

# XL Congreso Mexicano de Reumatología

## Carteles

### C-1 / C-001

#### El paciente con enfermedad reumática sistémica críticamente enfermo: experiencia de tres centros hospitalarios

Becerra-Lara J<sup>(1)</sup>, Gómez-Bañuelos E<sup>(2)</sup>, Saavedra-Salinas MA<sup>(3)</sup>, Fuentes-González J<sup>(4)</sup>, Abrajan-Hernández O<sup>(5)</sup>

<sup>(1,2)</sup>Hospital General Regional 110 IMSS, <sup>(3)</sup>Centro Médico Nacional La Raza, <sup>(4,5)</sup>Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Introducción:** Los pacientes con enfermedades reumáticas son un grupo de baja prevalencia en la UCI. Tienen un riesgo alto de muerte y complicaciones relacionadas con el tratamiento, sobre todo infecciosas. Por lo tanto, es importante conocer su comportamiento clínico para su detección oportuna.

**Objetivo:** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con enfermedad reumatológica en las UCI de tres centros hospitalarios.

**Pacientes y métodos:** Se realizó la búsqueda de pacientes con diagnóstico de enfermedad reumática sistémica que recibieron atención en la UCI, en el registro de egresos de Terapia Intensiva y Reumatología del Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda" CMN Siglo XXI, del Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" y del Hospital General Regional 110, en el periodo de marzo de 2004 a junio de 2005. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de enfermedad reumática sistémica, mayores de 16 años con expediente clínico completo. Se registraron las características demográficas, manifestaciones clínicas, motivo de ingreso, órganos y sistemas afectados, días de estancia en UCI, complicaciones, días de apoyo ventilatorio, tratamiento y causas de muerte.

**Resultados:** En el periodo de marzo de 2004 a junio de 2005 se registraron 1 297 ingresos a las UCI; de éstos, 47 (3.6%) fueron pacientes con enfermedad reumática sistémica. Edad promedio de 31 años y relación hombre:mujer de 4.8:1. Los padecimientos más frecuentes fueron AR (23, 48.9%), LES (12, 25.5%), escleroderma (4, 8.5%), síndrome de Sjögren (4, 8.5%), granulomatosis de Wegener (3, 6.3%) y síndrome antifosfolípido primario (1, 2.1%). El motivo de ingreso en el 72% de los casos se relacionó con complicaciones del tratamiento o enfermedad activa, cirugía programada (14%), otras afecciones (13%). El 61% recibió corticoesteroides antes del ingreso. El APACHE II promedio fue de  $23 \pm 6$ . Los sistemas más comúnmente afectados fueron: respiratorio (27), renal (12), nervioso central (3), cutáneo (3), cardiovascular (2) y gastrointestinal (1). Treinta y tres casos (70%) requirieron ventilación mecánica. Se identificó infección en 36 (76.5%) de los pacientes; los sitios más frecuentes fueron pulmón (44%) y vías urinarias (12%). La mortalidad fue del 78%. La principal causa de muerte fue choque séptico.

**Conclusión:** Los pacientes con enfermedad reumática sistémica son un grupo de elevada mortalidad en la UCI. La enfermedad activa y las

complicaciones terapéuticas (infecciones) son los principales motivos de ingreso y a su vez estas últimas son la causa de muerte más frecuente en la UCI. El diagnóstico y tratamiento temprano de estas complicaciones pueden reducir la mortalidad de este grupo de pacientes.

### C-1 / C-002

#### Factores de riesgo asociados a pancreatitis autoinmune en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG)

Sánchez-Arriaga A<sup>(1)</sup>, Martínez-Martínez MU<sup>(2)</sup>, Ávila-Sánchez JA<sup>(3)</sup>, Esmer-Sánchez D<sup>(4)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(5)</sup>

<sup>(1-3,5)</sup>Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, <sup>(4)</sup>Departamento de Cirugía, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Introducción:** El LEG es una enfermedad con afectación multiorgánica, cuyas principales alteraciones son mucocutáneas y musculoesqueléticas. La afectación gastrointestinal ocurre en 22% y 30% de las manifestaciones iniciales y la pancreatitis son una complicación potencialmente mortal, aunque poco común. Esta anomalía se observa con mayor frecuencia en los pacientes con puntaje de actividad elevado y usualmente se desarrolla durante los dos primeros años de inicio de la enfermedad.

**Objetivo:** Identificar los posibles factores de riesgo relacionados con el desarrollo de pancreatitis en sujetos con LEG.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de individuos con LEG y pancreatitis autoinmunitaria hospitalizados en el periodo de 1994 a 2011. Se realizó una comparación con 30 pacientes con LEG sin pancreatitis y 26 pacientes con pancreatitis previamente sanos elegidos al azar. Se recolectaron datos demográficos, bioquímicos, de gabinete, SLEDAI, Ranson, APACHE y Baltazar.

**Resultados:** Se incluyó a 10 personas con pancreatitis relacionada con LEG, siete de quienes se obtuvieron los datos necesarios para el análisis estadístico. La edad promedio del grupo total de LEG fue de 36 años, con duración de la enfermedad de 24 meses y con SLEDAI de 5. En el subgrupo de pacientes con pancreatitis, la edad promedio fue de 22 años, con LEG de reciente diagnóstico (seis meses) y SLEDAI de 17, en comparación con el grupo de LEG sin pancreatitis que se acompañó de SLEDAI de 4.5 ( $p = 0.138$ ) y de mayor edad (37,  $p = 0.005$ ). No se encontraron diferencias en la proteína C reactiva (0.85 vs. 3.08,  $p = 0.202$ ) y fue mayor la frecuencia de empleo de estatinas en el grupo de pacientes sin pancreatitis (21 vs. 2,  $p = 0.56$ ). Cuando se comparó la pancreatitis en LEG respecto de la pancreatitis en sujetos previamente sanos, no se reconocieron diferencias en género (masculino: 28.6% vs. 28.1%,  $p = 1$ ), edad (22 vs. 30,  $p = .232$ ), APACHE

(9 vs. 2,  $p = 0.651$ ), Ranson (2 vs. 2,  $p = 0.714$ ) y Baltazar (1 vs. 1  $p = 0.286$ ), y el número de pacientes con pancreatitis grave valorado por APACHE fue el doble en el grupo de LEG que en los controles (66.7% vs. 34.5%,  $p = 0.191$ ). El análisis de regresión logística APACHE ajustado para la edad y LEG confiere 1.314 de riesgo de mortalidad (IC 95%, 1.010-1.710,  $p = 0.042$ ). No se encontró incremento de la mortalidad en los pacientes con pancreatitis como controles comparado con los de LEG (2 vs. 9,  $p = 0.661$ ).

**Conclusiones:** La pancreatitis se presenta con mayor frecuencia dentro de los primeros meses de diagnóstico del LEG y ocurre más a menudo en gente joven. El grado de actividad puede relacionarse con pancreatitis, como se ha descrito en las publicaciones. La mortalidad (28%) es similar a la informada en otros protocolos (16%-27%). El APACHE es un predictor de mortalidad en individuos con pancreatitis y LEG.

**C-1 / C-003**

**Asociación del polimorfismo inserción/delección de la enzima convertidora de angiotensina en pacientes con nefropatía lúpica**

Topete JF<sup>(1)</sup>, Soto-Vargas J<sup>(2)</sup>, Morán-Moguel MC<sup>(3)</sup>, Medina-Pérez M<sup>(4)</sup>, García-De la Torre I<sup>(5)</sup>, Parra-Michel R<sup>(6)</sup>, Dávalos IP<sup>(7)</sup>, Salazar-Paramo M<sup>(8)</sup>

<sup>(1,2)</sup>UMAE, Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS, <sup>(3)</sup>UMAE, Centro de Investigación Biomédica de Occidente, IMSS, <sup>(4)</sup>UMAE, Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS, <sup>(5)</sup>Hospital General de Occidente, <sup>(6)</sup>Hospital General Regional 46, IMSS, <sup>(7)</sup>Div. Genética, CIPO, CMNO, IMSS, CUCS, Universidad de Guadalajara, <sup>(8)</sup>UMAE, Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS, Fisiología, CUCS, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La nefropatía lúpica (NL) se caracteriza por una diversidad de manifestaciones histológicas cuya causa no se ha precisado. La angiotensina II (Ang II) tiene efectos proinflamatorios y la enzima convertidora de angiotensina (ACE) es el principal determinante de su actividad. El polimorfismo inserción/delección (I/D) del gen ACE ha demostrado intervenir en la progresión de la enfermedad renal crónica.

**Objetivo:** Identificar la relación entre el polimorfismo I/D del gen ACE y las clases histológicas de la NL e índices de actividad y cronicidad.

**Método:** Estudio transversal en el que se incluyó a 27 pacientes consecutivos de la consulta de nefrología con diagnóstico histológico de NL de acuerdo con los criterios ISN/RPS. Se evaluaron índices de actividad y cronicidad. Se identificó el genotipo del polimorfismo I/D del gen ACE en ADN genómico mediante PCR del intrón 16 del gen y electroforesis en poliacrilamida al 8% (29:1) teñido con AgNO<sub>3</sub>. Estadística descriptiva y para cuadros comparativos.

**Resultados:** El tiempo de evolución de la NL fue en promedio de 10 años y los pacientes que recibieron doble bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona fueron 19 (70%). La distribución de los 27 pacientes de acuerdo con la clase histológica fue: 3 de clase II, 7 de clase III, 8 de clase IV, 7 de clase V y 1 de clase VI. Se identificó a 17 pacientes heterocigotos, 11 de los cuales presentaron clases III/IV (65%). Se identificó a cuatro sujetos homocigotos para la delección y tres tuvieron clase V (75%). Un total de seis individuos fueron homocigotos a la inserción y se dividieron en forma similar entre las clases. No se encontraron diferencias en los promedios de actividad y cronicidad en relación con los genotipos.

**Conclusión:** Existe una distribución preferencial de clases histológicas de acuerdo con el genotipo, de tal forma que el heterocigoto confiere más riesgo para las clases III y VI, mientras que el genotipo DD favorece la clase V.

**C-1 / C-004**

**Características clínicas y hallazgos histopatológicos de los pacientes con nefritis lúpica del Servicio de Reumatología del Hospital General de México OD**

Veloz-Aranda JA, Álvarez-Hernández E, Casasola-Vargas JC

Hospital General de México OD

**Objetivo:** Describir las características clínicas e histopatológicas de pacientes con nefritis lúpica.

**Material y métodos:** Estudio transversal analítico y comparativo. Se revisaron expedientes de pacientes con reporte histopatológico de nefropatía lúpica, del periodo del 1 de enero del 2005 al 31 de marzo del 2011. La información se registró en una hoja de captura de datos, que incluyó variables demográficas, clínicas, escalas de actividad y exámenes de laboratorio. Un nefropatólogo revisó las biopsias.

**Análisis estadístico:** Ji cuadrada, prueba de T, correlación de Pearson.

**Resultados:** Se incluyeron 61 expedientes, el promedio de edad fue de 29 años (9.8), con 87% de mujeres y 72% de nivel socioeconómico medio bajo. La edad al inicio de LEG fue de 26 años (9.5). El tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de cinco años (9.9), con 4.9 criterios de clasificación del ACR. La actividad de la enfermedad medida con MEX SLE-DAI fue de 8.8 en la de tipo IV, 8.5 en la de tipo III, 4 en la de tipo II, 5.8 en la de tipo V y 7 en la de tipo VI (**Tabla 1**).

**Tabla 1.** Características clínicas.

Clase, n (%)	Cr inicial (mg/dl)	FG inicial (ml/min)	Proteinuria inicial (g/24 h)	Leucocituria inicial (cel/c)	Eritrocituria inicial (cel/c)	Cilindruria inicial (cil/c)
II 6 (9)	0.88	88.2	0.78	5	4.8	2.25
III A 6 (9)	1.33	91.2	3.32	10	8.6	0.25
III A-C 4 (5)	2.15	57	0.5	31.5	18.5	0.5
III C 6 (9)	1.12	61.7	2.72	10.6	14.2	11.8
III II 2 (3)	0.9	75	3.55	1	5	0
III IV 2 (3)	1	100.5	7.6	34	11.5	9.5
IV S-A 6 (9)	0.77	62	2.72	7.2	9.7	13
IV G-A 4 (6)	3.13	35.2	0.8	6.6	14.6	0
IV S (A-C) 4(6)	6.57	43.5	5.6	16	49.6	2.3
IV S-C 3(4)	3.05	49	1.8	27.5	14	1
IV G-C 1(1)	1.4	47	2.2	30	30	0
IV V 6(9)	3.7	43.6	3.2	28.6	9.3	4.4
V 7(10)	1.78	75.1	3.38	7.6	18.5	0.8
V III 3 (5)	0.73	111.3	3.18	8.6	40.6	4.3
VI 1 (1.5)	0.7	73	1.3	32	53	0

**Conclusión:** Las clases de GMN lúpica más frecuentes son IV y III, las cuales se correlacionan con una elevada actividad de la enfermedad.

C-1 / C-005

**Frecuencia de anticuerpos antinucleares en familiares de primer grado de pacientes con lupus eritematoso generalizado en una población mexicana**

Meléndez-Escudero F, Ortiz-Villalvazo MA, Nava-Zavala A, García-De la Torre I

Hospital General de Occidente

**Objetivos:** Conocer la frecuencia de anticuerpos antinucleares (AAAn) y otros autoanticuerpos, así como la frecuencia de manifestaciones clínicas sugerentes de enfermedad reumática generalizada y enfermedades autoinmunitarias en familiares de primer grado (FPG) de pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) con o sin AAAn, y compararlos con un grupo de sujetos clínicamente sanos (SCS).

**Métodos:** Se incluyó a los FPG y los casos consecutivos de pacientes con LEG, incidentes y prevalentes que acudieron a la consulta externa del Departamento de Inmunología y Reumatología del Hospital General de Occidente de junio a diciembre de 2010. A todos se les realizó un cuestionario para conocer antecedentes de enfermedades autoinmunitarias relacionadas y manifestaciones clínicas sugerentes de enfermedad reumática generalizada y se investigó en ellos la presencia de AAAn, anti-ADN nativo, factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-PCC), con métodos estandarizados. Se compararon con los SCS que acudieron a la obtención de muestras del laboratorio clínico del Hospital General de Occidente, que se eligieron al azar, y se incluyó a los que contestaron negativamente a las variables de un cuestionario.

**Resultados:** Esta cohorte se conformó con 68 pacientes con LEG, 68 FPG de personas con LEG y 68 SCS. Las frecuencias de AAAn para LEG, FPG y SCS fueron de 78%, 26.5% y 7%, respectivamente, con una  $p < 0.05$  (Ji cuadrada). El mayor porcentaje se encontró en los títulos de dilución de 1:1 280 para LEG (62%) y para los FPG (10%) y el patrón más frecuente fue el moteado fino (MF) en los tres grupos. En cuanto a los otros autoanticuerpos, los resultados encontrados fueron: anti-ADN nativo en 19%, 1.5% y 0% para LEG, FPG y SCS; anti-PCC en 3%, 1.5% y 0% y FR en 9%, 13% y 12%, respectivamente. Al comparar los FPG con AAAn con los que tuvieron AAAn- se observó que el primer grupo presentó más signos y síntomas por más de tres meses indicativos de enfermedad reumática generalizada que los FPG con AAAn, con una  $p < 0.05$ , sin observar esto mismo en las enfermedades autoinmunitarias relacionadas.

**Conclusiones:** Se registró una frecuencia de 27% de AAAn en FPG de pacientes con LEG. Los FPG con AAAn tuvieron más signos y síntomas de manifestaciones sugerentes de enfermedad reumática respecto de los que tuvieron AAAn-, lo cual no ocurrió en las enfermedades autoinmunitarias vinculadas.

C-1 / C-006

**Asociación del polimorfismo -819 C/T en el promotor del gen de IL-10 en pacientes con lupus eritematoso sistémico**

Alatorre-Meza A<sup>(1)</sup>, Salazar-Camarena D<sup>(2)</sup>, Orozco-Barocio G<sup>(3)</sup>, Muñoz-Valle J<sup>(4)</sup>, Vázquez Del Mercado-Espinosa M<sup>(5)</sup>, Palafox-Sánchez C<sup>(6)</sup>

<sup>(1,2,4-6)</sup>UCUS, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Hospital General de Occidente

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es el prototipo de enfermedad autoinmunitaria y se caracteriza por varias anormalidades inmunológicas, entre ellas la producción de una gran cantidad de autoanticuerpos. Etiológicamente se destacan factores genéticos, inmunológicos y ambientales. La patogenia del LES es amplia: las citocinas están relacionadas de forma estrecha y contribuyen a la disfunción inmune subyacente y a los

episodios mediados de modo inmunológico de daño a órgano blanco. La interleucina 10 (IL-10) es una importante citocina inmunorreguladora y su producción parece estar controlada genéticamente y vinculada con varios polimorfismos en la región promotora. En consecuencia, se considera importante el estudio de las variaciones genéticas en un grupo de pacientes con LES.

**Pacientes y métodos:** Se utilizó ADN genómico (ADNg) de 50 pacientes con diagnóstico de LES de acuerdo con los criterios de 1982 del ACR (American College of Rheumatology). El ADNg se obtuvo de acuerdo con el método modificado de Miller. Para el estudio del polimorfismo de nucleótido simple (single-nucleotide polymorphism, SNP) se utilizó la técnica de PCR-RFLP (polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism) previa estandarización de las condiciones óptimas de trabajo, seguida de la electroforesis en gel de poliacrilamida, para la caracterización de los genotipos, ya sea C/C (homocigoto silvestre), C/T (heterocigoto) o T/T (homocigoto polimórfico).

**Resultados:** Las frecuencias de los genotipos en pacientes con LES y sanos fueron de 36%, 55% y 9% vs. 23%, 49% y 28%, para los genotipos C/C, C/T y T/T, respectivamente (OR, 4.85; IC 95%: 1.45-16.26;  $p = 0.01$ ). El alelo C fue más frecuente en el grupo de LES (OR 1.93; IC 95%: 1.14-3.26;  $p = 0.1$ ). El polimorfismo -819 C/T se relaciona con la susceptibilidad a LES y es el C el alelo de riesgo en esta población.

C-1 / C-007

**Terapia inmunosupresora convencional en el tratamiento de la nefritis lúpica**

Cruz-Reyes C<sup>(1)</sup>, Navarro-Zarza JE<sup>(2)</sup>, Jara LJ<sup>(3)</sup>, Saavedra-Salinas MA<sup>(4)</sup>

<sup>(1,3,4)</sup>Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, <sup>(2)</sup>Hospital General de Chilpancingo Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo, Gro

**Antecedentes:** La nefritis lúpica (NL) es una manifestación común en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y afecta de manera negativa su pronóstico. El tratamiento convencional de la nefritis lúpica incluye ciclofosfamida y glucocorticoides con una eficacia variable.

**Objetivo:** Reportar la eficacia de la ciclofosfamida IV más glucocorticoides en una cohorte de pacientes con NL.

**Material y métodos:** Se analizaron los expedientes clínicos (de 2008 a 2010) de pacientes con LES (ACR) y NL atendidos en un centro hospitalario de tercer nivel, tratados con pulsos de ciclofosfamida de acuerdo con el esquema propuesto por el NIH. Se registraron las características clínicas, clase de nefritis (OMS), dosis de esteroide oral, variables de laboratorio e inmunológicas al inicio de la terapia, a los seis y 12 meses posteriores a ello. Se determinó el porcentaje de remisión completa, remisión parcial, cualquier respuesta y falta de respuesta terapéutica a los seis y 12 meses de acuerdo con los criterios previamente establecidos. El análisis incluyó estadística descriptiva, Ji cuadrada y ANOVA de Friedmann.

**Resultados:** Se incluyó a 90 pacientes, 76 (84%) mujeres, con edad promedio de  $33.1 \pm 9.3$ , tiempo de evolución de LES de  $58.3 \pm 67.6$  meses; 75 pacientes tenían biopsia renal, 21 de los cuales fueron de clase III y 46 de clase IV. El SLEDAI al inicio de la terapia fue de  $14.9 \pm 5.0$ ; en el 43% de los pacientes la indicación de la terapia fue la recaída renal y en el 57% de los pacientes la afección renal de novo; 38% de los enfermos recibió pulsos de metilprednisolona y todos fueron tratados con prednisona oral a dosis altas. El porcentaje de remisión completa a los seis meses fue del 6% y a los 12 meses de 9%; se logró una remisión parcial en 73% a los seis meses y en 80% a los 12 meses, con obtención de respuesta en el 79% de los pacientes a los seis meses y 89% a los 12 meses, mientras que en 19% de los pacientes no se obtuvo respuesta a los seis meses y en 6% a los 12 meses. No hubo diferencias en la respuesta por indicación. El 5% de los individuos que habían alcanzado respuesta a los 12 meses experimentó una recaída renal y 11 personas (13%) requirieron terapia de sustitución de la función renal a los 12

meses. No hubo diferencia significativa a los seis y 12 meses entre aquellos pacientes que tenían NL *de novo* o con recaída renal ( $p = 0.76$  y  $p = 0.13$ , respectivamente). Las variables de laboratorio relacionadas con respuesta terapéutica a los seis y 12 meses fueron los títulos de complemento sérico C3 ( $p = 0.001$ ), C4 (0.001) y albúmina basal ( $< 0.05$ ).

**Conclusiones:** La terapia convencional para el tratamiento de NL es todavía una opción efectiva y de bajo costo en formas graves de la enfermedad.

**C-1 / C-008**

**Factores asociados a micosis sistémicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)**

Martínez-Martínez MU<sup>(1)</sup>, Herrera-Van Oostdam D<sup>(2)</sup>, Magaña-Aquino M<sup>(3)</sup>, Román-Acosta S<sup>(4)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, S.L.P., México, <sup>(2-5)</sup>Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** Las infecciones son causa frecuente de morbimortalidad en pacientes con LES y las micosis sistémicas son infecciones potencialmente letales, con factores de riesgo no totalmente establecidos en ellos.

**Objetivo:** Evaluar los factores de riesgo vinculados con micosis sistémicas en pacientes con LES.

**Métodos:** Se condujo un estudio de casos y controles retrospectivo que incluyó a los pacientes con micosis sistémica y LES hospitalizados en los últimos siete años. Los controles se seleccionaron con los siguientes cinco pacientes que ingresaron consecutivamente después del ingreso de un caso. El análisis estadístico se realizó con estadística no paramétrica y el análisis multivariado por medio de regresión logística.

**Resultados:** De enero de 2004 a febrero de 2011 se registraron 309 admisiones de pacientes con LES y 10 de ellos tenían micosis sistémicas (cuatro especies de *Candida*, dos criptococosis, dos coccidioidomicosis, uno histoplasmosis y otro más aspergilosis y mucormicosis). En el análisis bivariado, los factores relacionados con micosis que alcanzaron relevancia estadística fueron dosis elevadas de prednisona y actividad del LES, así como someterse a ventilación mecánica (VM), hemodiálisis (HD) y micofenolato de mofetilo (MMF) (Tabla 1); en el análisis multivariado (que incluyó MMF, dosis de prednisona  $> 0.5$  mg/kg/día, MEX SLEDAI, VM y HD), sólo las dosis de prednisona  $> 0.5$  mg/kg/día fueron estadísticamente significativas (OR, 11.1; IC 95%: 1.35-91.6). La mortalidad fue mayor en los pacientes con micosis comparada con los controles.

**Conclusiones:** El empleo de dosis altas de esteroides se vincula con micosis profundas o sistémicas en pacientes con LES. La mortalidad por micosis sistémica en el LES es cinco veces mayor que la de otros pacientes hospitalizados.

**Tabla 1.** Características principales incluidas en el estudio

	Micosis (n = 10)	Controles (n = 50)	Total (n = 60)	p
Edad	30 (16, 51)	28 (12, 54)	29 (12,54)	0.592
Mujeres, n (%)	7 (70)	41 (82)	48 (80)	0.403
Evolución LES, meses	27 (0, 240)	13.5 (0, 192)	16.5 (0, 240)	0.212
Leucocitos	4.1 (1.9, 20.7)	7.2 (0.1, 17.3)	6.3 (0.1, 20.7)	0.059
Linfocitos	0.44 (0.04, 1.8)	0.73 (0.02, 2.79)	0.68 (0.02, 2.79)	0.061
Neutrófilos	3.8 (1.3, 19.3)	5.2 (0.1, 13.85)	5.0 (0.1, 19.3)	0.108
Hemoglobina	9.0 (4.8, 10.7)	9.5 (4.4, 14.9)	9.5 (4.4, 14.9)	0.677

	Micosis (n = 10)	Controles (n = 50)	Total (n = 60)	p
Creatinina	2.8 (0.5, 8.1)	0.9 (0.4, 11.7)	1.1 (0.4, 11.7)	0.19
Albúmina	2.9 (0.6, 3.5)	3.0 (1.2, 6.2)	2.9 (0.6, 6.2)	0.147
PCR	16.3 (0.6, 30.5)	1.3 (0.01, 25.0)	1.7 (0.01, 30.5)	0.002
Prednisona, n (%)	10 (100)	25 (50)	35 (58.3)	0.003
Prednisona (mg/día)	30 (13, 70)	3.7 (0, 40)	6.25 (0, 70)	<0.001
MEX-SLEDAI	14 (0, 29)	8 (0, 18)	8 (0,29)	0.025
DM2, n (%)	1 (10)	2 (4)	3 (5)	0.427
VM, n (%)	8 (80)	11 (22)	19 (31.7)	0.001
Hemodiálisis, n (%)	5 (50)	7 (14)	12 (20)	0.021
Metotrexato, n (%)	4 (40)	12 (24)	16 (26.7)	0.433
Azatioprina, n (%)	3 (30)	13 (26)	16 (26.7)	1
MMF, n (%)	6 (60)	7 (15)	13 (21.7)	0.004
Antipalúdico, n (%)	4 (40)	8 (16)	12 (20)	0.101
Ciclofosfamida, n (%)	3 (30)	8 (16)	11 (18.3)	0.371
Vitamina D, n (%)	3 (30)	10 (20)	13 (21.7)	0.675
Estatinas, n (%)	8 (80)	29 (58)	37 (61.7)	0.291
Rituximab, n (%)	2 (20)	4 (8)	6 (10)	0.259
Pulsos mPDN, n (%)	5 (50)	15 (30)	20 (33.3)	0.278
Muertes, n (%)	9 (90)	9 (18)	18 (30)	< 0.001

**C-1 / C-009**

**Hemorragia pulmonar masiva asociada a lupus. Factores asociados a mortalidad y diferencias entre niños y adultos**

Martínez-Martínez MU, Suárez-Larios LM, Saavedra-Salinas MA, Gómez-Bañuelos JJ, Irazoque-Palazuelos F, Carrillo-Pérez DL, Abril A, Fauquier-Fuentes E, Abud-Mendoza C

Grupo MEX-DAHSLE: Grupo mexicano para el estudio de hemorragia pulmonar masiva en lupus eritematoso sistémico (LES)

**Antecedentes:** La hemorragia pulmonar masiva (HPM) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es una entidad rara potencialmente letal. Dada la rareza de la combinación, se conocen poco los factores relacionados con la mortalidad y los potenciales beneficios de las terapias utilizadas.

**Objetivos:** Evaluar factores vinculados con la mortalidad de la HPM en pacientes con LES, así como diferencias entre los grupos pediátrico y adulto.

**Métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de pacientes con LES y HPM. Se registraron datos demográficos, procedimientos como ventilación mecánica o hemodiálisis y los diversos tratamientos. Las variables continuas se compararon mediante la U de Mann-Whitney y para las variables categóricas con la prueba de Ji cuadrada o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera.

**Resultados:** De cuatro hospitales de tercer nivel se integraron 38 episodios de HPM en pacientes con LES; la edad mediana fue de 22 años y 11



pacientes fueron menores de 18 años, con mediana de evolución del padecimiento base de 232 días. Solo tres variables se relacionaron con mortalidad (Tabla 1): cuenta plaquetaria baja, uso de ventilación mecánica y daño renal. Al comparar a aquellos menores de 18 años con los adultos, los pacientes pediátricos tenían menor linfopenia.

**Conclusiones:** Los factores vinculados con mortalidad en la HPM asociada a LES son trombocitopenia, ventilación mecánica y daño renal. La mortalidad por esta rara anomalía es mayor en adultos. Se continuó la inclusión de pacientes para realizar un análisis multivariado en búsqueda de un potencial beneficio farmacológico.

Tabla 1. Principales factores evaluados

	Vivos (n = 20)	Muertos (n = 18)	Total (n = 38)	P
Edad	22	24	22	0.119
Mujeres, n (%)	16 (42.1)	14 (36.8)	30 (78.9)	1
Evolución LES, días	590	95	232	0.553
Leucocitos	7.2	9.1	8.3	0.134
Linfocitos	0.885	0.57	0.73	0.133
Plaquetas	247.5	140	177	0.022
Creatinina	0.79	2.25	1.18	0.027
PCR	6.95	11.05	8.3	0.16
MEX-SLEDAI	15	18	16	0.373
VM, n (%)	11 (28.9)	17 (44.7)	28 (73.7)	0.009
Hemodiálisis, n (%)	4 (10.5)	7 (18.4)	11 (28.9)	0.2
Ciclofosfamida, n (%)	13 (34.2)	9 (23.7)	22 (57.9)	0.35
Rituximab, n (%)	0 (0)	3 (7.9)	3 (7.9)	0.097
Pulsos mPDN, n (%)	18 (54.5)	15 (39.5)	33 (86.8)	0.653
Infección	5 (13.2)	8 (21.1)	13 (34.2)	0.207
APACHE II	15	21	17	0.076

C-1 / C-010

**Determinación del perfil de organoespecificidad de los anticuerpos en mujeres con pérdida fetal recurrente**

González-Chávez S, Solís L, Pacheco-Tena C

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua

**Introducción:** La pérdida gestacional recurrente (PGR) es característica del síndrome antifosfolípido (SAF); sin embargo, un porcentaje alto de pacientes con PGR es negativo para los anticuerpos anticardiolipina (Acl), antifosfolípido (Aaf) y anticoagulante lúpico (ACL) y en algunos casos se han descrito anticuerpos contra diversas estructuras (antitiroglobulina). En este estudio se analizan los perfiles de unión de los anticuerpos en pacientes con PGR y serología negativa para SAF.

**Pacientes:** Casos: sujetos con PGR (definida como al menos una pérdida gestacional) en quienes se logró un embarazo exitoso después del tratamiento con heparina y que eran negativos a Acl, Aaf y ACL. Controles: mujeres en puerperio fisiológico inmediato de embarazos no complicados.

**Métodos:** El suero de las pacientes se utilizó para un experimento *in vivo* (se inyectó 1 cm<sup>3</sup> de suero intraperitoneal en dos ratonas BALB/cen de 15 días de gestación, que se sacrificaron a las 72 h y cuyos órganos se analizaron); también se efectuó otro experimento *in vitro* (ratonas BALB/c

preñadas que se sacrificaron; el suero de las pacientes se usó como anticuerpo primario en la inmunofluorescencia). La inmunofluorescencia se realizó con un anticuerpo anti-IgG humano como secundario; los tejidos analizados fueron cerebro, corazón, hígado, bazo, riñón, tiroides, pulmón, ovario y oviductos (útero, feto, placenta).

**Resultados:** El suero de tres de nueve pacientes (y ninguno de los controles) indujo resorción uterina (RU) de los embriones; los cambios histológicos a nivel placentario no sugieren trombosis. El patrón de organoespecificidad difirió entre las pacientes y entre éstas y los controles. *In vivo*: tres de los sueros (dos de los que indujeron RU) de las pacientes mostraron unión a células endoteliales en diversos órganos, algo más intenso en vasos cerebrales y placentarios (mostraron diferencia con los controles). En la fase *in vitro*, la unión a estructuras vasculares pulmonares y cerebrales y placentarias fue mayor en los sueros de los casos y en uno de ellos se observó reactividad a neuronas.

**Conclusiones:** Existe unión específica de órgano de los anticuerpos de pacientes con PGR; de especial interés es la RU en el 30% de los casos y la reactividad con antígenos placentarios y endoteliales.

C-1 / C-011

**Impacto de la evaluación del daño arterial mediante panangiorresonancia en pacientes con arteritis de Takayasu**

Soto ME, Meléndez-Ramírez G, Meave-González A, Reyes PA, Kimura-Hayama E, Alexanderson Rosas E

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Antecedentes:** La arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a la aorta y sus grandes ramas. La resonancia magnética (RM), un estudio de vanguardia para la evaluación de esta vasculitis, permite definir inflamación y tipo de lesión arterial.

**Objetivo:** Describir los hallazgos y el tipo de lesión arterial mediante panangiorresonancia en pacientes con diagnóstico establecido de arteritis de Takayasu.

**Material y métodos:** Panangiorresonancias de 65 pacientes con AT, > 4 criterios (ACR), en un lapso de siete años, con equipo Siemens AVANTO de 1.5 Teslas.

**Resultados:** 58 mujeres y siete hombres, con edad media de 35 años ± 15. Afectación en subclavia izquierda (42, 65%) > subclavia derecha (36, 55%) > carótida común izquierda (31, 48%) > carótida común derecha (30, 47%) > aorta infrarrenal (26, 40%). Además, se identificaron lesiones en ilíacas y femorales > poplíteas > tibiales y mesentéricas. El tiempo de evolución no se relacionó con el número de vasos afectados (Tabla 1).

Tabla 1. Áreas afectadas en la arteritis de Takayasu

Sitio anatómico	Afectación n (%)	Oclusión n (%)	Estenosis significativa n (%)	Estenosis no significativa n (%)	Dilatación n (%)
Tronco braquiocéfálico	11 (16)	6 (9)		2 (3)	3 (5)
Carótida común derecha	30 (46)	9 (14)	14 (22)	2 (3)	5 (8)
Subclavia derecha	36 (55)	21 (32)	10 (15)	3 (5)	5 (8)
Carótida común Izquierda	31 (48)	13 (20)	11 (17)	6 (9)	1 (2)
Subclavia Izquierda	42 (65)	27 (42)	12 (19)	2 (3)	1 (2)
Vertebral derecha	4 (6)	1 (2)	1 (2)	1 (2)	1 (2)
Vertebral izquierda	8 (12)	3 (5)	3 (5)	2 (3)	

Sitio anatómico	Afección n (%)	Oclusión n (%)	Estenosis significativa n (%)	Estenosis no significativa n (%)	Di-latación n (%)
Aorta torácica descendente	19 (29)	1 (2)	4 (6)	7 (11)	3 (5)
Aorta abdominal (diafragma-renales)	18 (28)	1 (2)	4 (6)	7 (11)	4 (6)
Aorta a nivel de las renales	18 (28)		10(15)	5 (8)	1 (2)
Aorta infrarrenal	26 (40)	6 (9)	10 (15)	6 (9)	1 (2)
Iliaca derecha	18 (28)	7(11)	7 (11)	4 (6)	
Iliaca izquierda	16 (25)	7(11)	6 (8)	3 (5)	
Femoral derecha	9 (14)	4 (6)	5 (8)		
Femoral izquierda	6 (9.2)	3 (5)	2 (3)		1 (2)
Poplítea derecha	2 (3.1)	1 (2)	1 (2)		
Poplítea izquierda	1 (1.5)	1 (2)			
Tibial derecha	2 (3)	1 (2)	1 (2)		
Tibial izquierda	3 (5)	1 (2)	2 (3)		
Tronco celiaco	9 (14)	1 (2)	2 (3)	3 (5)	3 (5)
Mesentérica superior	9 (14)		7 (11)		
Mesentérica inferior	1 (2)				1 (2)
Renal derecha	20 (31)	4 (6)	12 (19)	4 (6)	
Renal izquierda	21 (32)	5 (8)	10 (15)	5 (8)	1 (2)
Pulmonares	4 (6)	2 (3)	2 (3)		

**Conclusión:** En la arteritis de Takayasu los vasos supraaórticos se afectan casi siempre. Esta serie mostró una notoria afección renal y en vasos de menor calibre. La clasificación de Numano considera cinco tipos e incluye daño coronario y pulmonar. El daño renal y el de arterias de menor calibre no se clasifican. En esta serie hay evidencia incrementada del daño con repercusión clínica grave, similar a la encontrada en otros órganos. Los hallazgos merecen una mayor exploración mediante este método de imagen en otras poblaciones para determinar si deben incluirse en la clasificación del daño arterial.

**C-1 / C-012**

**Vasculitis del sistema nervioso central: abordaje diagnóstico y terapéutico**

Sepúlveda-Delgado J<sup>(1)</sup>, Vera-Lastra OL<sup>(2)</sup>, Casarrubias M<sup>(3)</sup>, Molina-Carrión L<sup>(4)</sup>

<sup>(1-3)</sup>Departamento de Medicina Interna, <sup>(4)</sup>Departamento de Neurología, Hospital de Especialidades, CMN La Raza, IMSS, México

**Antecedentes:** La vasculitis del sistema nervioso central (VSNC) es una rara entidad que se caracteriza por inflamación de los vasos sanguíneos; puede ser primaria o secundaria y es un reto diagnóstico y terapéutico.

**Método:** Se estudiaron 19 casos de mujeres con VSNC de acuerdo con los criterios de Calabrese para la primaria y VSNC secundaria a lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren y esclerodermia. Se analizó el abordaje clínico, diagnóstico y terapéutico. Además, se compararon los casos de VSNC primaria (VSNCP) contra la vasculitis secundaria (VSNCS).

**Resultados:** 9 casos de VSNCP y 10 de VSNCS (LES, cinco; síndrome de Sjögren, uno; esclerodermia, cuatro). La edad media de presentación en la VSNCP fue de 26.5 años y en la VSNCS de 47.3 años. Las manifestaciones clínicas en la VSNCP en comparación con la VSNCS fueron cefalea (88% vs. 60%), fatiga (66% vs. 40%), parestesias (100% vs. 80%), déficit cognitivo (55 vs. 80%), déficit motor (22% vs. 80%) y episodio isquémico (44% vs. 40%), respectivamente. ANA (+): 100% en VSNCS vs. 44% en VSNCP; anti-DNA (+): 100% en VSNCS vs. 0% en VSNCP; e hipocomplementemia: 80% en VSNCS vs. 22% en VSNCP. Punción lumbar: negativa a proceso infeccioso en todos los casos y con proteinorraquia de 0.18 mg en VSNCS vs. 0.56 mg en VSNCP. La tomografía computarizada fue normal en 100% en VSNCS y 80% en VSNCP; la resonancia magnética (IRM) presentó alteración en los 19 pacientes: lesiones hiperintensas periventriculares (42%) y subcorticales (68%) en T2 y FLAIR; asimismo, la angiografía fue normal en el 80% de las VSNCS vs. 60% de las VSNCP; se realizó biopsia cerebral en dos casos de VSNCP (infiltrado inflamatorio en un vaso de pequeño calibre). Tratamiento inicial: metilprednisolona (1 g/3 días) y ciclofosfamida mensual (750 mg/m<sup>2</sup>/dosis) en 94% y azatioprina (100 mg cada 12 h) en 6%. Tratamiento de mantenimiento: prednisona sola (0.1-0.5 mg/kg/día) en 100% de VSNCP y 60% de VSNCS y prednisona con azatioprina en el 40% de los pacientes con VSNCS. El periodo libre de enfermedad a tres años posterior al esquema de inducción con ciclofosfamida y metilprednisolona fue de 77% en VSNCP vs. 70% en VSNCS. La frecuencia de recaídas se definió como la reparación en menos de tres años de nuevas imágenes por IRM; los síntomas se presentaron en el 30% de los pacientes.

**Conclusiones:** Las manifestaciones fundamentales de la VSNC primaria y secundaria fueron cefalea, déficit cognitivo y parestesias con lesiones hiperintensas periventriculares y subcorticales en la IRM. Estos pacientes respondieron en forma adecuada al tratamiento con esteroides y ciclofosfamida como esquema inicial de inducción a la remisión, con éxito en más del 70%.

**C-1 / C-013**

**La hemorragia alveolar difusa en el lupus eritematoso sistémico, una emergencia real: reporte de casos**

De la Madrid-Cernas A, García-Morales H, Sánchez-Ortiz A, Alcaraz-López MF, Prieto-Parra RE, Centeno-Valadez D, Márquez-Miranda O, Roa-Nava Y, Hernández-Ríos G, Echeverría-González G

Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** La afección pulmonar en el lupus eritematoso sistémico (LES) se presenta en un 50%; una serie de 90 autopsias reveló afectación pulmonar en un 90% de los cadáveres. La hemorragia alveolar difusa (HAD) se considera una de las más temidas afecciones a órgano mayor en LES y se reporta una incidencia que varía de un 1% a 5%; la mortalidad adjunta alcanza cifras de 50% a 80% y es incluso mayor en episodios de resangrado. El diagnóstico se basa en la triada: disnea (94%), descenso de hemoglobina (92%, de 1 a 3 g) e infiltrados en las radiografías (97%). Los factores de mal pronóstico para el desenlace a corto plazo son infección, requerimiento de ventilación mecánica asistida, alteración de la función renal y puntaje alto en SLEDAI de ingreso.

**Objetivo:** Describir las características clínicas, demográficas, esquemas de tratamiento y desenlace de los pacientes con hemorragia alveolar difusa por LES en un centro de atención de tercer nivel.

**Material y métodos:** Se recuperaron los expedientes de ocho pacientes, 10 episodios de HAD (un paciente presentó tres en su internamiento) de mayo de 2008 a mayo de 2011. La mayoría de los pacientes correspondió a mujeres (75%), con un promedio de edad de 23 años (15-29) y tiempo aproximado del diagnóstico de LES a la presentación de HAD de 3.6 años (fue la manifestación inicial en uno de los pacientes).

**Resultados:** Las manifestaciones iniciales comprenden disnea, tos, infiltrados basales radiográficos (100%), fiebre y hemoptisis (87%), nefritis (75%);

dos pacientes se encontraban en el puerperio inmediato. El esquema de tratamiento utilizado en la mayoría de los pacientes consistió en el siguiente protocolo escalonado: uno con esteroides sistémicos; dosis de tres a cinco bolos de metilprednisolona en un 75% de los pacientes; dos de ellos (25%) recibieron dosis mayores o iguales a 10 g; en 75% de ellos se administró inmunoglobulina intravenosa (2 kg, infundidos en 3 a 5 días); 50% necesitó tratamiento renal sustitutivo (modalidad de hemodiálisis); 37% se atendió en una unidad de cuidados intensivos (UCI); 62% recibió bolos de ciclofosfamida posterior a la resolución de proceso séptico; y 50% inició la primera dosis de rituximab (1 000 mg en los días 1 y 15). Las complicaciones identificadas fueron infección de vías aéreas inferiores (100%), insuficiencia renal aguda (87%) y ventilación mecánica (50%). El desenlace general fue de tres pacientes sobrevivientes y cinco defunciones.

**Conclusiones:** Se reconoce que la HAD es una anomalía crítica, con alta tasa de mortalidad; a pesar de ello, el porcentaje de pacientes que recibieron apoyo en UCI es bajo. La gravedad de la enfermedad justifica un tratamiento rápido, agresivo, con identificación y corrección oportuna de los factores de mal pronóstico.

### C-1 / C-014

#### Parálisis del III y IV pares craneales como manifestación aislada en SNC en un paciente con lupus eritematoso sistémico

García-Morales H, De la Madrid-Cernas AA, Alcaraz-López MF, Centeno-Valadez D, Roa-Nava Y, Márquez-Miranda O, Prieto-Parra RE, Sánchez-Ortiz A, Echeverría-González G

UMAE, CMNO, IMSS

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) presenta manifestaciones neurológicas hasta en un 75% de los pacientes. El compromiso puede variar, desde signos sutiles como cefalea y alteraciones del estado de ánimo hasta un episodio vascular cerebral, mielopatía y estado confusional agudo. El compromiso de nervios craneales en el LES se vincula frecuentemente con otras manifestaciones de actividad lúpica. Según sea la neuropatía, los síntomas pueden incluir diplopía, nistagmo, ptosis y déficit de agudeza visual. El diagnóstico del compromiso del SNC es complejo y no existe una prueba de oro para él.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 34 años de edad, casada, con escolaridad de primaria y católica. Hipertensa de dos años de evolución en control; inicia su padecimiento en diciembre del 2000 con ataque al estado general, poliartritis simétrica de interfalángicas proximales, muñecas y tobillos y úlceras orales; en abril del 2001 se establece el diagnóstico de LES con afectación hematológica, renal y mucocutánea en HG Occidente, con tratamiento a base de 10 bolos mensuales de ciclofosfamida, posteriormente azatioprina y prednisona, sin recaídas aparentes de la enfermedad hasta el 22 de julio del 2010 por presentar ptosis palpebral derecha de un mes de evolución y diplopía sin alteración de la agudeza visual; previamente consultó al oftalmólogo, quien diagnosticó parálisis completa del tercer par OD con tratamiento con prednisona (60 mg por 30 días) sin mejoría; es enviada al servicio de reumatología. EF: funciones mentales superiores sin alteraciones, no hay afasia, apraxia o agnosia; nervios craneales: parálisis incompleta del III, completa del IV par derecho, resto de pares craneales sin alteración, pupila derecha midriática areflectica (fotomotor, consensual), resto de la exploración normal. Laboratorio: BH con leucos (4 400), linfocitos (1210), Hb (13 g/dl), QS, EGO normales, ANA (1:640) homogéneo (IFI), anti-DNA, VSG (41), PCR (9.6 mg/dl), C3 (55 mg/dl, 90-100), C4 (6.4, 10-20), aCL, IgG (260), IgM (7.5), TORCH, VIH, VHB, VHC negativos. Depuración de creatinina de 51 ml/min y proteinuria de 0.26 g de 24 h. TAC reporta asimetría ventricular probablemente postural sin alteraciones parenquimatosas. Se consideró actividad sólo a nivel de pares craneales y se indicaron bolos de metilprednisolona más ciclofosfamida mensuales con respuesta a partir del segundo con movilidad ocular completa, sin diplopía y con mejoría general.

**Conclusiones:** Una inadecuada interpretación del peso de las manifestaciones neuropsiquiátricas en el lupus, además de intentos terapéuticos por otros especialistas, como en este caso oftalmología, producen retraso del tratamiento de afectación a órgano mayor, ya que no fue favorable el uso de dosis bajas de esteroide o por lapsos cortos. La administración de ciclofosfamida es aún la referencia como tratamiento en LES.

### C-1 / C-015

#### Enfermedad de Kawasaki refractaria al tratamiento. Un reto para el pediatra

Portillo RA, Maldonado VM, Faugier FE

Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Antecedentes:** La enfermedad de Kawasaki (EK) es una de las vasculitis más frecuentes en pediatría. La administración de inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y ácido acetilsalicílico durante la fase aguda de la EK reduce la incidencia de aneurismas coronarios en 3% a 5%. Sin embargo, 11% a 38% es "refractario a IGIV", con base en la persistencia de la fiebre después de 36 h tras la infusión de IGIV, con mayor riesgo de desarrollar aneurismas coronarios.

**Caso clínico:** Paciente masculino de cuatro años, con cuadro de siete días con fiebre de 39° a 40°, eritema polimorfo, conjuntivitis no exudativa, queratitis, lengua en fresa, edema de manos y pies. Leucocitos, 12 800; plaquetas, 765 000; VSG, 34; PCR, 18; TGO, 223/TGP, 187. Se inicia IGIV (2 g/kg/día) y ácido acetilsalicílico (100 mg/kg/día); a las 36 h después de la IGIV persiste febril y se considera EK refractaria a IGIV. Recibe una segunda dosis de IGIV (2 g/kg/día), tres pulsos de metilprednisona IV, infliximab (5 mg/kg/día) y warfarina por aneurismas gigantes. Ecocardiograma inicial: dilatación de la coronaria derecha (CD) de 3 mm, coronaria izquierda (CI) de 2 mm, descendente anterior (DA) de 3 mm y arteria circunfleja (AC) de 2 mm. Ecocardiograma cuatro semanas después: CI, dos aneurismas de 6 mm cada uno en la DA, un aneurisma de 5 mm en AC; CD, un aneurisma gigante de 9 mm.

**Gammagrafía miocárdica de perfusión:** isquemia grave en región anterolateral.

**Tratamiento actual:** ácido acetilsalicílico (5.1 mg/kg/día), espironolactona y warfarina.

**Conclusiones:** El tratamiento óptimo para los pacientes con resistencia a IGIV es controvertido. Se han descrito en pacientes con EK refractarios buenos resultados con el infliximab; esto se debe al riesgo de tromboembolismo por sus altos niveles de TNF- $\alpha$ ; sin embargo; este paciente, a pesar del tratamiento empleado, incluido el infliximab, desarrolló aneurismas coronarios que lo pone en un alto riesgo de muerte súbita por infarto agudo del miocardio.

### C-1 / C-016

#### Enfermedad desmielinizante tipo esclerosis múltiple (EM) como manifestación inicial del lupus eritematoso generalizado (LEG) pediátrico

Bravo-Oro A<sup>(1)</sup>, Piña-Ramírez BM<sup>(2)</sup>, Sánchez-Arriaga A<sup>(3)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(4)</sup>

<sup>(1,2)</sup>Departamento de Neurología Pediátrica, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, <sup>(3,4)</sup>Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Introducción:** La afectación del sistema nervioso central (SNC) en pacientes con LEG tiene una incidencia del 14% al 75% y representa la segunda o

tercera causa de muerte, sólo después de la alteración renal y las infecciones. Los síntomas neurológicos anteceden al LEG en 3% a 47% de los casos.

**Caso clínico:** Paciente masculino de cinco años, con carga genética para esferocitosis (madre y hermano). Neurodesarrollo normal. Temblor fino en miembros superiores de dos años de evolución con mejoría espontánea. Un año con debilidad intermitente de miembros inferiores y en los últimos tres meses de manera constante acompañada de cambios conductuales, cefalea universal, náusea, vómito, fotofobia y marcha atáctica. Muestra al ingreso Glasgow de 15 puntos, hiperactivo, extrovertido, poco cooperador a la exploración, nervios craneales, fuerza y reflejos de estiramiento muscular normales, sólo ataxia de marcha con lateralización a la derecha. Prueba de fragilidad osmótica negativa para esferocitosis. Sospecha inicial de encefalomiélitis aguda diseminada respecto de EM, con estudio de neuroconducción que confirma enfermedad desmielinizante e imagen de resonancia magnética con lesiones de sustancia blanca subcorticales, frontales, temporales y occipitales. Se inició tratamiento con metilprednisolona, bajo la sospecha de EM. Posteriormente presentó crisis convulsivas, con estado epiléptico y requirió ventilación mecánica. En la revisión se detectó artritis. Determinación de anticuerpos antinucleares (AAN) positivos (1:1 000) con patrón moteado; se indica administración de gammaglobulina (2 g/kg), además de ciclofosfamida (dosis única), prednisona y metotrexato (MTX). Actualmente no hay evidencia de actividad y continúa con anticonvulsivos y MTX.

La expresión neuropsiquiátrica del LEG en niños representa un problema de diagnóstico y tratamiento y puede anteceder a otras manifestaciones por años, como corea y crisis convulsivas; así, la afectación del SNC por LEG en pacientes pediátricos se informa muchas veces como un síndrome neuropsiquiátrico (48%) y epilepsia (20%). Se ha utilizado el término de esclerosis lupoide para describir a pacientes con manifestaciones de ambas enfermedades, LEG y EM.

C-1 / C-017

**Anticuerpos antifosfolípido o anticoagulante lúpico positivos asociados a manifestaciones clínicas no trombóticas**

Guerra-Uribe N, Tello-Winniczuk N, Díaz-Borjón A

Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** Recientemente se ha descrito a pacientes con anticuerpos antifosfolípido (aFL) con manifestaciones no trombóticas, no incluidas en los criterios diagnósticos del síndrome antifosfolípido (SAF). Éstas incluyen hipertensión arterial pulmonar (HAP), valvulopatía, necrosis avascular, lesiones cutáneas distintas del *livedo reticularis*, crisis convulsivas, mielitis transversa, hemorragia alveolar difusa, entre otras.

**Objetivo:** Describir a tres pacientes con aFL o anticoagulante lúpico positivos sin episodios trombóticos arteriales o venosos previos ni pérdidas fetales, que se presentaron con alteraciones relacionadas con aFL en el hospital de los autores en un periodo de un año (Tabla 1).

Tabla 1. Trastornos vinculados con aFL

Género	Edad	Manifestación	Serología positiva	Valor registrado
Femenino	70	Crisis convulsiva	p-ANCA AL	1:160 Positivo
Femenino	48	Neuropatía intersticial	Anti-B2GPI IgM IgG IgA Anti-FS IgG AL	38 U/ml 43 U/ml 46 U/ml 64 U/ml Positivo
Masculino	42	Hipertensión arterial pulmonar	aCL IgM aCL IgA Anti-FS IgG	400 U/ml 13 U/L 61 U/ml

p-ANCA, anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo; AL, anticoagulante lúpico; aCL, anticardiolipina; anti-B2GPI, glucoproteína anti-B<sub>2</sub>; anti-FS, antifosfatidilserina.

Ningún paciente presentó cuadro clínico o serología consistentes con lupus eritematoso sistémico. Debido a la gravedad de los pacientes se utilizaron bolos de metilprednisolona en dos casos, seguidos de prednisona oral a dosis altas, con excelente respuesta. En la actualidad, estos sujetos se encuentran asintomáticos con dosis de reducción de corticoesteroides y dosis intermedias de micofenolato de mofetilo. El individuo con HAP respondió a la anticoagulación formal con warfarina y continúa con este manejo y la misma buena respuesta.

**Resultados:** Se presentaron tres casos con manifestaciones no trombóticas vinculadas con aFL o AL. La información sobre éstas es breve en las publicaciones y proviene de reportes aislados. La sospecha diagnóstica debe ser elevada, ya que dos de estos pacientes no habían tenido signos de episodios trombóticos previamente; sin embargo, la respuesta casi inmediata a la administración de corticoesteroides apoya un mecanismo inmunológico de las alteraciones. El manejo temprano e individualizado es esencial para un desenlace favorable. La terapia de mantenimiento de elección no se ha establecido. Debido al perfil de eficacia y seguridad que ha demostrado el micofenolato de mofetilo en enfermedades similares, se eligió para el manejo a largo a plazo de dos de estos enfermos. Ningún sujeto ha tenido recaídas u otras complicaciones.

**Conclusión:** La inclusión de manifestaciones no trombóticas en los criterios diagnósticos de SAF debe considerarse en futuras modificaciones para identificar de manera más temprana a estos enfermos.

C-1 / C-018

**Características clínicas y respuesta al tratamiento de la estenosis subglótica (ESG) en la granulomatosis de Wegener (GW)**

Hernández-Cabrera M, Horta-Baas G, Pérez-Cristóbal M, Barile-Fabris L

Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades, CMN SXXI, IMSS

**Antecedentes:** La prevalencia de la ESG en la GW se calcula entre 7% y 23%; en 6.1% es la manifestación inicial. El 20% responde a esteroides e inmunosupresores y el restante 80% requiere dilatación endoscópica, la cual es útil en casos de Cotton-Meyer de grados I y II.

**Objetivo:** Describir las características clínicas y la respuesta al tratamiento de la ESG en pacientes con GW.

**Métodos:** Se revisaron los expedientes de 17 pacientes con GW en seguimiento en la consulta de reumatología, quienes cumplieron los criterios de clasificación del ACR.

**Resultados:** Se identificó ESG en tres de los 17 pacientes (17.64%). Todos presentaron sinusitis crónica, hipoacusia, nariz en silla de montar y anti-PR3 positivo; sólo un sujeto tuvo anti-MPO positivo. El estridor laríngeo y la disnea de esfuerzo se presentaron en los tres individuos; un paciente tuvo tos, disfonía y sensación de cuerpo extraño.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 59 años con ESG a los 114 meses del diagnóstico de GW con obstrucción de 40% a 60% (Cotton-Meyer, I-II), en tratamiento de mantenimiento a base de prednisona y azatioprina; BVAS de 6 puntos, con adecuada respuesta al tratamiento con dexametasona, broncodilatadores y budesonida en aerosol. Caso 2: mujer de 54 años con ESG a los 122 meses del diagnóstico de GW, en terapia de mantenimiento con metotrexato y prednisona; BVAS de 6 puntos, con obstrucción del 75% (Cotton-Meyer, III) que requirió dilatación endoscópica en cuatro ocasiones; a pesar del tratamiento progresó a obstrucción del 100% y exigió traqueotomía, sin lograr la canulación a los 37 meses. Caso 3: hombre de 39 años con ESG a los dos meses del diagnóstico y obstrucción del 30% (Cotton-Meyer, I) de manera simultánea con actividad cutánea, renal, pulmonar y del sistema



nervioso periférico; BVAS de 23 puntos. Se trató con pulsos de metilprednisolona (1 g día por tres dosis) y ciclofosfamida, con remisión completa de la enfermedad, excepto la ESG que se incrementó al 70% a los 30 días, por lo que se realizó dilatación endoscópica con mejoría sintomática inicial, pero a los siete días la obstrucción del 100% exigió traqueotomía de urgencia, sin lograr la canulación a los seis meses.

**Conclusión:** La ESG no siempre se correlaciona con actividad sistémica de la GW y puede progresar a estenosis grave a pesar del tratamiento con esteroides, inmunosupresores y manejo quirúrgico con dilatación endoscópica; esta terapia proporciona alivio sintomático pero muchas veces hay progresión a obstrucción grave de la vía aérea que requiere traqueotomía.

### C-1 / C-019

#### Desarrollo de autoinmunidad en un paciente con VIH: expresión de polimiositis

Hernández-Núñez E, Arteaga-García UG, Olan F

Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias son un grupo de enfermedades del músculo estriado que expresan debilidad muscular proximal. En 1975, Bohan y Peter describieron los criterios de clasificación. A mediados del decenio de 1990, Tanimoto y colaboradores incluyeron en los criterios el dolor, los anticuerpos y los reactantes de fase aguda. Se han informado agentes infecciosos, radiación UV y varios fármacos como activadores de la enfermedad.

**Caso clínico:** Hombre de 26 años residente de un reclusorio, consumidor de marihuana y cocaína con prácticas sexuales de riesgo. Inicia 15 días antes de su ingreso con fiebre, diaforesis y pérdida de peso y después con debilidad muscular proximal (cintura escapular y pélvica), mialgias, síntomas generales y disnea que progresa a ortopnea. En el servicio de urgencias se diagnostica sepsis abdominal por sospecha de apendicitis; luego se valora en medicina interna e ingresa a infectología por sospecha clínica. A la exploración física hay múltiples tatuajes, mala hidratación, uso de músculos accesorios de la ventilación y aleteo nasal, tórax con respiración superficial, estertores subcrepitantes diseminados, precordio rítmico e hiperdinámico, abdomen con resistencia muscular condicionada, dolor difuso, sin megalias, peristalsis disminuida, talopercusión negativa, sin megalias, masas o plastrones, ni datos de irritación peritoneal; genitales según edad y género, uretris con abundante sedimento a expensas de Foley, extremidades con dolor intenso. EVA de 10/10 y debilidad muscular proximal de 2/5 de Daniels, limitación para la marcha. Los estudios muestran anemia crónica, linfopenia de 300 células, hipoalbuminemia, DHL (603 UI/L), CPK total (14 650 UI/L), creatinina (1.22 mg/dl), VSG y PCR elevadas, VIH reactivo. La Rx de tórax delinea imagen en vidrio despulido y patrón intersticial. Se inicia prednisona a razón de 1 mg/kg/día con buena evolución y posterior egreso.

**Discusión:** El primer caso de VIH con miopatía se informó en 1983 y reportes posteriores han confirmado esta relación; se ha postulado como mecanismo el mimetismo molecular. Los criterios de clasificación para este nexo son similares a los de la forma idiopática.

**Conclusión:** La expresión de debilidad muscular proximal, la elevación de las enzimas musculares con los múltiples factores de riesgo y ELISA para VIH reactivo permitieron establecer la relación de PM con VIH en este paciente.

### C-1 / C-020

#### Trasplante renal exitoso en una paciente con SAF secundaria

Álvarez del Castillo-Araujo AL, Sauza del Pozo MJ, Ramos-Sánchez MA, Aranda-Baca LE

UMAE, Hospital de Especialidades No. 25, IMSS

**Introducción:** El síndrome antifosfolípidos (SAF) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) puede afectar negativamente el desenlace en el trasplante renal, ya que aumenta el riesgo de trombosis y falla del injerto. Instituir tratamiento en estos casos puede determinar el éxito o el fracaso del trasplante.

**Caso clínico:** Mujer de 35 años, con diagnóstico de LES y afectación mucocutánea y articular desde 1999; antecedente de tres embarazos que terminaron en cesárea por preeclampsia en 2001, 2003 y 2004. Perdió seguimiento médico hasta el 2009, cuando se documentó alteración renal y recibió tratamiento inmunosupresor; evolucionó a insuficiencia renal que exigió sustitución con diálisis peritoneal. En la valoración médica pretrasplante se encontró *livedo reticularis* con anticardiolipina IgM positiva, anticogulante lúpico negativo y TTP de 35.6 s/28 s. Se trasplantó el 16 de mayo del 2011 con injerto de donador vivo relacionado, con reimplante ureteral tipo Lich-Gregor más catéter doble J (CJJ). Isquemia fría de 42 min y caliente de 2 min. Recibió heparina a razón de 300 UI/h 24 h después del trasplante y durante cinco días; posteriormente se continuó con warfarina. La evolución posterior al injerto fue exitosa y se retiró el CJJ el 30 de junio del 2011. Ha continuado asintomática con función renal estable y depuración de creatinina de 93 cm<sup>3</sup>/min, volumen de 4 700 cm<sup>3</sup> y sin proteinuria. Recibe hasta la fecha tacrolimus (0.15 mg/kg/día cada 12 h), micofenolato (1 g cada 12 h), prednisona (20 mg al día) y warfarina.

**Conclusión:** Es fundamental investigar la presencia de anticuerpos antifosfolípidos pretrasplante para normar la terapéutica y así reducir el riesgo de trombosis y falla del injerto.

### C-1 / C-021

#### Pérdida fetal en el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Debemos considerar una alternativa

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

Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Introducción:** El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) es una anomalía caracterizada por episodios recurrentes de trombosis, comorbilidades en el embarazo y presencia de anticuerpos anticardiolipina (ACL). El SAF se relaciona con lupus eritematoso generalizado (LEG) en el 40%. La pérdida fetal recurrente ocurre en 20%, aun con tratamiento adecuado, pero no se ha definido esta pérdida como efecto adverso del tratamiento inmunosupresor.

**Caso clínico:** Mujer de 28 años edad, con antecedente de cuatro años de VDRL falso positivo, pruebas treponémicas negativas; comorbilidades durante el embarazo (un aborto en primer trimestre; un parto de pretérmino en la semana 28 por preeclampsia grave y retraso del crecimiento intrauterino) y anticuerpos ACL positivos a título bajo. Cursaba el tercer embarazo intrauterino de 13.2 semanas clínicamente asintomática; los exámenes de laboratorio destacaban VDRL positivo, AAN (+) de 1:640, moteado fino, anti-Ro/SSA negativo, IgG ACL de 26.6 UI (normal, hasta 12); el resto de exámenes de laboratorio (citometría hemática, química sanguínea, perfil hepático y urianálisis) era normal. Dado que tenía dos criterios de clasificación para LEG, se consideró SAF como probable e inició heparina convencional (10 000 UI/día), hidroclocloroquina (200 mg/día), prednisona (10 mg/día), ácido acetilsalicílico (100 mg/día) y azatioprina (50 mg/día). Presentó hemorragia transvaginal autolimitada en la semana 16 y fiebre subjetiva en la 19, síndrome disúrico y nuevamente hemorragia transvaginal, rotura de membranas y aborto. Se practicó legrado y se administró antibiocioterapia con buena evolución en el posquirúrgico. El análisis histopatológico reportó villitis aguda relacionada con colonias bacterianas gramnegativas, amnionitis aguda con degeneración fibrinoide intravillositaria e intervillositaria, calcificaciones de la placa corial y angiofinitis.

**Discusión:** Se presenta el caso de un embarazo de producto valioso con desenlace desfavorable a pesar del tratamiento apropiado. El proceso infeccioso agudo posiblemente provocó el aborto; el empleo de inmunomoduladores puede ser factor coadyuvante para el desarrollo de infección.

**Conclusiones:** La pérdida del producto en el embarazo es la complicación obstétrica más importante del SAF; el empleo de inmunorreguladores pre-dispone a procesos infecciosos que precipitan la pérdida de fetal. Debe considerarse suministrar antibióticos en el manejo de episodios de amenaza de aborto o parto prematuro en pacientes con enfermedades autoinmunitarias en la terapia inmunosupresora.

## C-1 / C-022

### Síndrome de Eisenmenger y lupus eritematoso sistémico: manifestación autoinmune de HAP o una extraña asociación. Reporte de un caso

Márquez-Miranda O, De la Madrid-Cerna A, Roa-Nava Y, García-Morales H, Echeverría-González G

*Instituto Mexicano del Seguro Social*

**Introducción:** La hipertensión pulmonar (HP) es una alteración progresiva en la que se experimenta una elevación de la presión arterial y falla del ventrículo derecho. Se caracteriza por anomalías de las arterias pulmonares de pequeño calibre con afectación de la íntima, media y adventicia y proliferación de células endoteliales, miofibroblastos y arteritis necrosante, además de defectos en el comportamiento de LT CD4 y producción de autoanticuerpos que ocasionan daño endotelial. La prevalencia de HP en enfermedades del tejido conectivo varía del 12% al 30%, principalmente en la esclerodermia, LES y EMT. El síndrome de Eisenmenger se distingue a su vez por HP con comunicación de derecha a izquierda. La sobrevida reportada es de 20 a 30 años y las manifestaciones son congestión pulmonar, hiperviscosidad y disnea. La relación de enfermedades del tejido conectivo y el síndrome de Eisenmenger es baja; se han informado sólo dos casos en AII y embarazo, por lo que se presenta un caso de esta extraña relación.

**Caso clínico:** Mujer de 35 años de edad, con tabaquismo positivo de tres años y resto de antecedentes sin relevancia. Se establece el diagnóstico de LES en 2001 con base en oligoartritis, síntomas constitucionales, eritema malar y fenómeno de Raynaud trifásico con serología positiva (ANA, 1:640 PM; anti-DNA positivo, ENAS negativo, complemento normal), BH normal, EGO normal, RFA, VSG y PCR elevados. Se inicia tratamiento con esteroides (dosis máxima de 30 mg/día y mínima de 5 mg/día), MTX (7.5 mg/sem) y ácido fólico (5 mg/día). En 2005 sufre disnea de grandes esfuerzos progresiva hasta 2009, con presencia de CF III NYHA. ECOT con PAP grave (65 mmHg), la cual se atribuye al LES y lleva a indicar bolos mensuales de CFM hasta completar 13, además de sindenafilo y broncodilatadores. EF: sin caída del cabello; no hay eritema malar ni úlceras bucales; ruidos cardíacos rítmicos con soplo sistólico II/IV en foco paraesternal derecho. Sin sinovitis aguda, vasculitis o Raynaud, pero sí acrocianosis.

EKG: ritmo sinusal, FC de 98, desviación del eje derecha. Rx de tórax normal. Espirometría: proceso mixto obstructivo moderado y restrictivo grave, con pobre respuesta al broncodilatador. Angio-TAC pulmonar: discreto patrón de vidrio esmerilado de predominio central, parahiliar y bilateral, sin evidencia de embolia pulmonar; arteria pulmonar con diámetro de 45 mm. ECOTT: dilatación moderada e hipertrofia de VD y dilatación leve de AD; parece existir comunicación interventricular subaórtica con cortocircuito bidireccional, contractilidad de VI alterada por elevación de la presión intraventricular derecha, PAP de 65 mmHg. Datos indicativos de CIV subaórtica con fenómeno de Eisenmenger.

**Conclusión:** El síndrome de Eisenmenger se define como un incremento irreversible de la resistencia vascular pulmonar y se caracteriza por un cortocircuito de derecha a izquierda en el punto de comunicación de la circulación pulmonar y sistémica, lo que clínicamente se puede traducir en disnea. En el LES puede existir daño cardiovascular manifestado con disnea sin relación con daño pulmonar o serosas, por

lo que la orientación basada en el ECOTT llevó a sospechar dos entidades diferentes o bien un hallazgo poco descrito en las publicaciones de LES y síndrome de Eisenmenger.

## C-1 / C-023

### Asociación de podocitopatía y nefritis lúpica mesangial: reporte de dos casos

Veloz-Aranda JA<sup>(1)</sup>, Garrido-Alarcón E<sup>(2)</sup>, Casasola-Vargas JC<sup>(3)</sup>, Soto-Abraham MV<sup>(4)</sup>

<sup>(1-3)</sup>Hospital General de México OD, <sup>(4)</sup>Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Objetivo:** Reportar dos casos de nefritis lúpica clase II con podocitopatía concomitante sin relación con LES, y respuesta pobre al tratamiento inmunosupresor.

**Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 24 años, con lupus eritematoso sistémico y antecedentes de proteinuria, aumento de Cr a 4 mg/dl, urea de 130 mg/dl, sedimento activo, serositis (derrame pleural), linfopenia, ANA (1:1 280), patrón homogéneo, anti-Sm positivo y AL positivo. Durante el tercer embarazo en julio de 2010 cursó con síndrome nefrótico e insuficiencia renal, con necesidad de diálisis peritoneal. En noviembre de 2010 (27 semanas de gestación) fue sometida a cesárea por desprendimiento prematuro de placenta, complicada con endometriosis (con desarrollo de *E. coli* en hemocultivo); recibió clindamicina y ceftriaxona. Posteriormente se indicó tratamiento con tacrolimus (1 mg cada 12 h). En diciembre de 2010 se realizó biopsia renal con reporte de podocitopatía de tipo esclerosis focal y segmentaria concomitante con nefritis lúpica mesangial (clase II de la ISN/RPS). Después se administró prednisona (50 mg/día) y micofenolato de mofetilo (1 000 mg/día). Caso 2: mujer de 28 años, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico desde los 25 años basado en proteinuria, leucoeritrocituria, fotosensibilidad y anti-DNA de 129.5 UI/ml. Antecedentes de síndrome nefrótico, filtrado glomerular de 90.9 ml/min, tratada con prednisona (50 mg/día), micofenolato de mofetilo (1 g/día), ARA II, estatina y diurético de asa. Cursó con aumento progresivo de la proteinuria (6 g/día en octubre 2009, 9.4 g/día en marzo 2010, 4 g/día en abril 2010), por lo que inició esquema de NIH. Persistió con cifras de proteinuria hasta de 11 g/día, colesterol de 517 mg/dl, triglicéridos de 259 mg/dl y FG de 150 ml/min. Se practicó biopsia renal en marzo de 2011. Reporte de podocitopatía de tipo esclerosis focal y segmentaria en nefritis lúpica mesangial, clase II, sin depósito de complejos inmunitarios subepiteliales en microscopía electrónica. Recibió micofenolato de mofetilo (1 500 mg/dl) y prednisona (0.5 mg/kg/día), con persistencia del síndrome nefrótico.

**Discusión:** Se trata de dos casos de nefritis lúpica y podocitopatía concomitante no relacionada. Existen pocos informes en las publicaciones y se sabe que la glomerulopatía colapsante es una forma definida de daño glomerular, de etiopatogenia desconocida y vinculada con enfermedades autoinmunitarias. Se conjetura que factores relacionados con los podocitos son blanco de autoanticuerpos, efecto de mimetismo molecular, y que la fusión de los podocitos representa un proceso independiente. Se caracteriza por síndrome nefrótico y riesgo aumentado de progresión al RC y pobre respuesta a la inmunosupresión convencional. La respuesta a la prednisona apoya esto.

## C-1 / C-024

### Insuficiencia cardíaca grave como manifestación inicial de lupus pediátrico

Sánchez-Arriaga A<sup>(1)</sup>, Ávila-Sánchez JA<sup>(2)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(3)</sup>

*Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto*

**Introducción:** La afectación cardiaca es frecuente y la pericarditis se considera un criterio de clasificación del lupus eritematoso generalizado (LEG). Sin embargo, la miocarditis aguda con insuficiencia cardiaca grave es muy rara y aún más como presentación inicial.

**Paciente:** Niña de 14 años de edad sin antecedentes de importancia; inició con el padecimiento dos meses antes con disnea progresiva, de grandes a mínimos esfuerzos, acompañada de dolor en piernas y debilidad muscular generalizada; negó otros síntomas, incluidos fiebre, úlceras bucales y fotosensibilidad. A la exploración física sobresalía tensión arterial de 80/40, frecuencia cardiaca de 136 y FR de 18. Precordio con S3, sin soplos ni frote pericárdico. Abdomen normal. Extremidades con edema. Flogosis poliarticular. Fuerza de 4/5 en las cuatro extremidades, sin alteración axial. Neurológico sin compromiso. Discreto eritema malar. En los exámenes sobresalía creatinina fosfocinasa de 85.2, CPK-MB de 1.9, troponina elevada, examen general de orina con proteinuria de 1 g/L, cilindros granulosos. Placa de tórax con cardiomegalia y datos de hipertensión venocapilar; ecocardiograma con fracción de expulsión de ventrículo izquierdo (FEVI) de 26% y derrame pericárdico leve. Se manejó con dobutamina. Se diagnosticó LEG por artritis, eritema malar, afección renal y pericarditis, y se inició metilprednisolona a 25 mg/kg/día por tres días y 500 mg de ciclofosfamida, con lo cual se redujo de forma progresiva el apoyo con dobutamina. Posteriormente se reportaron anticuerpos antinucleares por HEp2 (1:1 000), patrón homogéneo y biopsia muscular con infiltrado inflamatorio. A la semana u nuevo ecocardiograma con FEVI de 61%.

**Discusión:** Aunque la enfermedad cardiovascular es la tercera causa de mortalidad en LEG y la miocarditis adjunta es una complicación que puede vincularse con morbilidad, clínicamente es poco común (3%-15%), no se considera en los criterios de clasificación y la presentación en niños es rara. El diagnóstico de miocarditis depende principalmente de la sospecha clínica y los hallazgos en el ecocardiograma; la biopsia endomiocárdica se considera el estándar de oro. A pesar del manejo adecuado, la mortalidad a cinco años en los pacientes con miocarditis es del doble respecto de aquellos que no la han tenido (18.9% vs. 8.4%) y no se dispone de estudios controlados para decidir la terapia idónea.

## C-1 / C-025

### Síndrome hemofagocítico como manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico juvenil

Carsolio-Trujano T, Muñoz-López S, Irazoque-Palazuelos F

*Centro Médico Nacional 20 de Noviembre*

**Caso clínico:** Mujer de ocho años, originaria y residente de Chiapas. Inicia en agosto del 2011 con presencia de lesiones vesiculares y maculares en piel cabelluda, dorso nasal y tronco, trombocitopenia, leucolinfopenia, fiebre hasta de 40 °C, astenia y adinamia acompañados de epistaxis, diarrea en dos ocasiones, cefalea holocraneal, palidez generalizada y caída del cabello. Clínicamente se observa vasculitis en pabellón auricular izquierdo, con lesión discoide en el dorso nasal, y taquicárdica.

Estudios de laboratorio: leucocitos (4 000), linfocitos (870), HB (6.5), plaquetas (64 000), C3 (17.8) y C4 (46.2), EGO (1 cilindro granular), DHL (1 012), ferritina (3 450). Anticuerpos antinucleares positivos a título (1:320), especificidad DNA de doble cadena en 202 (positivo mayor de 200), aspirado de médula ósea con presencia de hemofagocitos. Perfil de coagulación consistente con datos de coagulación intravascular diseminada.

Estudio radiológico: cardiomegalia de grado II. Ecocardiograma con derrame pericárdico de 300 cm<sup>3</sup> posterior. TAC con pancreatitis aguda no litíase.

Su evolución mostró deterioro hemodinámico grave, hemorragia pulmonar, apoyo con aminas vasoactivas y ventilación mecánica asistida. Ante diagnóstico de lupus eritematoso sistémico se recomienda plasmáferesis y

aplicación de pulsos de metilprednisolona a dosis de 30 mg/kg, así como ciclofosfamida a 750 mg/ m<sup>2</sup> SCT.

**Discusión:** La presentación del síndrome hemofagocítico en el contexto de LES juvenil se ha reportado en 0.3% a 0.9%. En el año 2009, Ravelli y colaboradores describieron que la presencia de fiebre, hiperferritinemia, aumento de DHL, hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia tiene alta sensibilidad para el diagnóstico de síndrome hemofagocítico en pacientes con lupus y relación con un pronóstico más sombrío como en el caso de esta paciente.

## C-1 / C-026

### Arteriopatía calcificante urémica y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Reporte de caso

Vera-Lastra OL, Rodríguez R

*Departamento de Medicina Interna y Nefrología, Hospital de Especialidades, CMN La Raza, IMSS, México*

**Introducción:** La arteriopatía calcificante urémica (ACU), antes calcifilaxis, es una entidad relacionada con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en el 1% de los casos y niveles elevados de hormona paratiroidea (PTH). Se caracteriza por necrosis isquémica y úlceras cutáneas acompañadas de calcificaciones de las arteriolas dermoepidérmicas y alta mortalidad. No existen informes de ACU vinculada con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF).

**Objetivo:** Informar un caso de ACU vinculada con síndrome de SAF, dos entidades poco frecuentes.

**Caso clínico:** Varón de 43 años, con ERCT de 12 años de evolución, hipertensión arterial secundaria, anemia crónica e hiperparatiroidismo secundario. Inició padecimiento un mes antes de su hospitalización, con dolor óseo generalizado; se agregó dolor y edema en miembro podálico izquierdo (MPI), así como lesiones eritematosas, dolorosas en región anterior de pierna y muslo con cambios de coloración y úlceras extensas, además de proceso infeccioso. También cursó con trombocitopenia, anemia hemolítica autoinmunitaria, anticardiolipinas positivas y durante su evolución se presentaron trombosis y úlceras en miembro torácico y podálico derecho. Se administró tratamiento para las complicaciones de la insuficiencia renal; se practicó la amputación del MPI por isquemia; además, se administraron anticoagulantes y alendronato sin éxito y falleció el paciente, sin posibilidad de efectuar paratiroidectomía. La biopsia de piel y de la amputación del MPI mostró calcificación de arteriolas dermoepidérmica, con trombosis antigua y reciente, sin vasculitis. Los anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo, anticuerpos antinucleares y complemento fueron negativos; Coombs directo y anticardiolipinas positivas.

**Conclusión:** Este paciente reunió criterios para el diagnóstico de ACU que, aunado al SAF, lo convirtió en una entidad devastadora que culminó en la muerte. El diagnóstico de ACU se debe sospechar en pacientes con ERCT, con lesiones dérmicas de tipo isquémico, niveles elevados de PTH y alta mortalidad. La ACU se debe diferenciar de entidades autoinmunitarias como las vasculitis y el SAF.

## C-1 / C-027

### Tuberculide papulonecrótica que simuló poliarteritis nodosa cutánea

Pizano R, Hernández R, Blanco-Lemus E, Barile-Fabris L

*Hospital de Especialidades del CMN SXXI*



**Introducción:** Existen reportes de mujeres jóvenes con infecciones cutáneas por micobacterias, lesiones dérmicas similares a poliarteritis nodosa (PAN), vasculitis leucocitoclástica sin manifestaciones neuropáticas. Se informa aquí el caso de una paciente con cuadro clínico de PAN cutánea y manifestaciones neuropáticas con diagnóstico de tuberculide papulonecrotica.

**Caso clínico:** Mujer de 19 años de edad, Coombs negativo y carga genética para lupus eritematoso sistémico. Inició 45 días antes con lesiones cutáneas elevadas, eritematosas violáceas y pruriginosas en las extremidades, inicialmente distales con diseminación proximal, que evolucionaron de pápulas a nódulos y úlceras con escaras a pesar del tratamiento antibiótico. Se agregó dolor agudo urente en tobillos y adormecimiento de los dedos del pie derecho y las manos. La biopsia cutánea evidenció *vasos de pequeño calibre con proliferación linfocítica perivascular con afectación del vaso, necrosis fibrinoide y extravasación de eritrocitos consistente con poliarteritis nodosa*. EF: TA de 110/70. Lesiones nodulares eritematosas violáceas < 1 cm en palma derecha y piernas, algunas con centro necrótico y otras con costra; fuerza muscular: brazo derecho, 4 proximal (p), 3 distal (d); izquierdo, 4 p, 4 d; piernas 4 p, 3 d. Reflejos osteotendinosos normales, disestesia en calcetín. Resto normal. Laboratorio: biometría hemática, VSG, PCR, química sanguínea, EGO, depuración de creatinina y albuminuria en 24 h normales. Se inició prednisona (1 mg/kg) por sospecha de vasculitis con mejoría parcial de las lesiones. Se agregó incontinencia urinaria sin relación con esfuerzos cuatro días después. ANA, anti-DNA, p-ANCA, c-ANCA, C3, C4, panel de hepatitis y VIH negativos o normales. La velocidad de conducción nerviosa de brazos fue normal. La segunda revisión de la laminilla concluyó: *infiltrado linfocitocitario perivascular, perianexual y perineural con formación de granulomas*, se sospechó eritema nodoso leproso pero la prueba de lepromina, el estudio de linfa nasal y de oreja fueron negativos para *M. leprae*. El PPD fue positivo (13 x 13 mm). Las tinciones para micobacterias fueron negativas y el reporte histopatológico final fue *vasculitis linfocítica de vasos pequeños, necrosis fibrinoide con oclusión trombótica vascular, necrosis epidérmica y formación granulomatosa consistente con tuberculide papulonecrotica*. Ante estos hallazgos se suspendió la prednisona y se inició tratamiento antifímico con mejoría de las lesiones dérmicas.

**Conclusión:** Este caso ejemplifica que las manifestaciones cutáneas semejantes a PAN relacionadas con neuropatía pueden ser secundarias a infección por micobacterias.

## C-1 / C-028

### Síndrome de Schnitzler en gemelos idénticos con lupus eritematoso generalizado (LEG). Respuesta clínica y de células T-reguladoras (T-reg) a tocilizumab (TCZ)

Ávila-Sánchez JA<sup>(1)</sup>, Sánchez-Arriaga A<sup>(2)</sup>, Álvarez-Quiroga C<sup>(3)</sup>, Reyes-Reyes KA<sup>(4)</sup>, González-Amaro R<sup>(5)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(6)</sup>

<sup>(1,2,6)</sup>Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, <sup>(3,5)</sup>Departamento de Inmunología, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, <sup>(4)</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social

El síndrome de Schnitzler es raro y su ocurrencia en gemelos con LEG excepcional; representa un problema diagnóstico y terapéutico. Hay escasos informes con respuesta a anticuerpos monoclonales como anti-rIL-1 y con tratamiento para deficiencias de proteínas del complemento. No hay experiencia con inhibidores de la IL-6. Se informan aquí la respuesta clínica y los estudios de inmunorregulación antes y después del tratamiento con TCZ: obtención de sangre periférica y separación de células mononucleares mediante gradiente de *ficoll-hypaque*, tinción con anticuerpos para CD4, CD8 por FITC, y posterior a incubación, proceso de fijación y permeabilización, para moléculas intracelulares con anticuerpos anti-FOXP3 y anti-IL17 y lectura mediante citometría de flujo (subpoblaciones de células T-reg).

**Casos clínicos:** Caso 1: joven de 17 años con enfermedad de Still (poliartritis, dermatosis evanescente, SD febril, leucocitosis, alteraciones PFH) desde enero de 2008; recibió etanercept (ETC) y en enero de 2010 había poliartritis, fiebre >39°C cotidiana e intermitente, psicosis y convulsiones tónico-clónicas generalizadas, angioedema recurrente diseminado, epiescleritis de ojo derecho, además de taicardias sin relación con fiebre; leucopenia y trombocitosis, VSG, anti-CCP y PCR normales; ANCA-p (1:20), AAN (1:1 000) homogéneo, ACL (25 UI), TSH (0.33 UI); hipertiroidismo que respondió al tratamiento inmunorregulador y tapazol. A pesar del metotrexato, azatioprina, esteroides, etanercept, etc., continuaba con ingresos a urgencias cada semana, lo que obligó a considerar TCZ. Caso 2: joven de 17 años que inició en enero de 2006 con dermatosis generalizada asalmonada evanescente, acompañado de fiebre de 38°C cotidiana, intermitente, poliartritis, leucocitosis y trombocitosis, VSG (40 mm/h), FR -, por lo que se inició AZA (50 mg/día), deflazacort (DFZ) (9 mg/día) y MTX (17.5 mg/sem). Posteriormente urticaria, angioedema, fiebre intermitente; PCR de 3.26. La respuesta clínica posterior a la administración de 10 mg/kg de TCZ ha sido mayor al 75% en cuanto a sus manifestaciones dermatológicas y reumatológicas, con aumento de 2 kg de peso, normalización de exámenes de laboratorio y con sólo un episodio de recurrencia de angioedema en ambos, posterior a deporte y exposición al sol durante horas; incremento de células T-reguladoras CD8 /FOXP3 y disminución notable de las IL-17 (de 4.5 y 1.59 a 0.24 y 0.31).

## C-1 / C-029

### Lupus eritematoso sistémico con afección neurológica secundaria a síndrome posvacuna H1N1

Vera-Lastra O, Olvera-Acevedo A, Rivera-Peralta S, De la Paz-Ibarra JA, Rodríguez-Zanella A, Carrillo-González AL, Medina G, Jara LJ

Departamento de Medicina Interna y Dirección de Educación e Investigación del Hospital de Especialidades, CMN La Raza, IMSS

**Introducción:** Las vacunas han sido un gran avance en la medicina; sin embargo, las sustancias empleadas como adyuvantes (aceites, aluminio, pristane, etc.) pueden inducir manifestaciones de autoinmunidad: vasculitis, lupus eritematoso sistémico (LES), trombocitopenia autoinmunitaria, síndrome de Guillain-Barré, entre otras. En forma reciente se ha descrito el síndrome autoinmunitario/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) que engloba cuatro entidades: síndrome posvacuna, de la Guerra del Golfo, fagocítico-macrofágico y silicosis.

**Objetivo:** Informar el caso de una paciente que desarrolló manifestaciones de LES neurológico relacionado con vacuna H1N1.

**Caso clínico:** Mujer de 56 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial sistémica. Inició su padecimiento 24 h después de la aplicación de vacuna para influenza H1N1 con parestesias de las cuatro extremidades, fatiga y una semana después se agregó ataxia, debilidad de extremidades inferiores, hipotonía, limitación de la deambulación, relajación de esfínteres, artralgias y fotosensibilidad. Exploración física: funciones mentales superiores y pares craneales sin alteraciones, fuerza muscular 4/5, arreflexia en extremidades inferiores, sensibilidad superficial disminuida (cuatro extremidades), dismetría, disdiadococinesia, Romberg positivo. Punción lumbar: disociación albuminocitológica, electromiografía: axonopatía grave de nervios periféricos sensoriales, potenciales evocados: disminución notoria de vías somestésicas desde porción periférica hasta la integración cortical indicativa de ganglionopatía. Resonancia magnética de cráneo sin datos de vasculitis o desmielinización. Se administró metilprednisolona (1 g 3 días) con mejoría parcial de los síntomas y posteriormente inmunoglobulina IV. ANA (1:1 280), moteado fino, anti-DNA (512), anti-Ro (205), anti-La (93), hipocomplementemia (C4: 7), leucopenia y linfopenia (817). Se descartaron enfermedades neoplásicas.

**Conclusión:** El presente caso reúne criterios para síndrome posvacuna H1N1, que desencadenó manifestaciones autoinmunitarias de tipo LES neurológico; éste es un ejemplo de ASIA.



C-1 / C-030

**Enfermedad de von Willebrand adquirida en un paciente con lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil**

Torres JA, Solís VE, Zeferino CM, Céspedes CA, López RE, Rodríguez MJ, Vela DR

Hospital General, CMN La Raza

**Caso clínico:** Paciente femenino de 10 años de edad sin antecedentes de importancia, inicia en 2009 con la presencia de artralgias; en julio de 2010 muestra lesiones petequiales palmoplantares; manejo con prednisona y mejoría parcial; en octubre de 2010 se encuentra con consumo de complemento, ANA y anti-DNA positivos con diagnóstico de LES y afectación hematológica (leucopenia, linfopenia) articular y cutánea; manejo con pulsos de MPD y azatioprina, con abandono de tratamiento e institución de terapia naturista y pérdida de seguimiento. Posteriormente acude a urgencias de la unidad de los autores en diciembre de 2010 por la presencia de fiebre y gingivorragia y petequias una semana antes; se indica manejo con pulsos de MPD. Laboratorio: leucolinfopenia, anemia y trombocitopenia, TP (12.6) y TTP (59), ANA positivo homogéneo (1:320), anti-DNA positivo, con sangrado de tubo digestivo bajo, manejo con paquete globular e inicio de IGIV; ante la sospecha de coagulopatía se decide realizar determinación de factores de coagulación y se registran TP (11.2), TTP (42), anti-coagulante lúpico negativo, FVIII con actividad de 6% y FVW (2.9); se corrige parcialmente con plasma y se prolonga con solución salina; diagnóstico de enfermedad de von Willebrand adquirida. Tratamiento con plasma, paquete globular, crioprecipitados y se realiza endoscopia digestiva alta con diagnóstico de esofagitis GII, hiato laxo y gastropatía erosiva del fondo. Se presentan evacuaciones melénicas frecuentes y abundantes (24/12/10), datos de choque hipovolémico que exigen ventilación asistida por un día, continuando con el paso de PFC y PG. Se realiza gammagrama con eritrocitos marcados sin datos de sangrado de tubo digestivo activo. Persiste con STDB, por lo que se sugiere realizar una endoscopia con cápsula, sin encontrar sitio de sangrado ni factor VII activado para detener el sangrado; se decide inicio de CFM en pulsos a 750 mg/m<sup>2</sup>/dosis mensual, pero persiste STDB y epistaxis que obligan a indicar paso de PFC y PG. Se decide el inicio de factor VIII al 200% (04/01/11) y se observa mejoría en las manifestaciones hemorrágicas; sin embargo, no hay mejoría de los niveles séricos de FVW, quedando en 4.6% de actividad. Se aplica rituximab (500 mg/m<sup>2</sup>/dosis) (18/01/11) y FVIII de 12% y FVW de 4.9 (27/01/11), ya sin datos de sangrado; se aplica segunda dosis de RTX (31/01/11) y FVIII de 36% (08/02/11), ya sin aplicar concentrado, FVW de 18% y TTP de 37. Se egresa a su domicilio. Más adelante (15/03/11) muestra HB (13), leucocitos (5 490), 1 (2 470), plaquetas (213 000), TTP (30), FVIII (60%), FVW (33%), y se continúa manejo con esteroide oral (1 mg/kg) y CFM mensual. En junio de 2011 tratamiento con PDN (5 mg/día), pulso mensual de CFM, TTPA (29), FVIII (73%) y FVW (68%).

C-1 / C-031

**Tamponade cardiaco hemorrágico recidivante (TCHR) y autoinmunidad: diagnóstico diferencial**

Guerrero-Soto O<sup>(1)</sup>, Horta-Baas G<sup>(2)</sup>, Castellanos G<sup>(3)</sup>, Jiménez-Balderas F<sup>(4)</sup>, Barile-Fabris L<sup>(5)</sup>

<sup>(1,2,4,5)</sup>Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades CMN SXXI, IMSS, <sup>(3)</sup>Departamento de Anatomía Patológica, Hospital de Especialidades CMN SXXI, IMSS

**Antecedentes:** Dentro de las causas del TCHR y autoinmunidad se encuentran la tuberculosis y el cáncer; en este último se describen títulos elevados de anticuerpos antinucleares (ANA) hasta en un 27.7% de los casos.

El TCHR excepcionalmente se ha vinculado con el lupus eritematoso sistémico (LES) en < 1%.

**Objetivo:** Informar dos casos clínicos de pacientes con TCHR y autoinmunidad. **Casos clínicos:** Caso 1: mujer de 27 años sin antecedentes de importancia. Inició tres meses antes con dolor retroesternal tipo disnea e hipotensión. Acude al Hospital de Zona donde se diagnosticó tamponade cardiaco y se extraen 1 000 ml de líquido hemorrágico; un mes después recayó de los síntomas cardiacos, con extracción ahora de 800 ml de líquido hemorrágico, con ANA de 1:1 000, patrón citoplasmático; se sospecha LES y se envía al servicio de los autores. Antecedentes clínicos sin datos de LES. Evolucionó con astenia, adinamia, pérdida de peso (10 kg), ganglios en región cervical e incremento del derrame, por lo que se practicó una ventana pericárdica con toma de biopsia, que mostró carcinomatosis pericárdica con células en anillo de sello. Caso 2: mujer de 57 años con antecedentes de astenia, adinamia, pérdida de peso, disnea progresiva de grandes a pequeños esfuerzos, ortopnea y dolor precordial opresivo. Examen físico: hipotensión, úlceras bucales, alopecia y poliartritis. La radiografía de tórax mostró silueta cardiaca de doble contorno y el ecocardiograma derrame pericárdico. Laboratorios: ANA (1:160). Se realizó pericardiocentesis con 500 ml de líquido hemorrágico en dos ocasiones por recidiva. La paciente falleció; en la autopsia se encontraron carcinomatosis y adenocarcinoma gástrico primario.

**Conclusión:** La causa más común de TCHR iatrogénico o primario la constituye el procedimiento invasivo cardiaco en el 40%. Las causas secundarias son metástasis en el 26%, infecciosas en 10%, uremia en 6% y otras causas en 3% a 5%, entre las que se incluyen las enfermedades autoinmunitarias. En el estudio de todo paciente con derrame pericárdico hemorrágico o TCHR deben considerarse las causas más frecuentes informadas en las publicaciones y la prevalencia local. El hecho de tener ANA positivos no necesariamente implica nexo con una enfermedad autoinmunitaria primaria.

C-2 / C-032

**Morbilidad y mortalidad de pacientes con gota en el INCNMSZ del 2000 al 2010**

Ocampo M, Mendoza-Torres JM, Contreras-Yañez I, Rull M

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La HAS, SICA, EVC, ERC, síndrome metabólico y DM2 son enfermedades que se vinculan claramente con gota. Hasta ahora se considera que la gota tiene un papel más bien indolente en cuanto al desenlace de la pérdida de función de órganos blanco y mortalidad. Se atribuye la mortalidad a las enfermedades adjuntas.

**Objetivo:** Determinar la morbilidad y mortalidad en pacientes con gota del INCNSZ, del año 2000 al 2010 y sus factores relacionados.

**Material y métodos:** Se obtuvieron 369 registros de pacientes con gota y sólo se revisaron 262 expedientes: 30 no se encontraron y 22 eran registros repetidos. Se definió la gota por la presencia de CUM y probable gota por los criterios de ACR de 1987. Se estableció presencia de HAS, síndrome metabólico, SICA, EVC, DM2 y ERC por criterios diagnósticos. Se analizaron las concentraciones de ácido úrico al ingreso y durante la evolución. Se tomó en cuenta tratamiento para gota y enfermedades vinculadas. Se incluyó a todos los pacientes con el diagnóstico de gota (2000-2010) mayores de 18 años. Se excluyó a los pacientes en quienes no fue posible documentar muerte.

**Análisis estadístico:** Para el análisis descriptivo se reportaron medias y medianas. Para el bivariado se utilizaron las pruebas Ji cuadrada, U de Mann-Whitney y t de Student. Las correlaciones se analizaron con la prueba no paramétrica de Spearson. El análisis de mortalidad se realizó con la curva de sobrevida de Kaplan-Meier. Se usó el programa SPSS, versión 15.

**Resultados:** El 91.2% (239) correspondió a hombres y el 8% (23) a mujeres. La edad media fue de 62.2 años y la media de seguimiento de 22 años. La mediana de los niveles de ácido úrico al diagnóstico fue de 8.7 mg/dl y durante la evolución fue de 7.5 mg/dl. Sólo el 84.4% de la población recibía

tratamiento hipouricemiente y la mortalidad global de los pacientes fue de 5.3%. EL 66% desarrolló síndrome metabólico, 65% HAS, 35% DM2, 27% ERC, 19% SICA y 3.8% EVC. Sólo los pacientes con síndrome metabólico tenían mayor concentración de ácido úrico al diagnóstico ( $p = 0.04$ ) y a la evolución ( $p = 0.02$ ). En el modelo multivariado se encontró que los factores relacionados con la mortalidad son la edad (OR, 1.08; IC, 1.03-1.14;  $p = 0.001$ ) y la falta de tratamiento con hipouricemiantes (OR, 6.39; IC, 1.56-26.14;  $p = 0.01$ ); la HAS resultó ser factor protector para mortalidad.

**Conclusión:** Estos pacientes tienen alta comorbilidad. No tomar hipouricemiente se vinculó con mortalidad y los pacientes con mayor morbilidad tuvieron concentraciones séricas de ácido úrico de 6 a 9 mg/dl.

## C-2 / C-033

### Polifarmacia del adulto mayor con artritis reumatoide

Félix-Hernández F<sup>(1)</sup>, Tejeda-Andrade CF<sup>(2)</sup>, Salazar-Hernández DA<sup>(3)</sup>, Ponce-Guarneros JM<sup>(4)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(5)</sup>, Totsuka Sutto S<sup>(6)</sup>, Pascoe-González S<sup>(7)</sup>, Rincón-Sánchez AR<sup>(8)</sup>, González-López L<sup>(9)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(10)</sup>

<sup>(1,3,10)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(2,6,8)</sup>Doctorado en Farmacología, Universidad de Guadalajara, <sup>(4,9)</sup>Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(5,7)</sup>Unidad de Investigación Cardiovascular, CUCS, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** Polifarmacia es el uso de siete o más fármacos durante un periodo de 240 días. En los pacientes con artritis reumatoide (AR) de la tercera edad es común la confluencia de otras comorbilidades, lo que los hace sujetos de la polifarmacia. La información demuestra que el riesgo de presentar reacciones adversas medicamentosas (RAM) aumenta proporcionalmente al número de fármacos utilizados de forma simultánea. En la actualidad existe poca información de polifarmacia en este grupo de pacientes.

**Objetivo:** Describir la prevalencia de la polifarmacia y los fármacos más utilizados en pacientes con AR de la tercera edad de un censo administrativo de un hospital de segundo nivel.

**Material y métodos:** Estudio transversal de tipo censo administrativo. Se investigó a partir de una base de datos obtenida en la consulta de reumatología de un hospital de segundo nivel de atención durante el periodo comprendido entre 2009 y el primer semestre del 2010; se identificó a 466 pacientes con AR, de los cuales 349 (74.9%) fueron menores de 60 años y 117 (25.1%) adultos mayores. Se realizó una comparación de las frecuencias de grupo > 60 años vs. < 60 años.

**Resultados:** De los 117 adultos mayores con AR, 88 (75.2%) fueron del sexo femenino y 29 (24.8%) del masculino. Las afecciones agregadas más frecuentes encontradas fueron osteoporosis (8.2%), diabetes mellitus (6%) e hipertensión (2.4%). Los medicamentos de uso más frecuente en el adulto mayor en comparación con sujetos menores de 60 años fueron celecoxib (17.9% vs. 8.9%;  $p = 0.007$ ), bifosfonatos (16.2% vs. 6%;  $p = 0.002$ ) y deflazacort (29.9% vs. 19.5%;  $p = 0.019$ ). En cambio, se observó una menor frecuencia de uso en el adulto mayor del metotrexato (64.1% vs. 73.4%;  $p = 0.060$ ), indometacina (0.9% vs. 96.2%;  $p = 0.010$ ), paracetamol (62.4% vs. 73.9%;  $p = 0.017$ ) y prednisona (62.4% vs. 73.9%;  $p = 0.009$ ). El 75.2% de los adultos mayores presentó polifarmacia respecto del 78.2% en el grupo de menores de 60 años.

**Conclusión:** La frecuencia de polifarmacia es elevada con AR, si bien al tratarse de adultos mayores el riesgo de efectos secundarios a ésta se incrementa, por lo que el clínico debe estar atento a las combinaciones farmacológicas que puedan antagonizar los efectos terapéuticos buscados, así como potenciar los efectos secundarios.

## C-2 / C-034

### Días laborales perdidos en trabajadores con artritis reumatoide: estudio de cohorte retrospectivo

Vázquez-Villegas ML<sup>(1)</sup>, González-López L<sup>(2)</sup>, Morales-Romero J<sup>(3)</sup>, Sánchez-Mosco D<sup>(4)</sup>, De la Cerda-Trujillo L<sup>(5)</sup>, Celis A<sup>(6)</sup>, Cabrera-Pivaral CE<sup>(7)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(8)</sup>

<sup>(1,4,5,6,8)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(2)</sup>Departamento de Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(3)</sup>Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, <sup>(7)</sup>Dirección de Educación Médica e Investigación, Jefatura de Enseñanza Médica e Investigación, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Antecedentes:** A pesar de la amplia información generada en otros países, en México existe una carencia de información acerca del efecto en términos de pérdida laboral que presentan pacientes con artritis reumatoide (AR). Esta información es relevante para la identificación del problema de salud, así como para la planeación de medidas encaminadas a reducir estos episodios que generan elevados costos para las instituciones de salud y la sociedad.

**Objetivo:** Determinar los días laborales perdidos en pacientes con artritis reumatoide.

**Pacientes y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo. Se evaluó a 103 pacientes con diagnóstico de AR procedentes de un servicio de reumatología de un hospital de segundo nivel del IMSS. En la evaluación basal realizada en notas del expediente clínico se identificaron las siguientes características: a) sociodemográficas: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación; b) clínicas: duración de la enfermedad, capacidad funcional, estudio radiográfico, FR, retraso en el tratamiento; c) laborales: tipo de trabajo. El seguimiento de las notas se realizó para detectar los días laborales perdidos por paciente por año, número de incapacidades e invalidez. **Análisis estadístico:** Densidad de incidencia para incapacidad e invalidez laboral y promedio de días laborales perdidos.

**Resultados:** 103 pacientes trabajadores con AR se incluyeron en la cohorte retrospectiva. La edad promedio fue de  $42 \pm 9$  años y el 80% de los incluidos correspondió a mujeres. Hasta 64% realizaba trabajos de tipo manual. El tiempo de seguimiento fue de 752 años-persona. Durante ese mismo lapso, 59% de los pacientes tuvo por lo menos un episodio de incapacidad laboral. El promedio de incapacidades otorgadas por paciente fue de cinco, con una media de días laborales perdidos de 66. De forma global se generaron 4 084 días laborales perdidos, lo que corresponde a 40 días laborales perdidos por persona-año. La tasa ajustada de incapacidad fue de 8.1% por persona-año. La pensión definitiva por invalidez se desarrolló en 21% de las personas de esta cohorte de AR; los factores vinculados con la invalidez fueron tener pareja (RR, 3.3;  $p = 0.09$ ); cirugía de remplazo articular (RR, 5.8,  $p = 0.03$ ); y uso de biológicos (RR, 0.3;  $p = 0.02$ ). Los días laborales perdidos en individuos con pensión fueron 1 894, que correspondieron a 90 días perdidos por persona pensionada al año. La tasa de pensión al año fue de 1% por persona-año, a cinco años de 1.7%, a 10 años de 7.5% y a 15 años de 72%.

**Conclusión:** El número de días laborales perdidos fue elevado; hasta el momento no existe información sobre el efecto económico de éstos en el sector salud. El uso de biológicos favorece la disminución de días laborales perdidos y pensión en los trabajadores con AR.

## C-2 / C-035

### Suspensión y reinicio de terapia biológica: cómo se da en la práctica diaria. Revisión en una unidad médica de alta especialidad

Bañuelos RDD<sup>(1)</sup>, Sánchez AS<sup>(2)</sup>, Sandoval HLM<sup>(3)</sup>

<sup>(1,3)</sup>IMSS UMAE, HEP, Puebla, <sup>(2)</sup>IMSS HGZ 20

**Introducción:** La terapia biológica para padecimientos reumáticos disponible en la última década en la mayor parte de los centros hospitalarios constituye sin duda uno de los mayores avances para modificar realmente la enfermedad. Su utilización juiciosa es un reto. Pero no es el único. Entre otros, hay que enfrentar la posibilidad de beneficiar a más pacientes, ejerciendo un esquema de entrada y salida de enfermos en forma dinámica, ante un consumo promedio mensual que es fijo y se planea institucionalmente de acuerdo con parámetros no tan flexibles como lo requiere el tratamiento de los pacientes. En la institución de los autores se ha aplicado una serie de candados administrativos manuales, documentales y electrónicos para la prescripción y desplazamiento de biológicos, lo cual seguramente será un modelo a extender para el sistema de salud. Previendo situaciones de escasez, se ha adoptado un esquema dinámico para entrada y salida de pacientes en terapia biológica; aquí se presentan los resultados.

**Hipótesis:** Es posible beneficiar a una cantidad triple calculada de pacientes cuando los esquemas de biológico a recibir se plantean para periodos menores de un año para cada paciente usuario de biológicos.

**Metodología:** De la cohorte de individuos usuarios de biológicos registrados en expedientes manuales y electrónicos, se documentaron fecha de diagnóstico reumatológico, fecha de inicio de la terapia biológica, indicación, fármaco, periodicidad, terapia concomitante, fecha de término y condiciones de éste, fecha y criterios de reinicio, periodo libre de manifestaciones clínicas y libre de terapia biológica; justificación para extender la terapia biológica, bases clínicas e indicadores de actividad para ésta; complicaciones durante la terapia biológica y principales razones de cambio. Los resultados se manejan con estadística descriptiva y valores categóricos.

**Resultados:** 172 pacientes han recibido terapia biológica en el periodo de enero a agosto de 2011. En un total de 142 se administró etanercept y en 25 infliximab, en tanto que sólo cinco requirieron adalimumab. La suspensión del etanercept fue tolerada por un periodo mayor (tres a cuatro meses), y en menor proporción por infliximab y adalimumab. Las condiciones de egreso fueron igualmente mejores para los que reciben etanercept y la posibilidad de reiniciar tratamientos con este fármaco es igualmente favorable, tomando en cuenta costos e insumos.

**Comentarios:** Si de un consumo promedio mensual calculado en 172 pizas anuales, se coloca a pacientes en lotes de seis, cuatro y ocho meses, la posibilidad se triplica y los resultados muestran remisiones que permiten recambios secuenciales y dinámicos. Aún hay datos en proceso para publicación en extenso.

## C-2 / C-036

### Asociación entre depresión mayor y apego al tratamiento farmacológico en pacientes con artritis reumatoide (AR): impacto en los desenlaces de la enfermedad

Contreras-Yañez I, Cabrera-Marroquín R, Alcocer N, Pascual-Ramos V

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La prevalencia de depresión en pacientes mexicanos con AR es alta (37%-58%). Los trastornos depresivos disminuyen el apego al tratamiento farmacológico. La falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico se relaciona con peores desenlaces.

**Objetivo:** Explorar la relación entre depresión mayor y apego al tratamiento farmacológico y su eventual repercusión con la actividad de la enfermedad y la discapacidad, en pacientes con AR.

**Métodos:** Se incluyó a 40 pacientes, seleccionados de manera aleatoria de la consulta externa de reumatología de un hospital de tercer nivel de atención, con diagnóstico de AR, sin comorbilidad significativa y tratados con fármacos modificadores de la enfermedad (FMDE). A todos ellos se les

realizaron simultáneamente evaluaciones reumatológicas y psiquiátricas por especialistas. Se definieron *adherencia con y persistencia al tratamiento* con base en un cuestionario autoaplicado y una escala visual análoga (EVA) para desapego (0-100 mm, donde 100 indica el menor apego). Se diagnosticó depresión mayor de acuerdo con "la minientrevista neuropsiquiátrica internacional versión 5.0.0 en español".

La actividad de la enfermedad se determinó por el índice compuesto DAS28 y el grado de discapacidad mediante el instrumento HAQ. Se utilizaron pruebas paramétricas y no paramétricas según la distribución de las variables.

**Resultados:** Al ingreso, los pacientes (92.5% de mujeres) tuvieron una edad promedio de  $43.6 \pm 10.1$  años (media  $\pm$  DE), una duración de la enfermedad de 10.3 (5.7-15.6) años (mediana [rango intercuartilar]), actividad moderada (DAS28: 4.3 [2.7-5.4]) y discapacidad (HAQ: 0.9 [0.2-1.6]). La media  $\pm$  DE de FMDE fue de  $2 \pm 0.7$  y 12 (30%) pacientes recibían corticoesteroides. Se diagnosticó depresión mayor en 12 pacientes (30%). Los sujetos deprimidos tuvieron menos adherencia al tratamiento farmacológico (67% vs. 14%,  $p = 0.02$ ), fueron menos frecuentemente persistentes con el tratamiento (58% vs. 86%,  $p = 0.1$ ) y tuvieron una mayor puntuación (mediana [rango intercuartilar]) en la EVA para desapego (25.5 mm [8.5-53.5] vs. 4.5 mm [0-18.5],  $p = 0.01$ ) que los individuos no deprimidos. Los pacientes deprimidos tuvieron mayor actividad de la enfermedad (DAS28: 5.4 [4.6-5.6] vs. 3.6 [2.3-4.8]),  $p = 0.01$ ) y mayor discapacidad (HAQ: 1.4 [1-2]) vs. 0.6 [0-1.2],  $p = 0.04$ ) que los no deprimidos.

**Conclusiones:** La frecuencia de depresión mayor en una muestra de pacientes con AR de larga evolución, con actividad y discapacidad moderadas, fue del 30%. Los sujetos con AR y depresión mayor tuvieron falta de apego al tratamiento con FMDE, mayor actividad de la enfermedad y mayor discapacidad que las personas sin depresión.

## C-2 / C-037

### Expresión del receptor CD36 en pacientes con artritis reumatoide

Martínez-García EA<sup>(1)</sup>, Martín-Márquez BT<sup>(2)</sup>, Sánchez-Hernández PE<sup>(3)</sup>, Aguilar-Arreola J<sup>(4)</sup>, Arévalo D<sup>(5)</sup>, González-Languren AM<sup>(6)</sup>, Montellano-Rojas ML<sup>(7)</sup>, Vázquez-del Mercado M<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Universidad del Valle de México, Campus Zapopan, IIRME, CUCS, U de G, Guadalajara, Jalisco, <sup>(2,7)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, U de G, Guadalajara Jalisco, <sup>(3)</sup>Laboratorio de Inmunología, CUCS, U de G, Guadalajara Jalisco, <sup>(4-6)</sup>Medicina Interna, Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca, <sup>(8)</sup>Coordinación de Posgrado, IIRME, CUCS, U de G, Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca

**Introducción:** El receptor CD36 tiene un papel muy importante en la patogénesis de algunas enfermedades metabólicas e inflamatorias, como es el caso de la artritis reumatoide (AR). Se ha demostrado que las citocinas son esenciales para la modulación de la expresión de CD36, como el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ). Entre los hallazgos obtenidos destaca la existencia de una regulación diferencial en la expresión de CD36 mediada por TNF- $\alpha$ , el cual inhibe la expresión de CD36 a nivel de membrana y del RNA mensajero (RNAm) por disminución de la activación del receptor y activado del proliferador de peroxisomas tipo  $\gamma$  (PPAR- $\gamma$ ). Hasta el momento no existen datos concretos sobre los niveles de expresión del receptor CD36 en membrana en pacientes con AR.

**Objetivo:** Medir la expresión de CD36 en monocitos de sangre periférica de pacientes con diagnóstico de AR comparada con mujeres clínicamente sanas.

**Material y métodos:** Hasta el momento se han incluido 10 mujeres con diagnóstico de AR y 10 mujeres clínicamente sanas; ambos grupos de estudio se parearon por edad. Firmaron la carta de consentimiento informado. A partir de 5 ml de sangre periférica, se realizó la obtención de leucocitos con un gradiente de separación (Lymphoprep<sup>®</sup>) y se centrifugó durante 25 min



a 1 600 rpm. A continuación se efectuaron dos lavados con PBS; posteriormente se llevó a cabo la tinción de inmunofluorescencia directa con los anticuerpos monoclonales marcados con fluorescencia PE-CD14 y FITC-CD36 (Beckman Coulter®). El análisis de la expresión del receptor CD36 se evaluó mediante citometría de flujo (Beckman Coulter Epics Altra II®).

**Resultados:** Al comparar la expresión de CD36 entre pacientes y mujeres clínicamente sanas se identificó una diferencia estadísticamente significativa (62.7 IFM vs. 132 IFM, respectivamente;  $p = 0.0113$ ,  $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** Dado que es un estudio preliminar, es necesario aumentar el tamaño de la muestra para proporcionar datos concretos sobre la participación del proceso inflamatorio sobre la expresión de CD36 en pacientes con AR. Sin embargo, es claro que la expresión de CD36 en estos pacientes se encuentra disminuida, lo cual debe confirmarse en estudios posteriores mediante estudios funcionales sobre las vías de señalización que promueven la disminución de la expresión de este receptor.

## C-2 / C-038

### La escala HAQ-M, instrumento para la evaluación funcional de las manos en padecimientos musculoesqueléticos diferentes a la artritis reumatoide

Álvarez-Nemegyei J<sup>(1)</sup>, Gómez-Velasco A<sup>(2)</sup>, Guémez-Loeza R<sup>(3)</sup>, Canul-Novelo E<sup>(4)</sup>, Ávila-Zapata F<sup>(5)</sup>, Marín-Ordóñez J<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación Médica, UMAE, IMSS, Mérida, Yucatán, <sup>(2)</sup>UMF No. 58, Delegación Yucatán, IMSS, Mérida, Yucatán, <sup>(3)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán, <sup>(4)</sup>Servicio de Reumatología, HGR No. 1, IMSS, Mérida, Yucatán, <sup>(5,6)</sup>Servicio de Reumatología, HGR No. 1, IMSS, Mérida, Yucatán

**Antecedentes:** La escala HAQ-M es una versión abreviada de la escala HAQ-Di que resulta de la eliminación de los ítems que no evalúan la función de las manos. Se ha demostrado su validez y consistencia como instrumento funcional global y específico de las manos en pacientes con artritis reumatoide (AR).

**Objetivo:** Evaluar la validez y consistencia de la escala HAQ-M como instrumento de evaluación de la capacidad funcional en padecimientos musculoesqueléticos diferentes de la AR que afectan las manos.

**Material y métodos:** Se incluyó a 63 pacientes (57 mujeres, seis hombres;  $57.7 \pm 9.9$  años de edad;  $52.1 \pm 65.4$  meses de evolución), con osteoartritis de manos (38), dedo engatillado (15), síndrome del túnel del carpo (5) y tendinopatía de de *Quervain* (5). Al ingreso se calificó la escala HAQ-M, la autoevaluación funcional y la intensidad del dolor de manos mediante escalas visuales análogas, y los subcomponentes de función física y dolor corporal del instrumento SF-36. Un día después de efectuó una segunda evaluación de la escala HAQ-M.

**Resultados:** Se encontró adecuado nivel de validez convergente entre la calificación HAQ-M y la autoevaluación funcional ( $r = 0.66$ ;  $p = 0.0001$ ), la subescala de función física ( $-0.58$ ;  $p < 0.0001$ ) y de dolor corporal del SF-36 ( $r = -0.54$ ;  $p < 0.0001$ ). Adicionalmente, se identificó una excelente consistencia, tanto interna (coeficiente de Cronbach: 0.93) como externa (coeficiente de correlación intraclase: 0.87; IC 95%:0.80-0.92) entre ambas aplicaciones de la escala HAQ-M.

**Conclusiones:** La escala HAQ-M mostró adecuada validez y consistencia para la evaluación de la capacidad funcional en contextos clínicos y de investigación en padecimientos musculoesqueléticos diferentes a la AR que afectan las manos.

## C-2 / C-039

### Persistencia de linfocitos T (LT) CD4<sup>high</sup> CD28<sup>null</sup> en pacientes con artritis reumatoide (AR) crónicamente tratados con CT-LA-4lg (abatacept)

Ramírez-Assad MC, Gómez-García L, Vargas A, Massó F, Sánchez-Muñoz F, Márquez-Velasco R, Bojalil R, Amezcua-Guerra LM

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Antecedentes:** Los LT CD4 son relevantes en la patogenia de la AR y CD28 es un coestimulador crítico en su activación. El abatacept bloquea la coseñalización de los LT al interferir con CD28; sin embargo, los LT CD4 con nula expresión de CD28 son característicos de inmunosenescencia prematura y juegan un papel relevante en la AR.

**Objetivo:** Explorar el comportamiento de los LT CD4 CD28<sup>null</sup> en la AR en relación con el uso crónico del abatacept.

**Métodos:** Estudio transversal en nueve pacientes con AR y abatacept > 5 años, ocho pacientes con AR y FARME convencional > 5 años y 10 controles sanos. Se evaluó la actividad mediante DAS28. Se cuantificaron IFN- $\gamma$ , IL17, IL1b e IL6 en suero (ELISA), la expresión relativa de TNF y NFkB (RT-PCR) y los marcadores de superficie CD4 y CD28 (citometría de flujo) en células mononucleares de sangre periférica.

Los datos se expresan en porcentaje o mediana (rango). Las diferencias se estimaron por  $\chi^2$ , Kruskal-Wallis o Mann-Whitney. La relevancia estadística fue una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Los índices DAS28 (3.6, 2-5 vs. 3.5, 1-4) fueron similares entre los pacientes con abatacept o FARME. De manera análoga, la concentración de IFN- $\gamma$  (0 vs. 0), IL17 (0 vs. 0), IL1b (50 pg/mL, 0-462 vs. 30, 18-277) e IL6 (173 pg/mL, 1-705 vs. 92, 0-449), y la tasa de expresión de TNF (15, 5-30 vs. 20, 10-30) y NF-kB (165, 90-250 vs. 120, 100-160) fue similar. La proporción CD4 CD28<sup>null</sup>/CD4 fue similar en los grupos con abatacept y FARME (3.9%, 1-16 vs. 6.7%, 1.5-25) y en sanos (6%, 1.7-25). Sin embargo, fue evidente la elevada expresión de CD4 en la subpoblación CD28<sup>null</sup> de pacientes con AR, independientemente de su tratamiento, mientras que esta subpoblación no se encontró en sanos. La proporción CD4<sup>high</sup> CD28<sup>null</sup>/CD4 fue similar entre subgrupos de AR (0.77%, 0.1-4 vs. 2.4%, 0.01-21.2), pero muy diferente respecto de los sanos (0%, 0-0;  $p < 0.01$  vs. ambos grupos de AR). La proporción CD4<sup>high</sup> CD28<sup>null</sup>/CD4 CD28<sup>null</sup> mostró resultados similares (44%, 2.9-82 vs. 41.2%, 1-83 vs. 0%, 0-0, respectivamente;  $p < 0.01$ ).

**Conclusiones:** El tratamiento crónico con abatacept o FARME induce restauración de LT CD4 CD28<sup>null</sup> a niveles normales; sin embargo, una subpoblación de LT carente de CD28 y con elevada expresión de CD4 persiste, con posibles implicaciones patogénicas.

## C-2 / C-040

### Prevalencia e incidencia de dislipidemias en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) de reciente inicio y su relación con la actividad de la enfermedad

Sánchez-Hernández T, Contreras-Yáñez I, Elías-López D, Aguilar-Salinas C, Pascual-Ramos V

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular (ECV) es la primera causa de muerte en pacientes con AR. En México, las dislipidemias son la primera causa de ECV. La inflamación crónica modifica el perfil de lípidos.

**Objetivos:** Definir la prevalencia e incidencia de dislipidemias en una cohorte de pacientes con AR de reciente inicio. Investigar la relación entre la actividad de la enfermedad y la presencia o desarrollo de dislipidemias.

**Métodos:** Se revisaron los expedientes de 127 pacientes de un hospital de tercer nivel (febrero del 2004 a mayo del 2011). Todos tenían cuando menos una medición del perfil de lípidos completo por cada año de seguimiento (se excluyó a cinco pacientes). Se definió como *hipercolesterolemia*  $\geq 1$  nivel



sérico de colesterol  $\geq 200$  mg/dl a lo largo del seguimiento; de manera similar, como hipertrigliceridemia  $\geq 1$  nivel sérico de triglicéridos  $\geq 150$  mg/dl; como elevación de LDL  $\geq 1$  nivel sérico de LDL  $\geq 130$  mg/dl y como hipoal-falipoproteinemia  $\geq 1$  nivel sérico de HDL  $< 40$  mg/dl. Se calcularon prevalencia (definida como presente al ingreso o en los dos meses posteriores) y tasas de incidencia acumuladas. Se comparó la prevalencia con la obtenida en controles pareados por género, edad ( $\pm 5$  años), IMC ( $\pm 2$ ), DM2, HAS y tabaquismo.

**Resultados:** Al ingreso, 114 pacientes fueron mujeres (90%), con edad de  $38.6 \pm 12.9$  años, 79.5% con FR (+), 82% con APCC (+) y gran actividad de la enfermedad (DAS28 de  $6.1$  [5-7]). Los pacientes tuvieron mayor prevalencia de hipoal-falipoproteinemia (59% vs. 46%,  $p = 0.06$ ) y menor prevalencia de hipercolesterolemia (18.1% vs. 56%,  $p \leq 0.001$ ), de hipertrigliceridemia (25% vs. 71.5%,  $p \leq 0.001$ ) y de LDL elevada (21% vs. 40%,  $p = 0.002$ ).

Al final del seguimiento ( $44.4 \pm 17.2$  meses), la tasa de incidencia acumulada fue de 0.167 para hipoal-falipoproteinemia, 0.138 para hipercolesterolemia, 0.161 para hipertrigliceridemia y 0.011 para LDL elevada.

Al ingreso, 42 pacientes tuvieron sólo hipoal-falipoproteinemia y 35 no tuvieron ninguna dislipidemia. Los primeros mostraron mayor actividad: DAS28 de  $6.34$  (5.6-7.4) vs.  $5.79$  (4.6-7.7),  $p = 0.06$ .

Durante el seguimiento, 13 pacientes desarrollaron sólo hipoal-falipoproteinemia y 22 no desarrollaron ninguna dislipidemia. No hubo diferencias entre ambos en sus características al ingreso. La actividad de la enfermedad por DAS28 antes del diagnóstico incidental fue el factor de riesgo para el desarrollo de hipoal-falipoproteinemia (OR, 1.7; IC 95%, 1.1-2.6;  $p = 0.02$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con AR y actividad de la enfermedad tienen una distribución de las dislipidemias diferente respecto de los controles pareados. Una mayor actividad acumulada predice el desarrollo de hipoal-falipoproteinemia.

## C-2 / C-041

### Demostración de cristales en líquido sinovial y nódulos. Concordancia y factores determinantes

Mendoza-Torres J<sup>(1)</sup>, Rull-Gabayet M<sup>(2)</sup>, Martínez-Castillo A<sup>(3)</sup>, Vázquez-Mellado J<sup>(4)</sup>

<sup>(1-3)</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(4)</sup>Hospital General de México

**Objetivo:** Determinar características, variabilidad y factores relacionados con la demostración de cristales (C) en dos servicios de reumatología.

**Material y métodos:** Durante siete meses se incluyeron prospectivamente todas las muestras de líquido sinovial (L) o punción de nódulos (N) que solicitaron búsqueda de C, en dos servicios de reumatología, donde regularmente se realiza dicho procedimiento. Las muestras se dividieron en dos alícuotas y se refrigeraron a 4°C. Todas fueron evaluadas por microscopía de luz y luz polarizada, en forma ciega, en diferentes fechas por dos observadores independientes y algunas por tres observadores. En todas se evaluó: presencia de C, tipo, cantidad, forma y birrefringencia. Análisis estadístico: estadística descriptiva, prueba de  $t$ ,  $Ji$  cuadrada y kappa.

**Resultados:** Dos observadores revisaron 102 muestras de pacientes: 74 en HGM y 28 en INNSZ; 57 de L y 45 de N. El tiempo entre las dos evaluaciones fue de  $24.0 \pm 12.66$  días (mediana, 26). Los dos observadores coincidieron en la presencia o no de C en 72.54% (sí: 35/34.13% y No: 39/38.23%); en 28 muestras sólo uno los encontró ( $p = 0.001$ ; kappa, 0.475). En las 35 muestras con cristales (15 P/20 L), los reportes fueron forma: 27 "agujas"/ 5 rombos y 3 "otros"; birrefringencia: 27 negativa y uno /-; tipo: 27 urato monosódico (UMS)/1 UMS CPPD/4 CPPD/3 otros; tamaño: 30 (88%) medianos o grandes; cantidad: 17 "abundantes o muy abundantes". En las 17 muestras con mayor cantidad, la concordancia entre los dos observadores fue de 100%, al igual con el tercer observador; la concordancia no

se vinculó con otras variables (muestra, institución, tiempo, tipo, tamaño). En las 28 muestras con discordancia, la cantidad de cristales se reportó como "escasos" y no se relacionó con otras variables.

**Conclusiones:** La concordancia en la demostración de cristales fue de 72.54% (kappa, 0.475), que se incrementa al 100% cuando los cristales son abundantes o muy abundantes.

## C-2 / C-042

### Evaluación ultrasonográfica de nódulos reumatoideos y su correlación con la actividad de la enfermedad

Bertoli AM<sup>(1)</sup>, Audisio M<sup>(2)</sup>, Hernández-Díaz C<sup>(3)</sup>, Pineda C<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto Reumatológico Strusberg, <sup>(2)</sup>DEH, <sup>(3,4)</sup>Instituto Nacional de Rehabilitación

**Introducción:** La presencia de nódulos reumatoideos puede interpretarse como una medida equivalente de inflamación extraarticular. Existen escasos datos sobre la presencia de nódulos reumatoideos en relación con la actividad de la artritis reumatoidea (AR); en realidad, esto no se ha evaluado en ensayos clínicos ni en estudios observacionales.

**Objetivo:** Correlacionar el grado de vascularización de los nódulos reumatoideos medido con una escala semicuantitativa de señal Doppler de poder (DP) con el nivel de actividad de la AR.

**Pacientes y métodos:** Se evaluó a 25 pacientes consecutivos con diagnóstico de AR, según criterios ACR1987, que tenían nódulos en las superficies extensoras de los antebrazos. En el caso que el paciente tuviera más de un nódulo, se eligió el de mayor tamaño para su evaluación. La correlación entre la presencia e intensidad de la vascularización del nódulo mediante una escala semicuantitativa (0-3) de señal DP con la actividad de la enfermedad evaluada clínicamente (DAS28 y RAPID3) y ultrasonográficamente (puntuación Alemán US7 de sinovitis en escala de grises y DP) se examinó con la prueba U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación de Spearman. Se consideró significativo un valor de  $p \leq 0.05$ .

**Resultados:** De los 25 pacientes, 56% correspondía al sexo femenino con una mediana (percentil 25-75) de duración de la enfermedad de 120 (42-246) meses. La mediana de intensidad de la señal DP de los nódulos fue = 1 (1-2), del DAS 28 = 4.39 (3.69-6.15), del RAPID 3 = 12.70 (6.1-15.1) y de la puntuación Alemán US7 de sinovitis en escala de grises = 11.0 (6.5-12.5) y de sinovitis por DP = 9.0 (4.5-11.0). El nivel de correlación entre la vascularización de los nódulos reumatoideos con los índices clínicos y ultrasonográficos se muestran en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.** Correlación entre la vascularización de los nódulos reumatoideos (NR) con los índices de actividad de la enfermedad

Correlación	DAS28	Rapid3	US7 en escala de grises	US7 por DP
Presencia de señal DP en NR	U = 29	U = 26	U = 25	U = 27.5
Intensidad de señal DP en NR	p = 0.74 Rho = 0.36	p = 0.56 Rho = 0.46	p = 0.50 Rho = 0.14	p = 0.64 Rho = -0.12
	p = 0.08	p = 0.02	p = 0.50	p = 0.59

**Conclusión:** En este estudio, tanto la presencia como la intensidad de la vascularización en los nódulos reumatoideos no parecen correlacionarse con otras medidas clínicas y ultrasonográficas de actividad de la enfermedad. El Rapid3 fue el único índice compuesto que mostró una correlación moderada con la vascularización de los nódulos. Estos resultados sugieren que podrían existir vías regulatorias diferentes que controlen la expresión de los nódulos reumatoideos y la sinovitis.

C-2 / C-043

**Efecto de etanercept comparado contra metotrexato intramuscular sobre la actividad clínica y sus indicadores bioquímicos en artritis reumatoide**

Daza L, Vallejo M, Romero S, Pérez S

Instituto Mexicano del Seguro Social

**Introducción:** Los principales objetivos en el empleo de fármacos en pacientes con AR son reducir la inflamación y el dolor articular y prevenir la deformidad articular. El metotrexato ha sido durante los últimos 30 años el estándar para el tratamiento de la artritis reumatoide y la vía intramuscular ha mostrado beneficios en tolerancia gastrointestinal, mejor absorción y mejor eficacia.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia del metotrexato intramuscular sobre la actividad de la artritis reumatoide en comparación con el etanercept dos veces por semana.

**Material y métodos:** Los pacientes se seleccionaron de la consulta externa del Servicio de Reumatología de la UMAE Bajío, IMSS, por los médicos adscritos a este servicio; el investigador valuador del DAS-28 y HAQ no conocía la asignación hecha del tratamiento por los médicos. El médico responsable del proyecto completará la información clínica mediante una entrevista directa; estos cuestionarios se realizarán cada 30 días y asimismo se evaluarán los niveles séricos de FR y anti-CCP.

**Resultados:** La edad promedio fue de 41.6 años de edad con 8.9 años de evolución para los pacientes con metotrexato *vs.* 39.6 y 6.7 para el grupo con etanercept. Se encontraron diferencias significativas para la rigidez matinal y el valor del HAQ en ambos grupos con una diferencia significativa. La actividad evaluada mediante el DAS-28 mostró para el grupo con metotrexato 5.5 y al finalizar 4.3, lo que alcanzó una diferencia estadísticamente significativa y lo mismo sucedió para el grupo de etanercept con un valor inicial de 5.6 y final de 4. En ambos grupos de tratamiento no se identificó una clara diferencia para disminuir los valores del factor reumatoide y anticuerpos anti-CCP. Cuando se buscaron diferencias entre ambos grupos en el valor final del DAS-28 no se encontraron diferencias.

**Conclusión:** El metotrexato inyectado intramuscularmente a dosis de 15 mg cada siete días ofrece resultados similares a la monoterapia con etanercept a razón de 25 mg subcutáneo dos veces por semana, a 90 días de tratamiento, en pacientes con artritis reumatoide como terapia inicial.

C-2 / C-044

**Neumopatía intersticial difusa (NID) en artritis reumatoide (AR): prevalencia en un hospital de segundo nivel en el estado de Tabasco**

Olan F, Martínez-Ambrosio MA, Gómez-Perdomo G, Morales-Ramos Z, Hernández-Núñez E

Hospital Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

El compromiso pulmonar en la AR parece ser alto; sin embargo, la prevalencia de NID varía en diferentes reportes según sean los criterios diagnósticos y métodos usados. No existe una casuística sobre la verdadera incidencia de NID en AR y su efecto sobre la función en el paciente con AR.

**Objetivo:** Obtener la prevalencia de NID en una muestra de pacientes con AR.

**Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de mayo a noviembre del 2010 en pacientes > 18 años, con AR (ACR 1988) de la consulta de reumatología, que aceptaron participar, con firma de consentimiento informado y aprobación por el Comité de Bioética de este hospital. Se realizó evaluación clínica, radiológica y función respiratoria por espirometría. Se utilizó el software SPSS 12.0.

**Resultados:** Un total de 16 pacientes refirió síntomas respiratorios (66.7%): tos en ocho (33.3%) y disnea en 14 (58.3%). Ocho pacientes con Rx de tórax anormal (33.3%) mostraron los hallazgos siguientes: patrón intersticial en bases ( $n = 6, 25\%$ ), un paciente con nódulo pulmonar solitario (4.2%) y otro radioopacidad en velo (4.2%). En 10 sujetos se realizó TACAR de tórax: cuatro sin alteración aparente (16.7%) y seis con imagen en vidrio despolido (25.2%). La espirometría con patrón restrictivo se identificó en cuatro (16.7%), y patrón obstructivo en dos (8.3%). Se documentó NID en cinco individuos (20.8%), cuatro con disnea (80%) y cuatro con alteraciones radiológicas. Los cinco pacientes con NID tuvieron alteraciones en TACAR (100%): bronquiectasias, consolidaciones, fibrosis, panalización, enfermedad quística y vidrio deslustrado. Se obtuvo una  $p = 0.007$ . De los cinco sujetos con NID, la espirometría reveló tres con patrón restrictivo y uno con patrón obstructivo, con  $p = 0.005$ . Se realizó broncoscopia para lavado bronquioalveolar (LBA) y toma de biopsia, que confirmó NID. En el reporte del LBA se encontraron células epiteliales cilíndricas con cambios regenerativos, recuento celular > 10% de linfocitos y macrófagos, > 20% de neutrófilos y sólo un paciente con > 5% de eosinófilos. Los hallazgos en las biopsias mostraron cambios de inflamación crónica moderada y cambios regenerativos leves.

**Conclusiones:** Las alteraciones pulmonares en AR son frecuentes. La NID puede ser asintomática; sin embargo, la expresión de tos indica afectación pulmonar. Los métodos de diagnóstico no invasivos ayudan a identificar neumopatía subclínica y los más sensibles son espirometría y TACAR.

C-2 / C-045

**Diseño de un cuestionario para evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva de los pacientes con artritis reumatoide (CARR). Reporte preliminar**

Lino L<sup>(1)</sup>, Peláez I<sup>(2)</sup>, Infante C<sup>(3)</sup>, Álvarez J<sup>(4)</sup>, Miranda JM<sup>(5)</sup>, Querol J<sup>(6)</sup>

<sup>(1,2)</sup>Hospital General de México, <sup>(3)</sup>Universidad Nacional Autónoma de México, <sup>(4)</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, <sup>(5)</sup>Altius Médica, <sup>(6)</sup>UCB de México

**Introducción:** La calidad de la atención se ha conceptualizado desde la perspectiva técnica e interpersonal de expertos. Los cuestionarios utilizados en reumatología, en especial en la AR, no incluyen la perspectiva del paciente.

**Objetivo:** Diseñar un cuestionario de calidad de la atención para pacientes con artritis reumatoide.

**Metodología: Fase I, estudio cualitativo (técnica de grupos focales):** Elaboración de guía de entrevista; conducción del grupo focal; grabación y transcripción de los grupos focales; análisis de contenido; grupos de trabajo con expertos (triangulación y validación de contenido). **Fase II, construcción del cuestionario. Fase III, prueba piloto. Resultados de estudio cualitativo:** tres grupos focales (dos pacientes, un médico). GF pacientes: 15 (5H/8M), edad de 49 años, DE 11, tiempo de artritis 10 años; DE 9, tiempo de reumatismo 6 años; DE 5. Temas identificados por los pacientes: estructura, proceso, resultado, elegibilidad, dignidad, autonomía, confidencialidad, atención oportuna, tratamiento, redes sociales, información, barreras de acceso, medio ambiente, atención integral. GF médicos: seis reumatólogos, edad de 40 años; DE 4, tiempo de ejercicio de reumatología 10 años; DE 4; temas identificados: estructura, proceso, resultados, obstáculos, consulta, relación médico-paciente. Temas emergentes de pacientes: elección informada, atención integral, atención médica, competencias, redes sociales, fuentes de información, barreras de acceso, medio ambiente; de médicos: comunicación, barreras de acceso, vulnerabilidad, género y discriminación.

**Construcción de cuestionario:** se basó en la fase cualitativa; se presentó a un grupo de expertos constituido por 10 pacientes y expertos en calidad de la atención. Después de tres versiones se obtuvo el instrumento CAAR conformado por 13 dominios (búsqueda de atención, accesibilidad, atención oportuna, relación médico-paciente, consulta, resultado, discriminación, trato, derechos, quejas, elección informada, estructura, procesos, fortalezas y oportunidades) y 144 preguntas. Actualmente se halla en etapa de validación.

**Resultados preliminares:** 50 pacientes: 96% de mujeres, edad de 47 años, DE 12, tiempo de evolución de artritis ME 10 años; RIQ 7-17; tiempo de asistir ME 3 años; RIQ 2-8. DAS28 3.27, DE 1.06. Por dominios, la consistencia interna ( $\alpha$  de Crombach) más alta fue para estructura (0.84) y proceso (0.83).

**Conclusiones:** Se cuenta con un cuestionario con validez de constructo y apariencia que considera la perspectiva del paciente y del prestador de servicios para pacientes con artritis reumatoide.

## C-2 / C-046

### Disfunción temporomaxilar (DTM) en pacientes con enfermedades reumáticas

Aceves-Ávila FJ

IMSS y UIECD, SC, Guadalajara, Jalisco

**Objetivo:** Medir la frecuencia de DTM en la consulta de reumatología de un hospital de segundo nivel de atención, buscar si existe diferente frecuencia entre enfermedades y definir la importancia clínica del problema.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes consecutivos con cuatro enfermedades reumáticas definidas: osteoartritis (OA), artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LE) y espondilitis anquilosante (EA). Además de recabar información demográfica general, se efectuó una exploración dirigida de la articulación temporomaxilar por palpación de los músculos participantes en su función, revisión de la articulación al reposo y al movimiento y arcos de movilidad. Se definió DTM con la presencia de dolor, dificultad para la masticación o el habla, y movimientos no armónicos. Se registró por escala de Likert el grado de afección de la molestias del paciente. Se aplicó la prueba de  $z$  para definir diferencia entre las proporciones encontradas. Se excluyó de la presentación a los pacientes con antecedente de traumatismo o cirugía en mandíbula, y procedimientos dentales extensos.

**Resultados:** Se presentan los resultados de 171 pacientes. De ellos, 50 (29%) sufrían DTM. Los sujetos con AR tuvieron la frecuencia esperada de DTM (24/92, 26%,  $p = 0.17$ ). Hubo una proporción mayor que la esperada de DTM en las otras condiciones (LE 5/25, 20%,  $p = 0.001$ ; OA 8/21, 38%,  $p = 0.009$ ; EA 13/33, 39%,  $p = 0.005$ ). En 27 de los 50 pacientes con DTM (54%), las molestias del problema presentan limitación de moderada a grave de la función maxilar. Sin embargo, sólo ocho pacientes habían comentado el problema con algún médico o solicitado atención por ello.

**Discusión:** La frecuencia de presentación de la DTM es diferente en las diversas enfermedades reumáticas. Los datos presentes no sugieren que dependa del tiempo de evolución de la enfermedad o la edad propia del paciente. Aunque puede provocar notorias limitaciones en la vida diaria de los pacientes, éstos tienden a darle poca importancia. No se conoce el pronóstico de este problema.

## C-2 / C-047

### Alteraciones auditivas en pacientes hispanos con artritis reumatoide (AR): frecuencia, características y factores pronósticos

Pascual-Ramos V, Contreras Yáñez I, Enríquez L, Valdés S, Ramírez-Anguiano J

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Los pacientes con AR presentan una mayor frecuencia de déficit auditivo (DA) que sus controles pareados. El DA se ha relacionado con la actividad y gravedad de la enfermedad.

**Objetivos:** Evaluar la frecuencia y el tipo de DA en pacientes con AR e investigar su posible relación con las características de los pacientes o la enfermedad.

**Métodos:** Se incluyó a 134 pacientes ambulatorios con AR, de un centro de tercer nivel de atención y las siguientes características: 101 (75.4%) mujeres, con edad de  $43 \pm 13$  años (media  $\pm$  DE) y duración de la enfermedad de cinco años (2.4-11.6). Todos ellos tuvieron valoraciones reumatológica y audiológica simultáneas, las cuales incluyeron número de articulaciones inflamadas y dolorosas, reactantes de fase aguda, desenlaces reportados por el paciente y el médico, audiometría convencional y de alta frecuencia, impedanciometría y timpanometría de alta frecuencia. Se diagnosticó DA con base en la audiometría de tonos puros cuando los umbrales promedio de al menos uno de los tres rangos de frecuencia auditiva (baja, media o alta) fueron  $\geq 25$  decibelios (dB) del nivel de audición, en uno (afectación unilateral) o ambos oídos (afectación bilateral). El DA se clasificó como *leve* o *moderado/grave* para cada rango de frecuencia, cuando el promedio en el tono puro del nivel de audición fue  $\geq 25$  y  $\leq 40$  dB o  $>40$  dB, respectivamente. Se utilizaron pruebas estadísticas de acuerdo con la distribución de cada variable, análisis multivariado y curvas ROC.

**Resultados:** Se detectó DA en 27 (24%) pacientes. El DA se clasificó como neurosensorial en 25 pacientes (93%), bilateral en 14 (52%) y leve en 20 de ellos (74%). No se encontró DA de tipo conductivo. Los pacientes con DA fueron significativamente mayores ( $52 \pm 14$  vs.  $41 \pm 12$  años,  $p \leq 0.001$ ), tuvieron más frecuentemente nódulos reumatoides (37% vs. 13%,  $p = 0.001$ ) y más comorbilidad/paciente (mediana [rango]), (2 [1-2] vs. 1 [0-2],  $p = 0.03$ ). La edad se vinculó significativamente con el DA (OR, 1.1; OR, 1.03-1.15;  $p \leq 0.001$ ) y con el DA de intensidad moderada/grave (OR, 1.1; IC 95%, 1.04-1.23;  $p \leq 0.003$ ). El mejor punto de corte de la edad para el desarrollo del DA fue de 50 años y de 59 años para el desarrollo DA moderado/grave. La impedanciometría fue normal en 93 (82%) pacientes. La audiometría y timpanometría, ambas de alta frecuencia, fueron anormales en 108 (96%) y 80 (71%) pacientes, respectivamente.

**Conclusiones:** Una proporción significativa de personas con AR tuvo déficit auditivo, sobre todo de tipo neurosensorial, de intensidad leve y de afección bilateral. Una mayor edad fue el único factor pronóstico relacionado con él.

## C-2 / C-048

### Prevalencia de enfermedad ocular inflamatoria en enfermedades reumáticas autoinmunes

Barrera-Rodríguez A, Sánchez-Solórzano A, Vargas-Avilés A, Becerril-Mendoza L, Lugo-Zamudio G, Sepúlveda-Aldana D, Alonso-Martínez D, Barbosa-Cobos R

Hospital Juárez de México

Las enfermedades reumáticas autoinmunitarias pueden cursar con manifestaciones oculares al inicio o durante su evolución.

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de manifestaciones oculares inflamatorias y secundarias al uso de fármacos oculotóxicos en la enfermedad reumática autoinmunitaria en un hospital federal de referencia de México.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, transversal y analítico. Se integró una muestra de pacientes con enfermedad reumática autoinmunitaria en el servicio de reumatología del Hospital Juárez de México, en el periodo de julio de 2010 a julio de 2011; los pacientes fueron enviados al servicio de oftalmología para valoración ocular estandarizada de afección inflamatoria o secundaria al uso de fármacos oculotóxicos. Se realizó descripción de variables con medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** Se envió a 443 pacientes con enfermedad reumática autoinmunitaria del servicio de reumatología al de oftalmología. Se incluyó a 264 sujetos (59.59%), 237 mujeres (90.1%) y 27 hombres (9.9%). La prevalencia de manifestaciones oculares en la enfermedad reumática autoinmunitaria



fue 96.59% (255 casos); artritis reumatoide, 181 (76.37%): total de 164 (90.60%); queratoconjuntivitis seca (QS), 150 (91.46%); queratitis ulcerativa periférica (QUP), tres (1.82%); escleritis, dos (1.21%); uveítis, dos (1.21%); maculopatía secundaria a antimaláricos (MSA), siete (4.26%); lupus eritematoso generalizado, 31 (11.7%): total de 31 (100%); QS, 25 (80.64%); neuritis óptica, tres (9.67%); MPA, tres (9.67%); síndrome de Sjögren primario, 15 (5.7%): total de 15 (100%); QS, 15 (100%); uveítis, uno (6.66%); escleritis sistémica, nueve (3.4%): total de nueve (100%); QS, ocho (88.88%); QUP, uno (11.11%); granulomatosis con poliangeítis, seis (2.3%): total de seis (100%); QS, cinco (83.33%); QUP, uno (16.16%); escleritis, cuatro (66.66%); dermatomiositis, tres (3%): total de tres (100%); QS, tres (100%); catarata secundaria a glucocorticoides, uno (33.33%); espondiloartropatías, nueve (3.4%): total de nueve (100%); QS, ocho (88.88%); uveítis, uno (11.1%); síndrome antifosfolípido, uno (1%), total de uno (100%); QS, uno (100%).

**Conclusión:** La afectación ocular es altamente prevalente en la enfermedad reumática autoinmunitaria y la manifestación más frecuente es la QS. Es imperativa la evaluación periódica oftalmológica para detectar y tratar oportunamente el compromiso ocular inflamatorio y secundario a farmacotoxicidad.

## C-2 / C-049

### Prevalencia y caracterización del síndrome de Sjögren primario en una población mexicana

Barbosa-Cobos R, Sepúlveda-Aldana D, Vargas-Avilés A, Becerril-Mendoza L, Lugo-Zamudio G, Barrera-Rodríguez A, Alonso-Martínez D, Sánchez-Solórzano A

Hospital Juárez de México

Existe una variación de la prevalencia del síndrome de Sjögren primario (SSP) en diferentes poblaciones. Se reporta menor prevalencia con los criterios del grupo de consenso europeoamericano (CCEA).

**Objetivo:** Identificar la prevalencia del SSP en la población que acude por primera vez (PV) a un hospital federal de referencia en México y en la consulta de reumatología. Caracterizar la población con SSP identificada.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y analítico. Se integró una muestra de pacientes con SSP de acuerdo con los CCEA, a partir de hoja diaria de la consulta y expediente clínico de reumatología del Hospital Juárez de México (HJM), de enero de 2008 a diciembre de 2010. Se identificaron la prevalencia del SSP en la población que acude por PV al HJM y en la consulta de reumatología. Se describieron características demográficas y clínicas de la muestra. Se realizó una descripción de variables con medidas de tendencia central y dispersión.

**Resultados:** La población atendida por PV en el HJM en el periodo de estudio fue de 175 232 pacientes. En el servicio de reumatología se otorgaron 2 230 consultas de PV y 12 688 totales; se identificaron 23 pacientes con SSP y 207 consultas de dicha anomalía. La prevalencia de SSP en la consulta de PV del HJM fue de 0.01% y del servicio de reumatología de 1.03%; la proporción de consultas otorgadas de SSP en la consulta de reumatología fue de 1.63%. Características demográficas y clínicas de la muestra: 22 mujeres (95.7%), un hombre (4.3%), edad de 38 a 72 años (58, DE 9.81), edad al inicio de los síntomas de 28 a 67 años (49, DE 10.13), tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas al diagnóstico de 10 a 192 meses (50, DE 56.01), tiempo de evolución de 16 a 456 meses (132, DE 94.41), xeroftalmía subjetiva en 19 (82.6%), xeroftalmía objetiva en 19 (82.6%), xerostomía subjetiva en 17 (73.9%), biopsia de glándula salival menor realizada en 10 pacientes (43.4%): sialoadenitis linfocitaria focal en siete (70%), acps. anti-Ro positivos en nueve (39.13%), anti-La en tres (13%); linfadenopatía en uno (4.3%), aumento de volumen parotídeo en cuatro (17.3%); manifestaciones cutáneas en uno (4.3%), pulmonares en uno (4.3%), neurológicas en dos (8.6%), hematológicas en tres (13%) y

biológicas en 11 (47.8%); hipocomplementemia en cuatro (17.3%), hiperagmaglobulinemia en siete (30.4%), elevación de IgG en cinco (71.4%); ANA en 11 (47.8%) y FR en 10 (43.4%); enfermedad linfoproliferativa en uno (4.34%).

**Conclusiones:** Existe subdiagnóstico de SSP en México. La búsqueda de atención clínica por parte del paciente es tardía. Se identificó una variación en la frecuencia de presentación de manifestaciones extraglandulares con respecto a la reportada en las publicaciones.

## C-2 / C-050

### Factores clínicos asociados a manifestaciones extraarticulares en artritis reumatoide

Ponce-Guarneros JM<sup>(1)</sup>, Díaz-Toscano ML<sup>(2)</sup>, Zavaleta-Muñoz SA<sup>(3)</sup>, García-Cobián TA<sup>(4)</sup>, Félix-Hernández F<sup>(5)</sup>, Salazar-Hernández DA<sup>(6)</sup>, Totsuka-Sutto S<sup>(7)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(8)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(9)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(10)</sup>, González-López L<sup>(11)</sup>

<sup>(1-3,11)</sup>Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110, <sup>(4,7,8)</sup>Unidad de Investigación Cardiovascular, UDG, <sup>(5,6,9,10)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Introducción:** En la artritis reumatoide (AR), la prevalencia de manifestaciones extraarticulares (ExAR) es cercana a 40% de los pacientes. Estas manifestaciones se vinculan con una enfermedad más grave y un mayor riesgo de discapacidad; sin embargo, se requiere mayor información respecto de las características clínicas y serológicas en pacientes con esta forma de presentación de la enfermedad.

**Objetivo:** Evaluar factores clínicos y serológicos relacionados con la presencia de ExAR en la AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal comparativo. Se evaluó a pacientes con diagnóstico de AR (ACR 1987), de consulta externa de reumatología clasificados en dos grupos: a) grupo con ExAR y b) grupo sin ExAR. Se evaluaron variables clínicas como actividad (DAS-28), así como serología con factor reumatoide, proteína C reactiva (PCR) y anticuerpos antipeptido citrulinado cíclico (anti-CCP). Análisis estadístico: Ji cuadrada, t de Student. Se tomó como relevancia estadística < 0.05.

**Resultados:** El 89% de los pacientes correspondió al sexo femenino; al comparar el grupo con ExAR y el grupo con la enfermedad exclusivamente articular, los pacientes con ExAR tuvieron un mayor puntaje del índice DAS-28 (6.4 ± 0.6 vs. 5.7 ± 0.9,  $p = 0.023$ ), y en variables serológicas como hemoglobina (12.0 ± 2.2 vs. 13.3 ± 1.6,  $p = 0.038$ ), plaquetas (391.5 ± 182.4 vs. 283.7 ± 79.8,  $p = 0.007$ ), niveles de PCR (51.8 ± 68.6 vs. 9.9 ± 11.3,  $p = 0.001$ ), así como en nódulos reumatoides (14.3 ± 14.5 vs. 6.2 ± 6.3,  $p = 0.047$ ) y anemia ( $p < 0.001$ ). Por otro lado, no se observaron diferencias estadísticamente significativas al llevar a cabo la evaluación de las siguientes variables: edad del paciente (51.4 ± 14.8 vs. 49.1 ± 9.0,  $p = 0.529$ ), tiempo de evolución de la enfermedad (10 ± 10.4 vs. 5.8 ± 5.8,  $p = 0.089$ ), tiempo de diagnóstico de la enfermedad (5.4 ± 4.8 vs. 3.8 ± 4.6,  $p = 0.327$ ), actividad por DAS-28 (3 ± 0.0 vs. 2.81 ± 0.4,  $p = 0.144$ ), dosis total de corticoides (1.3 ± 0.7 vs. 1.63 ± 1.1,  $p = 0.351$ ), VSG (32.8 ± 11.7 vs. 30.9 ± 12.8,  $p = 0.680$ ), títulos de FR (82.4 ± 84.2 vs. 148.1 ± 212.9,  $p = 0.346$ ), y títulos de anti-CCP (86.2 ± 76.3 vs. 84.2 ± 83.9,  $p = 0.933$ ).

**Conclusiones:** En este estudio se observó una relación entre las manifestaciones extraarticulares y un mayor puntaje del índice DAS-28, variables serológicas como hemoglobina, plaquetas, y niveles PCR. Por otro lado, se encontró que los nódulos reumatoides se vinculan con mayor tiempo de evolución de la enfermedad; la presencia de anemia se relacionó con los niveles de PCR. Estos datos apoyan los hallazgos de que las ExAR tienen un nexo una enfermedad más grave y deben considerarse en futuros estudios que evalúan tratamientos.



C-2 / C-051

**La exposición al humo de tabaco e incremento de cotinina sérica en pacientes con artritis reumatoide parece no influir en su actividad clínica. Estudio preliminar**

Hernández-Góngora SE<sup>(1)</sup>, Xibille-Friedmann D<sup>(2)</sup>, Domínguez-Hernández L<sup>(3)</sup>, Sandoval-Ríos M<sup>(4)</sup>, Rojas-Serrano J<sup>(5)</sup>, Montiel-Hernández JL<sup>(6)</sup>

<sup>(1,3)</sup>Facultad de Medicina, UAEM, <sup>(2)</sup>Hospital General de Cuernavaca, Morelos, <sup>(4,6)</sup>Facultad de Farmacia, UAEM, <sup>(5)</sup>Instituto de Enfermedades Respiratorias, Ismael Cosío Villegas

**Introducción:** Los principales factores de riesgo conocidos para el desarrollo o la progresión de la artritis reumatoide (AR) son factores genéticos, agentes infecciosos y el tabaquismo. Existen varios estudios con diferentes poblaciones geográficas y tipos de pacientes, en los que se muestra que la exposición al tabaco constituye un factor de riesgo importante tanto en la evolución de la enfermedad como en el pronóstico clínico. Infortunadamente, la inmensa mayoría de estos estudios determina tabaquismo por cuestionarios y se carece de evaluaciones objetivas, tales como la determinación de los niveles de la cotinina.

**Objetivo:** Determinar si el tabaquismo y los niveles altos de cotinina se vinculan con alta actividad clínica en pacientes con AR establecida y tratamiento modificador de la enfermedad.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal de pacientes con AR que acudieron a la consulta externa de reumatología del Hospital General de Cuernavaca, con diagnóstico de AR de acuerdo con los criterios de ACR/87. Todos los pacientes incluidos en el estudio recibieron tratamiento combinado con esteroides y FARME (fármacos modificadores de la enfermedad), antes de dos años del inicio de sus síntomas. Posterior al examen físico y estudios de laboratorio (FR) se evaluó su exposición al tabaco (cuestionario) y se tomó una muestra de sangre en Vacutainer-EDTA, para evaluar los niveles de cotinina. La determinación de cotinina se realizó por un ensayo ELISA comercial. La actividad clínica de los pacientes estuvo basada en el índice DAS28. Se usó la estadística descriptiva para la obtención de datos demográficos, así como en la regresión lineal para la determinación de los factores predictores de la respuesta al tratamiento mediante DAS28; se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0.05$ . Todos los procedimientos y aplicación del cuestionario se realizaron previo consentimiento informado de los pacientes.

**Resultados:** En este estudio se incluyó a 44 pacientes femeninas con AR, las cuales tuvieron menos de dos años de evolución entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento con FARME. La edad promedio fue de  $44 \pm 10.5$  años; VSG:  $29 \pm 13$  mm/h; DAS28:  $3.8 \pm 0.9$  (2.01-6.66); HAQ-DI:  $9 \pm 10.8$  (0-36). Los fumadores expositivos fueron 27 (61.3%), que incluyó a fumadores activos (6), fumadores pasivos (18) y exfumadores (3). Los años de exposición media al tabaco fueron de  $9.9 \pm 13$  (0-46). Todos los pacientes fueron positivos para el factor reumatoide y se trataron con un esquema similar a base de metrotexato, cloroquina y prednisona. De manera preliminar, considerando sólo los cuestionarios de tabaquismo, se obtuvo un OR = 0.711 (IC 95%, 0.210-2.404) y una  $p = 0.58$  al evaluar su relación con DAS28 elevado. Actualmente se están terminando las evaluaciones de cotinina sérica de los pacientes.

**Conclusiones:** De manera preliminar, no se identificó una asociación significativa entre el tabaquismo y un aumento del DAS28, aunque falta incorporar los niveles de cotinina sérico de los pacientes en estudio. Este trabajo fue apoyado por Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (SA-LUD-2007-C01-71161) y PROMEP-SEP/UAEM (2005-07).

C-2 / C-052

**Polimorfismos de osteoprotegerina en pacientes con artritis reumatoide**

Cornejo-Toledo J<sup>(1)</sup>, Zavala-Cerna M<sup>(2)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(3)</sup>, Dávalos-Rodríguez I<sup>(4)</sup>, Morán-Moguel M<sup>(5)</sup>, González-López L<sup>(6)</sup>, Gámez-Nava J<sup>(7)</sup>

<sup>(1,2,4,5)</sup>CIB Occidente, <sup>(3)</sup>HE CMNO, Guadalajara, <sup>(6)</sup>HGR N° 45, <sup>(7)</sup>UI Epidemiología Clínica UMAE, HE, CMNO

**Introducción:** La osteoprotegerina es una glucoproteína que pertenece a la familia de receptores del factor de necrosis tumoral que juega un papel importante como inhibidor de la diferenciación osteoclástica. Los polimorfismos en la región codificadora de su gen (*OPG*) pueden modificar el proceso de remodelado del hueso, por lo que es un gen candidato para identificar el riesgo individual de desarrollar baja masa ósea u osteoporosis.

**Objetivos:** Establecer las frecuencias alélicas y genotípicas de los polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) C245T (rs134070) y T950C (rs2073617) del gen de *OPG* presentes en pacientes con artritis reumatoide (AR).

**Material y métodos:** Se determinaron los genotipos de los dos SNP en 72 pacientes con AR y 52 individuos de la población general (PG). Se extrajo ADN genómico y se analizó por PCR-RFLP mediante las enzimas *Taq I* y *Hinc II*, respectivamente.

**Resultados:** Para el SNP T245G se obtuvieron resultados de 72 pacientes y 52 individuos de PG, con frecuencias CC (72%), CT (25%) y TT (3%) en pacientes; CC (75%), CT (21%) y TT (4%) en la población general. Para el SNP T950C los resultados fueron TT (44%), TC (39%) y CC (17%) en los pacientes y TT (17%), TC (56%) y CC (27%) en la población general. No hay diferencia entre las frecuencias genotípicas del SNP C245T entre la PG y los pacientes. En el SNP T950C se encontró diferencia entre la distribución de las frecuencias genotípicas con prevalencia del alelo T en los pacientes con AR, en particular en estado homocigoto ( $p = 0.01672$ ).

**Conclusiones:** La población se encuentra en equilibrio de Hardy-Weinberg en ambos polimorfismos ( $p = 0.267$ ,  $p = 0.399$ , respectivamente). Estos datos servirán para relacionarlos posteriormente como marcadores de osteoporosis en pacientes con AR.

C-2 / C-053

**Comparación entre la definición provisional de remisión (ACR/EULAR 2011) y los criterios de remisión del ACR, el DAS y el DAS-28 en artritis reumatoide (AR)**

Chiapas-Gasca K, Amezcua-Guerra LM, Vargas A

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

La remisión es el objetivo principal del tratamiento en la AR. Los criterios más usados son los del ACR, DAS y DAS28; sin embargo, en virtud de sus múltiples limitaciones, el ACR junto con EULAR propusieron recientemente una nueva definición de remisión.

**Objetivo:** Comparar el grado de concordancia entre la definición de remisión propuesta por ACR/EULAR con los criterios de remisión de ACR, DAS y DAS28.

**Método:** Se analizaron los expedientes de 198 pacientes consecutivos con AR según los criterios de clasificación ACR de 1987, que acudieron a la consulta externa de reumatología, entre el 21 de febrero y el 10 de junio de 2011. Los datos demográficos y clínicos se presentan en la **Tabla 1**. En todos los pacientes se evaluó la remisión de acuerdo con los criterios antes mencionados.

La concordancia entre criterios se determinó mediante el índice  $\kappa$  no ponderado (IC 95%). La diferencia entre variables se evaluó mediante  $\chi^2$  o prueba de  $t$  no pareada. Se consideró significativa un valor de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** De los 198 pacientes incluidos, 47 alcanzaron remisión por ACR/EULAR, 74 por ACR, 103 por DAS28 y 111 por DAS. Sólo 43 pacientes lograron la remisión mediante todos los criterios. La concordancia entre ACR/EULAR y ACR fue 0.61 (0.50-0.72), 0.37 (0.27-0.47) entre ACR/EULAR y DAS, 0.42 (0.32-0.52) entre ACR/EULAR y DAS28, 0.57 (0.47-0.68) entre ACR y DAS, 0.57 (0.46-0.67) entre ACR y DAS28, y 0.75 (0.66-0.84) entre DAS y DAS28.

**Conclusión:** La definición provisional de remisión ACR/EULAR parece ser más estricta en la discriminación de pacientes con remisión, mientras que los criterios de DAS y DAS28 son los más incluyentes.

**Tabla 1.** Datos demográficos y clínicos del estudio.

	Remisión (n = 47)	No remisión (n = 151)	p
Mujeres (%)	41 (87.2)	135 (89.4)	NS
Edad	52.7 (14.8)	53.5 (15)	NS
Años de evolución	10.8 (10.2)	12.7 (8.6)	NS
Manifestaciones extraarticulares (%)	10 (21.2)	61 (40.3)	0.009
Factor reumatoide, (%)	45 (95.7)	143 (94.7)	NS
Anti-CCP, (%)	41 (91.1)	134 (88.7)	NS
VSG (mm/hr)	21.02 ± 9.9	29.07 ± 11.3	<0.0001
Proteína C reactiva (mg/L)	3.4 ± 1.8	12.8 ± 25.7	0.01
Inflamación articular o en vainas tendinosas (%)	6 (12.7)	126 (83.4)	<0.0001
Áreas articulares dolorosas o inflamadas fuera del DAS28 (%)	0 (0)	57 (37.7)	<0.001

Los datos están expresados en promedio ± DE, a menos que otro esté especificado. NS, no significativo, positivo.

## C-2 / C-054

### Concordancia entre las manifestaciones clínicas y serológicas y la biopsia de glándula salival menor en el síndrome de Sjögren

Flores-Lorenzo C, Aranda-Fraustro A, Martínez-Martínez L, Silveira-Torre LH

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Introducción:** El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmunitaria e inflamatoria caracterizada por infiltración linfocítica de las glándulas exocrinas, con afectación extraglandular frecuente. Tiene una prevalencia de 0.5% a 1% en la población general. El SS ocurre en pacientes de todas las edades, con mayor frecuencia entre los 40 y los 50 años de edad; la relación mujer:hombre es de 9:1.

Una de las características de autoinmunidad del SS es la presencia de autoanticuerpos. El 50% al 95% de los pacientes con SS presenta anticuerpos antinucleares positivos y los patrones moteado y homogéneo son los más observados. El factor reumatoide se encuentra hasta en un 50% de los pacientes, independientemente de las manifestaciones articulares o la relación con artritis reumatoide.

**Objetivos: Primario.** Buscar la concordancia entre los resultados de la positividad de la biopsia de glándula salival menor con la positividad para al menos cumplir cuatro de los criterios de clasificación para SS. **Secundario.** Explorar si existe correlación entre la clasificación de

Chisholm y Mason (C-M) de la biopsia de glándula salival menor y el número de criterios establecidos por el comité europeo-estadounidense para SS.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de revisión de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de síndrome de Sjögren primario (SSp) y secundario (SSs), que cumplieran los criterios de inclusión, incluido necesariamente el reporte de biopsia de glándula salival menor. Se revisaron los expedientes de los pacientes atendidos entre el 1 de enero de 2000 y el 31 de mayo de 2011, en el Departamento de Reumatología. Las características de los pacientes que se analizaron fueron las manifestaciones clínicas, las serológicas y el reporte de la biopsia de glándula salival menor, así como su distribución de acuerdo con SSp y SSs.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 75 pacientes con reporte de biopsia; se excluyó a ocho pacientes por no contar con los datos completos en el expediente clínico de acuerdo con los criterios de inclusión. Se analizó al final un total de 67 pacientes, 62 de ellos mujeres y cinco hombres.

Con los 67 pacientes analizados se realizó una distribución de las variables de acuerdo con la positividad de la biopsia y la presencia de al menos cuatro criterios de SS cumplidos.

La fuerza de la concordancia entre la positividad para la biopsia y cumplir al menos cuatro criterios de SS fue débil; se calculó un valor índice  $\kappa = 0.278$  ( $p = 0.014$ ). La correlación entre la clasificación de C-M y el número de criterios cumplidos mostró una baja relación directa; el coeficiente de correlación de Pearson fue de 0.33 ( $p = 0.006$ ).

**Conclusiones:** La concordancia entre la biopsia de glándula salival menor y los criterios de clasificación de SS fue débil. Asimismo, la correlación entre la clasificación de C-M en la biopsia y el número de criterios para SS fue baja.

## C-2 / C-055

### Caquexia lúpica y reumatoide. Términos semejantes de composición corporal en pacientes con artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). Estudio comparativo, preliminar

Martínez-Martínez MU, Bravo-Ramírez AM, Hurtado-Torres GF, Abud-Mendoza C

Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

**Antecedentes:** La caquexia reumatoide se refiere a la condición de masa muscular reducida con incremento de la grasa muscular en pacientes con AR. Muy escasos son los informes de pacientes con la llamada "desnutrición asociada a lupus" o síndrome de Lom.

**Objetivos:** Comparar por medio de impedanciometría la composición corporal en mujeres con LES y AR.

**Métodos:** Inclusión de pacientes con atención de forma consecutiva y diagnóstico de LES y AR. Se realizó un análisis de impedancia bioeléctrica y análisis de vectores de impedancia bioeléctrica. Se compararon las medianas con la U de Mann-Whitney y las variables categóricas con la prueba de Ji cuadrada o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera. Se clasificó a los pacientes como caquético, atlético, delgado y obeso, al comparar los vectores con los de la población mexicana.

**Resultados:** Se evaluó a 38 pacientes en total, 25 con LES, 13 con AR, con mediana de edad de 37 años. La **Tabla 1** muestra las principales características evaluadas hasta el momento; los pacientes con LES tienen menor masa libre de grasa (MLG) que los pacientes con AR ( $p = 0.041$ ). En el análisis de vectores, 7/25 pacientes con LES se encontraron en el rango de caquexia comparados con 1/13 con AR.

**Tabla 1.** Principales factores evaluados.

	AR (n = 13)	LES (n = 25)	p
Edad	44	32	0.032
Talla (cm)	151	154	0.605
Peso (kg)	67.6	59	0.504
IMC	27.8	23.7	0.3
Ángulo de fase	7.64	6.07	<0.001
MLG kg (%)	43.2 (66.8)	36.37 (60.9)	0.041
ICC	0.93	0.9	0.345

IMC, índice de masa corporal; MLG, masa libre de grasa; ICC, índice cintura/cadera

**Conclusiones:** La caquexia lúpica es más frecuente que la caquexia reumatoide. Las mediciones a través del índice de masa corporal no son sensibles para la detección de caquexia en pacientes con enfermedades reumáticas.

**C-2 / C-056**

**Genotipos KIR tipo BX asociados con artritis reumatoide en individuos del occidente de México**

Ramírez S<sup>(1)</sup>, Ramírez MG<sup>(2)</sup>, Muñoz F<sup>(3)</sup>, Palafox C<sup>(4)</sup>, Saavedra K<sup>(5)</sup>, Jiménez V<sup>(6)</sup>, Daneri A<sup>(7)</sup>, Sánchez P<sup>(8)</sup>

<sup>(1-4,7,8)</sup>Universidad de Guadalajara, <sup>(5,6)</sup>Universidad del Valle de México

**Introducción:** Los genotipos KIR tipo BX se caracterizan por tener genes que codifican a receptores que pueden activar la función efectora de las células NK. Distintas combinaciones de genotipos KIR se han relacionado con diversas enfermedades, entre ellas las autoinmunitarias. En la artritis reumatoide (AR) existen dos subpoblaciones celulares que expresan receptores KIR: las células NK y linfocitos T autorreactivos; ambas subpoblaciones tienen una función importante en la inmunopatogenia de la enfermedad.

**Objetivo:** Identificar genotipos KIR vinculados con artritis reumatoide (AR) en individuos del Occidente de México.

**Material y métodos:** Se incluyó a individuos mexicanos del Occidente de México, casos (AR) y controles. Se obtuvo DNA genómico a partir de sangre periférica. Se realizó tipificación de genes KIR por la técnica de PCR-SSP. Determinación de frecuencias de genotipos (FG) de KIR: AA y BX. Se compararon las FG por prueba exacta de Fisher y OR, con relevancia estadística de p < 0.05. Las consideraciones éticas se basaron en la declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial (Corea, 2008).

**Resultados:** Se identificaron los genotipos KIR y se clasificaron como: AA, genotipo de inhibición, y como BX, genotipo de activación. Las frecuencias genotípicas para el genotipo AA fueron de 22% y 46%, y para el genotipo BX de 78% y 54% en casos y controles, respectivamente. Se obtuvo una p < = 0.02 y OR = 3.02 (IC, 1.27 - 7.2).

**Conclusiones:** La frecuencia de los genotipos tipo BX es significativamente mayor en los casos comparados con los controles. Así, portar el genotipo KIR BX podría considerarse como factor de riesgo para AR. Es necesario identificar si existe relación directa con un gen activador en particular en esta población, por lo que es necesario implementar estudios inmunológicos para evaluar si los receptores codificados por estos genes KIR tienen participación directa en la inmunopatogenia de la AR.

**C-2 / C-057**

**Determinación del estrés oxidativo en pacientes con artritis reumatoide**

García-González A<sup>(1)</sup>, Zenteno-Savín T<sup>(2)</sup>, Gaxiola-Robles R<sup>(3)</sup>

<sup>(1,3)</sup>Hospital General de Zona No. 1, IMSS, La Paz, BCS, <sup>(2)</sup>Depto. de Estrés Oxidativo, Centro de Investigaciones Biológicas del Noroeste, BCS

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática de etiología desconocida. El estrés oxidativo (EO) se considera el desequilibrio existente entre la producción y eliminación de especies reactivas de oxígeno. La participación del EO en el inicio y la perpetuación de la reacción inflamatoria en la AR se ha determinado de manera inconsistente y contradictoria.

**Objetivos:** Determinar el EO en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Se identificó a pacientes con AR. Se clasificaron en dos grupos, activos y no activos, de acuerdo con el *Disease Activity Score* (DAS28), con un punto de corte de 2.9. Se tomó un grupo control. Se determinó el EO mediante la cantidad de lipoperoxidación de lípidos (malondialdehído, MDA) y la cuantificación de proteínas carboniladas (PC), así como la actividad de las enzimas antioxidantes superóxido dismutasa y glutatión peroxidasa (SOD y GPx), del antioxidante glutatión (GSH) y se estableció la correlación entre el cociente oxidativo (GSSH/2GSH), como marcador de daño celular, y cada uno de los parámetros bioquímicos evaluados. Se utilizó estadística no paramétrica de Mann-Whitney para diferencia de medianas y de Sperman para correlación.

**Resultados:** Se colectaron las muestras sanguíneas de 29 pacientes con AR, de los cuales 10 estaban activos y 41 eran controles sanos. Los marcadores de daño oxidativo fueron mayores en artríticos MD (0.088 vs. 0.70 nmol TBARS/g Hb) y PC (15.49 vs. 9.83 Umol PC/g tejido); los vías metabólicas antioxidantes también estuvieron más elevadas en artríticos SOD (269 vs. 191 U/g Hb), GPx (49 vs. 5 U/g Hb), GSH (36 vs. 23 nmol/g Hb); sin embargo, el cociente oxidativo fue menor en los artríticos (0.070 vs. 0.192). El análisis de correlación fue de -0.57 para GSH y de 0.57 para el GSSG. La determinación del EO entre AR activa contra AR inactiva no mostró diferencia entre grupos, a excepción del cociente oxidativo que fue mayor en los activos (0.126 vs. 0.046).

**Discusión:** A pesar de que los pacientes con AR tienen mayor daño manifestado por niveles elevados de MD y PC, también tienen más elevados los mecanismos protectores antioxidantes como la SOD, Gpx y GSH. El menor cociente oxidativo en los pacientes artríticos parece deberse a un incremento de la actividad enzimática de la glutatión reductasa que promueve síntesis de GSH, situación que no se presenta durante la actividad de la enfermedad.

**C-2 / C-058**

**Polimorfismo -819 C/T en el promotor del gen de IL-10 en pacientes con síndrome de Sjögren primario**

Macías-Carrillo A<sup>(1)</sup>, Alatorre-Meza A<sup>(2)</sup>, Bernal-Gallegos G<sup>(3)</sup>, Oregón-Romero E<sup>(4)</sup>, Orozco-Barocio G<sup>(5)</sup>, Palafox-Sánchez C<sup>(6)</sup>, Muñoz-Valle J<sup>(7)</sup>

<sup>(1)</sup>CUCS, Universidad de Guadalajara, <sup>(2-4,6,7)</sup>CUCS, Universidad de Guadalajara, <sup>(5)</sup>Hospital General de Occidente, SSSJ

El síndrome de Sjögren primario (SSP) se define como una enfermedad autoinmunitaria, inflamatoria y multisistémica, caracterizada por infiltración linfocítica en glándulas exocrinas, que se manifiesta por queratoconjuntivitis seca y xerostomía. En su patogenia participan diversas citocinas, así como linfocitos B y T. El polimorfismo -819 en el promotor del gen de interleucina-10 (IL-10) consiste en una transversión de citocina por timina, la cual se ha vinculado con incrementos de las concentraciones séricas de IL-10. En casos de SSP, se sugiere que concentraciones elevadas de IL-10 podrían ocasionar hiperreactividad de linfocitos B, producción de autoanticuerpos, e inducir infiltrado linfocitario exocrino. La presente investigación pretende determinar la relación de dicho polimorfismo en pacientes con SSP del occidente de México.



**Pacientes y métodos:** Se realizó un estudio transversal en una muestra de 51 pacientes con SSP de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos por el Consenso Europeo-Americano (2002). La toma de muestras sanguíneas se llevó a cabo en el Servicio de Reumatología del Hospital General de Occidente para su posterior extracción de DNA genómico. La determinación del polimorfismo se efectuó mediante la técnica de PCR-RFLP (*polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism*). El producto amplificado corresponde a un fragmento de 356 pb. La amplificación del producto, así como el proceso de digestión de las muestras efectuado por la enzima *MsiI*, se visualizan por electroforesis en gel de poliacrilamida al 6% para cada genotipo.

**Resultados:** Las frecuencias para los genotipos T/T, C/T y C/C fueron 18%, 51% y 31%, en comparación con 28%, 49% y 23% en el grupo de SSP y controles sanos, respectivamente. No se observaron diferencias entre frecuencias genotípicas o alélicas en los grupos de estudio. El polimorfismo -819 C/T en el promotor del gen de *IL-10* no se vincula con SSP en la población de estudio.

## C-2 / C-059

### Síndrome metabólico en pacientes con lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide comparado con grupo control

Díaz-Rizo CV<sup>(1)</sup>, Arciniega-Gutiérrez NS<sup>(2)</sup>, Hernández-Cuervo P<sup>(3)</sup>, Flores-Chávez A<sup>(4)</sup>, De la Cerda-Trujillo LF<sup>(5)</sup>, Rocha-Muñoz AD<sup>(6)</sup>, Loaiza-Cárdenas C<sup>(7)</sup>, Totsuka-Sutto SE<sup>(8)</sup>, Robles-Cervantes A<sup>(9)</sup>, Nava A<sup>(10)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(11)</sup>, Trujillo X<sup>(12)</sup>, Huerta M<sup>(13)</sup>, Cabrera-Pivaral CE<sup>(14)</sup>, González-López L<sup>(15)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(16)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(17)</sup>

<sup>(1,3-7,9-11,14,16)</sup> Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, <sup>(2,15)</sup> Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110 del Instituto Mexicano del Seguro Social, <sup>(8,17)</sup> Departamento de Fisiología, División de Disciplinas Básicas para la Salud, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UNIV, <sup>(12,13)</sup> Centro Universitario de Investigación Biomédica, Universidad de Colima

**Introducción:** En enfermedades reumáticas, las enfermedades cardiovasculares incrementan el riesgo de morbimortalidad. En el occidente de México no se cuenta con reportes de la prevalencia de síndrome metabólico en esta población, por lo que resulta de interés evaluar la frecuencia de SM en el lupus eritematoso sistémico (LES) y la artritis reumatoide (AR) comparados con un grupo control (CL).

**Objetivo:** Describir la frecuencia de los componentes del SM de pacientes con LES y AR comparados con un grupo CL.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Pacientes de consulta externa de reumatología (hospital de segundo nivel) con diagnóstico de AR (ACR 1987), LES (ACR 1982), > 18 años de edad, ambos sexos y CL voluntarios del banco de sangre de mismo hospital. Se aplicó cuestionario estructurado que incluía variables clínicas y nutricionales. Se realizaron mediciones antropométricas para obtener diagnóstico de SM (ATP III). Se obtuvo muestra sanguínea en ayuno de 12 h para perfil de lípidos y glucosa.

**Resultados:** Se evaluó a 68 pacientes con LES (100% mujeres), 57 con AR (97% mujeres) y 136 CL (99% mujeres). Media de edad en LES de 42, AR de 53 y CL de 49 años. Se identificaron diferencias entre los tres grupos (CL vs. AR vs. LES) en el peso (65 vs. 66 vs. 68 kg, respectivamente,  $p = 0.24$ ) y perímetro abdominal elevado (41%, 26% y 33%, respectivamente,  $p = 0.013$ ), sin encontrar diferencia con triglicéridos > 150 mg (49%, 23% y 28%, respectivamente,  $p = 0.65$ ), HDL < 50 mg (57%, 18%, y 25%, respectivamente,  $p = 0.44$ ), presión arterial alta (43%, 31% y 26%, respectivamente,  $p = 0.62$ ) y glucosa elevada (52%, 24% y 24%, respectivamente,  $p = 0.82$ ). La prevalencia de SM fue del 49% en CL, 28% en AR y 23% en LES (ATP III).

**Conclusiones:** La frecuencia de los componentes de SM es elevada en pacientes con LES y AR; esta entidad es importante en términos del riesgo

que confiere para el riesgo a futuro de enfermedad cardiovascular, por lo que el reumatólogo debe estar atento al manejo de esta comorbilidad y así reducir la frecuencia de complicaciones de este síndrome a largo plazo.

## C-2 / C-060

### Frecuencia de enfermedades reumáticas en familiares de pacientes con padecimientos reumáticos

López A<sup>(1)</sup>, Bernard A<sup>(2)</sup>, Cerpa S<sup>(3)</sup>, Gutiérrez S<sup>(4)</sup>, Martínez G<sup>(5)</sup>, Castañeda M<sup>(6)</sup>, Rodríguez V<sup>(7)</sup>, Ayala M<sup>(8)</sup>, Montañez E<sup>(9)</sup>

<sup>(1-8)</sup> Hospital Civil de Guadalajara, <sup>(9)</sup> Una sonrisa al dolor A. C.

**Antecedentes:** Al estudiar a grupos familiares afectados se ha establecido una predisposición genética. Luego de conocer que las enfermedades reumáticas son frecuentes y no encontrar trabajos entre familiares con enfermedades reumáticas reportadas específicamente, se investigó la frecuencia de dichas enfermedades entre familiares.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de enfermedades reumáticas entre familiares de una asociación civil de pacientes reumatológicos (ACPR). Comparar y determinar los tipos de enfermedades reumáticas más vinculadas y describir el parentesco más relacionado.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, en 103 pacientes miembros de ACPR, con diagnósticos definitivos de enfermedad reumatológica quienes fueron encuestados para detectar a familiares con padecimientos reumatológicos. Posteriormente se encuestaron a los familiares para la recolección de datos sociodemográficos y determinación de padecimientos reumáticos de acuerdo con diagnóstico previo realizado por especialista o cumplimiento de criterios de clasificación para cada uno de los padecimientos. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 14.0

**Resultados:** Dentro del análisis de familiares relacionados con enfermedades reumáticas se encontró que de los pacientes encuestados, 63 (61.2%) tienen al menos un familiar con enfermedad reumática. Se determinó que 105 familiares de la población encuestada tienen enfermedades reumáticas, de las cuales la más frecuente fue la artritis reumatoide en 54 familiares (51.4%), seguida de la osteoartritis en 23 familiares (21.9%) y el lupus en 11 familiares (10.5%). Se encontró mayor asociación entre familiares de primera línea, de los cuales los más vinculados fueron hermanos (35.2%), seguido de madre (19%) e hijos (11.4%). Al comparar la relación de una misma enfermedad entre familiares se halló que la artritis reumatoide fue la afección más común y es más frecuente entre familiares de primer grado.

**Conclusión:** Más de la mitad de los pacientes con enfermedades reumáticas tiene familiares vinculados con dichas anomalías y existe un sólido nexo entre padres, hijos y hermanos, lo que apoya la teoría de predisposición hereditaria de estas enfermedades. Además, las ACPR son una población de estudio objetiva que aporta datos epidemiológicos importantes.

## C-2 / C-061

### Artritis reumatoide asociada a acromegalia. Reporte de un caso

Chiapas-Gasca K, Vargas A

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Caso clínico:** Mujer de 37 años de edad con carga genética para diabetes mellitus tipo 2 e hipotiroidismo. Diagnóstico de adenoma hipofisario en el 2002, con compresión de quiasma óptico que requirió resección vía transesfenoidal. De manera secundaria se identificaron acromegalia, diabetes insípida, e hipotiroidismo. Se halla en tratamiento con octreótida (20 mg SC



mensual), levotiroxina (75 µg alternados con 50 µg), carvegolina (4 mg semanales), acarbose (50 mg diarios) y desmopresina (cada tercer día).

Inició de forma progresiva desde el 2004 con artralgias de tipo inflamatorio en hombros, codos, carpos, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, rodillas y tobillos, así como artritis en metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, carpos y tobillos. Rigidez articular matutina de 3 h de duración. Presentó disminución progresiva de su capacidad funcional, por lo que fue enviada para su valoración por el Servicio de Reumatología del INC.

A la exploración física: TA, 120/80 mmHg; FC, 75x'; FR, 15x'; afebril. Alerta, orientada y bien hidratada. Facies acromegálica. Desprendimiento fácil de cabello; proptosis izquierda; macroglosia. Oclusión dental inadecuada; cardiopulmonar y abdomen sin alteraciones. Extremidades simétricas, con aumento de volumen de tejidos blandos. Artritis en carpos, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales bilaterales y tobillos. Laboratorios: anti-CCP positivos y factor reumatoide de 1900.

Radiografías de manos: aumento difuso de tejidos blandos con predominio en carpo y metacarpofalángicas; disminución del espacio articular radiocarpiano, afectación pancompartimental de carpo derecho y metacarpofalángicas e interfalángicas proximales; erosiones en articulación radioulnar distal derecha y erosiones marginales en metacarpofalángicas.

Radiografías de pies: aumento de volumen de tejidos blandos y del cojinete graso en talón bilateral. Disminución simétrica de espacio articular y erosiones en todas las metatarsofalángicas.

Se confirmó el diagnóstico de artritis reumatoide y se inició tratamiento con leflunomida (20 mg diarios) y prednisona (5 mg diarios).

## C-2 / C-062

### Hepatitis fulminante como manifestación de tuberculosis activa diseminada en paciente con artritis idiopática juvenil en tratamiento con etanercept

Ambriz Y, Sánchez A, Ávila J, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Caso clínico:** Mujer de 16 años con diagnóstico de artritis idiopática juvenil (AIJ) de cuatro años de evolución en tratamiento con 12.5 mg de metotrexato semanales, diclofenaco de 200 mg día y desde hace un año etanercept con dos dosis semanales.

Ingresa por cuadro de tres semanas de evolución con poliartalgias, dolor en hipocondrio derecho, síndrome disúrico y febril, ictericia, coluria, melena, presencia de hematomas espontáneos, y dificultad respiratoria, tos con expectoración amarillo verdosa. A su ingreso: insuficiencia orgánica múltiple, insuficiencia hepática aguda, coagulopatía secundaria, choque mixto, séptico (foco urinario y pulmonar) e hipovolémico; síndrome de insuficiencia respiratoria del adulto y sospecha de hemorragia alveolar. Signos vitales: TA, 70/45 mmHg; FC, 115 lpm; FR, 24; saturación, 85%; PVC, 6 cmH<sub>2</sub>O; hipoglucemia, 35 mg/dl; Glasgow, 15 puntos; APACHE, 18 puntos y MELD, 24 puntos. Derrame pleural derecho predominante, hepatomegalia, líquido de ascitis por clínica y ultrasonograma, sin datos de peritonitis bacteriana y con un GASA de 0.5. Estudios bioquímicos: leucocitosis de 16 000, linfopenia de 990, bandemia de 5%, anemia microcítica e hipocromica (HB, 8.7; VCM, 83; HCM, 23), trombocitopenia (53 000). Examen general de orina sin datos de sedimento activo, sólo leucocituria con nitritos negativos, PCR de 12.47, VSG de 21 mmHg, fibrinógeno de 200, dímero D de 2.6. Bilirrubina total de 8 a expensas de directa; FA, 135; AAT de inmunológicos: ANA, anti-DNA negativos, complemento normal, pAN-CA, 1:10.

La paciente se somete a intubación y sedación, requiere manejo presor con doble esquema de amins (norepinefrina y dopamina), presenta deterioro neurológico con anisocoria, bradicardia, deterioro en el Ramsay de 2 a 4 puntos, tomografía de encéfalo con hemorragia intraparenquimatosa.

La hepatitis fulminante en esta paciente con factores de inmunosupresión y uso de fármacos potencialmente hepatotóxicos establecen un diagnóstico diferencial muy amplio; se descartó hepatitis A, B, C, VIH; se realizan anticuerpos citomegalovirus, los cuales son positivos para anticuerpos anti-CMV: IgG, 87.5; AU/L (límite superior normal, 16 AU/L); IgM, 1.24 AU/L (límite superior normal, 0.5 AU/L), y se inicia tratamiento con valganciclovir.

La carga viral resultó negativa. Valoración oftalmológica negativa para retinitis por CMV. Se suspendió el valganciclovir.

El abordaje en esta paciente desde el punto de vista infeccioso resultó un reto. Se pluricultiva, con aspirado traqueal de cultivos, PAS, Grocot, PAP negativos; hemocultivos positivos. Se realiza aspirado de médula ósea en la cual se observan bacilos resistentes al ácido-alcohol en la tinción de Ziehl-Nelsen, y se observan granulomas caseificantes en médula ósea, que sustentan el diagnóstico de tuberculosis diseminada.

Con base en este diagnóstico se indica manejo antifímico y esteroides y se completa esquema para manejo de neumonía relacionada con ventilador y se inicia manejo de rehabilitación neurológica y anticomiciales para el control de la actividad convulsiva secundaria.

En la actualidad se halla en tratamiento, con una escala de Karnovsky de 85%.

## C-2 / C-063

### Artritis reumatoide como factor asociado a duración y persistencia de síntomas de dengue

Medina-Flores A, Salinas-Morán M

Hospital Regional "Adolfo López Mateos" ISSSTE, D.F. México.

**Introducción:** Se han observado trastornos inmunológicos (artritis reumatoide, AR) relacionados con alteraciones inmunológicas y polimorfismos del gen FCRIIa, que llevan a persistencia y larga duración de síntomas de dengue, tras la recuperación de un cuadro agudo e intenso de infección, hasta dos años después de ésta. Asimismo, se encuentra reacción cruzada con el factor reumatoide (FR) como causa de interferencia para detectar anticuerpos específicos IgM durante la infección por dengue. Se presenta el caso de una paciente con AR y persistencia de síntomas de dengue.

**Caso clínico:** Se trata de una paciente femenina de 72 años de edad, sin antecedentes familiares de importancia, portadora de AR del anciano, y FR positivo basal (200 UI/ml), diagnosticada cinco años previos, en tratamiento con prednisona (5 mg cada 24 h) y metotrexato (7.5 mg a la semana), con aparente remisión del cuadro un año antes, con antecedente de viaje a la Riviera Maya seis meses previos a su ingreso, donde presentó cuadro de dengue, corroborado por síntomas clínicos y laboratorios (niveles de anticuerpos IgM contra dengue > 26, VN = 0.8), manejada de forma sintomática. Los síntomas persistieron durante los seis meses siguientes, caracterizados por fiebre de 39° a 40°, mioartralgias generalizadas y dolor faríngeo, con tos seca, sin mejoría, motivo por el cual se realiza protocolo de estudio de laboratorio y gabinete, para descartar otros procesos relacionados con fiebre. Se solicitaron varios estudios. Laboratorios: biometría hemática: leucocitos, 3 900; hemoglobina, 12; hematócrito, 38.1%; plaquetas, 761 000; neutrófilos, 86%; linfos, 10%; bandas, 0%; química sanguínea, electrolitos séricos y examen de orina normales. Policultivos con mielocultivo negativos. Reacciones febriles negativas, perfil TORCH negativo. Panel viral para hepatitis negativo. ELISA para VIH negativo. Marcadores tumorales negativos. Inmunológicos: FR (2 420 UI/ml); VSG, 31; C3 y C4 normales; y estudios de gabinete. USG abdominal de características normales, útero y ovarios normales. Electromiografía normal. Endoscopia: dismotilidad esofágica. Aspirado de médula ósea con reporte de reactividad y dishematopoyesis moderada.

Durante su estancia por lapso de 20 días, y tras el resultado negativo para otras anomalías de origen infeccioso o neoplásico, se decidió incremento de esteroides (20 mg/día), tras observación de resultados inmunológicos

alterados, con mejoría paulatina de los síntomas hasta su egreso de hospitalización.

#### Bibliografía

- García G, González N, Pérez AB, et al. Long-term persistence of clinical symptoms in dengue-infected persons and its association with immunological disorders. *Int J Infect Dis* 2011;15(1):38-43.
- Jelinek T, Wasthuber J, et al. Influence of rheumatoid factor on the specificity of a rapid immunochromatographic test for diagnosing dengue infection. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2000;19(7):555-6.

#### C-2 / C-064

### Inicio o reactivación de artritis reumatoide posterior a procedimientos estéticos. Tres casos en un año; ¿mera casualidad?

Bañuelos-RDD<sup>(1)</sup>, Ramírez PMM<sup>(2)</sup>, Sánchez AS<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>IMSS UMAE, HEP, Puebla, <sup>(2)</sup>IMSS UMF 01, Puebla, <sup>(3)</sup>IMSS HGZ, 20

**Introducción:** Las enfermedades reumáticas autoinmunitarias tienen causas multifactoriales: sobre un fondo genético es posible que ésta se desencadene por diversos estímulos infecciosos, hormonales, ambientales, estrés general y también estrés quirúrgico. En estas últimas situaciones (estrés), la mediación se efectúa a través del sistema neuroendocrino y la respuesta metabólica al traumatismo que desencadena la cascada de la inflamación, vías de coagulación y otras interacciones. Utilizar sustancias modelantes también se ha reconocido. No fue esta la situación de los tres casos presentados y por ello se los considera relevantes.

**Caso 1:** Mujer en la quinta década de la vida, con mínimos antecedentes de importancia; se somete a lipectomía, abdominoplastia y lipoesculptura mínima en un solo procedimiento (01/2011), con resultados satisfactorios y sin complicaciones aparentes. A los dos meses de realizado el procedimiento desarrolla cuadro florido de AR (RAM, 2-3 h), cuenta de articulaciones dolorosas 16; articulaciones inflamadas 12; dolor EVA, 7-8. Determinación de FR y A-CCP en rangos al triple del control (corroborado por triplicado); VSG, 98 mm/h; requiere ayuda para actividades de la vida diaria. Sin mejoría tras consulta con dos especialistas; se inician anti-TNF subcutáneo semanal, flazacort (1.5 mg/24 h) más MTX (15 mg semanal) con buena respuesta.

**Caso 2:** Mujer de 42 años; AHF positivos para AR; dos meses posterior a lipectomía inicia poliartritis bilateral y simétrica, RAM, fatiga, incapacidad funcional y positividad al FR a títulos altos; se canaliza de primera intención a reumatología y se inicia manejo combinado de AINE y FARME Dosis única de corticoide. Evolución favorable, no ha requerido otros esquemas.

**Caso 3:** Mujer de 51 años, previamente sana, practica deportes, ninguna toxicomanía y no había AHF de AR u otro padecimiento reumático. Le efectúan lipectomía y abdominoplastia con desarrollo de seroma PQ como complicación, el cual se trató por tres meses. Al resolverse éste, un mes y medio después desarrolla poliartritis en pequeñas y grandes articulaciones; FR negativo, PCR y VSG. RAM de 1 h. Se la trató con AINE, inhibidores COX-2 más MTX con buena respuesta. Remitió por completo y suspendió la medicación. No hubo reactivación.

**Comentarios:** La enfermedad humana por adyuvante es frecuente posterior a la utilización de sustancias modelantes, lo mismo que la relación causal entre esclerodermia y otros factores químicos y ambientales; sin embargo, en los tres casos presentados no ocurrió administración de fármacos similares, sino tan sólo el procedimiento quirúrgico estético con remoción de tejidos. Es posible que la sola respuesta metabólica al traumatismo desempeñe el papel principal en el desencadenamiento de la AR.

#### C-3 / C-065

### Impacto del curso de reumatología en población médica autoseleccionada para el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM)

Sánchez-Arriaga A<sup>(1)</sup>, Martínez-Martínez MU<sup>(2)</sup>, Grimaldo-Avilés JI<sup>(3)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(4)</sup>

<sup>(1,2,4)</sup>Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, <sup>(3)</sup>Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Algunas enfermedades reumáticas tienen muy alta prevalencia en la población general, modifican la calidad de vida y disminuyen la supervivencia. La prevalencia del dolor musculoesquelético en México es tan alta como del 25.5%. Dentro de las anomalías reumáticas con prevalencia elevada en México destacan la osteoartritis (10.5%), artritis reumatoide (1.6%), fibromialgia (0.7%) y gota (0.3%), padecimientos que se incrementan con la edad y por ende representan un problema ascendente para la población. Motivos diversos obligan a incluirlos en programas de educación médica continua y en particular en evaluaciones para selección de residencias médicas.

**Objetivo:** Evaluar si un curso de reumatología puede incidir en la reafirmación de los conocimientos de las principales enfermedades reumáticas.

**Material y métodos:** Se aplicó un cuestionario de evaluación de tópicos básicos en reumatología, incluidos padecimientos potencialmente catastróficos para la población como osteoartritis, osteoporosis, artritis reumatoide, gota y fibromialgia, con preguntas básicas en diagnóstico y tratamiento, antes y 24 h después de recibir el curso de reumatología para médicos generales en preparación para el examen nacional de residencias médicas (ENARM) 2011 que en años anteriores han alcanzado 84% y 76% de aprobación (2010, UA de Guadalajara, 90%; Querétaro, 89%; Coahuila, 85%; UASLP, 84%).

**Resultados:** Se evaluó a 117 médicos generales que voluntariamente se seleccionaron para tomar el curso de preparación para el ENARM. La media antes de la impartición del curso fue de 5.559 y posterior al curso de 6.013, sin alcanzar diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.065$ ). Los médicos egresados de la Universidad Autónoma de Zacatecas mostraron mejor asimilación del curso comparado con el resto de las universidades (6.5 vs. 8,  $p = 0.109$ , antes y después del curso, respectivamente). En contraparte, los provenientes de la Universidad de Puebla tuvieron un menor número de aciertos luego de la impartición del curso (5.182 vs. 4.364,  $p = 0.408$ ).

**Conclusiones:** Es necesario incrementar el número de participantes y evaluar la consistencia en evaluaciones subsecuentes para ratificar que estas tendencias alcancen diferencias estadísticamente significativas. Deben analizarse críticamente las bases académicas de pregrado, la forma de impartición del conocimiento (agregar simulaciones médicas) y el acervo de conocimientos requeridos para alcanzar la medida de desenlace que es el conocimiento necesario para el diagnóstico y el tratamiento de las principales enfermedades reumáticas.

#### C-3 / C-066

### Evaluación de la función de la mano en las enfermedades reumáticas. Validación y utilidad de los cuestionarios AUS-CAN, m-SACRAH, DASH y Cochin en español

Arreguín-Reyes R, López-López C, Álvarez-Hernández E, Medrano-Ramírez G, Vázquez-Mellado J

Hospital General de México

Existen diversas escalas que valoran la función de las manos en las enfermedades reumáticas y difieren en el número de ítems, dominios evaluados y enfermedades en las cuales se han utilizado.

**Objetivos:** Traducir y validar en español los cuestionarios m-SACRAH y AUSCAN; efectuar la adaptación transcultural del DASH, ya validado en España; comparar los cuestionarios anteriores (y el Cochin, previamente validado en México), en pacientes con diversos grados de afectación de las manos en enfermedades reumáticas.

**Material y métodos:** Los cuestionarios m-SACRAH y AUSCAN se tradujeron y retrotradujeron de acuerdo con la metodología establecida; para el DASH se realizó una adaptación transcultural. La versión final de todos los cuestionarios la revisó un comité para determinar la validez del contenido y, junto con el Cochin, se aplicaron a 12 sujetos sanos y 16 pacientes con diversos grados de afectación de las manos (independientemente del diagnóstico que tuvieran); todos los pacientes fueron evaluados por los investigadores en forma ciega y contestaron los cuestionarios.

**Resultados:** El 87% de los pacientes correspondió a mujeres; la edad promedio fue de 45.4 años (DS, 11.4). El alfa de Cronbach para los cuatro cuestionarios fue mayor de 0.90; el tiempo promedio para responderlos fue de 2.7 min (DS, 0.7). Los cuestionarios tuvieron una correlación significativa ( $p < 0.00$ ) entre sí, con valores de  $r$  mayores de 0.7 y notoria capacidad discriminadora cuando valoran diversos grupos de afección de las manos catalogados como: afección leve (EVA de función de la mano [0 - 4]) y moderada a grave (5 - 10). En el primer grupo, el tiempo promedio para responder cada cuestionario fue de 2.6 min y en el segundo de 2.8; la puntuación total de cada cuestionario fue directamente proporcional a la afectación de las manos. Los cuatro cuestionarios se correlacionaron con la EVA de la función de la mano con valores de  $r$  mayores de 0.4 y, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas, el AUSCAN es el que mostró mejor desempeño en pacientes reumáticos (preferencia de los pacientes [10/16], alfa de Cronbach [0.957], mejor correlación con variables clínicas: articulaciones inflamadas [ $r = 0.69$ ,  $p = 0.003$ ] y menor tiempo para responderlo (2.3 min.).

**Conclusión:** Los cuatro cuestionarios son herramientas útiles para valorar la afección de las manos en las enfermedades reumáticas y ofrece una buena capacidad discriminadora cuando hay grados variables de afectación. El AUSCAN fue el que tuvo un mejor desempeño global.

### C-3 / C-067

#### Bases anatómicas del examen reumatológico: extremidad torácica y columna vertebral

Villaseñor-Ovies P<sup>(1)</sup>, Biundo J<sup>(2)</sup>, Canoso JJ<sup>(3)</sup>, Carette S<sup>(4)</sup>, de Toro-Santos FJ<sup>(5)</sup>, Hernández-Díaz C<sup>(6)</sup>, Kalish R<sup>(7)</sup>, McGonagle D<sup>(8)</sup>, Saavedra MA<sup>(9)</sup>, Navarro-Zarza JE<sup>(10)</sup>

<sup>(1)</sup>Grupo Mexicano para el Estudio de la Anatomía Clínica (GMAC), México, DF, <sup>(2)</sup>University of Louisiana, USA, <sup>(3)</sup>Centro Médico ABC, México, DF, <sup>(4)</sup>University of Toronto, Canada, <sup>(5)</sup>Universidad de La Coruña, España, <sup>(6)</sup>Instituto Nacional de Rehabilitación, México, DF, <sup>(7)</sup>Tufts University, Boston, USA, <sup>(8)</sup>Leeds University, UK, <sup>(9)</sup>Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, México, DF, <sup>(10)</sup>Hospital General de Chilpancingo Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo, Gro

**Antecedentes:** La exploración reumatológica tiene su enfoque predominante en el sistema musculoesquelético, ciertas estructuras vasculares y el sistema nervioso periférico.

**Objetivo:** Determinar la base del conocimiento anatómico potencialmente útil en la práctica de la reumatología.

**Métodos, materiales y procedimientos analíticos:** En 2010, los miembros de GMAC produjeron individualmente listas de ítems anatómicos con potencial relevancia a la práctica reumatológica. En total se incluyeron 549 ítems referentes a la extremidad torácica y columna vertebral. Del total de ítems, 139 (25.3%) correspondieron a la mano, 99 (18%) al codo, 147 (26.7%) al hombro y 130 (23.6%) a la columna. Esta lista se distribuyó a través de un sistema de encuestas electrónicas a los miembros mexicanos de GMAC más cinco clínicos académicos con amplia experiencia en este

campo en Boston, USA; La Coruña, España; Nueva Orleans, USA; Leeds, UK; y Toronto, Canadá en un ejercicio Delphi de dos rondas de acuerdo con el *RAND/UCLA Appropriateness Method*. Cada ítem se clasificó en su importancia para la práctica reumatológica en una escala Likert de 1 a 5 (nada importante a muy importante) y se logró consenso de importancia cuando el 80% de los participantes se concentraban en los 4 y 5 de la escala. En la segunda ronda del ejercicio, los participantes tuvieron conocimiento de las respuestas que se obtuvieron en la primera ronda. Se utilizó un análisis estadístico descriptivo.

**Resultados:** En la primera ronda se alcanzó consenso de importancia en 129 ítems (23.4%), de no importancia en 61 (11.1%) y falta de consenso en 352 (64.1%). Estos últimos ítems se enviaron a una segunda ronda, en la cual 92 ítems alcanzaron consenso de importancia, en total 221 (40.3%). Los ítems que alcanzaron consenso incluyeron 125 (56.5%) de anatomía musculoesquelética. Además, los nervios también alcanzaron un consenso elevado (64% del total de los nervios evaluados) (**Tabla 1**). Por regiones, de los ítems que alcanzaron consenso, 62 (28%) pertenecían a la mano, 53 (23.9%) al hombro, 45 (20.3%) a la columna cervical y 43 (19.4%) al codo. Por último, 103 (46.6%) ítems se consideraron potencialmente identificables en el examen físico.

**Tabla 1.** Exploración reumatológica enfocada sobre todo en el sistema musculoesquelético, algunas estructuras vasculares y el sistema nervioso periférico

Estructura evaluada	Número total de ítems	Porcentaje del total	% de ítems que alcanzaron consenso
Músculos	171	31.1	28.1
Tendones	49	8.9	34.7
Ligamentos	22	4	9.1
Entesis	3	0.5	66.7
Fascias	8	1.5	12.5
Huesos	37	6.7	62.2
Articulaciones	78	14.2	34.6
Bursas	13	2.4	46.2
Nervios	75	13.6	64
Vasos sanguíneos	14	2.5	28.6
Otros	79	14.4	54.4
Totales	549	100	40.3

**Conclusiones:** Tanto la gran extensión del listado inicial como la elevada proporción de ítems que alcanzaron consenso de importancia parecen reflejar el interés por el estudio de la anatomía clínica musculoesquelética de los participantes. Llama la atención la gran proporción de ítems del sistema nervioso periférico que alcanzaron consenso. Esto puede deberse a la frecuente participación de los nervios periféricos en las enfermedades reumáticas.

### C-3 / C-068

#### Cardiopatía asintomática en pacientes con miopatía inflamatoria evaluada mediante mecánica ventricular, péptido natriurético cerebral y marcadores de inflamación

Ramírez-Santillán K, Vázquez-Zaragoza MA, Camargo-Coronel A, Hernández-Vásquez R, Mendoza-Pérez BC, Moreno-Ruiz LA, Souto-Rosillo M, Hernández MJG, Chávez-Negrete A, Barile-Fabris L

CMN SXXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

Los pacientes con miopatía inflamatoria (MI) tienen alteraciones cardiovasculares en su mayoría asintomáticas; la inflamación cardíaca genera fibrosis y disfunción diastólica en 12% a 42%; la disfunción diastólica se evalúa con el péptido natriurético cerebral (BNP) y el malondialdehído (MDA) se ha utilizado como marcador de daño endotelial.



**Objetivo:** Evaluar la mecánica ventricular por métodos convencionales, Doppler tisular y deformación global longitudinal (DGL) en pacientes con miopatía inflamatoria y correlacionarlos con la actividad inflamatoria, biomarcadores de lesión muscular y falla ventricular.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes con miopatía inflamatoria y se compararon con controles sanos. Se registraron datos demográficos, enzimas musculares (CPK, TGO, TGP, DHL), marcadores de inflamación (VSG, PCR), tratamiento, diagnósticos concomitantes, BNP, MDA y MYOACT (*Myositis Disease Activity Assessment*). Se realizó ecocardiograma (ECO) convencional, Doppler tisular y DGL por *speckle tracking*. Análisis estadístico: U de Mann-Whitney y correlación de Spearman.

**Resultados:** Se incluyó a 18 pacientes por grupo. Edad de 42 años, peso de 70 kg y 66% de mujeres. El ECO convencional demostró diferencia en la fracción de acortamiento del ventrículo izquierdo (VI) entre grupos (0.39 vs. 0.37;  $p < 0.05$ ). Ambos grupos tuvieron FEVI normal por *Global Strain*; en el grupo de MI presentaron velocidades de la onda S disminuidas (8.2 vs. 9.6 cm/s;  $p < 0.01$ ) y DGL menor (-12.9 vs. -17;  $p < 0.01$ ). Se encontró disfunción diastólica en el grupo de MI con valores menores de E/A (0.9 vs. 1.4;  $p < 0.01$ ) y valores mayores de tiempo de desaceleración mitral (220 vs. 199;  $p < 0.01$ ), tiempo de relajación isovolumétrica (103 vs. 83;  $p < 0.01$ ), relación E/E' (8.7 vs. 6.1;  $p < 0.01$ ) y de presión telediastólica del ventrículo izquierdo (12.8 vs. 9.4;  $p < 0.01$ ). No hubo diferencias en MDA pero sí una correlación con VSG ( $r = 0.42$ ,  $p = 0.05$ ), y no se identificó correlación entre los parámetros de la mecánica ventricular con los biomarcadores de inflamación, daño muscular o MYOACT.

**Conclusiones:** Debido a que hay evidencia de daño miocárdico asintomático sistólico y diastólico evaluado por Doppler tisular y deformación longitudinal, es necesario determinar el significado clínico de este hallazgo y la conveniencia de tratamiento para remodelación cardíaca en pacientes con MI. La FEVI y el BNP fueron normales debido a que los cambios son detectados sólo con una prueba muy sensible (*Global Strain*). Los biomarcadores de inflamación, de daño muscular y MYOACT no son útiles para detectar disfunción ventricular subclínica en pacientes con MI y el MDA no fue marcador de disfunción endotelial en MI.

### C-3 / C-069

#### Enseñanza y productividad científica en la reumatológica mexicana. Desde la enseñanza de pregrado hasta los centros formadores de residentes (CEFORE) y el Sistema Nacional de Investigadores (SNI)

Abud-Mendoza C<sup>(1)</sup>, González-Amaro R<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, <sup>(2)</sup>Departamento de Inmunología, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

La cátedra de reumatología es habitual en las escuelas de medicina. El Consejo certifica al 80%-90% de aquellos que realizan la subespecialidad con uno a cuatro años antes de medicina interna. Los Institutos Nacionales (INS) participan con el mayor porcentaje de trabajos en los Congresos Nacionales, aunque sólo una minoría de los reumatólogos pertenece al SNI y pocos de los trabajos presentados se publican.

**Material y métodos:** Buscar de forma sistemática: 1) cátedra de reumatología en escuelas o facultades de medicina y resultados del ENARM; 2) reumatólogos certificados; 3) resúmenes de trabajos de congresos nacionales de 2000 a 2011 por institución; 4) relación de trabajos presentados y publicados; 5) reumatólogos miembros del área III (medicina y ciencias de la salud) del SNI; 6) publicaciones en Pubmed al 30 de septiembre de 2011 de titulares de cátedras, miembros del SNI y maestros de reumatología, así como sus publicaciones en los cinco últimos años.

**Resultados:** La reumatología se imparte en las facultades que obtienen mejor resultado en el ENARM. El Consejo ha certificado a 588 subespecialistas de adultos y 36 pediatras. Aunque de 1 621 trabajos presentados en

congresos nacionales, 865 (53%) correspondieron a los INS, algunos centros del interior tuvieron una productividad equiparable a la de éstos. De los cinco autores con mayor número de presentaciones (660), sólo el 17.57% (116) aparecieron en Pubmed (no se consideraron las publicaciones no presentadas en congresos). De 1 761 integrantes del área III del SNI, 46 son reumatólogos. Siete profesores titulares de 14 CEFORE de adultos y tres pediátricos pertenecen al SNI, tres en el nivel 3 (N3), tres en el N2 y uno en el N1; ocho de los 19 maestros de la reumatología (uno falleció) pertenecen al SNI: cinco N3, tres N2 y uno N1. Los titulares de curso son responsables de 543 publicaciones en Pubmed y los maestros de reumatología reúnen 499 (excluyendo al Dr. Alarcón Segovia, 440 artículos); los restantes miembros del SNI son responsables de 982 artículos en Pubmed. Estos tres grupos han publicado 123, 167 y 360 artículos científicos en los últimos cinco años.

**Conclusiones:** La enseñanza de la reumatología en pregrado mejora significativamente la formación del médico. Sólo el 7.3% de los reumatólogos certificados pertenece al SNI. La mitad de los trabajos presentados en congresos nacionales depende de los INS y menos del 20% de los que se presentan por reumatólogos líderes se ha publicado en los últimos años en revistas con arbitraje. Es deseable que haya un mayor número de reumatólogos que pertenezcan al SNI y que de los trabajos que se presenten en congresos se publique una mayor proporción.

### C-3 / C-070

#### Concordancia entre los criterios de Gante de 1996 y 2010 para el diagnóstico de síndrome de Marfan: experiencia de un centro de referencia nacional

Muñoz O<sup>(1)</sup>, Miranda I<sup>(2)</sup>, Amezcua-Guerra LM<sup>(3)</sup>, Silveira LH<sup>(4)</sup>, Vargas A<sup>(5)</sup>, Martínez-Lavín M<sup>(6)</sup>

<sup>(1,4-6)</sup>Departamento de Reumatología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, <sup>(2)</sup>Departamento de Cardiopediatría del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, <sup>(3)</sup>Departamento de Inmunología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Antecedentes:** El síndrome de Marfan (SM) es una enfermedad hereditaria ocasionada por mutaciones en el gen de la fibrilina 1; tiene manifestaciones en múltiples aparatos o sistemas, incluidos el sistema cardiovascular y el musculoesquelético, que se relaciona con un fenotipo característico. El diagnóstico se establece de acuerdo con los criterios de Gante de 1996, aunque recientemente éstos se revisaron en 2010.

**Objetivo:** Establecer el grado de concordancia entre los criterios de SM de Gante de 1996 y los de 2010 en una cohorte de pacientes con SM en un centro de referencia nacional.

**Diseño del estudio:** Cohorte ambilectiva.

**Metodología:** Se incluyeron todos los registros completos de pacientes consecutivos con SM del Departamento de Reumatología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez desde 1989. Los criterios de 1996 y 2010 se aplicaron a estos registros de manera retrospectiva. El desenlace principal fue el diagnóstico o no de SM con cada uno de los criterios. Se estimó la concordancia de ambos criterios con el índice de kappa y se consideró una relevancia estadística con un valor de  $p < 0.005$ .

**Resultados:** Se revisaron 172 registros de 1989 hasta julio de 2011, de los cuales se excluyeron 22 por incompletos. De estos 150 pacientes incluidos, 36 fueron menores de 20 años de edad (promedio 14.5 ± 3.7 años, 55.6% mujeres) y 114 tenían 20 años o más (promedio 34.8 ± 10.6 años, 47.4% mujeres). Considerando a todos los pacientes, el índice de kappa fue de 0.773 ( $p < 0.0001$ )

**Conclusiones:** Existe un buen grado de concordancia entre los criterios de 1996 y 2010 para el diagnóstico de SM. Esta concordancia es muy buena incluso en el subgrupo de los pacientes menores de 20 años. Estos resultados sugieren una adecuada aplicabilidad de los criterios revisados de 2010 para el diagnóstico de SM en la población mexicana, ya sea en pacientes mayores o menores de 20 años.

C-3 / C-071

**Dolor dorsolumbar no traumático como indicador inicial de espondiloartritis axial: desarrollo de un árbol de clasificación diagnóstica EVO**

Melchor F<sup>(1)</sup>, Peláez-Ballestas I<sup>(2)</sup>, Gutiérrez-Peña E<sup>(3)</sup>, López A<sup>(4)</sup>, Flores-Camacho R<sup>(5)</sup>, Navarro-Zarza E<sup>(6)</sup>, Casasola-Vargas J<sup>(7)</sup>, Burgos-Vargas R<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto Nacional de Salud Pública, <sup>(2,5-6)</sup>Hospital General de México, <sup>(3)</sup>Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas-UNAM, <sup>(4)</sup>Hospital ABC-Santa Fe

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por la afectación de la columna vertebral y las articulaciones sacroiliacas, relacionada con el HLA-B27. El diagnóstico de EA, entre cuyos parámetros se requiere sacroilitis radiográfica, se establece generalmente después de ocho años de evolución a lo largo de los cuales el síntoma más importante es el dolor dorsolumbar inflamatorio (DDLI). Dado el advenimiento de terapias más eficaces para el control de esta enfermedad, se han desarrollado medidas (identificación de individuos con DDLI) y criterios para la clasificación (criterios de ASAS para SpA Axial) de sujetos en etapas iniciales de la enfermedad. El desarrollo y la validación de dichas medidas se han llevado a cabo con buenos resultados en el campo clínico. Potencialmente, su aplicación en la comunidad podría ser de utilidad.

**Objetivo:** Determinar el valor diagnóstico del DDLI como indicador inicial de SpA Axial en un árbol de clasificación diagnóstica.

**Metodología:** Se estudió una muestra no probabilística de sujetos con DDLI detectados en la comunidad en dos etapas subsecuentes: 1) identificación de sujetos con dolor dorsolumbar no traumático ( $n = 467$ ) y 2) identificación de DDLI ( $n = 121$ ). En los sujetos con DDLI se llevó a cabo: historia clínica, HLA-B27, proteína C reactiva, radiografía y resonancia magnética de las articulaciones sacroiliacas. El análisis siguió la metodología CART (*Classification and Regression Trees*).

**Resultados:** Se desarrolló un árbol de clasificación de SpA Axial (ASAS): 1) sujetos con DDLI positivo y tres o más características de SpA, b) sujetos con DDLI y menos de tres características y HLA-B27, c) sujetos con DDLI y menos de tres características y HLA-B27 negativo y edema en las sacroiliacas por RM. Este árbol tuvo una tasa de errores de clasificación del 4%, sensibilidad de 76.92%, especificidad de 98.15% y LR de 41.54.

**Conclusiones:** Los resultados de este estudio sugieren que en sujetos con dolor lumbar crónico no traumático, la búsqueda de SpA Axial debe seguir la ruta que incluye DDLI, características de SpA, HLA-B27 y RM.

**Agradecimientos:** Este proyecto ha sido apoyado por el fondo CONACYT-Salud 2007-C01-69439 e irrestrictamente por los laboratorios Abbott México para los estudios de resonancia magnética.

C-3 / C-072

**Asociación del uso de fármacos en el tratamiento de esclerosis sistémica progresiva con xerostomía y enfermedad periodontal**

Salazar-Hernández DA<sup>(1)</sup>, Rocha-Muñoz AD<sup>(2)</sup>, Salazar-Dávalos IM<sup>(3)</sup>, Aceves-Aceves MA<sup>(4)</sup>, Félix-Hernández F<sup>(5)</sup>, Ponce-Guarneros JM<sup>(6)</sup>, Totzuka-Suto S<sup>(7)</sup>, González López LC<sup>(8)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(9)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(10)</sup>

<sup>(1,2,5-7)</sup>Doctorado de Farmacología, Universidad de Guadalajara, <sup>(3,4)</sup>Carrera de Medicina, Universidad de Guadalajara, <sup>(6)</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional 110, Reumatología, <sup>(9)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional

de Occidente, <sup>(10)</sup>UMAE Hospital de Especialidades, CMNO IMSS, Departamento de Fisiología, CUCS, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La esclerosis sistémica progresiva (ESP) puede afectar distintos órganos y sistemas; un factor importante que se ha relacionado con progresión y gravedad de la enfermedad periodontal es la disminución del flujo salival (xerostomía) causado por el desequilibrio de los componentes orales. Se ha reportado que el consumo de fármacos puede traer como consecuencia la presencia de sequedad bucal que aumenta la placa dentobacteriana ESP.

**Objetivo:** Evaluar y relacionar el uso de fármacos en el tratamiento de ESP con xerostomía y enfermedad periodontal.

**Material y métodos.** Estudio transversal comparativo. Se evaluó a pacientes con ESP (ACR 1987) de consulta externa de reumatología de un hospital de segundo nivel. Pacientes de género femenino; se excluyó a los pacientes con diabetes y embarazo. Se formaron dos grupos: 1) ESP con enfermedad periodontal y 2) ESP sin enfermedad periodontal; en ambos grupos se determinó flujo salival y uso de distintos grupos de fármacos. Asimismo, se efectuó una evaluación oral sistematizada. Se consideró como xerostomía un flujo salival < 0.5 ml en 5 min. Estadística comparativa con U de Mann-Whitney y Ji cuadrada. Relevancia estadística establecida con  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se evaluó a 20 pacientes, mediana de edad 52 años y tiempo de evolución de la enfermedad de 8.5 años. El puntaje de HAQ-DÍ fue de 0.66 (0.23-1.84 NS), índice de Rodnan de 14 (5-28). El 85% tenía tratamiento con esteroides, 35% consumía algún biológico y 65% de los casos tenía tratamiento con d-penicilamina. En el 85% de los pacientes con ESP se tuvo un valor de apertura bucal de 4.1 (2.2-5.1). En el grupo 1 (ESP/EP) el uso de diuréticos (25%) y antihipertensivos (20%) presentó mayor sequedad oral (0.8 vs. 2.3 ml, NS) respecto de aquellos pacientes sin uso de estos dos medicamentos. En ese mismo grupo se encontró mayor pérdida de piezas dentarias (6 vs. 3) y mayor porcentaje de placa dentobacteriana. Estas variables en el grupo 2 (ESP/sEP) estuvieron en parámetros dentro de lo esperado.

**Conclusión:** Los pacientes con ESP y uso de antihipertensivos y diuréticos tienen más enfermedad periodontal en relación con aquellos sin estos fármacos, lo que da lugar a la pérdida de piezas dentarias prematuras e incremento de placa dentobacteriana. La prevención de las complicaciones dentales y orales es asunto mayor en pacientes con ESP.

C-3 / C-073

**Policondritis recidivante: análisis clínico y tratamiento de 15 casos mexicanos**

Cervera-Castillo H<sup>(1)</sup>, Cajigas-Melgoza JC<sup>(2)</sup>, Ventura-Ríos L<sup>(3)</sup>, Torres-Caballero V<sup>(4)</sup>, Prieto-Parra RE<sup>(5)</sup>, García-Cervantes ML<sup>(6)</sup>, Hernández-Quiroz MC<sup>(7)</sup>, Vera-Lastra OL<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General Regional No. 25 IMSS, <sup>(2)</sup>Clínica Eugenio Sue y Hospital Español, <sup>(3)</sup>Hospital Central Sur de PEMEX, <sup>(4)</sup>Unidad de Medicina Familiar No. 35 IMSS, <sup>(5)</sup>Hospital de Especialidades Centro Médico de Occidente Guadalajara, Jal., IMSS, <sup>(6)</sup>Centro Médico del Hospital San José TEC de Monterrey, <sup>(7,8)</sup>Hospital de Especialidades CMN La Raza, IMSS

**Introducción:** La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad rara multisistémica, de causa desconocida, caracterizada por episodios recurrentes de inflamación y destrucción cartilaginosa; tiene curso clínico y tratamiento variable. Se presenta una serie de 15 casos, analizados desde una perspectiva clínica y terapéutica.

**Métodos:** Entre noviembre del 2009 y noviembre del 2010 se recolectaron 11 casos de la Ciudad de México, tres de Monterrey y uno de Guadalajara, con diagnóstico de PR (criterios de Damiani). Se recopilaron del expediente las características clínicas, tratamientos otorgados y curso evolutivo.

**Resultados:** Nueve hombres y seis mujeres con edad promedio de 52.4 años cumplieron los criterios para PR; la evolución media fue de 86.7 meses. Las manifestaciones clínicas dominantes fueron condritis auricular en 86% de los casos, disfonía en 66%, artritis en 60% y afección ocular en 53%. El tratamiento incluyó corticoesteroides en 93% de los casos, metotrexato en 60%, antiinflamatorios no esteroideos en 46%, inmunosupresores en 46% y en dos casos se empleó terapia biológica. La evolución clínica fue variable en la mayoría de los casos; se registraron 34 recidivas en 12 casos. Las principales complicaciones fueron disfonía en siete casos, estenosis traqueal en seis e hipoacusia en tres. Se registraron cinco decesos: tres por complicaciones respiratorias, uno por insuficiencia renal y otro por episodio vascular cerebral.

**Conclusiones:** Los 15 casos con PR presentados se caracterizaron en su mayoría por cursos clínicos multisistémicos, complicaciones respiratorias graves que ameritaron recursos diagnósticos y terapéuticos de alta especialidad. La policondritis recidivante debe considerarse como una entidad compleja, progresiva y potencialmente letal.

### C-3 / C-074

#### Disfunción del sistema nervioso autónomo en fibromialgia y en síndromes de sensibilidad central. Revisión sistemática

Mora-Arias TT, Martínez-Martínez LA, Vargas-Guerrero A, Martínez-Lavín M

*Departamento de Reumatología, Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez*

**Introducción:** Los síndromes de sensibilidad central comprenden un grupo de enfermedades que se caracterizan por la ausencia de afectación estructural y tienen un mecanismo fisiopatológico común: la sensibilización central. Dentro de este grupo de anomalías se incluyen fibromialgia (FM), síndrome de fatiga crónica (SFC), síndrome de colon irritable (SCI) y cistitis intersticial (CI).

**Objetivo:** Analizar sistemáticamente las publicaciones relativa a la evidencia de disfunción autonómica en los síndromes de sensibilización central y determinar el equilibrio simpático/ parasimpático.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática de las revistas publicada en PUBMED hasta abril del 2010. Se incluyeron todos los artículos de casos y controles acerca de FM, SFC, SCI y CI en idioma inglés, con al menos un método para comparar la función autonómica entre los pacientes y el grupo control sano. La evaluación de la calidad de los artículos se realizó de acuerdo con el método SIGN 50 (excelente calidad, buena calidad).

**Resultados:** Se identificó un total de 126 artículos, distribuidos de la siguiente manera: 46 de SCI, 37 de FM, 37 SFC, 6 de CI. Se identificaron 52 métodos entre los 126 artículos y la variabilidad de la frecuencia cardíaca fue la más utilizada (40.5%). En la FM se observó predominio de la disfunción simpática en el 78% y parasimpática en el 11.7%; 25% de excelente calidad. En el SFC se encontró un predominio de la disfunción simpática en el 63.3% y parasimpática en el 8.3%; 40% de excelente calidad. En la SCI la disfunción simpática se demostró en 55.4% y parasimpática en 12.2%; 18.9% de excelente calidad. En la CI se observó un predominio de la disfunción simpática en el 85.7%; 57.4% de excelente calidad. Se trazó una gráfica de la distribución de la disfunción autonómica.

**Conclusiones:** Los síndromes de sensibilización central tienen mecanismos fisiopatológicos en común y la disfunción del sistema nervioso autónomo es uno de los principales. Estas alteraciones pueden explicar la amplia variedad de síntomas. Esta revisión sistemática encuentra evidencia que apoya la disfunción autonómica con predominio del sistema nervioso simpático en los síndromes de sensibilidad central.

### C-3 / C-075

#### Enfermedad por adyuvantes, un nuevo modelo de síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA)

Vera-Lastra O<sup>(1)</sup>, Medina G<sup>(2)</sup>, Cruz-Domínguez MP<sup>(3)</sup>, Gayosso JA<sup>(4)</sup>, Ramírez P<sup>(5)</sup>, Jara LJ<sup>(6)</sup>

*(1,3)Departamento de Medicina Interna, (2)Unidad de Investigación Clínica, (4) Dirección General, (5)Anatomía Patológica, (6)Dirección de Investigación y Educación en Salud, Hospital de Especialidades, CMN La Raza, IMSS, México*

La enfermedad por adyuvantes en humanos (EAH) se caracteriza por manifestaciones de enfermedad autoinmunitaria o manifestaciones inespecíficas de enfermedad reumática autoinmunitaria (ERA) debido a una sustancia adyuvante que incrementa la actividad del sistema inmunológico. La EAH se considera un modelo del síndrome autoinmunitario/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) descrito en forma reciente y que engloba cuatro entidades (síndrome de la Guerra del Golfo, posvacuna, fagocitico-macrofágico y siliconosis).

**Objetivo:** Investigar las manifestaciones clínicas, de laboratorio e histológicas en paciente con inyección de sustancias con fines cosméticos.

**Pacientes y métodos:** Se estudió a 50 pacientes (hospital de tercer nivel) con: 1) antecedentes de inyección de sustancias con fines cosméticos, 2) manifestaciones clínicas de ERA según criterios del Colegio Americano de Reumatología o manifestaciones inespecíficas de ERA, 3) presencia de autoanticuerpos y 4) histología con inflamación granulomatosa.

**Resultados:** 50 mujeres con edades de 44.35 ± 10.04 años, tiempo promedio entre la aplicación de la sustancia y aparición de los síntomas de 4.47 ± 4.26 años, evolución de la enfermedad de 12.3 ± 7.51 años. Las sustancias inyectadas fueron: aceites (41) y otras sustancias (9): gadital 3, guayacol 1, guayacol más silicón líquido 1, colágena 2, silicón líquido 2. Sitios de aplicación: glúteos (36), piernas y muslos (11), mamas (8), cara y manos (1) y cara (1). Las pacientes con manifestaciones inespecíficas de ERA (artralgias, mialgias, fiebre, fatiga, etc.) fueron 30. Las pacientes con criterios para alguna ERA fueron 20: lupus eritematoso (6), artritis reumatoide (4), síndrome de sobreposición, lupus eritematoso más esclerodermia (3), esclerodermia más dermatomiositis (1) y otras enfermedades autoinmunitarias, anemia hemolítica autoinmunitaria (2), tiroiditis autoinmunitaria (2), hepatitis autoinmunitaria (1), colitis ulcerativa (1). Además, en forma secundaria: fibromialgia (5), vasculitis (2) y calcinosis universal (1). Muertes en cuatro pacientes: cirrosis hepática secundaria a hepatitis autoinmunitaria, hemorragia del tubo digestivo, choque hipovolémico y suicidio. Tratamiento médico: analgésicos, antiinflamatorios, glucocorticoides, ciclofosfamida, metotrexato, azatioprina, penicilamina, colchicina, cloroquina y antibióticos en casos de úlceras infectadas. Se practicó tratamiento quirúrgico en 40 casos.

**Conclusión:** Estas pacientes cumplieron criterios para EAH con manifestaciones de enfermedad autoinmunitaria y manifestaciones inespecíficas de ésta. La EAH se considera un nuevo modelo de ASIA con alta morbilidad que puede producir la muerte y las sustancias empleadas como modelantes deben prohibirse.

### C-3 / C-076

#### Dolor musculoesquelético y enfermedades reumáticas en pacientes mexicanos con diabetes tipo 2

Balderas-Juárez J, Sosa-García JO, Balderas-Juárez JA, Zacarías R, Rodríguez-Henríquez PJ

*Hospital General Dr. Manuel Gea González*



**Introducción:** El dolor musculoesquelético es una de las causas más frecuentes de consulta en todos los niveles de atención. En estudios internacionales se describe mayor prevalencia del dolor musculoesquelético y enfermedades reumáticas en la población afectada por diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) comparada con la población general, lo cual se relaciona con el descontrol metabólico y tiempo de evolución.

**Objetivo:** Identificar la prevalencia de dolor y enfermedades musculoesqueléticas en un grupo de pacientes mexicanos con DMT2 en un hospital federal de referencia.

**Método:** Estudio transversal y analítico. Se seleccionó a 200 pacientes con DMT2 de la consulta externa del servicio de medicina interna; se aplicó el cuestionario *core COPCORD* validado para la población mexicana y se identificó a aquellos que cumplían criterios de clasificación ACR para alguna enfermedad reumática. La descripción de las variables se expresó en medidas de tendencia central y dispersión. La relación de las variables se determinó con la prueba de la *Ji cuadrada* y análisis de regresión logística.

**Resultados:** Se incluyeron 200 casos, 147 (73.5%) del género femenino y 53 del género masculino (26.5%); la edad promedio fue de  $57.99 \pm 11.32$  años; el tiempo de evolución promedio de la DMT2 fue de  $11.75 \pm 2.12$  años; el promedio de HbA1c fue de  $8.30\% \pm 2.1$ . Noventa y ocho pacientes (49%) tuvieron dolor musculoesquelético; las afectaciones más frecuentes fueron rodillas, 36 (18%); manos, 22 (11%); y hombro, 14 (7%). Se registró una puntuación alta en la intensidad del dolor (escala visual análoga de > 4) de 75 (37.5%). Las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron osteoartritis, 53 (26.5%); osteoporosis, 6 (3%); y artritis reumatoide, 5 (2.5%). Factores de riesgo para el dolor musculoesquelético: niveles de HbA1c > 7.5 (OR, 1.98; IC, 1.12-3.48) y género femenino (OR, 2.32; IC, 1.20-4.46). Factores con mayor relación con la presencia de enfermedad reumática: edad > 45 años (OR, 4.80; IC, 1.38-16.6) y género femenino (OR, 4.10; IC, 1.80-9.1).

**Conclusión:** Los pacientes diabéticos mexicanos tienen una elevada prevalencia de dolor musculoesquelético y enfermedades articulares. El descontrol metabólico se relaciona directamente con la presencia de dolor musculoesquelético y no se vincula con enfermedades reumáticas.

### C-3 / C-077

#### Síndrome metabólico en esclerosis sistémica

Vera-Lastra OL, Peralta-Amaro AL, Cruz-Domínguez MP

*Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades, CMN La Raza, IMSS, México*

**Antecedentes:** El síndrome metabólico (SM) es un conjunto de factores de riesgo cardiovascular caracterizado por la relación de diabetes mellitus (DM), intolerancia a la glucosa, hipertensión arterial (HA), obesidad central, dislipidemia, entre otras, y se vinculan desde el punto de vista fisiopatológico con resistencia a la insulina (RI). En algunas enfermedades reumáticas autoinmunitarias, sin embargo, su relación con la esclerosis sistémica (ES) se ha estudiado poco.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia del SM en ES en comparación con controles sanos.

**Metodología:** Se identificó a 55 pacientes con ES (53 mujeres y dos hombres), con edad promedio de  $55 \pm 7$  años, y 15 controles sanos (13 mujeres y dos hombres), con edad promedio de  $48 \pm 7$  años. Se utilizaron los criterios de la Organización Mundial de la Salud y ATP-III para definir el SM. Se registraron datos demográficos, antropométricos y presión arterial. Se determinaron valores de glucosa, colesterol de alta densidad, triglicéridos e insulina. Se calculó el índice HOMA y se cuantificó proteinuria en orina de 24 h. Se realizó una curva de tolerancia oral a la glucosa para identificar intolerancia a la glucosa y DM en aquéllos con glucosa normal en ayuno.

**Resultados:** La prevalencia de SM en ES es del 36.4%, utilizando tanto los criterios de la OMS como los del ATP-III modificados, respecto de los controles de 25%. En los pacientes no se encontró diferencia en cuanto al sexo o tipo de ES. De acuerdo con los criterios de la OMS, las alteraciones del metabolismo de la glucosa que más se encontraron como integrantes del SM fueron la DM y la RI y tuvieron relación significativa con el SM (RM, 15.7; IC 95%, 2.59-95.60;  $p = 0.006$ ; y RM, 8.6; IC 95%, 2.42-30.96;  $p = 0.004$ , respectivamente), al igual que la hipertrigliceridemia y un índice cintura/cadera anormal (RM, 28.3; IC 95%, 2.7-289.7;  $p = 0.005$ ; y RM, 15.8; IC 95%, 1.78-140.21;  $p = 0.013$ , respectivamente). Con los criterios ATP-III modificados se encontró la siguiente significación estadística para definir al SM: hiperglucemia ( $p = 0.0001$ ), C-HDL bajo ( $p = 0.02$ ), hipertrigliceridemia ( $p = 0.000$ ), diámetro de cintura aumentado ( $p = 0.0014$ ), HA ( $p = 0.0001$ ). La HA es la que define una mayor prevalencia de SM entre pacientes con SM, en comparación con la resistencia a la insulina para los criterios de la OMS.

**Conclusiones:** La prevalencia de SM en ES es del 36.4%, similar a la encontrada en otras enfermedades reumáticas, pero mayor en comparación con el grupo control (25%). La prevalencia es la misma con unos u otros criterios; la resistencia a la insulina y la hipertensión arterial son los que definen la mayor prevalencia con los criterios de la OMS y ATP-III modificados, respectivamente.

### C-3 / C-078

#### Frecuencia de sarcopenia en pacientes con enfermedades autoinmunes

Castañeda M, Martínez G, Bernard G, Gutiérrez S, Rodríguez V, López A, Ayala M, Torres A, Veloz C, Pérez M, Ruiz F, Cerpa S

*Hospital Civil de Guadalajara*

**Introducción:** Sarcopenia es un término acuñado en 1989 por Rosenberg y hace referencia a la pérdida de masa y potencia muscular observada durante el envejecimiento. La masa muscular declina aproximadamente un 3%-8% por década a partir de los 30 años. Es conocido que los estados proinflamatorios tienen relación en el proceso de desgaste físico en general, en particular su efecto a nivel muscular. Hasta el momento no se dispone de estudios que demuestren si las enfermedades autoinmunitarias tienen relación con la disminución de la masa muscular en pacientes jóvenes, razón por la cual tiene interés este estudio.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de sarcopenia en pacientes con trastornos autoinmunes.

**Material y métodos:** Se estudió a pacientes de la consulta externa de reumatología con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES) de acuerdo con los criterios de clasificación del ACR, de julio a noviembre de 2011. Se incluyó a un grupo control de sujetos sanos pareados por edad, sexo, peso y talla. Se recolectaron datos demográficos, uso de medicamentos, años de diagnóstico de la enfermedad, enfermedades concomitantes, nivel de actividad de enfermedad (DAS 28/MEX SLE-DAI) y actividad física. Se excluyó a los pacientes con enfermedades crónicas y daño orgánico grave, neoplasia o infecciones al momento de la revisión. Se determinaron IMC, gasto energético y masa magra por medio de DEXA densitómetro G (Electric Prodigy Lunar 99, software Encore 2002). Se definió la sarcopenia si  $IMM < 7.26 \text{ kg/m}^2$  en hombres, y  $< 5.45 \text{ kg/m}^2$  mujeres. Se realizó estadística descriptiva con promedios y desviación estándar, se compararon las variables categóricas con la prueba *Ji cuadrada* y prueba exacta de Fisher, las variables cuantitativas se compararon con la prueba U de Mann-Whitney y la correlación de variables con la prueba de Spearman, con el programa SPSS 12 (II).

**Resultados:** Se incluyó en total a 20 pacientes, 12 con diagnóstico de AR, ocho con lupus eritematoso y 20 controles. El grupo de AR tuvo edad

promedio de  $48 \pm 16$ , 17% tomaba esteroides > 1 año, 17% estatinas, 92% FARMES (cloroquina en 83%); DAS 28: 66.7% en remisión y 33% con actividad. El 91.7% tuvo escasa o nula actividad física, el 33.3% sobrepeso y el 25% sarcopenia. En el grupo con LES, la edad promedio fue de  $33.25 \pm 16$ , el 25% tuvo evolución > 3 años, 87.5% tomaba esteroides, 87.5% consumía cloroquina y 12.5% CFM. Hasta 62.5% tenía nula actividad física (MEX SLEDAI): 37.5% inactivo, 25% con actividad moderada. El 25% sufría obesidad. Se registró sarcopenia en 12.5% de los pacientes. En el grupo control la edad promedio era de  $40.86 \text{ años} \pm 20.7$ , de los cuales 12 fueron mujeres y dos hombres; 42.9% tenía nula actividad física, el 35.7% sobrepeso y ninguno sarcopenia. No hubo correlación de la sarcopenia con el grado de actividad de las enfermedades autoinmunitarias, ni con el tiempo de evolución o el uso de esteroides.

**Conclusión:** Los resultados del presente estudio sugieren que los pacientes con enfermedades inflamatorias/autoinmunitarias crónicas tienen con más frecuencia disminución de la masa muscular magra que los sujetos control.

### C-3 / C-079

#### Estudio descriptivo de la esclerodermia en el Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

González-Pérez D<sup>(1)</sup>, Pita-Fernández S<sup>(2)</sup>, Oreiro N<sup>(3)</sup>, Blanco FJ<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología HGZ 2 IMSS, Saltillo Coahuila, <sup>(2)</sup>Unidad de Epidemiología, CHUAC, A Coruña, España, <sup>(3,4)</sup>Servicio de Reumatología, CHUAC, A Coruña, España

**Objetivos:** Describir en una cohorte de pacientes con esclerosis sistémica (ES) del CHUAC la prevalencia de datos demográficos, manifestaciones clínicas, serológicas y terapéutica. Comparar el grado de afectación cutánea según el puntaje de escala de Rodnan modificada (mRS) con la presencia de manifestaciones sistémicas.

**Metodología:** La cohorte evaluada se integró con pacientes diagnosticados con ES entre los años 1998 y 2011. De un total de 99 pacientes se realizó una revisión final de 59. Se evaluaron datos demográficos, clínicos, serológicos y terapéuticos y los relacionados con el inicio de la enfermedad, tiempo de demora diagnóstica, afectación de diferentes órganos y sistemas, y se realizó una comparación de la mRS con la presencia de manifestaciones sistémicas y con la demora diagnóstica. Se compararon las medias de la mRS y las manifestaciones sistémicas con la *t* de Student. Se correlacionó con Rho de Spearman la demora diagnóstica y el puntaje de mRS.

**Resultados:** En el análisis final de 59 pacientes, el 89.8% correspondía a mujeres y la edad media al diagnóstico fue de  $47.4 \pm 15.6$  años. Se dividió a los pacientes en cuatro variantes: ES difusa, ES cutánea limitada, síndrome de superposición y ES localizada; los porcentajes de cada variante fueron: 27%, 52%, 15% y 5%, respectivamente. El síntoma predominante de inicio fue el fenómeno de Raynaud, en 41 pacientes (69%). La media de demora diagnóstica fue de  $7.7 \pm 8.8$  años y el puntaje del mRS fue de  $8.1 \pm 4$ . La presencia de úlceras digitales o gangrena fue de 49% y de calcinosis de 30.5%. En cuanto a la afectación pulmonar, se encontró en 40.7%, correspondiendo a neumopatía intersticial en 22%, fibrosis pulmonar en 15.3% e hipertensión arterial pulmonar en 20.3%. El trastorno de la conducción se encontró en cinco pacientes y valvulopatía en 78.2%. El compromiso digestivo lo presentaba 67% y había afectación tiroidea en 22%. Ningún paciente presentó afectación renal. La positividad para anticuerpos antinucleares fue de 95%, de los cuales 52% era anti-centrómero y 18.6% antitopoisomerasa 1. La utilización de tratamiento vasodilatador fue predominante. El mayor puntaje de mRS se relacionó de manera significativa ( $p < 0.05$ ) con la presencia de manifestación pulmonar y úlceras digitales. Se encontró una correlación negativa con el puntaje de mRS y la demora diagnóstica.

**Conclusiones:** En este estudio se encontraron datos demográficos similares a otras poblaciones, una relación de la afectación pulmonar con un mayor puntaje de mRS y una demora diagnóstica con un menor puntaje de mRS.

### C-3 / C-080

#### Características ultrasonográficas en pacientes con epicondilitis lateral sin respuesta a manejo conservador

Ventura-Ríos L

HCSAE PEMEX

**Antecedentes:** Conocido como codo de tenista, se caracteriza por microtraumatismos repetitivos, con degeneración del tendón extensor común, que se inserta en el epicóndilo lateral. Ultrasonográficamente (US) se observa disminución de la ecogenicidad del tendón, aumento de su grosor, lesión de sus fibras y, en algunos casos, hiperemia que puede demostrarse con señal Doppler de poder, además de irregularidades en la superficie del epicóndilo. El tratamiento conservador mediante uso de banda elástica, fisioterapia, AINE e infiltración generalmente produce buena respuesta, si bien en algunos casos no hay respuesta a esta terapia, por lo que es de interés conocer si los pacientes sin respuesta adecuada tienen o no alguna característica US particular.

**Objetivo:** Describir las alteraciones US de pacientes con epicondilitis lateral que no responden al tratamiento conservador.

**Pacientes y métodos:** Se seleccionó a pacientes que acudieron a consulta de reumatología con manifestaciones de epicondilitis lateral, a quienes se les realizó ultrasonido de codos en una sola ocasión, durante el periodo de enero a agosto de 2011, por un solo explorador quien guardó las imágenes que posteriormente fueron revisadas por otro ultrasonografista. Se registraron edad, sexo, tiempo de evolución y respuesta a la terapia conservadora. Se separaron en dos grupos: 1) los que respondieron a la terapia mencionada previamente y 2) los que persistieron sintomáticos. Se analizaron las características de ambos grupos para evaluar si había diferencias. Se aplicó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se revisaron los casos de 79 pacientes, de los cuales 12 (15%) no tuvieron respuesta al tratamiento. Todas fueron mujeres; la edad media fue de  $57.7$  (37-89), con evolución de 8.6 meses. Casi todas (80%) eran amas de casa, oficinistas (10%) u otras (10%). Predominó la epicondilitis derecha (60% vs. 40%) y en el 10% fue bilateral. La alteración por US más frecuente fue hipocogenicidad en el 100%, seguida por aumento de grosor (80%), calcificación (70%), disminución de grosor (20%), irregularidad cortical del epicóndilo (16%) y rotura parcial (8.3%). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los que respondieron y los que no tuvieron buena respuesta.

**Análisis:** Las características ultrasonográficas fueron similares porque la respuesta de los pacientes depende de otros factores.

**Conclusión:** No hubo diferencias significativas en las imágenes de los pacientes que respondieron y los que persistieron con síntomas. Es probable que la calcificación forme parte de un proceso regenerativo de larga evolución. Varios factores pueden influir en la respuesta al tratamiento como la persistencia de la actividad física, que favorece la epicondilitis.

### C-3 / C-081

#### Policondritis recidivante. Reporte de una serie de casos en el Hospital General de México

Castellanos-Sánchez N, Álvarez-Hernández E

Hospital General de México

La policondritis recidivante es un trastorno raro de causa desconocida que se caracteriza por episodios inflamatorios recurrentes en estructuras cartilaginosa de orejas, nariz, laringe y árbol traqueobronquial; puede acompañarse de manifestaciones sistémicas en pabellones auriculares, ojo, piel, oído interno y vasos sanguíneos. La incidencia anual es de 3-5 casos por millón; la

edad promedio al momento del diagnóstico es de 47 años con una relación mujer: hombre de 1-3:11. Se reporta una serie de casos de seis pacientes con policondritis recidivante con edad promedio de 37.6 ± 14.1 años. El síntoma principal fue la condritis auricular que se presentó en 5/6 pacientes (83.3%), seguido de inflamación ocular en 2/6 pacientes (33.3%); la condritis nasal se identificó en 2/6 pacientes (33.3%) y la afección del tracto respiratorio en 1/6 pacientes (16.6%). El tiempo seguimiento promedio fue de 6 ± 2.9 años. El tratamiento utilizado fue prednisona en 5/6 pacientes (83.3%), metotrexato en 5/6 pacientes (83.3%), ciclofosfamida en 2/6 sujetos (33.3%) y azatioprina en 2/6 individuos (33.3%). La evolución ha sido favorable en 5/6 pacientes (83.3%) que se encuentran en remisión; sólo uno de los casos se ha mantenido con actividad persistente cursando con hipoacusia vestibular y ceguera a pesar de múltiples tratamientos, además de hiperglucemia secundaria al uso de glucocorticoides. Sólo se ha perdido el seguimiento en un paciente (Tabla 1).

**Tabla 1.** Características de los pacientes con policondritis recidivante.

Paciente	Sexo	Edad	Tiempo de evolución	Síntomas	Tratamiento	Desenlace
1	F	30	6 años	Condritis nasal y condritis en tracto respiratorio	PD, MTX	Remisión
2	M	38	9 años	Condritis auricular bilateral	CFM, MTX, AZA	Actividad, persistente, hipoacusia vestibular, ceguera y descontrol glucémico
3	M	33	5 años	Inflamación ocular, condritis auricular bilateral	PD, MTX	Remisión
4	M	35	6 años	Condritis auricular bilateral	PD, CFM	Remisión
5	F	25	1 años	Condritis nasal y condritis auricular bilateral	PD, MTX	Remisión, sin seguimiento
6	F	65	9 años	Inflamación ocular y condritis auricular bilateral	PD, CFM, AZA	Remisión

F, femenino; M, masculino; PD, prednisona; MTX, metotrexato; CFM, ciclofosfamida; AZA, azatioprina.

**C-3 / C-082**

**Caquexia reumatológica y abdomen agudo en mujer con enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC)**

Ávila-Sánchez JA, Sánchez-Arriaga A, Abud-Mendoza C

Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP.

**Introducción:** La caquexia reumatológica se ha descrito característicamente en relación con la artritis reumatoide y la *pneumosis cystoides intestinalis*

(PCI); rara vez se observa con escleroderma. Se describe a un paciente con EMTC con ambas características distintivas de dos padecimientos reumatológicos afines.

**Caso clínico:** Mujer de 44 años de edad, con hipertensión arterial sistémica desde 1998 y EMTC de tres años de evolución, caracterizada por artropatía inflamatoria, miopatía, fenómeno de Raynaud, acroesclerosis, anticuerpos positivos [AAN (+) > 1:10 000, anti-URNP1 (+), factor reumatoide de 256 UI] y síntomas digestivos: disfagia, náusea y vómito intermitentes, episodios de diarrea no secretora y distensión abdominal, refractaria a prednisona, metotrexato, azatioprina y micofenolato de mofetilo y respuesta parcial a ciclofosfamida (dosis acumulada, 2.6 g); pérdida ponderal progresiva (20 kg en los últimos 12 meses). Última hospitalización, 20 de septiembre por exacerbación de su cuadro abdominal y disnea de pequeños esfuerzos; EF con 80/60, FC 100 x', FR40 x', hipotrofia muscular y grasa generalizadas, palidez, telangiectasias faciales y rágades; sin síndrome pleuropulmonar, precordio sin soplos; abdomen distendido, peristaltismo disminuido, signo de Blumberg (+) y pérdida de matidez en el área hepática a la percusión bimanual (signo de Gerhard); sinovitis subaguda en carpos y rodillas, fenómeno de Raynaud, úlceras digitales en dedos índice y medio derechos, sin déficit neurológico. Exámenes con Hb, 9.4 g/dl (N-N); WBC, 3 210; linfocitos, 450; PCR, 27.3 mg/dl; VSG, 34.0 mm/h; creatinina, 0.62 mg/dl; albúmina, 2.1 g/dl; creatinina fosfocinasa, 345 UI. La radiografía de tórax y abdomen con aire libre subdiafragmático, así como distensión notoria de asas intestinales y niveles hidroaéreos. Laparotomía: aire libre en cavidad abdominal, presencia de neumomesenterio en yeyuno e íleon. Adicionalmente, S1 q3 en ECG, ECO con hipertensión pulmonar 41 mm y Doppler Ms Is sin evidencia de trombosis.

**Conclusión:** La PCI es rara en la población general y excepcional relacionada con enfermedades reumáticas. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de aire libre subdiafragmático en pacientes con estas anomalías y obligadamente en la EMTC.

**C-3 / C-083**

**Estudio preliminar de comparación entre DXA y antropometría en la identificación de sarcopenia**

Morales-Torres J<sup>(1)</sup>, Morales-Vargas J<sup>(2)</sup>, Rodríguez-Vallejo O<sup>(3)</sup>

<sup>(1,3)</sup>Hospital Aranda de la Parra, León, Guanajuato, México, <sup>(2)</sup>Mount Saint Vincent University, Halifax, NS, Canada

La sarcopenia se vincula con desenlaces negativos en ancianos y pacientes con diversas anomalías médicas, incluidas las enfermedades reumáticas. Es infrecuentemente diagnosticada y su estudio exige conocer la composición corporal. La absorciometría dual de energía de rayos X (DXA) se considera el estándar de oro para evaluar la composición corporal y la densidad mineral ósea. El limitado acceso a ella obliga a desarrollar mediciones alternativas utilizables en la clínica. La antropometría puede responder a esta necesidad.

**Objetivo:** Obtener la correlación entre DXA y mediciones antropométricas en personas sanas, como un estudio preliminar para la definición diagnóstica de sarcopenia.

**Métodos:** Se evaluó la composición corporal por DXA; antropometría y fuerza por dinamometría, con mediciones realizadas en tres ocasiones de 10 mujeres sanas entre los 20 y 40 años de edad. Se investiga la correlación lineal entre los valores encontrados.

**Resultados:** El índice de masa muscular apendicular promedio fue de 10.897 kg/m<sup>2</sup> por antropometría y de 12.552 kg/m<sup>2</sup> por DXA; se encontró una correlación lineal cercana a 1 (R<sup>2</sup>= 0.9486) y no se identificó correlación con la fuerza medida por dinamometría.

**Conclusiones:** La correlación encontrada entre ambas técnicas apoya el concepto de la utilidad de las técnicas antropométricas y requiere confirmación experimental en una muestra mayor para definir los valores "normales" en la población sana y los límites a partir de los cuales pueda diagnosticarse sarcopenia.



C-3 / C-084

**Evaluación de entesopatía por imagen en pacientes con dolor de espalda baja**

Domínguez-Sánchez H<sup>(1)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(2)</sup>, Gámez-Nava J<sup>(3)</sup>, Riebling C<sup>(4)</sup>, Nava A<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Radiología e Imagen UMF #3, Delegación Jalisco, CMNO, IMSS / Programa de Doctorado en Farmacología, CUCS, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>División de Investigación UMAE, HE, CMNO, IMSS / Programa de Doctorado en Farmacología, CUCS, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>UIEC, UMAE, HE, CMNO, IMSS / Programa de Doctorado en Farmacología, CUCS, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>UIEC, UMAE, HP, CMN-SXXI, IMSS / Facultad de Medicina, UNAM, <sup>(5)</sup>UIEC, UMAE, HE, CMNO, IMSS / Dirección de Investigación CS, UAG / Programa de Doctorado en Farmacología, CUCS, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** El dolor de espalda baja (DEB) causa incapacidad laboral y pérdida económica; el diagnóstico diferencial incluye las espondiloartropatías seronegativas (ES), con DEB crónico e inflamatorio que puede coexistir con entesitis. Los procedimientos de imagen (PI) usados para evaluar las entesis incluyen radiología simple (rayos X) y resonancia magnética; los primeros detectan daño grave o de larga duración; sus limitantes incluyen las radiaciones o el costo. El ultrasonido (US) es un PI útil (barato, no invasivo, sin radiaciones) en la detección de signos tempranos de entesopatía, aun en ausencia de espondiloartropatía establecida.

**Objetivos:** Identificar las características del DEB y la presencia de entesopatía mediante PI, tratamiento farmacológico y relaciones.

**Material y métodos:** Se incluyó a pacientes derechohabientes con DEB enviados al Departamento de Radiología e Imagen de la Unidad Medico Familiar No. 3 del CMNO del IMSS para PI del 2008 al 2010. Se incluyeron Rx AP y lateral de columna lumbar; se identificaron estrechamiento de los espacios intervertebrales, osteofitos, esclerosis, alteración de la alineación de la columna y variantes anatómicas. A nivel de la pelvis: anquilosis de la articulación sacroiliaca. Evaluación US: se realizó en miembros pélvicos mediante el *Glasgow Ultrasound Entesitis Scoring System*. Análisis estadístico: pruebas de Ji cuadrada, exacta de Fisher y t de Student; valor estadísticamente significativo:  $p > 0.05$ .

**Resultados:** Se incluyó a 202 pacientes consecutivos con DEB, 88 hombres y 114 mujeres; edad media de 37 años (rango, 15-70 años). El DEB inflamatorio se presentó en 12 pacientes (11 de ellos con dolor crónico); al compararlos contra los pacientes con DEB no inflamatorio se encontraron diferencias ( $p < 0.05$ ) en la presencia de fitos, intensidad del dolor (EVA) y presencia de entesopatías; el tratamiento con AINES (33% vs 29%) sin diferencias ( $p = NS$ ).

**Conclusiones:** En pacientes enviados a PI por DEB, el tipo inflamatorio es poco frecuente; el tratamiento antiinflamatorio y analgésico se prescribe equivalentemente en DEB inflamatorio o no inflamatorio. Los rayos X identifican fitos, erosiones óseas corticales, calcificaciones de los ligamentos y esclerosis. El US permite identificar lesiones agudas: bursitis, engrosamiento de los tendones; y no agudas como erosiones óseas y fitos. La detección de entesopatía se enriquece con el empleo de rayos X y US, ya que constituye un desenlace acumulado. La diferencia imagenológica entre proceso inflamatorio o no inflamatorio de la entesis requerirá técnicas diferentes a las empleadas en este trabajo

C-3 / C-085

**Enfermedad por adyuvantes en humanos inducida por guayaacol**

Vera-Lastra OL, Casarrubias M, García S, Rivera V

Departamentos de Medicina Interna y Anatomía Patológica del Hospital de Especialidades, CMN La Raza, IMSS, México

La enfermedad por adyuvantes en humanos (EAH) se caracteriza por manifestaciones clínicas de autoinmunidad, como lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, entre otras, o bien manifestaciones inespecíficas del tejido conjuntivo, como artralgias, mialgias, fiebre, fatiga, etc., desencadenadas por sustancias que actúan como adyuvantes: aceites, gadital yódico, guayaacol o silicón líquido, y que aumentan la actividad del sistema inmunológico.

**Objetivo:** Informar un caso de EAH relacionado con la automedicación de guayaacol como adyuvante.

**Caso clínico:** Mujer de 46 años con antecedentes de faringoamigdalitis y sospecha de fiebre reumática (desde los 10 años), alérgica a la penicilina, tratada con inyecciones intramusculares (IM) en glúteos de lincomicina más eucaliptine (guayaacol), mensual durante 17 años, indicada por médico en forma inicial y posteriormente por automedicación. Desde los 18 años notó induración de los glúteos con dificultad para las inyecciones IM. A los 27 años dermatopaniculitis en espalda. Más adelante presencia en glúteos de manchas hiperémicas, induradas y dolorosas con extensión hacia muslos y piernas, poliartalgias, poliartritis, mialgias, pérdida de peso y fiebre. Fue tratada con esteroides, analgésicos y azatioprina, sin mejoría. A la exploración física glúteos con manchas hiperpigmentadas induradas, algunas hiperémicas con extensión a ambos muslos (caras laterales y mediales), deformación de glúteos y úlceras cicatrizadas en glúteos, además de puntos positivos para fibromialgia.

Biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina: valores normales. Velocidad de eritrosedimentación globular: 50 mm/h; proteína C reactiva, 60. Anticuerpos antinucleares (ANA) positivos (1:320) con patrón nuclear, anti-DNA, anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-RNP negativos. Biopsia de piel de glúteos: inflamación granulomatosa con células gigantes de tipo cuerpo extraño a material no identificado con fibrosis acentuada.

Esta paciente fue expuesta a inyecciones de guayaacol como adyuvante que desencadenó autoinmunidad y criterios clínicos de manifestaciones inespecíficas del tejido conjuntivo, ANA positivos e inflamación granulomatosa como criterios para EAH, además de fibromialgia.

C-3 / C-086

**Encefalitis por anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato (a-rNMDA)**

Piña-Ramírez BM<sup>(1)</sup>, Bravo-Oro A<sup>(2)</sup>, Sánchez-Arriaga A<sup>(3)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(4)</sup>

<sup>(1,2)</sup>Departamento de Neurología Pediátrica, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP <sup>(3,4)</sup>Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP

**Introducción:** La encefalitis por anticuerpos a-rNMDA, de reciente descripción, representa 70% a 75% de las encefalitis límbicas autoinmunitarias mediadas por anticuerpos contra antígenos hipocámpales y puede relacionarse con neoplasia o precederla. Se expresa con manifestaciones psiquiátricas, movimientos anormales y disautonomías.

**Caso clínico:** Se presentan los casos de cinco niños con encefalitis por anticuerpos a-rNMDA, con edad promedio de cinco años (dos a siete años); cuatro fueron mujeres. Las manifestaciones clínicas fueron crisis convulsivas (4), manifestaciones psiquiátricas (irritabilidad, agresividad, cambios conductuales, 4), fiebre intermitente (3), estado epiléptico (2) y corea (2). Sus exámenes generales (BHC, QS, PFH), punción lumbar y panel inmunológico (anticuerpos antinucleares, anticardiolipina, antiestreptolisinas) fueron normales. Todos tuvieron a-rNMDA y 3/4 bandas oligoclonales; tres con estudios de encéfalo normales basales (dos IRM y una TAC); uno de éstos presentó al mes esclerosis temporal derecha; dos con IRM anormal basal (uno asimetría temporal derecha y otro esclerosis temporal derecha). Ninguno tuvo neoplasia adjunta (clínica, tomografía toracoabdominal y marcadores tumorales). Todos recibieron prednisona, 30 mg/kg/día x 3

(mPDN), y tres ciclofosfamida (CFM); adicionalmente, dos inmunoglobulina y dos rituximab (RTX); tres continuaron con metotrexato (10 mg/m<sup>2</sup> SC/sem). La respuesta fue completa en dos, parcial en dos (uno con dislalia, uno con alteraciones conductuales) y uno sin respuesta que presentó corea y estado epiléptico, con bandas oligoclonales negativas y recibió mPDN y RTX.

**Conclusión:** La encefalitis por anticuerpos a-rNMDA es una entidad clínica bien definida; tiene diagnóstico diferencial amplio, con posibilidad terapéutica, y el pronóstico, pese a la gravedad de la presentación inicial, es bueno. Es deseable el diagnóstico temprano y administrar tratamiento adecuado y oportuno con dosis altas de mPDN, inmunoglobulinas, plasmáferesis, o rituximab, que confiere un mejor pronóstico. La respuesta al tratamiento suele ser adecuada hasta en 80% de los pacientes.

### C-3 / C-087

#### Síndrome de Parry Romberg: reporte de cinco casos

Vela R, Solís E, Céspedes A, Zeferino M, Rodríguez J, López E, Torres A

UMAE CMN, La Raza

El síndrome de Parry Romberg o atrofia hemifacial progresiva es una entidad neurocutánea rara, de causa desconocida, que se presenta principalmente en niños y adolescentes. Se calcula que afecta a menos de 200 000 personas en Estados Unidos, con una incidencia estimada de 1 por cada 2 000 personas. Se engloba en el subtipo de esclerodermia lineal, la cual se caracteriza por atrofia de la piel, grasa, tejido conectivo, y ocasionalmente músculos y tejido óseo, con presentación en un sólo lado de la cara. A menudo presenta manifestaciones extracutáneas y son más frecuentes las neurológicas y oftálmicas. Otras menos frecuentes son las afecciones articulares, oculares y anomalías dentales, por lo que se requiere manejo multidisciplinario.

Se presentan cinco casos: cuatro femeninos y uno masculino, todos ellos previamente sanos. Dos pacientes tenían antecedentes de un familiar de primer grado con enfermedad reumatológica: artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, respectivamente. La media de edad de inicio de la enfermedad fue de 4.8 años (2-7); el tiempo transcurrido entre el inicio de la enfermedad y el diagnóstico fue de 1.8 años (1 a 5). Todos estos pacientes tenían afectación de hemicara izquierda, un paciente en relación con golpe de sable. Entre las manifestaciones extracutáneas encontradas, las más frecuentes son alteraciones maxilares vinculadas con maloclusión y manejo maxilofacial. Ninguno hasta el momento con afectación neurológica. Todos ellos han llevado tratamiento con ciclosporina A con buena respuesta. Sólo una paciente ha presentado recaída de la enfermedad posterior a un año y siete meses sin tratamiento, con presencia de nuevas lesiones en región cigomática del mismo lado, por lo que se reinicia la ciclosporina A, que controla la enfermedad. Dos de estas pacientes se encuentran en tratamiento con cirugía plástica, que consta de lipoinyección en zonas de atrofia, con buenos resultados estéticos.

**Conclusión:** Hasta el momento la evolución de estos pacientes ha sido buena, sin complicaciones neurológicas. El tratamiento con lipoinyección ha mejorado en grado notorio el aspecto de las lesiones. Se requiere un tratamiento multidisciplinario.

### C-3 / C-088

#### Linfoma cutáneo de células T en artropatía psoriásica controlada con rituximab

Sánchez-Huerta JM

Hospital Regional ISSSTE de Puebla, Medicina Interna

El uso de agentes biológicos para el control de diferentes enfermedades reumatológicas ha mejorado el pronóstico y su calidad de vida. En las artropatías seronegativas, como la artropatía psoriásica, la aplicación de agentes anti-TNF- $\alpha$  (infliximab, etanercept y adalimumab) y anti-CD20 (rituximab) ayuda a una evidente mejoría clínica, si bien no exenta de reacciones adversas, como infecciones y neoplasias, por ejemplo los linfomas. El linfoma cutáneo de células T, o micosis fungoide, es un linfoma de linfocitos T facilitadores, y tiene varias fases: micosis fungoide precoz, placa y tumor. Afecta más a los hombres (2:1) en la quinta década de la vida.

**Caso clínico:** Varón de 59 años de edad, con madre muerta con psoriasis y EPOC. APP: gastritis crónica y DM 2 controladas. Nefrolitotomía derecha hace 20 años. PA: inicia hace 10 años con lesiones eritematoescamosas generalizadas en cara posterior de tórax, hombros, brazos, manos, muslo derecho, rodillas y piernas. Además de onicólisis y *pitting* en uñas. Al año presenta artralgiyas y artritis en hombros, rodillas, pies y cervicalgia persistente. Se indica metotrexato (15 mg/sem), diclofenaco sódico (100 mg/día), indometacina (100 mg/día), y mejoran parcialmente los síntomas dermatológicos y articulares, por lo que se indica rituximab (2 g IV) en dos aplicaciones, que logra un mejor control clínico de estas manifestaciones. A las dos semanas de su última aplicación de rituximab refiere dermatosis pruriginosa diseminada en tronco y extremidades, en forma de goma redondeadas de 1 a 9 cm de diámetro, eritematoescamosas. Se le realiza biopsia de piel, la cual reporta linfoma de células T en placa, con inmunohistoquímica positiva a CD3 y negativa para CD20 y CD56.

**Conclusión:** Se ha reportado que el uso del rituximab, agente biológico anti-CD20, genera una mayor incidencia de linfomas cutáneos de células T.

### C-3 / C-089

#### Afección aislada de las articulaciones interapofisarias de la columna lumbar en espondilitis anquilosante (EA): reporte de casos

Horta-Baas G<sup>(1)</sup>, Jiménez-Balderas FJ<sup>(2)</sup>, Ortega JG<sup>(3)</sup>, Vargas C<sup>(4)</sup>, Barile-Fabris L<sup>(5)</sup>

<sup>(1,2,5)</sup>Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades CMN SXXI, IMSS; <sup>(3,4)</sup>Departamento de Radiología, Hospital de Especialidades CMN SXXI, IMSS

**Introducción:** La afectación axial de la EA se presenta como espondilitis, espondilodiscitis y artritis de las articulaciones interapofisarias (AiA). Las alteraciones aparecen inicialmente en las uniones dorsolumbar y lumbosacra, con extensión a la columna dorsal, lumbar y cervical. La progresión radiológica típica incluye la cuadratura del borde anterior de las vértebras (signo más temprano), y evoluciona a la formación de sindesmofitos y, por último, puede haber anquilosis de las articulaciones apofisarias y osificación ligamentaria. La afección de las AiA incluye erosiones con neoformación ósea subcondral reactiva, disminución del espacio articular y finalmente anquilosis. La anquilosis AiA vinculada con la osificación del ligamento interespinoso origina la típica imagen de "vías de tranvía".

**Caso clínico:** Se presentan cuatro casos con afección de las AiA lumbares sin otros datos típicos de EA. Caso 1: hombre de 28 años, con lumbalgia inflamatoria, dorsalgia y cervicalgia de dos años de evolución, tres cuadros de uveítis anterior, Schober de 3 cm, HLAB-27 (pos). Tratamiento (tx) con adalimumab, celecoxib y sulfasalazina. Rx: sacroilitis asimétrica grado II, columna lumbar con osteofitos marginales y artrosis facetaria de L3-S1. Caso 2: hombre de 57 años, con dolor lumbar inflamatorio y dorsalgia de 30 años de evolución, artritis de rodilla y tobillo en dos ocasiones, Schober de 3 cm, expansión torácica de 2 cm, HLA B27 (pos). En tx con AINE y sulfasalazina. Rx: sacroilitis grado IV simétrica y artrosis L4-S1. Caso 3: hombre de 46 años, con dolor lumbar inflamatorio de 24 años de evolución, uveítis anterior, entesitis, artritis periférica, Schober de 4 cm, HLA B27 (-). En tx con sulfasalazina y AINE. Rx: sacroilitis grado III asimétrica, osteofitos anteriores, artrosis L4-L5, anquilosis de interapofisarias. Caso 4: hombre de 27 años, con lumbalgia inflamatoria de cinco años, cuatro cuadros de

uveítis, Schober de 3.5 cm, artritis de rodillas, entesitis aquilea, HLA B27 (pos). En tx con diclofenaco y sulfasalazina. Rx: sacroilitis GII y artrosis facetaria L5-S1, sin encuadramiento vertebral. La EA puede producir cambios en las articulaciones apofisarias antes de la afección al cuerpo vertebral. Esta artropatía apofisaria al ser poco frecuente en la artritis psoriásica, artritis reactiva y espondiloartropatía enteropática puede constituir un signo radiológico que sugiera el diagnóstico de EA.

### C-3 / C-090

#### Manifestaciones reumatológicas de las enfermedades metabólicas: queiroartropatía diabética

Flores-Lorenzo C, Hübbe-Tena C, Silveira-Torre LH

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Introducción:** El síndrome de la mano rígida diabética, también conocido como *queiroartropatía diabética (QD)*, es una complicación muy común de la diabetes mellitus (DM) tipos 1 y 2. Se cree que esta complicación está causada por la glucosilación excesiva de la colágena en la piel, vasos sanguíneos y estructuras periarticulares. Existe una reducción de la degeneración y eliminación de la colágena, con formación de tejidos rígidos y gruesos. La presentación de esta complicación es predictiva de complicaciones posteriores cardiovasculares, renales y retinianas; se presenta en casi el 30% de los pacientes con diabetes de larga evolución. El objetivo es describir dos casos clínicos de esta manifestación reumatológica de la DM.

**Caso 1.** Varón de 35 años de edad con antecedentes de etilismo y tabaquismo positivos, actualmente suspendidos. DM1 desde los 12 años de edad, tratada con insulina intermedia NPH (22 UI) e insulina de acción rápida después de cada comida. Hipotiroidismo hace cuatro años, tratado con levotiroxina (100 µg/día); insuficiencia renal crónica, de tres años de diagnóstico, secundaria a nefropatía diabética, tratada con cetoanálogos. Enviado de la consulta externa de nefrología con diagnóstico de *tenosinovitis en los tendones flexores de las manos*. Tiene un año de evolución, con dolor de ambos hombros e imposibilidad para la movilización pasiva de manera progresiva, hasta la actualidad; hace tres meses presentó prurito en las palmas, así como nódulos en los tendones flexores de las manos. A la exploración física, con imposibilidad para la movilidad pasiva y activa, así como dolor a la movilización de ambos hombros; dolor en las palmas, con nódulos en las vainas tendinosas de los tendones flexores de manera bilateral e engrosamiento de los tendones. Crepitación de ambas rótulas y edema bimalleolar bilateral.

**Caso 2.** Hombre de 68 años de edad. Antecedentes: DM2 desde 1984, hipertensión arterial sistémica desde 1998, cardiopatía isquémica e hiperuricemia desde 2000, osteoartritis desde 2002, nefropatía diabética desde 2006 (etapa 4 de KDOQI) y retinopatía diabética proliferativa tratada con fotocoagulación en cuatro ocasiones. Pinzamiento del manguito rotador derecho en 2007 e hipertrofia prostática obstructiva en 2009. El paciente inició hace dos años con disminución progresiva de la movilidad del cuarto dedo de la mano izquierda. A la exploración física, con contractura en flexión de los cuartos dedos, más acentuada en el izquierdo, con limitación para la flexión y extensión de la cuarta articulación metacarpofalángica izquierda y engrosamiento del tendón flexor.

**Conclusiones:** Se presentan dos casos de pacientes con una complicación musculoesquelética muy característica de la DM, la queiroartropatía diabética. Es importante identificar las manifestaciones clínicas de la DM en el sistema musculoesquelético para poder orientar el manejo oportuno, así como identificar otras complicaciones crónicas como neuropatía, retinopatía, neuropatía, etcétera.

### C-3 / C-091

#### Síndrome hipereosinofílico con infiltración sinovial: un caso excepcional en pediatría

Enciso PS, Maldonado VR, Faugier FE, Portillo RA, Vega CG, Quezada CT

Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Caso clínico:** Mujer de 13 años de edad, con antecedentes de dos años de evolución con hipereosinofilia, lesiones maculopapulares pruriginosas diagnosticadas como dermatitis atópica, rinitis alérgica, artritis de pequeñas y grandes articulaciones. Tratada con ciclos cortos de glucocorticoides, antihistamínicos, inmunoterapia, y dieta de eliminación.

Sin mejoría. Dentro del abordaje, biometría hemática con anemia normocítica normocrómica, leucocitos de 30 000, eosinófilos totales de 10 200. Hemocultivo, urocultivo, coprocultivo, coproparasitoscópico y mielocultivo negativos.

Aspirado de médula ósea negativo para neoplasia, biopsia de hueso normal. Pruebas cutáneas de Prick y parche positivas para lácteos, huevo, chocolate, embutidos, pasto, ácaros. Biopsia de piel con vasculitis eosinofílica, inmunofluorescencia con depósito de C3. Tomografía simple y contrastada toracoabdominopélvica normal, electromiografía normal. Inmunológicos: anti-RNP positivos a título bajo, anti-SCL70 positivo a título bajo, anti-DNA positivo. ANA negativo. Placas de manos con erosión de superficies articulares, disminución de espacio articular. Densitometría ósea de columna lumbosacra Z-score 1. Citometría de flujo con CD19 bajo 0.05 (VR 9-29), CD20 bajo (VR 9-29), linfocitos CD3/CD45 (45%) bajo. Se envía mutación FLIP 111-PDGFRA.

Se diagnosticó síndrome hipereosinofílico (SHE) con base en los diagnósticos de Chusid y colegas de 1975:

-Eosinofilia en sangre periférica con una cuenta absoluta de eosinófilos mayor de 1 500 cel/µl por más de seis meses. Infiltración eosinofílica documentada por biopsia con infiltración a piel y sinovia.

-Sin signos de alguna otra causa de eosinofilia.

Valoración por cardiología con corazón sano. Se inicia inducción a la remisión con prednisona (60 mg/día), por seis semanas y metotrexato (20 mg/m<sup>2</sup> SC/sem). Se inicia descenso y ante nueva determinación de hipereosinofilia se decide iniciar hidroxiurea. Se consigue reducir los glucocorticoides. Se cambia esteroide a flazacort, con nueva aparición de eosinofilia en sangre periférica, así como artritis de carpo, IFP, IFD, MCF, rodillas, tobillos y exacerbación de lesiones cutáneas. Por lo tanto, se cambia otra vez a prednisona, con mejoría notable. Clínicamente con mejoría, sin lesiones cutáneas; niega artritis. Citometría hemática: leucocitos de 4 500 y 1% de eosinófilos, reactantes de fase aguda negativos, con recuperación de cifra de hemoglobina y normalización de VCM y HCM.

**Conclusiones:** La presencia de infiltración eosinofílica a nivel de sinovia que ocasiona artritis erosiva en el SHE está documentada en menos de 2%. El tratamiento consta de glucocorticoides e hidroxiurea. En este caso se indicó metotrexato debido a la notoria erosión articular: el objetivo es disminuir la cuenta sérica de eosinófilos y la remisión de los síntomas clínicos. Con estrecha vigilancia para el desarrollo de mielodisplasia.

Es importante documentar la presencia de la mutación FLIP1L1 debido a que estos pacientes presentan adecuada respuesta al imatinib (inhibidor monoclonal de la tirosina cinasa). En casos refractarios al manejo convencional tanto portadores como no portadores de la mutación se ha usado mepolizumab con buenos resultados.

### C-3 / C-092

#### Síndrome de activación de macrófagos en lupus eritematoso sistémico pediátrico: sobreviviente de una complicación potencialmente fatal

Portillo RA, Enciso PS, Maldonado VM, Faugier FE

Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** El síndrome de activación de macrófagos (SAM) es una complicación grave y potencialmente letal que pone en peligro la vida en



niños con enfermedades inflamatorias sistémicas. Aunque en las enfermedades reumáticas pediátricas, el SAM ocurre más a menudo por razones desconocidas, en la artritis idiopática juvenil sistémica se ha incrementado en años recientes el número de casos reportados en pacientes con LES. El SAM refleja una respuesta inmunitaria inapropiada del huésped y puede deberse a varios sucesos: sin considerar la exacerbación de la propia enfermedad, drogas o infecciones virales. Aunque la patogenia aún es desconocida, un defecto de la función de células citotóxicas y NK ha mostrado ser la principal anomalía inmunológica.

**Reporte de caso:** Mujer de cinco años de edad con diagnóstico de LES desde diciembre de 2008 con base en eritema malar, lupus discoide, anemia hemolítica, ANA, anti-DNA y anti-SM positivos y serositis, además de hipocomplementemia y antinucleosomas positivos. Recibe manejo con azatioprina, hidroxicloroquina y dosis plena de esteroide por cuatro semanas al diagnóstico en 2008. El 24 de diciembre del 2010 presenta actividad de la enfermedad y se hospitaliza por derrame pericárdico, fiebre, disnea, choque cardiogénico, que ameritó manejo en UTIP; durante su estancia presentó pancitopenia, hemoneumotórax, estado epiléptico y tromboembolia pulmonar. Por citopenias y fiebre persistente no relacionada con proceso infeccioso se sospecha SAM y se confirma el diagnóstico a partir de los siguientes criterios: 1) fiebre de larga evolución, 2) hipertrigliceridemia (362 mg/dl), 3) citopenias en más de dos líneas celulares (neutropenia, 900  $\mu\text{g/L}$ ), 5) hemofagocitosis en aspirado de médula ósea. Además, se observaron parámetros de actividad de LES: ANA y anti-DNA positivos, niveles de C3 bajos. PCR y VSG incrementadas. Recibe una dosis de gammaglobulina IV y posteriormente oncología inicia tratamiento según protocolo HLH 2004 (linfocitosis hemofagocítica): esteroides, ciclosporina A y ocho semanas de etopósido a 150  $\text{mg/m}^2$  SC IV.

Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento por la consulta externa sin datos de actividad de LES, y hace siete meses con parámetros de remisión de SAM.

**Conclusiones:** La detección temprana y el tratamiento oportuno del SAM en pacientes con LES pediátrico puede ser determinante para mejorar el pronóstico y la sobrevida. Aún no existe un tratamiento definitivo para el SAM relacionado con LES; sin embargo, el caso clínico presentado mostró excelentes resultados con el tratamiento establecido según el protocolo HLH 2004 como se demuestra en algunos casos informados en las publicaciones.

### C-3 / C-093

#### Tuberculosis articular y genital que simula una enfermedad reumática

Calderón R, Vera E, Peña-Ayala A, Espinosa R, Bernal A, Marín N, Mondragón J

*Instituto Nacional de Rehabilitación*

**Caso clínico:** Varón de 34 años, con alcoholismo y consumo de marihuana inhalada por dos años, suspendido hace 10 años. Inmigrante ilegal en Estados Unidos durante cinco años. Inicia su padecimiento en diciembre de 2003 con dolor de hombro derecho que limita la abducción activa, aunado a periodos de diaforesis nocturna; no recibe manejo específico. En enero de 2007 sufre caída de su propio plano de sustentación con miembro torácico derecho en extensión y traumatismo directo sobre éste que causa dolor intenso y limitación en todos los arcos de movilidad, por lo que acude a revisión ortopédica con diagnóstico de fractura de escápula derecha; RMN de hombro con rotura completa de supraespinoso, lesión parcial de bicipital. En marzo de 2007 se realizó tendonesis del bicipital con tres anclas. En abril de 2007 presenta secreción purulenta a través de herida quirúrgica que requiere desbridamiento y lavado; como hallazgos transquirúrgicos, fragmento condral de cabeza humeral de 3 x 4 cm más abundante tejido necrótico; cultivos negativos, afebril, continuando con deterioro de movilidad. La TAC demostró necrosis de cabeza humeral y se propone artroplastia que no

acepta, quedando como secuela hombro congelado. En noviembre de 2008 presenta artritis de rodilla derecha, RMN que revela sinovitis generalizada con cuerpos libres articulares y centro calcificado en receso poplíteo y suprapatelar; se realiza artroscopia y sinovectomía con hallazgo quirúrgico de abundantes cuerpos libres condrales, mala evolución posquirúrgica, continuando con artritis de rodilla derecha y dolor que limita la deambulación. Se remita a reumatología en marzo de 2011: rodilla derecha con artritis, limitación a la extensión de 25°, hiperémica, dolorosa a movimientos pasivos y activos. En mayo de 2011 se realiza nueva artroscopia con resección extensa de sinovitis tricompartmental más liberación de fibrosis circundante; como hallazgo transoperatorio: tumoración de presencia sólida en región posterior. Evaluación histopatológica: tejido conectivo con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, células gigantes multinucleadas tipo Langhans. Revisión de laminillas con tejido fibroso y cartilago hialino con proliferación de tejido de granulación, necrosis e infiltrado por PMN, con múltiples granulomas, con necrosis caseosa central y células gigantes multinucleadas tipo Langhans e infiltrado linfoplasmocitario. En junio de 2011 refiere presentar dolor y aumento de volumen del testículo izquierdo; a la exploración se corrobora el aumento de volumen, presencia de epididimo doloroso, aumentado de tamaño y absceso local. PPD negativo, BARR orina, tele de tórax normales. Booster TB positivo, 25 mm. Se realizó PCR para TB en tejido de hombro derecho con resultado positivo. Dx de artritis de origen tuberculoso a nivel de hombro y rodilla derecha, así como afección genital con orquitis y epididimitis; se inicia tratamiento antituberculoso en julio de 2011, programado para resección de granuloma de hueco poplíteo en octubre de 2011.

**Conclusiones:** La tuberculosis articular periférica, aunque poco frecuente, debe considerarse un diagnóstico diferencial en pacientes con factores de riesgo.

### C-3 / C-094

#### Reticulohistiocitosis multicéntrica. Reporte de un caso y respuesta al tratamiento

Fonseca-Salas A<sup>(1)</sup>, Aguiar-Castellanos M<sup>(2)</sup>, Palafox-Sánchez C<sup>(3)</sup>, Uribe E<sup>(4)</sup>, Orozco-Barocio G<sup>(5)</sup>

*(1,2,4,5)Secretaría de Salud, (3)Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco*

**Caso clínico:** Paciente femenina de 45 años de edad que acude al servicio de reumatología con cuadro de contractura en flexión de codos, IFP, IFD, así como múltiples nódulos en pabellón auricular, antebrazos, MCF, IFP e IFD, de un año de evolución. En su abordaje diagnóstico se realiza biopsia de las nodulaciones, y se identifican hallazgos histopatológicos consistentes con reticulohistiocitosis multicéntrica. Ésta es un trastorno proliferativo de los histiocitos, caracterizado por alteraciones cutáneas y articulares graves. Su inicio es insidioso, con un curso progresivo; las manifestaciones iniciales son articulares en un 40% de los casos. La artritis es un signo común: poliarticular, simétrica, erosiva y progresa a artritis mutilante en el 45% de los casos. La destrucción de las interfalángicas distales no es infrecuente y puede resultar en deformidad de manos, con acortamiento de las falanges que regresan a su tamaño al estirarse gentilmente (dedos en telescopio). No existe un tratamiento eficaz para la reticulohistiocitosis multicéntrica. Varias modalidades de tratamiento se han probado con éxito variable. En este reporte se informa una respuesta terapéutica favorable, con el empleo de metotrexato, prednisona y ciclofosfamida intravenosa.

### C-3 / C-095

#### Granulomatosis de Wegener (GW) y seudotumores sólidos que imitan cáncer pulmonar

Meza E, Pérez-Cristóbal M, Camargo-Coronel A, Horta-Baas G, Barile-Fabris L

Departamento de Reumatología. Hospital de Especialidades CMN SXXI, IMSS

**Antecedentes:** La afección pulmonar en la GW se ha reportado en 60% a 85%; incluye alveolitis, capilaritis y masas granulomatosas, que suelen ser cavitadas en el 65% con dimensiones de 0.3 mm a 5 cm.

**Casos clínicos:** Caso 1: Hombre de 39 años, con sinusitis crónica y perforación de tabique nasal en el 2008, otitis media, hipoacusia bilateral y escleritis de ojo izquierdo en el 2010. Laboratorios: C-ANCA positivos (25.23 U/ml), VSG: 35 mm/h, PCR: 12 mg/dl, EGO con proteinuria y depuración de creatinina de 59 ml/min; se concluyó GW con BVAS de 26 puntos. En octubre de 2010 presentó astenia, adinamia, malestar general, fiebre intermitente con diaforesis profusa y pérdida ponderal de 10 kg en seis meses. Radiografía de tórax: gran tumoración parahiliar y TAC con tumoración sólida de pulmón derecho de 12 cm de diámetro de bordes mal definidos, con adenopatías mediastinales y nódulos pulmonares bilaterales de características malignas, biopsia pleural con reporte histopatológico de probable adenocarcinoma. Oncología consideró probable metástasis de primario desconocido, con ECOG de 2 y supervivencia esperada de seis meses; por duda diagnóstica se realizaron dos biopsias de la tumoración descartando cáncer. Se trató con metilprednisolona (1 g IV cada 24 h por tres días) y ciclofosfamida mensual, con reducción considerable del tamaño de la masa tumoral. Caso 2: Hombre de 53 años, inició en el 2002 con poliartritis en carpos y sinusitis crónica; en 2003 presentó neuropatía periférica, hematuria y prostatismo; la biopsia de próstata reportó granuloma necrosante. Laboratorios: C-ANCA positivo, VSG: 28 mm/h, PCR: 2.1 mg/dl, EGO con hematuria y proteinuria, PPD negativo; se concluyó GW. En octubre de 2010 presentó disnea de medianos esfuerzos, progresión de la neuropatía y pérdida de peso de 10 kg en dos meses, TAC de tórax con tumoración única, sólida de 7 x 5 cm, de contornos espiculados, con sospecha de tumoración maligna; fue valorado por el servicio de neumología que realizó broncoscopia con toma de biopsia descartando cáncer. Se inició tratamiento con metilprednisolona (1 g IV cada 24 h por tres días) y ciclofosfamida mensual con disminución del tamaño de la lesión tumoral.

**Comentario:** Los casos clínicos muestran una presentación poco frecuente de la GW con lesiones sólidas de gran tamaño, cuyo diagnóstico diferencial fue cáncer pulmonar, el cual se descartó. La GW debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de tumoraciones sólidas pulmonares.

### C-3 / C-096

#### Esclerosis sistémica sin escleroderma debutando con neumopatía intersticial

Enríquez-Ocaña JC, Ángeles-Labra A, Guerra-Urbe N, Rojo-Enríquez A, Díaz-Borjón A

Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** La esclerosis sistémica sin escleroderma (ssSSc) es una manifestación rara de la enfermedad. La neumopatía intersticial es una de las principales causas de muerte y suele tener una pobre respuesta al tratamiento inmunosupresor.

**Caso clínico:** Mujer de 69 años con hipertensión arterial sistémica. Inicia su padecimiento tres meses antes con inflamación articular de manos, acompañado de dolor intenso y dificultad para la movilización; con parestias en ambas manos. En el interrogatorio dirigido menciona pérdida de 3 kg por anorexia, dispepsia y reflujo, malestar general, xerostomía y xerofthalmía significativas, edema periorbitario. Disnea progresiva, fenómeno de Raynaud, y alopecia. A la exploración hay inflamación de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, con limitación al movimiento, no había alteraciones a nivel cutáneo; adicionalmente existe disminución de la capacidad respiratoria, con estertores en velcro en regiones infraescapulares y saturación de oxígeno baja al aire ambiente: el resto de la exploración es irrelevante. Se solicitan estudios que incluyen ANA positivos (1:1 280) con patrón nucleolar, anti-SCL70 positivo, anticentrómero positivo, ecocardiograma que revela FEVI de 77%, crecimiento auricular izquierdo, ligero crecimiento de ventrículo y aurícula derechas con aumento de PSAP a 50 mmHg; la TC de tórax demostró la presencia de enfermedad pulmonar intersticial sugestiva de fibrosis pulmonar y cardiomegalia a expensas de cavidades derechas. Pruebas de función respiratorias con patrón mixto. Debido a lo anterior se establece el diagnóstico de escleroderma y por el deterioro pulmonar se inician dosis bajas de esteroides y seis ciclos mensuales de ciclofosfamida (CLF) IV, con lo cual la función respiratoria mejora, saturando el aire ambiente al 94% y mejorando sus parámetros ecocardiográficos.

**Discusión:** La paciente presenta datos clínicos de ssSSc; se encontró una grave afectación pulmonar que respondió al tratamiento con CLF, teniendo una mejoría significativa a nivel clínico y radiológico. Si bien el uso de CLF en el tratamiento de la neumopatía intersticial de la escleroderma ha sido controversial, estudios recientes han demostrado que puede ser de beneficio.

**Conclusión:** El diagnóstico de ssSSc debe considerarse ante la presencia de signos y síntomas de la enfermedad aun cuando no exista afección cutánea. El uso de CLF IV con dosis bajas de corticoesteroide puede ser de gran utilidad en el manejo de pacientes con afección pulmonar intersticial grave y debe considerarse su uso juicioso en dichos pacientes, especialmente porque no existen terapias alternativas que hayan demostrado utilidad significativa.