujer de 32 años, casada, con miopía desde los 12 años. Su padecimiento inició en 1998 con fiebre, artralgias generalizadas, fatiga, tos con expectoración, así como nódulos en cara anterior y posterior de las piernas y palidez generalizada. Los estudios mostraron anemia microcítica-hipocrómica, PCR 8.94, ANA +, Anti DNA + con patrón moteado fino y a biopsia de piel mostró eritema nodoso. Se inició tratamiento con prednisona y azatioprina. En 2004 un TORCH reportó Toxoplasma IgM e IgG negativo, Rubéola IgM negativo, IgG 287 (0-5 UI/ML) y Citomegalovirus IgM negativo IgG 86. En 1999 oftalmología encontró agudeza visual disminuida y biomicroscopía normal. Se encontró, además, en ojo derecho (OD) una condensación vítrea paratemporal superior macular con pliegues retinianos que no llegan a fovea, compatibles con M E. Desde 2001 presenta disminución progresiva de la agudeza visual en OD. Después presentó uveítis anterior y vitreítis en OD, recidivante. En 2004 se aplicó laser en OD en retina periférica para una lesión predisponente al desprendimiento de retina. En 2005 se encontraron exudados duros parafoveolares, indicativos de edema macular.

Discusión: Las ME maculares se presentan en muchas condiciones y enfermedades oculares o pueden ser idiopáticas. Las ME son causadas por células del epitelio pigmentado o por células gliales de la retina, que se han convertido en metaplásicas después de separarse de su posición normal. La disminución de la agudeza visual puede estar dada por las siguientes condiciones: uno o múltiples pliegues retinianos, elevación de la fovea sensorial, ectopia foveal, filtración vascular retiniana y edema macular, edema macular cistoideo, y la presencia de una membrana opaca y densa directamente sobre la fovea. Se han reportado casos de ME en procesos inflamatorios intraoculares, en vasculitis retinianas, en enfermedad de Eales, toxoplasmosis, toxocariasis y pars planitis. Aunque los pacientes con LES son susceptibles a desarrollar ME, no se ha documentado su presencia como parte de la patología ocular secundaria. Por lo tanto se podría considerar como una ME idiopática pues inicialmente no mostró vasculitis o procesos inflamatorios previos. Sin embargo, las recidivas de uveítis sugieren que no se tratan de ojos sanos y por lo tanto no podría ser una ME idiopática. La pregunta es si se trata de una asociación o son independientes.

C070

PLASMAFERESIS Y GAMAGLOBULINA IV COMO TRATAMIENTO PREVIO A REEMPLAZO VALVULAR CARDIACO EN 2 PACIENTES CON SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS

Amigo MC (1), Izaguirre R (2), Amezcua Guerra L (3), Cortina E (4), Santibáñez F (5)

(1) Centro Médico ABC, México, DF, (2)(3)(4)(5) Instituto Nacional de Cardiología I Chávez, México, DF

Resumen: La cirugía de reemplazo valvular cardíaco en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) conlleva una morbi-mortalidad significativa. Comunicamos nuestra reciente experiencia exitosa en 2 pacientes con SAF que recibieron plasmaferesis y gammaglobulina IV antes de la cirugía.

Caso 1. Una mujer de 39 años con historia de 3 pérdidas de embarazo, estenosis mitral e hipertensión pulmonar fue admitida para cambio valvular. A los 29 años se le había hecho valvuloplastia y había iniciado anticoagulación oral. Durante los siguientes 6 años aparecieron obstrucción de la arteria retiniana, epilepsia y falla cardíaca. Durante su internamiento, un ECOTE mostró estenosis aórtica y regurgitación así como estenosis mitral que requerían cirugía. Se detectó anticoagulante lúpico (AL) y se hizo diagnóstico de SAF. En preparación para la cirugía, recibió plasmaferesis (sólo 1 sesión debido a inestabilidad circulatoria) seguida por gammaglobulina IV (400mg/Kg/d/5). Se utilizaron prótesis mecánicas aórtica y mitral. En el postoperatorio presentó sangrado pero su evolución posterior fue satisfactoria.

Caso 2. Un hombre de 59 años de edad con diagnóstico de SAF basado en historia de epilepsia, infartos cerebrales, hipertensión arterial sistémica, li-

vedo reticularis, trombocitopenia, estenosis y regurgitación aórtica así como anticoagulante lúpico positivo fue ingresado al hospital en falla cardíaca. Se consideró la necesidad urgente de cambio valvular. Se realizaron 3 sesiones de plasmaferesis seguidas de gammaglobulina IV (400mg/Kg/d/5). Se implantó una prótesis mecánica en posición aórtica. En el postoperatorio presentó arritmia que requirió cardioversión sin embargo, su evolución posterior fue satisfactoria.

En los 2 casos, la actividad del anticoagulante lúpico desapareció después de plasmaferesis y gammaglobulina IV. En el segundo paciente, la actividad del anticoagulante lúpico reapareció una semana después de la cirugía.

Esta experiencia, si bien limitada, sugiere que la plasmaferesis y la gammaglobulina IV pueden ser de utilidad para prevenir complicaciones mayores relacionadas a la cirugía valvular cardíaca en pacientes con SAF.

C071

RETINOPATÍA EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL. REPORTE DE CASO

Márquez MR (1), Rodríguez MM (2), Zeferino CM (3), Solís VE (4), Cespedes CA (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Centro Médico Nacional La Raza IMSS

Resumen: Reportamos el caso de una niña de 13 años con diagnóstico reciente de lupus eritematoso sistémico (LES) y SAAF secundario por afectación hematológica (trombocitopenia), sistema nervioso central (SNC) por crisis convulsivas y retinopatía. Inicia en septiembre del 2005 con presencia de trombocitopenia detectada de forma incidental recibiendo tratamiento a base de prednisona durante 2 años por púrpura trombocitopenica idiopática (PTI) sin respuesta, en Julio 2007 es captada por nuestro servicio por PTI crónica, exploración física eritema malar, artritis de carpos, hipocomplementemia (C3 88 y C4 3.1), ANA y Anti DNA positivos, VDRL falso positivo, TTP prolongados sin corregirse con plasma normal, recibió tratamiento a base de esteroide sistémico, gammaglobulina, ciclofosfamida y ácido acetilsalicílico.

En Septiembre presenta escotoma en ojo izquierdo, cefalea retrocular, ipsilateral acompañada de movimientos coreicos en miembros torácicos, por laboratorio confirmamos el anticoagulante lúpico positivo, anticardiolipinas (IgM e IgG) negativas, IRM de cráneo con atrofia cortical, Tomografía cerebral por emisión de positrones (SPECT) con hipoperfusión diseminadas en ambos hemisferios, con cerebelos y ganglios basales de perfusión normal, estudio neurooftalmológico con engrosamiento vascular en arcada temporal superior en ambas retinas y edema papilar por lo que se inicia anticoagulación.

Conclusiones: la afectación retiniana por LES y SAAF secundario en la adolescencia es poco frecuente, si está presente debemos considerarla como una causa de lupus activo con manifestaciones oculares.

C072

ARTRITIS ASOCIADA A VIRUS EPSTEIN-BARR. REPORTE DE UN CASO

Rodríguez MM (1), Márquez MR (2), Zeferino CM (3), Solís VE (4), Cespedes CA (5)

(1)(2)(3)(4)(5) CMN La Raza IMSS

Resumen: Aproximadamente 90% de la población mundial, esta infectado por el virus Epstein-Barr (VEB) aunque la infección crónica es poco frecuente y es mayor en población adulta. En niños la infección es asintomática y en adolescentes la expresión común es la mononucleosis infecciosa (10%). Se ha reportado una asociación entre infección por VEB y la Artritis Reumatoide (AR) Balandraud y cols. en 2003, detectaron y cuantificaron DNA-VEB en 90% de los pacientes. Sin embargo el mecanismo por el cual se

desarrolló artritis se desconoce. Se presenta el caso de un niño con infección por VEB y sospecha de factor desencadenante para ARJ. Paciente masculino de 8 años; como antecedentes importantes a los 6 años cursó con Síndrome Hemofagocítico secundario a infección por EBV y Parvo virus B-19, Mononucleosis infecciosa corroborada por aspirado de médula ósea, transfusión de hemoderivados por anemia y trombocitopenia en dos ocasiones.

En mayo 07 presenta artritis activa en codo y rodilla derecha, limitación para la marcha y manifestaciones extra-articulares de dos semanas de duración con fiebre continúa de hasta 40°C, de difícil control, exantema cutáneo rosáceo no pruriginoso en cara anterior del tórax y región interna de ambos muslos que coincidía con la fiebre y hepatomegalia; por laboratorio PCR 157.5 mg/L, VSG 61 mm3/h, fibrinógeno 785 mg/dl y plaquetas 698 000, leucocitos de 12,200, linfocitos totales de 3600 y hemoglobina 9.6 g/dl, pruebas de función hepática normales, se solicita valoración por Reumatología Pediátrica para descartar ARJ, posterior a esto se determinó anticuerpos VEB IgG cápside: 2.086 (0.91-0.99), VEB IgM: 1.303 (>1.0 U/ml), VEB IgG-Ag Precoz: 2.042 (>1.0 U/ml), Ag EBNA IgG: 1.946(>1.0 U/ml), Anticuerpos- Parvovirus B-19 negativos.

Los estudios radiográficos sin alteraciones, el ultrasonido abdominal con hepato-esplenomegalia. El manejo fue con indometacina por 1 mes, actualmente asintomático y sin tratamiento.

Conclusión: la infección crónica por el virus de Epstein-Barr puede simular ARJ sistémica por lo que es importante el diagnóstico diferencial.

C073

POLICONDRIITIS RECIDIVANTE, PROBABLE ASOCIACIÓN CON EXPOSICIÓN DEL CARTÍLAGO DE LA COLUMNA VERTEBRAL POR TRAUMATISMO. INFORME DE UN CASO

Olvera A (1), Perez M (2), Cruz-Domínguez MP (3), Vera Lastra O (4)
(1)(2)(3)(4) Dpto de Medicina Interna, H. de Especialidades, CMN La Raza, IMSS

Resumen: La Policondritis Recidivante (PR) es una enfermedad crónica y progresiva de origen autoinmune caracterizada por episodios inflamatorios recurrentes y destrucción de estructuras cartilaginosas y del tejido conjuntivo, dada por complejos circulantes, anticuerpos contra colágeno tipo II, IX, XI en asociación con HLA DR4.

Caso: Hombre de 53 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2. Hace 6 años sufrió fractura en la 5ª falange derecha y columna cervical (C5, C6 y C7) con colocación de prótesis de titanio. Inició padecimiento actual en agosto de 2006 con crisis convulsivas parciales simples, hiperemia conjuntival bilateral, disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo, cefalea hemisférica derecha punzante de moderada intensidad. Posteriormente aumento de volumen, dolor y cambio de coloración en ambos pabellones auriculares, disfonía, faringodinia e hipoacusia; fue tratado con AINES y antibióticos sin mejoría. Dos meses después se identificó uveítis y epiescleritis. A la exploración física: pabellones auriculares eritematosos, flácidos y deformidad en región del hélix.

El área cardíaca: soplo mitral, pulmones sin alteraciones. Las extremidades sin artritis, la fuerza muscular 4/5 en ambas extremidades izquierdas y reflejos de estiramiento muscular exaltados. La química sanguínea, biometría hemática, depuración de creatinina, dentro de valores normales, ANCA negativos. Audiometría con hipoacusia sensorial bilateral. Ecocardiograma: insuficiencia mitral y tricúspide leve, FEVI 75%. Tomografía de tórax: engrosamiento de la pared traqueal. La Resonancia Magnética Nuclear de cráneo presencia de infarto frontal derecho.

Biopsia de cartílago auricular: pericondrio muy engrosado y cartílago reblandecido, el análisis histológico fue compatible con policondritis en fase subaguda. Se inició tratamiento con prednisona oftálmica y prednisona oral a 1 mg/kg y azatioprina 2 mg/kg con mejoría clínica en 2 semanas, manifestada por disminución del eritema auricular y conjuntival y retornó a la agudeza visual previa, ya sin evidencia de uveítis.

Este caso presentó los siguientes criterios diagnósticos para PR: afección de cartílago auricular (condritis auricular), ocular (epiescleritis), auditiva

(hipoacusia sensorial), laringotraqueal (disfonía) y datos histológicos compatibles con PR. Así mismo cursó con manifestaciones del sistema nervioso central (cefalea) y del corazón (insuficiencia mitral y tricúspide). Como factor precipitante de la PR en el paciente se considera el antecedente de traumatismo sobre la columna cervical con exposición del cartílago

C074

SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN: SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO (SS) Y HEPATITIS AUTOINMUNE (HA). INFORME DE UN CASO

Flores N (1), Hernández V (2), Yañez P (3), Catalan T (4), Baca V (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Depto. de Reumatología, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México

Introducción: El Síndrome de Sjögren primario (SSP) es muy raro en edad pediátrica y la afección hepática como parte de la enfermedad se ha reportado hasta en un 40%; su asociación con hepatitis autoinmune (HA) es mas raro, pues solo hay 5 casos, uno de ellos en edad pediátrica.

Objetivo: Informar el caso de una paciente escolar con síndrome de sobreposición (SSP+HA).

Caso: Femenino, 6 años de edad, inicia a los 3 años, posterior a cuadro de infección de vías respiratorias superiores, con fiebre e induración de la región maxilar derecha y posteriormente bilateral; estos cuadros fueron recurrentes y 6 meses previos a la valoración por este servicio nota sequedad de boca y llanto sin lágrimas; se confirma la xeroftalmia (AO) y desepitelización del OI, xerostomía, crecimiento de ambas parótidas y hepatomegalia. Laboratorio: Serología viral negativa, AST, ALT, GGT, IgG elevadas, FR+, ANA + moteado fino 1:1024, Anti-Ro +, Anti-La +, Anti-DNA +, Anti-Sm -; US parótidas: parotiditis crónica, ectasia ductal, formaciones quísticas difusas, parénquima con vascularidad aumentada y adenopatías retroauriculares bilaterales; gamagrama de glándulas salivales: deterioro severo de la captación y excreción de las glándulas submaxilares y parótidas; gamagrama hepatoesplénico: hepatoesplenomegalia; biopsia de glándula salival menor: infiltrado inflamatorio linfocitario, lesión linfoepitelial, lóbulos sin acinos por destrucción; biopsia hepática: infiltrado inflamatorio linfocitario y plasmático en espacio porta, puentes de fibrosis, esteatosis focal. Por las anomalías en la biopsia hepática, se trata con pulsos de MP y CFA mensual.

Conclusiones: 1. El síndrome de sobreposición de SSP y HA se realizó de acuerdo a los criterios de clasificación de ambas enfermedades. 2. La respuesta al tratamiento con MP y CFA fue rápida y efectiva, ya que actualmente tiene enzimas hepáticas normales.

C075

ANTICUERPOS CONTRA BORRELIA BURGdorFERI EN PACIENTES CON ESCLERODERMIA LOCALIZADA (MORFEA)

Skinner-Taylor CM (1), Flores-González MS (2), Salinas-Palacios CK (3), Esquivel-Valerio JA (4), Flores Alvarado DE (5), Galarza-Delgado DA (6), Rodríguez-Amado J (7), Villarreal-Alarcón MA (8), Garza-Elizondo MA (9)

(1)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9) Reumatología Hospital Universitario, UANL, Mty.(2) Ciencias Biológicas, UANL

Introducción: La Enfermedad de Lyme es una infección multisistémica por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, transmitida al humano por la mordedura de la garrapata del género *Ixodes*. La Escleroderma localizada (morfea) es una enfermedad del tejido conectivo debida al depósito excesivo de colágeno y la presencia de infiltrado linfocítico perivasculares; la cual se presenta como induración dérmica. Predomina en mujeres 3:1. En México no existen datos epidemiológicos, pero en EEUU se estiman 27

casos nuevos por millón de habitantes/ año. Algunos desencadenantes son: vacunación previa (principalmente BCG), traumatismo local, radioterapia, infecciones virales (Epstein-Barr), bacterianas (*Borrelia burgdorferi*) y sustancias químicas.

Objetivo: Determinar la presencia de anticuerpos contra *Borrelia burgdorferi* en pacientes con diagnóstico histopatológico de Morfea (Esclerodermia localizada).

Pacientes y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico histopatológico de morfea; se les realizó una encuesta en busca de factores de riesgo y sintomatología compatible con Enfermedad de Lyme. Se obtuvieron 10ml de sangre mediante venopunción, y se centrifugó para obtener el suero. A cada suero se le realizó ELISA C6 (Immunetics), ELISA IgM y ELISA IgG (Novatec). Los sueros positivos o indeterminados por cualquier técnica de ELISA se confirmaron mediante Western Blot (Euroimmun).

Resultados: Se analizaron 31 pacientes con diagnóstico histopatológico de morfea; de los cuales, 80.64% (n=25) correspondían al género femenino. La edad promedio de la población estudiada fue 28.6 años (6-64 años). Treinta pacientes (96.77%) tenían ocupación de bajo riesgo. El 58% (n=18) refirió contacto con garrapatas, mientras que sólo un 25% (n=8) recordó mordedura. Treinta sueros fueron positivos o indeterminados por al menos una prueba de ELISA (realizada por triplicado). Mediante Western Blot, se obtuvieron 18 sueros positivos (58%) y 8 indeterminados (25%), encontrándose anticuerpos para *Borrelia burgdorferi* en el 84% (n=26) de la población estudiada.

Conclusión: pesar de ser una muestra pequeña de pacientes, se demostró la presencia de anticuerpos contra *Borrelia burgdorferi*. Por lo que es importante considerar a la Enfermedad de Lyme dentro de los diagnósticos diferenciales de esta patología.

C076

CAPACIDAD FUNCIONAL Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATIAS DE MÁS DE 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN

Guzman-Melgar G (1), Casasola-Vargas JC (2), Huerta-Sil G (3), Burgos-Vargas R (4)

(1)(2)(3)(4) Hospital General de México

Objetivo: Determinar y comparar el efecto del tiempo de evolución, en la actividad y la capacidad funcional, de los pacientes con Espónidoartropatías de inicio juvenil y del adulto con mas de 10 años de evolución.

Metodología: Estudio transversal analítico y comparativo en 245 pacientes consecutivos de la clínica de Espónidoartropatías del Hospital General de México (HGM). Que se evaluaron mediante: Historia clínica reumatológica, metrología, BASFI, BASDAI y BAS-G. Clasificados por grupos: de inicio juvenil e inicio en la edad adulta. La evaluación fue realizada por dos reumatólogos expertos en Espónidoartropatías.

Resultados: De los 245 pacientes, veinte enfermos tuvieron mas de 10 años de evolución, 9 (45%) fueron hombres, con una edad de 33.4 ± 8.76 años, 8(40%) pacientes fueron de inicio juvenil. El Dx de EA se encontró en el 100% de los pacientes .El BASDAI en general fue mayor en juveniles con una media del total de $7.45 (\pm 0.92)$ y adultos con $4.17 (\pm 1.35)$ con $P < 0.007$, y también lo fue en los ítems 3, 4, 5 y 6.El BASFI total en juveniles $6.65 (\pm 1.57)$ y en adultos $2.67 (\pm 1.85)$ con $P < 0.017$ y también fue mayor en el grupo juvenil en los ítems 3, 4, 7, 9 y 10.El BASG el promedio de actividad de última semana en juveniles fue de $8.62 (\pm 1.10)$ y adultos $3 (\pm 2.27)$ con $P < 0.004$; actividad última semana $8.5 (\pm 1.29)$ Y $3 (\pm 2.58)$ con $P < 0.009$; actividad últimos seis meses $8.75 (\pm 1.25)$ y $3 (\pm 3.16)$ con $P < 0.015$, respectivamente. Pero no hubo diferencia en la evaluación global del dolor en la espalda. (Tabla 1)

Conclusión: Los pacientes con mas de 10 años de evolución y de inicio juvenil tienen mayor actividad y discapacidad funcional. Tabla 1. Valores con diferencia significativa de BASDAI, BASFI y BASG por ítem en pacientes con espondiloartropatías con mas de 10 años de evolución

	Juvenil	Adulto	Valor de P
BASDAI total X,(DS)	7.45(0.92)	4.17(1.35)	0.007
Item 3	9.00(0.81)	3.75(3.77)	0.035
Item 4	8.00(0.81)	4.50(3.10)	0.072
Item 5	7.75(0.95)	1.75(1.25)	0.000
Item 6	6.25(3.30)	1.85(2.27)	0.071
BASFI total	6.65(1.57)	2.67(1.85)	0.017
Item 3	4.25(2.21)	0.00(0.00)	0.009
Item 4	7.25(1.70)	2.75(3.77)	0.073
Item 7	9.00(0.81)	5.50(1.73)	0.011
Item 9	9.50(0.57)	4.50(3.41)	0.028
Item 10	8.50(1.29)	2.25(2.06)	0.002
BASG promedio actividad ultima semana	8.62(1.10)	3.00(2.58)	0.004
BASG: Actividad ultima semana	8.50(1.29)	3.00(3.16)	0.009
BASG: Actividad últimos 6 meses	8.75(1.25)	3.00(3.16)	0.015

C077

COMPARACIÓN DE VALORES CIRCULANTES DE INTERLEUCINAS Y LEPTINA EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO Y CONTROLES CLÍNICAMENTE SANAS

Ramírez ML (1), Cabiedes J (2), Rojas MA (3), Torres C (4), García E (5), Flores-Suárez LF (6), Villa AR (7)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán

Objetivo: Comparar las de concentraciones en suero de mujeres con LEG tomadas en 2001 con las muestras de mujeres donadoras para interleucinas, leptina, PCR y TNF α . Determinar adicionalmente valores de normalidad en población mexicana.

Metodología: Determinación de valores circulantes en 188 mujeres con LEG a las cuales se les hizo una valoración bioquímica de IL2, IL4, IL6, IL8, IL10, IL12, Leptina, PCR y TNF α , en sueros tomados en 2001 por el método fluorescente Luminex. Como grupo control se analizaron sueros de 71 mujeres clínicamente sanas, donadoras de sangre, y de edad similar a los casos. El percentil 90 de los valores de los controles se usó como punto de corte para definir prevalencia elevada de los diferentes marcadores.

Resultados: Se observaron diferencias estadísticamente significativas en los valores circulantes de citocinas entre casos y controles. Hubo diferencias significativas en las prevalencias de IL8 ($p=0.002$) e IL10 ($p=0.001$) entre casos y controles.

Conclusiones: Se observó un patrón diferencial en los niveles circulantes de TNF α , IL4, IL8, IL10, IL12 y PCR mayor en casos que en controles, lo que señala actividad de tipo proinflamatorio crónico en lupus.

C078

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO, COMPARATIVO CON DOSIS SEMANALES DE LEFLUNOMIDA 100mg VS. METOTREXATE 10mg, EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. EVALUACIÓN DE SEGURIDAD

Jaimes J (1), Meléndez C (2), Aranda P (3), Mendoza A (4), Hernández C (5), Solorzano R (6)

(1)(2)(3)(4) Centro Médico ISSEMyM Toluca Servicio de Reumatología, (5) Centro Médico ISSEMyM Ecatepec, (6) Clínica 8 IMSS DF

Introducción: En la actualidad el inicio de Tx para AR se ha modificado, prefiriendo utilizar dos o más FARMES con el fin de conseguir la remisión de la enfermedad; sin embargo es importante evaluar la seguridad

en la monoterapia comparando dos FARMES de uso frecuente en dosis semanales.

Métodos: Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, equilibrando las dosis con placebo, con reclutamiento de pacientes de Junio/2004 a Junio/2007. Los pacientes debieron cumplir con los criterios de AR vigentes del ACR, que no tuviesen Tx previo con LFN o Metotrexate (MTX) en adultos. Se les asignó en forma aleatoria y ciega al grupo A (LFN100mg) iniciando con tres dosis consecutivas y posteriormente en forma semanal diurna y 4 cápsulas de placebo en dosis nocturna. El grupo B (MTX10mg) iniciando con tres dosis consecutivas de placebo y posteriormente una dosis semanal diurna y 4 cápsulas de MTX semanales por las noches; ambos hasta la semana 52. Dosis estables de esteroides equivalentes a 10 mg/día o menores fueron permitidas. Se evaluó seguridad y respuesta clínica en ambos grupos, determinando DAS 28, registrando los eventos adversos suscitados. Se presentan datos demográficos, gráficos y tablas de los resultados y estadística descriptiva.

Resultados: 85 pacientes fueron enrolados, 69(87%) correspondió al género femenino. Se enrolaron al grupo A 43(50.5%) pacientes con promedio de edad 42.8 años. Tiempo de Evolución promedio 25.23 meses, Tx Previo con FARMES 4(9.3%). En el grupo B 42(49.5%) con un promedio de edad 42.1, tiempo de evolución 21.34 meses, Tx previo con FARMES 7 (16.6%). Del total de pacientes, siete se perdieron en el seguimiento(8.2%), se excluyeron por falla en el Tx 2(4.6%) para el grupo A y 3(7.1%), para el grupo B. Por eventos adversos severos para el grupo A 6(13.9%) y para el grupo B 3(7.1%). Terminaron las 52 semanas 64(75.3%) pacientes. Los eventos adversos se muestran en la tabla 1. El DAS 28 inicial del grupo A fue 5.83, DAS 28 final 3.3. y para el B, DAS 28 inicial 5.6 y DAS 28 final 3.7

Conclusiones: Es conocido que el uso de monoterapia en el Tx de AR no es suficiente para lograr una adecuada respuesta clínica en la mayoría de los casos, sin embargo nuestro estudio mostró una respuesta DAS 28 moderada para ambos grupos. Sabiendo que ambos fármacos tiene riesgo de hepato-toxicidad, el comparar el régimen semanal nos brinda la opción de conocer y utilizar dichos fármacos en forma segura y mejorar el apego al tratamiento. No evidenciamos mayores diferencias en los eventos adversos para ambos grupos.

C079

FACTORES PROTROMBÓTICOS INMUNOSEROLÓGICOS EN UNA SERIE DE PACIENTES CON LINFOMA NO HODGKIN

Rubio Jurado B (1), Delgado Lomas J (2), Iniguez Franco P (3), Galvan Melendez S (4), Riebeling-Navarro C (5), Salazar Páramo M (6), Nava A (7)

(1) UMAE Hospital de Especialidades, CUCS, (2) UMAE HE CMNO IMSS, (3) Servicio Social en Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, (4) Laboratorio Clínico Sec. Inmunología UMAE HE CMNO IMSS, (5) UIEC UMAE HP CMN-SXXI IMSS / UNAM, (6) UMAE Hospital de Especialidades CMNO / CUCS Universidad de Guadalajara, (7) UICM UMAE HE CMNO IMSS / Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara

Resumen: Se ha reconocido la asociación entre anticuerpos antifosfolípido (aFL) y trombosis en enfermedades autoinmunes sistémicas. Los pacientes con neoplasia incluyendo Linfoma No Hodgkin (LNH) exhiben prevalencia incrementada de aFL (6-41%) y paralelamente de factores procoagulantes, confiriéndoles alto riesgo trombofílico. Sin embargo, la asociación entre aFL y trombosis es inconsistente. Para estimar si esta asociación tiene oportunidades de ocurrir es importante conocer la frecuencia de trombofilia.

Objetivo: Describir en una serie de casos con LNH la frecuencia de eventos tromboticos y de factores protromboticos inmunoserológicos.

Material y métodos: Paciente con LNH incidentes y prevalentes del Servicio de Hematología del Hospital de Especialidades en el 2007. Se obtuvieron del expediente clínico datos demográficos y prospectivamente, se realizaron estudios serológicos: fibrinógeno, Dímeros-D, anticuerpos anti-nucleares (ANA), anticuerpos anticardiolipina (aCL).

Resultados: Incluimos 18 casos, 12 masculinos. Edad (Mediana y valores mínimo-máximo) 56, 28 - 85. 14 casos son de novo. Hay antecedente de hospitalización >3 días en los últimos 3 meses en 8 casos, cirugía previa 5 casos, Ca 2 casos, EVC 1 caso. Estirpe Histológica: Difuso Cel-G 7 (38.8%), Folicular 4 (22.2%), Cel-T 3 (16.6%). Índice Pronóstico Internacional: Riesgo Bajo 8 (44.4%), Intermedio Bajo 4 (22.2%), Intermedio Alto 2 (11.1%), Alto 2 (11.1%). Tratamiento: R-CHOP 8(44%), CHOP-Like 4(22%), CHOP 2(11%), Radioterapia 6(33%). Respuesta: Completa 12 (66%), Parcial 3 (16%), Refractario 1 caso, Progresión 1 caso (6%). Superficie Libre de enfermedad 12 m, Sup. global 13.7 m. Sin eventos trombofílicos consignados. Laboratorio: Fibrinógeno 15/18 elevado, D-D 12/18 positivo, ANA 3/16 positivos, aCL todos negativos.

Conclusión: Llama la atención la ausencia de aCL, la baja proporción de AAN (19%) y la ausencia de trombofilia clínicamente. Es un dato cardinal en ésta serie la frecuencia de D-D positivo(67%), lo que prueba actividad trombotica-fibrinolítica. La hiperfibrinogenemia confiere la posibilidad de participación inflamatoria secundaria. Es necesaria información sobre otros aFL antes de considerar concluyente la ausencia de los mismos. Es conveniente incrementar la intensidad del escrutinio de activación del sistema de la coagulación al igual que la detección de factores protromboticos incluyendo autoanticuerpos. Se requieren estudios futuros que aborden los puntos mencionados y evalúen la influencia del tratamiento farmacológico y la duración de la enfermedad en la expresión de las variables estudiadas, ya que en ésta serie dominaron los casos incidentes.

Co80

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES) Y FACTOR REUMATOIDE (FR). ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Ornelas-Barajas BA (1), García-De La Torre I (2), Riebeling-Navarro C (3), Nava A (4), Orozco-Barocio G (5)

(1) Hospital General de Occidente, SSJ, (2) Hospital General de Occidente SSJ / CUCS Universidad de Guadalajara, (3) UIEC UMAE HP CMN-SXXI IMSS / UNAM, (4) UIEC UMAE HE CMNO IMSS / Facultad de Medicina ACS Universidad Autónoma de Guadalajara, (5) Hospital General de Occidente SSJ / CUCS Universidad de Guadalajara

Resumen: Las manifestaciones clínicas de LES, incluidos los criterios de clasificación, incrementan su prevalencia en el curso de la enfermedad. Los criterios no incluyen al FR, a pesar de su presencia en el 25 a 50% de estos pacientes. En este estudio se analizan las frecuencias de las manifestaciones clínicas de acuerdo a la presencia del FR.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles. Registro de pacientes con LES atendidos en el Hospital General de Occidente con expediente clínico completo disponible. Caso: paciente con FR positivo en al menos dos determinaciones. Control: paciente con FR negativo. Determinación del FR IgM mediante aglutinación de látex ó nefelometría, reportado en escala dicotómica.

Resultados: Se recabaron 171 expedientes de pacientes con LES, en 137 se realizó la prueba del FR, permitiendo clasificarlos como casos (FR+) n = 71 (64 mujeres) y controles (FR-) n = 66 (61 mujeres). Los datos (Promedio ± DE) para edad al diagnóstico y al seguimiento, duración de la enfermedad (meses) y valores SLICC/ACR fueron para los casos de 30 ±13, 89 ±14, 89 ±70 y 1.6 ±2, respectivamente, mientras que para los controles fueron de 30 ±14, 36 ±15, 109 ±90 y 1.6 ±1.8. La comparación no mostró diferencia estadística. Se encontró asociación significativa (p<0.05) con el FR para: Artritis (RM 3, IC95% 1.2 - 7) y Miositis (RM 13, IC95% 0.7 - 239). En el caso de elevación de creatinina sérica la asociación fue con la ausencia del FR (RM 0.4, IC95% 0.2 - 0.9).

Conclusiones: La presencia del FR no marcó diferencias demográficas ni del daño acumulado de la enfermedad. Sin embargo, se asoció con manifestaciones musculoesqueléticas (artritis y miositis) sin documentarse en este grupo de pacientes coexistencia con artritis reumatoide. Queda por determinar si la asociación de FR positivo y cifras normales de creatinina sérica, traduce menor nefropatía y mejor función renal que la de los pacientes con FR negativo.

Co81

COMPARACIÓN DE LA FRECUENCIA Y CORRELACIÓN DE ANTI-CCP CON ANTI-SCL70 Y ANTI-CENTROMERO EN PACIENTES MEXICANOS CON ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA

Rocha AD (1), González L (2), Pegero AR (3), Aguilar EA (4), Villa AI (5), Corona E (6), Galván S (7), Preciado C (8), Salazar M (9), Gámez JJ (10), Nava A (11)

(1)(2)(3)(4)(5)(6) Hospital General Regional 110, IMSS, (7)(8) Laboratorio Clínico, Sección Inmunología, UMAE CMNO, (9)(10) Unidad de Investigación en Epidemiología clínica, UMAE CMNO, (11) Unidad de Investigación en Epidemiología clínica, UMAE CMNO, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara.

Introducción: Actualmente el anticuerpo contra Péptido Citrulinado Cíclico (anti-CCP) está siendo evaluado en enfermedades autoinmunes sistémicas, reconociéndose su relación con daño crónico a articulaciones. Hay información escasa sobre su frecuencia y relación con afección pulmonar en esclerosis sistémica progresiva (ESP). **Objetivo:** Investigar la frecuencia anti-CCP y su asociación con las manifestaciones clínicas, función pulmonar, anticuerpos antitopoisomerasa I (anti-topo I) y anticentromero (aAC) en pacientes con ESP.

Material y métodos: pacientes consecutivos con ESP, atendidos en consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel. Se evaluó grosor de la piel (puntaje de Rodnan), criterios de afección sistémica, apertura bucal, distancia dedo-palma, y pruebas función respiratoria (PFR), definiéndose afección pulmonar con capacidad vital forzada (FVC), volumen espiratorio forzado en 1 min (FEV1) y la relación FEV1/FVC menor a 75% de lo esperado, se determinaron en suero anticuerpos anti-CCP, anti-topo I y aAC mediante ensayo inmunoenzimático. Se realizó correlación de Spearman.

Resultados: Todos los pacientes fueron mujeres, edad promedio de 53±13 años, evolución de la ESP de 10±9 años, 23 (77%) casos presentaron la forma difusa, puntaje de modificado de Rodnan 13±9, criterios de afección sistémica 7±4, apertura bucal 46±13 mm y distancia dedo-palma 24±15 mm. En las PFR, la media porcentual de CVF 76±17, FEV1 73±21 y relación FEV1/CVF 98±22. El aAC se detectado en 10 (30%) casos, el anti-topo I en 8 (27%), anti-CCP en 3 (10%) todos en la forma difusa. La tabla 1 muestra la correlación de las variables, en donde ninguna correlacionó con los niveles de anticuerpo anti-CCP.

Conclusión: Se confirma la baja frecuencia de anti-CCP en ESP, el análisis de los títulos permite identificar ausencia de correlación tanto con variables clínicas como con el sistema de autoanticuerpos "mutuamente excluyentes" anti-topo I y aAC, indicando que el análisis de la relevancia de anti-CCP en ESP deberá incluir otras variables clínico-serológicas.

Tabla 1. Correlación entre títulos séricos de anti-CCP y variables clínicas

Variable	Anti-CCP	
	rho	p
Duración enfermedad	0.003	0.98
Índice modificado de Rodnan	0.054	0.77
Apertura bucal	0.257	0.30
Distancia dedo-palma	0.127	0.61
Criterios de afección sistémica	0.194	0.30
Anti-Topo I	0.166	0.38
aAC	0.353	0.56
CVF	-0.129	0.50
FEV1	0.163	0.40
Relación FEV1 / CVF%	0.08	0.70

Valores de p y rho obtenidos por Correlación de Spearman

Co82

ARTROSIS Y PADECIMIENTOS REUMÁTICOS: ASPECTOS DE LA AUTO PERCEPCIÓN EN LA TRANSICIÓN DEL ESTADO DE SALUD, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD COSTA RICA, SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON UNA MUESTRA MEXICANA

Guzman S (1), Vargas JR (2), Soto H (3), Miranda, A (4), Duarte C (5)

(1)(3) Universidad Autónoma del Estado de México, (2) UCR, (4)(5) Instituto Nacional de Rehabilitación

Objetivo: Describir los aspectos relacionados con Padecimientos reumáticos y artrosis en el marco de la encuesta nacional de Salud de Costa Rica y establecer de manera general diferencias y similitudes con una cohorte de osteoartritis mexicana del Instituto Nacional de Rehabilitación México

Material y métodos: Se utilizó la base de datos de la Encuesta Nacional de Salud de Costa Rica (CR), que evaluó aspectos, sociodemográficos, salud, y calidad de vida poblacional, con un total de 7523 encuestas, de las cuales se conformó una muestra definida por sujetos que contestaron de manera afirmativa al antecedente de enfermedad reumatológica, artrosis y/o padecimientos reumatológicos, de cualquier genero, entre 30 y 75 años. El grupo comparativo Mexicano (MX) se conformó por pacientes consecutivos sintomáticos por dolor articular de rodilla que acudieron a valoración al Instituto Nacional de Rehabilitación. Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión. Comparación de grupos: prueba de t de Student y chi2 en variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron en total 350 pacientes, al análisis, 177 en el gpo CR (F/M 132/45) y 173 pacientes MX (F/M 148/25), con edad (prom+ desv estándar) 59.3+10.5 y 54.2+9.4 años (p=0.000) respectivamente, 50% con escolaridad hasta secundaria completa o equivalente en ambos grupos sin diferencias estadísticamente significativas. Se detectó alguna enfermedad concomitante en 68 % de los pacientes CR vs 46% del Gpo MX, con predominio de hipertensión arterial en 64% (p 0.000), la frecuencia de obesidad no fue diferente entre los grupos. La percepción del estado actual de salud en ambos grupos se reportó "Regular" en el percentil 50, el dolor y/o utilización de medicamento para reumatismo se asocio a dificultad para realizar actividades cotidianas al deterioro del estado de salud respecto al del año previo.

Conclusiones: En estas muestras latinoamericanas, tanto la edad como las enfermedades asociadas son factores importantes que acompañan a la osteoartritis y que pueden contribuir a la percepción general del estado de salud, sin embargo el dolor es un marcador claramente identificado con la afectación de la capacidad motora y el deterioro progresivo del estado de salud general.

Co83

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ATENDIDO EN LOS TRES SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA DE LA CIUDAD DE DURANGO

Ortiz-Jiménez E (1), Sánchez P (2), Fragoso-Corral J (3), Cisneros-Pérez V (4)

(1) HGD, (2) IMSS, Dgo, (3) ISSSTE, Dgo, (4) UJED

Antecedentes: La AR es la enfermedad articular inflamatoria más frecuente a nivel mundial. El diagnóstico temprano y tratamiento agresivo han demostrado mejorar importantemente el pronóstico funcional de los pacientes a corto y largo plazo. Pocos centros han implementado estrategias efectivas para la referencia temprana de los pacientes con AR.

Objetivo: Conocer las características clínico-epidemiológicas y el retraso en la referencia de los pacientes con AR que son referidos a los servicios de reumatología en la ciudad de Durango.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo en el que se incluyó a todos los pacientes adultos con diagnóstico de AR, de acuerdo con los criterios de clasificación del *American College of Rheumatology* (ACR), que

fueron referidos a consulta externa de los tres servicios de reumatología en la ciudad de Durango, durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2007.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes, 49 (45.7%) habían sido valorados, al menos en una ocasión, por un especialista en reumatología y 58 pacientes (54.2%) fueron de primera vez en el servicio. De los pacientes incluidos, 94 (87.3%) fueron mujeres y 13 (12.1%) fueron hombres. La edad fue 49.39 años (DE 15.5; IC95% 46.4 - 52.3). Veinticinco pacientes (23.35%) tenían alguna condición comorbida, la más frecuente fue hipertensión arterial. Doce pacientes (23.36%) tenían antecedentes de cirugía ortopédica por complicaciones de AR. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 83.02 meses (DE 84.43; IC95% 67-99) y la actividad de la enfermedad al momento de la consulta, DAS-28, fue de 4.73 (DE 1.84; IC95% 4.38-5.0). El grado de discapacidad, HAQ-20, fue de 1.41 (DE 0.92; IC95% 1.24-1.58). De los 58 pacientes que fueron atendidos por primera vez, la edad y distribución por sexo fue similar al resto de los pacientes. El tiempo de evolución, hasta su primer visita a reumatología, fue de 93.6 meses (DE 95.2; IC95% 69-118). De estos pacientes, 28 (48.5%) habían sido tratados con esteroides como único tratamiento y solo 17 (29.30%) habían recibido al menos un FARME como parte de su manejo. Solo 27 pacientes contaban con radiografías tanto de pies como de manos, en ellos el daño radiográfico de acuerdo a la escala de Sharp-van der Heijde, fue de 146.85 (DE 69.84; IC95% 77.01 - 164.8).

Conclusión: Las características de estos pacientes son similares a lo que se ha reportado en la literatura. Existe un retraso importante en la referencia de los pacientes al servicio de reumatología. Estos datos podrían reflejar lo que sucede en otros centros del país.

Co84

INFLUENCIA DEL NÚMERO DE VISITAS POR AÑO EN LOS DESENLACES TRADICIONALES EN PACIENTES CON OSTEOARTROSIS DE GRANDES ARTICULACIONES DE MIEMBROS INFERIORES

Ambriz Y (1), Morelos E (2), Campos ID (3), Menor R (4), Cardiel MH (5)

(1)(2)(3) Hospital General Dr. Miguel Silva, (4) Sección de Reumatología Hospital Sas de Jeréz, (5) Hospital General Dr. Miguel Silva

Introducción: La osteoartritis (OA), es una enfermedad prevalente que deteriora la calidad de vida, produce dolor y discapacidad. Es esperable que su frecuencia aumente con el incremento en la esperanza de vida. Es importante identificar las variables asociadas con mejores desenlaces clínicos.

Pacientes y métodos: De la consulta externa de Reumatología, del Hospital General Dr. "Miguel Silva" en Morelia Michoacán, se seleccionaron 40 pacientes consecutivos con gonartrosis o coxartrosis. Previa autorización por el comité de ética y firma de consentimiento informado, se recabó información demográfica, clínica, terapéutica, de comorbilidad, evaluaciones de dolor, globales del médico y del paciente y aplicación por entrevista de los siguientes cuestionarios validados SF 36, WOMAC, HAQ- Di, Depresión (Beck). Se consideró que un paciente había tenido un seguimiento regular si en el último año había recibido al menos 3 consultas por el Reumatólogo y/o Ortopedista.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. En todos los casos se evaluó con estadística no paramétrica. El nivel de significancia se estableció con una $p < 0.05$.

Resultados: ver tabla adjunta

Conclusiones: Los pacientes con OA de rodilla y cadera con mejor asistencia a las consultas externas de Reumatología y Ortopedia no tuvieron mejores resultados que aquellos enfermos que solo habían asistido en una sola ocasión. Los pacientes con más visitas tuvieron mayor duración de la enfermedad. Es probable que aquellos enfermos que permanecen en la consulta tengan una enfermedad más sintomática y que el tratamiento sea subóptimo.

Características basales

	Regulares X/DE	Irregulares	p
N	19	21	
Edad	64.3/8.9	59.6/9.9	0.09
Escolaridad	4.6/5.0	5.7/3.9	0.2
Comorbilidades	1.2/0.8	1.1/0.7	0.6
Tiempo de diagnóstico	4.7/3.1	2.8/2.0	0.02
Valoración Global del paciente (VGP)	4.5/2.0	4.3/2.9	0.5
DOLOR	5.0/2.5	7.1/1.6	0.5
Valoración global del médico (VGM)	5.5/2.3	6.4/1.6	0.2
SF-36 dolor corporal	56.5/30.2	50.6/19.4	0.3
SF36 TOTAL	53.2/23.0	51.5/21.3	0.6
WOMAC	3.5/2.30	3.4/1.5	0.8
HAQ	1.0/0.7	1.2/0.8	0.5
BECK	1.2/0.8	19.3/9.3	0.7

Co85

RUTA CRÍTICA Y NIVELES DE SATISFACCIÓN POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Miranda-Limón JM (1), Saavedra-Salinas MA (2), Alcalá-Márquez M (3), Mugica de la Lanza K (4)

(1)(2)(3)(4) Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) con frecuencia padecen retraso en el diagnóstico y el tratamiento, lo cual puede generar insatisfacción y dificultar la relación médico-paciente.

Objetivo: Evaluar el tiempo requerido, las rutas para conseguir atención especializada en Reumatología y el nivel de satisfacción por el usuario.

Pacientes y métodos: Se aplicó un cuestionario estructurado con los siguientes rubros: 1) demografía, 2) ruta crítica y proceso de atención, 3) niveles de satisfacción por la atención médica, y 4) auto-percepción del conocimiento de la enfermedad. El proceso de envío y percepción de la enfermedad fue también evaluada entre el personal médico operativo y directivo. Los cuestionarios fueron aplicados por personal adiestrado por especialistas en Comunicación Humana, ajenos al proceso de atención médica.

Resultados: Se entrevistaron 60 pacientes externos con AR, 53 mujeres, con edad promedio de 42.5 años y tiempo de evolución de la enfermedad de 3.8 años, 34 casadas y 26 divorciadas o solteras. Escolaridad: 42% nula o primaria, 53% secundaria, preparatoria o técnica y 5% licenciatura. Tiempo para consulta: inicio a primer evaluación, 1 a 36 meses ($\times 16.4$); Medicina Familiar (MF) al Hospital General (HG), 1 a 72 meses ($\times 28.9$); HG a Reumatología, 1 a 6 meses ($\times 3.5$). Primer contacto médico: 7% atención alternativa; 33% MF institucional, 60% médico privado (33% reumatólogos). Se ven entre 1 y 12 médicos (promedio 3), antes de consultar al especialista. En el proceso de atención se encontraron 2 etapas afectivas: la primera de incertidumbre (angustia, depresión, tristeza, duda), y la segunda etapa de indiferencia (apatía, sumisión, resignación, aceptación del sufrimiento). El 29% considera carecer de apoyo familiar. Sólo 55% recibe información adecuada del médico; el 78% considera no recibir apoyo del Hospital. Percepción del conocimiento de la enfermedad: en pacientes muy bajo a regular en 85%; entre los médicos no reumatólogos es de suficiencia para el diagnóstico pero tiempo limitado para cada consulta.

Conclusiones: Los pacientes con AR tienen retraso en la atención especializada, debido a dilación en el envío por MF y/o a desconocer qué especialista buscar, carecen de información elemental acerca de la enfermedad, y su autoestima es negativa. El paciente y el MF deben ser objeto de difusión del conocimiento por parte del especialista.

Co86

DISTRIBUCIÓN DE TAMAÑOS Y COMPOSICIÓN DE LAS LIPOPROTEÍNAS DE ALTA DENSIDAD EN MUJERES JÓVENES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SIN COMPLICACIONES

Juárez-Rojas JG (1), Medina-Urrutia AX (2), Posadas-Sánchez R (3), Jorge-Galarza E (4), Mendoza-Pérez E (5), Caracas-Portilla NA (6), Cardoso-Saldaña G (7), Silveira LH (8), Posadas-Romero C (9)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8)(9) Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

Introducción: La enfermedad arterial coronaria (EAC) es una de las principales causas de morbi-mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Además de las concentraciones bajas del colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (C-HDL), frecuentemente reportadas en pacientes con LES, las características estructurales de estas lipoproteínas también se han encontrado asociadas con EAC.

Objetivo: Estudiar la distribución de subclases y la composición de las HDL en mujeres jóvenes con LES sin complicaciones y en mujeres sanas de la misma edad.

Metodología: En 30 mujeres premenopáusicas con LES y 18 controles sanas, se determinaron las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en plasma. La distribución de tamaños de HDL se analizó con el método de electroforesis en gel de poliacrilamida (PAGE), usando gradiente de 4% a 30% y condiciones no desnaturizantes. La composición química de las HDL se determinó por métodos automatizados y la proporción de apolipoproteínas por PAGE desnaturizante.

Resultados: Los valores medios de insulina y de resistencia a la insulina (HOMA-RI) fueron más altos ($p < 0.05$) en las pacientes con LES. Las concentraciones de colesterol total, colesterol de lipoproteínas de baja densidad, C-HDL y apolipoproteína AI fueron más bajas ($p < 0.05$) y las de triglicéridos ligeramente más altas ($p = N.S.$) en el grupo de pacientes. Comparadas con los controles, las pacientes con LES tuvieron proporciones significativamente más bajas de HDL2b (-14.7%) y mayores de HDL3b (+8.8%) y HDL3c (+23.3%). En las HDL de las pacientes, las concentraciones de esteres de colesterol (-18%) y de apolipoproteína AI (-9%) fueron más bajas, mientras que las de triglicéridos (+32%) y apolipoproteína E (+27%) fueron más altas. El análisis de regresión lineal múltiple por pasos mostró que la insulina (32.7%) y la apo AI (11.4%) explicaron de manera independiente el tamaño promedio de las partículas de HDL en todas las mujeres estudiadas.

Conclusiones: Este estudio demuestra que la distribución y composición de las HDL en pacientes con LES se encuentran alteradas. Algunos estudios han mostrado que estas anomalías se asocian con deterioro de las propiedades ateroprotectoras de las HDL y con mayor riesgo de EAC. Por lo tanto, el uso de fármacos que además de reducir TG y aumentar el C-HDL, modifiquen favorablemente la composición química y la funcionalidad de las HDL, podría ser un nuevo enfoque para mejorar el perfil lipoprotéico, reducir la inflamación y atenuar la aterosclerosis en pacientes con LES.

Co87

GRANULOMATOSIS DE WEGENER FATAL: INFORME DE DOS CASOS EN EDAD PEDIÁTRICA

Hernández V (1), Flores N (2), Yañez P (3), Catalan T (4), Baca V (5)

(1) Depto. de Reumatología, H. de Especialidades, CMN Siglo XXI, IMSS, México, (2)(3)(4)(5) Depto. Reumatología, H. Pediatría CMN Siglo XXI, IMSS México

Introducción: La Granulomatosis de Wegener (GW) en edad pediátrica es más frecuente en la segunda década de la vida (15.4 años); con enfermedad sistémica en 61% y limitada en 33%; la hemorragia pulmonar y la afección laríngea son manifestaciones clínicas poco comunes.

Objetivo: Informamos dos casos de pacientes masculinos con GW de inicio sistémico y severo que les llevó a la muerte.

Caso 1: Paciente de 16 años, 2 meses de evolución con rinosinusitis, otitis crónica, disfagia, fiebre, pérdida de peso (20kg), sangrado de tubo digestivo alto y nódulos necróticos subcutáneos diseminados. Laringoscopia: mucosa nasal friable, múltiples ulceraciones, fondo necrótico, abundante material purulento, pérdida de continuidad de paladar duro y blando en 10%, tumor supraglótico de aspecto granulomatoso, puntillero hemorrágico en bronquios. Lab: anemia, linfopenia, PCR y VSG elevadas, AAN (-), ANCA (-). Rx tórax: afección intersticial difusa; TAC: nódulos confluentes parahiliares y cavitados; biopsia de nódulos en piel: vasculitis necrozante de pequeños y medianos vasos, infiltrado linfocitario reactivo, biopsia de hipofaringe: múltiples ulceraciones, vasculitis con infiltrado linfocitario, lesión supraglótica compatible con granuloma, Inmunofluorescencia paucimune. Tto: MP (8g), CFA (2.100g) y PDN. Presenta datos de hemorragia pulmonar y choque hipovolémico, fallece 4 semanas posterior a su ingreso.

Caso 2: Paciente de 10 años, 2 meses de evolución con sinusitis crónica y otitis media supurada, fiebre, pápulas en MsPs y posteriormente generalizadas; una semana previa a su ingreso con edema agudo pulmonar, ICC y deterioro de la función renal (GMN rápidamente progresiva); lab: anemia, linfopenia, leucocitos: 30 000, plaquetas: 1 180 000, AAN -, cANCA+; Rx y TAC tórax: afección intersticial, imágenes nodulares cavitadas, rinoscopia: mucosa de aspecto granulomatoso; biopsia pulmonar: puntillero hemorrágico en mucosa y lesión granulomatosa nasal; biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica, biopsia pulmonar: granulomas y hemorragia alveolar. Tratamiento. Hemodiálisis, MP (5g), CFA (1g) y PDN; presenta datos de hemorragia pulmonar, fallece dos semanas después.

Conclusiones: La enfermedad en estos pacientes fue de presentación multististémica y fatal a pesar de pulsos con MP+CFA al diagnóstico, 2) en el paciente del caso 1, la afección laringotraqueal se detectó en etapa temprana de la enfermedad.

Co88

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTES DE UNA CLÍNICA DE SEGUNDO NIVEL DEL IMSS COLIMA

Rodríguez-Vázquez M (1), Villarauz-Bello E (2)

(1) HGZ No 1 IMSS Colima, (2) IMSS

Objetivo: Describir las manifestaciones y el grado de actividad de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en los pacientes de una Clínica de Segundo Nivel del IMSS.

Método: Se analizaron las características clínicas del total de pacientes con diagnóstico de LES según criterios de clasificación ACR, las presentadas en el inicio y aquellas agregadas en el transcurso de la evolución del padecimiento, en una unidad médica de segundo nivel hasta el año 2002 y que contaran con expediente clínico completo desde el inicio del padecimiento.

Resultados: Se estudiaron 39 pacientes con una edad promedio de 35.5 años, desviación estándar de ± 12.64 años (rango de edad de 15 a 66 años), de los cuales 37 fueron del sexo femenino (95%). Los órganos más frecuentemente afectados fueron piel, mucosas, riñones, sangre y serosas esta última a la par con sistema nervioso central (SNC) como se muestra en el cuadro 1. Se encontró una amplia gama de manifestaciones en cada órgano específico afectado según el cuadro 2. También se evaluó el grado de actividad del padecimiento en los pacientes utilizando MEXSLEDAI al inicio del padecimiento y en el momento de su última evaluación médica con una puntuación promedio de 10 y 4 respectivamente.

Conclusión: El presente estudio nos muestra las características propias de esta área del occidente del país acorde con la literatura, sin embargo existe una afección articular poco frecuente incluso por debajo del SNC, y presentando una buena respuesta

Cuadro 1.

Organo afectado	Número de caso	Porcentaje
Piel	28	72%
Mucosas	25	64%
Renal	19	49%
Hematológico	15	44%
Serosas	11	38%
Sistema Nervioso Central	10	26%
Articulaciones	8	21%
Cardiovascular	7	18%
Pulmonar	3	8%
Oftálmico	2	5%
Hepático	1	3%
Glandular	1	3%

Cuadro 2.

Organo	Complicaciones	n
Piel	Lesiones psoriasiformes	5
	Caída de cabello	8
	Eritema multiforme	1
	Vasculitis palmar	3
	Púrpura/vasculitis	2
	Eritema malar	9
Mucosas	Ulceras orales	25
Hematológico	Trombocitopenia	10
	Síndrome anémico	5
Renal	GMN II	7
	GMN III	4
	GMN IV	3
	GMN V	1
	Nefropatía sin biopsia	3
	IRC	1
SNC	Crisis de ausencia	1
	Trastorno de memoria	1
	Mielitis transversa	1
	Infarto cerebral	3
	Crisis convulsivas	3
	Depresión	1
Serosas	Derrame pleural	6
	Derrame pericárdico	5
Cardiovascular	Taponamiento cardiaco	2
	Carditis	1
	Taquiarritmia	1
	Prolapso valvular	1
	Tromboembolia pulmonar	2
Hepático	Cirrosis	1
Articulaciones	Poliartritis	8
Pulmonar	Neumonitis	2
	SDR	1
Oftálmico	Neuritis óptica	1
	Maculopatía	1
Otros	Pancreatitis	1
	SAAF	2
Glandular	S. Sjögren Secundario	1

n= número de casa, GMN= glomerulonefritis, SAAF= síndrome anticuerpos antiof-filípidos, SDR= síndrome dificultad respiratoria

Co89

APTITUD CLÍNICA DE MÉDICOS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA EVALUAR Y TRATAR ENFERMEDADES REUMÁTICAS DEL ADULTO

Cabrera-Pivaral CE (1), Gutierrez-Gonzalez T (2), Gamez Nava JI (3), Villa-Manzano AI (4), Luce-Gonzalez E (5)

(1) Dirección de Educación e Investigación en Salud HECMNO, UMAE, IMSS Guadaluajara, Mexico, (2)(5) IMSS, (3) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HE CMNO. IMSS y Posgrado de Salud Pública y Farmacología CUCS U de G, (4) Unidad de Medicina Familiar No 51 IMSS

Objetivo: Valorar la aptitud clínica de médicos familiares en el manejo de enfermedades reumáticas del adulto

Pacientes y métodos: Encuesta transversal. Los criterios de inclusión fueron médicos de base de primer nivel de atención del IMSS, que aceptaran participar y firmaran consentimiento bajo información. Los criterios de exclusión fueron médicos que trabajaran en áreas de urgencias o que no tuvieran contacto directo con pacientes. La selección de médicos fue de forma aleatoria. El instrumento de evaluación fue diseñado para evaluar como los médicos de primer contacto evalúan y tratan las siguientes enfermedades reumáticas: 1) Artritis reumatoide, 2) Síndrome de Sjögren, 3) Gota, 4) Osteoartritis y 5) Lupus Eritematoso Sistémico. Los dominios del instrumento incluyeron detección de factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.

Resultados: 104 médicos del primer nivel de atención fueron evaluados. 53% de los entrevistados fueron del sexo masculino y un 58% tenía la especialidad de medicina familiar. Se incluyeron médicos de 4 clínicas de medicina familiar de 23 posibles en la ciudad. Los siguientes niveles de aptitud clínica observados en el global fueron: solo el 11% (95%CI 5-17) obtuvo un nivel de competencia alto de acuerdo al instrumento. El nivel de aptitud moderado fue del 20% (95%CI 13-27), bajo 31 (95%CI 22-40), muy bajo del 20% (95%CI 13-27), y debido al azar 18% (95%CI 11-25). No hubo diferencia en la aptitud clínica entre médicos con la especialidad de medicina familiar y sin ella (p=0.36)

Conclusiones: La aptitud clínica de los médicos de primer nivel de atención para evaluar y tratar enfermedades reumáticas parece ser subóptima a pesar de contar con la especialidad por lo tanto es necesario replantear los esquemas de educación médica continua para los especialistas que laboran en primer contacto ya que estos son la puerta de diagnóstico y tratamiento iniciales que requieran una mayoría de los pacientes con enfermedades reumáticas.

Co90

CALIDAD DE VIDA E ÍNDICE DE DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Pineda H (1), Maldonado MR (2)

(1)(2) Hospital Infantil de México Federico Gómez

Antecedentes: La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es la enfermedad reumatológica más frecuente en la infancia que conduce a la inhabilidad física y por tanto afectando la calidad de vida del paciente; siendo importante su evaluación para generar recomendaciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación psicosocial.

Objetivo: Identificar la calidad de vida de acuerdo al índice de discapacidad en el paciente con AIJ mediante la aplicación de una escala análoga visual y conocer las dimensiones más afectadas en la percepción de los pacientes y familiares.

Material y método: Estudio descriptivo y transversal con aplicación del cuestionario Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) versión Mexicana y el COOP-Darmouth en 83 pacientes del servicio de reumatología pediátrica del 1º de septiembre del 2006 al 31 de mayo del

2007, para determinar la calidad de vida e índice de discapacidad. Análisis estadístico realizado con el programa SPSS 15.0, con tablas de frecuencia para las variables nominales y medidas de tendencia central y dispersión para variables de distribución normal.

Resultados: La AIJ correspondió en el 62.7% al sexo femenino (52 pacientes) y 37.3% al sexo masculino (31 pacientes) con mayor frecuencia de presentación de inicio poliarticular (82%), sistémica (10.8%), oligoarticular (7.2%). Se obtuvo una buena percepción de la calidad de vida (49.39%) y mala calidad de vida (2.45%), las dimensiones más afectadas del COOP-Darmouth fueron la percepción del sentirse bien y la salud mental, con menor afectación la satisfacción de la atención a la salud. La AIJ poliarticular fue la más afectada en la calidad de vida ($p < 0.016$); el índice de discapacidad más frecuente fue de 0 a 1.9 (80.72%), leve (18.07%), moderada (1.21%), ninguno severo; la dimensión del CHAQ más afectada fue la realización de actividades cotidianas. La percepción de la salud global y del dolor de los niños y familiares fue similar, se obtuvo una correlación significativa del CHAQ con la AIJ poliarticular ($p < 0.026$), el COOP-Darmouth y el CHAQ respecto a la apreciación objetiva y subjetiva de la calidad de vida en relación al índice de discapacidad fue significativo ($p < 0.001$).

Conclusión: La AIJ con menor índice de discapacidad presenta mejor calidad de vida, con mayor afectación del tipo de inicio poliarticular, el COOP-Darmouth y el CHAQ se relacionan en forma positiva en la salud global y el índice de dolor.

Cog1

ENFERMEDAD INTERSTICIAL PULMONAR (EIP) EN MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS (MII)

Andrade-Ortega L (1), Irazoque-Palazuelos F (2), Rosales-Don Pablo V (3)
(1)(2)(3) CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

Resumen: La EIP es una manifestación cada vez más reconocida de las MII y que influye significativamente en el pronóstico. Existen pocos estudios sobre esta manifestación en pacientes mestizos.

Objetivo: Evaluar las alteraciones pulmonares, con énfasis en la afectación intersticial, en una cohorte de pacientes adultos con polimiositis (PM) y dermatomiositis (DM).

Diseño del estudio: Se realizó evaluación clínica, telerradiografía de tórax, pruebas de función respiratoria (PFR) y tomografía computada de alta resolución con ventana pulmonar (TCAR) en un grupo de pacientes adultos con PM y DM. Se describieron las alteraciones encontradas y se buscó la correlación entre los resultados funcionales, de imagen y las características clínicas de los pacientes. Se definió la presencia de EIP cuando existió patrón restrictivo en las pruebas de función respiratoria y datos compatibles en la TCAR (imagen en vidrio despoluido, opacidades reticulares, panal de abeja).

Resultados: Fueron 26 pacientes, 18 mujeres, con edad promedio de 52.3 \pm 12.5 años, diagnóstico de PM en 10 (2 con anti-Jo1 +) y DM en 16 (se excluyeron pacientes con sobreposición, de inicio juvenil y con asociación a cáncer). Tiempo de evolución 8.35 \pm 7.6 años, clasificados como activos 8 e inactivos 18. Las PFR mostraron patrón obstructivo en 5 pacientes, restrictivo en 6 y mixto en 1, con alteración en el intercambio de gases en 3. El estudio de TCAR con opacidades reticulares y en vidrio de reloj en 3, bronquiectasias en 1, imagen en panal de abeja en 1. Todos los pacientes con imagen de afectación intersticial tuvieron patrón funcional restrictivo. La prevalencia de alteración pulmonar fue de 46%, con datos de EIP en 15.3%, subclínica en 25%. La EIP fue más frecuente en la PM que en la DM (33.3 vs 6.25% $p < 0.02$).

Comentario: La prevalencia de EIP en nuestros pacientes, que es semejante a la publicada en la literatura internacional, justifica la evaluación periódica dirigida a este tipo de afectación respiratoria en los pacientes con MII, en especial con PM, con objeto de instalar tratamiento específico en forma oportuna y poder así incidir en el pronóstico.

Cog2

TERAPIA BIOLÓGICA EN ARTRITIS REUMATOIDE, INFILIXIMAB VS RITUXIMAB, VALORACIÓN DE RESPUESTA EFICACIA Y EFECTOS ADVERSOS

Herrera J (1), Irazoque F (2)

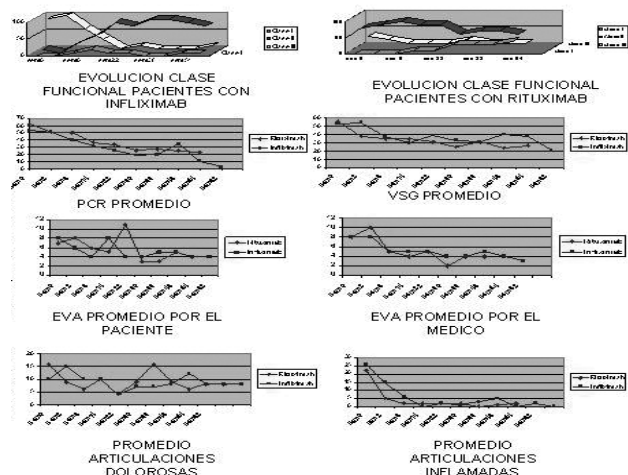
(1)(2) CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR), es una enfermedad crónica, inflamatoria y autoinmune, tiene como blanco principal la sinovial, pero además puede comprometer otros órganos y sistemas (manifestaciones extraarticulares) por lo que se considera una enfermedad sistémica. En los últimos años se ha generado un gran interés en los "modificadores de la respuesta biológica", como agentes terapéuticos en AR. Tal es el caso de Infiliximab anti TNF, y el Rituximab nati CD-20 **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Determinar la respuesta, eficacia y efectos adversos de Infiliximab vs Rituximab como terapia biológica en Artritis Reumatoide

Objetivos generales: Valorar la actividad de la enfermedad por el paciente y por el médico. Valorar el estado de dolor e inflamación de las articulaciones por el paciente y por el médico, con la Escala Visual Análoga del Dolor (EVA). Efectos adversos de la terapia biológica a mediano y largo plazo. Mejoría de la clase funcional

Material y métodos: Se incluyeron 2 grupos de 10 pacientes para cada uno de los grupos con diagnóstico de AR de acuerdo con los criterios del ACR, hombres y mujeres de 20 a 60 años de edad en tratamiento con dos o más modificadores de la enfermedad (FARME) sin respuesta y que no hayan recibido terapia biológica. El primer grupo comprendido por pacientes con Rituximab en la semana 0 y semana 2. Segundo grupo pacientes con Infiliximab a la semana 0, 2,6 y posteriormente cada 8 semanas a las dosis convencionales, con seguimiento por 1 año valorando respuesta a ambos fármacos tomando en cuenta la EVA por paciente y médico, clase funcional, número de articulaciones inflamadas y dolorosas, PCR y VSG tonadas en 1 ocasión cada 2 meses. **RESULTADOS:** Se obtuvo una mejor respuesta en clase funcional en pacientes tratados con Infiliximab, incluyendo mejoría en reactantes de fase aguda como la PCR. La inflamación y dolor articular fueron eficaces ambos con discreto predominio de Rituximab, en relación a mejoría clínica. Las infecciones se presentaron en la mayoría de los pacientes con ambos fármacos pero la severidad de las mismas fue mayor en el grupo de Infiliximab.

Conclusiones: Los resultados favorecen el uso de Infiliximab en pacientes con AR por rápido efecto en la disminución de reactantes de fase aguda, y por ende disminución de la respuesta inflamatoria. Rituximab es una opción efectiva para los pacientes con infecciones de repetición o aquellos donde este contraindicado por otra causa el uso de anti TNF.



C093

PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

Hernández-Roque L (1), Casasola-Vargas J (2), Huerta-Sil G (3), Burgos-Vargas R (4)

(1)(2)(3)(4) Hospital General de México

Objetivo: Describir la prevalencia del síndrome metabólico y cada uno de sus componentes en pacientes con espondiloartropatías (SpAs).

Métodos: Estudio observacional, transversal, analítico y comparativo. Se incluyeron pacientes que acuden a la clínica de SpAs del HGM que formen parte del registro mexicano de SpAs. Se registraron datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Se aplicaron cuestionarios específicos para SpAs (BASDAI, BASFI y BASMI). En relación al SM se registró, el IMC, índice de cintura, peso, talla, tensión arterial y niveles séricos de glucosa, ácido úrico, colesterol total, HDL, LDL, y triglicéridos. Se utilizaron los criterios de ATP III para clasificar SM y de obesidad según NOM.

Resultados: Setenta y un expedientes fueron revisados. El 74.6% fueron hombres, edad promedio fue de 35.9 a \pm 13.5. El 47.7% tuvo diagnóstico de EA, 35.2% con SpA Indiferenciada, el 21.1% con Artritis Psoriásica. El 14.1% fueron de inicio juvenil y tenían antecedentes familiares de alguna SpA. Se encontró SM en el 30.9%, edad promedio de 35 \pm 13.3 años, el 18.8% con SpA de inicio juvenil, el 60% del sexo masculino. El 10% con Espondiloartropatía Indiferenciada, el 40% con Artritis Psoriásica y con Espondilitis Anquilosante el 50%. La frecuencia de presentación de los componentes del SM fue para obesidad (OMS): 70% ($p = 0.04$), Obesidad (ATP III) 90% (0.001), HDL disminuido 90%, colesterol total > 200 e hipertrigliceridemia 60% ($p = 0.04$), hipertensión arterial 70% e hiperglucemia 60%. Elevación de PCR y VSG en el 27.7%. BASDAI (>4) en el 70%, BASFI (> 5): 50% y BASMI leve: 30%, moderado: 30% y severo 40%. En pacientes con colesterol ideal < 200 (ATP III), la frecuencia de SM fue de 23.9%, el 64.7% fueron hombres con OR de 1.4 (IC 95% [0.44-4.80]). El 29.4 % SpA de inicio juvenil.

Conclusión: La frecuencia del SM en pacientes con SpAs, no es diferente a lo reportado en la población general, la frecuencia sí es más elevada en los pacientes con SpA de inicio juvenil.

C094

ASOCIACIÓN DE CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS. REPORTE DE CASOS

Aranda P (1), Meléndez C (2), Mendoza A (3), Jaimes J (4)

(1)(2)(3)(4) Centro Médico ISSEMyM

Introducción: La cirrosis biliar primaria (CBP) es una enfermedad caracterizada por infiltrados linfocitarios en los espacios portaes, alrededor de los conductos biliares intra hepáticos, condicionando obstrucción fibrosa. Es conocida su asociación con enfermedades reumáticas entre 36 y 84%, siendo las más frecuentes síndrome de Sjögren, síndrome de CREST, artritis reumatoide, entre otras.

Descripción de casos: Presentamos una serie de casos de la consulta externa de Gastroenterología de nuestro hospital, de 34 pacientes con diagnóstico de cirrosis biliar primaria, se identificaron 10 asociados con padecimiento reumático. Nueve de los casos reportados son del género femenino, la edad promedio al diagnóstico de la enfermedad reumática es 40 años y la edad promedio al diagnóstico de CBP es 48.1 años. La asociación más frecuente es con síndrome de Sjögren en 60%.

Conclusiones: Los casos presentados corresponden a lo descrito en la literatura, siendo la mayor asociación con síndrome de Sjögren, con una alta frecuencia de trastornos tiroideos concomitantes, predominando el hipotiroidismo.

Paciente	Dx Asociado	AMA	ANA	Patrón ANA	Concomitantes
1	SS	+	+	Centromérico	Hipotiroidismo
2	SS	+	+	Moteado fino	Hipertiroidismo
3	CREST	+	+	Moteado fino	
4	Gota	+	-		Hipotiroidismo Vitiligo
5	SS	+	+	Moteado fino	
6	SS	+	+	Moteado fino	
7	SS	+	+	Moteado fino	Hipotiroidismo
8	CREST	+	+	Centromérico	
9	LES	+	+	Homogéneo	Hipotiroidismo
10	SS	+	+	Centromérico	

AMA (anticuerpos antimitocondriales), ANA (anticuerpos antinucleares), SS (síndrome de Sjögren)

C095

PREVALENCIA DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES AAN EN TRES GRUPOS DE POBLACIÓN MESTIZO-MEXICANA SANA: DONADORES DE SANGRE, PERSONAL MÉDICO-SANITARIO Y FAMILIARES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE

Marin GG (1), Cardiel MH (2), Cornejo H (3), Viveros ME (4)

(1)(2)(3) Hospital General Dr. Miguel Silva, (4) Facultad de Medicina, UMSNH

Resumen: La determinación de AAN por inmunofluorescencia indirecta IFI es la prueba inicial para el diagnóstico de diversas enfermedades autoinmunes, es altamente sensible pero su especificidad es limitada debido a resultados positivos en sujetos sanos. La información acerca de prevalencia de AAN en diversos grupos de población sana mestizo-mexicana es insuficiente.

Objetivo: Determinar la frecuencia, patrón y título de AAN por IFI en tres grupos de población sana mexicana.

Pacientes y métodos: Estudio prolectivo transversal, estudiamos 304 sujetos en 3 grupos. Grupo 1: 104 donadores sanos, Grupo 2: 100 médicos y personal de salud, Grupo 3: 100 familiares de pacientes con Enfermedad Autoinmune EAI. Se determinaron AAN por IFI (Immunoconcepts) en suero en dilución 1:40 y diluciones sucesivas hasta 1:640 en caso de resultado positivo. Estadística descriptiva, e inferencial no paramétrica con nivel de significancia estadística <0.05.

Resultados: 304 sujetos sanos, 25 a 70 años, 49.3% M. 165 (54.3%) sujetos presentaron fluorescencia. El patrón más frecuente fue el moteado grueso MG (50.3%), encontramos también patrón citoplásmico (1.0%) combinado citoplásmico con moteado grueso (1.3%), homogéneo (0.7%) y nucleolar (0.5%). La dilución más frecuente fue 1:40 (35.4 %) seguida de 1:80 (13.4%), 1:160 (3.2%) y 1:320 (1.6%). En cuanto a los resultados por grupo, el personal de salud y los familiares de pacientes con EAI presentan una tendencia ($p=0.074$) a mostrar títulos más elevados que los donadores sanos. De acuerdo a la ocupación de los sujetos, el patrón MG se encontró más frecuentemente en los médicos ($n=75$) que en otras ocupaciones ($p=0.022$). Los médicos presentaron también títulos más elevados de dicho patrón. En los familiares de pacientes el patrón más frecuente también fue el MG. Los familiares de pacientes con LES tienden a presentar este patrón más frecuentemente que familiares de pacientes con AR, a títulos bajos. ($p=0.017$).

Conclusiones: La prueba de AAN con patrón moteado grueso deberá presentarse en dilución >1:160 para considerarse positiva. Los resultados de los patrones: homogéneo, centromérico, periférico o centriolar deben considerarse positivos aún a títulos bajos. (<1:40). Los resultados de AAN deben ser interpretados por un especialista, en el contexto de los síntomas y de otros resultados de laboratorio, especialmente en familiares de pacientes con EAI y en personal de salud, pues la prevalencia en estos grupos es más elevada que en el resto de la población sana.

C096

EFFECTO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS

Casasola-Vargas J (1), Huerta-Sil G (2), Guzman G (3), Hernández-Roque L (4), Burgos-Vargas R (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Hospital General de México

Objetivo: Identificar los factores asociados a una mala capacidad funcional en pacientes con espondiloartropatías.

Sujetos y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico, que incluyó a 245 pacientes consecutivos de la clínica de espondiloartropatías del HGM, se registraron variables demográficas, clínicas, BASDAI, BASFI, BASG y BASMI. Se consideró que los enfermos tenían mala capacidad funcional si tenían una calificación del BASFI > 4. Las variables con diferencia estadísticamente significativa en el análisis bivariado entraron al análisis multivariado.

Resultados: El 56.5% (153) fueron hombres, con edad promedio 27.5 años (9- 75), 82 (30.3%) eran pacientes de inicio juvenil, Spa Ind 113 (46.1%), EA 74(30.2%), PsA 31(12.7%), ARe 27(11%). Los factores relacionados con mala capacidad funcional fueron: el inicio juvenil, OR (IC95%) 2.1 (1.2-3.8), la artritis periférica: OR 6.22 (2.50-15.5), BASDAI >4: OR 8 (4.0-16.0), más de 10 años de evolución: OR 2.68 (1.04-6.8), la lumbalgia inflamatoria OR 3.67 (1.52-8.8), y la tarsitis OR 1.85 (.84-4.6), afección de la cadera OR 3.4 (2.1-5.4), todas excepto la tarsitis tuvieron un valor de p menor a 0.05 Las escalas visuales para el dolor de espalda por la noche y durante la última semana tuvieron una correlación positiva con el BASFI >4, r=0.66 y r=0.67 respectivamente. La evaluación de actividad de la enfermedad mostró una correlación positiva con el BASFI, r=0.57, con valor de p < 0.001. Las variables que mostraron correlación negativa fueron la edad de inicio, la prueba de Schober, y la flexión lateral.

Conclusión: Los factores asociados a una mala capacidad funcional (BASFI>4) fueron la actividad de la enfermedad, la artritis periférica, el inicio juvenil de la enfermedad, el tiempo de evolución y la afección de la cadera.

C097

LAS DIFERENCIAS ÉTNICAS NO IMPACTAN LA PREVALENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES EN EL ESTUDIO LATINO AMERICANO DE FRACTURAS VERTEBRALES (LAVOS)

Clark P (1), Talavera J (2), Cummings SR (3), Deleze M (4), Cons-Molina F (5), Zanchetta J (6), Messina DO (7), Haddock L (8), Ragi S (9), Jaller JJ (10), Grupo LAVOS (11)

(1) IMSS-UNAM, (2) IMSS-Universidad Autónoma del Estado de México, (3) UCSF, (4) Hospital Angeles Puebla, (5) Centro de OP Mexicali, (6) IDIM, Argentina, (7) Universidad de Buenos Aires, (8) Universidad de Puerto Rico, (9) CEDOES, Brasil, (10) Centro de OP, Colombia, (11)

Resumen: Existen reportes en la literatura donde las tasas de fracturas vertebrales difieren de acuerdo al origen étnico en diferentes estudios de varios países. El objetivo de nuestro estudio fue determinar diferencias en la prevalencia de fracturas vertebrales relacionadas con el origen étnico en la muestra de mujeres del estudio Latino Americano de fracturas vertebrales (LAVOS) Se incluyeron para este análisis las muestras al azar de las poblaciones que se incluyeron en el estudio de LAVOS. Esta se conformo de mujeres mayores de 50 años de 5 países de la región Latino Americana: Argentina, Brasil, Colombia, México y Puerto Rico. En todos los casos se aplico un cuestionario con información demográfica, de factores de riesgo convencionales para osteoporosis, etnicidad y algunas características de sus estilos de vida. Se realizaron en todos los casos densitometrías óseas en dos regiones y radiografías laterales de la columna torácica y lumbar siguiendo los lineamientos de protocolos internacionales. Se utilizo la morfometría digital para determinar las deformidades vertebrales de acuerdo con los criterios modificados de

Eastell; todas las morfometrias fueron concentradas y realizadas en un solo centro. Se incluyeron un total de 1922 mujeres de los 5 países de las cuales comen (50.4%) reportaron ser mestizas, 748 (38.9%) Caucásicas y (10.7%) otro origen étnico (Negras, Amerindias, Asiáticas o Indígenas).

La prevalencia de fracturas vertebrales fue de 15.3% (148) en Mestizos, 15 % (112) en Caucásicos y 10.7% (22) en los restantes (otros). La etnicidad no impacto el riesgo de fractura. Los riesgos observados entre los mestizos y caucásicos fueron de 0.98 (95% CI 0.74-1.29) y 0.67 (95% CI 0.40-1.10) entre Mestizo y otros orígenes étnicos.

Conclusiones: El origen étnico aparentemente no tiene ningún impacto en el riesgo de fracturas en las mujeres de la población estudiada en Latino América.

C098

DESEMPEÑO DE LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTICARDIOLIPINA (aCL) Y DEL ANTICOAGULANTE LÚPICO (AL). ¿DISYUNTIVA O SINERGI?

Rubio Jurado B (1), Delgado Lamas JL (2), Íñiguez Franco P (3), Galván Meléndez S (4), Organista Rosas R (5), Salazar Páramo M (6), Nava A (7)

(1) UIEC UMAE Hospital de Especialidades CMNO IMSS / UCUS Posgrado Inmunología Universidad de Guadalajara, (2) UMAE HE CMNO IMSS, (3) UMAE HE CMNO IMSS / UCUS Universidad de Guadalajara, Servicio Social en Investigación SS, (4) (5) Laboratorio Clínico Sec. Inmunología UMAE HE CMNO IMSS, (6) UMAE HE CMNO IMSS / UCUS Universidad de Guadalajara, Servicio Social en Investigación SS, (7) UIEC UMAE HE CMNO IMSS / Facultad de Medicina ACS Universidad Autónoma de Guadalajara

Resumen: La trombofilia adquirida se encuentra asociada principalmente a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aFL). El Síndrome antifosfolípido (SAF) se caracteriza por la presencia de aFL, trombosis arterial o venosa, aborto recurrente y trombocitopenia. Clínicamente puede corresponder a SAF primario o secundario. La prevalencia de anticuerpos aFL en pacientes con trombosis es de 5-21% y en población sana de un 6.5 -9.4%. Se conoce una asociación entre aCL y trombosis con RM 1.6-3.2 y entre AL y trombosis con RM 6.8-11.0; podrían ser pruebas complementarias en el estudio de estos pacientes. Es conveniente identificar en pacientes con sospecha de trombofilia el patrón de estudio con aCL y/o AL.

Objetivo: Describir las series de casos en quienes se solicito Anticardiolipina (aCL) y/o anticoagulante lúpico (AL).

Material y métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos que se presentan en el Laboratorio Clínico del Hospital de Especialidades para estudio de AL y aCL de agosto de 2006 a Agosto de 2007. Se recabaron datos demográficos y estudios de laboratorio: aCL y AL.

Resultados: Recibieron 1,070 muestras, para aCL, 847 femeninas (79%). Mediana de edad 36 años (16 a 87 años). Anticardiolipina IgG positivos 63 casos (5.9%), Anticardiolipina IgM 103 casos (9.6%); casos con ambos positivos 31 (2.9%). Anticoagulante lúpico se recibieron 299 muestras, 219 negativos, 1 positivo, (79 NR). Servicio solicitante, Reumatología 242(22%), Neurología 145 (13.5%), Hematología 102 (9.5%), Ginecología 52(4.9%), Neumología 40(3.7%), Inmunología, Medicina Interna, Nefrología, Gastroenterología 15(1.4%), Cardiología, Cirugía, Neurocirugía, Endocrinología, Infectología, Urología, 5(0.5%). Diagnóstico: LES 164(15.3%), PTI 100(9.3%), SAF 86(8%), EVC 56(5.2%), aborto 55(5.1%), TEP 31(2.8%), embarazo 29(2.7%), esclerosis múltiple 25(2.3%), trombosis 21(2%), trombofilia 20(2%), esterilidad 13(1.2%), vasculitis, hepatopatía, artritis 12(1%), Síndrome de Evans 10(.9%),

Conclusión: La solicitud de aCL y AL obedece al estudio de trombofilia adquirida y muestra una asimetría aCL:AL de 4:1. Llama la atención la diferencia en la proporción de positividad de aCL 12.6% vs 0.5% del AL. Deberá evaluarse en trabajos posteriores la influencia de preferencias de escrutinio por servicio clínico así como patología específica estudiada y presencia de tratamiento con cumarínicos. Es deseable promover una estrategia para solicitud oportuna de éstas pruebas en la evaluación de trombofilia adquirida.

C099

PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON ACROMEGALIA

Cruz Reyes C (1), Camargo Coronel A (2), Moya C (3), Sosa Erosa E (4), Jiménez-Balderas FJ (5), Pérez Cristobal M (6), Barile Fabris LA (7), Mercado Atri M (8)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8) Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Antecedentes: El 70% de los pacientes con acromegalia tienen manifestaciones de artropatía axial o periférica, la articulación más afectada es la rodilla. El cartilago articular se daña, ocasionando inicialmente hipertrofia y en estadios finales atrofia. Aproximadamente el 64% de los pacientes con acromegalia tiene síndrome del túnel del carpo (STC). El ultrasonido musculoesquelético (USME) es útil para determinar alteraciones en la dimensión de cartilago articular y el nervio mediano.

Objetivos: Determinar la prevalencia de: manifestaciones reumatológicas, las dimensiones del cartilago articular de la rodilla y del nervio mediano medidos por USME en pacientes con acromegalia.

Material y métodos: Estudiamos pacientes con acromegalia. Se recabaron variables demográficas, enfermedades concomitantes y se interrogó sobre manifestaciones reumáticas. De los expedientes clínicos se tomó la información de los valores hormonales, tiempo de evolución de la enfermedad y tratamientos recibidos. El USME se realizó con máquina Dynamic Imaging (Dias) con transductores lineales de 5-10 MHz para medir el cartilago de las rodillas y de 10-22 MHz para los nervios medianos. Las medidas ultrasonográficas se realizaron de acuerdo con las guías de la EULAR.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes, 26 mujeres, con edad de 50.6 ± 13.04 años (25 a 77), con duración de la enfermedad de 7.91 ± 5.79 años (1 a 22). Siete pacientes (19%) se encontraban activos. La manifestación reumatológica principal fue gonalgia bilateral en 21 pacientes (58%), seguido de lumbalgia mecánica en 19 (53%), dolor de manos (muñecas e IFD) en 10 (28%), dorsalgia en 4 pacientes (11%) y dolor en codos en 3 pacientes (8%). Nueve pacientes (25%) tuvieron datos clínicos de STC, de estos 3 (33%) se encontraban activos. Medidas ultrasonográficas.

Cóndilo medial derecho	2.36 ± 0.94 mm (0 - 4.9)
Cóndilo lateral derecho	2.31 ± 0.71 mm (0 - 3.7)
Cóndilo medial izquierdo	2.53 ± 1.06 mm (0 a 6.1)
Cóndilo Lateral izquierdo	2.27 ± 0.79 mm (0 a 4.0)
Área mediano derecho	15.44 ± 6.84 mm ² (8.2 a 37.3)
Área mediano izquierdo	15.87 ± 7.05 mm ² (6.9 a 39.96)

No hubo correlación entre el grosor del cartilago y la actividad de la enfermedad.

Conclusiones: En pacientes con acromegalia las manifestaciones reumáticas son frecuentes, en particular la gonalgia y la lumbalgia; el STC parece ser mas frecuente que en la población general.

C100

DESEMPEÑO DE LAS RECOMENDACIONES DEL EULAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE GOTA

Pelaez-Ballesta I (1), Hernandez L (2), Hernandez C (3), Teran L (4), Espinoza J (5), Esquivel J (6), Goycochea MV (7), Aceves JF (8), Bernard AG (9), Ventura L (10), Shumsky C (11), Hernandez-Garduno A (12), Burgos-Vargas R (13), Vazquez-Mellado J (14)

(1)(2)(3)(12)(13)(14) Hospital General de México Hospital General de México, (4) IMSS, Morelia, (5) PEMEX, Reynosa, (6) Hospital Universitario NL, (7) IMSS-Gabriel Mancera, DF, (8) IMSS, Guadalajara, (9) Hospital Civil, Guadalajara, (10) PEMEX-Picocho, DF, (11) PEMEX-Norte, DF

Resumen: El comité de expertos de ESCISIT (EULAR *Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics*), propusieron 10 variables para el diagnóstico de gota (Inflamación rápida, eritema, podagra, hiperuricemia, tofos, cambios radiológicos y la presencia de cristales), y un algoritmo diagnóstico. Estos criterios diagnósticos no han sido evaluados en pacientes que acuden a consulta de reumatología.

Objetivo: Describir la aplicación de los criterios propuestos por EULAR, en una base de datos multicéntrica de pacientes con diagnóstico de gota.

Método: Se analizaron los datos clínicos de 549 pacientes con diagnóstico de gota, el cual fue realizado por un reumatólogo certificado. Se realizó análisis descriptivo y comparativo de las variables clínicas (ANOVA, regresión logística), un análisis de prueba diagnóstica.

Resultados: El 96 % (528) fueron pacientes del sexo masculino, edad promedio de 50 de 14.4 años (; escolaridad de 7.8 DE 4 5 años, tiempo de evolución 12 años DE 9.7. El 84% cumplieron con los criterios de Wallace, 52% tenían gota tífaca, 59% hiperlipidemia, 52% obesidad, 46% HTAS. Al analizar la información de acuerdo al algoritmo diagnóstico propuesto, 74 % presentó inflamación rápida de menos de 24 horas, cuando se agrega la presencia de eritema se redujo al 48%, al incluir podagra 38%, más hiperuricemia 34%, más tofos 15%, mas cambios radiográficos 11% y cuando se suma la presencia de cristales en liquido sinovial se redujo al 1.8%. Los pacientes fueron clasificados en tres grupos:gota definitiva (15%) aquellos en que se demostraron cristales de UMS; gota clínica (41%) cuando cumplían 4 o más de los criterios y gota dudosa (44%) cuando cumplían 3 o menos de los criterios de EULAR. Al comparar las manifestaciones clínicas entre los pacientes que tenían presencia de cristales contra aquellos en los que no se realizó, no se observaron diferencias estadísticas significativas. El intervalo de las probabilidades post-prueba, va desde 0.57 para la inflamación rápida como único dato, hasta 4.9 cuando se suman las 7 observaciones clínicas y de laboratorio. Otros dos parámetros establecidos en los criterios de Wallace que mostraron altas probabilidades preprueba fueron: tarsitis con 1.56 y cultivo negativo con 2.62.

Conclusiones: Los reumatólogos establecen el diagnóstico de gota con algunas de las variables clínicas y de laboratorio recomendadas por el EULAR. Las razones de verosimilitud encontradas en este estudio fueron menores a las descritas por EULAR. Un algoritmo diagnóstico distinto al propuesto podría ser de mayor utilidad en la practica clínica.

C101

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO PRIMARIO VERSUS ASOCIADO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ANÁLISIS DEL RESULTADO DE 184 EMBARAZOS

Martínez-Zamora M (1), Espinoza G (2), Muñoz-López S (3), Carmona F (4), Tàssies D (5), Reverter J (6), Cervera R (7), Balasch J (8)

(1)(4)(8) Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, España (2)(3)(7) Unitat de malalties autoimmunes i sistèmiques, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, España (5)(6) Servei d'hemoteràpia i hemostàsia, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, España

Objetivos: Evaluar y comparar el resultado materno y perinatal de pacientes embarazadas con síndrome antifosfolípido primario (SAFP) y asociado a lupus eritematoso sistémico (SAF secundario).

Métodos: 184 embarazos en 142 pacientes (118 embarazos en 90 mujeres con SAFp y 66 embarazos en 52 pacientes con SAFsecundario). Las pacientes que tenían historia de pérdidas obstétrica recibieron tratamiento previo a la concepción con baja dosis de aspirina, mientras que aquellas con eventos trombóticos previos o fracaso con la aspirina fueron tratadas con heparina de bajo peso molecular (HBPM) subcutánea y baja dosis de aspirina.

Resultados: Ocurrieron 39 embarazos en mujeres con historia de trombosis vascular (25% del grupo de SAFp y 14% del grupo SAF secundario; p = 0.061). La HBPM fue prescrita en 22% de los embarazos con

SAFP y 20% de aquellos con SAF secundario ($p = 0.27$). En el grupo SAFP, el 11.8% de los embarazos resultaron en pérdida embrionaria antes de la semana 10, contra 12% en el grupo SAF secundario ($p = 0.1$). Se desarrolló preeclampsia en 5.2% de las pacientes con SAFP y en 4.9% del grupo SAF secundario ($p = 0.105$). Hubo 18% contra 10% de partos pretérmino ($p = 0.26$) y 11% versus 8% de retardos en el crecimiento fetal ($p = 0.57$) en los grupos SAFP y SAF secundario, respectivamente. Ocurrió muerte fetal en 8.5% del grupo SAFP y 4.5% en el grupo SAF secundario ($p = 0.25$). El embarazo se resolvió por vía vaginal en 62% de las pacientes con SAFP y 68% con SAF secundario ($p = 0.4$). Diez pacientes del grupo SAFP se complicaron con eventos tromboticos durante el embarazo o el puerperio (6 fueron tratadas con HBPM durante el embarazo y 4 tenían historia de trombosis previa). No hubo eventos tromboembólicos en el grupo SAF secundario ($p = 0.059$). No ocurrieron muertes maternas. Se obtuvieron productos vivos en 80% de los casos con SAFP y en 83.5% con SAF secundario.

Conclusión: El estrecho monitoreo obstétrico y el uso de terapia antitrombótica fueron efectivos en la reducción de pérdidas fetales en embarazadas con SAFP y SAF secundario, a pesar de una alta incidencia de complicaciones obstétricas y fetales. No se encontraron diferencias significativas en los resultados maternos y perinatales entre pacientes con SAFP y SAF secundario, aunque aquellas con SAFP y enfermedad trombotica previa podrían tener un mayor riesgo de eventos tromboticos durante el embarazo y el puerperio.

C102

FRECUENCIA DE ATEROSCLEROSIS TEMPRANA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ASINTOMÁTICOS CON ENFERMEDAD REUMÁTICA GENERALIZADA

Martínez JC (1), Yañez P (2), Flores N (3), Rosas P (4), Mejía-Arangure JM (5)

(1)(2)(3) Depto. de Reumatología, Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS, México, (4) Depto. Radiodiagnóstico Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI IMSS, México, (5) Unidad de Investigación y Epidemiología Clínica, Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS México

Introducción: Las enfermedades reumáticas generalizadas (ERG) se asocian con altos índices de morbi-mortalidad cardiovascular secundaria a aterosclerosis temprana, se afirma que su proceso inicia desde la infancia y puede ser prevenible

Objetivo: Identificar la frecuencia de placa ateromatosa mediante ultrasonido doppler carotídeo (USD) en pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas generalizadas (ERG).

Análisis estadístico: Descriptivo, con medidas de tendencia central y de dispersión, de acuerdo a la escala de medición de las variables.

Metodología: Se incluyeron 33 pacientes con ERG -lupus eritematoso sistémico (LES), artritis idiopática juvenil (AIJ), síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF), esclerodermia localizada (EL), dermatomiositis juvenil (DMJ)-, a todos los pacientes se les realizó en una sola ocasión USD, con equipo TND línea 7.5MHz.

Resultados: 31 pacientes, 24 (77.4%) fueron del sexo femenino con edad de 12.9 años (4-17.1 años), 20 (64.5%) con diagnóstico de LES; la presencia de la placa fue del 6.4%, la frecuencia del evento fue del 10%, ambas pacientes fueron del sexo femenino y con diagnóstico de LES; de acuerdo con este último diagnóstico la frecuencia del evento sería del 10% con un intervalo de confianza del 95% de dicha frecuencia de 1.23% - 31.70%.

Conclusiones: Se encontró evidencia ultrasonográfica de placa ateromatosa con una frecuencia del 6.4% en niños con ERG. La aparición del evento no tuvo relación con el tiempo de evolución de la enfermedad. Los factores de riesgo presentes fueron: obesidad, insuficiencia renal crónica, proteinuria en rangos nefróticos, hipertrigliceridemia y una dosis mayor acumulada de metilprednisolona.

C103

EFICACIA DE UNA DOSIS CONVENCIONAL SEMANAL DE ETANERCEPT EN NIÑOS CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

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

(1)(2)(3)(4) Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es un grupo de artritis de etiología desconocida, comienza antes de los 16 años de edad y persiste por más de seis semanas. El Etanercept es un inhibidor competitivo del Factor de Necrosis Tumoral, cuya eficacia en el tratamiento de la AIJ está probada.

Objetivo: Demostrar eficacia del Etanercept a dosis única semanal de 0.4 mg/kg en niños con AIJ.

Materiales y método: Estudio retrospectivo, transversal y analítico, de expedientes de pacientes con AIJ del Hospital Infantil de México, que recibieron Etanercept a 0.4 mg/kg 1 vez/semana. Se realizaron estudios de laboratorio al inicio y cada 3 meses. La actividad de la enfermedad se valoró por el número de articulaciones inflamadas, articulaciones con limitación funcional y Velocidad de Sedimentación Globular (VSG). Los datos se analizaron en SPSS 15.0.

Resultados: Se estudiaron 8 pacientes: 5 mujeres y 3 varones, con AIJ sistémica 3/8 y AIJ poliarticular 5/8, edades entre 1 y 14 años (media: 6.38). Tratamiento previo: Metotrexate en todos, Naproxeno en 6/8, Hidroxicloroquina 1/8, Sulfasalazina 2/8, prednisona 1/8. La duración de la enfermedad antes del Etanercept fue de 3-40 meses (media: 15 meses). Al inicio del tratamiento se tenían 2-8 articulaciones inflamadas (media: 5), 0-2 articulaciones a los 3 meses y ninguna articulación a los 6 meses. Las articulaciones con limitación funcional al principio fueron entre 3-11 (media: 6.63), a los 3 meses entre 2-6 y a los 6 meses entre 0-4. La VSG al comienzo fue de 18-35 mm/hr (media: 30), a los 3 meses de 6-45 mm/hr y a los 6 meses de 1-18 mm/hr (Tabla 1). Ninguno presentó efectos adversos ni recaídas en los 6 meses.

Discusión: Diversos estudios señalan la eficacia del Etanercept a 0.4 mg/kg/dosis (máximo 25 mg) 2 veces/semana o 1 vez/semana a 0.8 mg/kg (máximo 50 mg), demostrada en la mejoría del estado general, actividad inflamatoria articular y parámetros laboratoriales. Este trabajo demuestra disminución en el total de articulaciones inflamadas a los 6 meses, reducción en el número de articulaciones con limitación funcional a los 6 meses en el 75.4%; descenso de la VSG a los 3 meses con una media de 30 mm/hr a 22.38mm/hr, y a los 6 meses a una media de 9.75 mm/hr ($p=0.04$), sin efectos adversos ni recaída.

Conclusión: El Etanercept es eficaz y seguro a 0.4 mg/kg/semana en dosis única. Estudios multicéntricos, con mayor número de pacientes y tiempo prolongado de seguimiento deben realizarse. Es importante esta posibilidad, ya que en países en desarrollo, es difícil el uso de terapia biológica, y conociendo su efecto beneficioso, se puede abaratar el costo.

C104

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TARDÍO Y ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES. REPORTE DE UN CASO

Arevalo FG (1), Badía-Flores J (2)

(1) Médico Reumatólogo Hospital Angeles Metropolitan, (2) Coordinador de Reumatología Hospital Angeles Mocel

Introducción: El cuadro clínico inicial y el curso del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) son afectados por la edad. El LES de inicio tardío tiene un inicio más insidioso, en donde predominan los síntomas generales, con baja afectación renal y niveles normales de complemento. Puede presentarse sobrepuesto con otras enfermedades autoinmunes. Describimos un caso de LES en edad tardía asociado a Arteritis de Células Gigantes (un padecimiento asociado a Polimialgia Reumática).

Objetivo: Presentar un caso de Lupus Eritematoso Sistémico de inicio tardío asociado a Arteritis de Células Gigantes.

Caso clínico: Femenino de 71 años, con antecedentes de IVU recidivante. Inicia su padecimiento en Julio 2005 con poliartralgias, mialgia, fatiga y febrícula, con posterior sinovitis de IFPs, MCFs y RAM mayor de 1 hora. Los estudios iniciales realizados reportaron EGO datos de IVU, leucocitosis y neutrofilia, PCR 17.6, VSG 30, FR, Anti-CCP, CPK, TGO, TGP normales, ANA 1:100, Anti-DNA doble cadena positivo, C3 y C4 normales, diagnosticándose como LES e iniciándose antibiótico por datos de IVU, AINE, Plaquenil 200 mg cada 24 hs y calcort 6 mg cada 24 hs, con franca mejoría.

En Enero 2007 inicia cefalea severa, localizada en la región de las arterias temporales, con aumento del tamaño y sensibilidad a la palpación, mialgias, claudicación mandibular y síntomas visuales (diplopia, ptosis y alteraciones visuales). Los estudios de laboratorio solo con VSG elevada. El examen de fondo de ojo reveló palidez y edema del disco óptico. Se diagnostica como Arteritis de Células Gigantes. Se inician pulsos de metilprednisolona 1 gr IV cada 24 hs por 3 días continuando prednisona 40 mg cada 24 hs, con dosis decreciente, con recuperación paulatina y completa de las manifestaciones visuales, pero por persistencia de síntomas locales de las arterias temporales se prosiguió con dosis bajas de esteroides. Actualmente sin datos clínicos de actividad de LES ni de arteritis de células gigantes, solo recibe terapia con AINE por mioartralgias.

Conclusiones: El LES ha sido asociado a otros padecimientos autoinmunes. En edad tardía tiene manifestaciones clínicas diferentes, con un inicio más insidioso. Se asocia a Arteritis de Células Gigantes, una asociación rara, pero que ya ha sido descrita. La paciente tuvo manifestaciones clínicas severas de Arteritis Temporal (oftalmológicas) que respondió a pulsos de metilprednisolona y posteriormente a prednisona a dosis altas.

C105

¿RHUPUS, DAÑO ARTICULAR SEVERO EN LES, Ó AR EXTRAARTICULAR GRAVE?

Ortiz García R (1), Fernández Aguilar O (2), Ruiz Palacios P (3), Wasung de Lay M (4), Pineda Mestas A (5), Zacarías Castillo R (6)

(1)(2)(3)(4)(5)(6) H.G. Gea González

Resumen: Rhupus se considera como la asociación de AR y LES, con una prevalencia calculada de 0.9%. Ambas entidades afectan el sistema músculoesquelético de manera muy similar y además se han encontrado autoanticuerpos "compartidos", incluyendo antiPCC. Se informan 3 casos que cumplen con el diagnóstico de Rhupus.

Caso 1. Mujer de 50 años, Dx de LES en 1990 (fotosensibilidad, eritema malar, alopecia, anemia hemolítica, nefropatía con Bp glomerulonefritis lúpica mesangial, ANA homogéneo 1:640 y antiDNA 8.8) y Dx de AR en 2002 (artritis en manos simétrica, RAM, nódulos reumatoides, FR 133, artritis erosiva en Rx de manos y antiPCC 868.8).

Caso 2. Mujer de 42 años, Dx de AR en 1993 (RAM, artritis simétrica de manos, nódulos reumatoides, erosiones en Rx de manos, FR 750) y Dx de LES en 2007 (alopecia, eritema malar, úlceras orales, anemia hemolítica, linfopenia, ANA homogéneo 1:2560, antiDNA 11.3, antiPCC 681).

Caso 3. Mujer de 54 años con Dx de AR en 1999 (artritis simétrica en manos, erosiones en Rx, nódulos subcutáneos, FR 80) y Dx de LES en 2001 (fotosensibilidad, serositis, anemia hemolítica, ANA homogéneo 1:1280, antiDNA 1:640, antiPCC 17.7).

Comentario: La concurrencia de AR y LES en un paciente es un evento raro. Los casos aquí presentados cumplen con las características descritas para el Dx de Rhupus. Dado que LES puede manifestar daño articular con erosiones, puede tener FR y antiPCC positivos y a su vez AR puede tener ANA y antiDNA positivos, el Dx de dificultad; es probable que se haya generado un sobrediagnóstico en reportes previos. El Dx de Rhupus es difícil, pero también es factible que pueda tratarse de artropatía lúpica severa, ó bien AR con manifestaciones extra-articulares graves. AntiPCC no permiten discriminar con certeza entre una y otra entidad

C106

NEFRITIS LÚPICA CLASE IV VS NEFROPATÍA C1Q. PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Mendieta S (1), Faugier E (2), Maldonado R (3), Morel Z (4), Rodríguez L (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La nefropatía C1q (NC1q) es una glomerulonefritis por complejos inmunes poco frecuente (0.8 a 12%), caracterizada por la presencia de depósitos de inmunoglobulinas y complemento, con dominio o codominio de C1q. Su diagnóstico y etiopatología es controversial y poco entendida aún, incluso ha sido llamada "nefritis lúpica seronegativa". La histología de acuerdo a Jennete (1985) es similar a una nefritis lúpica clase IV; sin embargo no se corrobora evidencia clínica ni por laboratorio de manifestaciones extrarrenales de lupus eritematoso sistémico (LES).

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente adolescente con diagnóstico de síndrome nefrótico corticorresistente, con la presencia de eritema malar, determinación de ANA y anti DNA negativos y reporte de biopsia renal con glomerulonefritis proliferativa difusa endocapilar y focal extracapilar con esclerosis segmentaria, con la presencia de semilunas fibrosas celulares. Inmunofluorescencia con depósitos de IgG, IgA, IgM, C3, C4, y C1q. Se consideró como nefritis lúpica clase IV e inicio tratamiento en base a azatioprina, esteroide vía oral y 9 pulsos mensuales de ciclofosfamida (CFM), por persistencia de proteinuria en rango nefrótico se inició tratamiento con CFM y metotrexate IV por 6 meses como tratamiento para nefritis lúpica refractaria (Lehman, 2004). Persistiendo con proteinuria > 100mgm2hr. Después de 2 años de tratamiento se realiza 2a biopsia renal con glomerulonefritis crónica en fase terminal, depósito de IgG, IgA, IgM, C3, y C1q en mesangio. Inmunológicos en suero: ANA positivo 1:160 homogéneo, antiDNA, antiSSA-Ro, antiSSB-La, AntiSm, antiRNP negativos. Niveles de C3, C4 e inmunoglobulinas normales, sin evidencia de otras manifestaciones de LES. Considerando el diagnóstico de NC1q se suspendió tratamiento inmunosupresor, continuo con captopril e hidroxycloquinina. Persiste con proteinuria de 201mgm2hr, creatinina 1.5mg/dl, con ANA y antiDNA negativos, C3, C4 e inmunoglobulinas normales.

Discusión: NC1q usualmente se presenta con proteinuria en adolescentes y adultos jóvenes, con pobre respuesta a esteroide o inmunosupresores con evolución lenta hacia insuficiencia renal crónica terminal, considerando como factores de mal pronóstico: síndrome nefrótico, fibrosis y atrofia tubular (Tanja 2005), tal como en este caso. No hay estudios que definan el tratamiento ni el riesgo de progresión a desarrollar LES. Adu 1985 describió 5 de 11 pacientes con progresión a LES en 1 a 10 años, por lo que la monitorización clínica y serológica es indispensable.

C107

RITUXIMAB EN NEFROPATÍA LÚPICA SEVERA ASOCIADA A SÍNDROME DE HIPERFILTRACIÓN REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL EN UN ADOLESCENTE

Hernández Díaz C (1), Del Moral Espinosa I (2)

(1) Servicio de Reumatología, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, (2) Servicio de Nefrología Pediátrica, Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Resumen: Masculino de 16 años, Lupus Eritematoso Sistémico manifestaciones cutáneas, criterios ACR en diciembre 2005 y Nefropatía Lúpica clase V por biopsia un mes después según clasificación OMS; presentó eritema malar, edema palpebral y maleolar bilateral, proteinuria 10.13 gr/día, depuración de creatinina (Dep Cr) 104.1 ml/min., albúmina 3.2 mg/dl, C3 50 UI, C4 3.21 UI, colesterol 189 mg/dl, triglicéridos 221 mg/dl, proteínas totales 6.1 mg/dl, ANA patrón moteado fino 1:5120, anti DNAs 95.8 UI, eritrocituria 14xc y proteinuria +; inicio tratamiento con bolos combinados de metilprednisolona y ciclofosfamida según esquema NIH, evolución tórpida con persistencia de proteinuria mayor de 1 gr/día, seis meses des-

pués y debido a proteinuria 2.31 gr./día y Dep Cr 155.54 ml/min., se continúan bolos combinados tres meses; se agrega dosis máxima de micofenolato mofetilo (2 gramos día) y a los diez meses de haber iniciado tratamiento se aplica Rituximab 2 gramos totales de acuerdo al esquema sugerido para Artritis Reumatoide, se suspende micofenolato y prednisona e inicia azatioprina 250 mg día, continuo con proteinuria 1.01 gr./día, Dep Cr 219.11 ml/min., albúmina 3.7 mg/dl, proteínas totales 6.1 mg/dl, antiSM 68.7 UI, ANA 103.3 UI, trazas de proteínas en EGO y eritrocituria 2 xc. Dos meses después con respuesta satisfactoria y reducción de las cifras de colesterol, triglicéridos y proteinuria, permaneciendo asintomático.

Un mes después reinicia con proteinuria 6 gr./día, con cifras altas de colesterol y triglicéridos, evolución torpida posterior a pesar del uso de prednisona 50 mg/día, ciclosporina A 140 mg día; lo que amerito nueva biopsia que mostró fibrosis intersticial I-II y glomerulopatía membranosa clase V, clínicamente con hiperfiltración (Dep Cr 184ml/min), decidiendo reinfusión de Rituximab a los 9 meses posteriores del primer esquema, dosis de 375 mg/m² SC (SC 2.3) semanal por 4 dosis. Al término del tratamiento se encuentra con proteinuria 361 mg/24 hrs, Dep Cr 110.9 ml/min; colesterol219, triglicéridos 587 sin signos de actividad a otro nivel.

El uso de anticuerpos monoclonales para el tratamiento de enfermedades reumatológicas se ha hecho frecuente en los últimos años, especialmente en pacientes con respuesta refractaria a tratamiento convencional; en el Lupus el uso de anticuerpos monoclonales antiCD20 ha sido aprobado para NL refractaria y su uso en niños es controversial, en este caso, el uso de Rituximab permitió la respuesta hacia la mejoría y sobre todo la estabilización de la Nefropatía, continuando al momento la vigilancia.

C108

EVALUACIÓN A 52 SEMANAS DE UN GRUPO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON RITUXIMAB EN UNA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DEL ISSSTE

Martínez A (1), Rivas ML (2), Vicenteño H (3)

(1)(2)(3) Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta la membrana sinovial de las articulaciones y consecuentemente el cartilago articular. El uso de la terapia biológica ha venido a revolucionar la forma de tratar a los pacientes que padecen esta enfermedad.

Material y método: Se realizó un estudio exploratorio, retrospectivo, observacional en el que se incluyeron 20 pacientes con AR de más de un año de evolución, en los que se consideró falla a los Fármacos Anti-Reumáticos Modificadores de la Enfermedad (FARME), y al uso de otros biológicos. Previa valoración para la detección de Hepatitis Viral B y C, así como VIH; se aplicaron dos infusiones de Rituximab de un gramo cada una con un intervalo de 15 días entre una y otra aplicación, y se evaluó a los pacientes cada 4 semanas hasta un total de 52 semanas. Se consideraron como variables de interés el HAQ, DAS28, así como la necesidad de un segundo curso de tratamiento semejante al primero a las 26 semanas, la frecuencia de procesos infecciosos y la frecuencia y tipo de efectos secundarios.

Resultados: Se revisaron las evaluaciones de 20 pacientes con AR de más de un año de evolución (4.2 años de evolución promedio), todos los pacientes fueron positivos al Factor Reumatoide (FR) y presentaron un HAQ inicial promedio de 2.48, DAS28 de 7.36, HAQ final de 1.03, DAS28 final de 4.37. De los pacientes que se evaluaron, 9 (45%) requirieron una segunda infusión, y los procesos infecciosos más frecuentemente reportados fueron a nivel de vías urinarias. En todos los pacientes se prescribieron de forma previa esteroides y al final del periodo de observación 11 pacientes (55%) pudieron suspender el esteroide. Se observó un promedio del uso de 3 FARME's al inicio y se redujo a 1 al final de la observación.

Conclusión: Actualmente el Rituximab es una opción terapéutica en aquellos pacientes que han presentado falla al uso de FARME's y/o biológicos bloqueadores del Factor de Necrosis Tumoral alfa, logrando mejorar la clase funcional del paciente, así como disminuir el consumo de fármacos

C109

COMPARACIÓN DE SEIS DIFERENTES ÍNDICES DE TAMIZAJE PARA OSTEOPOROSIS SECUNDARIA A ARTRITIS REUMATOIDE

Gonzalez-Montoya NG (1), Aguilar-Chavez E (2), Gonzalez-Lopez L (3), Alcaraz-López MF (4), Sánchez-Hernández JD (5), Gamez-Nava JI (6)

(1) IMSS y Doctorado en Farmacología, Universidad de Guadalajara, (2) Hospital General Regional 110, IMSS, y Universidad de Guadalajara, Mexico, (3) Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, y Postgrado Salud Pública U de G, (4) Hospital General Regional 110 del IMSS, Universidad de Colima, (5) IMSS y Doctorado en Farmacología, Universidad de Guadalajara, (6) Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HE CMNO. IMSS y Posgrado de Salud Pública y Farmacología CUCS U de G

Introducción: Debido a la elevada prevalencia de osteoporosis (OP) en artritis reumatoide (AR), es necesario una oportuna detección de esta entidad, sin embargo, en la posibilidad de remitir a todos los pacientes de una institución pública de Salud a densitometría ósea es remota, por lo que se hace necesario priorizar pacientes para dicho estudio. Una estrategia es usar índices validados, sin embargo, ante la diversidad de estos es necesario conocer cuales se comportan mejor para predecir OP en AR.

Objetivo: Comparar el desempeño de diversos índices de OP para priorizar cuales pacientes son mayormente candidatos a Densitometría central en AR.

Material y métodos: Tipo de estudio: Casos y controles. De la consulta externa de Reumatología de un Hospital de segundo nivel durante el periodo de marzo del 2004 a diciembre 2006, se incluyeron >18 años, con diagnóstico de AR, sin antecedentes conocidos de osteoporosis. Se aplicaron diversos índices para valorar riesgo de osteoporosis: National Osteoporosis Foundation (NOF), Simple Calculated Osteoporosis Risk Estimation (SCORE), Osteoporosis Risk Assessment Instrument (ORAI), Age, Body size, No Estrogen (ABONE), Osteoporosis Self-assessment Tool (OST), Osteoporosis Index of Risk (OSIRIS). A todos se realizó Densitometría ósea de columna y cadera, mediante técnica de absorciometría de doble resolución de rayos X. Se clasifico la DMO en base a los criterios de la OMS. El resultado de la densitometría fue usado como "estándar de Oro" para evaluar el desempeño de los índices en el diagnóstico de osteoporosis se calculo con análisis Bayesiano sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y precisión de los diferentes índices.

Resultados: Se compararon 47 pacientes con AR y densitometría normal vs. 33 pacientes con Osteoporosis a la densitometría. La tabla 1 muestra la comparación de los índices en relación a su utilidad para identificar pacientes con osteoporosis en AR. El índice de SCORE fue el mas sensible para identificar osteoporosis, mientras el OSIRIS fue el más específico y con mayor valor predictivo positivo. Mientras la precisión global fue mayor para el OST.

Conclusiones: El SCORE es un índice con alta sensibilidad que puede ser usado como tamizaje, sin embargo para la decisión de iniciar tratamiento en un lugar donde no se cuente con densitometría el OSIRIS se comporta mejor. Mayores esfuerzos deberán ser hechos para diseñar un índice de osteoporosis específico en pacientes con AR. Proyecto financiado por: FIS/IMSS/PROT/C2007/025.

C110

FRECUENCIA DE SÍNDROME METABÓLICO (SX) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR) Y LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES) EN GUADALAJARA

Aceves-Avila FJ (1), Durán Barragán S (2), Ramos-Remus C (3), Sánchez Ortiz A (4)

(1)(3)(4) IMSS y Unidad de Artritis y Reumatismo, (2) Unidad de Artritis y Reumatismo,

Objetivo: Medir la prevalencia de Sx en pacientes con LES y con AR en un hospital de segundo nivel de atención y compararla con la reportada en la población abierta. describe una constelación de factores de riesgo cardiovascular y se encuentra presente en 25% de la población de EU y entre el 30 y 53 por ciento de la población en México, con variaciones geográficas importantes. En Europa, en AR se han reportado frecuencias de hasta 40%, y cerca de un 30 % en LES.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico establecido de AR o LES con cuando menos un año de seguimiento clínico en el Hospital. El Sx se definió como la presencia de tres o más de las siguientes características: Circunferencia de cintura >102 cm en hombres y 88 en mujeres, triglicéridos mayores de 150 mg/dl, HDL <40 mg/dl en hombres y 50 en mujeres, Glucosa en ayuno mayor de 110 mm/dl, hipertensión arterial definida o cifra mayor de 130/85.

Resultados: Hasta el momento hemos incluido 61 pacientes con AR y 20 con LES. 11% de los pacientes con AR y 30 % de los pacientes con LES presentan Sx. La frecuencia de SX en AR en esta serie es menor que la reportada en otras, y también menor que la esperada al compararla con población mexicana usuaria de primer nivel de atención en México (44% Gac Med Mex 2006, 142: 299-301. p <0.05). No hay diferencia importante con respecto a la frecuencia hasta ahora encontrada en LES.

Comentario: Es llamativa la baja frecuencia de Sx en la población estudiada, aunque pudiese tratarse de un sesgo de referencia. Otrs posibilidades a tomar en cuenta para explicar estos resultados son un menor uso de esteroides durante su evolución, y por la continua insistencia en control del peso por parte del médico.

C111

DIFERENCIAS CLÍNICAS Y RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS VASCULITIS PRIMARIAS

Vázquez MA (1), Vázquez R (2), Camargo A (3), Barile LA (4)
(1)(2)(3)(4) IMSS CMN SXXI

Resumen: La evolución de las vasculitis sistémicas primarias (VSP) es reflejo de múltiples causas, entre ellas el tipo de vasculitis, su actividad, el retraso en el diagnóstico y el tratamiento. Los eventos de gravedad en la evolución son infartos, persistencia de la actividad clínica y muerte. Evaluamos los factores de riesgo que puedan determinar persistencia de actividad e influyan en el comportamiento clínico de las VSP.

Método: revisamos 60 casos de VSP y evaluamos características demográficas, tipo de vasculitis, tiempo de retraso en el diagnóstico, tratamiento inicial, marcadores de inflamación y daño inicial a órganos con FFS (five factor score) para determinar persistencia o aumento de la actividad y remisión. Se evaluaron las diferencias entre ellas. Se consideró enfermedad inactiva el recibir <10mg/día de prednisona y dosis mínima de inmunosupresores y remisión a aquellos que no tenían inmunosupresor ni datos de inflamación sistémica.

Resultados: veintiseis de 43 pacientes tuvieron vasculitis de grandes vasos (VGV) (Takayasu), 15/25% de medianos vasos (VMV) (poliarteritis nodosa (PAN) y 19/32% de pequeños vasos (VPV). El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 42.8 años (DE: 15.0) para todas las vasculitis y 49 (82%) fueron mujeres; los pacientes de mayor edad al momento del diagnóstico fueron los del grupo de VMV, además de tener más datos de inflamación sistémica y, como se muestra en la tabla, los pacientes con VGV requirieron más tiempo para su diagnóstico.

Angiología fue el servicio de primer contacto para las VGV (35%), seguido de nefrología y cardiología. Para el grupo de VMV fue reumatología (53%) seguido de medicina interna, y para las de VPV reumatología (31.5%) seguido de nefrología y oftalmología.

Se alcanzó remisión en 34.6% en el grupo de VGV (9/26), 46.6% en el de VMV (7/15) y en 31.5% en VPV (6/19).

Conclusiones: La VGV tiene menos datos de actividad sistémica y requiere mayor tiempo para su diagnóstico, mientras que las VMV se diagnóstican en mucho menor tiempo y tiene más actividad sistémica.

N	Edad (DE) años	Mujeres (%)	FFS	VSG (DE)	PCR (DE)	Meses para dx (DE)
VGV(26)	39.19(10.5)	24(92.3)	.96	22.96(10.5)	.7000(.50)	64.13(95.2)
VMV(15)	52.30(17.5)	10(66.6)	1.20	32.20(25.6)	7.0267(9.11)	8.33(15.10)
VPV(19)	39.8(15.2)	15(78)	.79	29.74(14.73)	5.88(11.44)	52.79(86.65)
Todas(60)	42.81(15.0)	49(82)	.97	27.42(16.90)	3.92(8.25)	45.98(81.31)

C112

USO DE DEXAMETASONA Y BETAMETASONA NO RECETADOS POR EL ESPECIALISTA EN LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGÍA

Ruvalcaba-López G (1), Cerpa-Cruz S (2), Rivera-Betancour T (3), Aguilar-Arreola J (4), González-Díaz V (5), Martínez-Bonilla G (6), Gutiérrez-Ureña S (7), Bernard-Medina AG (8)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7)(8) Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: los pacientes con enfermedades reumáticas reciben en ocasiones corticoesteroides recetados por médicos generales o recomendados por personas ajenas a la medicina, que pueden poner en riesgo a los pacientes.

Objetivo: valorar la frecuencia del uso de dexametasona y betametasona en los pacientes de una consulta externa de reumatología no recetados por el especialista.

Material y métodos: a los pacientes que acudieron a la consulta externa de reumatología se les aplicó de manera aleatoria un cuestionario dirigido para investigar si utilizaban o llegaron a utilizar productos que contengan dexametasona o betametasona (D/B), quien se los indicó o recomendó y tiempo de uso. Se realizó un análisis estadístico descriptivo.

Resultados: se entrevistó a 338 pacientes, edad promedio 48 años \pm 15.7, de los cuales 88 (26%) recibían (D/B), 33 (38%) por médico general, 29 (32%) por familiar o conocido, 15 (17%) por farmacéutico y 11 por otros (13%). Los más recetados fueron: Artridol® 39 (44%) seguido por Rumoquin® 21 (24%). El tiempo promedio del uso de esteroides fue de 13.2 meses.

Discusión: la frecuencia del uso de D/B es elevada, la mayoría son recetados por los médicos generales. Falta hacer conciencia y educación tanto a los médicos generales como a los pacientes y público general para evitar el uso inadecuado de D/B. Estos medicamentos no deben ser de libre venta.

C113

DAÑO EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES): SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE DE 110 PACIENTES DURANTE CUATRO AÑOS

Cervera H (1), Torres V (2), Blanco F (3)

(1) HGR No. 25, IMSS, (2) UMF No. 35, IMSS, (3) U. Invest. en Inmunol. HP CMNS XXI

Objetivo: Valorar el daño orgánico en una cohorte de 110 pacientes con LES, luego de un seguimiento de cuatro años en un Hospital de Segundo Nivel de Atención Médica.

Métodos: Se estudiaron 110 pacientes clasificados con LES (criterios ACR), fueron seguidos durante 4 años (agosto 2003 – septiembre 2007). Se obtuvo de cada paciente la edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad. Se registró el daño orgánico mediante la aplicación del instrumento SLICC/ACR DI en una evaluación inicial, a los dos y cuatro años de seguimiento respectivamente. Se calcularon medias, proporciones, desviación estándar (DS) y se realizó un análisis de varianza (ANOVA) de mediciones repetidas de un solo factor con alfa de 0.05.

Resultados: De los 110 pacientes con LES estudiados, 102 pacientes fueron de sexo femenino y 8 de sexo masculino, la media de la edad fue de 40.8 años (DS 11.53) y de 11.66 años (DS 6.63) del tiempo de evolución de la enfermedad. Se registró daño orgánico en 58 pacientes (52.72%) en la evaluación inicial, en 62 (56.36%) a los dos y en 65 (59.09%) a los cuatro años de seguimiento. El daño promedio registrado mediante el instrumento al inicio de la evaluación, a los dos y cuatro años del seguimiento fue de 0.92, 1.07 y 1.11 respectivamente, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa mediante ANOVA ($F=0.76$) al comparar el daño registrado en relación al tiempo de seguimiento.

Conclusiones: En un porcentaje considerable se detectó daño en los pacientes con LES estudiados en esta cohorte, sin embargo el daño acumulado global se mantuvo estable durante los cuatro años de seguimiento. Los resultados sugieren que la vigilancia y tratamiento médico instituido tienen un impacto en la no progresión de daño en LES.

C114

CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Montiel JM (1), Faugier E (2)

(1)(2) Hospital Infantil de México

Introducción: La sobrevivencia de los pacientes con LES se ha modificado favorablemente en las últimas décadas con el uso de pruebas diagnósticas más sensibles, diagnóstico temprano y nuevas opciones terapéuticas. La mortalidad ha descendido de 70% a 0% en 10 años. Las causas de muerte están directamente relacionadas al curso de la enfermedad, infecciones y actividad de la enfermedad

Objetivos: Identificar factores de riesgo que pueden incrementar la mortalidad de pacientes con LES pediátrico en UTIP en un centro de tercer nivel.

Material y método: Cohorte retrospectiva de pacientes con criterios diagnósticos de LES y murieron en la UTIP de un Hospital de Tercer Nivel en un periodo de 5 años.

Resultados: Encontramos 209 pacientes con diagnóstico de LES, 32 ingresaron y fallecieron en UTIP. Los factores asociados al deceso fueron: SLEDAI > 20 ($p=0.002$), depuración de creatinina < 60 ($p=0.02$), síndromes neurológicos ($p=0.005$). Se observó significancia estadística entre el fallecimiento y la presencia de alteraciones electroencefalográficas, anemia hemolítica y peso menor a la p25.

Conclusiones: El estudio muestra la utilidad de identificar factores asociados que incrementan el riesgo de muerte en pacientes lúpicos en estado grave. Hay significancia estadística entre los factores señalados y el desenlace fatal de los pacientes.

C115

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA BAJA EN MUJERES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Mendoza C (1), García-Carrasco M (2), Muñoz M (3), Etchegaray I (4), Jiménez M (5), Sandoval H (6), Zayas C (7), Delezé M (8)

(1)(2)(5)(6)(7) Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas HGR 36 IMSS Puebla, Pue., (3) Unidad de Posgrado de la FMBUAP, Puebla, Pue., (4) Departamento de Rehabilitación de la FMBUAP, Puebla, Pue., (8) Clínica de Osteoporosis, Puebla, Pue.

Introducción: Complicaciones a largo plazo como densidad mineral ósea (DMO) baja se presentan en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se ha estudiado factores de riesgo de DMO baja de diferentes poblaciones pero no se han realizado estudios en México.

Objetivo: Determinar la prevalencia de DMO baja en LES y factores asociados a DMO baja.

Pacientes y métodos: Estudio transversal, se evaluó mujeres con LES con entrevista para conocer factores de riesgo para DMO baja, actividad y daño crónico de LES. Se les realizó mediciones de DMO de cadera y columna lumbar.

Resultados: Se estudiaron a 185 pacientes, edad promedio: 43.6 ± 13.9 años, duración enfermedad 8.7 ± 7.7 años, menopausia en 50.8%, dosis acumulada de corticosteroides (CTS) de 20.6 ± 22.3 gr. La osteopenia en 36.1% y osteoporosis en 13.3% de los pacientes. En análisis de regresión múltiple, la DMO baja de cadera se asoció con menopausia, índice de masa corporal (IMC) bajo, dosis acumulada de CTS y el daño crónico. La DMO baja en columna lumbar se asoció con menopausia, IMC bajo y daño crónico.

Conclusiones: Osteopenia y osteoporosis son frecuentes en LES. Los factores de riesgo de DMO baja son IMC baja, menopausia, dosis acumulada de CTS y daño crónico.

C116

PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES CLÍNICAS REUMÁTICAS Y MARCADORES DE AUTOINMUNIDAD EN PACIENTES CON INFECCIÓN DE VIRUS DE HEPATITIS C

Rojo J (1), Jiménez A (2), Barroso P (3), Ornelas S (4), Olague G (5), Gálvan S (6), Salazar-Paramo M (7)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) UMAE, HE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Resumen: El virus de la hepatitis C (VHC) es la causa mayor de hepatitis crónica posttransfusional. En el mundo se estima una prevalencia del 3%. La infección por VHC se asocia con un amplio espectro de manifestaciones extrahepáticas entre las que se incluyen aquellas relacionadas a enfermedades reumáticas sistémicas y autoinmunes. El estudio de la infección del VHC y su relación con síndromes reumáticos continúa siendo un área de interés.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas reumáticas y marcadores de autoinmunidad en pacientes con infección por VHC.

Pacientes y métodos: Estudio transversal descriptivo. Se evaluaron pacientes con diagnóstico clínico y de laboratorio con infección por VHC. A los pacientes se les aplicó un cuestionario con base en los criterios clínicos propuestos por el ACR para artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren y escleroderma. Se recolectó además una muestra sanguínea para la determinación de factor reumatoide (FR) y

proteína c reactiva (PCR) mediante inmunonefelometría e identificación de anticuerpos antinucleares (AAn) por método de inmunofluorescencia indirecta. Estadística descriptiva y para cuadros comparativos, cuando fue necesario (SPSS v.8.0).

Resultados: Se identificaron 80 pacientes con infección secundaria a VHC (44 mujeres, 55%); la edad promedio fue de 47.5 años; los genotipos virales detectados fueron: genotipo 1, en 57 (71%), tipo 2 en 17 (22%), el tipo 3 en 5 (6%) y el 4 en 1 (1%). Recibieron terapia con interferón alfa 67 (84%). Los datos clínicos reumáticos informados fueron, por orden de frecuencia: artralgias y mialgias en 50 (62%), anomalías hematológicas en 13 (17%), artritis en 4 (5%), úlceras orales en 4 (5%), xerofthalmia en 4 (5%), fotosensibilidad en 3 (4%), xerostomía en 3 (4%), afectación renal en 2 (3%), eritema malar en 2 (3%). Se realizaron 49 pruebas serológicas, el FR (>15UI/ml) fue positivo en 6 (12%); la PCR (>3mg/l) positiva en 9 (18%). Los AAn (título >1:40) se identificaron en 14 (28%) pacientes predominando el patrón moteado fino en 9 (18%), otros patrones en 4 (9%). Se ha logrado integrar en 3 pacientes los diagnósticos clínicos de: AR en 2 (3%) y en otra paciente el diagnóstico de LES.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que los síntomas reumáticos y marcadores de autoinmunidad, son frecuentes en pacientes con infección por VHC y estos no debieran ser desestimados en su evaluación. Se requieren más estudios para establecer el vínculo entre la infección por VHC y autoinmunidad.

C117

FRECUENCIA DE ARTERIOSCLEROSIS EN PACIENTES CON ES-PONDILITIS ANQUILOSANTE. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Ariza-Ariza R (1), Hernández-Cruz B (2), Lopez-Antequera G (3), Gonzalez M (4), Navarro-Sarabia F (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: En la Espondilitis Anquilosante (EA) no se conoce si existe un incremento de la frecuencia de arteriosclerosis tal como ocurre en otras enfermedades inflamatorias. Objetivo: comparar la frecuencia de arteriosclerosis carotídea y coronaria en pacientes con EA y en controles.

Métodos: estudio de casos y controles. Casos: pacientes con EA (criterios de N.Y. modificados). Controles: personas sin EA pareados por edad y sexo. A todos se les realizó evaluación de riesgo cardiovascular, ecografía-doppler de carótidas, electrocardiograma (EKG) de reposo y esfuerzo, ecocardiograma y perfil lipídico. Arteriosclerosis carotídea: placas detectables por eco-doppler; arteriosclerosis coronaria: alteraciones compatibles en el EKG.

Análisis estadístico: pruebas chi-cuadrada, U de Mann-Whitney y t-Student pareadas. Estudio aprobado por el comité de Ética. Todos dieron su consentimiento informado por escrito.

Resultados: se incluyeron 47 casos con EA (37 hombres, 79% con edad promedio \pm DE 47.3 \pm 10.5 años y duración de la EA 11.8 \pm 10.9 años) y 47 controles sin EA (36 hombres, 76% con edad 48.0 \pm 10.5 años). No hubo diferencias significativas en la frecuencia de factores de riesgo cardiovascular excepto por una frecuencia ligeramente superior de tabaquismo en los casos. Se detectaron 6 placas carotídeas (13% en los casos vs 2 (4%) en los controles (OR 3.3, IC95% 0.54-34.8, p=0.1). En la carótida izquierda la diferencia fue estadísticamente significativa (6 placas vs 1, p= 0.04). Se detectó infradesnivel del segmento ST en el EKG de esfuerzo en 6 casos (15%) vs 0 controles (p=0.0001). La pendiente en mm del segmento ST en el EKG de esfuerzo fue de 1.03 \pm 0.78 en los casos vs 0.54 \pm 0.13 en los controles (p=0.01). La fracción de eyección medida por ecocardiografía fue significativamente más baja en los casos (66.3 \pm 8.9%) que en los controles (70.4 \pm 6.4%, p=0.01).

Conclusiones: los pacientes con EA tuvieron tendencia a presentar más placas arterioscleróticas carotídeas y presentaron mayor frecuencia de alteraciones en la prueba de esfuerzo. Estos datos sugieren una mayor frecuencia de arteriosclerosis en pacientes con EA pero se requieren estudios con mayor tamaño de muestra para confirmar estos resultados.

C118

ENGROSAMIENTO DE LA INTIMA MEDIA CAROTÍDEA Y EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ESTUDIO COMPARATIVO

Vera Lastra O (1), Luna Robledo I (2), Hernández C (3), Medina G (4), (1)(2) Depto. Medicina Interna, Hospital Especialidades CMN La Raza, IMSS, (3) Depto. Radiodiagnóstico, (4) Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Especialidades CMN La Raza.

Introducción: La determinación del engrosamiento íntima media carotídea (EIMC) es una forma de evaluar la presencia de aterosclerosis acelerada en los pacientes con LES.

Objetivo: Investigar el engrosamiento Íntima Media/ Carotíde y el tiempo de evolución del lupus eritematoso sistémico (LES). Diseño: Analítico trasversal comparativo.

Pacientes y métodos: Se estudiaron a 90 individuos dividido de la siguiente manera: grupo 1 pacientes con LES de menos de 3 años de evolución (30 mujeres, edad promedio 30.43 \pm 7.6); grupo 2 pacientes con LES de más de 10 años de evolución (29 mujeres y 1 hombre, edad 39.4 \pm 4.3) y grupo 3 sujetos sanos (29 mujeres y 1 hombre, edad 35 \pm 1 grupo control). Se les investigó los factores de riesgo cardiovascular: diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial sistémica (HAS), dislipidemia, tabaquismo, obesidad; además ingesta de esteroides, ciclofosfamida, cloroquina; índice de cronicidad (SLICC). Se les determinó Índice de Masa Corporal (IMC), tensión arterial (TA) colesterol, triglicérido, LDL, HDL, y glucosa. El EIMC se valoró mediante ultrasonido doppler carotídeo explorando las arterias carotídeas primitivas, bulbo carotídeo, el EIMC se consideró normal menor a 9mm, también se determinó la presencia de placas aterosclerosas. Análisis estadístico: X², T Students y ANOVA.

Resultados: No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el grupo 1 y 2 en las siguientes variables: HAS, DM, dislipidemia, uso de cloroquina. Se observó diferencia en las siguientes variables: Edad de los pacientes grupo 1 vs grupo 2: 30 \pm 7.6, vs 39.4 \pm 8.1 años, p<0.000; tiempo en años de uso de prednisona 1.6 \pm 1.2 vs 13.1 \pm 5.6, p<0.000. El SLICC para el grupo 1: 2 \pm 1.3, grupo 2: 4 \pm 3.7, p <0.000. El EIMC: grupo 1 fue 0.7 \pm 0.09, grupo 2: 0.95 \pm 0.3, grupo 3: 0.64 \pm 0.13, p < 0.000. Respectivamente. También se encontró diferencia estadísticamente entre tabaquismo que fue mayor para el grupo 1 vs grupo 2, p<0.004, menopausia precoz fue más frecuente en grupo 2 vs grupo 1, 43% vs 16% p <0.03, empleo de metilprednisolona en un 40% vs 66%, p0.003, respectivamente.

Conclusiones: Los paciente con LES de más de 10 años de evolución se asoció a un mayor EIMC en comparación a los de menos de 3 años de evolución, lo que sugiere un mayor grado de aterosclerosis acelerada y mayor cronicidad

C119

GENÓMICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MEXICANOS

Ramírez Bello J (1), Baca V (2), Escamilla G (3), Orozco L (4)

(1)(4) Instituto Nacional de Medicina Genómica, (2) Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, (3) Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La artritis reumatoide juvenil (ARJ), representa la enfermedad reumática más común que se presenta en la infancia, y se caracteriza por inflamación, dolor y en muchas ocasiones rigidez articular. El componente genético tiene un papel principal en el desarrollo de la enfermedad,

los estudios de ligamiento y asociación han identificado varios genes y polimorfismos asociados en su desarrollo. Varios polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs) en genes que participan en los procesos inflamatorios del sistema inmune tales como IL-1a, TNF-a, MIF, CCL5, MCP1, FcRL3, FcRgIIA, FcRgIIIA, WISP3, TAP2, TAPBP, NRF2, GM-CSF, IRF5, etc., se han asociado con susceptibilidad a ARJ en diferentes poblaciones, sin embargo, estas asociaciones no han sido replicadas en todas las poblaciones estudiadas.

Objetivo: determinar si SNPs localizados en los genes antes mencionados están implicados en la etiopatogénesis de la ARJ en pacientes mexicanos.

Material: Se incluyeron 166 pacientes con ARJ (92 mujeres y 74 hombres) diagnosticados de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, se incluyeron además 350 controles no relacionados, sin antecedentes de ARJ u otra enfermedad autoinmune y se parearon por sexo y origen étnico.

Método: Este es un estudio de casos y controles. Para la genotipificación de los SNPs se utilizó el método de Taqman, y la asociación de SNPs con ARJ se determinó comparando las frecuencias genotípicas y alélicas mediante softwares EpiInfo y Epidat. El equilibrio de Hardy-Weinberg se calculó por el programa FINETTI.

Resultados: Los casos y controles estuvieron en equilibrio de Hardy-Weinberg, y de los 25 SNPs analizados en los diferentes genes, 5 mostraron diferencias estadísticamente significativas. El SNP -173G/C de MIF mostró los siguientes resultados (OR 1.7, IC 95% 1.41-2.53, p 0.008), el -169T/C de FcRL3 (OR 0.53, IC 95% 0.35-0.82), el -62A/T de IKBL (OR 0.44, IC 95% 0.24-0.79, p 0.005), el -308 de TNF-a cuando se estratificó en mujeres mostró el siguiente resultado (OR 4.6, IC 95% 1.9-11.06, p 0.0002) y el 260 C/G de TAPBP (OR 1.88, IC 95% 1.06-3.32, p 0.027).

Conclusiones: Los SNPs analizados en IL-1a, CCL5, MCP1, FcRgIIA, FcRgIIIA, WISP3, TAP2, NRF2, GM-CSF, IRF5 no están asociados a la ARJ, pero no se descarta que otros polimorfismos en estos genes lo estén. Por otro lado, el SNP -173G/C de MIF, -308G/A de TNF-a, y 260C/G de TAPBP están asociados a la susceptibilidad de la ARJ, mientras que los SNPs -62A/T de IKBL y el -169T/C de FcRL3 se asociaron con protección en nuestra población.

C120

EL IMPACTO DE LA OSTEOPOROSIS EN AFRICA. UN REPORTE PRELIMINAR

Morales-Torres J (1), Lopez-Garcia JA (2), Adebajo A (3), Romero-Ibarra J (4)

(1)(2)(4) Hospital Aranda de la Parra (3) Univ. of Sheffield Medical School

Resumen: La Osteoporosis es una causa importante de morbilidad, mortalidad y de utilización de recursos en salud en países industrializados. El conocimiento de este problema en la mayoría de los países de África es extremadamente limitado.

Objetivos: Conocer el impacto de la Osteoporosis en África con una revisión de la literatura y de la información disponible.

Métodos: La información de 52 países de África fue recogida de fuentes publicadas y electrónicas diversas. Se solicitó a especialistas en enfermedades óseas información adicional a través de un cuestionario creado por consenso.

Resultados: En el año 2005, la población de África era 867 millones de diverso origen étnico, con esperanza de vida al nacer de 51 años (asociada en gran parte a una alta mortalidad infantil), pero es mayor de 70 años en los países norteafricanos. La población de 50 años y más varía del 2.5 al 8% de la población general en diferentes países. La población de 65 años y más varía del 1 al 3%. Un estudio de mujeres de 50 años y más en Marrueco, usando los criterios de la OMS para el diagnóstico de osteoporosis, y valores normales locales, reporta Osteoporosis vertebral en 37.9% y en

fémur en 6.7%. Estudios diversos reportan en cohortes pequeñas de otros países, valores más bajos de masa ósea que los encontrados en Europa usando diversos dispositivos periféricos. Un estudio basado en la comunidad en Marruecos reveló una incidencia de fracturas de cadera de 80.7 en mujeres y 58.5 en hombres, por 100.000 personas de 50 años y más. Un estudio basado en hospitales en Camerún, presenta una incidencia en fracturas de cadera de 4.1 en mujeres y 2.2 en hombres por 100.000 personas de 35 años y más. La mortalidad y costos directos de fracturas de cadera no se han divulgado.

Conclusiones: La magnitud del impacto de la Osteoporosis es difícil de comprobar dado la corta esperanza de vida en la mayor parte de África Sub-Sahariana, pero puede tener un gran impacto en los limitados recursos de los sistemas de salud. Se requiere considerable investigación al respecto para afrontar una problemática que irá en aumento conforme la esperanza de vida mejore.

C121

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DE ARTRITIS REUMATOIDE TEMPRANA (PRODART) EN EL ISSEMYM, ESTADO DE MÉXICO

Jaimes-Hernández J (1), Melendez-Mercado C (2), Mendoza-Fuentes A (3), Aranda-Pereira P (4)

(1) Servicio de Reumatología, División de Medicina Interna, Centro Médico ISSEMYM, Toluca, México., (2)(4) Servicio de Reumatología CMI, (3) Policlínica, ISSEMYM Toluca, Edo. de Méx.

Introducción: La falta de habilidad y conocimiento para el reconocimiento de las enfermedades reumáticas en el 1er. nivel de atención de salud, condiciona un retraso en la sospecha diagnóstica en especial para la Artritis Reumatoide (AR). El inicio del tratamiento es sintomático, o se abusa de la administración de esteroides, permitiendo la evolución hasta observar los francos datos de destrucción articular e incapacidad física, y es entonces cuando finalmente los pacientes son referidos al médico reumatólogo.

Métodos: A partir de Junio del 2005 se inició el proceso de capacitación en diferentes unidades del instituto en el Estado de México. Se revisaron los aspectos fisiopatológicos, clínicos, de diagnóstico y terapéutica de la AR. Se consideraron Criterios de sospecha de AR temprana (ART) los siguientes: Evolución: menor de 1 año desde el inicio de los síntomas. 1) Edad = o > de 17 años, hasta los 60 años. 2) Rigidez Matinal (entumecimiento) entre 30 y 60 minutos. 3) Artritis: >3 articulaciones afectadas en extremidades superiores y/o rodillas. 4) Laboratorio: Anemia, VSG o PCR elevadas, Trombocitosis, FR positivo por cualquier técnica. 5) Radiología: Osteopenia, esclerosis y quistes subcondrales o erosiones. Necesariamente debió el caso de contar al menos con los siguientes criterios: (1) y (2) son incluyentes, para (3) deberá incluir al menos artritis. En (4) al menos 2 de los datos de laboratorio de inflamación y para (5) inclusive puede ó no contar con Rx. La forma de referencia se llevó al cabo a través del sistema de la lista de verificación (check list), laboratorios y radiografías. La cita se otorgó vía telefónica.

Resultados: Se capacitaron 187 médicos de 1º contacto. 81 pacientes fueron referidos del 1º. de Septiembre del 2005 al 1º de Septiembre del 2007. Con un promedio de recepción de pacientes de 21 días (rango: 1 a 53), 51 pacientes fueron registrados pertenecientes al Valle de Toluca 35 (58.3%) y 30 (41.6%) al Valle de México. El 81% fueron de género femenino. En 35 se estableció el Dx. de AR 45 (56%) y en 26 (32%) otras enfermedades reumáticas, correspondiendo a 31 (39%) los criterios de ART. Estos fueron incluidos en el programa de seguimiento al programa de tratamiento de AR temprana (PROTART).

Conclusiones: Se propone integrar a nuestro sistema de salud un programa a través de la capacitación a médicos del 1º nivel de atención para lograr detectar en forma oportuna enfermedades reumatológicas y así crear una vía de referencia oportuna e iniciar a su vez un tratamiento inmediato con el objetivo de modificar la evolución natural de la enfermedad.

C122

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA E ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Salvatierra-Sánchez I (1), Maldonado-Velasquez (2)

(1)(2) Hospital Infantil de México "Federico Gomez"

Resumen: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad común en la edad pediátrica. En la actualidad ha cobrado importancia el término de calidad de vida en el pronóstico y evolución de la enfermedad. Por tanto se debe contar con métodos de análisis efectivos y confiables para manejar de forma integral al paciente. Esta valoración se realiza a través de cuestionarios en los que el mismo paciente emitirá su opinión de la percepción de su calidad de vida, por otra parte se valorará la actividad de la enfermedad por medio del SLEDAI-MEX

Pacientes y métodos: Evaluamos a pacientes con Lupus eritematoso sistémico que acuden a la clínica de enfermedades por daño inmunológico (CEDÍ) Fueron encuestados desde septiembre del 2006 a mayo del 2007. para calidad de vida el cuestionario del Coop- Dartmouth con un puntaje de 12 a 65, cuanto menor sea el puntaje obtenido tiene mejor calidad de vida y para valorar el índice de actividad fue mediante el MEX-SLEDAI.

Resultados: Incluimos 77 pacientes con Lupus eritematoso sistémico, 70 mujeres y 7 hombres de los 6 a 18 años de edad, quienes acudían a sus controles periódicos a consulta externa de reumatología, fueron valorados en forma individual y en el momento de la consulta se realizando SLEDAI-MEX. Obteniéndose 27(35%) pacientes con actividad y 50 (64.9%) pacientes sin actividad, también fueron encuestados con el Coop-Dartmouth valorando la percepción de calidad de vida, obteniendo como buena 45 (58.4%), muy buena 21(27.3), regular 11(14.3%), no se observo puntajes en la mala y muy mala. Se utiliza la prueba de Spearmans siendo una prueba no paramétrica que mide la asociación de dos variables discretas, se obtuvo una $P < 0.001$, correlacionado el SLEDAI-MEX, y el Coop-Dartmouth

Conclusiones: En el paciente con Lupus eritematoso sistémico existe relación entre la actividad de la enfermedad y su calidad de vida que puede ser evaluada mediante la aplicación de una escala análoga visual. La percepción de las dimensiones de la escala visual Coop-Dartmouth se relaciona en forma positiva con la valoración objetiva del SLEDAI-MEX. Las dimensiones de la calidad de vida son modificables y deben ser valoradas oportunamente para ofrecer un manejo multidisciplinario del paciente. Es necesaria la realización de otros estudios similares que nos amplíen el panorama acerca de este tema con la finalidad de brindar al paciente una mejor atención.

C123

EVOLUCIÓN A 1 AÑO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEFRITIS LÚPICA CLASE IV Y SU ASOCIACIÓN CON EL SLEDAI-MEX Y LOS ÍNDICES DE ACTIVIDAD Y CRONICIDAD

Rodriguez A (1), Hernandez H (2), Carreño R (3)

(1) Hospital Ángeles Pedregal, (2)(3) Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Resumen: El LES es una enfermedad difícil de evaluar, el instrumento más ampliamente utilizado es el SLEDAI, sin embargo existen otros instrumentos como el SLEDAI-MEX de menor costo, pero sin dejar de ser útil y que se ha probado su validez al mostrar un grado moderado a alto de correlación con el SLEDAI. El daño renal sigue siendo un determinante mayor para la evolución final, la nefritis lúpica clase IV(NL IV) es la forma más frecuente y severa observada en niños y adultos, la clasificación de la OMS proporciona una idea de la severidad y el pronóstico, sin embargo una misma clase puede tener evolución diferente, por lo que se han creado índices intentando diferenciar las lesiones activas potencialmente reversibles de las inactivas, irreversibles.

Objetivo: Describir la evolución de los pacientes con NL IV, durante el seguimiento a 1 año, tomando en cuenta el SLEDAI-MEX, así como los datos de actividad (IA) y cronicidad (IC) que se encontraron en las biopsias renales.

De 58 pacientes con NL IV, 32 cumplieron los criterios de inclusión, 81% niñas, relación 4.3:1, media de edad al diagnóstico de LES 12.1 años y 12.3 al diagnóstico NL. Se encontró con significancia estadística, correlación entre el IA y la persistencia de la proteinuria, así como la mayor posibilidad de tener y persistir con elevación de la creatinina, ambos desde el momento de hacer la biopsia y hasta los 12 meses de seguimiento ($p < 0.01$), se observó un comportamiento muy similar con la depuración de creatinina. Se demostró que la cifra de Hb estuvo fuertemente correlacionada con el IA, a mayor IA mayor fue el tiempo que los pacientes persistieron con anemia. Al referirnos al IC, se evidenció que tanto un aumento en la urea y creatinina estaban correlacionados con un IC también elevado (≥ 2). Cuando se buscó la correlación entre el SLEDAI-MEX al momento en que se realizó la biopsia renal sólo se encontró significancia con la cifra de Hb, mayor fue el grado de anemia, pero no se encontró significancia con ninguna otra variable.

Se concluye que los pacientes con un IA-IC elevados deberán vigilarse estrechamente, por el alto riesgo de desarrollar insuficiencia renal, por la mayor elevación de creatinina y proteinuria durante el primer año de evolución, los pacientes con SLEDAI-MEX elevado al momento de realizar la biopsia renal, tendrán mayor riesgo de persistir con anemia. No existe relación directa entre el SLEDAI-MEX y los IA-IC, por lo que una mayor puntuación en el SLEDAI-MEX no se relacionará necesariamente con unos índices de IA-IC elevados en la biopsia renal.

C124

FIEBRE E INFECCIONES EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO

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

(1)(2)(3)(4)(5)(7)(8)(9)(10)(11)(12)(13) Reumatología Hospital Universitario UANL Mty, (6) Infectología Hospital Universitario UANL Mty.

Objetivos: Describir los eventos infecciosos que fueron causa de hospitalización incluyendo infecciones intrahospitalarias, en pacientes con LEG atendidos en una clínica de Reumatología durante un periodo de seis años.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de LEG atendidos en la clínica de Reumatología del Hospital Universitario. Se revisaron sus expedientes clínicos para identificar los internamientos que ocurrieron del 2000 al 2005.

Análisis Estadístico: Estadística descriptiva, presentación de variables de manera de frecuencias, porcentajes, medianas e intervalos.

Resultados: Se incluyeron un total de 76 pacientes, 85% mujeres. La mediana del índice SLEDAI-mex fue de 7. El 73% de los pacientes tenían antecedentes de uso previo y/o actual de esteroides orales o intravenosos y un 59% de tratamiento con inmunosupresores. De 165 internamientos el 44% presentaba actividad de la enfermedad e infección. En 89 (53%) se documentó fiebre de cualquier origen. En 99 (60%) se demostró algún tipo de infección, de éstos un 69% presentó fiebre. Se documentó el agente etiológico infeccioso en 52%. Del resto de los 66 internamientos sin documentar infección sólo un 30% tuvieron fiebre. Setenta y dos por ciento de los pacientes tuvieron por lo menos un evento infeccioso. Cuarenta y dos por ciento de los pacientes tuvieron por lo menos una infección mayor.

Conclusiones: En este estudio la causa más común de fiebre fueron las infecciones. En la población estudiada se encontró tasa de infección mayor

a las previas descritas. El diagnóstico etiológico fue inferior a previos reportados, aún así predominaron los agentes descritos en otras poblaciones.

C125

HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Hernández H (1), Maldonado R (2), Carreño R (3), Valadez T (4)

(1)(2)(4) Hospital Infantil de México, (3) Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Antecedentes: La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es la patología reumatológica más frecuente en la niñez, es degenerativa y puede causar secuelas y discapacidad. Se ha descrito afección articular mediante ultrasonografía (USG) en pacientes adultos con artritis reumatoide, sin embargo, aun no existen reportes en la edad pediátrica

Objetivo: Describir los hallazgos ultrasonográficos y valorar su utilidad en pacientes con AIJ en los cuales se ha identificado afección articular clínica

Pacientes y metodo: Estudio prospectivo, descriptivo, transversal y observacional. Se realizó USG articular a 60 pacientes con AIJ, cuyas articulaciones más afectadas radiológicamente eran rodilla o muñeca, midiéndose: flujo vascular, densidad ósea, espacio interarticular y grosor de la membrana sinovial. Además se considero el tipo de artritis, la duración de la enfermedad, el número de recaídas y su relación con los hallazgos ultrasonográficos. Análisis estadístico con chi cuadrada y varianza.

Resultados: USG en 60 pacientes (30 rodillas y 30 muñecas) con diagnóstico de AIJ con y sin actividad durante 1 de enero del 2005 al 1 de julio del 2006. La AIJ más común fue la poliarticular (51.7%), seguida de la sistémica (35%) y oligoarticular (13.3%). El tiempo promedio de evolución de la artritis fue de 2.29 años (0.3 a 10). El número de reactivaciones de la artritis fue en promedio de 1.5 (0 a 8). Hubo mayor disminución del espacio articular en los pacientes con AIJ poliarticular en comparación con los otros tipos de artritis: 0.6cm (0.09 a 1.1), en la AIJ sistémica 0.88cm (0.6 a 1.3) y en la oligoarticular 0.77cm (0.5 a 1.3), lo cual se asoció al tiempo de evolución ($p=0.007$). Además, se encontró que hubo un mayor incremento en el grosor de la membrana sinovial en los pacientes con AIJ poliarticular: 0.15cm (0.08 a 0.34), sistémica 0.14 cm (0.08 a 0.31) y en oligoarticular 0.12cm (0.04 a 0.16), lo cual estuvo en relación al número de reactivaciones ($p<0.0001$). No se documentó diferencia significativa entre la densidad ósea, el líquido articular y el flujo vascular en los pacientes estudiados ($p=0.63$), aún en los pacientes con artritis activa.

Conclusiones: El USG articular es útil en la valoración de la evolución de los pacientes con AIJ, ya que podemos determinar disminución del espacio articular y grosor de membrana sinovial, sin embargo, no es posible determinar actividad de la enfermedad con este método

C126

FRECUENCIA DE PLIEGUE AURICULAR EN PACIENTES CON DIVERSAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Aceves-Avila FJ (1), Hernández Ríos G (2), Durán Barragán S (3), Ramos-Remus C (4), Sánchez Ortiz A (5)

(1)(2)(3)(4)(5) IMSS y Unidad de Artritis y Reumatismo, Guadalajara, Jalisco

Objetivo: El pliegue auricular (PA) es una cicatriz provocada en el trago de la oreja por microinfartos en los pequeños vasos que lo irrigan, y se encuentra con alta frecuencia en pacientes con cardiopatía isquémica que ingresan a los servicios de Urgencias. Se considera un signo clínico sugerente de aterosclerosis generalizada. Por ello buscamos intencionadamente su frecuencia en enfermedades reumáticas, que se ha propuesto condicionan aterosclerosis acelerada.

Material y metodos: Se revisaron 100 pacientes consecutivos en la consulta externa de un hospital de segundo nivel de atención en Guadalajara. Con un cuestionario estructurado se registraron antecedentes generales, peso, talla, circunferencia de cintura y de cadera, comorbilidades y perfil de lípidos. A todos los pacientes se les buscó intencionadamente la presencia de PA en ambas orejas. Encontrarlo en una de ellas fue suficiente para registrarlos como portadores.

Resultados: Presentamos 61 pacientes con artritis reumatoide, 11 con osteoartritis, 13 con lupus eritematoso sistémico, 9 con espondilitis anquilosante (EA) y 6 con gota. 28% de los pacientes presentaron PA. La frecuencia en las enfermedades vistas es similar en todas ellas. Fue un poco menor en EA (11%, un paciente) y mayor en gota (3 pacientes, 50%) aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. En esta serie no se asocia la presencia de PA con cardiopatía isquémica clínicamente reconocida. Su presencia se asocia principalmente con la edad del paciente.

Comentario: La diferencia en la frecuencia en EA y gota pudiese ser debida a la poca cantidad de pacientes hasta ahora incluidos en la serie. Buscaremos ampliar la observación para definirlo.

C127

ULTRASONIDO EN REUMATOLOGÍA. LA EXPERIENCIA MEXICANA

Pineda C (1), Fillippucci E (2), Chávez López M (3), Hernández Díaz C (4), Moya C (5), Ventura L (6), Grassi W (7)

(1) Instituto Nacional de Rehabilitación, (2)(7) Universidad Politécnica Della Marche, (3) Centenario Hospital Miguel Hidalgo, (4) Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, (5) Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, (6) Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX

Resumen: Los últimos años el uso del Ultrasonido Musculosquelético (USME) se ha incrementado en la Reumatología; en México el "boom" ha generado interés por aprender y practicar la modalidad diagnóstica. El objetivo del cartel es describir el desarrollo del USME en los reumatólogos que decidieron entrenarse e incorporar la técnica a la práctica diaria y que son pioneros en el desarrollo de la misma en la especialidad. En 2003 después de realizar varios cursos y conferencias exitosas se fundó ECOMER (Escuela Mexicana de Ecografía del Colegio Mexicano de Reumatología), su slogan "una clara imagen de la reumatología"; es reflejo de lo que hasta la fecha y con la incorporación de nuevos miembros es la misión del grupo: el compromiso con la difusión, entrenamiento, investigación y aplicación adecuados del USME en pacientes reumáticos.

En ausencia de un modelo internacional para adquirir la competencia básica en USME, los miembros de ECOMER decidieron realizar un examen teórico-práctico para certificar sus conocimientos, basados en una práctica previa desarrollada en Belfast en 2004. En agosto de 2007 Emilio Filippucci, reumatólogo experimentado y miembro del staff de profesores de EULAR en USME acudió a la Ciudad de México donde 5 miembros de ECOMER realizaron pruebas teóricas y prácticas para acreditar su competencia; todos los integrantes lograron certificar sus conocimientos y destrezas en la técnica.

En el presente el USME no es una parte integral del entrenamiento o currículo en la Reumatología mexicana, de los centros de formación en Reumatología en el país 6 cuentan con equipo de US, utilizado por reumatólogo entrenado. Los miembros de ECOMER confían que en el futuro el USME será parte de los conocimientos y destrezas de los reumatólogos en formación; por lo que esta experiencia representa tan solo el inicio de una serie de actividades de difusión del conocimiento entre los reumatólogos, el ECOTOUR y proyectos de investigación multicéntrica.

Tabla 2. Resultados del examen de competencia.

Candidato	Reactivos de opción múltiple: No. respuestas correctas/No. Preguntas (%)	Sesión práctica modelo sano: Imágenes US satisfactorias/No. Total de imágenes (%)	Sesión Práctica Pacientes: No. Hallazgos correctos US/No. Total de hallazgos a detectar (%)
01	29/30 (96.7%)	13/15 (86.6%)	Rodilla 13/14 (92.9%)
02	25/30 (83.3%)	13/15 (86.6%)	Mano 11/13 (84.6%)
03	27/30 (90%)	15/15 (100%)	Cadera 4/4 (100%)
04	27/30 (90%)	15/15 (100%)	Mano 12/13 (92.3%)
05	26/30 (86.7%)	15/15 (100%)	Cadera 4/4 (100%)
	26/30 (86.7%)	15/15 (100%)	Tobillo 19/21 (90.5%)
	26/30 (86.7%)	15/15 (100%)	Hombro 16/19 (84.2%)
	26/30 (86.7%)	15/15 (100%)	Tobillo 18/21 (85.7%)
Total	134/150 (89.3%)	71/75 (94.6%)	126/141 (89.4%)

C128**SOBREPOSICIÓN DE ATROFIA DE PARRY ROMBERG (HEMIATROFIA FACIAL UNILATERAL) Y ARTRITIS REUMATOIDE**

Echeverría-González-G (1)

(1) IMSS

Resumen: El síndrome de Parry-Romberg (hemiatrofia facial progresiva) se caracteriza por afección atrófica unilateral de la piel, tejido celular subcutáneo, músculo y huesos de la cara con una progresión lenta. Se acompaña de signos y síntomas neurológicos (epilepsia, migraña y lesión cerebral unilateral).

La relación entre el síndrome de Parry-Romberg y enfermedades del tejido conectivo especialmente escleroderma en copa de sable, aunque ha sido reportada como de difícil diagnóstico, hasta ahora no es clara. El tratamiento ha sido manejado como quirúrgico para las manifestaciones tróficas de la cara, acompañado de antimetabólicos o metotrexate y con anticonvulsivos ante la presencia de epilepsia. La Encefalitis de Rasmussen (ER) es una encefalitis relacionada con la inflamación cerebral crónica y daño a un hemisferio en pacientes con síndrome de Parry-Romberg.

Presentamos el caso de una mujer de 56 años de edad con historia de crisis convulsivas parciales de aproximadamente 20 años de evolución en control por neurología, no se documentó lesión hemisférica atrófica ni datos de encefalitis. Sin embargo sin darle importancia la paciente desarrolló a lo largo de los últimos años cambios hemifaciales hipotróficos, hemiparesia de cara derecha incluyendo hasta tejido celular subcutáneo y músculo. Presenta hace 10 años poliartritis simétrica, aditiva, acompañada de rigidez matutina prolongada, factor reumatoide positivo a títulos altos y de forma tardía a su llegada al servicio de Reumatología se confirma artritis reumatoide con cambios y progresión erosiva en clase funcional II-III se inició tratamiento con esquema combinado de metotrexate semanal más cloroquina, previamente en cirugía plástica ya se le había realizado cirugía estética del área atrófica facial.

Conclusión: El síndrome de Parry-Romberg se ha descrito con enfermedades autoinmunes en especial escleroderma localizada, sin embargo la presencia como en este caso con Artritis Reumatoide sin antecedente de reportes en la literatura, parece que la prioridad en la paciente en relación

a aspectos estéticos y los signos neurológicos motivaron en retraso en el tratamiento de su enfermedad articular inflamatoria.

C129**UTILIDAD DE RITUXIMAB EN ESCLERODERMA SISTÉMICA PROGRESIVA (ESP) Y SÍNDROME DE SOBREPOSICIÓN**

Lopez-Villanueva R (1), Solis y Solis V (2)

(1) Servicio de Reumatología Hospital Regional ISSSTE Merida, Yuc, (2) Departamento de Patología Hospital Regional ISSSTE Merida, Yuc

Resumen: La patogenia de la Escleroderma Sistémica Progresiva (ESP) no es bien conocida, la vasculopatía y la fibrosis generalizada de pequeños vasos es producida por células T activadas y múltiples citocinas. Se han encontrado células T, células B, macrófagos, mastocitos, eosinófilos, basófilos y plaquetas aumentadas y activadas en sangre y tejidos. Existe evidencia limitada que las células B activadas causan daño tisular en la ESP y Acs. que se unen a células endoteliales, fibroblastos y favorecen la citotoxicidad celular dependiente de Acs. Whitfield reportó linfocitos B CD20 positivos en pac. con ESP.

Presentamos 2 casos clínicos, uno con ESP y otro con S. de Sobreposición con mejoría clínica cutánea y articular con la aplicación de anti CD20 : 1er. Caso; Fem de 51 años , 10 años de evolución con esclerodactilia, escleroderma proximal, F. de Raynaud, úlceras digitales, alteraciones esofágicas, recibió D'Penicilamina, colchicina, prednisona , Hace 5 años boca en bolsa de tabaco, empeoramiento de la esclerodactilia, F. de Raynaud, artralgias generalizadas, RM, diseminación de escleroderma a tórax ,cara, brazos y piernas, Acs. Anti Scl-70 (+), recibió ciclosporina A sin respuesta.

2º. Caso; Fem de 24 años, inició a los 13 años con eritema malar, fotosensibilidad, úlceras orales, fiebre, artralgias generalizadas, leucopenia, plaquetopenia, Acs. Antinucleares (+), anti DNA (+), se diagnosticó LES, recibió azatioprina ,prednisona . A los 17 años, reactivación con, vasculitis en cara y manos, leucopenia, proteinuria, fiebre, recibió pulsos de CFM y MTP. Hace 2 años F. de Raynaud, esclerodactilia, escleroderma proximal, boca en bolsa de tabaco, sinovitis en Mñs, MCFs, IFPs, progresión rápida , diseminación de escleroderma a cara, tórax y brazos, Acs. Anti Scl-70 (+), Acs. anti RNP (-)Se diagnosticó S. de Sobreposición, se agregó D'Penicilamina, colchicina y ciclosporina A, sin mejoría Ambos pac. recibieron Anti CD20 Rituximab 1 gr IV basal y a los 15 días, con mejoría clínica del F. de Raynaud, escleroderma, esclerodactilia, HAQ, EVA, cuenta articular. Es necesario conocer mejor el papel de los linfocitos B en la patogenia de estas aptologías y considerar Ac. Anti CD20 Rituximab como una alternativa en su tratamiento, pues actúa a nivel de la citotoxicidad celular dependiente de anticuerpos.

C130**MORFEA PANESCLERÓTICA DISCAPACITANTE (MPD) CON AFECTACIÓN DE NERVIOS CRANEALES**

García Jaimes J (1), Orrantía Vertiz M (2), Pérez Acevez BE (3), Camargo Coronel A (4), Jimenez Balderas FJ (5), Barile Fabris L (6), Vazquez Hernández A (7)

(1)(2)(3)(4)(5)(6)(7) HE Centro Médico Nacional Siglo XXI

Resumen: La MPD resulta de la coalescencia de múltiples lesiones que afectan piel, panículo adiposo y tejidos profundos, se caracteriza por ser una enfermedad progresiva y mutilante, a pesar del tratamiento. Su incidencia varía de 4.7 a 27: 1000 000 habitantes.

Caso clínico: Hombre de 19 años, quien inició en 2004, con pápulas eritemato-pruriginosas en cara, y lesiones hípo e hiperpigmentadas que se extendieron hacia hemicuerpo izquierdo; acudió con dermatólogo en el 2005 y recibió tratamiento sin mejoría. Evolucionó con limitación de la movilidad, pérdida de peso y disminución de la masa muscular, en 2006 inició tratamiento con prednisona 50 mg/día y cloroquina 150 mg/día sin mejoría, progresando con incapacidad funcional, a finales del 2006 presentó

parálisis facial periférica izquierda, recibió tratamiento con fisioterapia sin mejoría y fue enviado a esta unidad. En la exploración se encontró con funciones mentales conservadas, sin focalización, con parálisis facial periférica izquierda, llanto fácil e hilaridad inexplicable, dermatosis diseminada a hemituerpo izquierdo y en forma aislada a hemitorax y pierna derechos constituida por placas hipo e hiperpigmentadas de consistencia esclerosa, atrofia muscular generalizada, y contracturas en flexión en ambos brazos y pierna izquierda. Neurología descartó Síndrome de Parry Romberg, psiquiatría concluyó episodio depresivo moderado con síntomas somáticos y distimia. Biometría hemática y química sanguínea: normales, ANAs, anti DNA, aCl isotipo IgG, IgM negativos. VSG 22 mm/hr, PCR 0.8 mg/dL, productos de la degradación de la fibrina: 20 ug/mL, dímero D: 3 ug/mL. Biopsia de piel: con adelgazamiento de epidermis, pérdida de crestas, atrofia de anexos, incremento de fibras colágenas, hialinización y fibrosis de las arteriolas. Tele de tórax: hemidiafragma izquierdo elevado, y escoliosis de convexidad a la derecha. Rx AP y lateral de muslos: hipotrofia de tejidos blandos de ambas piernas. Endoscopia y manometría: esofagitis y duodenitis inespecífica con hipomotilidad leve del esófago distal no compatible con esclerodermia. TAC de tórax de alta resolución: sin evidencia de neumonitis intersticial ni de fibrosis, con trombos de segmento innominado derecho. TAC de cráneo, Rx de mandíbula, EKG y EEG: normales. PFR: con obstrucción importante sin insuficiencia respiratoria.

Se descartó compromiso sistémico secundario a esclerodermia, se concluyó MPD con trombos de segmento innominado pulmonar derecho secundario a hipostatismo.

Conclusión: La afectación grave por MPD puede simular compromiso sistémico.

C131

DERMATOMIOSITIS JUVENIL Y CALCINOSIS EXTENSA. TRATAMIENTO CON METILPREDNISOLONA Y METOTREXATE

Morel Z (1), Martínez R (2), Mendieta S (3), Faugier E (4), Maldonado MR (5)

(1)(2)(3)(4)(5) Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Resumen: La Dermatomiositis Juvenil (DMJ) es una enfermedad multisistémica de etiología incierta que resulta en una inflamación crónica no supurativa de músculo estriado, piel y el tracto gastrointestinal. Las calcificaciones distróficas ocurren en el 30-70% de los niños con DMJ. Presentamos el caso de una paciente de 4 años de edad, con diagnóstico de DMJ con calcinosis extensas, que le impedían sentarse, sin flexión de articulación de rodillas, con clase funcional 3. Se realiza tratamiento con pulsos quincenales de metilprednisolona (MPS) intravenosa, además de metotrexate via oral, con mejoría. En el presente caso, se diagnosticó DMJ de acuerdo a los criterios de Bohan y Peter, en una edad muy temprana de presentación. A pesar de que la calcinosis es frecuente en enfermedades del tejido conectivo y pueden llevar a discapacidad severa, no se han desarrollado protocolos terapéuticos para su manejo. El uso simultáneo de MPS y metotrexate permite un control más rápido de la enfermedad, con mejoría en la fuerza muscular, eritema y regresión de las calcinosis, sin efectos colaterales encontrados. Proponemos el uso de metilprednisolona intravenosa como tratamiento para calcinos.

C132

TACROLIMUS EN LA BALANITIS CIRCINADA DEL SÍNDROME OCULO-URETRO-SINOVAL

Herrera-Esparza R (1), Avalos-Díaz E (2)

(1)(2) Universidad Autónoma de Zacatecas

Resumen: El síndrome anteriormente denominado Reiter, se caracteriza por el desarrollo de la triada clásica de artritis, uretritis y conjuntivitis de

más de un mes de evolución, los pacientes pueden presentar balanitis circinada y/o queratodermia blenorragica en palmas y plantas, algunos casos son resistentes al tratamiento; se asocia frecuentemente a infecciones por microorganismos como Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter, Chlamydia, Mycoplasma, y Ureaplasma. Si bien se ha descrito que las lesiones en piel y anexos son autolimitadas, la recurrencia de la balanitis circinada puede significar un reto terapéutico.

Se presentan cuatro pacientes del género masculino de 21, 22, 24 y 36 años de edad con la triada sintomática clásica y evolución de 2 a 12 meses, todos desarrollaron balanitis circinada recurrente de difícil tratamiento, solo uno con queratodermia palmo-plantar. Dos tuvieron gonartritis y dos entesitis del talón. Se demostró infección por Chlamydia en un caso. Todos los pacientes recibieron tratamiento con azitromicina, indometacina y sulfasalazina, no obstante las lesiones del pene fueron resistentes al tratamiento, por lo que se indicó tacrolimus tópico al 0.01%, logrando remisión total de las lesiones en menos de una semana, solamente un caso desarrollo un brote de balanitis seis meses después, que remitió con la aplicación de tacrolimus.

Se propone el uso de tacrolimus tópico para complementar el tratamiento dermatológico de la enfermedad.

C133

MANEJO CON RITUXIMAB EN POLIARTERITIS NODOSA (PAN) REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Vega R (1), Andrade L (2), Barragan Y (3), Irazoque F (4), Montero L (5)

(1)(2)(3)(4)(5) CMN 20 de Noviembre ISSSTE

Resumen: La PAN una vasculitis primaria de vasos medianos y pequeños, en algunos casos puede ser refractaria a manejo convencional. Su inmunopatología no está bien caracterizada, recientemente y de forma indirecta se ha sugerido la participación de los linfocitos B. Presentamos a una paciente con PAN refractaria a tratamiento y buena respuesta al manejo con rituximab.

Mujer de 35 años, inicia en septiembre de 2005 con hipoestesia y dolor urente de miembro pélvico izquierdo, EVA 10/10. La EMG mostró neuropatía con degeneración axonal de predominio sensorial distal del nervio tibial izquierdo y sus ramas, sin mejoría con manejo analgésico y antineurítico. En diciembre de 2006 se agrega Raynaud trifásico, dolor neurítico en 2º y 5º dedo de mano derecha, hemorragias en astilla, cianosis, hipotermia local y llenado capilar lento y es enviada a nuestro servicio. Sus estudios mostraron: BH sin alteraciones, EGO con leucoeritrocituria de 5-10 p/c, función renal y hepática normales, ANA +, patrón centromérico, Ac-ANCA P, C, RNP, SM, DNAs, panel viral y crioglobulinas negativos; EMG con polineuropatía del tipo degeneración axonal en las cuatro extremidades compatible con mononeuritis múltiple. Biopsia de piel con vasculitis inespecífica focal de vasos medianos. Biopsia de nervio sural con focos de isquemia irregular asimétrica, fibrosis perineural, arterias de pequeño y mediano calibre con proliferación fibrosa intrarterial intensa con engrosamiento arrosariado que ocluye parcialmente la luz de los vasos, compatible con PAN. Se inicia esteroide a dosis altas, posteriormente bolos de metilprednisolona y mensuales de ciclofosfamida (4) sin mejoría y con nuevas lesiones de vasculitis y necrosis de pulpejos. Ante la falla terapéutica se decide aplicación de rituximab 1 g en 2 dosis, inicialmente sin cambios en lesiones y dolor intenso, pero después de 6 semanas con limitación de las zonas de necrosis, sin extensión ni desarrollo de nuevas lesiones de vasculitis, buen control del dolor y reactivantes de fase aguda negativos. Después de 6 meses de seguimiento en tratamiento sólo con prednisona a dosis media, vasodilatadores, analgésicos y hemorreológicos.

Aunque la participación de los linfocitos B en las vasculitis primarias no ANCA no ha sido del todo definida, es posible que su inhibición pudiera modificar la formación de inmunocomplejos al incidir sobre la reacción antígeno-anticuerpo. Esta paciente, que había sido refractaria a tratamiento convencional tuvo buena respuesta con la infusión de rituximab, lo que sugiere que quizá deba considerarse el tratamiento anti-CD20 en pacientes con PAN de difícil manejo.

C134

MUCORMICOSIS EN LUPUS ERITEMATOSO GENERALIZADO. INFORME DE UN CASO

Arce A (1), Pérez E (2)

(1)(2) Hospital Central Sur Pemex

Introducción: La mucormicosis es una infección por zigomicetos, más frecuentemente del género *Rhizopus*, que afecta a sujetos inmunosuprimidos. Se observan en neutropenias asociadas con cáncer o en trasplante de órganos. En LEG se han informado 11 casos previos. Informamos las características de la infección en LEG y destacamos la posibilidad de confundir los hallazgos iniciales con otras entidades propias de la enfermedad.

Informe de caso: Correspondió a una mujer de 74 años de edad con más de 40 años de evolución de LEG, manifestado por crisis hemolíticas, artritis y alteraciones cutáneas y últimamente por daño pulmonar crónico. Dos meses antes había sido tratada por hemólisis con incremento de la dosis de esteroide y recibía azatioprina. Una semana previa a la admisión, presentó dolor retro-ocular derecho de intensidad creciente, dos días antes notaron ojo rojo, protusión ocular (exoftalmos g II) y diplopía. Le trataron con esteroide tópico, antibiótico y lubricante. En la evaluación inicial no se encontraron otros datos de actividad de la enfermedad y sólo destacaron la proptosis, ptosis palpebral, pupila midriática y arrefléctica, secreción purulenta e imposibilidad para supraducción e infraducción del ojo afectado. En la funduscopia del ojo derecho se encontró papila con excavación del 35-40%, borde neuro-retiniano conservado, emergencia central de los vasos, papila de buena coloración, sin evidencia de hemorragia, retina aplicada, área macular sin alteraciones. La PIO fue de 13 mm Hg en ambos ojos. Inició con cefuroxima 1500 mg, y fluconazol 200 mg por candidiasis oral. El diagnóstico oftalmológico fue de probable alteración vascular. La TC mostró niveles hidro-aéreos en senos maxilares sin que se evidenciaran masas o colecciones. La IRM sólo corroboró sinusitis maxilar y etmoidal y aumento de la intensidad de la grasa retro-ocular. Evolucionó hacia la amaurosis y deterioro neurológico. Dos días después, aparecen lesiones en paladar en las que se observan hifas aseptadas gruesas, con ramificaciones a 90° por lo que inicia amfotericina B. Falleció 48 h después; la autopsia fue rechazada.

Discusión: Todos los casos informados previamente corresponden a sujetos con LEG grave en manejo inmunosupresor, un caso fue complicación de trasplante de médula ósea por LEG refractario. En 6 de los casos informados había intensa actividad de la enfermedad, además, en la mayoría de casos, las manifestaciones clínicas de la infección pudieron sugerir actividad e incluso incremento de tratamiento inmunosupresor. La mortalidad de estos casos, incluido el nuestro, es mayor al 90%.

C135

ACIDO ZOLEDRÓNICO EN PACIENTES POSMENOPÁUSICAS CON FALLA A LOS ANTIRRESORTIVOS ORALES. ESTUDIOS PILOTO

Espinosa-V J (1), Cruz-Álvarez L (2)

(1)(2) Hospital Regional de Reynosa PEMEX

Introducción: el ácido zoledrónico (AZ) es un bifosfonato de tercera generación que inhibe a los osteoclastos. También, se ha demostrado que favorece la expresión de genes en los osteoblastos favoreciendo la formación y/o mineralización ósea. Las indicaciones son la hipercalcemia maligna, mieloma múltiple y metástasis óseas. En el 2002 se publicó el primer ensayo clínico controlado del uso de AZ en mujeres posmenopáusicas.

Objetivos: evaluar la eficacia y seguridad del ácido zoledrónico en pacientes posmenopáusicas con falla terapéutica a bifosfonatos orales. Estudio observacional prospectivo.

Material y métodos: De una base de datos de pacientes posmenopáusicas con seguimiento de 5 años (2 a 7 años), se evaluaron a las pacientes con

seguimiento prolongado con ingesta de antirresortivos orales. Se incluyeron pacientes consecutivas quienes hubiesen presentado pérdida de densidad mineral ósea después de 2 años de tratamiento con antirresortivos orales. Se aplicaron 4 mg de AZ en 20 minutos en dosis anual, además, de suplemento de calcio 1000 mg y vitamina D 200 UI. Se documentó por densitometría ósea los cambios en la DMO de la columna lumbar (L1-L4) y cuello femoral. Se registraron todos los efectos adversos presentados durante y posterior a la aplicación, así como, el número de días de duración de dichos efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron 35 paciente, edad promedio de 65.4 años (55-83 años), años de postmenopausia 10.2 años (4-30), tiempo de ingesta del antirresortivo oral 35.4 meses (26-70 meses). La densitometría al inicio del tratamiento con ácido zoledrónico: columna lumbar L1-L4 T -3.2 (DE 2.8- 4.3) Z-1.3 (-0.90 a -2.4) cuello femoral -3.2 (DE 2.8- 4.3) z-1.3 (-0.90 a -2.4). Hubo 15 efectos adversos en 10 paciente, estos fueron leves: fatiga 1 paciente, "flu-like" 3 paciente, mialgias en 3, cefalea 3 paciente, y náuseas 4 pacientes. Hubo 2 fracturas vertebrales nuevas.

Conclusiones: En nuestra población de paciente que fallaron al tratamiento antirresortivo oral el cambio a AZ fue eficaz en 31 de 35 pacientes, con cambio favorable en la densitometría. Los cambios fueron de mayor ganancia en la columna que en la cadera. Los efectos adversos fueron leves, y de duración de estos efectos fue breve. En México aun no existen reportes sobre el beneficio del AZ en paciente posmenopáusicas es el primer estudio piloto.

C136

GENÓMICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS MEXICANOS

Ramírez Bello J (1), Baca V (2), Escamilla G (3), Orozco L (4),

(1)(4) Instituto Nacional de Medicina Genómica, (2) Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, (3) Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La artritis reumatoide juvenil (ARJ), representa la enfermedad reumática más común que se presenta en la infancia, y se caracteriza por inflamación, dolor y en muchas ocasiones rigidez articular. El componente genético tiene un papel principal en el desarrollo de la enfermedad, los estudios de ligamiento y asociación han identificado varios genes y polimorfismos asociados en su desarrollo. Varios polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs) en genes que participan en los procesos inflamatorios del sistema inmune tales como IL-1a, TNF-a, MIF, CCL5, MCP1, FcRL3, FcRgIIA, FcRgIIIA, WISP3, TAP2, TAPBP, NRF2, GM-CSF, IRF5, etc., se han asociado con susceptibilidad a ARJ en diferentes poblaciones, sin embargo, estas asociaciones no han sido replicadas en todas las poblaciones estudiadas. Por lo que el objetivo de este estudio fue determinar si SNPs localizados en los genes antes mencionados están implicados en la etiopatogénesis de la ARJ en pacientes mexicanos.

Material: Se incluyeron 166 pacientes con ARJ (92 mujeres y 74 hombres) diagnosticados de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología, se incluyeron además 350 controles no relacionados, sin antecedentes de ARJ u otra enfermedad autoinmune y se parearon por sexo y origen étnico.

Método: Este es un estudio de casos y controles. Para la genotipificación de los SNPs se utilizó el método de Taqman, y la asociación de SNPs con ARJ se determinó comparando las frecuencias genotípicas y alélicas mediante softwares EpiInfo y Epidat. El equilibrio de Hardy-Weinberg se calculó por el programa FINETTI.

Resultados: Los casos y controles estuvieron en equilibrio de Hardy-Weinberg, y de los 25 SNPs analizados en los diferentes genes, 5 mostraron diferencias estadísticamente significativas. El SNP -173G/C de MIF mostró los siguientes resultados (OR 1.7, IC 95% 1.41-2.53, p 0.008), el -169T/C de FcRL3 (OR 0.53, IC 95% 0.35-0.82), el -62A/T de IKBL (OR 0.44, IC 95% 0.24-0.79, p 0.005), el -308 de TNF-a cuando se estratificó en mujeres mostró el siguiente resultado (OR 4.6, IC 95% 1.9-11.06, p 0.0002) y el 260 C/G de TAPBP (OR 1.88, IC 95% 1.06-3.32, p 0.027).

Conclusiones: Los SNPs analizados en IL-1a, CCL5, MCP1, FcRgIIA, FcRgIIIA, WISP3, TAP2, NRF2, GM-CSF, IRF5 no están asociados a la ARJ, pero no se descarta que otros polimorfismos en estos genes lo estén. Por otro lado, el SNP -173G/C de MIF, -308G/A de TNF- α , y 260C/G de TAPBP están asociados a la susceptibilidad de la ARJ, mientras que los SNPs -62A/T de IKBL y el -169T/C de FcRL3 se asociaron con protección en nuestra población.

C137

ESTRESOR MAYOR COMO FACTOR DESENCADENANTE DE ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO RECIENTE (ABRIR)

Miranda-Limon JM (1), Angeles-Garay U (2), Alcalá-Márquez M (3)

(1)(2)(3) HE Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: Se ha implicado al eje Neuro-Inmuno-Endocrinológico en la presentación y desarrollo de las enfermedades autoinmunes. Este eje puede activarse como consecuencia de eventos estresores mayores y favorecer el inicio de la Artritis Reumatoide (AR)

Objetivo: Identificar factor estresor mayor (FEM) en pacientes en la clínica ABRIR asociado al inicio de la enfermedad, su relación con depresión y con actividad de la enfermedad.

Material y métodos: De la Consulta Externa del Departamento se identificaron los casos con ARIR (< 1 año). En ellos se aplicó en la visita basal un cuestionario que incluía datos demográficos, DAS-28, HAQ, SF-36, y cuestionario de Beck. Se tomaron exámenes basales de laboratorio, incluyendo FR y reactantes de fase aguda. Todos los pacientes inician triple esquema de inductores de remisión, un grupo con esteroide y otro grupo con AINEs.

Se identificó la presencia de factor estresor mayor (FEM) en los 6 meses previos al inicio de la AR. Definiendo como estresor mayor (pérdida de su trabajo, pérdida de su casa, pérdida de un familiar, problemas económicos o familiares).

El análisis estadístico descriptivo y Kruskal Wallis (análisis unilateral de varianza por rangos) entre FEM y Bek, entre niveles de FR y entre el Grupo I y grupo II y actividad de la enfermedad

Resultados: En el periodo de Febrero a Septiembre del 2007 se identificaron 87 pacientes de la clínica ABRIR. Fueron 47 pacientes los evaluables, con edad promedio de 41.5 \pm 12.3 y tiempo de evolución de la enfermedad promedio de 8.5 meses. No existe significancia entre FR y FEM ni entre la HAQ y FEM

Estadísticamente significativo es el antecedente de FEM y la depresión de acuerdo al cuestionario de Beck con una $p < 0.02$

Conclusiones: El FEM se asocia frecuentemente al inicio de la AR. Es necesario hacer seguimiento a largo plazo para conocer su influencia en la respuesta terapéutica y en el desarrollo de la enfermedad.