

XLI Congreso Mexicano de Reumatología

Carteles

C-1 / Coo1

Utilidad del dímero-D como indicador de recurrencia trombótica en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE

Zúñiga-Manríquez E, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F, Martínez-Ramírez A

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

El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) es un padecimiento autoinmunitario que se caracteriza por trombosis de repetición a nivel venoso, arterial y pérdidas gestacionales, presentándose en su forma primaria y secundaria. Los eventos tienden a ser recurrentes (en hasta 53% al 69% de los pacientes sin tratamiento) por lo que se requiere anticoagulación formal para evitarlos. Sin embargo, el someter a un paciente a tratamiento anticoagulante prolongado no está exento de riesgo, sobre todo en pacientes en los extremos de la vida o con comorbilidad asociada. El tratamiento anticoagulante por tiempo indefinido, aunque es lo aceptado en la actualidad en este padecimiento, no deja de ser un motivo de preocupación; de ahí la necesidad de evaluar opciones que permitan tener mejores herramientas para decidir sobre la anticoagulación óptima.

Recientemente se ha evaluado la utilidad del dímero-D para predecir recurrencias de trombosis en diferentes padecimientos protrombóticos, considerando que los niveles menores de 0.2 mg/L implican riesgo bajo, de 0.5 a 2 mg/L riesgo moderado y > 2 mg/L riesgo alto. Un estudio reciente publicado en pacientes con lupus eritematoso generalizado probó la hipótesis de que los niveles elevados de dímero D medido rutinariamente durante el seguimiento identifican si existe un estado de hipercoagulabilidad, condicionando un mayor riesgo de trombosis. Sin embargo, esta prueba no ha sido aún evaluada en pacientes con SAAF.

El presente estudio pretende evaluar la utilidad del dímero-D como indicador de recurrencia trombótica en los pacientes con SAAF primario para poder contar con un elemento adicional para dirigir el tratamiento a largo plazo.

Se realizó un estudio piloto, prospectivo, en una cohorte de pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario en los que se evaluó en forma simultánea el nivel de dímero D y los límites de anticoagulación, así como datos clínicos que sugirieran eventos trombóticos durante un periodo de 12 meses.

Resultados: Se incluyó a 25 pacientes, con una media de edad de 38.9 años (límites, 14-63) y tiempo de evolución de la enfermedad media de 131 meses. Hasta 80% correspondió al sexo femenino ($n = 20$). Todos los pacientes se encontraban debidamente anticoagulados, con INR entre 2 y 3 y en el periodo

del seguimiento en ninguno se presentó alguna recurrencia trombótica. Los niveles de dímero D se encontraron en límites de 0.2 a 1.9 mg/L, que se considera dentro del espectro de riesgo bajo a moderado para trombosis.

Éste es un estudio exploratorio que muestra que, cuando los pacientes con síndrome antifosfolípidos primario se encuentran en límites de anticoagulación adecuados presentan niveles dímero-D que los catalogan como pacientes con riesgo bajo o moderado de recurrencia trombótica. Durante el tiempo de vigilancia de estos pacientes no ocurrieron recurrencias; sin embargo, se requiere seguimiento a largo plazo y en mayor número de pacientes para poder evaluar la utilidad real de este marcador serológico.

C-1 / Coo2

Discapacidad auditiva como expresión de aterosclerosis en el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario

Medina G⁽¹⁾, Vera-Lastra O⁽²⁾, Jara LJ⁽³⁾, Saavedra-Salinas M⁽⁴⁾, Gutiérrez-Márquez A⁽⁵⁾

⁽¹⁻⁴⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽⁵⁾Hospital General Centro Médico La Raza, IMSS

Introducción: La oclusión microvascular puede ocurrir como parte de las manifestaciones del síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF), siendo la pérdida sensorineural de la audición uno de los síndromes neurológicos asociados.

Objetivo: Determinar la prevalencia de discapacidad auditiva en pacientes con SAF primario y su asociación con engrosamiento de la íntima media carotídea (EIM).

Pacientes y métodos: De una cohorte de 50 pacientes con SAF primario se investigó discapacidad auditiva en presencia de los siguientes síntomas: pérdida súbita o progresiva de la audición, tinnitus y síndrome vertiginoso. Se documentaron factores de riesgo: dislipidemia, diabetes, hipertensión arterial, EIM carotídeo y evaluación por audiología, que incluyó estudio audiológico, logaudiometría y estudio vestibular. La discapacidad auditiva se definió como la disminución de la agudeza auditiva por debajo de lo normal, con hipoacusia leve (pérdida de la audición menor a 35 dB), moderada (disminución auditiva de 35 a 60 dB) y profunda (> 60 a 90dB) o presencia de laberintopatía. Se empleó estadística descriptiva y prueba de la χ^2 .

Resultados: Se detectó a 15 pacientes con disminución de la agudeza auditiva (30%), con una media de edad de 51.6 años y 12.7 años de evolución del SAF primario, tratados con anticoagulantes orales (INR entre 2 y 3), tres con hipertensión arterial, dos diabéticos y seis con dislipidemia, ocho con antecedente de evento vascular cerebral isquémico, uno con antecedente de pérdida súbita de la audición que mejoró con el empleo de esteroides, y uno con paresia vestibular izquierda.

Se diagnosticaron 12 casos con hipoacusia sensorial bilateral de superficial a profunda, tres con hipoacusia unilateral. Tres tuvieron además hipoacusia conductiva por otosclerosis; cinco con tinnitus y antecedente de síndrome vertiginoso, diagnosticándose labirintopatía, que mejoraron con ejercicios vestibulares. Tres pacientes requirieron auxiliar auditivo. De interés, 13/15 pacientes (86.6%) con hipoacusia bilateral presentaron EIM con una media de 1.2 mm \pm 0.2 (límites de 1 a 2.9 mm) En contraste, 14/35 (40%) con EIM no tuvieron hipoacusia ($p < 0.002$).

Conclusiones: 1. La discapacidad auditiva se presenta en pacientes con SAF primario y se asocia al EIM carotídeo. 2. La pérdida sensorineural de la audición puede ser una expresión de aterosclerosis. 3. Estos nuevos hallazgos en SAFP indican la necesidad de otras alternativas terapéuticas, además de control estricto de factores de riesgo para aterosclerosis. 4. El examen audiológico se debe realizar por lo menos una vez al año, con el fin de identificar y retardar la presencia de secuelas.

C-1 / C003

Micro y macroangiopatía trombótica responsable de afectación multiorgánica. ¿Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos catastrófico (SAAF) sin corroboración serológica en casos fatales? Informe de seis casos

Jaimes-Piñón G, Herrera-van Oostdam DA, Martínez-Martínez M, Santillán-Guerrero E, Saldaña-Barnard M, Cuevas-Orta E, RIMVA, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Antecedentes: El SAAF representa la forma más grave y de mayor morbimortalidad del síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF). Los criterios definitivos se basan en tres características clínicas: la aparición de disfunción multiorgánica (≥ 3 órganos) con trombosis histopatológica, tiempo de instalación en un periodo de siete días y la presencia de títulos altos de anticuerpos antifosfolípidos.

La diversidad de su presentación obliga a tener un alto grado de sospecha para el diagnóstico y tratamiento oportuno. En casi la mitad de los pacientes con SAAF hay antecedente o evidencia de factor desencadenante.

Métodos: Se realizó análisis de necropsias con los siguientes criterios de selección: disfunción multiorgánica asociada a trombosis, microangiopatía trombótica, anemia hemolítica y síndrome HELLP; se determinaron las características clínicas, inmunológicas e histopatológicas y se eliminó a aquellos con información insuficiente o con estados de trombofilia conocidos distintos a SAAF o relacionados con neoplasias malignas.

Resultados: Se analizaron 200 necropsias realizadas entre 1995 y 2012, de las cuales se consideraron para el estudio 10 casos potenciales. De éstos, se excluyó a cuatro por información insuficiente. Los seis restantes tuvieron edad media al momento de presentación de 31.5 años (24-49), cinco de género femenino, cuatro (66.7%) tenían diagnóstico de lupus eritematoso generalizado (LEG) y sólo uno de éstos diagnóstico de SAAF. En dos con determinación serológica, las anticardiolipinas fueron positivas.

Las disfunciones orgánicas más frecuentes fueron neurológica y renal en todos; la expresión clínica en sistema nervioso central: encefalopatía cuatro y apoplejía uno; renal: insuficiencia renal aguda e hipertensión arterial en tres; pulmonar: insuficiencia respiratoria aguda dos, hemorragia masiva uno; hematológica: trombocitopenia cuatro, anemia hemolítica uno, presencia de esquistocitos tres. En cuatro el evento predisponente fue proceso infeccioso (IVU dos, respiratoria uno), una cesárea e infección (enterococo). Una paciente con infección de vías urinarias, datos de miastenia y timoma presentó microangiopatía trombótica diseminada. De la atención de más de 340 pacientes con LEG, ningún paciente con SAAF ha sobrevivido.

Discusión: El SAAF conlleva elevada morbimortalidad. Su reconocimiento y tratamiento oportuno y adecuado pueden disminuir su mortalidad.

Los factores desencadenantes son variables e incluyen infecciones, parto, cirugía y neoplasias. No hay informes en las publicaciones de series de necropsias ni de la asociación de SAAF con miastenia.

C-1 / C004

Caso de síndrome antifosfolípidos de presentación catastrófica secundario a lupus eritematoso sistémico

Cazares-Camacho AG, Enciso PS, Faugier FE, Maldonado-Velázquez R

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) catastrófico se caracteriza por enfermedad oclusiva microvascular con falla multiorgánica subsecuente con alta tasa de mortalidad. El caso que se presenta es de paciente con lupus eritematoso sistémico como diagnóstico inicial, con sospecha de SAF catastrófico, una presentación poco habitual en la edad pediátrica, lo que lo hace excepcional.

Presentación del caso: Femenino de 13 años previamente sana con fiebre de cuatro días de evolución, predominio nocturno, sin foco aparente. Lesiones dérmicas en extremidades inferiores. Artritis de rodillas. Eritema malar. Cambios del estado de ánimo y deterioro cognitivo. Ingreso por dolor abdominal. A la exploración: irritable, huellas de sangrado en narinas, sin úlceras orales, cuello sin adenopatías, campos pulmonares y precordio sin alteraciones, abdomen con dolor en mesogastrio, intenso, con resistencia, peristalsis normal, sin megalias, vasculitis palmoplantar, pulsos de buena intensidad, llenado capilar normal. Leucocitosis, linfopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia. Función renal conservada a su ingreso.

Sedimento urinario activo. Proteinuria nefrótica. Hipoalbuminemia y enzimas pancreáticas elevadas. TAC abdominal: dilatación de conducto pancreático, esplenomegalia y zonas de infarto superior en bazo. Primera semana de evolución: hipertensión y disminución progresiva de tasa de filtración glomerular con elevación de azoados. RMN cráneo: zonas de hipointensidad en sustancia blanca sugestiva de lesión isquémica, con vasos arteriales arrosariados. Anti-DNA positivo, ANA citoplásmico de 1:1 260, anticoagulante lúpico positivo, anti- β -2 glucoproteína positiva IgM (11.4). Presentó síndrome de dificultad respiratoria aguda. Cuarta semana de evolución: nuevamente síndrome de respuesta inflamatoria con foco pulmonar, presentó hemorragia pulmonar y paro cardiorrespiratorio irreversible.

Discusión: Paciente con criterios de clasificación para LES y SAF catastrófico; con afectación dermatológica, hematológica, renal, neurológica; inmunológicos con anti-DNA, ANA, anticoagulante lúpico, anti- β -2 glucoproteína 1 con lesiones sugestivas de isquemia a nivel de sistema nervioso central e infartos esplénicos, pancreatitis, además glomerulonefritis rápidamente progresiva, con presentación en la primer semana, presentando hemorragia pulmonar con desenlace catastrófico, lo cual hace un caso poco común en edad pediátrica.

C-1 / C005

Anacusia súbita bilateral como manifestación no trombótica en un paciente con anticuerpos antifosfolípidos

Galicia-López A⁽¹⁾, García M⁽²⁾, Anda-Garay JC⁽³⁾

^(1,3)HGZ 2-A, ⁽²⁾Instituto Mexicano del Seguro Social

Paciente masculino de 54 años de edad. Antecedente de pancreatitis aguda hace cuatro años sin etiología determinada. Diabetes secundaria. Hipertensión arterial sistémica, cuatro años de diagnóstico. Hipotiroidismo primario de siete años de detección.

Inició en octubre de 2010 con anacusia súbita y bilateral, cefalea y vértigo. En el servicio de otoneurología de hospital de tercer nivel correspondiente se determinó anacusia neurosensorial bilateral. Se inició tratamiento con esquema de dexametasona transtimpánica sin respuesta. Tres días después fue valorado por infectología, que sugirió inicio de ganciclovir durante 10 días a dosis de 12 mg/kg/día, aunado a prednisona, 50 mg diarios durante cuatro semanas. Al finalizar el tratamiento, los estudios de neuroconducción revelaron: potenciales auditivos de latencia corta sin respuesta.

Se aplicó nueva dosis de dexametasona transtimpánica. La logaudiometría reportó que no hay respuesta a máximas intensidades. Se canalizó a terapia de lectura labiofacial. Se canaliza a consulta de reumatología en mayo de 2011 por hallazgo de anticuerpos anticardiolipinas. Se inició anticoagulación oral. Sin recuperación de la audición. La evolución de los paraclínicos fue la siguiente:

Diciembre de 2010-marzo de 2011: biometría hemática: Hb, 13.2; leucocitos, 3 200; linfocitos, 1 100 neutrófilos, 1 800; monocitos totales, 300; Plaquetas, 370 000; Vsg, 36 mm/h; PCR, 1.1.

Creatinina sérica: 0.8 mg/dl; EGO: sin evidencia de proteinuria o sedimento inflamatorio;

urocultivo: sin desarrollo bacteriano.

Tiempos de coagulación: TP, 53.1 "; TPT, 92,6 "; TSH, 3.74; T4L, 1.04.

Cultivo expectoración: estreptococo β hemolítico del grupo C.

Perfil TORCH: CMV, IgM 37.1 (0 a 14.9 UA/ml); IgG 38.9 (0- 0.3 UA/ml).

Líquido cefalorraquídeo: aspecto incoloro, una célula por campo. Glucosa de 99 mg/dl; proteínas < 68 mg/dl. Tinción de Gram negativo. Anticuerpos contra citomegalovirus: IgG, 0 UA/ml; IgM, 0.007 UA/ml.

Mayo de 2011: pruebas inmunológicas: ANA, 80, homogéneo; 40 citoplasmático; anti-DNA negativo; anti-Sm negativo. Anticoagulante lúpico positivo, 1.69 (positivo < 1.2). Anti- β -2-GP IgM, 3 350 (< 8 U/ml); anti- β -2-GP IgG, 6.8 (14.3 U/ml). Anticardiolipinas IgM, > 255 MPL (positivo > 15). Anticardiolipinas IgG, 46.3 GPL (positivo > 20.1).

Complemento C3, 296.7 (90-180); C4, 29.8 (10-40).

Angiorresonancia magnética de cráneo: en secuencia T1: fosa posterior y estructuras de tallo cerebral sin alteraciones. Parénquima cerebral homogéneo. En secuencia T2: imágenes hiperintensas subcorticales frontales y parietales en forma bilateral. Predomina una con afección cortical frontal derecha, con pérdida de volumen encefálico. La lesión temporal derecha es hiperintensa, señal de LCR. Posterior al contraste paramagnético, el comportamiento vascular y reforzamiento es normal. Conclusión: atrofia corticocortical y cambios en relación con microangiopatía.

Discusión: El síndrome antifosfolípidos microangiopático es una entidad de descripción reciente, caracterizada por la presencia de manifestaciones no relacionadas con trombosis de grandes vasos. En este tipo de manifestaciones, la microangiopatía, la microtrombosis y la disfunción endotelial son los mecanismos patogénicos predominantes. A nivel de sistema nervioso, varios síndromes neurológicos han sido asociados con la presencia de anticuerpos antifosfolípidos, sin evidencia de trombosis de grandes vasos, entre ellos la mielitis transversa y síndromes que imitan esclerosis múltiple, el deterioro cognitivo, demencia vascular, corea, crisis convulsivas, y cefaleas migrañosas.

La sordera sensorial autoinmunitaria (ASNHL) es un síndrome clínico que produce una sordera bilateral rápidamente progresiva, incluso súbita. Recientemente se ha establecido su asociación con presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Hasta el momento son pocos los casos reportados en las publicaciones. Destaca el seguimiento de Toubi y colaboradores a 30 pacientes con ASNHL, encontrando títulos moderados de anticardiolipinas en 27 de ellos. El tratamiento es controversial y algunos autores recomiendan el inicio de anticoagulación en estos pacientes.

Bibliografía

- G. Sanna ML, Bertolaccini MJ, Cuadrado MA, Kamashta and GRV. Hughes. Central nervous system involvement in the antiphospholipid syndrome. *Rheumatology* 2003;42:200-13.

- Yehudai D, Shoenfeld Y, Toubi E. The autoimmune characteristics of progressive or sudden sensorineural hearing loss. *Autoimmunity* 2006;39(2):153-8.
- Praprotnik S, Ferluga D, Vizjak A, Hvala A, Avcin T, Rozman B. Microthrombotic/microangiopathic manifestations of antiphospholipid syndrome. *Clin Rev Allergy Immunol* 2009;36:n109-25.

C-1 / Co06

Enfermedad de Rosai-Dorfman en una paciente con síndrome antifosfolípidos primario. Reporte de un caso

Medina G⁽¹⁾, Jesús-Martínez E⁽²⁾, Muñoz A⁽³⁾, Lara-Torres H⁽⁴⁾, Sánchez-González A⁽⁵⁾, Jara L⁽⁶⁾

^(1,3-6)Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza, IMSS, ⁽²⁾Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: La enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD), o histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva (HSLM), es una rara proliferación benigna, idiopática, que afecta a los ganglios linfáticos con rara afección extraganglionar. Su etiología es desconocida; posibles mecanismos incluyen inmunodeficiencia subyacente, alteraciones inmunitarias, o infecciones virales o bacterianas. El diagnóstico de ERD se confirma mediante el examen histopatológico y estudios de inmunohistoquímica.

Excepcionalmente se han reportado casos de ERD asociados a enfermedades reumáticas, tales como lupus eritematoso sistémico (LES), un caso con síndrome de Sjögren y un caso en LES y síndrome antifosfolípidos asociado (SAAF). Se reporta un caso de paciente con SAAF primario y ERD.

Caso clínico: Paciente femenino de 55 años con antecedente de un evento de trombosis venosa profunda (TVP) en miembro pélvico derecho hace 20 años durante el embarazo, el cual terminó en aborto espontáneo del segundo trimestre; tratada con anticoagulantes orales por seis meses. Diabetes de 16 años e hipertensión arterial de 11 años de evolución. En el 2010 presentó TVP en miembro pélvico izquierdo y se reportó anticoagulante lúpico (2.0) fuertemente positivo y anticardiolipinas positivas, diagnosticándose SAAF primario e iniciando tratamiento con anticoagulantes orales. Presentó un cuadro clínico de una semana de evolución, con astenia, adinamia, síntomas generales, disminución generalizada de la fuerza muscular; pérdida de peso de 11 kg en dos meses e hiperpigmentación facial y acral.

En 2011 se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen, reportando tumoración suprarrenal bilateral de predominio derecho y en región izquierda inferior al hilio renal. Se diagnostica adenoma suprarrenal no funcional bilateral y por elevación de ACTH (73.40 pg/ml) probable síndrome de Cushing, el cual se descartó. Se realizó adrenalectomía laparoscópica encontrando tumor firmemente adherido a cava, de 10 x 9 x 9 cm con lesiones en cava y porta. El estudio histopatológico reportó emperipolesis (linfocito-fagocitosis) y estudio de inmunohistoquímica con proteína S-100 positiva en macrófagos, CD-68 positivo en macrófagos y antiqumiotripsina α_1 , confirmando el diagnóstico de ERD.

Discusión: Se describe el caso de una paciente con SAAF primario y ERD con afección extraganglionar a nivel suprarrenal que requirió tratamiento quirúrgico por compromiso glandular. Los histiocitos de HSLM con emperipolesis son diferentes de los observados en otras enfermedades benignas y malignas, como linfoma de Hodgkin, leucemia monocítica e histiocitosis de Langerhans. Los trastornos inmunitarios pueden relacionarse con la aparición de esta enfermedad, como en este caso con el SAAF primario como asociación o coincidencia.

C-1 / Co07

Síndrome de vena cava superior en el lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípidos secundario: reporte de caso

Ricárdez-Puente HA, De la Madrid-Cernas AA, García-Morales H, De la Madrid-Agraz V, Gándara-Márquez F, González-Jáuregui GA, Sánchez-Ortiz A, Castro-Lizano N, Echeverría-González G

Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: El síndrome de vena cava superior (SVCS) se debe a diferentes grados de obstrucción en el sistema venoso central; su principal etiología en los últimos 25 años (tumores malignos, infecciones y mediastinitis fibrosa) ha cambiado por la aplicación de dispositivos de acceso venoso central y mejoría en abordaje diagnóstico de estados procoagulantes. En el síndrome antifosfolípidos (SAAF) primario, el SVCS se ha reportado en 4.3%, mientras que en el lupus eritematoso sistémico (LES) se ha reportado ante la presencia de anticoagulante lúpico.

Caso clínico: Hombre de 36 años, LES en un hermano, tabaquismo y alcoholismo previos, obeso, sedentario, diagnóstico de tres años, afección hematológica, renal, mucocutánea y articular, tratamiento inicial con pulsos de MPD (3 g); a cuatro meses diagnóstico de SAAF por trombosis de miembro torácico izquierdo y anticardiolipinas a títulos altos; inició tratamiento con ACO; a nueve meses, vasculitis leucocitoclástica con EMG; mostró datos de polineuropatía mixta de cuatro extremidades; inició CFM con seis bolos (900 mg, privado), luego 1 300 mg (institucional), completándose 14 bolos; año y medio después persistió actividad con sedimento urinario, anti-DNA y consumo de complemento, inició rituximab (2 g), continuó actividad y se agregó proteinuria de 5.4 g, rescate con pulsos de MPD (3 g); inició descontrol glucémico y tratamiento con insulina; BRP a los tres años con nefropatía lúpica proliferativa, clase II, IF: IgM, C3c, C1q e IgG mesangial, IgA negativa; en la misma fecha presentó síncope, secundario a bloqueo AV de tercer grado, requirió colocación de marcapasos definitivo.

Septiembre 2012, cuadro de 15 días de dolor e inflamación de cuello y bucofaringe, sudación nocturna y dolor al respirar, mal apego a ACO e INR 1.5, USG Doppler de cuello: trombosis de V en yugular interna derecha; se realizó trombólisis con tenecteplasa dosis total con desaparición de síntomas, ajuste de anticoagulación oral y realización de angio-TAC pulmonar: SVCS por defecto de llenado en tronco braquiocefálico venoso, subclavia derecha, sin afectación arterial o pulmonar, proteína C (63.9%) y S (50.2%) bajas. Actualmente propuesto para colocación de filtro V en cava inferior.

Conclusión: Paciente con SVCS grave de etiología multifactorial, considerando comórbidos LES y SAAF y deficiencia de proteínas C y S. La recurrencia se da entre el 0 y 45% y complicaciones hasta en 10% con mortalidad del 3%, asociada a embolismo pulmonar o excesivo retorno venoso, condicionando pronóstico ominoso de no ser tratado a tiempo. Destaca la importancia de búsqueda de factores agravantes que contribuyen a un estado procoagulante y la necesidad de iniciar un tratamiento anticoagulante y seguimiento estricto.

C-1 / Coo8

Hombre de 35 años de edad con trombosis de aorta abdominal crónica que inicia con disnea súbita

Eguía M

Hospital Christus Muguerza

Hombre de 35 años de edad no fumador, con antecedente de dolor abdominal agudo intenso hace dos años hospitalizado sin realización de estudio de imagen. Portador de HTA diagnóstico hace tres años, tratamiento con tres antihipertensivos y uno de ellos un diurético. Presenta dos semanas antes de su ingreso un EVC isquémico en ganglios basales izquierdo con hemiparesia derecha (4/5) como secuela. Además se detecta a su llegada con crisis hipertensiva y TA de difícil control en su estancia. Niega antecedente de claudicación, disnea, dolor torácico, exantema, úlceras orales, pérdida

de peso. A la EF llama la atención la ausencia de pulsos distales en miembros inferiores.

Se ingresa para su estudio, US Doppler renal con gran disminución de flujo de aorta abdominal debajo del nacimiento de la arteria mesentérica superior y bajo flujo renal bilateral con riñón derecho pequeño hiperecogénico con pérdida de relación corteza-médula. Cr, 4.8; BUN, 104.4; urea, 223; FeNa, 0.47%; sodio, 122 con osmolaridad urinaria en 209; potasio, 6.7; cloro, 93; fósforo, 5.7. Anemia, Hb 10 NN; WBC, 7.10 con linfopenia (600). Plq, 131 000; INR, 1.13, con prolongación de TTP en 60.9 s con testigo de 31.5 s.

Se toma estudio de angiografía de aorta abdominal, encontrándose oclusión de aorta abdominal suprarrenal por trombosis y oclusión de arterias renales y mesentéricas con llenado por flujo colateral, oclusión de arterias ilíacas comunes y atrofia renal derecha. Anticoagulante lúpico confirmatorio de 2.28 (menor de 1.20), anticardiolipina IgG mayor de 120 GPL, IgM negativo. IgG β 2 glucoproteína de 150 U (menor de 21); ANA de 1:320 homogéneo. C3 bajo, C4 normal; VSG, 43; PCR, 6.6; linfopenia, 100; trombocitopenia y Coombs directo positivo.

Ac antidoble cadena, anti-Sm, Ro, La, ANCA negativos. Se inicia anticoagulación con enoxaparina, 60 mg cada 12 horas. Al tercer día de estancia intrahospitalaria presenta picos febriles de 37.8 C, y disnea súbita con desaturación hasta 88%, requiriendo VMNI. TAC simple de tórax con presencia de infiltrados intersticiales perihiliares bilaterales y áreas de vidrio despolido disperso hacia segmentos superiores.

Citología de LBA con hemorragia reciente, macrófagos alveolares y células inflamatorias principalmente PMN. Se decide administrar tres bolos de metilprednisolona, 1 g IV diarios, e inicio de plasmaféresis (cinco recambios plasmáticos) y rituximab con notoria mejoría de su cuadro respiratorio inmediatamente posterior a plasmaféresis y radiografía normal aproximadamente a los 10 días de iniciarse su tratamiento y mejoría de creatinina a 1.5 mg/dl sin requerir sustitución renal.

C-1 / Coo9

Determinación de concentraciones séricas de 25(OH) vitamina D en niños con lupus eritematoso sistémico y artritis idiopática juvenil

Clark P⁽¹⁾, Hernández-Rosiles V⁽¹⁾, Maldonado R⁽¹⁾, Duarte C⁽²⁾, Rivas-Ruiz R⁽¹⁾

⁽¹⁾HIM Federico Gómez-Facultad de Medicina UNAM, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación

La deficiencia de vitamina D es un problema prevalente en la población pediátrica a nivel mundial y su deficiencia se ha referido en las enfermedades autoinmunitarias.

Objetivo: Determinar las concentraciones séricas de 25(OH) vitamina D en niños con LES y AIJ de la Clínica de Reumatología del Hospital Infantil de México Federico Gómez y el Instituto Nacional de Rehabilitación y compararlas con las concentraciones séricas de 25(OH) vitamina D de niños clínicamente sanos de la misma edad y sexo.

Material y métodos: Previo consentimiento y asentimiento informado de los pacientes y sus padres, se realizó un estudio transversal analítico en niños y niñas con diagnóstico de LES y AIJ de acuerdo con los criterios del ACR. Se aplicó un cuestionario específicamente diseñado para los datos clínicos y se midieron las concentraciones de 25(OH) D, PTH, calcio y fósforo. La 25(OH) D se determinó por espectrometría de masas con corrección tandem en el laboratorio de metabolismo óseo en la Universidad de Tufts. Las concentraciones de 25(OH) D fueron comparadas entre los tres grupos buscando su relación con el diagnóstico, sexo, color de piel, nivel de actividad de la enfermedad y uso de bloqueador solar. El análisis estadístico se realizó por medio del paquete SPSS versión 20. Las diferencias de proporciones se realizaron por medio de χ^2 o prueba exacta de Fisher cuando fue necesario; se

utilizó la prueba de ANOVA para variables cuantitativas; se realizó una regresión logística para valorar los OR y el modelo multivariado fue incluido para ajustar las variables confusoras y se realizó un análisis de covarianza con ajuste de variables.

Resultados: Se incluyó a 37 pacientes con LES, 37 con AIJ y 79 controles sanos de siete a 17 años de edad. Las concentraciones más bajas de 25(OH) D fueron observadas en el grupo de LES (18.95-7.92 ng/ml), seguidas por el grupo de AIJ (21.97-5.75 ng/ml) y finalmente en los sanos (23.68-5.86 ng/ml); se encontró una diferencia $p < 0.05$ al comparar el grupo de LES y niños sanos, con un OR en el grupo de LES (2.41, $p = 0.057$) y en las mujeres OR (2.61, $p < 0.05$) ajustado por diagnóstico, sexo, color de piel y uso de bloqueador. No se encontró asociación con los niveles de PTH y con la actividad de la enfermedad.

Conclusiones: El LES está relacionado con deficiencia de 25(OH) D, probablemente asociados a la etiología de la enfermedad y su tratamiento. El sexo femenino en AIJ y controles también se encuentra asociado a esta deficiencia. Es importante medir y suplementar con vitamina D a niños con LES y AIJ.

C-1 / Co10

Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario (SAAFP) con mixoma gigante

Villalobos-Flores A, Torres-Amaya D, López-Rocha A, Rucoba-Moctezuma P, Vidal G, Martínez-Martínez MU, Abud-Mendoza C

Departamentos de Medicina y Cardiología, Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Antecedentes: La expresión clínica del SAAFP es variable y se puede presentar con una o más pérdidas fetales, trombosis venosa, tromboembolismo, trombocitopenia y anemia hemolítica; menos a menudo se asocia con trombosis arterial, valvulopatía mitral, lesiones cutáneas y hemorragias. Recientemente se ha descrito esta patología en ausencia de anticuerpos séricos. Su asociación con mixoma es inédita.

Caso clínico: Femenino de 50 años con antecedente de cuatro abortos de 12 embarazos y apoplejía probablemente isquémica ocho años antes, con hemiparesia derecha y afasia en tratamiento actual con acenocumarina, amlodipina y enalapril por hipertensión arterial sistémica diagnosticada en ese momento.

Desde mayo del 2012 comenzó con astenia, adinamia, disnea de grandes esfuerzos progresiva hasta la ortopnea. El 6 de agosto se realizó ecocardiograma TT en el que se evidenció mixoma gigante de 8 x 3.5 cm en aurícula izquierda, que genera pseudoestenosis mitral, con FEVI de 62% e HAP grave de 84 mmHg. A la exploración física destacaba precordio con revoluciones cardíacas rítmicas y soplo holosistólico plurifocal, desdoblamiento y reforzamiento del pulmonar; exploración neurológica prácticamente normal salvo con fuerza de cuatro.

Ausencia de expresión clínica de fenómenos embolígenos periféricos. Destacó de sus exámenes de laboratorio: anemia microcítica normocrómica de 11.3 g/dl, VSG: 20 mm, PCR: 4.0 (normal < 0.8); tiempos de coagulación: TP 24.4 con INR: 2.24 y TTP: 43.8. EKG: ritmo sinusal, eje de 60°, FC: 75/minuto, onda P bimodal en derivaciones precordiales, hipertrofia ventricular izquierda. Radiografía de tórax: con datos de hipertensión venocapilar pulmonar, broncograma aéreo hacia ambas bases, cardiomegalia grado II-III a expensas de cavidades izquierdas; hilos ensanchados a expensas de arterias pulmonares.

Conclusiones: La presentación de SAAFP con abortos recurrentes y alteraciones valvulares mitrales es característica, aunque no hay informe de su presentación con mixoma, patología que resulta de interés por su expresión clínica cardiovascular central y periférica, así como por su potencial asociación con seudovasculitis y fenómenos tromboembólicos.

C-1 / Co11

Lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípidos (SAAF) con expresión de serología negativa en la práctica clínica

Hernández-N E⁽¹⁾, Olan F⁽²⁾, Morales-R Z⁽³⁾

(1)IMSS HGZ 46 Dr. Bartolomé Reynes Berezaluce, (2,3)SSA HRAE Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez

Introducción: El LES es una enfermedad sistémica autoinmunitaria con diferentes presentaciones clínicas. La dificultad en el diagnóstico ha evolucionado con la serología, que se incluye en los criterios del ACR. El concepto de "LES seronegativo" fue descrito por Koller en 1976, predominando fotosensibilidad y síntomas articulares. Estos casos representan < 5% y con las nuevas técnicas son excepcionalmente raros. En la práctica clínica diaria es poco frecuente encontrar pacientes con manifestaciones clínicas de SAAF con serología negativa, lo que se conoce como "SAAF seronegativo".

Caso clínico: Mujer de 26 años con trombocitopenia en tercer trimestre de embarazo; se concluye gesta sin complicaciones. A los seis meses ingresa por sangrado transvaginal, 27 000 plaquetas, disnea, hemoptisis, anemia y cambios radiológicos. La TACAR de tórax y broncoscopia con criterios de hemorragia pulmonar. En la EF eritema malar, acortamiento frontal, *livedo reticularis*, sinovitis y datos clínicos de HAP; se considera LES y se indica pulsos de mPDN y CFM, los policultivos sin desarrollo. TTP prolongado, linfopenia y trombocitopenia. Los AAN, anti-Smith, anti-DNA, aL, aCL y aB2GP-1 negativos. ECOTT PSAP de 50 mmHg, insuficiencia mitral grave y engrosamiento valvular. Por sospecha clínica y alteraciones bioquímicas se inicia el FARME sildenafil con mejoría, egreso y seguimiento en la consulta.

Reingresa a cuatro meses en urgencias por crisis convulsivas y apoplejía izquierda. Por deterioro ventilatorio pasa a UTI con evidencia de hemoptisis. Se descarta proceso infeccioso y nuevo pulso de mPDN CFM con buena evolución. Actualmente en seguimiento en la consulta con plaquetas de 203 000, neurológico *ad integrum*, persiste TTP prolongado sin manifestaciones hemorrágicas ni trombóticas. En protocolo para reemplazo valvular. Por informe de AAN negativos, durante su seguimiento se solicitó especificidad para anti-Ro que se reportó negativo.

Discusión: La expresión de AAN negativos es baja (< 5%) de acuerdo a las nuevas líneas celulares del tipo HEp-2; algunos autores han justificado que anti-Ro tiene utilidad. Son varios los factores asociados con la serología negativa: errores en la técnica de laboratorio (fijación inadecuada que condiciona deficiencia antigénica), dosis altas de esteroides, proteinuria persistente profunda (pérdida renal de Igs). Con el advenimiento de nuevas técnicas diagnósticas se han reducido de forma considerable estos reportes.

Conclusión: El concepto de "LES o SAAF seronegativos" con la evidencia actual y amplia experiencia en diversos centros médicos se sugiere que son extremadamente raros.

C-1 / Co12

Abordaje de adenopatías por el reumatólogo. A propósito de un caso clínico

Martínez-Martínez MU⁽¹⁾, Herrera-van Oostdam D⁽²⁾, Herrera-Esparza R⁽³⁾, Alemán-Sánchez N⁽⁴⁾, Galván-Linares AI⁽⁵⁾, Falcón-Escobedo R⁽⁶⁾, Oros-Ovalle C⁽⁷⁾, Abud-Mendoza C⁽⁸⁾

(1,2,4-8)Departamentos de Patología y Reumatología del Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina de la U, (3)Centro de Biología Experimental Universidad Autónoma de Zacatecas

Antecedentes: El abordaje diagnóstico de adenopatías es multidisciplinario. El diagnóstico diferencial incluye múltiples diagnósticos, como neoplasias, infecciones agudas y crónicas, así como enfermedades reumáticas.

Caso clínico: Mujer de 37 años previamente sana y sin antecedentes de importancia; ingresó por dolor y aumento de volumen en la región inguinal derecha; tres días después se agregaron adenopatías generalizadas con drenaje purulento en región axilar y fiebre cotidiana hasta de 38.5 °C. Refirió, al interrogatorio intencionado, artralgias, mialgias y aparente episodio de artritis siete años antes, con resolución espontánea. Al 7º día del inicio del padecimiento presentó nódulos eritematosos que desaparecieron a las 48 horas con AINE.

En la exploración física sólo destacaban las adenopatías de entre 0.5 y 1 cm palpables en cuello, región axilar e inguinal y de los exámenes de laboratorio sobresalieron 10 500 leucocitos/mm³, 1 200 linfocitos, 1 080 monocitos, anemia de 11.6 g/L, normocítica y normocrómica, velocidad de sedimentación globular de 50 mm/h, factor reumatoide 32.2 U (LSN < 15), plaquetas, tiempos de coagulación, EGO y química sanguínea normales, PPD con 5 mm de induración, serología negativa para virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, VIH y virus B y C de hepatitis.

Anticuerpos antinucleares 1:100 patrón nucleolar, anti-DNA negativo, CH50 normal. Se realizó biopsia excisional de ganglio linfático que fue diagnóstica y se excluyeron patologías infecciosas agudas, subagudas y crónicas, neoplasias y otras a revisar (se discutirá diagnóstico diferencial entre lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Kikuchi, enfermedad de Castleman, sarcoidosis y enfermedad por IgG4). Se presentarán tinciones que incluyen inmunohistoquímica diversa.

Conclusiones: El reumatólogo participa activamente en el diagnóstico diferencial de las adenopatías, como es el caso de la paciente en que el diagnóstico diferencial incluyó lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Kikuchi, enfermedad por IgG4 y sarcoidosis, entre otras.

C-1 / C013

Gota y enfermedades metabólicas asociadas: evolución bajo tratamiento regular a los seis y 12 meses

García-Méndez S⁽¹⁾, Rull-Gabayet M⁽²⁾, Mendoza-Torres J⁽³⁾, Burgos-Vargas R⁽⁴⁾, Pascual-Ramos V⁽⁵⁾, Vázquez-Mellado J⁽⁶⁾

^(1,4,6)Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, ^(2,3,5)Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

En el último reporte NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)*) las enfermedades más frecuentemente asociadas a gota son: hipertensión arterial sistémica (HAS) con 71% e insuficiencia renal crónica (IRC) con 53%.

Objetivo: Describir las enfermedades metabólicas asociadas y su evolución a los seis y 12 meses en una cohorte de pacientes con diagnóstico de gota.

Pacientes y métodos: Esta cohorte inició en 2010 e incluye a pacientes con diagnóstico de gota (ACR y CGD) que acuden por primera vez a dos servicios de reumatología. Valoración basal y cada 6 meses: datos demográficos, clínicos, comorbilidades, bioquímicos, función renal (MDRD), tratamiento y diversas medidas de capacidad funcional y calidad de vida. Síndrome metabólico (SM) y sus componentes (criterios ATP III). Todos reciben tratamiento individualizado: modificaciones de estilo de vida (dieta y ejercicio), hipouricemiantes, antiinflamatorios no esteroideos, antihipertensivos e hipolipemiantes.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva y *t* de Student.

Resultados: Este reporte incluye a 59 pacientes cada 12 meses de seguimiento. Se integró con 58 hombres y una mujer, edad de 49.8 ± 12.4 años. Valoración inicial: 55.9% tenía hipertrigliceridemia (Htrig), HAS 52.5%, Ob 33.9%, SM 26.9%, hiperglicemia (Hg) 23.7%, hipercolesterolemia (Hcol) 18.6%, nefrolitiasis (NL) 18.6%, IRC 11.9%, diabetes mellitus (DM) 8.5%, HDL-C bajo 10.2%, insuficiencia cardíaca (IC) 1.7% y cardiopatía

isquémica (CI) 1.7%. A los seis meses hubo mejoría significativa en los valores de ácido úrico (AU), velocidad de sedimentación globular (VSG) y función renal calculada. Control de comorbilidades (% de pacientes) a los seis y 12 meses: HAS 71.1 y 62.5%; Hg 57.1 y 35.7%; Ob 28.0 y 16.7%; NL 88.9 y 77.8%; DM 100 y 75%; Htrig 42.4 y 41.7%; HDL bajo 25 y 15.8%; Hcol 37.5 y 33.3%. Diagnóstico de casos nuevos: HAS: 5, Hg: 9, Ob: 13, NL: 3, IRC: 9, IC: 1, DM: 3, Htrig: 22, HDL bajo: 16 y 8 con Hcol. Hubo cuatro fallecimientos (4/206), tres por CI, dos tenían SM, uno tenía CI y HAS; el otro desenlace fue por traumatismo múltiple. A los seis meses de seguimiento estos pacientes mejoraron significativamente en 7/11 variables de mejoría de gota crónica.

Conclusiones: A diferencia de lo descrito en las publicaciones, en estos pacientes la Htrig es la comorbilidad asociada más frecuente y la frecuencia de IRC, Ob, DM, IC y CI es menor. La mejoría de la gota y función renal es importante; sin embargo, ésta debería ser mayor en las variables metabólicas ya que son pacientes de alto riesgo para enfermedades cardiovasculares y desenlaces fatales.

C-1 / C014

Evaluación de manifestaciones neuropsiquiátricas de lupus eritematoso sistémico con la aplicación de un cuestionario de 27 preguntas

Becerril-Mendoza LT, Barbosa-Cobos RE, Lugo-Zamudio GE, Vargas-Avilés AS, Sepúlveda-Aldana D, Alonso-Martínez MD, González-Ramírez LV, Sánchez-González M

Hospital Juárez de México

Introducción: La prevalencia de manifestaciones neuropsiquiátricas en LES (NPSLE) descritas por el ACR varía de acuerdo a la población en estudio con un rango desde 37% hasta 95% y generalmente son un reto diagnóstico para los reumatólogos. La identificación temprana de pacientes con mayor riesgo de tener NPSLE de forma simplificada en la práctica clínica diaria tiene un efecto positivo en la morbimortalidad de la enfermedad. Un índice clínico para determinar con adecuada sensibilidad y especificidad NPSLE es clave para su reconocimiento en forma oportuna.

Objetivo: Identificar a pacientes con NPSLE con la aplicación del cuestionario de 27 preguntas a los sujetos con diagnóstico de LES (criterios ACR) en el servicio de reumatología de un hospital federal de concentración.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo, observacional. Se aplicó el cuestionario de manifestaciones neuropsiquiátricas de LES de 27 preguntas, las cuales evalúan datos de afección psiquiátrica y en sistema nervioso central. Se consideró como indicativo de NPSLE una puntuación mayor de 17, siendo éste el punto de corte para solicitar estudios complementarios de acuerdo con las recomendaciones EULAR.

Resultados: Se incluyó a 25 pacientes, a los que se les aplicó el cuestionario; 23 (92%) mujeres y dos (8%) hombres. La edad promedio de los pacientes fue de 33.5 con un rango de 20-55 años. El promedio en la puntuación del cuestionario fue de 5.9 con un rango de cero a 18.5 puntos. Sólo dos (8%) pacientes tuvieron una puntuación alta de 17 y 18.5, ambos con puntaje asociado a manifestaciones psiquiátricas.

Conclusión: En este estudio se identificó a dos pacientes (8%) con NPSLE, con el cuestionario; sin embargo, este instrumento únicamente es útil al inicio del estudio y es necesario complementar el abordaje diagnóstico con estudios de mayor especificidad y de acuerdo a las recomendaciones EULAR.

C-1 / C015

Experiencia en el uso de terapia biológica para el tratamiento de artritis reumatoide y espondilitis anquilosante, en pacientes "no respondedores a FARMES convencionales"

Holguín-Dorador I, Montiel-Martínez M

ISSSTEP

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica crónica, de causa desconocida, predominantemente articular, que afecta sobre todo las pequeñas articulaciones de las manos y los pies, de forma simétrica. La AR afecta alrededor del 1.5% de la población mundial.

Objetivo: Describir las características de los pacientes que han recibido terapia biológica en pacientes con AR y espondilitis anquilosante (EA) que presentaron falla a FARME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad) que han estado en terapia combinada a dosis óptima, por lo menos durante seis meses consecutivos.

Materiales y métodos: Los sujetos que se incluyeron fueron pacientes subsiguientes de la consulta externa de reumatología del Hospital de Especialidades del ISSSTEP entre los 18 y 70 años de edad, con diagnóstico de AR o EA con base en el cuadro clínico y los criterios de clasificación ACR (Colegio Americano de Reumatología). Se efectuó una revisión retrospectiva de 153 expedientes, por considerarse pacientes "no respondedores", sobre la base de haber recibido por lo menos seis meses consecutivos con terapias combinadas de MTX (metotrexato), LFN (leflunomida), HCQ (hidroxicloroquina), con o sin esteroides, y que persistían con actividad de la enfermedad. Se elaboró una base de datos considerando: edad, sexo, fecha de diagnóstico de AR, o EA, terapia combinada con FARME, fecha de inicio de la terapia biológica, así como exámenes de laboratorio registrados en forma semestral los cuales se presentarán en el poster final.

Resultados: Se revisaron 1 053 expedientes de pacientes con diagnóstico de AR o EA, atendidos en la consulta externa de reumatología desde enero 1º del 2010 hasta 31 de diciembre del 2011; se incluyó un total de 153 pacientes que se encontraron en terapia biológica (adalimumab, etanercept, infliximab, rituximab) y de éstos se obtuvieron los datos, los cuales se presentarán en el poster final. No todos contaban con DAS 28, cuestionario de calidad de vida, por lo que no se evalúa eficacia. Se describen efectos secundarios asociados.

Conclusión: Los pacientes descritos han tenido aparentemente buena respuesta a esta terapia con efectos secundarios no graves hasta el momento.

C-1/Co16

Correlación entre la actividad clínica de pacientes con artritis reumatoide y los efectos de leptina y adiponectina sobre las células mononucleares *in vitro*

Bustos Rivera-Bahena C⁽¹⁾, Xibille-Friedmann D⁽²⁾, Sandoval-Ríos, M⁽³⁾, Montiel-Hernández JL⁽⁴⁾

⁽¹⁾Facultad de Ciencias, UAEM, ⁽²⁾Depto. de Reumatología, Hospital General de Cuernavaca, Secretaría de Salud de Morelos, ^(3,4)Facultad de Farmacia, UAEM

Introducción: Varios estudios sugieren que las adipocitocinas, leptina y adiponectina (Acrp30) tienen una participación activa en el desarrollo de esta enfermedad. En este sentido, este grupo de investigación, en estudios previos, ha observado una asociación significativa de estas hormonas con la actividad clínica y la respuesta terapéutica. Sin embargo, su mecanismo de acción en la AR está poco entendido.

Objetivo: Comparar los efectos proliferativos e inflamatorios de leptina y Acrp30 *in vitro* sobre células mononucleares (CMN) y linfocitos T CD4 de pacientes con AR y donadores sanos.

Metodología: Se recurrió a pacientes con AR, de acuerdo con los criterios ACR2010, que asistieron al Hospital General de Cuernavaca y que llenaron consentimiento informado. La actividad clínica (DAS28) de todos los pacientes fue determinada por el mismo reumatólogo (DXF), el día de toma de sangre. También se emplearon muestras sanguíneas de donadores del

CETS-Morelos. Las CMN fueron aisladas por Ficoll-Paque y el aislamiento de células T CD4 se realizó con perlas magnéticas. Los ensayos *in vitro* fueron realizados con leptina y Acrp30 humanas recombinantes. El efecto proliferativo y de activación fueron evaluados por la técnica de MTT y la expresión de los marcadores CD25/CD69, respectivamente. Los niveles de IL-2, TNF- α en los sobrenadantes de cultivo fueron evaluados por ELISA. La resistencia a la apoptosis inducida por etopósido fue evaluada por YoPro/ioduro de propidio.

Resultados: Se observó que las CMN de pacientes fueron significativamente más responsivas que las células de donadores, al efecto proliferativo por leptina y Acrp30. Interesantemente, el nivel de proliferación relativo se correlacionó con el DAS28 de los pacientes. En concordancia con esto, leptina y Acrp30 también indujeron una mayor secreción de IL-2 y TNF- α de las células de pacientes en comparación con los donadores y en quienes los niveles también se correlacionaron con el DAS28 de los pacientes. Sin embargo, la Acrp30 produjo mayor activación de células T, en comparación a la leptina, al incrementar el porcentaje de células CD25/CD69 tras 24 h de incubación; siendo significativamente mayor en células de pacientes en comparación de células de donadores.

Por otra parte, la leptina también fue capaz de rescatar de la apoptosis inducida por etopósido, potencialmente por un mecanismo dependiente de Akt-Bcl2. Actualmente se concluye este estudio confirmando estos efectos con células T CD4 purificadas de pacientes.

Conclusión: La leptina y Acrp30 inducen un mayor efecto proliferativo e inflamatorio *in vitro* con células aisladas de pacientes con AR y parecen correlacionarse con el grado de actividad clínica.

C-1 / Co17

Traducción y validación transcultural del instrumento *Health Assessment Questionnaire* para el idioma maya yucateco

Álvarez-Nemegyei J⁽¹⁾, Peláez-Ballestas I⁽²⁾, Loyola-Sánchez A⁽³⁾

⁽¹⁾Universidad Anáhuac Mayab, ⁽²⁾Hospital General de México S.S., ⁽³⁾Universidad McMaster

Antecedentes: La adaptación y validación transcultural del instrumento COPCORD, en el que se incluye una versión del cuestionario HAQ, ha emergido como una necesidad en la iniciativa GLADERPO (Grupo Latinoamericano de Estudio de Enfermedades Reumáticas en Poblaciones Originarias).

Objetivo: Evaluar la validez, consistencia y equivalencia transcultural de la traducción al idioma maya yucateco del instrumento *Health Assessment Questionnaire Disability Index* (HAQ-Di).

Material y métodos: Se procedió a la traducción de la versión validada en idioma español mexicano del instrumento HAQ-Di hacia el idioma maya yucateco mediante el procedimiento sugerido por Beaton y colaboradores: traducción al idioma blanco por dos traductores independientes, retrotraducción, evaluación de la equivalencia de la retrotraducción, elaboración de la versión preliminar en maya y de la equivalencia transcultural por consenso de investigadores y voluntarios bilingües maya-español, aplicación piloto de la versión preliminar (100 sujetos monolingües en maya) y generación de la versión final por nuevo consenso de las observaciones a la prueba piloto. La consistencia fue evaluada mediante la aplicación de la versión final a 30 individuos monolingües en maya yucateco en dos ocasiones con 24 horas de intervalo.

Resultados: Se obtuvo la versión final en maya yucateco que incluyó todos los dominios y los 20 reactivos incluidos en la versión *in extenso* del cuestionario HAQ-Di fuente en español mexicano. La versión en maya yucateco incorporó y modificó varios reactivos, así como la manera de contestación para hacerlos congruentes con la idiosincrasia idiomática, cultural y socioeconómica de la población maya rural. El subgrupo de evaluación de la consistencia estuvo comprendido por 18 mujeres y 12 hombres de 46 \pm 18 años de edad (límites, 18 a 72), de los cuales fueron 15 COPCORD positivos

con los diagnósticos de lumbalgia (seis), osteoartritis (tres), lumbalgia (dos); y artritis reumatoide, mialgia inespecífica, neuropatía diabética e insuficiencia venosa (uno). La evaluación de la reproducibilidad del instrumento mostró adecuada consistencia externa ($r = 0.70, p < 0.001$); CCI: 0.69, IC 95%: 0.43-0.84) y externa (coeficiente alfa de Crombach: 0.81).

Conclusiones: Se generó una versión del instrumento HAQ-Di en idioma maya yucateco con adecuadas equivalencia transcultural y consistencia. Esta versión puede ser usada en población monolingüe maya yucateca para la identificación de limitaciones en la capacidad funcional en poblaciones rurales con actividades laborales específicas y con necesidades de atención médica e investigación de malestares musculoesqueléticos y enfermedades reumáticas.

C-1 / Co18

Abatacept SC vs. IV en la artritis reumatoide (AR): análisis *post-hoc* de la eficacia en los datos del seguimiento a largo plazo del estudio ACQUIRE (SC) con los datos del estudio AIM (IV)

Genovese M⁽¹⁾, Pacheco-Tena C⁽²⁾, Covarrubias-Cobos J⁽³⁾, León G⁽⁴⁾, Mysler E⁽⁵⁾, Keiserman M⁽⁶⁾, Valente R⁽⁷⁾, Nash P⁽⁸⁾, Simon-Campos J⁽⁹⁾, Box J⁽¹⁰⁾, Legerton III C⁽¹¹⁾, Durez P⁽¹²⁾, Delaet I⁽¹³⁾, Elegebe A⁽¹⁴⁾, Alten R⁽¹⁵⁾

⁽¹⁾Stanford University, ⁽²⁾Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua, Chihuahua, México, ⁽³⁾Centro Médico de las Américas, Mérida, ⁽⁴⁾Instituto de Ginecología y Reproducción, Lima, Perú, ⁽⁵⁾Organización Médica de Investigación, Buenos Aires, Argentina, ⁽⁶⁾Pontifical Catholic Univ School of Medicine, Porto Alegre, Brazil, ⁽⁷⁾Physician Research Collaboration, Lincoln, United States, ⁽⁸⁾Univ of Queensland, Brisbane, Australia, ⁽⁹⁾Centro de Especialidades Médicas/HRAEPY, Mérida, México, ⁽¹⁰⁾Box Arthritis and Rheum of the Carolinas, Charlotte, ⁽¹¹⁾Low Country Rheum, Charleston, United States, ⁽¹²⁾Univ Catholique de Louvain, Brussels, Belgium, ^(13,14)Bristol-Myers Squibb, Princeton, United States, ⁽¹⁵⁾Schlosspark-Klinik, University Medicine, Berlin, Germany

Antecedentes: El ACQUIRE es un estudio de fase IIIb que comparó el abatacept (ABA) SC e IV en un periodo doble ciego (DB) de seis meses. Al sexto mes, todos los pacientes se incluyeron en el periodo de fase abierta, en el cual recibieron ABA SC. El AIM es un estudio de fase III, de 12 meses, doble ciego, controlado con placebo y ABA IV, también con extensión abierta. Los pacientes de ambos estudios tenían AR moderada a grave, respuesta inadecuada a MTX y características demográficas y de actividad de la enfermedad basales similares.

Objetivos: Comparación a largo plazo de ABA SC e IV. Se llevó a cabo un análisis *post-hoc* de eficacia de los datos a largo plazo de los periodos abiertos del ACQUIRE y del AIM.

Métodos: En el ACQUIRE, los pacientes recibieron 125 mg de ABA SC semanalmente (después de una carga IV de 10 mg/kg en el día 1), MTX. En el AIM, los pacientes recibieron ABA IV en dosis aproximada de 10 mg/kg cada cuatro semanas (después de dosis de carga en los días uno, 15 y 29), MTX; sólo los pacientes que recibieron ABA en el DB y en los periodos de fase abierta se incluyeron en este análisis. El análisis de los datos a largo plazo comenzó en el día 253 para el ACQUIRE.

Se eligió el día 225 como punto de comparación inicial para el AIM. Los datos más recientes del largo plazo para ACQUIRE (día 897) se utilizaron como la fecha de comparación final para el AIM también; sin embargo, al momento del análisis, no todos los pacientes del estudio ACQUIRE habían alcanzado este punto final de tiempo. Los datos se utilizaron para evaluar la respuesta al tratamiento (ACR 20, 50 y 70) y el estado de la enfermedad (DAS28 [PCR], SDAI y CDAI). No se realizaron análisis de seguridad en este subgrupo.

Resultados: En el periodo de fase abierta del ACQUIRE, 1 372 pacientes recibieron ABA SC en comparación con 378 pacientes que recibieron ABA IV en el AIM. Los porcentajes de respuestas ACR 20, 50 y 70 y de remisión

DAS fueron sostenidos de los días 253/225 al día 897 para ACQUIRE/AIM, respectivamente. Los porcentajes de remisión SDAI y CDAI al día 253 (13.3%, 179/1 341; y 15.6%, 211/1 349) fueron sostenidos más allá del día 897 (20.2%, 123/608; y 22.1%, 143/646) en ACQUIRE. En AIM, los porcentajes correspondientes al día 225 (9.9%, 36/365; y 12.2%, 45/369) fueron sostenidos de manera similar más allá del día 897 (15.0%, 45/300; y 16.7%, 52/311).

Conclusiones: El abatacept SC proporciona eficacia similar al abatacept IV en la comparación a través de estos dos estudios y, en general, la eficacia que se alcanza en el corto plazo se mantiene a través del tiempo en el largo plazo.

C-1 / Co19

Biomarcadores protrombóticos y de inflamación en pacientes con artritis reumatoide y elevado riesgo cardiovascular sometidos a dieta antiinflamatoria

Torres-López ChC⁽¹⁾, Cardiel MH⁽²⁾, Viveros ME⁽³⁾

^(1,3)División de Posgrado, Facultad de Medicina UMSNH, ⁽²⁾Unidad de Investigación, Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria que implica un proceso inflamatorio crónico generalizado, que promueve la aterogénesis acelerada, incrementando el riesgo cardiovascular (CV). El 65% de los pacientes presenta obesidad, potenciándose el riesgo por acción de adipocinas inflamatorias. El riesgo CV puede evaluarse mediante escalas y determinación de biomarcadores de inflamación-trombosis. La dieta posee un papel determinante en la modulación del estado inflamatorio.

Objetivo: Determinar el efecto de una dieta antiinflamatoria sobre actividad de la enfermedad en pacientes con AR y elevado riesgo CV.

Metodología: Ensayo clínico controlado, aleatorizado con dos grupos: control e intervención; dietoterapia, evaluación nutricional *AHEI* y *GPAQ*, de actividad de enfermedad y riesgo CV, preintervención y posintervención.

Resultados: (n = 22). Basales: grupo de intervención (n = 11), 100% femenino, DE: edad, 50.73/14.84; tiempo de evolución, 7.27/5.69; DAS28, 3.92/0.43. Grupo control (n = 11), 81.8% femenino; edad, 57.36/12.33; tiempo de evolución, 9.40/8.46; DAS28, 3.85/0.75. Framingham, bajo 22.7%, ligero 40.9%, moderado 31.8%, alto 4.5%. *AHEI* y *GPAQ* = 72.7%. Pobre calidad alimentaria, bajo nivel de actividad; 27.2% baja calidad alimentaria, moderado nivel de actividad. *Post (intragrupo):* Control: disminución significativa de peso ($p = 0.009$), IMC ($p = 0.009$), C.C ($p = 0.01$) y riesgo CV por Framingham ($p = 0.04$). *Intervención:* disminución significativa de peso ($p = 0.003$), IMC ($p = 0.003$), C.C ($p = 0.008$), %grasa ($p = 0.008$), HOMA ($p = 0.008$) y riesgo CV por VPM ($p = 0.010$). *Post (intergrupo):* favorece al grupo de intervención en medidas antropométricas y de inflamación según DAS28 ($p = 0.03$).

Conclusiones: La evolución de los grupos es hacia la mejoría, para el grupo control en variables antropométricas, clínicas y de riesgo CV, según Framingham, para el grupo de intervención; además, hay mejoría en variables metabólicas, de riesgo CV por valores de VPM, variables de inflamación y actividad de la enfermedad según DAS28, lo que sugiere un cambio favorable en la modulación del estado inflamatorio, que podría reflejarse no sólo en una disminución de síntomas sino en un decremento del riesgo CV asociado a dicha patología.

C-1 / Co20

Relación entre la función diastólica y el grado de actividad en la artritis reumatoide del adulto

Martínez-Macedo G⁽¹⁾, Gómez-Bañuelos E⁽²⁾, Petri MH⁽³⁾, Martín-Márquez BT⁽⁴⁾, Vargas-Ramírez R⁽⁵⁾, Corona-Sánchez E⁽⁶⁾, Flores-Salinas H⁽⁷⁾,

Martín del Campo-Plascencia G⁽⁸⁾, Cruz-González A⁽⁹⁾, Figueroa-Sánchez M⁽¹⁰⁾, Núñez-Atahualpa L⁽¹¹⁾, Pérez PJ⁽¹²⁾, Flores-de León AM⁽¹³⁾, Castro-Mata P⁽¹⁴⁾, Hernández-Quezada C⁽¹⁵⁾, Magaña-Angulo V⁽¹⁶⁾, Macías-Reyes H⁽¹⁷⁾, Vázquez-Del Mercado M⁽¹⁸⁾

^(1,7)Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ^(2-6,18)Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, Universidad de Guadalajara, ^(8,9,15,16)CUCS, Universidad de Guadalajara, ^(10,11,17)Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, ⁽¹²⁻¹⁴⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La artritis reumatoide (AR) del adulto es una enfermedad sistémica autoinmunitaria asociada a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. La disfunción diastólica es frecuente en AR y los mecanismos que la producen no son completamente conocidos. Existen pocos estudios que analicen la relación entre la disfunción diastólica y la actividad de la enfermedad.

Objetivo: Analizar la relación entre la disfunción diastólica en AR, el grado de actividad de la enfermedad y los niveles de IL-6, TNF- α y MMP3.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con AR (ACR 1987) atendidos en la consulta externa del Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca de enero de 2010 a agosto de 2012. Se excluyó a los pacientes con antecedente de comorbilidades como diabetes mellitus o hipertensión. Se registraron los datos demográficos, dislipidemia, tratamiento actual y se calculó el DAS28 con proteína C reactiva (PCR). En todos los pacientes se midieron niveles en suero de PCR, velocidad de sedimentación globular (VSG), TNF- α , IL-6 y MMP3 por ELISA. La función diastólica fue evaluada mediante ecocardiograma transtorácico convencional y Doppler tisular. Para el análisis estadístico, los pacientes se agruparon por grado de actividad y tiempo de evolución. Se utilizaron medidas de tendencia central, U de Mann-Whitney, ro de Spearman y ANOVA, con el software SPSS 19.0 (USA, IBM Inc.)

Resultados: Se reclutó a 56 pacientes, la edad promedio fue de 43.88 \pm 10.36 años, tiempo de evolución 5.08 \pm 6.76 años, DAS28 promedio de 3.05. Se encontraron correlaciones entre el TD (ro = 0.29, p = 0.03), E/E' (ro = 0.27, p = 0.05) con el puntaje DAS28, entre el tiempo de evolución y el IVT (ro = 0.37, p = 0.01) y entre MMP3 con TSVI (ro = 0.37, p = 0.02). Los niveles de IL6 (ro = 0.4, p < 0.05) y MMP3 (ro = 0.47, p < 0.05) tuvieron correlación con el DAS28. La relación E/E' fue mayor en pacientes con enfermedad activa (6.63 \pm 1.56 vs. 5.46 \pm 1.46, p = 0.02). Los pacientes con actividad grave tuvieron un TD más prolongado (p < 0.01). En los grupos por tiempo de evolución se encontraron diferencias en E/A (p = 0.22), E' (p = 0.02), E/E' (p = 0.044).

Conclusiones: La disfunción diastólica en AR está relacionada al grado de actividad de la enfermedad y al tiempo de evolución. Los pacientes con enfermedad grave tienen parámetros que se asocian a disfunción diastólica temprana que puede estar relacionada a una mayor exposición a factores proinflamatorios (IL-6, PCR) y de remodelación de la matriz extracelular (MMP3).

C-1 / Co21

Diferencias en la interpretación de la actividad de la artritis reumatoide entre médicos y pacientes

Herrera-van Oostdam DA, Abud-Mendoza C, Martínez-Martínez M, Jaimes-Piñón T, Moreno-Valdés R, Santillán-Guerrero E, Cuevas-Orta E, Saldaña-Barnard M, Chávez-García J

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad progresiva con elevada morbilidad. El objetivo del tratamiento es la inducción de remisión o por lo menos alcanzar baja actividad con disminución de la progresión del padecimiento. Las modificaciones del tratamiento dependen de la actividad de la enfermedad evaluada durante cada visita. Una herramienta

ampliamente utilizada y validada es el puntaje de actividad de la enfermedad tomando en cuenta 28 articulaciones (DAS28).

Objetivo: Establecer la diferencia entre resultados del puntaje de DAS28 al comparar la valoración global de la enfermedad por parte del paciente o del médico.

Métodos: Se evaluó a pacientes de manera prospectiva de la consulta externa de esta unidad. Se incluyó a pacientes consecutivos no seleccionados con diagnóstico de AR de acuerdo con los criterios de clasificación de ACR de 1987 y ACR/EULAR 2010. Se realizó el DAS28 de manera habitual con eritrosedimentación globular, se obtuvieron dos resultados dependiendo de quién realizaba la valoración global de la enfermedad (PGA; médico o paciente) y se compararon los resultados del DAS28.

Resultados: Conformaron este estudio 157 pacientes con diagnóstico de AR de la Unidad y 50 de la consulta privada de uno de los autores. El promedio de edad fue 49 \pm 14.39 años, el 90.4% de los pacientes correspondió a género femenino. El nivel de escolaridad promedio de los pacientes fue primaria completa en la consulta pública y de 11 en la privada. El puntaje promedio obtenido de la PGA varió significativamente entre ambos grupos, que fue de 31.2 por parte de los pacientes comparado con 12.75 por parte de los médicos (p < 0.001). La diferencia observada en el puntaje de DAS28 entre los grupos fue de 0.2754 en promedio, alcanzando relevancia estadística (p = 0.05). Se encontró correlación entre el PGA del médico y del paciente con el número de articulaciones flogóticas (AF) y dolorosas (AD), aunque la correlación por parte del médico fue mayor (r = 0.59 AF y 0.65 AD vs. 0.29 AF y 0.30 AD de los pacientes).

No se encontró correlación de las variables con la escolaridad de los pacientes. En relación a la actividad de la artritis catalogada de acuerdo con el resultado del DAS28 se encontraron diferencias entre los pacientes catalogados con actividad grave de la enfermedad (> 5.2) entre ambos grupos, de tal manera que 20 pacientes se definieron con actividad grave al tomar en cuenta el PGA de los pacientes y 15 pacientes al considerar el PGA del médico.

Discusión: Los determinantes de las diferencias en la interpretación de la PGA entre médicos y pacientes parecen no depender del número de articulaciones afectadas, y en el caso de los pacientes no parece depender de la escolaridad. Es evidente que estas diferencias resultan importantes para la toma de decisiones terapéuticas.

C-1 / Co22

Asociación del haplotipo GA en el promotor del gen de IL-10 (-1082 A/G y -592 C/A) con síndrome de Sjögren primario

Vázquez-Villamar M⁽¹⁾, Oregón-Romero E⁽²⁾, Salazar-Camarena DC⁽³⁾, Treviño-Talavera BA⁽⁴⁾, Orozco-Barocio G⁽⁵⁾, Muñoz-Valle JF⁽⁶⁾, Guzmán-Guzmán IP⁽⁷⁾, García-De la Torre I⁽⁸⁾, Palafox-Sánchez CA⁽⁹⁾

^(1-4,6,9)Grupo de inmunogenética funcional, CUCS, Universidad de Guadalajara, ^(5,8)Hospital General de Occidente, ⁽⁷⁾Unidad Académica de Ciencias Químico Biológicas, UAG

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad sistémica autoinmunitaria que afecta principalmente a las glándulas exocrinas, en las que se observa un infiltrado linfocitario notorio. La interleucina 10 (IL-10) es una citocina que interviene en la patogénesis de la enfermedad debido a que favorece la supervivencia, proliferación, diferenciación, y producción de anticuerpos por linfocitos B. Se ha reportado la presencia de polimorfismos en la región promotora del gen de IL-10 (-1082 A/G y -592 C/A), los cuales se encuentran en desequilibrio de ligamiento y sus haplotipos se asocian con incremento de las concentraciones séricas de IL-10.

Objetivo: Determinar la frecuencia de los haplotipos del gen de IL-10 (1082 A/G y -592 C/A), en pacientes con síndrome de Sjögren primario.

Material y métodos: Se incluyó a 133 pacientes con SSp clasificados de acuerdo a los criterios del Consenso Europeo-Americano del 2002, pertenecientes al servicio de Reumatología del Hospital General de Occidente, SSJ.

Como grupo control se incluyó a 179 sujetos clínicamente sanos, todos pertenecientes al occidente de México. La genotipificación de los polimorfismos se realizó mediante la técnica de PCR/RFLP. El análisis estadístico fue realizado con el programa Stata 9.0.

Resultados: Los polimorfismos se encontraron en equilibrio de Hardy-Weinberg. Al realizar el análisis de cada genotipo, en el modelo dominante, se observó que el alelo A del polimorfismo -592 C/A se asocia con los títulos de los anticuerpos anti-Ro [(CC 3.1 (1.82-7.38) vs. CA AA 2.43 (1.73-254.9); $p = 0.05$)]. Los haplotipos más frecuentes fueron: GC (37.7%), AC (30.8%), AA (30.7%) y GC (35.9%), AC (32.9%), AA (28%), en el grupo control y en el grupo de SSp, respectivamente. Asimismo, se encontró que la frecuencia del haplotipo GA (G de la posición -1082 y A de la posición -592) fue mayor (3.2%) en pacientes con SSp que en el grupo control (0.8%) ($p = 0.018$; OR 4.25; IC95%, 1.15-15.68).

Conclusión: Los resultados obtenidos sugieren que el alelo A del polimorfismo -592C/A del gen de *IL-10* se asocian con los títulos de anticuerpos anti-Ro y el haplotipo GA con la susceptibilidad a SSp en esta población.

C-1 / Co23

La definición de remisión ACR/EULAR, ¿es mejor que otros criterios para predecir remisión a un año, en pacientes con artritis reumatoide?

López-Montes RI⁽¹⁾, Chiapas-Gasca K⁽²⁾, Amezcu-Guerra LM⁽¹⁾, Vargas A⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: La remisión se ha convertido en el principal objetivo del tratamiento en la artritis reumatoide (AR). Idealmente, debe procurarse la remisión prolongada de la enfermedad para evitar el daño estructural y la discapacidad. El DAS28 de tres variables con proteína C reactiva (PCR) es el índice clinimétrico más sencillo y usado para identificar actividad en un paciente con AR.

Planteamiento del estudio: ¿Cuál es la probabilidad de que un paciente con AR que haya alcanzado remisión por alguno de los criterios (ACR, DAS o ACR/EULAR) va a tener un DAS28-PCR(3) < 2.6 después de un año de seguimiento?

Objetivo: Identificar entre los criterios ACR, DAS y ACR/EULAR el método que mejor pueda predecir remisión a largo plazo.

Métodos: De 198 pacientes con AR incluidos en el inicio del estudio, 164 alcanzaron un año de seguimiento y fueron incluidos (pérdida del 17%). Se evaluó remisión mediante los criterios ACR, DAS y la definición provisional de ACR/EULAR un año después de la evaluación inicial. Estadística: los cocientes de probabilidad fueron ponderados para prevalencia, mientras que los IC95% están corregidos para continuidad. Todos los análisis se realizaron en el programa estadístico VassarStats.

Resultados: De los pacientes incluidos en este estudio de seguimiento, en la etapa inicial 63 estaban en remisión por ACR, 92 por DAS y 41 por ACR/EULAR. De los pacientes que un año después tuvieron DAS28-PCR (3) < 2.6, habían sido considerados en remisión al inicio del estudio 60% mediante los criterios del ACR, 65% por DAS y 71% por ACR/EULAR. Los cocientes de probabilidad (razones de verosimilitud) de tener un DAS28-PCR(3) < 2.6 un año después de haber alcanzado remisión por cada uno de los criterios quedan como sigue: ACR = 1.52 (IC95%, 1.05 a 2.18); DAS = 1.87 (1.36 a 2.57); y ACR/EULAR = 2.41 (1.44 a 4.04).

Conclusión: La definición de remisión de ACR/EULAR es la más estricta y astringente de todos los criterios; aquellos pacientes que en algún momento alcanzan remisión de acuerdo a estos criterios tienen una probabilidad significativamente mayor que aquellos que alcanzan remisión bajo otros criterios de tener un DAS28-PCR(3) < 2.6 después de un año de

seguimiento. Por tal motivo, los criterios ACR/EULAR parecen ser los mejores en términos de predecir remisión a través del tiempo.

C-1 / Co24

Evaluación de anticuerpos anti-PADI4 en la artritis reumatoide: asociación con variables clínicas

Muñoz-Barrios S⁽¹⁾, Reyes-Castillo Z⁽²⁾, Vázquez-Villamar M⁽³⁾, Palafox-Sánchez CA⁽⁴⁾, Oregón-Romero E⁽⁵⁾, Parra-Rojas I⁽⁶⁾, Ángel-Chávez LI⁽⁷⁾, Guzmán-Ornelas MO⁽⁸⁾, Navarro-Hernández RE⁽⁹⁾, Muñoz-Valle JF⁽¹⁰⁾

^(1-5, 7-10)Universidad de Guadalajara, ⁽⁶⁾Universidad Autónoma de Guerrero

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad articular inflamatoria de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de células del sistema inmunitario y autoanticuerpos. Entre los autoanticuerpos más relevantes se han identificado los anticuerpos anti-CCP y FR. Sin embargo, se han descrito nuevos anticuerpos, como los anti-PADI4 que sugieren tener relevancia en el curso clínico de la AR.

Objetivo: Determinar la asociación de los niveles séricos de anticuerpos anti-PADI4 con los parámetros clínicos y de laboratorio en pacientes con AR.

Métodos: Se incluyó a 48 pacientes con AR, clasificados de acuerdo con los criterios del ACR de 1987 y 48 sujetos control (SC) pareados por edad y sexo, a los cuales se les cuantificó los niveles séricos de anticuerpos anti-PADI4 y anti-CCP por medio de ELISA. La citometría hemática se realizó por medio de un equipo semiautomatizado (CELL-DYN 1700R, Abbott Laboratories, EUA). La VSG se midió por el método de Wintrobe. El análisis estadístico se realizó por medio de los paquetes STATA v 9.2 y GraphPad v 5.04. Las pruebas fueron consideradas estadísticamente significativas si presentaron un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se encontró que los niveles séricos de anticuerpos anti-PADI4 en el grupo con AR son más elevados que en el grupo de SC (2 660.7 U/ml vs. 210.3 U/ml; $p < 0.001$). Además, se observó que el 41.7% de los pacientes con AR es positivo para anticuerpos anti-PADI4 y solamente el 4.2% de los SC fue positivo ($p < 0.001$). Por otro lado, se obtuvo una correlación positiva entre los niveles de anticuerpos anti-PADI4 con el tiempo de evolución de la enfermedad, VSG y niveles séricos de anticuerpos anti-CCP ($p = 0.032$, $p < 0.001$ y $p < 0.001$, respectivamente), mientras que se encontró una correlación negativa con el recuento total de eritrocitos, la hemoglobina y el hematócrito ($p = 0.014$, $p = 0.020$ y $p = 0.007$, respectivamente). Asimismo, se observó asociación entre los anticuerpos anti-PADI4 con los niveles de anticuerpos anti-CCP categorizados por positividad alta (> 15 U/ml) (2 876.2 vs. 220.6 U/ml; $p < 0.001$).

Conclusión: Los niveles séricos de anticuerpos anti-PADI4 se asocian con los niveles séricos de anticuerpos anti-CCP, VSG y tiempo de evolución de la AR en pacientes con AR del occidente de México.

C-1 / Co25

Rituximab biosimilar, experiencia en el CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, a un año de haber iniciado su aplicación en pacientes con artritis reumatoide

Martínez-Ramírez A, Irazoque F

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria autoinmunitaria crónica asociada a discapacidad, pérdida de calidad de vida e incremento de mortalidad. En los últimos años el arsenal terapéutico de

la AR se ha incrementado con nuevos fármacos; los agentes biológicos junto con los FARME no biológicos han supuesto un avance considerable en el tratamiento de esta enfermedad. De las nuevas terapias biológicas, el rituximab (RTX), un anticuerpo monoclonal quimérico anti-CD20, se ha utilizado con éxito en el tratamiento de la AR.

En marzo de 2011 fue adquirido por esta institución un biosimilar de rituximab, por lo que ha sido necesario observar la respuesta terapéutica a él.

El presente es un trabajo de investigación clínica retrospectivo, de una población de 50 pacientes adultos con AR que previamente había recibido RTX (Mabthera), y que de marzo de 2011 a marzo de 2012 recibieron RTX biosimilar (kikuzumab).

Se realizó una base de datos con edad, género, tiempo de diagnóstico, título de FR, terapia FARME no biológica, con determinaciones de DAS 28 a los tres y seis meses posterior a la aplicación de RTX biosimilar y efectos adversos al momento de la infusión y a seis meses posteriores a ella.

Población de 50 pacientes: 6% hombres, 44 mujeres, edad promedio de 57 años, tiempo promedio de diagnóstico de 13 años, FR positivo promedio de 292. Tratamiento FARME no biológico: MTX 60%, leflunomida 26%, MTX-leflunomida 6%, sulfazalacina 6%, hidroxilcloroquina 8%, prednisona 30%, con DAS 28 inicial promedio de 4.8.

Resultados: DAS 28 promedio a los tres meses: 2.8; a los seis meses: 2.7; los eventos adversos durante la infusión fueron leves en el 20% de los pacientes y únicamente un paciente presentó broncoespasmo grave con respuesta a tratamiento. Con respecto a la presencia de infecciones, fueron no serias y se presentaron respiratorias superiores 10%, gastroenteritis 10%, genitourinaria 6% e infección de tejidos blandos 1%.

Conclusiones: Con las limitaciones del diseño del estudio, éste muestra un perfil de eficacia y seguridad muy similar, al biológico original en este grupo de pacientes. Debe mencionarse que para la inclusión del biosimilar sólo se presentó un estudio, en 12 pacientes con linfoma, por lo que es indispensable hacer esta primera evaluación.

C-1 / Co26

Estudio observacional de tocilizumab como tratamiento a largo plazo en pacientes con artritis reumatoide con falla previa a otros agentes biológicos

Sánchez-Hernández E, Rodríguez-Galán L

ISSSTE, Puebla, México

Introducción: El tocilizumab es el primer anticuerpo humanizado contra la interleucina 6 aprobado para tratar a pacientes con artritis reumatoide moderada a grave. Se conoce poco sobre el efecto del tratamiento a largo plazo concerniente a eficacia y seguridad.

Objetivo: Determinar la eficacia y seguridad del tratamiento prolongado con tocilizumab en pacientes con artritis reumatoide.

Método: Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo, incluyéndose a 12 pacientes con artritis reumatoide mayores de 18 años de edad que iniciaron terapia con tocilizumab debido a falla terapéutica a otros agentes biológicos; se excluyó a aquellos con otra comorbilidad y con uso de corticosteroides. Se compararon variables de eficacia (hemoglobina, VSG, PCR, DAS28) y seguridad (leucocitos totales, neutrófilos, plaquetas, transaminasas, creatinina, colesterol y triglicéridos) determinadas antes y después de la terapia biológica y se vigiló en el transcurso la aparición de infecciones serias o reacciones adversas.

Resultados: La duración promedio de tratamiento con tocilizumab fue de 59.8 ± 16.6 semanas. Significativamente, el tocilizumab se relacionó con incremento de cifras de hemoglobina ($p = 0.007$) y reducción de valores de VSG, PCR, índice DAS28 ($p < 0.0001$) y neutrófilos ($p = 0.035$). No hubo diferencias con relevancia estadística en los otros parámetros medidos ni se

reportaron reacciones adversas o infecciones serias relacionadas con el uso de tocilizumab.

Conclusión: El tocilizumab es un agente biológico con un perfil de seguridad aceptable que induce remisión de la enfermedad y mejora el estado clínico de los pacientes con artritis reumatoide cuando éste se administra por tiempo prolongado.

C-1 / Co27

Evaluación de la calidad de la atención a través de los expedientes clínicos de pacientes con artritis reumatoide en el Servicio de Reumatología del Hospital General de México, O.D.

Estrada-Figueroa J⁽¹⁾, Huerta-Sil G⁽²⁾, Rivas-Ruiz R⁽³⁾, Lino-Pérez L⁽⁴⁾

^(1,2,4)Servicio de Reumatología, Hospital General de México, ⁽³⁾Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Infantil de México

Antecedentes: La calidad de la atención se ha evaluado desde distintas perspectivas y se reconoce que ésta incide en los resultados de salud, motivo por el cual debe ser medida.

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención de los pacientes con AR que acuden al Hospital General de México, con base en la evaluación del proceso de atención a la salud a través del expediente clínico.

Material y métodos: Se revisaron las consultas otorgadas a 70 pacientes con AR, durante los dos primeros años de seguimiento, de acuerdo a los indicadores referidos en las publicaciones y la opinión del experto. Se asignó una calificación como excelente (76-100%), bueno (51-75%), regular (26-50%) y malo (0-25%) de acuerdo al porcentaje de datos documentados en el expediente.

Resultados: Se describen los resultados preliminares (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Características demográficas.

Variable	n = 70
Mujeres (%)	64 (91.4)
Edad (años)	47.4 13
Tiempo de evolución a la primer consulta (años)	4.8 5.8
Tiempo de evolución hasta la última consulta (años)	10.5 6.8
Número de consultas (por año)	2.8

Tabla 2. Porcentaje de cumplimiento de las variables evaluadas.

Calificación	Indicador: registro de la información en el expediente por el médico	No. Visitas n = 490 (%)
Excelente	Rigidez articular matutina	429 (85.51)
	Número de articulaciones inflamadas	468 (95.51)
	Número de articulaciones dolorosas	490 (100)
	Tratamiento establecido	475 (96.9)
	Indicación de ácido fólico	429 (87.55)
Bueno	Situación actual	332 (67.75)
	Capacidad funcional	316 (64.48)
	Realización de estudios de laboratorio	304 (62.04)
Regular	Modificación del tratamiento	239 (48.77)
Malo	Actividad de la enfermedad	15 (3.06)
	Profilaxis con calcio	11 (2.24)
	Presencia de eventos adversos (transaminasemia)	11 (2.24)
	Inicio de rehabilitación	9 (1.83)
	Indicación de cirugía	9 (1.83)

Conclusión: En la práctica clínica existe un apego deficiente a los indicadores de calidad en el proceso de atención. Se deben evaluar los indicadores que realmente se aplican a esta población y el cumplimiento de ellos de acuerdo a las características individuales.

C-1 / Co28

Los polimorfismos funcionales (89g/a, 90t/c, 92g/c) y el haplotipo (GTG) del gen *padi4* contribuyen a la susceptibilidad genética para artritis reumatoide en la población mexicana

Guzmán-Guzmán IP⁽¹⁾, Parra-Rojas I⁽²⁾, Oregón-Romero E⁽³⁾, Martínez-Bonilla GE⁽⁴⁾, Rangel-Villalobos H⁽⁵⁾, Bernard-Medina AG⁽⁶⁾, Palafox-Sánchez CA⁽⁷⁾, Gutiérrez-Ureña SR⁽⁸⁾, Muñoz-Valle JF⁽⁹⁾

^(1,3,7,9)Grupo de Inmunogenética Funcional, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Unidad Académica de Ciencias Químico-Biológicas, UAG, ^(4,6,8)Servicio de Reumatología, OPD Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, ⁽⁵⁾Instituto de Genética Molecular, CUCIENEGA, Universidad de Guadalajara

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por la destrucción progresiva de las articulaciones; su etiología es explicada por la interacción entre factores genéticos y ambientales que resultan determinantes en la susceptibilidad y gravedad de la enfermedad. Actualmente, polimorfismos en el gen de la peptidil arginina desaminasa tipo 4 (*PADI4*) y su conformación en haplotipos han sido sugeridos como marcadores de susceptibilidad para AR en población asiática y europea.

Objetivo: Analizar la asociación de los haplotipos conformados por tres polimorfismos de un sólo nucleótido (SNP) en el gen de *PADI4* con la susceptibilidad para AR y niveles de anticuerpos anti-CCP en población mexicana.

Metodología: Se realizó un estudio de casos y controles en 203 pacientes con AR clasificados de acuerdo al ACR, 1987, y 206 sujetos control (SC) originarios del occidente de México. La evaluación de la actividad clínica y la discapacidad se realizó a través de los índices DAS28 y HAQ-DI. La genotipificación de los SNP en el gen *PADI4* (*padi4*_89G/A, *padi4*_90T/C, y *padi4*_92G/C) se efectuó por PCR-RFLP. Los niveles en suero de anti-CCP fueron determinados por ELISA (Diastat Anti-CCP kit, Axis-Shield, UK) y el análisis estadístico con el software STATA v.9.2, y Arlequin v.3.1.

Resultados: En este estudio se identificaron seis diferentes haplotipos, encontrando en mayor frecuencia los haplotipos ACC y GTG. En la comparación entre individuos con AR y SC se demostró que el haplotipo GTG (*padi4*_89*G, *padi4*_90*T, *padi4*_92*G) fue asociado con AR [OR = 1.37 (IC95% = 1.02-1.83, $p = 0.025$)]. Sin embargo, se demostró una asociación consistente al analizar el haplotipo de susceptibilidad en su forma homocigota GTG/GTG *vs.* ACC/ACC [OR = 1.84 (IC95% = 1.02-3.32, $p = 0.029$)]. Al analizar las características clínicas de la enfermedad, se identificó asociación con la presencia de artritis simétrica [OR = 2.7 (1.18-6.13, $p = 0.018$)] y marginalmente con el índice HAQ-DI [OR = 2.12 (0.94-4.7, $p = 0.067$)]. Por otra parte, los niveles de anti-CCP fueron significativamente elevados en pacientes con AR portadores del haplotipo homocigoto GTG ($p = 0.002$) y se identificó una correlación significativa con marcadores de inflamación como factor reumatoide (FR) ($r^* = 0.45$, $p < 0.001$), VSG ($r^* = 0.15$, $p = 0.042$) y categorías de actividad moderada y alta del DAS28 ($p = 0.04$).

Conclusión: El haplotipo GTG (SNP 89G/A, 90T/C, 92G/C) en el gen de *PADI4* es un marcador de susceptibilidad para AR, los cuales se encuentran estrechamente relacionados con niveles elevados de anti-CCP en población mexicana.

C-1 / Co29

Niveles de TNF- α soluble en pacientes con artritis reumatoide tratados con monoterapia (MTX) y terapia combinada (MTX CLQ y MTX CLQ SSZ)

Brennan-Bourdon LM, Reyes-Castillo Z, Salazar-Páramo M, Palafox-Sánchez CA, Islas-Carbajal MC, Rincón-Sánchez AR, Muñoz-Valle JF, Muñoz-Valle JF

Universidad de Guadalajara

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica y crónica que afecta las articulaciones diartroideas, la cual se caracteriza por una respuesta inflamatoria en la que participa de manera relevante el factor de necrosis tumoral α (TNF- α). En la práctica clínica es frecuente el uso de diferentes esquemas de tratamiento, siendo frecuente la utilización de monoterapia y terapia combinada con DMARD (*Disease Modifying Antirheumatic Drug*).

Objetivo: Evaluar los niveles solubles de TNF- α en pacientes con AR tratados con monoterapia [metotrexato (MTX)] y terapia combinada [MTX-cloroquina (CLQ) y MTX-CLQ-sulfasalazina (SSZ)].

Metodología: Estudio transversal en el que se seleccionó a 94 pacientes con AR, clasificados de acuerdo a los criterios del *American College of Rheumatology* de 1987. Se incluyó a tres grupos de estudio con un mínimo de tres meses de tratamiento bajo los siguientes esquemas: grupo A: MTX ($n = 40$); grupo B: MTX CLQ ($n = 31$); grupo C: MTX CLQ SSZ ($n = 23$). Se determinaron reactantes de fase aguda, anti-CCP y factor reumatoide (FR). Además, la actividad clínica se evaluó a través del índice DAS28. Los niveles séricos de sTNF- α se determinaron por un ensayo de ELISA (sensibilidad Hu TNF- α , 1.7 pg/ml). Se realizó el análisis estadístico con el programa GraphPad Prism 5, considerando diferencia significativa con una $p < 0.05$.

Resultados: Los niveles de sTNF- α se encontraron disminuidos en el grupo de tratamiento con MTX CLQ SSZ en comparación con el grupo tratado con MTX [12.62 pg/ml (7.6-61.22) *vs.* 16.92 pg/ml (7.9-201.8), $p = 0.01$]. Los niveles de anti-CCP, reactantes de fase aguda y el factor reumatoide no mostraron diferencias significativas. La actividad clínica evaluada por el índice DAS28 fue moderada en los tres grupos de estudio: 4.6 (grupo A: MTX), 4.0 (grupo B: MTX CLQ) y 4.6 (grupo C: MTX CLQ SSZ).

Conclusión: La terapia con MTX CLQ SSZ favorece la disminución de los niveles de TNF- α en comparación con los grupos de MTX y MTX CLQ en pacientes con AR. Sin embargo, son necesarios estudios longitudinales para demostrar la eficacia del tratamiento y su efecto sobre los niveles de TNF- α .

C-1 / Co30

Características clínicas de pacientes con artritis reumatoide de reciente inicio que alcanzaron respuesta ACR más de seis meses después de tratamiento

Sánchez-Rodríguez A⁽¹⁾, Rojas-Serrano J⁽²⁾, Álvarez-Hernández E⁽³⁾, Vázquez-Mellado J⁽⁴⁾, Lino-Pérez L⁽⁵⁾, Moctezuma-Ríos J⁽⁶⁾, García-Carcía C⁽⁷⁾, Padilla-Ortega A⁽⁸⁾, Burgos-Vargas R⁽⁹⁾

^(1,3-9)Servicio de Reumatología, Hospital General de México, O.D., México, D.F.

⁽²⁾Servicio Clínico de Enfermedades Intersticiales del Pulmón, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México D.F.

Introducción: El tratamiento temprano de la artritis reumatoide (AR) con FARME mejora el pronóstico del enfermo, pero hasta 30% de ellos puede no responder adecuadamente.

Objetivo: Evaluar la respuesta ACR 20 o mayor en pacientes con AR < 1 año evolución tras seis a 12 meses de tratamiento con FARME y compararlos con aquellos que no responden.

Material y métodos: Estudio de cohorte de la clínica ARRECIEN, que reúne datos de pacientes > 16 años de edad con AR < 12 meses de evolución captados entre los años 2002 y 2012. Se incluyó a pacientes tratados con FARME (dosis escalonadas de metotrexato [5-15 mg/semana] y sulfasalazina [1-3 g/día] y opcionalmente glucocorticoides por vía oral o parenteral) desde la visita inicial hasta seis o 12 meses después en los que se evaluó la respuesta ACR20 o mayor. Se evaluó el número de articulaciones dolorosas, inflamadas, intensidad de dolor (EVA), evaluación global del estado de salud/médico (EGS/M) y el paciente (EGS/P), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), daño radiográfico por puntaje Sharp/van der Heijde (SvdH).

Resultados: Se incluyó a 219 pacientes (edad de 37 ± 12.07 años y tiempo de evolución de 22.8 ± 11.3 semanas, 196 [89.5%] mujeres). En total, 50% y 61.2% de los pacientes alcanzó respuesta ACR 20 o mayor a los seis o 12 meses de tratamiento. Las variables que distinguieron a este grupo del que no respondió se enlistan en la **Tabla 1**. El análisis multivariado no reveló factores predictivos para alcanzar respuesta ACR.

Tabla 1. Características clínicas de pacientes con respuesta ACR20 o mayor vs. no respondedores.

Variable	Sin respuesta ACR (n = 83)	Con respuesta ACR (n = 136)	p
Articulaciones inflamadas, mediana (intervalo IC)	4 (0-13)	11 (5-18)	< 0.001
Articulaciones dolorosas, mediana (intervalo IC)	12 (5-25)	22 (13-33)	0.007
Intensidad de dolor, EVA, media (DE), cm	5.01 (2.7)	6.17 (2.5)	0.002
Estado global de salud/médico, EVA media (DE), cm	3.67 (2.1)	5.20 (2.3)	< 0.001
Estado global de salud/paciente, EVA media (DE), cm	4.95 (2.5)	5.71 (2.5)	0.034
CDAI inicial, media (DE)	25 (16.0)	37 (17.3)	< 0.001
Factor reumatoide positivo (181/188), n (%)	65 (97)	116 (95)	NS
Anti-CCP positivo (72/91), n (%)	15 (71)	57 (81)	0.001
HAQ-Di inicial, media (DE)	0.72 (0.74)	0.98 (0.65)	0.007
EQ5D inicial, media (DE)	0.51 (0.34)	0.37 (0.38)	0.005
SvdH al seguimiento, mediana (intervalo IC)	14 (5 - 25)	33 (20 - 41)	0.015

Conclusiones: Los pacientes con enfermedad más grave al ingreso presentaron respuesta ACR con mayor frecuencia y también tuvieron mayor daño radiográfico durante el seguimiento.

C-1 / C031

Expresión alélica de los polimorfismos 89G/A, 90T/C y 92G/C del gen PADI4 con artritis reumatoide

Muñoz-Barrios S⁽¹⁾, Ángel-Chávez LI⁽²⁾, Palafox-Sánchez CA⁽³⁾, Oregón-Romero E⁽⁴⁾, Parra-Rojas I⁽⁵⁾, Reyes-Castillo Z⁽⁶⁾, Vázquez-Villamar M⁽⁷⁾, Muñoz-Valle JF⁽⁸⁾

^(1-4,6-8) Universidad de Guadalajara, ⁽⁵⁾ Universidad Autónoma de Guerrero

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad articular inflamatoria de etiología desconocida, en la cual se ha documentado la importancia que ejercen los factores genéticos en la aparición y progresión de la AR. El gen *PADI4* se ha asociado con AR, el cual codifica a la enzima PADI4, que es la encargada de realizar la desaminación de las argininas de las proteínas. Se ha reportado que los polimorfismos 89G/A, 90T/C y 92G/C, incluyendo el haplotipo formado por estos polimorfismos (GTG), se encuentra asociado a la AR en diversas poblaciones. Sin embargo, no se ha reportado si existe expresión diferencial de los diferentes alelos en pacientes con AR.

Objetivo: Analizar la expresión alélica de los polimorfismos 89G/A, 90T/C y 92G/C del gen *PADI4* por el método de cuantificación de los transcritos alelo específico (ASTQ) en pacientes con artritis reumatoide y sujetos control.

Métodos: Se incluyó a 10 pacientes con AR, clasificados de acuerdo con los criterios del ACR de 1987 y 10 SC pareados por edad y sexo, los cuales previamente fueron genotipificados como heterocigotos para los polimorfismos 89G/A, 90T/C y 92G/C del gen *PADI4* por medio de PCR-RFLP. A partir del cDNA, obtenido por RT-PCR, se les determinó la expresión alélica de los polimorfismos mediante el método ASTQ. El análisis estadístico se realizó por medio de los paquetes STATA v 9.2 y GraphPad v 5.04 y las pruebas fueron consideradas estadísticamente significativas si presentaron un valor de $p < 0.05$.

Resultados: En la cuantificación de la expresión alélica del polimorfismo 89G/A, se encontró una mayor expresión del alelo A en comparación con el alelo G en SC (62.3% vs. 37.7%; $p = 0.034$), además, los SC expresaron el alelo A en mayor cantidad que el alelo A de los pacientes con AR ($p = 0.043$). En la expresión alélica del polimorfismo 90T/C se encontró que los SC expresan el alelo C en mayor cantidad que el alelo C de los pacientes con AR, sin mostrar diferencias significativas. Por último, en la determinación de la expresión alélica del polimorfismo 92G/C se observó que los SC expresan el alelo C en mayor cantidad que el alelo G ($p < 0.001$) y se identificó que existe una diferencia en la expresión de los alelos G y C de los SC en comparación con los alelos G y C de los pacientes con AR ($p = 0.009$ y $p = 0.002$, respectivamente).

Conclusión: Los alelos 89A, 90C y 92C del gen *PADI4* se expresan en mayor cantidad en los SC, mientras que los alelos 89G, 90T y 92G del gen *PADI4* tienen una expresión incrementada en pacientes con AR, lo que permite confirmar que el haplotipo GTG es un marcador funcional en AR.

C-1 / C032

Síndrome metabólico en pacientes con artritis reumatoide

Sermeño S

Hospital Nacional Zacamil

Objetivo: Conocer la frecuencia de síndrome metabólico en pacientes con artritis reumatoide.

Diseño: Estudio de caso control; periodo del estudio: abril 2011 a mayo 2012; lugar del estudio: Hospital Nacional Zacamil.

Criterios de inclusión: Pacientes con artritis reumatoide, del sexo femenino y edad entre los 20 y 55 años. El grupo control de personal médico, paramédicos y estudiantes.

Variables investigadas: edad, peso, talla, IMC, antecedentes familiares, TAS, TAD, Hb, glucosa (mg%), colesterol total (mg/dl), colesterol HDL (mg/dl), colesterol LDL (mg/dl), triglicéridos (mg/dl); ERS(mm/h).

Análisis estadístico. Para las variables continuas técnicas de estadística descriptivas: medias, DS, rangos, IC del 95%, y para las discretas t de Student.

Resultados: El grupo I, 78 pacientes, con una edad media de 43.60 años y evolución media de la enfermedad de 8.9 años. Escolaridad menor de seis años en el 44.87%. El grupo II, 62 pacientes con una edad media de 35.72 años, escolaridad menor de seis años en 26.19%. Del grupo I, el

44.87% cumplía tres o más criterios de SM (NCEP/ATPIII) y en el grupo II el 27.41% ($p = 0.036$).

La cintura mayor de 88 cm en el 38%; HDL inferior a 50 mg/dl en el 35%, triglicéridos mayor de 150 mg/dl en el 32%; el 23% glucosa mayor de 100 mg/dl y TAS mayor de 135 mmHg; 27% la TAD mayor de 85 mmHg en el 17%.

Conclusión: Hay una mayor frecuencia de SM en pacientes con AR que en el grupo control.

C-1 / C033

Papel del tiempo de evolución en la expresión clínica de pacientes con artritis indiferenciada de menos de un año de evolución

Sánchez-Rodríguez A⁽¹⁾, Rojas-Serrano J⁽²⁾, Álvarez-Hernández E⁽³⁾, Vázquez-Mellado J⁽⁴⁾, Lino-Pérez L⁽⁵⁾, Moctezuma-Ríos JF⁽⁶⁾, García-Carcía C⁽⁷⁾, Padilla-Ortega A⁽⁸⁾, Burgos-Vargas R⁽⁹⁾

^(1,3-9)Servicio de Reumatología, Hospital General de México, O. D. México, D.F.

⁽²⁾Servicio Clínico de Enfermedades Intersticiales del Pulmón, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, D.F.

Introducción: El tiempo de evolución influye en las características clínicas de la artritis reumatoide al momento del diagnóstico, la respuesta al tratamiento y los desenlaces clínicos. Hasta ahora, ninguno de estos aspectos ha sido estudiado en pacientes con artritis indiferenciada < 1 año de evolución.

Objetivo: Determinar el papel del tiempo de evolución en las manifestaciones clínicas, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la capacidad funcional (CF) en pacientes con artritis indiferenciada en la visita inicial.

Material y métodos: Estudio transversal anidado en la cohorte ARRECIEN que reúne datos de pacientes de más de 16 años de edad con artritis de menos de 12 meses de evolución captados entre los años 2002 y 2012. Se tomaron los datos de la primera consulta. La actividad de la enfermedad se evaluó con CDAI y DAS28VSG y el daño radiográfico con el índice de Sharp/van der Heijde (SVdH). La CF se evaluó con el HAQ-Di y la CVRS con EQ5D y los componentes físico (PCS) y mental (MSC) del SF-36.

Resultados: Se incluyó a 322 pacientes (edad, 36.73 ± 12.61 años; tiempo de evolución de 22.24 ± 11.3 semanas, género femenino 290 [88.5%]). Los puntajes de CDAI y DAS28VSG fueron 32.2 ± 17.87 y 5.56 ± 1.35 (nivel alto de actividad). El factor reumatoide y los anti-CCP fueron positivos en 223/240 (93.4%) y 73/92 (79%). El puntaje de SVdH fue 20.62 ± 13.48 (disminución del espacio articular en 7% y erosiones en 95%). La CF evaluada por HAQ-Di fue 0.88 ± 0.68 y la CVRS (EQ5D) 0.39 ± 0.38, así como PCS de 34.20 ± 7.40% y MSC de 39.67 ± 8.80% del SF-36. El tiempo de evolución al momento de la primera visita (22.24 ± 11.35 semanas) se correlacionó significativamente con el puntaje de SVdH ($r = 0.47$; $p = 0.001$), pero no con los puntajes totales y puntos de corte del HAQ-Di (> 0.8), CDAI (> 22) y DAS28VSG (> 5.5).

Conclusiones: Los pacientes con artritis reumatoide de menos de un año de evolución tienen altos puntajes en los índices de actividad, así como deterioro de la CF y CVRS; estos índices no se correlacionan con el tiempo de evolución en la visita inicial. Por el contrario, el tiempo de evolución se correlacionó significativamente con el daño radiográfico. Este estudio muestra que aun y cuando el tiempo de evolución promedio de los síntomas es apenas de 22 semanas, existe una correlación significativa con alteraciones estructurales.

C-1 / C034

Evaluación de los anticuerpos antivimentina citrulinada modificada y antipéptidos citrulinados cíclicos como predictores

de respuesta terapéutica a metotrexato en artritis reumatoide

Díaz-Toscano ML⁽¹⁾, Zavaleta-Muñoz SA⁽²⁾, Ponce-Guarneros JM⁽³⁾, Rocha-Muñoz AD⁽⁴⁾, Ruiz-Padilla AJ⁽⁵⁾, De la Cerda-Trujillo LF⁽⁶⁾, Cardona-Muñoz EG⁽⁷⁾, Nava A⁽⁸⁾, Salazar-Páramo M⁽⁹⁾, Martín-Márquez BT⁽¹⁰⁾, Vázquez-del Mercado M⁽¹¹⁾, Gámez-Nava JI⁽¹²⁾, González-López L⁽¹³⁾, GIBAER⁽¹⁴⁾

^(1,3,5,13)Medicina Interna-Reumatología, HGR 110 del IMSS, Guadalajara; ⁽²⁾Doctorado en Farmacología, Universidad de Guadalajara, ^(2,8,9,12)Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS; ⁽⁴⁾Doctorado en Inmunología, Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾Unidad de Investigación Cardiovascular, CUCS, Universidad de Guadalajara; ⁽⁶⁾Programa Nacional de Post-doctorado CONACYT, ⁽⁶⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, HE CMNO, IMSS, Gdl.; ⁽⁷⁾Doctorado en Farmacología, Universidad de Guadalajara, ⁽⁷⁾Unidad de Investigación Cardiovascular, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽¹⁰⁾Instituto de Reumatología y Enfermedades Músculo-Esqueléticas, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽¹¹⁾Coordinación de Posgrado, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽¹⁴⁾UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Objetivo: Evaluar si la presencia de anticuerpos antivimentina citrulinada modificada (anti-MCV) y antipéptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP) pueden ser marcadores para predecir diferencias en la respuesta clínica a metotrexato (MTX) en artritis reumatoide (AR).

Material y métodos: Cohorte prospectiva de pacientes con AR activa (DAS-28 > 3.2) que fueran a recibir MTX; se evaluaron niveles basales de anti-CCP y anti-MCV. Los pacientes fueron evaluados basal, tres, seis y 12 meses con DAS-28 y HAQ-DI. Se evaluó la modificación del DAS-28 para identificar la respuesta clínica del paciente (disminución > 0.6 con respecto a la basal). Los evaluadores de la respuesta terapéutica estaban cegados a los niveles de anticuerpos anti-CCP y anti-MCV. Los valores de utilidad para marcadores de respuesta terapéutica de la presencia o ausencia de anti-CCP y anti-MCV fueron calculados usando respuesta de acuerdo al DAS-28 como estándar de oro.

Resultados: Se incluyó a 54 pacientes con AR, 94% mujeres con edad promedio de 47.6 ± 10.8. A la basal, el índice del DAS-28 tuvo una media de 5.8 ± 0.9; los niveles promedio de anti-CCP fueron de 115 ± 134 U/ml y de anti-MCV de 215 ± 236 U/ml. De estos pacientes todos completaron el seguimiento. La tasa de respondedores a MTX fue de 47%, 68%, y 70% a tres, seis y 12 meses, respectivamente. Los niveles séricos de anti-CCP a la basal entre respondedores y no respondedores son mostrados a continuación: a tres meses (122 ± 135 vs. 114 ± 136 respectivamente, $p = 0.84$), a seis meses (101 ± 112 vs. 153 ± 171, $p = 0.26$) y a 12 meses (113 ± 129 vs. 120 ± 150, $p = 0.87$). Para anti-MCV, los niveles séricos comparando respondedores vs. no respondedores fueron: a tres meses (232 ± 232 vs. 208 ± 244, respectivamente, $p = 0.72$), a seis meses (206 ± 210 vs. 247 ± 290, $p = 0.56$) y a 12 meses (208 ± 207 vs. 232 ± 302, $p = 0.74$). Los valores de utilidad como marcadores de respuesta terapéutica de los anti-CCP y anti-MCV fueron los siguientes: la positividad de anti-CCP a los tres meses tuvieron una sensibilidad de 68%, especificidad de 36%, valor predictivo positivo (VPP) de 49%, valor predictivo negativo (VPN) de 57%; a seis meses: sensibilidad de 72%, especificidad de 47%, VPP 74%, VPN 44%; y a 12 meses: sensibilidad de 71%, especificidad de 50%, VPP 77%, VPN 42%. Los anti-MCV tuvieron a tres meses sensibilidad de 70%, especificidad de 29%, VPP 47%, VPN 53%; a seis meses: sensibilidad de 75%, especificidad de 35%, VPP 71%, VPN 40%; y a 12 meses: sensibilidad de 76%, especificidad de 44%, VPP 76%, VPN 44%. No hay diferencia estadística entre tener anti-MCV o anti-CCP positivos para predecir respuesta terapéutica a MTX en un año de seguimiento.

Conclusiones: Los anti-CCP y anti-MCV no son útiles marcadores para predecir diferencias en la respuesta terapéutica a MTX. Sin embargo, futuros estudios deberán evaluar si la presencia y títulos de estos autoanticuerpos confieren mayor susceptibilidad para otros desenlaces como discapacidad, desarrollo de erosiones o complicaciones extraarticulares.

Financiamiento: Proyecto financiado por el Fondo de Investigación en Salud del IMSS (FIS/IMSS/PROT/502).

C-1 / Co35

Factores que contribuyen al deterioro de calidad de vida y capacidad funcional en AR de reciente inicio

Sánchez-Rodríguez A⁽¹⁾, Rojas-Serrano J⁽²⁾, Álvarez-Hernández E⁽³⁾, Vázquez-Mellado J⁽⁴⁾, Lino-Pérez L⁽⁵⁾, Moctezuma-Ríos J⁽⁶⁾, García-Carcía C⁽⁷⁾, Burgos-Vargas R⁽⁸⁾

^(1,3-8)Servicio de Reumatología, Hospital General de México, O.D., México D.F., ⁽²⁾Servicio de Enfermedades Intersticiales, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México D.F.

Introducción: El deterioro de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y la capacidad funcional (CF) se consideran indicadores de gravedad en la artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Medir CVRS y CF en pacientes con AR de reciente inicio. Evaluar la correlación entre actividad de la enfermedad con CVRS y CF e identificar qué variables clínicas son más importantes para explicar el comportamiento de los puntajes de CVRS y CF.

Material y métodos: Estudio transversal anidado en la cohorte ARRECIEN que reúne datos de pacientes > 16 años de edad con AR < 12 meses de evolución captados entre los años 2002 y 2012. Además de la estadística descriptiva, se construyeron modelos de regresión lineal múltiple con las siguientes variables independientes: número de articulaciones dolorosas, inflamadas, intensidad de dolor (EVA), evaluación global del estado de salud/médico (EGS/M) y el paciente (EGS/P), velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR). Las variables dependientes fueron los puntajes de HAQ-Di, EQ5D y los componentes físico (PCS) y mental (MCS) del SF-36.

Resultados: Se incluyó a 328 pacientes (edad, 36.7 ± 12.6 años; tiempo de evolución, 22.24 ± 11.35 semanas; 290 [88.5%] mujeres). Puntaje de los cuestionarios: HAQ-Di, 0.88 ± 0.68; EQ5D, 0.39 ± 0.38; PCS y MSC, 34.20 ± 7.40 y 39.67 ± 8.80, respectivamente. Actividad de la enfermedad: CDAI, 32.191 ± 7.88. Las correlaciones entre CDAI y los puntajes de HAQ-Di, EQ5D, PCS y MCS fueron $r = 0.52$ ($p < 0.001$); $r = -0.47$ ($p < 0.001$); $r = -0.52$ ($p < 0.001$); y $r = -0.4$ ($p = 0.003$), respectivamente. Las variables independientes que mejor se ajustaron a la ecuación de regresión para predecir el puntaje de HAQ-Di ($r^2 = 0.4$; $p < 0.001$) y EQ5D ($r^2 = 0.401$; $p < 0.001$) fueron el número de articulaciones dolorosas ($p < 0.001$ y $p = 0.028$), la intensidad del dolor ($p = 0.001$ y $p < 0.001$) y la EGS/M ($p = 0.015$ y $p = 0.029$); para PCS ($r^2 = 0.35$; $p = 0.003$), la EGS/P ($p = 0.01$). Ninguna variable predijo el puntaje de MCS. El CDAI, la edad y el IMC con puntos de corte de 22, 30 años y 26 kg/m² se asociaron con HAQ-Di > 0.8 (OR, IC 95%) de 4.8 (2.9-8.03), 2.2 (1.37-3.6) y 1.749 (1.07-2.85), respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes con AR < 12 meses de evolución tienen deterioro de la CF y la CVRS. La actividad de la enfermedad se correlaciona con la CF y el CVRS. El porcentaje de la varianza de HAQ-Di, EQ5D, PCS, MCS explicada por el modelo de regresión fue de 40, 40.1, 35 y 20%, respectivamente. Las variables que miden dolor y EGS/M y EGS/P son las que mejor explican los puntajes de CF y CVRS. Mayor edad e IMC se asociaron a peor CF.

C-1 / Co36

Casos de mortalidad de artritis reumatoide en un hospital de tercer nivel de atención médica

Jaimes-Hernández J⁽¹⁾, Mendoza-Fuentes A⁽²⁾, Aranda-Pereira P⁽²⁾, Meléndez-Mercado C⁽²⁾, Santana-Serrano J⁽²⁾

⁽¹⁾División de Medicina Interna, Servicio de Reumatología, ISSEMYM, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, ISSEMYM

Introducción: Existe un riesgo de muerte temprana en la artritis reumatoide (AR) y ésta parece depender del tratamiento y comorbilidad asociada. Existen pocas publicaciones no epidemiológicas que analicen en detalle la causa básica o directa de muerte en AR en México.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo. Se analizaron los datos de expedientes clínicos (EC) de pacientes que fallecieron en la unidad. El periodo de revisión comprendió de octubre del 2002 al 2012. Se incluyeron casos que tuvieran en el certificado de defunción diagnóstico de AR confirmado. Se recopilaron los datos clínicos y demográficos de las diferentes variables expresando los datos en cifras porcentuales y absolutas.

Resultados: Se revisaron 14 EC con diagnóstico de AR en el CD. Véanse en la **Tabla 1** los datos demográficos. Destacan media de edad al fallecimiento de 61 años y evolución de 22.5 años, con 35% de antecedente de tabaquismo. Las causas directas y básicas de muerte se muestran en la **Tabla 2**. En su evolución recibieron esteroides el 83%, dos FARME (14.2%), más de tres (64.2%) y dos con agentes biológicos.

Análisis: La mortalidad temprana de AR es considerada multifactorial, atribuida a la actividad inflamatoria sistémica persistente (AICP) asociado con complicaciones cardiovasculares. En México, la expectativa general de vida es de 76.6 años, que se ha reducido en estas pacientes en 15.6 años. Analizando las causas de comorbilidad, en un 50% estuvo asociada a complicaciones inherentes de AR, su tratamiento médico o quirúrgico; destacan dos casos de infarto al miocardio (14.2%).

Conclusiones: En retrospectiva es posible describir pacientes con larga evolución, uso múltiple de FARME, esteroides y con clases funcionales III-IV al momento de su muerte, lo que hace pensar probablemente en casos con tratamiento de inicio tardío, factores de mal pronóstico no detectados o inadecuado seguimiento clínico. Es preciso comentar que el acceso al tratamiento en las décadas de 1980 y 1990 ha cambiado radicalmente, modificado por uso de AB y programas de tratamiento por metas (T2T), de los cuales se espera que modifiquen el parámetro más importante asociado a limitación funcional y de mortalidad que es la AICP (**Tablas 1 y 2**).

Tabla 1. Datos demográficos.

	N° (%)
Género femenino	13 (92.8)
Edad promedio (años)	61.5
Tiempo de evolución de AR (años)	22.5
Presencia de FR	12 (85.7)
Clase funcional	
I	0 (00.0)
II	3 (21.4)
III	8 (57.1)
IV	3 (21.4)
Manifestaciones extraarticulares	10 (71.4)
Sx. Sjögren secundario	7 (50.0)
Nódulos reumatoides	3 (21.4)
Fibrosis pulmonar	2 (21.4)
Vasculitis	1 (7.10)
No registrado	4 (28.5)
Grado académico:	13 (92.8)
Ninguna	1 (7.1)
Primaria	3 (21.4)
Secundaria	2 (14.2)
Preparatoria o equivalente	4 (28.5)
Licenciatura o equivalente	4 (28.5)

Tabla 2. Causas directas y básicas de mortalidad (CIE-10).

Ptes.	Causa directa	Causa básica
1	Accidente vascular encefálico agudo	Hipertensión esencial (primaria)
2	Úlcera gástrica crónica o no especificada, con hemorragia	Gastritis crónica, no especificada*
3	Septicemia, no especificada	Tumor maligno de estómago
4	Neumonía bacteriana	Subluxación atlantoaxoidea con mielopatía*
5	Neumonía bacteriana	Enfermedad pulmonar intersticial con fibrosis*
6	Gastritis aguda hemorrágica	Insuficiencia hepática alcohólica
7	Edema cerebral	Infarto cerebral por trombosis de arterias paracerebrales
8	Embolia pulmonar	Complicación de implantes protésicos ortopédicos*
9	Choque cardiogénico	Infarto agudo del miocardio*
10	Septicemia, no especificada	Rupus*
11	Insuficiencia cardíaca	Insuficiencia renal/tumor maligno renal
12	Septicemia, no especificada	Perforación visceral
13	Choque cardiogénico	Infarto agudo del miocardio*
14	Choque hipovolémico	Complicación de implantes protésicos ortopédicos*

*Morbilidad asociada probablemente con AR.

C-1 / C037

Signo de suma como predictor de progresión de artritis indiferenciada a artritis reumatoide

Arana-Guajardo AC, Pérez-Barbosa L, Vega-Morales D, Negrete-López R, Riega-Torres JCL, Galarza-Delgado DA, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La mayoría de pacientes con artritis reumatoide (AR) inicia con artritis indiferenciada (AI) (inflamación ≥ 1 articulación en pacientes que no reúnen criterios de clasificación para una enfermedad). El objetivo del trabajo es identificar factores de predicción de progresión de AI a AR.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con AI ≥ 18 años, ≥ 1 articulación inflamada, evolución entre una semana hasta un año y se excluyó a aquellos con enfermedad inflamatoria bien definida. Se realizó conteo articular, signo se suma (SS) y exámenes de laboratorio con seguimiento a un año. AR se estableció con criterios ACR 1987. Se compararon las características clínicas, de laboratorio y factores de riesgo de progresión a AR y no progresión AR (no AR).

Resultados: Se valoró a 47 pacientes y se clasificaron según su progresión: AR 43% y no AR 57%. Características clínicas y demográficas (Tabla 1). Duración de síntomas y presencia de SS en articulaciones metacarpofalángicas (MCF) y metatarsofalángicas (MTF) demostraron significancia en progresión a AR. Predictores independientes de progresión fueron: presencia de SS en articulaciones MCF con RR de 1.74 e IC 95% de 0.92- 3.28 y MTF con RR de 2.99 e IC 95% de 1.12-4.70.

Conclusión: El 43% de los pacientes con AI progresó a AR. La presencia de SS se estableció como predictor de progresión a AR, lo que podría utilizarse para modelos de predicción de AI.

Tabla 1. Características basales y análisis univariado.

Características	AR (n=20)	no AR (n=27)	p
Edad, media (DE) años	51 (9)	52 (10)	0.803*
Sexo, mujeres n (%)	19 (40)	27 (58)	0.24
Familiar con AR	7 (15)	6 (13)	0.33
Duración de síntomas			0.03
< 6 semanas n (%)	4 (9)	0	
6 semanas- 3 meses n (%)	4 (9)	0	
3 meses- 6 meses n (%)	0	2 (4)	
> 6 meses n (%)	12 (26)	25 (53)	
EVA Rigidez matutina			0.892
0-26 n (%)	7 (15)	8 (17)	
26-90 n (%)	12 (26)	18 (38)	
> 90 n (%)	1 (2)	1 (2)	
NAI, media (DE)	5 (3)	6 (4)	0.576*
NAD, media (DE)	20 (15)	22 (15)	0.564*
PCR (> 51mg/l) n (%)	0	0	0.754
FR positivo n (%)	1 (2)	1 (2)	0.97
Anticuerpos anti-CCP n (%)	4 (9)	2 (4)	0.29
SS, MCF (+) n (%)	14 (30)	11 (23)	0.047
SS, MTF (+) n (%)	13 (28)	8 (17)	0.016

*DE; Desviación Estándar, AR; Artritis Reumatoide, EVA; Escala Visual Análoga, NAD; Número de articulaciones dolorosas, NAI; Número de articulaciones inflamadas, PCR; Proteína C Reactiva, FR; Factor Reumatoide, anti-CCP; anticuerpo anti-péptido cíclico citrulinado, SS; Signo de la suma, MCF; metacarpofalángica, MTF; metatarsofalángica.

Todas las pruebas estadísticas son realizadas con la Chi cuadrada, excepto * t de student.

C-1/C038

Cirugía ortopédica en la artritis reumatoide: una revisión retrospectiva de sus escenarios

Barreira-Mercado E, Herrera-Salazar JB

Servicio de Reumatología, Hospital Ángeles Querétaro; Universidad Autónoma de Querétaro y Universidad del Valle de México-Querétaro

Introducción: A pesar de los diversos avances en el diagnóstico y tratamiento médico para la artritis reumatoide (AR), su evolución es habitualmente impredecible y puede expresarse con cuadros clínicos leves y casi autolimitados, hasta escenarios rápidamente destructivos que en pocos años deterioran profundamente las condiciones clínicas del enfermo. En este contexto, en la AR existe siempre la posibilidad de que puedan requerirse intervenciones quirúrgicas ortopédicas desde muy tempranas, hasta cirugías tardías restauradoras y amplias que de alguna manera sólo pretenden conservar la autonomía del paciente.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente 523 casos de pacientes con diagnóstico AR de acuerdo con los criterios del ACR atendidos únicamente por reumatólogos certificados; de éstos se seleccionaron aquellos que durante su evolución habían requerido intervenciones quirúrgicas ortopédicas y se clasificaron en tres tipos, de acuerdo con los criterios de James y Young del 2004: 1 = cirugía mayor con reemplazo articular, 2 = cirugía articular intermedia de mano y dedos, tobillos y pies y la realización de artrodesis; 3 = cirugía menor de tendones, túnel carpiano, artroscopia o sinovectomía y otros procedimientos menores. En cada caso se registraron

las variables demográficas, el tiempo de evolución, las manifestaciones extraarticulares y la clase funcional al momento de la cirugía ortopédica; y los hallazgos se evaluaron por estadística descriptiva.

Resultados: Se detectaron 60 casos (11.5%), de los cuales 54 (90%) fueron del sexo femenino y 10 del sexo masculino (10%), cuyos límites de edad fueron de 39 a 83 años con promedio de 61 años (± 10.3). El tiempo de evolución de la AR osciló desde cuatro años hasta 36 años con promedio de 19.6 años (± 8.3); en el 52% habían cursado con diversas manifestaciones extraarticulares y el 86% fueron casos seropositivos al FR. Todos los pacientes habían recibido fármacos modificadores del curso de la AR (FARME), aunque sólo en el 12% se habían utilizado fármacos biológicos. Dentro de los procedimientos quirúrgicos, el 50% había requerido cirugía mayor de cadera o rodilla y el otro 50% de otros diversos tratamientos quirúrgicos del tipo 2 o 3. Al respecto, 35 de los 60 pacientes estudiados (58%) habían evolucionado tórpidamente y cursado en clase funcional III o IV hasta el momento de la intervención ortopédica.

Conclusiones: En esta muestra clínica llamó la atención la mayor edad de la población que requirió cirugía articular y que, si bien los pacientes con AR habían sido tratados por médicos especialistas, al menos uno de cada 10 enfermos fue sometido a diversas intervenciones quirúrgicas ortopédicas, de las cuales en más del 50% fue necesario realizar cirugía protésica, especialmente de cadera y rodilla.

C-1 / Co39

Artritis reumatoide en un paciente con ataxia de Friedrieh. Reporte de un caso

Castellanos-Sánchez N⁽¹⁾, Álvarez-Hernández E⁽²⁾

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

Introducción: La ataxia de Friedrieh es una enfermedad degenerativa, autosómica recesiva, que afecta primariamente al sistema nervioso central y el corazón y se caracteriza por alteraciones progresivas en la marcha, marcha atáxica, disartria, arreflexia de extremidades inferiores, disminución de la sensibilidad de vibración y disminución de la respuesta plantar extensora. Cursa con limitación funcional notoria y una esperanza de vida que llega a la cuarta y quinta décadas de la vida. La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmunitaria y de causa multifactorial. La coexistencia de ataxia de Friedrieh y artritis reumatoide no está reportada en las publicaciones.

Caso clínico: Femenino de 37 años con diagnóstico de ataxia de Friedrieh desde los 17 años realizado en el INNyN con base en los siguientes criterios diagnósticos de Harding: ataxia no explicada por otras causas primarias, lenta progresión y herencia recesiva, inicio de la enfermedad antes de los 25 años, arreflexia de extremidades inferiores y disartria a los cinco años de inicio de la enfermedad y, desde los 22 años, pérdida de la capacidad de deambulación. Fue vista por primer vez el 28 de marzo de 2011 y menciona que hace seis años tuvo poliartritis simétrica aditiva de MCF, IFP, RAM de más de dos horas.

A la exploración física se encontró albinismo y ausencia de múltiples piezas dentales; cardiopulmonar con extrasístoles supraarticulares, osteomuscular con deformidades en cuello de cisne de 2-5 IFP bilateral, sin desviación cubital, limitación en carpos, artritis de MCF e IFP, nodulaciones en codos, disminución de pulsos poplíteos, tibiales y pedios. Biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos y perfil de lípidos normales, factor reumatoide de 903 UI/ml, velocidad de sedimentación de 45 mm³ y proteína C reactiva de 4.63 mg/L.

Radiografías de manos con tejidos blandos sin alteraciones, osteopenia yuxtaarticular, anquilosis del carpo y erosiones en el proceso estiloides, carpo y MCF. En tratamiento con metotrexato (15 mg a la semana), ácido fólico (10 mg a la semana), prednisona (10 mg a la semana) e indometacina (50 mg cada 12 horas). En su última visita aún en sillas de ruedas por complicaciones neurológicas; DAS 28, 2.88.

Conclusión: La ataxia de Friedrieh es una enfermedad que puede producir neuroartropatía; sin embargo, ante los cambios radiográficos, los hallazgos clínicos y de laboratorio, la paciente cumple criterios para artritis reumatoide. La coexistencia de ambas enfermedades no está reportada en las publicaciones.

C-1 / Co40

Eritema nodoso como una manifestación de actividad de la artritis reumatoide

Fajardo-Hermosillo LD

Hospital Regional No. 110, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El eritema nodoso (EN) es la paniculitis septal más frecuente, además de ser la causa más común de nódulos inflamatorios cutáneos que afecta las extremidades inferiores, siendo primario en el 33% de los casos, con buen pronóstico y autolimitándose en varias semanas sin dejar cicatriz. Sin embargo, dentro de su abordaje deben excluirse causas secundarias en el 67% de los casos, como enfermedades sistémicas, infecciones o medicamentos. Asimismo, el EN se ha reportado como una dermatosis vascular reactiva asociada a la artritis reumatoide (AR).

Recientemente se han descrito algunos casos de EN en pacientes con AR asociados al uso de anticuerpo monoclonal contra el factor de necrosis tumoral α (anti-TNF- α), específicamente con etanercept; encontrándose en estos pacientes la aparición de manifestaciones clínicas y hallazgos histopatológicos consistentes con sarcoidosis al momento o ulterior al uso de anti-TNF- α y que posterior a la suspensión de éste se documenta la remisión del EN. Sin embargo, no se ha descrito algún caso en pacientes con AR que, luego de la suspensión del anti-TNF- α y al excluirse causas secundarias de EN, éste se encuentre asociado con actividad de la AR.

Caso clínico: En este reporte se presenta el caso de una mujer de 51 años, portadora de diabetes, así como AR seronegativa con anti-PCC desde hace dos años, manejada con cloroquina, metotrexato, leflunomida y bajas dosis de esteroides, sin obtener mejoría en la actividad de la enfermedad (DAS28 5.2, HAQ 1.7). Por tal motivo, se agrega a su anterior tratamiento, previo escrutinio de tuberculosis latente y hepatitis, infliximab, suspendiéndose a los dos meses por descontrol glucémico, además de la aparición de EN en miembros pélvicos.

Ya que la paciente persistía con actividad de la AR (DAS28 5.41, HAQ 1.6), se cambió a otro anti-TNF- α , que no requiriera premedicación como el etanercept. A los tres meses de su uso, continuaba con mayor actividad de la AR (DAS28 6.1, HAQ 2.1) y la reaparición del EN. Ante la permanencia del EN, se realizaron diversos estudios paraclínicos para excluir tuberculosis, sarcoidosis, así como infecciones estreptocócicas. Posterior a la suspensión del etanercept no remitió el EN, por lo que se excluyó que fuese secundario a su uso.

Discusión: Ante la perseverancia de la actividad de la AR, se inició un anticuerpo monoclonal anti-CD20, como el rituximab. A los siete meses de su uso (dos ciclos), la actividad de la AR remitió (DAS28 2.6, HAQ 0.37) y el EN no volvió a presentarse hasta el momento. Este caso representa cómo el EN puede ser una manifestación, así como un marcador de actividad en pacientes con AR de curso grave y progresivo, cuando se han excluidos las causas secundarias más frecuentes de esta entidad.

C-1 / Co41

El efecto del nivel educativo de los hijos de pacientes con artritis reumatoide de más de seis meses de evolución

García JA⁽¹⁾, Aguilar TC⁽²⁾, Arroyo GV⁽³⁾, Galarza CI⁽⁴⁾, Gutiérrez MP⁽⁵⁾

⁽¹⁾IMSS, ⁽²⁻⁵⁾Facultad de Estudios Superiores de Iztacala

Objetivo: Conocer si el nivel educativo de los hijos influye en los familiares que padecen artritis reumatoide (AR) y el uso del internet como medio de información acerca de la enfermedad.

Método: Se realizó un cuestionario con 13 preguntas de opción múltiple mediante entrevistas dirigidas; dichos cuestionarios contenían 13 preguntas de opción múltiple que se realizaron a 17 pacientes pertenecientes a la consulta externa de reumatología del Hospital General de Zona no. 29 del IMSS, Ciudad de México; se categorizaron los cuestionarios en base al nivel educativo señalado de cada paciente para su posterior análisis.

Resultados: De la muestra de 17 pacientes con (AR), el nivel educativo en años de estudio de los hijos de pacientes con (AR) fue de menos de seis años con 11% de frecuencia, nueve años con 5%, 12 años con 17% y más 12 años con 64%. El tipo de influencia ejercida por los hijos sobre los pacientes fue adhesión al tratamiento (58.82%) e influencia emocional (41%). Internet como fuente de información acerca de la enfermedad: 23.5%.

Conclusiones: La muestra es pequeña, pero debe destacarse que a mayor nivel educativo de los hijos se presentó una mejor comprensión de la enfermedad y por consecuencia una mejor influencia emocional en los pacientes.

C-1 / Co42

Nocardiosis cerebral asociada a inhibidor de IL-6 en paciente con artritis reumatoide (AR)

Jaimes-Piñón G, DAHVO, Martínez-Martínez M, RIMVA, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: Los pacientes con AR tienen mayor riesgo de desarrollar procesos infecciosos tanto por la actividad de la enfermedad como por el tratamiento inmunomodulador y supresor. Las infecciones por gérmenes oportunistas se observan con más frecuencia con productos biológicos, que se emplean ante AR agresiva con pobre respuesta a DMARD, habitualmente con DAS 28 mayor de 3.2, aunque se sugiere que esta terapia se limite a aquellos pacientes con niveles mayores de 5.1.

Caso clínico: Mujer de 67 años diabética e hipertensa con control regular, artritis reumatoide agresiva de 10 años de evolución, de clase funcional III, con pobre respuesta al tratamiento con medicamentos modificadores de la enfermedad, por lo que cinco años antes recibió terapia biológica con tocilizumab por cuatro años y suspendido por toxicidad hepática; también recibió en el último año rituximab asociado a prednisona y azatioprina.

La paciente acudió por padecimiento de siete días de evolución consistente en fiebre cotidiana vespertina monomodal, cefalea intensiva universal, alteraciones conductuales y del estado de alerta. En el examen clínico inicial destacó somnolienta y datos de irritación meníngea, así como lesiones cutáneas consistentes con eritema nodoso en extremidades inferiores. El análisis de líquido cefalorraquídeo mostró hiper celularidad con predominio de polimorfonucleares, hiperproteinorraquia y normoglucoorraquia (4 500 cel/mm³-PMN 80%, 239 mg/dl y 126 mg/dl, respectivamente); tinción de Gram y coaglutinaciones negativas y cultivo sin desarrollo; TAC de encéfalo, normal. Se instituyó esquema antibiótico con vancomicina, ceftriaxona y ampicilina con mejoría del deterioro neurológico y de su fiebre; LCR de control evidenció menor hiper celularidad y proteinorraquia.

Una semana posterior a completar el esquema antibiótico la paciente reinició con fiebre, cefalea y estado confusional, sin datos de irritación meníngea. Una nueva punción lumbar con hiper celularidad, hiperproteinorraquia e hipoglucoorraquia (5 760 cel/mm³-PMN 92%, 575 mg/dl y 98 mg/dl, con G sérica de 255 mg/dl); tinción de Gram y coaglutinaciones negativas; MRI con múltiples lesiones de aspecto anular en ambos hemisferios, cerebelo y tallo cerebral. Se estableció un segundo esquema antibiótico empírico, sin respuesta; además presentó fiebre, insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica.

Se sometió a biopsia cerebral y meníngea; estudio histopatológico con tinción de BAAR y Fite Faraco con formas bacilares sugierentes de *Nocardia*.

A pesar de tratamiento, la paciente persistió con deterioro progresivo, coma, disfunción multiorgánica y muerte.

Discusión: *Nocardia* puede ser aislada en medios de cultivo, pero su crecimiento es lento y la incubación debe ser ≥ 2 semanas y la falta de supervisión de los cultivos antes de ese tiempo puede infraestimar la infección y retrasar el tratamiento. Los sitios de infección más comunes son pulmón y piel y por diseminación hematogena puede afectarse el sistema nervioso; la existencia de afección de dos o más órganos define a la enfermedad como diseminada.

C-1 / Co43

Valoración de paciente reumático mediante patrones funcionales de salud: una herramienta primordial para manejo efectivo y apego terapéutico

Lozano M⁽¹⁾, Bernal A⁽²⁾, Peña A⁽²⁾, Lozano G⁽³⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación CENLAQ, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación, ⁽³⁾Universidad Tecnológica de México (estudiante Lic. Enfermería)

Introducción: Se trata de paciente femenina de 76 años con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) de más de 20 años de evolución clínicamente activa, con artrosis grado IV en ambas rodillas, quiste de Baker en rodilla derecha, en tratamiento con leflunamina, sulfasalazina, deflazacort y gabapentina. Es por ello que se decide que, en conjunto al tratamiento farmacológico, se realice una valoración mediante los 11 patrones funcionales de salud de acuerdo con la teórica M. Gordon, con ciertas adaptaciones a pacientes con artritis reumatoide utilizando diferentes instrumentos de medición conocidos ampliamente, los cuales permiten observar factores determinantes en el apego terapéutico o incluso en el mismo curso de la enfermedad, pudiendo así plantear una serie de acciones e intervenciones para mejorar su estado general de salud y calidad de vida.

Metodología: Se realizó una entrevista dirigida en la que se aplicaron distintos instrumentos de medición, como modificación de la escala Lawton Brody, escala modificada de las habilidades de la vida diaria, cuestionario de afrontamiento ante el dolor crónico, test de Yesavage, escala de evaluación de estado nutricional, escala de valoración sociofamiliar, cuestionario de Oviedo del sueño, HAQ-DI, EUROQOL.

Resultados: Se pudo observar que la paciente resultó con afección de 8/10 (80%), patrones funcionales como se menciona a continuación, así como las etiquetas diagnósticas correspondientes: Percepción de manejo de salud de 80% (afrontamiento individual inefectivo, alteración de mantenimiento de la salud, apego terapéutico inefectivo), nutricional metabólico de 75% (déficit nutricional moderado), eliminación de 40% (incontinencia urinaria y estreñimiento), actividad y ejercicio de 100% (déficit de actividades recreativas, deterioro de la actividad física, déficit de autocuidado), sueño y descanso de 87% (alteración del patrón del sueño y actividades físicas extenuantes), cognitivo perceptual de 40% (alteración de procesos de pensamiento), autopercepción-autoconcepto de 80% (trastornos de autoconcepto), rol-relaciones de 75% (procesos familiares inefectivos), adaptación y tolerancia al estrés de 80%; después de establecer actividades e intervenciones para cada uno de los patrones afectados se logró una disminución parcial y gradual del porcentaje en un 40% en dos meses, aunque con el seguimiento adecuado de la paciente podría disminuir hasta un 20% de afección en seis meses.

Conclusión: La valoración de pacientes con artritis reumatoide mediante la metodología de patrones funcionales resulta ser efectiva e incluso podría ser funcional para la valoración integral y manejo de pacientes reumáticos, considerando que cada uno de los patrones arroja datos importantes para facilitar el tratamiento de los pacientes garantizando un mejor apego terapéutico e incluso una mejor calidad de vida, mediante la estandarización de intervenciones de salud.

C-1 / Co44**Causas de abandono del tratamiento farmacológico en pacientes con Artritis Reumatoide Temprana: La perspectiva del paciente**

Pascual-Ramos V, Contreras-Yáñez I

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La falta de persistencia con FMDES (NO-P-FMDE) en pacientes con AR modifica los desenlaces de la enfermedad.

Objetivos: Determinar las causas más frecuentes de NO-P-FMDE en pacientes ambulatorios con AR de reciente inicio e identificar predictores de recurrencia.

Métodos: Se aplicaron cuestionarios de autoevaluación de apego a tratamiento farmacológico cada seis meses a 149 pacientes reumatológicos de un hospital de tercer nivel de atención de la SSA, en el DF.

En cada evaluación se definió P-FMDE cuando el paciente respondió nunca a la pregunta sobre la frecuencia con la que había dejado de consumir los FMDE indicados por su médico reumatólogo, entre dos visitas consecutivas. En caso contrario, los pacientes se clasificaron como NO-P-FMDE y todos seleccionaron una de 15 opciones posibles de abandono de tratamiento. La actividad de la enfermedad se definió de acuerdo al DAS28. Se utilizaron pruebas estadísticas apropiadas.

Resultados: A lo largo de 58.7 ± 27.9 meses de seguimiento se aplicaron 715 cuestionarios a 149 pacientes, 132 (88.6%).

C-1 / Co45**Artritis reumatoide de inicio en el anciano, entidad olvidada. Reporte de caso**

Estrella-Pozo H, Barrera-Rodríguez A

Hospital General Dr. Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán

Introducción: El cuadro clínico de artritis reumatoide de inicio en los ancianos (AR) difiere del observado en pacientes jóvenes y muchas veces es confundido con osteoartritis, dado que aproximadamente 20-30% de los pacientes se diagnostican después de los 60 años. La artritis reumatoide es una enfermedad con prevalencia de 1% en la población mundial; sin embargo, ésta sólo se ha estudiado en pacientes jóvenes menores de 60 años; el 5% de las mujeres mayores de 70 años tiene esta enfermedad y se acompaña de comorbilidades que requieren tratamiento y éstos a su vez pueden causar interacciones medicamentosas, agregado a esto un metabolismo distinto comparado con pacientes jóvenes que puede alterar la farmacocinética de los fármacos empleados e incrementar los efectos adversos y por lo tanto son excluidas de muchos de los ensayos clínicos; debido a esto no se encuentran datos de eficacia y seguridad de máxima evidencia.

Reporte de caso: Paciente femenino de 61 años, sin comorbilidades, con dolor articular de un año de evolución en manos (IFP, MCF) bilateral, muñecas, rodillas, tobillos, con aumento de volumen en éstas, rigidez articular matutina menor a una hora, astenia, adinamia, fatiga, hiporexia; a la exploración se encuentra artritis en carpos, MCF 2ª, 3ª, 4ª bilateral, acromioclavicular bilateral, temporomandibular bilateral, rodillas. Estudios de laboratorio: leucos, 10 500; hemoglobina, 10.8; plaquetas, 5 500 000; TGP, 21; TGP, 30; FR, 60; anti-, 160; VSG, 65; PCR, 5.4. Radiografías de manos con densidad ósea juxtaarticular disminuida, esclerosis subcondral, disminución simétrica del espacio articular. DAS28 de 5.5; se inicia tratamiento con metotrexato (10 mg/semana), ácido fólico (5 mg/semana), prednisona (5 mg/día). A los tres meses de tratamiento, DAS28 de 1.5.

Conclusiones: Se describe un caso clásico de artritis reumatoide de inicio en el anciano de un año de inicio de los síntomas, quien fue considerado como una osteoartritis y que se trató sin mejoría clínica; se realizan estudio de laboratorio y gabinete, en los que se documenta esta entidad; se otorga tratamiento con mejoría clínica. Es prioritario difundir la existencia de la artritis reumatoide de inicio en el anciano en relación con los diagnósticos diferenciales, ya que una detección temprana y tratamiento correcto modifican el curso de la enfermedad, así como plantear nuevas estrategias terapéuticas e incluirlas en ensayos clínicos y ofrecer pronósticos prometedores.

C-1 / Co46**Asociación de anemia en la artritis reumatoide con títulos de autoanticuerpos antivimentina citrulinada mutada (anti-VCM) y antipéptido citrulinado cíclico (anti-CCP)**Ponce-Guarneros JM⁽¹⁾, Díaz-Toscano ML⁽²⁾, Zavaleta-Muñoz SA⁽³⁾, García-Cobián TA⁽⁴⁾, Álvarez-Pinto J⁽⁵⁾, Rodríguez-Jiménez NA⁽⁶⁾, Félix-Hernández F⁽⁷⁾, Totsuka-Sutto S⁽⁸⁾, Cardona-Muñoz EG⁽⁹⁾, Gámez-Nava JI⁽¹⁰⁾, González-López L⁽¹¹⁾, GIBAER⁽¹²⁾

^(1,5,11)Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110, ^(2,6)Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110; ^(3,7,10)Doctorado en Farmacología, Centro Universitario, ^(4,8,9)Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽¹²⁾Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS

Introducción: La anemia por enfermedad crónica en artritis reumatoide (AR) se considera una de las manifestaciones extraarticulares más frecuentes de la enfermedad. Aunque múltiples asociaciones clínicas han sido identificadas, el descubrimiento más reciente de autoanticuerpos distintos al factor reumatoide (FR), como son los anti-CCP y anti-VCM, hacen necesaria su evaluación en asociaciones clínicas.

Objetivo: Evaluar si los títulos de anti-CCP o anti-VCM están asociados a presencia de la anemia en 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 anemia y b) grupo sin anemia. Se evaluó: actividad (DAS-28), FR, proteína-C reactiva (PCR), autoanticuerpos: anti-CCP y anti-VCM que se determinaron por ELISA, en suero de los pacientes. Al momento de la evaluación, los investigadores que identificaron anemia desconocían el resultado de estos autoanticuerpos. El análisis estadístico utilizó χ^2 para comparación de proporciones y *t* de Student para comparación de medias.

Resultados: Todos los pacientes evaluados fueron del sexo femenino; al comparar el grupo sin anemia contra el grupo con anemia no se observaron diferencias estadísticas en edad (50.6 ± 10.8 vs. 46.2 ± 7.3 , respectivamente, $p = 0.180$), peso (71.8 ± 12.8 vs. 71.5 ± 20.1 , $p = 0.96$), tiempo de evolución de la enfermedad (6.8 ± 7.4 vs. 5.8 ± 5.2 , $p = 0.64$), puntaje de DAS-28 (5.9 ± 0.9 vs. 5.8 ± 0.8 , $p = 0.73$), dosis de corticoides (1.7 ± 1 vs. 1.54 ± 0.9 , $p = 0.66$) y en reactantes de fase aguda: PCR (15.1 ± 28.8 vs. 27.6 ± 50.6 , $p = 0.28$), VSG (30.8 ± 12.2 vs. 32.8 ± 13.4 , $p = 0.61$). En relación a los autoanticuerpos existen mayores títulos de anti-VCM (μml) en pacientes con anemia que en pacientes sin anemia (268.9 ± 152.2 vs. 139.3 ± 152.4 respectivamente, $p = 0.015$); asimismo, los títulos de anti-CCP (μml) fueron mayores en anemia que en pacientes sin anemia (125.2 ± 60.1 vs. 72.7 ± 79.2 , $p = 0.018$).

Conclusiones: En este estudio se observó que los pacientes con AR presentaban una asociación entre la presencia de anemia con mayores títulos de anti-CCP y anti-VCM. Futuros estudios de seguimiento deberán considerar si los pacientes con títulos altos de dichos autoanticuerpos se encuentran asociados a otras manifestaciones extraarticulares.

Proyecto financiado por FIS IMSS, número de financiamiento FIS/IMSS/PROTMD11/998.

C-1 / Co47

Mortalidad a siete años en pacientes con artritis reumatoide

Muñoz-De Hoyos JL, Galarza-Delgado DA, Vega-Morales D, Esquivel-Valerio JA, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es un trastorno autoinmunitario, inflamatorio crónico, principalmente articular pero con compromiso sistémico. Diversos estudios demuestran mortalidad cardiovascular (MCV) aumentada en esta población. La finalidad de este estudio es conocer la mortalidad cardiovascular en pacientes con AR en una población cautiva.

Metodología: De la cohorte de pacientes del estudio "Aterosclerosis carotídea en pacientes con artritis reumatoide con y sin nódulos reumatoideos" de Galarza-Delgado y colaboradores, se dio seguimiento de siete años a 74 pacientes, correspondiendo a 518 pacientes/año para valorar MCV. Se describen las características basales de estos pacientes en el año 2005. Edad promedio, 56.29 años (límites, 33 a 88); 91% mujeres y 9% hombres; control nutricional, 17%; uso de multivitamínicos, 25%; uso de anticonceptivos orales, 4.1%; terapia de reemplazo hormonal, 12%; uso de estatinas, 10%; tabaquismo, 36.5%; hipertensión arterial, 24%; diabetes mellitus, 12%; dislipidemias, 16%; peso, 68 kg (DS 13.4); talla, 157 cm (DS 8); presión sistólica, 122 (DS 13); presión diastólica, 78 (DS 8); frecuencia cardíaca, 78 (DS 8); índice de masa corporal, 27.4 kg/m² (DS 4.4); circunferencia de cintura, 87.4 cm (DS 12.3); circunferencia de cadera, 100.8 cm (DS 8.5); MHAQ, 3 (DS 39); rigidez matutina, 16 minutos (DS 37); número de articulaciones dolorosas, 14 (DS 18); número de articulaciones inflamadas, 12 (DS 16); tiempo de evolución de la AR, 12.4 años; dosis promedio de metotrexato, 13 mg/sem (DS 5.6); dosis promedio de esteroides, 8 mg/día (DS 5.5); VSG, 25 mm/h (DS 12); PCR, 7 mg/dl (DS 14); factor reumatoide, 74%; anti-CCP, 72%; fiebre, 5.4%; dolor espontáneo, 30%; dolor nocturno, 30%; clase funcional I, 44.6%; deformidades, 45%; uso de antipalúdicos, 25.7%; biológicos, 21.6%; metotrexato, 66.2%; esteroides, 51.4%; grosor íntima media carotídea (GIMC) derecha, 0.0738 cm (DS 0.02144); GIMC izquierda, 0.0736 (DS 0.01717); y presencia de placa en el 56% de los pacientes. A dicha población se le calculó la escala de riesgo cardiovascular de Framingham, la cual evalúa desenlace cardiovascular a 10 años, la cual fue de 9.9% de riesgo de MCV; y el Framingham modificado de 14.8% de riesgo de MCV.

Resultados: De la población previamente descrita se encontró una MCV de 9.5%. En el análisis univariado, las variables que mostraron significancia estadística fueron edad ($p = 0.01$), rigidez matutina ($p = 0.02$), PCR ($p = 0.008$), GIMC derecha ($p = 0.004$), GIMC izquierda ($p = 0.0001$), y el uso de metotrexato ($p = 0.047$).

Conclusiones: Hasta el momento del estudio la mortalidad era del 9.5% a siete años, es decir, la mortalidad correspondiente a 10 años en una población sin AR. Se demuestra MCV incrementada; será necesario el seguimiento a esta población para ver si corresponde a lo reportado en las publicaciones internacionales.

C-1 / Co48

Efecto económico de la artritis reumatoide: análisis en un hospital universitario

Treviño-Montes DO, Garza-Elizondo MA, Vega-Morales D, Muñoz-De Hoyos JL

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: Los padecimientos musculoesqueléticos afectan al 20% de la población adulta. La carga en el individuo se halla relacionada a su clase funcional, calidad de vida y el costo económico. Los costos económicos directos atribuidos a una enfermedad derivan de la desviación de los recursos que de otro modo estarían disponibles para otros usos del paciente si la enfermedad no hubiese ocurrido. Éstos pueden ser derivados de la atención de la condición nosológica en particular o de las comorbilidades e incluyen los costos de la consulta, los exámenes diagnósticos, los medicamentos prescritos, los estudios e interconsultas indicados, la transportación del enfermo y sus cuidadores, los gastos de alimentación y los costos de las consultas.

Material y métodos: Se analizó el efecto económico de los costos directos de la artritis reumatoide en el hospital en este estudio descriptivo, transversal y analítico. Se describió el costo total derivado de la prescripción terapéutica en la consulta de un total de 103 pacientes con artritis reumatoide.

Resultados: Los pacientes analizados tenían una edad promedio de 52.83 años (DE 13), de los cuales nueve fueron hombres y 94 mujeres (91.3%). El índice de actividad DAS28 de los pacientes en que se pudo evaluar (82) fue de 3.4 (DE 1.34), mientras que el de CDAI fue de 56.96 (DE 57). Las clases funcionales promedio de los pacientes fueron: I, 78%; II, 22.3%; III, 1.9%; IV 3.9%. Las comorbilidades más prevalentes en orden de importancia fueron las siguientes: síndrome de Sjögren, 84%; osteoartritis, 36.9%; dislipidemia, 28%; hipertensión arterial, 24%; diabetes mellitus 2, 21%; osteopenia, 19.4%; obesidad, 19%; infección de vías urinarias, 15.5%; menopausia, 12.6%. El costo promedio mensual del tratamiento de la artritis reumatoide fue de 1 432.27 pesos (DE 2 693.36); mientras que el costo de las comorbilidades fue de 732 pesos (DE 1 555.96).

El costo de los exámenes de laboratorio, interconsultas y estudios especiales solicitados fue en promedio de 720 pesos (DE 348.72). El costo completo de la atención médica [incluidos honorarios (200 pesos) y gastos de traslado (50 pesos)] fue de 3 645.02 pesos (DE 3 155.20). El apego (autorreportado) por los pacientes fue de 78% (81). De los 22 pacientes con falta de apego, ésta se explicó en un 27.3% por motivos económicos, 9.1% con causas socioculturales y en el 63.3% por una combinación de ambas. El ingreso mensual familiar promedio fue de 4 645.00 pesos (DE 3 547.26) y el balance entre éste y el gasto en el cumplimiento de la prescripción fue de 1 760 pesos (DE 4 566.19). El 58.3% de los pacientes no recibe ningún apoyo social para la atención de sus enfermedades.

Conclusiones: El costo económico que representa la artritis reumatoide y las comorbilidades que presentan los pacientes evaluados en esta clínica es significativo. Es ese factor y las condiciones socioculturales (respecto al desconocimiento de los programas de apoyo) los que impiden en completo apego y control terapéutico de los pacientes.

C-1 / Co49

Infarto agudo del miocardio en artritis reumatoide

Sánchez-Huerta JM, Castillo-Cerdiff Y, Villegas-Madrid E, Powell-Moreno J

Hospital Regional ISSSTE, Puebla

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular (48%) comparado con la población en general, lo cual contribuye a una más alta mortalidad. El infarto agudo del miocardio se presenta en la AR con un riesgo de 68% sin diferencia de género.

Caso clínico: Masculino de 45 años de edad, originario de Tulcingo de Valle, Puebla. Comerciante. Padre muerto con IAM y hermana con AR. Cursa con AR desde hace cinco años, controlada con metotrexato (15 mg/semana) y diferentes antiinflamatorios.

Hace cuatro años presenta epiescleritis y uveítis de repetición de difícil control, con secuelas de escleromalacia en ojo izquierdo. Se le aplica rituximab (2 g IV) en 2008, 2009 y 2010, controlando la actividad articular y ocular.

El 14 de enero del 2012 por la noche, en reposo, presenta dolor precordial intenso, irradiado a la espalda, epigastrio, además de vómito y diaforesis. No cede con analgésicos, ni antiinflamatorios, por lo que se ingresa al hospital. Su laboratorio de ingreso: CPK, 3 329; CK-MB, 339.1; TGO, 509; DHL, 2910. En el EKG se encuentra lesión subepicárdica en V1 a V6, DII, DIII, aVF, con isquemia subepicárdica en DI, aVL, diagnosticando un infarto al miocardio anteroseptal por lo que pasa a la UCI y se programa para cateterismo y ecocardiograma.

Se le realiza una angioplastia con endoprótesis a la descendente anterior y kissing balloon de la descendente anterior y circunfleja.

C-1/Co50

Enfermedad articular por depósitos de oxalato y calcinosis tumoral asociada a oxalosis primaria: reporte de un caso

Horta-Baas G⁽¹⁾, Vargas-Gutiérrez C⁽²⁾, Barile-Fabris L⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital General Regional 220, Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽²⁾Departamento de Radiología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽³⁾Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La enfermedad por depósito de cristales de oxalato es una enfermedad rara vista principalmente en pacientes con hiperoxaluria primaria y nefropatía por oxalato; sus manifestaciones musculoesqueléticas son similares a las presentadas por artropatías por cristales de pirofosfato de calcio.

Caso: Hombre de 22 años, de origen mestizo latinoamericano. A los ocho años inició episodios de litiasis renal repetidos y a los 10 se realizó el diagnóstico de hiperoxaluria primaria, con progresión a insuficiencia renal terminal. A los 12 años inició terapia de sustitución renal con diálisis peritoneal, trasplante renal de donador vivo relacionado a los 13 años con pérdida del injerto a los cinco meses. Continuando en hemodiálisis hasta la actualidad. A los dos años de inclusión en hemodiálisis inició manifestaciones articulares, dolor óseo, artritis de carpos, interfalángicas (IFP), metacarpo-falángicas (MCF), rodillas, de forma simétrica y patrón aditivo. A los 16 años presentó fractura patológica del fémur derecho que requirió reducción abierta y fijación interna. El dolor óseo y la poliartritis siguieron un curso progresivo, sin respuesta al tratamiento con antiinflamatorios. Aparición de tumoraciones localizadas en tejidos blandos, que llegaron a impedir la marcha a los 19 años. Los síntomas persistieron a pesar del empleo de infiltración con glucocorticoides, bajas dosis de glucocorticoides orales, analgésicos opioides y antiinflamatorios. Los estudios de laboratorio mostraron: vitamina D, 7.1 ng/ml (deficiencia < 10); PTH, 4.08 pg/ml (10-65); creatinina, 3.4 mg/dl (0.4-1.2); calcio, 9.7 mg/dl (8.4-10.2); fósforo, 5.1 mg/dl (2.7-4.5); fosfatasa alcalina, 296 U/l (40-129).

En sus estudios radiográficos se observaron calcificaciones periarticulares en hombros de aspecto nodular, osteoesclerosis vertebral y colapsos vertebrales dorsales 5 y 6, secuelas de fracturas costales y fractura del húmero derecho; en abdomen con nefrocalcinosis bilateral, osteoesclerosis vertebral y en huesos de la pelvis, calcificaciones periarticulares de aspecto nodular y fractura subtrocantérica bilateral. En manos calcinosis periarticular en IFP, MCF y carpos, disminución de la densidad ósea, resorción de las epífisis distales del cúbito y radio; pie con calcinosis periarticular en IFP, metatarsofalángicas y articulación tibioastragalina, osteoesclerosis en falanges y metatarsianos, resorción ósea de la epífisis distal de la tibia y peroné.

Conclusión: El espectro radiográfico de los cambios óseos en la oxalosis se debe a muchos factores que influyen en el metabolismo óseo, entre ellos altos niveles de oxalato de calcio, hiperparatiroidismo secundario y osteodistrofia renal.

C-1 / Co51

¿Es el uso de inhibidores de la bomba de protones sobreutilizado en enfermedades reumáticas?

Félix-Hernández F⁽¹⁾, Ponce-Guarneros JM⁽²⁾, Ruiz-Padilla A⁽³⁾, Vázquez-Villegas ML⁽⁴⁾, Sánchez-Mosco D⁽⁵⁾, Norzagaray-Ibarra FG⁽⁶⁾, Ramírez-Villafañá M⁽⁷⁾, Cardona-Muñoz EG⁽⁸⁾, Totsuka-Sutto S⁽⁹⁾, Pascoe-González S⁽¹⁰⁾, Gámez-Nava JI⁽¹¹⁾, González-López L⁽¹²⁾, GIBAER⁽¹³⁾

^(1,2,7,11,13)Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de Especialidades CMNO, IMSS, ^(3,9)Doctorado en Farmacología, Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, CUCS, Universidad de Guadalajara, ^(5,12)Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110, ⁽⁶⁾Hospital de Ginecología y Obstetricia, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ^(8,10)Unidad de Investigación Cardiovascular, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son uno de los fármacos prescritos con mayor frecuencia en el mundo, existiendo sobreutilización en pacientes hospitalizados, así como externos. Poco se ha sistematizado la investigación de su utilización en pacientes con enfermedades reumáticas.

Objetivo: Describir la frecuencia del uso de IBP en pacientes con las siguientes enfermedades reumáticas: artritis reumatoide (AR), osteoartritis, lupus eritematoso sistémico (LES) y espondilitis anquilosante (EA), identificados en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio transversal tipo censo administrativo. Se investigó a partir de una base de datos obtenida en la consulta de reumatología durante un año, obteniéndose 667 pacientes con AR, 75 con osteoartritis, 263 con LES y 99 con EA. Se realizó comparación de frecuencias de uso de IBP entre las distintas enfermedades con χ^2 . Se comparó el número total de fármacos consumidos entre aquellos pacientes con uso de IBP y aquellos sin IBP con *t* de Student.

Resultados: De 667 pacientes con AR, 377 (56.5%) tenían al momento del estudio IBP; de los 75 pacientes con osteoartritis sólo siete (9.3%) tenían uso de IBP; de 263 pacientes con LES, 172 (65.2%) tenían uso de IBP; y de 99 pacientes EA, 74 (74%) usaban IBP. Al comparar las medias del uso de fármacos entre las diferentes enfermedades se observó que la AR tiene una diferencia promedio de cuatro fármacos prescritos en comparación con la osteoartritis (8.42 ± 2.61 vs. 4.36 ± 1.91 , $p < 0.001$), dos fármacos prescritos respecto de LES (8.42 ± 2.61 vs. 6.44 ± 2.44 , $p < 0.001$) y un fármaco prescrito en comparación con EA (8.42 ± 2.61 vs. 7.53 ± 5.50 , $p 0.009$); en cambio, los pacientes con LES tienen una diferencia de dos fármacos prescritos más que la osteoartritis (6.44 ± 2.44 vs. 4.36 ± 1.91 , $p < 0.001$) y los pacientes con EA tienen tres fármacos prescritos que osteoartritis (7.53 ± 5.50 vs. 4.36 ± 1.91 , $p < 0.001$). Al comparar la media de fármacos prescritos los consumidores de IBP con los no consumidores se identificó un mayor número de fármacos en los que reciben IBP (8.46 ± 2.48 vs. 6.49 ± 3.46 , $p < 0.001$).

Conclusión: La frecuencia del uso de IBP es elevada principalmente en EA, LES y AR; sin embargo, parece relacionarse con el alto número de fármacos prescritos para tratar la enfermedad de base y sus enfermedades comórbidas. Es necesario considerar las posibles interacciones entre estos fármacos que puedan repercutir en mayores tasas de efectos indeseables.

C-1 / Co52

Desarrollo de valores de referencia de índice de masa muscular apendicular (IMMA) y su uso para la identificación de sarcopenia en población geriátrica mexicana

Morales-Vargas J⁽¹⁾, Morales Torres J⁽²⁾, Rodríguez Vallejo O⁽³⁾, Glanville T⁽¹⁾

⁽¹⁾Mount Saint Vincent University, ⁽²⁾Hospital Aranda de la Parra y CIMOVA, ⁽³⁾CIMOVA

Antecedentes: Existe un creciente interés en la importancia de la pérdida de masa muscular asociada al proceso de envejecimiento y su efecto en el pronóstico.^{1,2} El Consenso Europeo para la Definición y el Diagnóstico de Sarcopenia sugiere el uso de IMMA para identificar sujetos con baja masa muscular.³ Esta propuesta se ve limitada en la práctica por la falta de valores de referencia de diversas regiones.

Objetivo: Desarrollar una referencia del IMMA basada en población femenina mexicana.

Métodos: 92 mujeres sanas de 20 a 30 años de edad participaron en esta investigación. Se les realizó una valoración antropométrica que incluyó peso, talla, circunferencia de pantorrilla, fuerza de prensión y composición corporal medida con DXA. Se calculó el IMMA al sumar la masa magra de las cuatro extremidades y al dividirla por la talla al cuadrado.

Análisis estadístico: Se obtuvo el valor medio y la desviación estándar del IMMA. Se clasificaron los valores de IMMA de acuerdo con Z-score obtenido.

Resultados: Los valores de referencia de IMMA, desarrollados a partir de este estudio, se presentan en la **Tabla 1**. El valor medio obtenido del IMMA fue de 5.54 kg/m² y se fijó el punto de corte para identificar a individuos con bajo IMMA en 4.38 kg/m² (**Tabla 1**).

Tabla 1. Z-scores de IMMA.

Z = -2	Z = -1	Z = 0	Z = 1	Z = 2
4.38	4.96	5.54	6.12	6.7

Discusión: El valor medio de IMMA encontrado en este estudio es 25% menor al reportado por Gallagher y colaboradores. Estas diferencias pueden ser atribuibles a factores raciales que influyen en la cantidad de masa muscular apendicular. El uso de valores de referencia desarrollados en otras poblaciones puede llevar a la sobreestimación de la prevalencia de bajo IMMA y por lo tanto de sarcopenia.

Conclusiones: Existen diferencias antropométricas atribuibles a factores raciales que impiden el uso de valores de referencia y formulas predictivas de IMMA desarrollados en otras poblaciones en población mexicana. Los valores de referencia desarrollados en este proyecto abren la posibilidad de profundizar en el estudio de sarcopenia en la población mexicana.

Referencias

- Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol* 1998;147:755-63.
- Iannuzzi-Sucich M, Prestwood KM, Kenny AM. Prevalence of sarcopenia and predictors of skeletal muscle mass in healthy, older men and women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002 Dec;57(12):M772-7.
- Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing* 2010;39:412-42.

C-1 / Co53

Prevalencia de afección musculoesquelética en pacientes con DM tipo 2, asociación de la comorbilidad y complicaciones de la enfermedad

Lugo E⁽¹⁾, Velázquez L⁽²⁾, Pineda I⁽²⁾, Castañeda R⁽²⁾, Goycochea MV⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio Social, Escuela de Medicina, Universidad Autónoma Metropolitana, ⁽²⁾Unidad de Investigación, Hospital General Regional 1 Dr. Carlos McGregor Sánchez Navarro, IMSS

Introducción: Los factores de riesgo y complicaciones asociadas a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, hay escasa información acerca de la asociación entre afección músculo-esquelética (MMK) y mayores complicaciones de la DM2. El Core-COPCORD tiene buena sensibilidad y especificidad para identificar MMK e incluso enfermedades reumáticas. Se propone así su utilización para identificar MMK en pacientes con DM2 y explorar si hay asociación entre la presencia de MMK, más complicaciones de la enfermedad y comorbilidad.

Objetivo: Calcular la prevalencia de MMK y otras comorbilidades en pacientes adultos con DM2 e identificar si hay asociación con la presencia de MMK y más complicaciones de la DM.

Material y métodos: Estudio transversal; se aplicó encuesta a pacientes con DM2 del área médica de gestión desconcentrada HGR1 IMSS. El cuestionario incluyó: características sociodemográficas, características clínicas de DM2, índice de Charlson de comorbilidad y cuestionario Core-COPCORD. Se identificó como "caso positivo" los individuos con presencia de dolor MMK > 4 en EVA de dolor (0 al 10 cm) durante los últimos siete días. La información fue incluida en una base de datos en programa Access. El análisis incluyó medidas de tendencia central y se identificaron diferencias (χ^2) entre los sujetos con MMK vs. aquellos que no las presentaron.

Resultados: Los sujetos con DM2 incluidos en el estudio reportaron un tiempo de evolución promedio de 11.02 \pm 9.65 años; el 68% corresponde a mujeres; con una edad promedio de 62.8 \pm 11.20 años. El 65% de la población aceptó tener MMK (Core-COPCORD positivo); de éstos, el 66.1% con intensidad de dolor > 4; las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron la columna (26%), hombros (26%), manos (25%) y rodillas (23%). Se encontraron diferencias significativas entre el grupo de casos con MMK presentes vs. aquel que negó tenerlos, en la edad (fueron mayores los que presentan MMK), y un mayor número de complicaciones de la DM2 (69.2% vs. 51.4%, $p < 0.05$) y más enfermedades asociadas (comorbilidad: 58.5% vs. 51.4%, $p < 0.05$).

Conclusión: En el estudio se identificó una elevada prevalencia de MMK en sujetos con DM2; los problemas más frecuentes son OA de columna, hombros, rodillas, columna; aquellos que tienen MMK muestran más complicaciones y más comorbilidad asociada. Los MMK deben considerarse en sujetos con DM debido a las implicaciones que pueden tener para ocasionar más complicaciones.

C-1 / Co54

Componentes del síndrome metabólico, citocinas y factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en controles y pacientes con enfermedades reumáticas sistémicas

Rocha-Muñoz AD⁽¹⁾, Arciniega-Gutiérrez NS⁽²⁾, Gandarilla-Martínez NA⁽³⁾, Guerrero-Aguilar LD⁽⁴⁾, Álvarez-Pinto J⁽⁵⁾, Zavaleta-Muñoz SA⁽⁶⁾, De la Cerda-Trujillo LF⁽⁷⁾, Sánchez-Mosco DI⁽⁸⁾, Cardona-Muñoz EG⁽⁹⁾, Gámez-Nava JI⁽¹⁰⁾, Salazar-Páramo M⁽¹¹⁾, Totsuka-Sutto SE⁽¹²⁾, Celis A⁽¹³⁾, González-López L⁽¹⁴⁾, GIFRCER⁽¹⁵⁾

⁽¹⁾Programa de Post-Doctorado del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Departamento de Fisiología, Centro Universitario, ^(2,9,12,15)Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ^(3,8,14)Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, Instituto Mexicano del Seguro Social, ^(4,7,10)Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Instituto, ⁽⁵⁾Pasante de Servicio Social en Investigación, Universidad de Guadalajara, ⁽⁶⁾Programa de Posgrado en Ciencias Biomédicas (Inmunología) del CUGS, Universidad de Guadalajara, ⁽¹¹⁾División de Investigación en Salud de la UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽¹³⁾Unidad de Epidemiología Clínica e Investigación, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente (HECMNO)

Introducción: Los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular están incrementados en enfermos de enfermedades reumáticas. Algunas citocinas proinflamatorias como IL-6 y TNF- α están elevadas en estos pacientes, pero pocos estudios han sistematizado en mexicanos su evaluación en conjunto con los factores tradicionales de riesgo cardiovascular.

Objetivos: Evaluar la asociación entre factores de riesgo cardiovascular, componentes del síndrome metabólico (SMet) y niveles de IL-6 y TNF- α en controles en comparación con pacientes con enfermedades reumáticas sistémicas.

Métodos: Estudio transversal que incluyó a 31 controles sin enfermedad reumática autoinmunitaria comparados contra 77 pacientes con enfermedades reumáticas (45 con AR, 17 con EA y 15 con LES). Se evaluaron características demográficas, antropométricas, clínicas y bioquímicas de cada enfermedad. Se clasificó presencia de SMet por los criterios de NCEP-ATP III en cada grupo evaluado. Se determinó el riesgo cardiovascular de acuerdo con la AHA (*American Heart Association*) basada en estudio Framingham. Valoración de masa magra y grasa por estudio de composición corporal por DXA empleando un densitómetro Lunar Prodigy Advance GE. Se tomó muestra sanguínea para determinación de perfil bioquímico, TNF- α e IL-6 por ELISA. Comparaciones realizadas con ANOVA con prueba *post-hoc* de Scheffe, y χ^2 con prueba exacta de Fisher.

Resultados: De acuerdo con los criterios de NCEP-ATP III, en la frecuencia comparada de SMet entre controles y enfermos reumáticos no se observó diferencia con AR (24.4 vs. 19.4%, $p = 0.40$), con EA (25.0 vs. 19.4%, $p = 0.46$) y con LES (40.0 vs. 19.4%, $p = 0.13$). De las anomalías en los componentes del SMet comparados entre grupo de enfermos y controles se observó perímetro abdominal aumentado (57.1 vs. 25.8%, $p = 0.003$) y HTA (32.5 vs. 3.2%, $p = 0.001$), y mayor presencia de bajo HDL en controles (64.5 vs. 44.7%, $p = 0.05$). En la composición corporal hubo un mayor porcentaje de masa magra en el grupo control (54.43 vs. 50.19%, $p = 0.02$), y mayor masa grasa en el grupo de enfermos (45.30 vs. 42.54%, $p = 0.05$). Los factores de RCV en el grupo de pacientes con enfermedades reumáticas fueron pobre actividad física (78.7 vs. 16.9%, $p > 0.001$), menopausia (71.8 vs. 51.6%, $p = 0.04$) y educación baja (80.3 vs. 22.6%, $p > 0.001$). Se observó un aumento de IL6 en el grupo de pacientes con enfermedades reumáticas en comparación con controles (9.03 vs. 2.22 respectivamente, $p > 0.001$); de modo similar, TNF- α estuvo mayormente incrementado en enfermedades reumáticas que en controles (60.08 vs. 1.02 respectivamente, $p = 0.16$).

Conclusiones: La prevalencia del SMet en pacientes reumáticos fue mayor que en controles. Los componentes con mayor frecuencia en ellos fueron HTA y aumento del perímetro abdominal, mientras que en controles fue niveles bajos de colesterol-HDL. La presencia de mayor masa grasa se observó en enfermos reumáticos con incremento de IL-6 y TNF- α . Estos datos sugieren que el riesgo excesivo para enfermedad cardiovascular puede relacionarse con mayor masa grasa y niveles de citocinas.

C-1 / C055

Hiperuricemia como factor de morbilidad cardiovascular en pacientes hospitalizados

DAHVO, López-Quijano J, Martínez-Martínez M, Magaña-Aquino M, Abud-Mendoza C, Zapata-Ruiz A, Mendoza-Oliva D

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

La hiperuricemia asintomática se asocia a enfermedades cardiovasculares (CVD) que tienen elevada morbilidad. No está claramente definido el protagonismo de esta alteración metabólica en pacientes hospitalizados por CVD.

Objetivos: Evaluación de eventos cardiovasculares no fatales durante la hospitalización de pacientes con CVD y a 30 días de seguimiento.

Métodos y pacientes: Se incluyó a pacientes hospitalizados con diagnóstico de CVD: síndromes coronarios agudos o insuficiencia cardíaca aguda o

crónica agudizada. Se tomaron niveles basales de ácido úrico, PCR y se estadió a cada paciente según el diagnóstico de ingreso con el índice de comorbilidades de Charlson, escalas de riesgo TIMI y escala de la *New York Heart Association* (NYHA). Se realizó análisis de regresión logística para el análisis de las variables independientes; en el caso de pacientes con síndromes coronarios agudos se tomaron en cuenta los niveles de ácido úrico, la escala TIMI y el índice de Charlson (ICH); en el caso de los pacientes con insuficiencia cardíaca se consideraron los niveles de ácido úrico, la escala NYHA y el ICH.

Resultados: Se conformó un grupo de estudio de 143 de pacientes hospitalizados de manera consecutiva, de enero de 2010 a octubre de 2011. El 51% de los pacientes ingresó con diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda o crónica agudizada y el 49% por síndromes coronarios agudo (IAM-SEST, IAMCEST o AU). El 69.2% de género masculino, sin diferencias significativas en edad, hipertensión, diabetes mellitus e insuficiencia renal. Se presentaron durante el periodo de estudio 97 CVD, de los cuales el 48.4% ocurrió durante la hospitalización y el resto en los 30 días de seguimiento, el nivel promedio de AU en los pacientes con ECV fue de 7.6 mg/dl comparado con los que no desarrollaron ECV que fue de 6.7 mg/dl ($p = 0.03$), los niveles de AU se encontraron más elevados en hombres, relacionándose con mayor tasa de CVD que en las mujeres ($p = 0.004$). Mediante regresión logística se identificó asociación independiente entre los niveles elevados de AU y el desarrollo de CVD durante la hospitalización (OR, 1.29; IC95%, 1.02-1.65; $p = 0.029$), pero no para el seguimiento a 30 días ($p = 0.150$). No hubo correlación entre los niveles de ácido úrico y muerte por CVD.

Conclusión: La hiperuricemia se asoció a mayor tasa de CVD no fatales durante la hospitalización en pacientes con síndromes coronarios agudos o con insuficiencia cardíaca aguda o crónica agudizada.

C-1 / C056

Prevalencia de las enfermedades reumáticas en un hospital federal de referencia

Alonso-Martínez MD, Becerril-Mendoza L, Vargas-Avilés AS, Lugo-Zamudio GE, Sepúlveda-Aldana D, González-Ramírez LV, Sánchez-González M, Torres-González R, Barbosa-Cobos RE

Hospital Juárez de México

Introducción: La prevalencia de enfermedades reumáticas en México es variable, dependiendo de la población y la metodología empleada.

Objetivo: Identificar la prevalencia de las enfermedades reumáticas en el servicio de reumatología de un hospital federal de referencia.

Materiales y métodos: Estudio clínico, observacional, transversal, retrospectivo. Se integró una muestra con expedientes de pacientes consecutivos con diagnóstico de enfermedad reumática (criterios ACR), del Hospital Juárez de México, en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2011 y hasta completar el tamaño de muestra calculada. Se revisaron expedientes para obtener sexo, edad y diagnóstico reumatológico de acuerdo con la CIE-10. Se realizó descripción de variables con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se incluyeron 236 expedientes de pacientes: 20 patologías, 220 mujeres (93.2%) y 16 hombres (6.8%), media de edad de 52 años. La prevalencia de enfermedades reumáticas fue: artritis reumatoide, 47.46%; osteoartritis, 19.92%; lupus eritematoso sistémico, 11.44%; fibromialgia y síndrome de Sjögren primario, 3.39%; artritis psoriásica, dermatomiositis y síndrome antifosfolípido, 1.69%; artritis gotosa, artritis idiopática juvenil y esclerodermia, 1.27%; artritis reactiva, superposición de esclerodermia, dermatomiositis, espondilitis anquilosante y osteoporosis, 0.85%; granulomatosis con poliangitis, policondritis recidivante, polimiositis, síndrome de hiperactividad benigna, 0.42%.

Conclusiones: Las patologías más frecuentes en el presente estudio fueron: AR, LES y OA, predominando su presentación en el sexo femenino en

edad productiva y concordando los resultados con lo reportado en las publicaciones. Es imperativo el conocimiento de las características de la población enviada al servicio de reumatología en cada centro de referencia.

C-1 / Co57

Factores predictores de gravedad radiológica de la espondilitis anquilosante (EA) en pacientes locales y foráneos en un hospital de tercer nivel en México, D.F.

Jiménez-Balderas FJ, Vargas C, Vázquez-Zaragoza MA, Camargo-Cornel A, Barile-Fabris L

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Antecedentes: Estudios previos han identificado factores constitucionales como el género masculino, el inicio a temprana edad de la EA, la oligoartritis periférica, la artritis de la cadera y el HLA-B27 (B27) como de pobre pronóstico radiológico axial de la EA.

Objetivo: Identificar factores constitucionales de mal pronóstico radiológico en pacientes con EA habitantes de México, D.F., y foráneos, atendidos en un hospital de tercer nivel.

Método: Se incluyeron 293 expedientes de pacientes con EA definida (criterios modificados de NY). Se registraron edad, género, edad de inicio, evolución de la EA (del comienzo de síntomas a la fecha de la toma de radiografías de la columna), artritis periférica, coxartrosis y B27. El desenlace se midió con el estadio radiológico como anquilosis de tres o más cuerpos vertebrales. Los pacientes se dividieron para su estudio en locales y foráneos. Estadística: χ^2 y *t* de Student.

Resultado: Un total de 221 pacientes fueron locales y provenían en 24.4% del oriente; en 9.5% del centro de la ciudad; el restante 66% de otras zonas. El 30.7% tuvo anquilosis vertebral.

Los 72 pacientes foráneos provenían del Estado de México (47.22%), Guerrero (11.1%), Hidalgo (6.9%), Morelos (5.5%) y el 29.27% de otros estados. El 31.9% de los pacientes foráneos tuvo anquilosis vertebral.

Los pacientes locales, con anquilosis vertebral, tuvieron una edad de inicio de 23.08 \pm 6.3 años, un tiempo de evolución de la EA de 16.83 \pm 3.5 años, con edad al estudio de 58.85 \pm 9.9 años. El 79.1% correspondió al género masculino, el 19.1% tuvo coxartrosis y B27 en el 71.6%.

Los pacientes foráneos con anquilosis vertebral tuvieron una edad al inicio mayor que los pacientes locales, de 25.73 \pm 6.3 años, un menor tiempo de evolución que los pacientes locales de 14.13 \pm 26.87 años ($p < 0.0001$). La edad al estudio fue de 39.78 \pm 33.2, menor que en los pacientes locales ($p < 0.0001$). El 100% perteneció al género masculino (*vs.* locales, $p = 0.01$; RR, 1.26, 1.12-1.43).

La presencia de artritis periférica fue de 65.2%, coxartrosis de 17.3% y elevada frecuencia de B27 81.8%, fueron diferentes de los pacientes locales sin alcanzar diferencia estadística.

Conclusiones: La edad de inicio, el tiempo de evolución y el género masculino fueron factores constitucionales de los pacientes foráneos para el desarrollo de anquilosis de la columna a una edad más temprana que en los pacientes locales. La sobrepoblación y la deficiente urbanización en pacientes locales se relacionaron con un número elevado de pacientes con EA.

C-1 / Co58

Frecuencia de infecciones asociadas a uso de terapia anti-TNF- α en pacientes con espondilitis anquilosante del CMN 20 de Noviembre

Delgado-Adame R, Muñoz-López S, Irazoque F

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

Antecedentes: La terapia biológica ha representado un gran avance en el tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA); sin embargo, se ha asociado con el riesgo de desarrollo de infecciones. En México no se tiene información sobre la frecuencia de infecciones relacionadas con la terapia biológica en estos pacientes.

Objetivos: Determinar la frecuencia de infecciones asociadas a uso de terapia biológica en pacientes con EA tratados en el CMN 20 de Noviembre.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y transversal. Se incluyó a pacientes con espondilitis anquilosante de la consulta externa de reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre en tratamiento con fármacos biológicos anti-TNF- α . Se revisaron los expedientes clínicos y se buscó información sobre el desarrollo de infecciones durante el uso de estos fármacos.

Resultados: Se incluyó a 35 pacientes en tratamiento con adalimumab (43%), etanercept (20%) e infliximab (37%); 23 son del sexo masculino (65.7%) y 12 del sexo femenino (34.3%), con edad media de 46 \pm 13 años. El tiempo de uso de terapia biológica tuvo límites de uno a nueve años; la mayor parte de los pacientes había utilizado los fármacos anti-TNF- α entre cuatro y cinco años (20%). Se observaron complicaciones infecciones no graves de tipo respiratorias en el 65.7% de los casos, gastrointestinales en el 20%, de tejidos blandos en el 2.9% y urinarias en el 40%. No se consignaron infecciones graves. No se encontró asociación significativa entre el tipo de infección y el fármaco biológico anti-TNF- α .

Conclusiones: En este estudio no se evidenció la presencia de infecciones graves asociadas a la terapia biológica anti-TNF- α . Sí se observaron infecciones no graves, de las cuales las de tipo respiratorio se presentaron con la mayor frecuencia; sin embargo, no hubo asociación de la presencia de infecciones con el tipo de anti-TNF administrado.

C-1 / Co59

Espondilitis anquilosante. Reporte de un caso con uveítis recidivante, glaucoma y amaurosis

Arévalo-Martínez FG⁽¹⁾, Badía-Flores JJ⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Ángeles Metropolitan, ⁽²⁾Hospital Ángeles Mocol

Introducción: La uveítis se presenta en 25 a 30% de pacientes con espondilitis anquilosante (EA). El inicio de la uveítis es agudo y unilateral, pero las crisis pueden alternarse. La mayoría de ellos mejora sin secuelas con un tratamiento oportuno. Sin tratamiento o con retraso de éste, se puede complicar con sinequia posterior y glaucoma.

Objetivo: Presentar un caso de glaucoma y amaurosis derecha secundaria a uveítis anterior recurrente en un paciente con espondilitis anquilosante.

Caso clínico: Masculino de 49 años, con antecedentes de hermano con uveítis. Su padecimiento inicia a los 25 años al presentar dolor ocular derecho, ojo rojo, lagrimeo, fotosensibilidad y disminución de la agudeza visual, con recaídas tres a cuatro por año, diagnosticado y tratado como uveítis con midriáticos y esteroides tópicos. Doce años después le diagnostican glaucoma en ojo derecho, tratado con fármacos, trabeculoplastia láser y trabeculectomía, sin respuesta y con amaurosis. Seis meses después presenta uveítis en ojo izquierdo, cervicolumbalgia inflamatoria, rigidez matinal de una hora, sinovitis en rodilla derecha, tobillo izquierdo y MTF. Tratado con prednisona, metotrexato y azulfidina por seis años. Acude a consulta por primera vez hace un año y medio por síntomas axiales, sinovitis de rodillas y MTF, rigidez matinal de 2 h, síntomas oculares en ojo izquierdo. Al examen físico se evidencia limitación a la motilidad de columna cervicolumbar, sinovitis de rodilla derecha y MTF. Además con ojo rojo izquierdo y disminución de agudeza visual. Los estudios paraclínicos con ligera leucocitosis, anemia, elevación franca de VSG y PCR, HLA-B27 positivo, rayos X de pelvis con anquilosis de articulaciones sacroiliacas y de columna lumbar con fusión completa (espina en caña de bambú). Tratado con esteroides y AINE

tópicos y midriáticos, indometacina, metotrexato y biológico anti-TNF- α , con mejoría ocular y articular a las cuatro semanas. A la fecha no ha vuelto a presentar recurrencia de uveítis ni de sinovitis.

Comentario: Las manifestaciones oculares son frecuentes en la EA. La mayoría de las uveítis responde favorablemente; sin embargo, sin tratamiento o con un tratamiento tardío pueden presentarse complicaciones graves. El tratamiento repetitivo con esteroides puede acelerar algunas de las complicaciones por lo que, en casos de uveítis recurrentes, está indicado tratamiento convencional con AINE, esteroides y FARME; también se ha observado una buena respuesta con biológicos anti-TNF- α como en el presente caso.

C-1 / Co60

¿Debe el reumatólogo saber brucelosis? Presentación de caso

Mendoza-Razo L, Barrera-Rodríguez A

Hospital General Dr. Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán

Introducción: Las infecciones juegan un papel muy importante en varias de las enfermedades autoinmunitarias y comparten gran semejanza; la brucelosis es una infección ampliamente distribuida a nivel mundial y produce pérdidas económicas en zonas endémicas en las personas afectadas; se transmite por contacto con animales infectados o por la ingestión de alimentos de origen animal no pasteurizados adecuadamente (leche, queso); cabe mencionar que es una enfermedad reemergente; las bacterias causantes son del género *Brucella*, un cocobacilo facultativo intracelular, gramnegativo, que cuenta con seis clases y varias subespecies. Medio millón de casos son reportados al año, pero esto no refleja en verdad el número de personas infectadas, ya que no se diagnostican oportunamente; según la OMS, su incidencia es 10-25 veces más alta. Por tanto es imperativo conocer los diagnósticos diferenciales, la espondilitis anquilosante, el síndrome SAPHO (múltiples variantes), osteopoiquiosis, enfermedad de Gaucher.

Caso: Paciente femenino de 20 años con antecedente de dolor dorsolumbar de cinco años que mejora con la movilidad y empeora al reposo, con irradiación a pelvis, fémur; acné bulloso en cara, brazos, artralgias en rodillas, tobillos, periartritis en rodillas, codos, carpos, fiebre de 39°C recurrente. En los laboratorios: leucocitos, 16 000; plaquetas, 200 000; hemoglobina, 10.3 g/dl; PCR, 10.9 mg/dl; VSG, 56 mm/h; creatinina, 0.6 mg/dl; inmunoglobulina G, 2200; ANA (-); hemocultivos (-); mielocultivo (-); radiografías de columna dorsolumbar con encuadramiento de cuerpos vertebrales, bordes brillantes y pelvis; lesiones blásticas múltiples de 1.5-2 cm; biopsia de hueso con osteomielitis crónica aséptica; gammagrafía de pelvis con captación de material de contraste en sacroiliacas y cabeza femoral derecha; la resonancia magnética revela lesiones hipointensas múltiples en L3, pelvis, fémur proximal y distal, y húmero proximal con 1-2 cm de extensión. Rosa de Bengala: SAT, 1:320; 2-ME (-). Se inició tratamiento con doxiciclina (200 mg/día) y rifampicina (600 mg/día).

Conclusión: Por lo tanto, el reumatólogo debe conocer los diagnósticos diferenciales, ya que no todo dolor inflamatorio dorsolumbar es secundario a una espondiloartritis (espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis psoriásica o la asociada a enfermedad inflamatoria intestinal) y el reconocimiento temprano con el tratamiento correcto resuelve la infección, así como un mejor pronóstico.

C-1 / Co61

Correlación entre actividad por DAS-28 y ultrasonografía (US) en artritis reumatoide (AR): estudio multicéntrico

Ventura-Ríos L⁽¹⁾, Hernández-Díaz C⁽²⁾, Moya-McClougherty C⁽³⁾, Chávez-López M⁽⁴⁾, Rodríguez-Henríquez P⁽⁵⁾, Pizarro S⁽⁶⁾, Bernard-Medina

A⁽⁷⁾, Salazar-Páramo M⁽⁶⁾, Navarro A⁽³⁾, Delezé M⁽³⁾, Skinner-Taylor C⁽⁸⁾, García-Cervantes M⁽⁹⁾, Rubio-Pérez N⁽⁶⁾, Riega-Torres J⁽⁸⁾, Pineda C⁽²⁾

⁽¹⁾IMSS HGZ 194, ⁽²⁾INR, ⁽³⁾Institución Privada, ⁽⁴⁾Centenario Hospital Miguel Hidalgo, ⁽⁵⁾Hospital General Manuel Gea González, ⁽⁶⁾IMSS, ⁽⁷⁾Hospital Civil Guadalajara, ⁽⁸⁾Hospital Universitario Monterrey, ⁽⁹⁾Institución Privada, Monterrey, N. L.

Antecedente: El índice DAS-28 y la US han demostrado ser útiles para evaluar la actividad inflamatoria en AR en ensayos clínicos, si bien en población de la vida real la correlación de ambos ha sido poco estudiada.

Objetivo: Evaluar y correlacionar la actividad de AR entre DAS-28 y US de manos y pies en pacientes de la vida real.

Pacientes y métodos: Estudio observacional, transversal y multicéntrico derivado del programa EVALUAR, en el cual el grupo ECOMER realizó US de mano (IFP del índice y medio dorsal y palmar, 2ª y 3ª MCF dorsal y palmar y carpo) y pie (2ª y 5ª metatarsofalángicas) derecho, estando cegados a las características clínicas de los pacientes con AR tratados por reumatólogos de las ciudades de Puebla, Guadalajara, Monterrey y Chihuahua. Se usaron cuatro equipos MyLab 25 con una sonda de 10-18 MHz. Las imágenes fueron grabadas y revisadas por dos ecografistas. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística.

Resultados: Se revisó a 72 pacientes de los cuales se incluyó sólo a 51 porque tuvieron los datos completos; 46 fueron mujeres. La edad media fue de 53-17, con evolución de 63-89 meses, articulaciones dolorosas 3-2, inflamadas 10-5.7, DAS-28 3.57-1.1. El coeficiente de correlación entre erosiones y sinovitis fue $r = 0.4322$ ($p = 0.0015$) y erosiones y tiempo de evolución $r = 0.4290$ ($p = 0.0021$), respectivamente. No hubo significancia estadística entre sinovitis y señal Doppler de poder y DAS-28. El análisis de regresión múltiple no fue significativo para la presencia de sinovitis y el tipo de tratamiento u otras variables. El 11.5% con DAS-28 < 3.2 tuvo sinovitis en metatarsianos.

Conclusiones: No hubo correlación entre DAS-28 y sinovitis por US probablemente por el tamaño de la muestra. Un porcentaje considerable con baja actividad de la enfermedad tuvo afección en pies.

C-1 / Co62

La ecografía musculoesquelética en la descripción de los nervios periféricos; herramienta útil para el reumatólogo

Marín-Arriaga N⁽¹⁾, Ventura-Ríos L⁽²⁾, Hernández-Díaz C⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación, ⁽²⁾Hospital de Zona 194, IMSS

Antecedentes: Las lesiones de los nervios periféricos constituyen un importante problema social, ya que la recuperación suele ser incompleta, sobre todo en los casos de retraso en el tratamiento, lo que puede resultar en una discapacidad de larga duración, de ahí que identificar el patrón compuesto de fibras nerviosas y tejido conectivo, que le confiere a los nervios periféricos una apariencia característica denominada fascicular, sea elemental durante un estudio auxiliar de imagen.

Objetivo: Describir las características ecográficas normales de los nervios periféricos para mostrar las ventajas de utilizar la técnica en la práctica cotidiana.

Pacientes y método: Para reconocer los nervios periféricos es esencial conocer su apariencia y tener un extenso conocimiento del recorrido y las relaciones anatómicas. Para su estudio se emplean transductores lineales multifrecuencia de 5 a 18 MHz.

Se realizó en dos sujetos sanos la evaluación ecográfica de los nervios del plexo braquial y sacro para describir sus características ecográficas y documentar la dificultad de su evaluación en un ambiente similar a la práctica diaria del reumatólogo.

Resultados: El tejido conectivo que existe en el interior de los nervios, el perineuro y el endoneuro refleja las ondas de ultrasonido de forma anisotrópica, parecida a la de los tendones. Los nervios periféricos pueden tener forma redonda, oval o triangular; ser hipoeoicos o hiperecogénicos en función del tamaño del nervio, la frecuencia empleada y el ángulo que el haz de ultrasonido forma con el nervio, tal y como se ha descrito en las publicaciones. Las raíces nerviosas tienen una apariencia monofascicular y los nervios periféricos una ecoestructura fascicular. En el corte transversal se muestran como múltiples estructuras hipoeoicas redondas u ovals que corresponden a los fascículos nerviosos, rodeados por un fondo hiperecogénico (tejido conectivo); esto representa la apariencia denominada fascicular o en panal de abeja. En la vista longitudinal, los nervios se ven como bandas hiperecogénicas formadas por múltiples estrías discontinuas hiperecoicas e hipoeoicas, a diferencia del patrón fibrilar de los tendones, que presenta múltiples bandas hiperecogénicas continuas. En contraste con los tendones, los nervios son estructuras muy vascularizadas.

Conclusión: La ecografía permite estudiar al nervio, en forma no invasiva, dinámica y comparativa, preparando el camino para un tratamiento oportuno, además de ser una herramienta extremadamente valiosa como un complemento en los padecimientos neurológicos asociados a las enfermedades reumatológicas, reumatismos de partes blandas y en el diagnóstico diferencial de otras lesiones neurológicas.

C-1 / Co63

Enfermedades relacionadas a IgG4 (IgG4-RD). Reto diagnóstico reumatológico

Herrera-van Oostdam DA, Abud-Mendoza C, Jaimes-Piñón T, Oros-Ovalle C, Martínez-Martínez M, Cuevas-Orta E, Moreno-Valdés R, Santillán-Guerrero E, Rosa-Quiroz C, Saldaña-Barnard M

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Las IgG4-RD representan un grupo de padecimientos de manifestaciones diversas, desde la afección de glándulas salivales y lagrimales o "enfermedad de Mikulicz", disfunción tiroidea, linfadenopatías, seudotumores inflamatorios orbitarios y pulmonares, hasta la presencia de pancreatitis autoinmunitaria, por mencionar algunos. Se caracterizan por infiltración de células plasmáticas IgG4, incremento de los niveles séricos de IgG4 (< 135 mg/dl) y fibrosis.

Objetivo: 1) Presentar la experiencia de esta unidad con IgG4-RD y 2) establecer incidencia y diagnósticos diferenciales de las IgG4-RD de acuerdo al análisis retrospectivo de especímenes de patología.

Métodos: 1) Este grupo se conformó con cinco pacientes con diagnóstico de IgG4-RD; 2) se revisaron los especímenes de patología desde el mes de enero del 2011 hasta julio del 2012; se utilizaron como criterios de inclusión: a) infiltración linfoplasmocítica, b) afección de órganos característicos, tales como glándulas salivales, páncreas, tiroides, c) presencia de seudotumores inflamatorios y d) presencia de fibrosis estoriforme adicional a infiltración linfoplasmocítica; no se incluyeron neoplasias y procesos infecciosos. Se catalogaron como probables los tejidos histopatológicos que cumplieran dos criterios previos y como compatibles aquellos con ≥ 3 criterios. El reanálisis lo realizaron tres patólogos para la decisión de efectuar inmunohistoquímica para IgG4. Adicionalmente se efectuó la revisión de expedientes para características demográficas y datos clínicos consistentes con IgG4-RD: disfunción glandular, pancreatitis crónica y diagnóstico de tumores autoinflamatorios.

Resultados: 1) Estos pacientes portadores de IgG4-RD fueron tres adultos y dos niños, con presentación como fiebre de origen indeterminado (5), crecimientos glandulares (4), colangitis esclerosante y tumor pancreático (1), linfadenopatía en estudio (1) y exacerbación de EPOC (1). De la revisión de 23 712 biopsias, se seleccionaron 63 como probables para IgG4-RD, de las que se excluyeron 29 posterior al reanálisis histopatológico; este estudio se conformó finalmente con 34, que se anotan en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Enfermedades probables relacionadas a IgG4.

Mastitis granulomatosa	17
Sialoadenitis	8
Tiroiditis	2
Dacrioadenitis	1
Tumor pleomórfico parotídeo	1
Pericarditis	1
Tumor inflamatorio de pulmón	1
Tumor miofibroblástico	1
Tumor inflamatorio de ileon	1
AIP Sialoadenitis crónica	1

Discusión: Las IgG4-RD revisten importancia en reumatología ante los diagnósticos diferenciales que incluyen neoplasias sólidas y hematológicas, síndrome de Sjögren, vasculitis sistémicas y otras enfermedades con fondo autoinmunitario, tanto inflamatorias como fibrosantes. La terapia agotadora de linfocitos B es una excelente opción en aquellos que son refractarios a los esteroides.

C-1 / Co64

Genotipos *KIR* y anticuerpos anti-CCP en pacientes con artritis reumatoide

Ramírez-De Los Santos S⁽¹⁾, Sánchez-Hernández PE⁽²⁾, Muñoz-Valle JF⁽³⁾, Palafox-Sánchez CA⁽³⁾, García-Iglesias T⁽²⁾, Daneri-Navarro A⁽²⁾, Ramírez-Dueñas MG⁽³⁾

⁽¹⁾Doctorado en Ciencias Biomédicas, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Laboratorio de Inmunología, CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Grupo de Investigación en Inmunogenética Funcional, CUCS, Universidad de Guadalajara

Introducción: La AR es una enfermedad autoinmunitaria, sistémica, crónico-inflamatoria y degenerativa con etiología multifactorial en la que intervienen factores genéticos de susceptibilidad. La familia génica *KIR* ha sido asociada con enfermedades autoinmunitarias, incluida la AR, por lo que es importante estudiar a esta familia génica y su relación con la inmunopatología de AR, así como sus manifestaciones clínicas.

Objetivo: Identificar genotipos *KIR* asociados con seropositividad a anticuerpos anti-CCP en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Metodología: Se incluyó a 100 pacientes mexicanos del occidente de México clasificados con AR (pacientes AR) de acuerdo con los criterios ACR 2010. Se obtuvo gDNA a partir de sangre periférica, los genes *KIR* se tipificaron por PCR-SSP y se cuantificaron los niveles séricos de anticuerpos anti-CCP por ELISA. Se utilizó χ^2 , *t* de Student con una *p* < 0.05.

Resultados: Las frecuencias genotípicas *KIR* por subgrupos de acuerdo a la seropositividad o seronegatividad a anticuerpos anti-CCP no mostraron diferencias significativas. Se encontró que los pacientes AR con genotipo *KIR* ID19 (ID: identificación asignada por *database*, www.allelefrequencies.net) tienen menores niveles séricos de anticuerpos anti-CCP que los pacientes AR sin este genotipo (44.6 U/mL 56.3 U/mL vs. 116.9 U/mL 95.5 U/mL; *p* = 0.0282)

Conclusiones: El grupo de pacientes AR con genotipo *KIR* ID19 presenta los menores niveles de anticuerpos anti-CCP. Estudios previos muestran asociaciones genéticas tanto de genotipos como de genes *KIR* con AR, por lo que será necesario definir si existe asociación de los distintos subgrupos clínicos de pacientes AR, con genotipos, genes o incluso con combinaciones génicas *KIR* específicas.

C-1 / Co65

Asociación de perfil de lípidos y composición corporal con niveles séricos de adiponectina en el lupus eritematoso sistémico

Díaz-Rizo CV⁽¹⁾, Sánchez-Mosco DI⁽²⁾, Rodríguez-Hernández TM⁽³⁾, Guerrero-Aguilar LD⁽⁴⁾, Fajardo-Robledo NS⁽⁵⁾, Zavaleta-Muñiz SA⁽⁵⁾, Hernández-Cuervo P⁽⁵⁾, Flores-Chávez A⁽⁶⁾, Díaz-González EV⁽⁵⁾, Ramírez-Villafaña M⁽⁶⁾, Rodríguez-Jiménez NA⁽⁷⁾, Gandarilla-Martínez NA⁽⁶⁾, Arciniega-Gutiérrez NS⁽⁸⁾, Salazar-Páramo M⁽⁹⁾, Trujillo X⁽¹⁰⁾, Huerta M⁽¹⁰⁾, González-López L⁽⁸⁾, Gámez-Nava JI⁽⁶⁾, GIFRCER⁽¹¹⁾

⁽¹⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Centro Universitario, ⁽²⁾Centro Universitario de Investigación Biomédica, Universidad de Colima, Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospit., ⁽³⁾Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, ⁽⁴⁾Departamento de Fisiología, División Disciplinas Básicas para la Salud, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Univérs., ⁽⁵⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente; Doctorado, ⁽⁶⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽⁷⁾Hospital General Regional 110 IMSS, Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽⁸⁾Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110, Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽⁹⁾División de Investigación en Salud de la UM/AE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, ⁽¹⁰⁾Centro Universitario de Investigación Biomédica, Universidad de Colima, ⁽¹¹⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Introducción: Diversos mecanismos que se presentan en el lupus eritematoso sistémico podrían tener efecto en la composición corporal y en el perfil de lípidos de los pacientes. La adiponectina es una proteína similar a una hormona con propiedades antiinflamatorias y antiaterogénicas que podría estar relacionada con las alteraciones en el perfil de lípidos y la composición corporal de los pacientes con LES.

Objetivo: Encontrar la asociación entre el perfil de lípidos y la composición corporal con los niveles séricos de adiponectina en el lupus eritematoso sistémico.

Material y métodos: Estudio transversal. Pacientes de consulta externa de reumatología con diagnóstico de LES (ACR-1997), sexo femenino, > 18 años de edad. Cuestionario estructurado para valorar las variables clínicas y antropométricas de algunos componentes de la composición corporal (peso, talla, IMC, cintura, cadera, ICC y % de grasa). Se obtuvo una muestra sérica, en ayuno de 12 horas, para determinar perfil de lípidos (colesterol total, HDL, LDL, VLDL y triglicéridos) y la cuantificación de adiponectina por ELISA. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson para evaluar fuerza de asociación entre variables.

Resultados: Se evaluó a 70 pacientes con LES, con una media de edad de 42.54 ± 11.15 años, peso de 68.01 ± 12.99 kg, IMC de 27.08 ± 4.65 kg/m² y con una evolución de la enfermedad de 8.79 ± 6.23 años. Media de la actividad de la enfermedad por Mex-SLEDAI de 2.14 (con límites de 0-10). Se observó una correlación negativa de adiponectina con IMC ($r = -0.239, p = 0.046$), circunferencia de cintura ($r = -0.317, p = 0.008$) y el índice cintura-cadera ($r = -0.271, p = 0.025$); y correlación positiva con la dosis de prednisona al día ($r = 0.404, p = 0.001$) y con el puntaje de Mex-SLEDAI ($r = 0.286, p = 0.011$); no se identificó correlación con la circunferencia de cadera ($r = -0.227, p = 0.061$), el peso ($r = -0.218, p = 0.070$) y la circunferencia media braquial ($r = -0.240, p = 0.051$). No se observó correlación con niveles de colesterol total ($r = 0.059, p = 0.630$), triglicéridos ($r = -0.156, p = 0.197$), VLDL ($r = -0.170, p = 0.160$), HDL ($r = 0.056, p = 0.643$) ni LDL ($r = 0.111, p = 0.361$).

Conclusiones: Se observó correlación positiva entre los niveles séricos de adiponectina con algunos componentes de la composición corporal y el índice de actividad. Sin embargo, no hubo correlación con los niveles

séricos de lípidos y la adiponectina en las pacientes con LES. Proyecto financiado por FIS número FIS/IMSS/PROT/G11/937.

C-1 / Co66

Análisis de asociación del polimorfismo -308 A/G del factor de necrosis tumoral y nefropatía lúpica

Tovar-Cuevas J⁽¹⁾, Topete-Reyes J⁽²⁾, Soto-Vargas J⁽²⁾, Morán-Moguel M⁽³⁾, Dávalos-Rodríguez I⁽³⁾, Chávez-González E⁽²⁾, García del Torre I⁽⁴⁾, Parra-Michel R⁽²⁾, García-Cárdenas M⁽⁵⁾, Becerra-Fuentes G⁽²⁾, Medina-Pérez M⁽²⁾, Jalomo-Martínez B⁽²⁾, Salazar-Páramo M⁽²⁾, Fafutis-Morris M⁽⁶⁾

⁽¹⁾Instituto Dermatológico de Jalisco, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽³⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente, IMSS, ⁽⁴⁾Hospital General de Occidente, ⁽⁵⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽⁶⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

Introducción: El TNF- α se encuentra sobreexpresado en los glomérulos de todas las clases histológicas de nefropatía lúpica (NL). Sus niveles se correlacionan con la actividad inflamatoria renal. El polimorfismo en la región promotora de TNF- α -308 A/G, específicamente el alelo A, se ha asociado con incremento de la tasa de transcripción de la citocina y ello amplifica sus efectos.

Objetivo: Analizar la asociación del polimorfismo -308 A/G del TNF- α con el establecimiento de NL.

Metodología: Dos grupos de pacientes, el primero con diagnóstico de LES y el segundo con NL, diagnóstico por biopsia renal y clasificación de acuerdo a criterios de ISN/RNP. La determinación del polimorfismo de TNF- α -308 A/G se realizó por PCR/RFLP con la enzima *NcoI* para la determinación de los genotipos. Análisis estadístico con prueba de Finetti.

Resultados: Se identificó a 22 pacientes con diagnóstico de LES y 36 pacientes con NL. Distribución de clases histológicas: clase II, cuatro pacientes (11.11%); clase III, 12 pacientes (33.33%); clase IV, 10 pacientes (27.78%); clase V, nueve pacientes (25%); y clase VI, un paciente (2.78%). La distribución de los genotipos en el grupo de LES fue: G/G, 77.3%; G/A, 18.2%; A/A, 4.5%; y en el de NL: G/G, 72.2%; G/A, 19.4%; y A/A, 8.4%. Las frecuencias alélicas fueron: G, 86.4%, y A, 13.6%, para el grupo de LES; G, 82%, y A, 18%, en el grupo de NL.

Conclusión: No se encontró asociación del polimorfismo -308 A/G de TNF- α con NL.

C-1 / Co67

Prevalencia del síndrome metabólico en población pediátrica con lupus eritematoso sistémico y su asociación con actividad lúpica

Gómez-Marcial T⁽¹⁾, Solís-Vallejo E⁽²⁾, Vera-Lastra O⁽¹⁾

⁽¹⁾Departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, ⁽²⁾Departamento de Pediatría del Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México

Introducción: El síndrome metabólico (SM) es un factor de riesgo que incrementa la mortalidad cardiovascular en los adultos. La prevalencia del SM en niños sanos es del 4% en la población mexicana.

Objetivo: Investigar la prevalencia del síndrome metabólico (SM) en población pediátrica con lupus eritematoso sistémico (LES) y su asociación con actividad lúpica.

Pacientes y métodos: Se estudió a 37 niños con LES. Se les determinó: colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, glucosa, anticuerpos antinucleares, biometría hemática y somatometría. Para el diagnóstico de SM se aplicaron criterios de la Federación Internacional de Diabetes y actividad lúpica mediante SLEDAI.

Resultados: Fueron 37 niños con edad de 12.2 ± 1.9 años; el tiempo de evolución del LES fue 2.8 ± 2.5 años. Se encontró SM en 12 niños, con prevalencia de 32.4% vs. 25 niños sin SM. En niños con SM, el índice de masa corporal fue: 28 ± 5.9 vs. 20.6 ± 2.2 , $p < 0.001$; circunferencia abdominal: 85 ± 12.9 cm vs. 68 ± 6.0 cm, $p < 0.001$, la tensión arterial, niveles de colesterol, glucosa y triglicéridos fueron similares en ambos grupos con $p > 0.05$. Se analizó la actividad lúpica en pacientes con SM: el 75% se encontraban activos, vs. inactivos tres (25%). La comparación entre paciente con LES activos e inactivos no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: La prevalencia de SM en paciente pediátricos con LES fue del 32% mayor a la observada en niños sanos (4%) y no se encontró asociación con la actividad lúpica. Es importante identificar a estos niños con SM e instituir estrategias terapéuticas y prevenir en un futuro una mayor mortalidad cardiovascular.

C-1 / Co68

Polimorfismo Pro12Ala en el gen PPAR- γ -2en pacientes mexicanos con lupus eritematoso sistémico

Mimendi-Aguilar G⁽¹⁾, Topete-Reyes J⁽²⁾, Feldhoffer I⁽³⁾, Soto-Vargas J⁽²⁾, Medina-Pérez M⁽²⁾, Jalomo-Martínez B⁽²⁾, García-de la Torre I⁽⁴⁾, Parra-Michel R⁽²⁾, García-Cárdenas M⁽²⁾, Becerra-Fuentes G⁽²⁾, Dávalos-Rodríguez IP⁽²⁾, Salazar-Páramo M⁽²⁾, Morán-Moguel C⁽⁵⁾

⁽¹⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente, CIBO, IMSS, ⁽²⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, ⁽³⁾Universität Hohenheim, ⁽⁴⁾Hospital General de Occidente, ⁽⁵⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente, IMSS

Introducción: Los receptores activados de proliferador de peroxisoma (PPAR) son factores de transcripción dependientes de ligando. PPAR- γ -2 tiene propiedades antiinflamatorias y se expresa en el tejido adiposo. En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) activo se ha descrito un incremento de la expresión de PPAR- γ -2 asociado a nefropatía lúpica (NL).

Objetivo: Analizar la frecuencia del polimorfismo Pro12Ala en el gen PPAR- γ -2en población general y pacientes con LES, con y sin NL.

Material y métodos: Estudio transversal analítico. Se incluyó a 17 pacientes con diagnóstico de NL establecido por biopsia renal y criterios ISN/RPS; 20 pacientes con diagnóstico de LES sin evidencia de enfermedad renal. Mediante PCR se amplificó un fragmento de 306 pares de bases (pb) del cromosoma 3, sometido a digestión con la enzima de restricción *Hga1* para determinar la presencia del polimorfismo. Se determinó el equilibrio de Hardy-Weinberg y el análisis estadístico con la prueba de Finetti.

Resultados: Las frecuencias genotípicas que se identificaron en los pacientes con NL son: Pro12Pro, 29%; Pro12Ala, 0.71%; y Ala12Ala, 0%. En el grupo de LES: Pro12Pro, 80%; Pro12Ala, 15%; Ala12Ala, 5%. En sujetos clínicamente sanos (SCS): Pro12Pro, 88%; Pro12Ala, 12%; Ala12Ala, 0%. La distribución de los alelos en NL fue: Pro, 65%; Ala, 35%. En LES fue: Pro, 88%; y Ala, 12%. En SCS: Pro, 94%; y Ala, 6%. Se encontraron diferencias con relevancia estadística al comparar los alelos en pacientes con LES, con y sin NL, siendo el alelo de riesgo variante (Ala) ($p = 0.01197$, $RM = 4.571$).

Conclusiones: El polimorfismo Pro12Ala del gen PPAR- γ -2no se asocia con LES; sin embargo, la presencia del alelo variante (Ala) confiere riesgo para desarrollar NL.

C-1 / Co69

Factores asociados al virus del papiloma humano en mujeres con lupus eritematoso sistémico: la influencia de la terapia biológica

Mendoza-Pinto C⁽¹⁾, García-Carrasco M⁽²⁾, Vallejo-Ruiz V⁽³⁾, Taboada-Cole A⁽⁴⁾, Muñoz-Guarneros M⁽⁵⁾, Pezzat-Said E⁽⁶⁾, Aguilar-Lemarroy A⁽⁷⁾, Jave-Suárez LF⁽⁷⁾, Vázquez-de Lara L⁽⁵⁾, Ramos-Álvarez G⁽⁴⁾, Reyes-Leyva J⁽⁸⁾, López-Colombo A⁽⁹⁾

⁽¹⁾HGR No. 36-CIBIOR IMSS, Puebla, Puebla, ⁽²⁾HGR No. 36-CIBIOR IMSS, y Departamento de Inmunología y Reumatología, FMBUAP, Puebla, Puebla, ⁽³⁾Centro de Investigación Biomédica de Oriente, Metepec, Puebla, ⁽⁴⁾HGR No. 36, IMSS, Puebla, Puebla, ⁽⁵⁾Departamento de Investigación y Posgrado, FMBUAP, Puebla, Puebla, ⁽⁶⁾Departamento de Inmunología y Reumatología, FMBUAP, Puebla, Puebla, ⁽⁷⁾Departamento de Inmunología, CIBIO, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽⁸⁾CIBIOR, IMSS, Metepec, Puebla, ⁽⁹⁾Coordinación Delegacional Departamento de Investigación en Salud, IMSS, Puebla, Puebla

Antecedentes: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica, autoinmunitaria, multisistémica, que afecta principalmente a mujeres en edad reproductiva. Las mujeres con LES tienen mayor riesgo de alteraciones cervicales e infección cervical por virus del papiloma humano (VPH). Varios factores han sido asociados a esta infección en mujeres con LES, pero son contradictorios y el papel de la terapia biológica con rituximab no ha sido estudiado.

Objetivo: Determinar la prevalencia y factores asociados a infección cervical por VPH en mujeres con LES.

Pacientes y métodos: En este estudio trasversal se evaluó a a mujeres con el diagnóstico de LES, según los criterios de clasificación del ACR. Por medio de una entrevista estructurada se obtuvieron factores de riesgo tradicionales para infección por VPH, así como factores relacionados a LES. Se realizó una evaluación ginecológica y citología cervical. La detección y el genotipaje del VPH se llevaron a cabo por medio de prueba PCR y *linear array assay*.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva, comparación de variables categóricas y numéricas con pruebas de χ^2 y t de Student, respectivamente. Análisis de regresión logística.

Resultados: Se incluyó un total de 148 pacientes con una edad promedio y duración de la enfermedad de 42.5 ± 11.8 años y 9.7 ± 5.3 años, respectivamente. La prevalencia de lesión intraepitelial fue de 6.8%. La prevalencia de infección de VPH fue de 29%, siendo el genotipo 59 el más frecuente. Los pacientes VPH (+) fueron más jóvenes que aquellos VPH (-) (38.2 ± 11.2 vs. 44.2 ± 11.5 ; $p = 0.05$) y estaban recibiendo una dosis diaria mayor de prednisona (12.8 ± 6.8 mg vs. 9.7 ± 6.7 mg; $p = 0.01$). En mayor proporción, los pacientes con infección cervical por VPH habían recibido rituximab comparado con aquellos sin la infección (20.9% vs. 8.5%; $p = 0.03$). En el análisis de regresión logística, sólo la edad al momento del estudio y el antecedente de uso del rituximab fueron asociados con infección cervical por VPH.

Conclusiones: Las mujeres con LES, especialmente las más jóvenes, tuvieron una prevalencia mayor de infección cervical por VPH. La terapia biológica con rituximab se asoció con dicha infección. Por lo tanto, sería recomendable un escrutinio para infección cervical por VPH en mujeres con LES, particularmente aquellas que reciben terapia con rituximab.

C-1 / Co70

Comparación de yodotalamato de nueva ecuación creatinina con ecuación CKD-EPI en pacientes con lupus eritematoso generalizado

Martínez-Martínez MU, Torres-Anguiano JR, Hernández-Nieto CA, Llamazares-Azuara L, Jaimes-Piñón T, Herrera-van Oostdam D, Quintero-Martínez CO, Guerrero-Ortiz OD, Abud-Mendoza C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, S.L.P., México

Antecedentes: La cistatina C, una proteína producida por todas las células nucleadas, ha sido propuesta para sustituir a la creatinina como factor para calcular la tasa de filtración glomerular (TFG). Sin embargo, en los pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) hay factores que pudieran modificar los niveles de cistatina C, tales como la actividad de la enfermedad y el tratamiento, con introducción de sesgo en la estimación de la TFG con cistatina. Recientemente se describió una nueva ecuación basada en cistatina y creatinina (cis-creat),¹ la cual tuvo mejor desempeño en la población general que la CKD-EPI (ecuación basada solo en creatinina), aunque en ese estudio no se incluyó a pacientes con LEG.

Objetivo: Comparar el desempeño de la mejor ecuación para calcular la TFG basada en creatinina (CKD-EPI) con la nueva ecuación cis-creat.

Métodos: Se evaluó a 14 pacientes con LEG, en quienes se calculó la TFG con el método estándar de oro: depuración de yodotalamato. En estos mismos pacientes se determinó la TFG con base en creatinina con la ecuación CKD-EPI y con la nueva ecuación cis-creat. Se evaluó la precisión de ambas ecuaciones de acuerdo con el límite intercuartílico de las diferencias (dIQR). La exactitud o P30 se expresa como el porcentaje de la TFG estimada (eTFG) que se encuentra en el 70-130% de la TFG medida por el estándar de oro; el sesgo se calculó como la diferencia de las medianas. La mejor ecuación fue aquella que tuviera menor sesgo, menor dIQR y mayor P30.

Resultados: La ecuación CKD-EPI tuvo sesgo de 2.1 ml/min/1.73 m² SC, el dIQR fue de 25.4 y el P30 de 64.3%. Por otro lado, la nueva ecuación cis-creat tuvo un sesgo de 5.1 ml/min/1.73 m² SC, el dIQR fue de 33.85 y el P30 fue de 71.4%. Se muestran las mediciones de los pacientes graficados, la regresión cuartil y los intervalos de confianza al 95%.

Conclusión: La nueva ecuación cis-creat sólo fue superior en exactitud (P30). La ecuación CKD-EPI es superior en cuanto al sesgo y precisión.

Bibliografía

1. Inker LA, Schmid CH, Tighiouart H, et al. Estimating glomerular filtration rate from serum creatinine and cystatin C. *N Engl J Med* 2012;367:20-9.

C-1 / C071

Presencia de un perfil inflamatorio característico en el líquido cefalorraquídeo de pacientes con lupus eritematoso generalizado y cefalea como manifestación de actividad de la enfermedad

Atisha-Fregoso Y⁽¹⁾, Fragoso-Loyo H⁽¹⁾, Llorente L⁽¹⁾, Sánchez-Guerrero J⁽²⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Division of Rheumatology, Mount Sinai Hospital, University Health Network, Toronto, Ontario, Canada

Introducción: Dentro de las manifestaciones neuropsiquiátricas (NP) de los pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) se encuentra la cefalea, aunque se ha puesto en duda su atribución. No existe un biomarcador que permita confirmar el diagnóstico de LEGNP; sin embargo, este grupo previamente describió un perfil inflamatorio característico en el líquido cefalorraquídeo (LCR) de los pacientes con LEGNP.

Objetivo: Identificar la presencia de dicho perfil en los pacientes con cefalea atribuida al LEGNP.

Métodos: Se incluyó a 27 pacientes con LEG con manifestaciones centrales NP (LEGnp): crisis convulsivas (13), estados confusionales (8), enfermedad cerebrovascular (4), psicosis (1) y mielitis transversa (1). Siete pacientes con cefalea: dos con hipertensión intracraneal, tres con cefalea intratable sin factores asociados y dos con migraña sin aura. Grupos control. LEGqx: 16 pacientes con LEG sin actividad NP que fueron sometidos a cirugía. No-AU: 25 sujetos sin enfermedades autoinmunitarias ni manifestaciones NP. Se midieron en el LCR: IFN- α , IL-6, CCL2/MCP1, CCL5/RANTES, CXCL8/IL-8, CXCL9/MIG y CXCL10/IP-10 por luminometría.

Resultados: Se comparó a los pacientes con cefalea vs. NoAU y se encontró elevación de IP-10, IL-8, MIG, RANTES e IL-6 ($p < 0.005$). No hubo diferencia para IFN- α y MCP-1.

Posteriormente se compararon los grupos LEGnp vs. NoAU. Se observó un incremento en todas las moléculas ($p = 0.05$ para IFN- α , $p = 0.016$ para RANTES y $p < 0.001$ las demás).

Se compararon los grupos de cefalea vs. LEGqx y se observó diferencia en IL-6, IL-8, RANTES, MIG e IP-10 ($p < 0.05$). Al comparar a los pacientes con LEGnp vs. LEGqx, hubo diferencia estadísticamente significativa para IL-6 ($p = 0.003$), IL-8 ($p = 0.001$), RANTES ($p = 0.017$) e IFN- α ($p = 0.047$); mostraron tendencia IP-10 ($p = 0.083$) y MCP-1 ($p = 0.088$) y se perdió la diferencia para MIG ($p = 0.191$).

Al comparar cefalea vs. LEGnp sólo hubo diferencias en IFN- α (mayor para LEGnp) y en MIG (mayor para cefalea).

Conclusión: Estos resultados apoyan que la cefalea puede ser una manifestación atribuible del LEG.

C-1 / C072

Densidad mineral ósea en mujeres con lupus eritematoso sistémico un año después de tratamiento con rituximab

García-Carrasco M⁽¹⁾, Mendoza-Pinto C⁽²⁾, Méndez-Martínez S⁽³⁾, Rodríguez-Gallegos A⁽⁴⁾, Jiménez-Hernández C⁽³⁾, Montiel-Jarquín A⁽³⁾, Rojas-Rodríguez J⁽⁵⁾, Etcágaray-Morales I⁽⁶⁾, Cervera R⁽⁷⁾

⁽¹⁾HGR 36-CIBIOR, IMSS y Departamento de Inmunología y Reumatología, FMBUAP, Puebla, Puebla, ⁽²⁾HGR 36-CIBIOR, IMSS, Puebla, Puebla, ⁽³⁾HGR 36, IMSS, Puebla, Puebla, ⁽⁴⁾Laboratorios Clínicos de Puebla, Puebla, ⁽⁵⁾Servicio de Reumatología del Hospital Guadalupe, ⁽⁶⁾Facultad de Fisioterapia, BUAP, ⁽⁷⁾Hospital Clínic, Barcelona, Cataluña, España

Antecedentes: La osteopenia y osteoporosis son complicaciones frecuentes en mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES). Hasta ahora, diversos factores se han relacionado, como fármacos, con estas complicaciones. Sin embargo, la influencia de terapia biológica, específicamente el rituximab, sobre la densidad mineral ósea (DMO) no se ha estudiado.

Objetivo: Evaluar el efecto del rituximab sobre la DMO en columna lumbar y cuello femoral en mujeres con LES un año después de tratamiento con rituximab.

Pacientes y métodos: Estudio comparativo, longitudinal. Se incluyó a 30 pacientes con diagnóstico de LES, según los criterios del ACR, que por actividad persistente de la enfermedad y refractaria a tratamiento convencional requirieron rituximab. El grupo control histórico incluyó a 46 que se encontraban con terapia convencional. La actividad de la enfermedad se evaluó por medio de mexSLEDAI. Se realizaron mediciones de la DMO en cadera y columna lumbar, usando DEXA al inicio y un año después.

Análisis estadístico: Análisis descriptivo. Prueba *t* de Student y χ^2 . Prueba *t* pareada o de Wilcoxon. Análisis de regresión logística.

Resultados: Se estudió a 67 mujeres con un promedio de edad de 38.5 \pm 2.1 años y mediana de duración de la enfermedad de siete años. En el grupo

del rituximab, después de un año de seguimiento, la DMO en cuello femoral se redujo de 0.980 ± 0.130 g/cm² a 0.809 ± 0.139 g/cm² (-17.4%; $p = 0.001$) y la DMO lumbar de 1.062 ± 0.137 g/cm² a 0.893 ± 0.194 g/cm² (-15.8%; $p = 0.001$). En los controles, la DMO en cuello femoral disminuyó de 0.914 ± 0.193 g/cm² a 0.890 ± 0.135 g/cm² (-2.6%; $p = 0.001$) y la DMO lumbar de 0.926 ± 0.128 g/cm² a 0.867 ± 0.139 g/cm² (-6.2%; $p = 0.09$) (Tabla 1). La pérdida de DMO fue mayor en pacientes posmenopáusicas que habían recibido rituximab comparada con los controles posmenopáusicas sin rituximab (0.324 ± 0.128 g/cm² vs. 0.138 ± 0.099 g/cm²). Además, la pérdida de DMO fue mayor en pacientes respondedores al rituximab en comparación con aquellos que no.

Tabla 1. DMO en cuello femoral y columna lumbar en el estado basal y un año después.

Grupo	Inicial	Un año después	<i>p</i>
Con rituximab			
Columna lumbar (g/cm ²), promedio (DE)	1.062 (0.137)	0.893 (0.194)	0.001
Cuello femoral (g/cm ²), promedio (DE)	0.980 (0.130)	0.809 (0.139)	0.001
Sin rituximab			
Columna lumbar (g/cm ²), promedio (DE)	0.926 (0.128)	0.867 (0.139)	0.09
Cuello femoral (g/cm ²), promedio (DE)	0.914 (0.193)	0.890 (0.135)	0.08

Conclusiones: Después de un año, la pacientes con LES tienen menos DMO tanto en cuello femoral como en columna lumbar. Sin embargo, la pérdida de DMO fue mayor en aquello que recibieron rituximab y en mujeres posmenopáusicas.

C-1 / Co73

Eficacia y tolerabilidad del rituximab en el tratamiento de pacientes con rupus

Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F, Muñoz-López S, Rosales-Don Pablo V

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

El rupus es una entidad poco común en la que se superponen datos de LES y AR, predominando con frecuencia las manifestaciones articulares. En muchos casos, el tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) no biológicos es insatisfactorio, por lo que se ha intentado el uso de inmunosupresores y fármacos biológicos.

Se realizó un estudio prospectivo y abierto para evaluar la eficacia y tolerabilidad del rituximab en pacientes con rupus. El objetivo principal fue el cambio en el DAS-28 a los seis meses; fueron objetivos secundarios el cambio en MEX-SLEDAI a seis meses, cambio en DAS-28 y MEX-SLEDAI durante el seguimiento, requerimiento de esteroides y registro de eventos adversos.

Se incluyó a nueve pacientes, todas mujeres, con edad promedio de 43 años y tiempo de evolución de 10 años. Se observó descenso de la puntuación basal de DAS-28 de 5.73 a 3.02 a los seis meses ($p < 0.001$). La mejoría en el DAS-28 se mantuvo durante el periodo de seguimiento. A los seis meses tres pacientes presentaban remisión por DAS-28 y tres actividad baja. La calificación de MEX-SLEDAI disminuyó de cinco puntos a nivel basal a 1.22 a los seis meses ($p < 0.001$) y mantuvo esta mejoría. Se observó una correlación negativa entre la mejoría clínica y los niveles de anti-CCP ($r = -0.794$, $p = 0.011$). La dosis de prednisona se redujo de 11.66 mg/día en la basal a 0.55 y 1.11 mg/día a los 12 y 24 meses, respectivamente. En general, el tratamiento con rituximab fue bien tolerado durante el estudio.

En los pacientes de este estudio, el tratamiento con rituximab mostró ser eficaz tanto en las manifestaciones articulares, con reducción significativa del DAS-28, como en otras manifestaciones de lupus, con mejoría del

MEX-SLEDAI. Ésta puede ser una buena opción terapéutica para pacientes con rupus.

C-1 / Co74

Tratamiento de inducción a la remisión de la nefritis lúpica temprana con ciclofosfamida más rituximab

Rincón-Narváez SC, Aranda-Baca LE, Ramos-Sánchez MA, Sauza-del Pozo MJ, Becerra-Márquez AM, Mejía-Holguín Y

Reumatología, Unidad Médica de Alta Especialidad No. 25 del IMSS, Monterrey, Nuevo León

Antecedente: El rituximab se ha propuesto como una opción para el tratamiento de la nefritis lúpica, aún con resultados discordantes. Uno de los factores determinantes en los resultados es el inicio temprano del tratamiento.

Objetivo: Evaluar la eficacia del tratamiento para la inducción a la remisión con ciclofosfamida más rituximab en la nefritis lúpica temprana.

Material y métodos: Estudio prospectivo y abierto. Se incluyó a pacientes > 18 años con nefritis lúpica < 3 meses (según ACR) de evolución y con biopsia renal. Recibieron el siguiente tratamiento intravenoso: metilprednisolona (1 g, tres dosis), ciclofosfamida (0.5-1 g/m² SC, mensual) y rituximab (1 g, los días uno y 14). Los pacientes fueron evaluados cada mes durante seis meses y después cada dos meses registrando parámetros clínicos y de laboratorio.

Resultados: Se incluyó a cinco pacientes, cuatro mujeres y un hombre. La edad media fue de 30 ± 13 años, la duración de la nefritis fue menor de un mes al iniciar el tratamiento; tres pacientes tenían GMN de clase III y dos de clase IV (según OMS). A los seis meses mejoró la proteinuria (5.1 vs. 1.5; $p = 0.04$), la creatinina sérica (0.9 vs. 0.6; $p = 0.04$) y el MEXSLEDAI (12 vs. 4.6; $p = 0.01$). Ningún paciente tuvo respuesta completa por persistir el sedimento activo. El tiempo de seguimiento es de 10 ± 1.8 meses y hasta el momento continúan estables. Cuatro de cinco pacientes tuvieron un evento infeccioso no grave que se resolvió sin complicaciones.

Conclusiones: El rituximab combinado con la ciclofosfamida puede ser una opción de tratamiento para la nefritis lúpica temprana. Se necesitan ensayos clínicos controlados para definir su utilidad.

C-1 / Co75

Respuesta al tratamiento de las manifestaciones hematológicas en pacientes hospitalizados con lupus eritematoso sistémico

Miranda-Hernández D, Ángeles U, Jara LJ, Cruz-Reyes CV, Saavedra MA

Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) pueden presentar manifestaciones hematológicas moderadas o graves, incluidas anemia hemolítica, trombocitopenia y neutropenia, que ameritan su hospitalización y tratamiento a base de esteroides, inmunosupresores y esplenectomía con resultados variables.

Objetivo: Analizar la eficacia de la terapia convencional en pacientes hospitalizados con LES y manifestaciones hematológicas.

Material y métodos: Se analizaron los expedientes clínicos de los ingresos hospitalarios de pacientes con LES (criterios ACR 1997) y manifestaciones hematológicas activas (anemia hemolítica, trombocitopenia y neutropenia)

en el periodo de enero de 2009 a julio de 2012. Se registraron las características clínicas, variables de laboratorio e inmunológicas, tratamientos administrados, con seguimiento hasta tres meses. La remisión completa se definió como: plaquetas $> 100\ 000/\text{mm}^3$, hemoglobina $> 10\ \text{g/dl}$ y neutrófilos $> 1\ 500/\text{mm}^3$. El análisis incluyó estadística descriptiva, χ^2 y ANOVA de Friedman.

Resultados: De 594 hospitalizaciones, 431 fueron por LES y 84 por actividad hematológica manifestada predominantemente por trombocitopenia (54%), anemia hemolítica (23%) y neutropenia (23%). La edad promedio al ingreso fue de 33.3 ± 14.2 años y tiempo de evolución de LES de 61.8 ± 86.9 meses. La trombocitopenia fue grave ($< 30\ 000/\text{mm}^3$) en 28 pacientes (62.2%); neutropenia grave ($< 500/\text{mm}^3$) en seis pacientes (36.5%) y anemia hemolítica grave ($< 7\ \text{g/dl}$) en 17 pacientes (89.4%). Los tratamientos intrahospitalarios incluyeron esteroides a dosis altas, metilprednisona, dexametasona, inmunoglobulina, plasmáferesis y soporte transfusional. La evolución de las cuentas celulares se muestra en la **Tabla 1**. Al egreso, el 70% de los pacientes recibió inmunosupresor, principalmente azatioprina, ciclofosfamida o ácido micofenólico. Se alcanzó remisión completa al egreso en 18 pacientes (36.7%) con trombocitopenia, 10 (52.5%) con neutropenia y uno (5.2%) con anemia hemolítica; a los tres meses, 27 (55.1%), 7 (36.8%) y 10 (52.6%), respectivamente.

Conclusiones: El tratamiento inicial de las manifestaciones hematológicas en el paciente hospitalizado con LES se basa en esteroide a dosis altas con eficacia transitoria y variable. Es determinante el uso de terapia inmunosupresora desde el inicio y continuar a largo plazo para evitar recaídas y subsecuentes hospitalizaciones (**Tabla 1**).

Tabla 1. Respuesta terapéutica.

	Basal	Egreso	Un mes	Tres meses	<i>p</i>
Plaquetas, <i>n</i> = 45	9 911 ± 17 291	45 068 ± 66 902	92 363 ± 129 264	83 806 ± 118 948	0.004
Neutrófilos, <i>n</i> = 19	624 ± 288	2 889 ± 2 418	3 569 ± 2 642	3 343 ± 2 506	0.001
Hemoglobina, <i>n</i> = 19	5.68 ± 1.72	8.92 ± 2.10	10.8 ± 2.31	12.8 ± 2.05	< 0.001

C-1 / C076

Hipertensión pulmonar en una cohorte de pacientes mexicanos con lupus eritematoso sistémico. Estudio de seguimiento a seis años

Hubbe-Tena C, Gallegos-Nava S, Márquez-Velasco R, Sánchez-Muñoz F, Bojalil R, Sandoval J, Amezcua-Guerra LM

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Antecedentes: La ecocardiografía (ECO) es una prueba de escrutinio no invasiva, sustituta del cateterismo cardiaco, útil para definir la presencia de hipertensión pulmonar (HP) como improbable (PSAP $\leq 36\ \text{mmHg}$), posible (37-50 mmHg) o probable ($> 50\ \text{mmHg}$). La información disponible sobre HP en LES es escasa.

Objetivo: Con respecto a HP, definir las características basales, asociaciones clínicas, biomarcadores y supervivencia a largo plazo en pacientes con LES.

Métodos: Estudio sobre una cohorte de 139 pacientes con LES conformada en 2005 que incluyó registro amplio de variables clínicas, índices de actividad y daño orgánico, pruebas de laboratorio y perfil de autoanticuerpos, así como almacenamiento de biobancos. El seguimiento se realizó a intervalos regulares de tres meses. Para el análisis actual se incluyó a pacientes sometidos a ECO en el reclutamiento (± 6 meses). Se midió la concentración de endotelina 1 (ET1), MCP1 e IFN- α por ELISA a partir del suero almacenado.

Estadística descriptiva: porcentajes y mediana (IQR). Contraste de hipótesis: χ^2 para tendencias o Kruskal-Wallis (post-test de Dunn). Asociaciones:

coeficiente *r* de Spearman. Supervivencia: Kaplan-Meier con prueba de logaritmo del rango para tendencias. Significancia, $p < 0.05$.

Resultados: 55 pacientes satisficieron la inclusión. Acorde a la PSAP, se conformaron tres grupos: HP improbable ($n = 26$; 96% mujer; edad, 34.5, 24-46 años); HP posible ($n = 16$; 81% mujer; edad, 49, 38-53); HP probable ($n = 13$; 100% mujer; edad, 41, 38-56). Las características demográficas, clínicas, serológicas y la concentración de biomarcadores fueron similares.

Se observó mayor daño orgánico en los pacientes con HP según índice SLICC/ACR de 1 (1-2), 3 (1.7-4) y 3 (2-6; $p = 0.0009$); artritis activa en 12%, 13% y 38% ($p = 0.05$); TEP en 8%, 13% y 46% ($p = 0.005$); grosor del septum IV de 9 (9-10), 10.5 (9-12) y 10 mm (9-12; $p = 0.04$), respectivamente.

La PSAP mostró correlación directa con la edad (+ 0.29), tiempo de evolución del LES (+ 0.32), creatinina (+ 0.26), SLEDAI-2K (+ 0.26), SLICC/ACR (+ 0.55), diámetro de AI (+ 0.45) y grosor del septum IV (+ 0.33). Correlación inversa con complemento C3 (+ -0.25) y CH50% (+ -0.25).

Supervivencia al primer año: 92%, HP improbable; 94%, HP posible; y 90%, HP probable. A los tres años: 92%, 89% y 77%, respectivamente. A los seis años: 88%, 87% y 68%, respectivamente.

Conclusiones: En LES, la HP se presenta en pacientes con mayor daño orgánico y antecedente de TEP y disminuye la supervivencia a mediano plazo. No se encontraron biomarcadores o autoanticuerpos útiles para discriminar HP en LES.

C-1 / C077

Trombocitopenia grave en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Serie de casos de un hospital federal de referencia de tercer nivel

Jaimes-Hernández JE, Galván-Silva A, Zacarías-Castillo R, Rodríguez-Henríquez P

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: La trombocitopenia es una entidad que se presenta en el 20-40% de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Sin embargo, la trombocitopenia grave tiene una baja frecuencia (5%), con una mayor mortalidad.

Método: Estudio transversal, retrospectivo, analítico. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES (criterios de clasificación ACR) y con trombocitopenia grave definida como plaquetas menores de $20\ 000/\mu\text{l}$ o que se acompañe de un evento hemorrágico mayor en el periodo de marzo de 2010 a septiembre de 2012. La descripción de las variables se expresa como medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados: Se incluyó a nueve pacientes, 100% del género femenino, edad promedio de 28.8 ± 6.7 años. El 100% contaba con ANA por inmunofluorescencia positivos. Anticuerpos anti-DNAc en cinco (55.5%); anti-SSa en tres (33.33%); anticuerpos anticardiolipina IgG en seis (66.66%). Anti- $\beta 2$ glucoproteína 1 en cuatro (44.4%). Cuatro (44.44%) con diagnóstico simultáneo de LES y trombocitopenia; tres (33.33%) con trombocitopenia anterior al diagnóstico de LES y dos (22.22%) con trombocitopenia posterior al diagnóstico. La cifra media de plaquetas al ingreso fue de $23\ 889/\mu\text{l} \pm 19\ 974$, nadir plaquetario de $13\ 111/\mu\text{l} \pm 10\ 115$, MEX-SLEDAI al ingreso 11.1 ± 4.5 y al egreso de 3 ± 2.8 . Cuatro pacientes ingresaron a UCI con APACHE II de 18.5. La terapia inicial utilizada fue metilprednisona en ocho casos (88.8%) y en una sola paciente prednisona (11%). Los ocho pacientes tratadas con glucocorticoides intravenosos requirieron tratamientos complementarios: danazol en cinco (55.5%), inmunoglobulina IV en cuatro (44.4%). Ciclofosfamida, metotilo de micofenolato y esplenectomía fueron utilizados en un caso cada uno (11%). Siete pacientes (77.7%) presentaron eventos hemorrágicos menores o mayores. Una falleció por hemorragia masiva, refractaria a inmunoglobulina IV y rituximab.

Conclusión: En esta serie de casos, la trombocitopenia grave requirió el uso de terapia de segunda línea para lograr una adecuada respuesta. La presencia de anticuerpos anticardiolipina IgG se asoció significativamente a esta manifestación clínica.

C-1 / Co78

Pancreatitis en lupus eritematoso sistémico y su relación con anticuerpos contra ribonucleoproteínas

Miranda-Hernández D⁽¹⁾, Jara LJ⁽¹⁾, Solís-Vallejo E⁽²⁾, Saavedra MA⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México, ⁽²⁾Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La pancreatitis es una manifestación poco común en el lupus eritematoso sistémico (LES). La etiología es multifactorial y los mecanismos de daño no están completamente caracterizados. Se ha demostrado que los anticuerpos contra ribonucleoproteínas (RNP) pueden inducir apoptosis de las células pancreáticas beta en la diabetes mellitus autoinmunitaria.

Objetivo: Reportar una serie de nueve casos con pancreatitis secundaria a LES activo y su posible relación con autoanticuerpos.

Pacientes: De una cohorte de 594 ingresos hospitalarios con LES, se identificaron nueve pacientes (ocho mujeres) con pancreatitis asociada a LES. La pancreatitis se diagnosticó por dolor abdominal (excepto un paciente), elevación de enzimas pancreáticas y hallazgos de imagen (TAC) característicos.

Resultados: Las características clínicas, demográficas e inmunológicas se muestran en la **Tabla 1**. A su ingreso hospitalario todos los pacientes presentaban actividad moderada a grave de la enfermedad, principalmente cutánea, articular y renal. En todas las pacientes, la pancreatitis fue atribuida a actividad de la enfermedad. Se descartaron causas tóxicas, metabólicas, infecciosas o mecánicas. El tratamiento de la pancreatitis consistió en ayuno, soporte hidroelectrolítico, esteroides IV a dosis altas, un paciente requirió nutrición parenteral total y dos pacientes inmunoglobulina IV por trombocitopenia grave. Ninguno ameritó tratamiento quirúrgico o en la unidad de cuidados intensivos.

Conclusiones: La pancreatitis en LES es una manifestación de actividad. Los mecanismos que intervienen en estos pacientes son autoinmunitarios, trombosis y daño vascular mediado por depósito de complejos inmunitarios con activación del complemento en las arterias pancreáticas. Una alta proporción de estos pacientes anticuerpos contra RNP, lo que sugiere un papel patogénico como se ha demostrado en pacientes con diabetes mellitus autoinmunitaria (**Tabla 1**).

Tabla 1. Características clínicas inmunológicas de los pacientes.

Características	
Edad promedio (años)	25.7 (14-34)
Tiempo de evolución del LES promedio (meses)	12.4 (0-24)
SLEDAI al ingreso	13.6 (8-21)
Pancreatitis:	
- Manifestación inicial	2
- Recurrente	1
Amilasa sérica, U/L	618.3 (300-1195)
Lipasa sérica, U/L	1100 (312-2784)
Anti-DNA (positivo)	9/9
Anti-DNA promedio, UI/ml	808 (95-2759)

ENA (n =)	7/9
- RNP	6
- Sm	4
- Ro	1
ACL (positivas)	3
C3, mg/dl	39.1 (22-75)
C4, mg/dl	8.1 (4-13)

ENA, antígenos extraíbles del núcleo; ACL, anticardiolipinas.

C-1 / Co79

Uso de cloroquina como factor protector para disminuir la frecuencia del síndrome metabólico y sus componentes en mujeres mexicanas con lupus eritematoso sistémico

Hernández-Cuervo P⁽¹⁾, Flores-Chávez A⁽²⁾, Rocha-Muñoz AD⁽²⁾, Torres-Zaragoza YP⁽²⁾, Félix-Hernández F⁽³⁾, Ramírez-Villafañá M⁽⁴⁾, Mendoza-Vázquez G⁽⁴⁾, Díaz-Rizo CV⁽⁴⁾, De la Cerda-Trujillo LF⁽³⁾, Nava A⁽⁴⁾, Salazar-Páramo M⁽⁵⁾, Guerrero-Aguilar LD⁽⁶⁾, González-López L⁽⁷⁾, Gámez-Nava JI⁽⁴⁾

⁽¹⁾Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, ⁽²⁾UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, ⁽³⁾Doctorado en Farmacología, CUCS, Universidad de Guadalajara, UMAE, Hospital de Especialidades CMN Occidente, IMSS, ⁽⁴⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽⁵⁾División de Investigación en Salud de la UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽⁶⁾Pasante de Servicio Social en Investigación, Universidad de Guadalajara, ⁽⁷⁾Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS

Objetivo: Evaluar si el uso de la cloroquina es factor protector para disminuir la frecuencia de síndrome metabólico (SM) y sus componentes de mujeres mexicanas con lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos: Estudio transversal. 59 mujeres con LES y 118 controles sin enfermedad reumática (Cs). Evaluación de características demográficas, antropométricas, examen físico e índices que incluyeron SLEDAI y SLICC/ACR. Composición corporal, incluido el %GC determinado por absorciometría de energía dual de rayos X (DEXA); evaluación de: glucosa, perfil de lípidos, colesterol total, HDL, LDL y triglicéridos, Diagnóstico de SM por los criterios *National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Program III* (NCEP-ATPIII); las pacientes fueron divididas con cloroquina y sin cloroquina, en los cuales se identificaron los componentes del síndrome metabólico.

Análisis estadístico: Variables cuantitativas expresadas en medias y desviaciones estándar, cualitativas en frecuencias y porcentajes. Comparación de medias entre subgrupos con prueba *t* de Student para muestras independientes. Correlación de Pearson para determinar la fuerza de asociación entre variables cuantitativas con los resultados de masa grasa.

Resultados: Se incluyó a 59 mujeres con LES y 118 Cs, con similar edad (46.37 vs. 48.1 años, respectivamente; $p = 0.25$), estado civil y nivel educativo. En la determinación de la composición corporal por DEXA, el %GC fue mayor en LES que Cs (45.9 vs. 42.3, $p < 0.001$). La prevalencia de SM en LES fue de 22% y 19% en Cs. En pacientes con LES, el %GC se correlacionó con la edad ($r = 0.312$, $p = 0.02$), mayor duración de la enfermedad ($r = 0.302$, $p = 0.02$), índice de masa corporal (IMC) ($r = 0.725$, $p < 0.001$) y circunferencia de cintura ($r = 0.618$, $p < 0.001$). Al comparar a subgrupos de pacientes con LES (CQ) contra aquellos sin estos fármacos se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación SLICC/ACR (0.60 vs. 1.28, $p = 0.04$), respectivamente, índice cintura-cadera (0.81 vs. 0.86, $p = 0.003$), niveles glucosa en ayuno (76.76 vs. 85.96, $p = 0.006$) y triglicéridos (128.6 vs. 171.78, $p = 0.03$). Sin embargo, no mostraron diferencias significativas en la comparación por grupos relacionados con los componentes del SM.

Conclusiones: Se observó que 1/5 de las mujeres con LES presenta SM, asociado a mayor %GC. Esto, aunado a la inflamación, constituye un disparador importante de riesgo cardiovascular en LES. Resulta de interés que en aquellas pacientes cuyo tratamiento incluye el uso de cloroquina mostraron niveles séricos menores en el perfil de lípidos. Estos hallazgos tienen importantes implicaciones terapéuticas que requieren sustento en estudios longitudinales.

C-1 / Co80

Utilidad de la radiografía en el diagnóstico de neumonía en pacientes con lupus eritematoso generalizado

Atisha-Fregoso Y, Llorente L, Barrientos-Priego A, Jakez-Ocampo J

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Los procesos infecciosos en los pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG), junto con la actividad de la enfermedad, representan la primera causa de muerte. El diagnóstico oportuno y el inicio temprano del tratamiento son fundamentales.

Objetivo: Determinar la sensibilidad de la radiografía en pacientes con LEG.

Métodos: Se incluyó a los pacientes que tuvieron diagnóstico de egreso de neumonía y LEG en el INCMNSZ durante un periodo de cinco años; y que contaron con estudio radiográfico y expediente completo de la hospitalización. Las radiografías y tomografías fueron revisadas por un radiólogo (ABP) cegado al diagnóstico del paciente.

Resultados: Se incluyó a 86 pacientes (62 mujeres, 72.4%) con 87 episodios de neumonía, con edad promedio de 36.42 ± 10.24 años; 36 de los episodios (41.4%) se consideraron NACS y el resto (58.6%) NAC.

La mediana desde el diagnóstico del LEG hasta la neumonía fue de tres años (mín. 0, máx. 26 años). La mediana de la estancia hospitalaria fue 16 días (mín. 4, máx. 99). La mediana del SLEDAI fue seis (mín. 0, máx. 24). Cinco pacientes habían recibido bolos de ciclofosfamida en los tres meses previos, 31 azatioprina, 7 MMF, y 69 recibían glucocorticoides. La dosis equivalente de prednisona al ingreso fue de 15 mg o menos en 31 pacientes, 11 pacientes tenían dosis de 15 a 30 mg y 27 pacientes dosis mayores de 30 mg. La sensibilidad de la radiografía fue de 44.8%. Debido al diseño del estudio no fue posible calcular la especificidad.

No se encontró diferencia entre los pacientes tratados con azatioprina o micofenolato. Sin embargo, los cinco pacientes que recibían bolos de ciclofosfamida tuvieron una radiografía negativa al ingreso ($p = 0.006$). En el análisis secuencial (paso a paso), la cifra de neutrófilos totales fue la que mejor predijo el resultado de la radiografía.

La sensibilidad fue de 78% (21/27) en los pacientes con neutrófilos > 8 000. En los pacientes con neutrófilos > 12 000, la sensibilidad de la radiografía fue de 83% (15/18). En los pacientes con neutropenia leve (< 1 500), la sensibilidad de la radiografía fue de 33% (3/9), mientras que en los pacientes sin neutropenia fue de 58% (45/78).

Conclusiones: En los pacientes con LEG, la radiografía tiene una baja sensibilidad para el diagnóstico de neumonía. Se debe prestar especial atención a los pacientes con neutrófilos en sangre menores a 1 500 y aquellos que han recibido recientemente ciclofosfamida.

C-1 / Co81

Prevalencia de síntomas asociados a la menopausia en diferentes condiciones de actividad ovárica en mujeres con lupus eritematoso generalizado (LEG)

Alpizar-Rodríguez D, Romero-Díaz J, Sánchez-Guerrero J, Cravioto MD

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Se desconoce la prevalencia de síntomas asociados a la menopausia durante el proceso de envejecimiento ovárico en mujeres con LEG y el efecto que pueda tener la enfermedad o su tratamiento. Dicha información es relevante para esclarecer el origen de los síntomas e identificar a los pacientes susceptibles de tratamiento.

Objetivo: Estimar la prevalencia de síntomas asociados a la menopausia en mujeres con LEG en la etapa reproductiva, transición menopáusica, posmenopausia temprana y posmenopausia tardía.

Métodos: Se incluyó a mujeres con LEG entre 16 y 60 años. Se excluyó a embarazadas, en lactación, histerectomizadas, y bajo estrógenos sistémicos o veraliprida. Se realizó una entrevista que incluyó datos demográficos, clínicos y la presencia de siete síntomas asociados a la menopausia. Las características del LEG y comorbilidades se obtuvieron de los expedientes. De acuerdo con el patrón menstrual, la edad y concentración de FSH, las pacientes se asignaron a uno de los siguientes grupos: etapa reproductiva con ciclos regulares, etapa reproductiva con ciclos irregulares, transición menopáusica (edad ≥ 40 años con ciclos irregulares), posmenopausia temprana (amenorrea < 5 años) o tardía (amenorrea > 5 años). Se empleó estadística descriptiva para calcular la prevalencia de los síntomas. El análisis comparativo entre los grupos se realizó con χ^2 o ANOVA. Se definió un valor de $p < 0.05$, de dos colas. Se utilizó el programa STATA 11.0.

Resultados: De 1 059 mujeres con LEG entrevistadas, 732 reunieron criterios para el presente análisis, cuya edad fue de 36.0-11.0 años. En la **Tabla 1** se resumen los resultados de las prevalencias de síntomas y del análisis comparativo.

Tabla 1. Prevalencias de síntomas y del análisis comparativo.

Síntomas	Regular n = 367	Irregular n = 146	Transición n = 64	Posmenopausia temprana n = 66	Posmenopausia tardía n = 89	p
Vasomotor, n (%)	89 (24)	62 (42)**	37 (58)**	41 (62)**	38 (43)**	< 0.01
Ánimo depresivo, n (%)	193 (53)	92 (63)	42 (66)	36 (55)	49 (55)	0.12
Olvidar cosas, n (%)	139 (38)	68 (47)	38 (59)**	37 (56)**	48 (54)**	< 0.01
Insomnio, n (%)	134 (37)	68 (47)*	38 (59)**	34 (52)*	45 (51)*	< 0.01
Incontinencia urinaria, n (%)	83 (23)	39 (27)	30 (47)**	16 (24)	27 (31)	< 0.01
Disminución interés sexual, n (%) & §	81 (39)	30 (48)	25 (61)*	27 (15)**	29 (73)**	< 0.01
Sequedad vaginal §	66 (18)	30 (21)	28 (46)**	20 (33)	34 (41)**	< 0.01

p, obtenida por ANOVA; &, en mujeres con vida sexual activa (n = 382); §, excluyendo a pacientes con tratamiento vaginal (n = 701); * = $p < 0.05$ vs. grupo 1 (regular); ** = $p < 0.01$ vs. grupo 1 (regular).

Conclusiones: Los síntomas vasomotores predominaron en la transición menopáusica y la posmenopausia temprana, como ocurre en población general. Otros síntomas mostraron patrones variables y sólo el estado depresivo resultó independiente a los cambios hormonales. Destaca el hallazgo de síntomas vasomotores e insomnio en mujeres en etapa reproductiva con irregularidades menstruales.

C-1 / Co82

Diferencias en el perfil lipídico entre pacientes mexicanos con lupus y población general

Colunga-Pedraza IJ, Galarza-Delgado DA, Góngora-Rivera F, Vega-Morales D, Segarra-Linares SL, Carrillo-Palacios RA, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: En pacientes con LES existe una mayor morbimortalidad cardiovascular; los factores que favorecen este proceso son aún inciertos. Existe un marcado perfil proaterogénico en esta población.

Objetivo: Establecer las diferencias en el perfil de lípidos entre pacientes mexicanos con LES y la población general.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional, comparativo entre dos grupos. Se incluyó a 69 pacientes con LES, mayores de 18 años, sin antecedentes cardiovasculares ni dislipidemia, de la consulta de reumatología del hospital de los autores y firmaron consentimiento informado. Se parearon por edad y sexo, con 69 voluntarios sanos, sin enfermedad autoinmunitaria, antecedentes cardiovasculares o dislipidemia al ingreso al estudio. A los 138 sujetos, se les realizó, previo ayuno de 14 horas, perfil de lípidos completo (espectrofotometría). Se comparó nivel de LDL, colesterol total, HDL y triglicéridos; además, las características proaterogénicas del perfil de lípidos (colesterol total > 200 mg/dl, triglicéridos > 150 mg/dl, HDL < 45 mg/dl, LDL > 100 mg/dl). Se empleó el SPSS v17; se realizó análisis descriptivo para variables demográficas y clínicas, con medidas de tendencia central y dispersión. Para el contraste de variables binomiales, se utilizó χ^2 o prueba exacta de Fisher, con tablas de contingencia de 2 x 2, y para variables no paramétricas la prueba de U de Mann Whitney, tomando como significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Participaron 138 sujetos, 66 mujeres (95.7%) y tres hombres (4.7%) en cada grupo. Con mediana de edad de 30 años (RI, 14). En el perfil de lípidos se encontraron medias significativamente mayores en el grupo de voluntarios sanos, en los niveles de colesterol total y LDL estadísticamente significativas; sin embargo, al subanalizarlos de acuerdo con el riesgo proaterogénico por Framingham no se reconocieron.

Conclusiones: En los sujetos analizados no se identificaron diferencias estadísticamente significativas en el perfil de lípidos de pacientes con LES comparados con la población general, que pudieran explicar el incremento de la morbimortalidad cardiovascular observada en estos pacientes.

C-1 / Co83

Perfil de hormona antimülleriana en mujeres en edad reproductiva con lupus eritematoso sistémico

Velarde-Ochoa MC, Esquivel-Valerio JA, Vega-Morales D, Skinner-Taylor CM, Morales-Martínez FA, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario José E. González, Universidad Autónoma de Nuevo León

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria inflamatoria sistémica y crónica; la fecundidad es normal en pacientes con LES; la actividad de la enfermedad, autoanticuerpos anti-ovario y agentes citotóxicos son factores que se han relacionado con falla ovárica. La hormona antimülleriana (AMH) es un marcador para determinar la reserva folicular. Se evaluó el perfil de AMH en pacientes en edad reproductiva con LES.

Material y métodos: En un estudio analítico, transversal, de marzo a agosto del año 2011, se incluyó a 65 pacientes de 18 a 40 años, obteniéndose características demográficas, clínicas y gineco-obstétricas; el nivel sérico de AMH se determinó por duplicado en sangre venosa.

Resultados: La mediana del título de AMH fue de 0.61 ng/ml. La prevalencia de baja reserva ovárica en este estudio fue de 3.07%. El promedio del índice de actividad y daño de LES en la población estudiada fue bajo (MEX-SLEDAI 1, SLICC2). Veinticinco pacientes (38.4%) fueron tratadas con ciclofosfamida (CFM) y la dosis promedio acumulada fue de 7.5 g.

Conclusiones: La medición de la AMH no demostró correlación entre el uso de CFM y la presencia de falla ovárica. Deben realizarse estudios para establecer la presencia de otros factores como anticuerpos contra el ovario o la AMH y su relación con la falla ovárica.

C-1 / Co84

Experiencia del tratamiento con rituximab en la nefritis lúpica

Rincón-Narváez SC, Ramos-Sánchez MA, Aranda-Baca LE, Sauza-del Pozo MJ, Becerra-Márquez AM, Mejía-Holguín Y

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

Antecedente: El rituximab ha sido una opción terapéutica en el tratamiento de la nefritis lúpica desde hace algunos años. Se presenta la experiencia con el uso del rituximab en un solo centro.

Objetivo: Evaluar la respuesta clínica de la nefritis lúpica en pacientes que recibieron rituximab como terapia concomitante.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente los expedientes de los pacientes con diagnóstico de nefritis lúpica que recibieron tratamiento con rituximab (1 g IV, los días uno y 15) desde el año 2005. Se obtuvo la siguiente información: género, edad, tiempo de evolución del lupus y la nefritis y evaluación de la función renal. Se analizó la proporción de pacientes con respuesta completa, función renal estable e insuficiencia renal. Se empleó SPSS 17.0 para el análisis estadístico.

Resultados: Se analizó a 29 pacientes, 23 mujeres y seis hombres. La edad media fue de 35 ± 9 años, el tiempo de evolución de lupus fue de 10 ± 7 años, la duración de la nefritis fue de 6 ± 5 años; 55% tenía GMN de clase IV, según la OMS; 25 pacientes recibieron el rituximab por recaída renal y por nefritis de reciente inicio. Catorce pacientes recibieron ciclofosfamida IV concomitante. A los seis meses mejoró la proteinuria (3.6 ± 2.9 vs. 1.6 ± 1.5 , $p > 0.05$). A los seis, 12, 24 y 36 meses de seguimiento, 97%, 85%, 83% y 77% mantuvieron la función renal estable pero sólo pocos pacientes cumplieron criterios para respuesta completa. Trece pacientes recibieron un segundo ciclo de rituximab. A los seis meses un paciente presentó insuficiencia renal y cuatro a los 12 meses.

Conclusiones: El rituximab es una opción terapéutica para la nefritis lúpica y es importante considerarlo en la nefritis temprana, esperando mejores resultados.

C-1 / Co85

Manifestaciones de inmunodeficiencia en el lupus eritematoso sistémico. ¿Coexistencia o efecto de nuevas terapias?

Ricárdez-Puente HA, Echeverría-González G, Sánchez-Ortiz A

UMAE-CMNO, IMSS

Introducción: El desarrollo de inmunodeficiencia común variable (IDCV) en el LES es raro. Se caracteriza por disminución grave de inmunoglobulinas (Ig), linfocitos B y disfunción variable de los linfocitos T y en el LES existe incremento de Ig y autoanticuerpos. Su coexistencia es una complicación del LES, aunque el tratamiento inmunosupresor para controlar la enfermedad es un probable mecanismo aún no bien dilucidado.

Caso clínico: Hombre de 37 años, con hipertensión arterial por 15 años; inició hace 20 años con poliartritis simétrica, aditiva, de pequeñas articulaciones, eritema malar, fotosensibilidad, pancitopenia, proteinuria en límites nefróticos, BRP; reportó GMN lúpica IV, ANA de 1:640 (IFI) homogéneo, anti-DNA y anti-Sm positivos. Diagnóstico de LES e inició bolos de CFM mensual (12) y bimensual (6). Inactivo por nueve años, presentó recaída renal, reinició esquema combinado MPD (3 g), CFM tres bolos, con mejoría de LES; se agregó neumonía de focos múltiples y se aisló *Mycobacterium*; inició esquema antifímico el cual completó. Un año después, fiebre continua secundaria a CMV, completó tratamiento antiviral. Hace siete años posteriores a control de cuadros infecciosos y niveles de IgM de 47 mg/dl (40-230) e IgA de 174 mg/dl (70-400) se indicó anti-CD20, infundiéndose anualmente y llevando a inactividad los últimos cinco años; el último año presentó herpes zoster en tórax posterior, recibió tratamiento antiviral y desarrolló neuropatía grave. Mantuvo marcadores bioquímicos de inactividad hasta inicio de este año, que presentó nueva infección de vías respiratorias altas, fiebre continua no cuantificada, evolucionando a cuadros de sinusitis repetitiva; en agosto 2012 se cuantifican niveles de Ig por persistencia de cuadro, encontrándose IgG de 318 mg/dl (710-1540), IgA de 1 mg/dl (60-392), IgA normal, linfocitos B CD19/CD20 de 2.31% (3-10), linfocitos T CD4 de 36.3% (42.58), CD8 normal; se establece diagnóstico de IDCV y se inicia gammaglobulina humana intravenosa (IGIV) a dosis de 18 g (privado), posterior cálculo a 0.6 mg/kg, total de 46 g.

Conclusión: Seguido de la deficiencia de IgA, la IDCV es la segunda en frecuencia. En el LES se debe considerar ante hallazgo de hipogammaglobulinemia, pobre o nula respuesta a la inmunización e infecciones agudas, crónicas o recurrentes; 60% presenta agotamiento de linfocitos B y variabilidad en niveles de T. El paciente presentó datos clínicos y de laboratorio consistentes con IDCV luego de infusión repetitiva de anti-CD-20 y su presentación orienta hacia una causa adquirida; los niveles de Ig antes de la terapia biológica eran normales y, si bien puede coexistir con LES, es posible que la terapia biológica sea un activador.

C-1 / Co86

Absceso cerebral por *Listeria monocytogenes* en un paciente con lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso

Guerrero-Soto O⁽¹⁾, Horta-Bass G⁽²⁾, Barile-Fabris L⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital General Regional 220, IMSS

Antecedentes: La infección por *Listeria monocytogenes* (LM) en personas inmunocompetentes aparece como cuadro diarreico o gripal autolimitado. Sin embargo, en inmunodeprimidos se manifiesta en la forma de bacteriemia, meningoencefalitis o absceso cerebral (AC). En las publicaciones mundiales sólo se han notificado tres casos de AC por LM en pacientes con LES.

Caso clínico: Mujer de 47 años con diagnóstico de LES en tratamiento con ácido micofenólico (3 g/día) y prednisona (1 mg/kg/día) por actividad renal. Acudió con cefalea súbita, holocraneal, intensa (9/10) por EVA acompañada de fiebre con náusea, sin vómito. Exploración física: sin alteración del estado de alerta, funciones mentales superiores íntegras; sin datos de focalización o signos meníngeos. Laboratorio: leucocitosis de 13 000 cel/mm³, con neutrofilia y monocitosis; hipocomplementemia C3, 35 mg/dl, anti-DNA, proteinuria subnefrótica, sedimento urinario (eritrocituria-leucocitaria); líquido cefalorraquídeo (LCR) con leucocitos 27/mm³ (80% mononucleares), eritrocitos de 45/mm³, hiperproteinorraquia de 396 mg/dl, glucosa de 61 mg/dl; tinción de Gram, tinta china, IgM e IgG para herpes virus, negativos. Con diagnóstico inicial de neuroinfección o actividad neuropsiquiátrica de LES, se inició tratamiento empírico con ceftriaxona (2 g/12 h), vancomicina (1 g/12 h), aciclovir (600 mg/8 h), dexametasona (8 mg/8 h). La RMN cerebral contrastada con gadolinio mostró en lóbulo frontal izquierdo área de hipo-hiperintensidad de señal en

T1 y T2, respectivamente, edema vasogénico y reforzamiento de contraste, consistentes con absceso cerebral (AC). A los cuatro días se reportó crecimiento de *Listeria monocytogenes* en el LCR con hemocultivo negativo, por lo que se cambió a tratamiento con ampicilina (2 g/6 h) durante cuatro semanas, con resolución completa sin secuelas.

Discusión: LM es un bacilo grampositivo, no esporulado. La infección en inmunodeprimidos se manifiesta como bacteriemia o meningoencefalitis. La asociación de listeria y LES ha sido publicada en raras ocasiones. Debido a que las manifestaciones clínicas son a menudo indistinguibles de la enfermedad de base, el reconocimiento y tratamiento de estas infecciones puede ser tardío. El estudio del LCR no permite diferenciar la meningitis por LM de otras más frecuentes y hasta tres cuartas partes presentan pleocitosis con predominio de polimorfonucleares, en tanto que otras series registran 50% de mononucleares. El diagnóstico requiere el aislamiento de LM a partir de un sitio estéril (sangre o líquido cefalorraquídeo).

Conclusión: A pesar de la baja frecuencia, la listeriosis del SNC debe incluirse como parte del diagnóstico diferencial de absceso cerebral, meningitis o encefalitis en pacientes con LES.

C-1 / Co87

Anemia hemolítica por aglutininas frías como manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico

Ramírez-Miramontes JV, Solís-Vallejo E, Zeferino-Cruz M, Torres-Jiménez A, Rodríguez-Monroy J, Vela-Dávila R

Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Caso clínico: Masculino de 11 años que inicia padecimiento en enero del 2010 con cuadro gastrointestinal tratado en HGZ, evolucionando con astenia y adinamia, pérdida de peso; se agrega palidez e ictericia, por lo que se realiza biometría hemática detectando anemia hemolítica con hemoglobina de 7.8, reticulocitos del 20% y Coombs con antiglobulina poliespecífica positivo (1:32), antiglobulina monoespecífica, IgG positivo, C3d positivo, autoanticuerpos positivos (antisistema Rh complemento, auto-HI a cuatro y 22 grados); durante su seguimiento por la consulta externa sin requerir tratamiento con prednisona, con incremento de hemoglobina, prueba de Coombs positiva 1:16 Hb 12.8, reticulocitos aumentados, índices eritrocitarios normales; leucocitos, diferencial normal, plaquetas normales, tiempo de coagulación normales; C3 normal, C4 bajo (13.5), inmunoglobulinas normales; anticuerpos antinucleares positivos, títulos bajos de anti-DNA y anticardiolipinas, IgG positivos en 248 e IgM negativos; se envía a valoración por reumatología en donde se sospecha síndrome antifosfolípidos y se inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico por riesgo de trombosis; hematología corrobora la persistencia de hemólisis compensada, prueba de fragilidad osmótica negativa, nueva hospitalización por datos de anemia secundaria a hemólisis posterior a cuadro infeccioso en septiembre que no requiere transfusión de hemoderivados; sin embargo, nuevo internamiento en diciembre de 2011 por anemia hemolítica secundaria a cuadro infeccioso, resultado de hemoglobina de 3.7, bilirrubina indirecta de 2.48, DHL de 337, tiempos de coagulación prolongados, Coombs a 50°C de 1:128, a 22°C de 1:128 y a 37°C de 1:256 y persistencia de anticardiolipinas, IgG positivo alto, con datos de cor anémico, precisando de ventilación mecánica por tres días; se solicitan anticuerpos extraíbles de núcleo, reportándose dsDNA positivo, Sm/RNP positivo, Sm positivo, Ro positivo, La negativo, Jo-1 positivo, Scl-70 positivo, CENP-B negativo, estableciéndose diagnóstico de anemia hemolítica secundaria a lupus eritematoso sistémico; previo tratamiento con metilprednisolona se continua tratamiento con ciclofosfamida y rituximab, con lo que se frena el proceso hemolítico.

Aunque la anemia hemolítica ocurren en 10% de los pacientes con LES, por lo general es mediada por anticuerpos calientes, es raro verla mediada por anticuerpos fríos y se han reportado pocos casos en las publicaciones.

C-1 / Co88

Tumores y lupus eritematoso sistémico

Ayala-Arzola MD, Bernard-Medina AG, Gutiérrez-Ureña S, Martínez-Bonilla G, González-Díaz V, Rodríguez-Cortes GE

Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Existe una asociación entre tumores malignos y enfermedades autoinmunitarias, incluido el LES, con una frecuencia hasta de 10 a 15%. Hay evidencia de que tanto la actividad de la enfermedad como el uso de inmunosupresores pueden ser factor de riesgo para ciertos tipos de cáncer.

Objetivo: Describir el caso clínico de un paciente con diagnóstico de LES que desarrolló tumor sólido de SNC.

Caso clínico: Joven de 21 años de edad con antecedente de LES diagnosticado en agosto del 2003 con los siguientes criterios diagnósticos del ACR: eritema malar, fotosensibilidad, artritis, anti-DNA positivo, anti-Sm positivo, trombocitopenia; nefritis lúpica en diciembre del 2003, proteinuria de 600 mg/24 h, eritrocituria persistente, sin biopsia; se dio tratamiento con seis pulsos de ciclofosfamida mensual a 0.75 mg/m²/SC; con respuesta renal parcial a los seis meses, mantenimiento con azatioprina (50 mg c/12 h), además de cloroquina (150 mg c/24 h) por nueve años; durante su seguimiento sólo con linfopenia persistente y proteinuria menor a 500 mg/24 h.

Ingreso en julio de 2012 por cefalea intensa en región frontal, incapacitante, intensidad de 9/10. Reportó desde hace un mes cefalea en la misma región, la cual se agudizó tres días previos. El examen neurológico a su ingreso fue normal. Se inició tratamiento esteroide a su ingreso con mejoría sintomática. IRM: lesión intraaxial ocupante de espacio con afeción cortico-subcortical localizada en el lóbulo temporal derecho de 42 x 27 x 27 mm; es hipointensa en T2 y Flair y heterogénea en T1. Gran edema vasogénico circundante con efecto de masa, necrosis licuefactiva por elevación de lactato y la disminución de N-acetilaspártato (NNA)/creatinina (Cr) y la elevación de colina/Cr. Se realizó craneotomía temporal derecha y exéresis tumoral, observando tumoración intraaxial temporal consistente con tumor de origen glial. El reporte histopatológico fue astrocitoma protoplasmático y gemistocítico de grado II, proteína fibrilar glial, ácida por IPO, positiva.

Discusión: El presente es un caso de la asociación de LES y astrocitoma; dicha asociación es rara (no se encontraron casos de reporte en las publicaciones). Al paciente le fue extirpado el 95% del tumor y actualmente está asintomático y libre de enfermedad tumoral residual. Los tumores neuroepiteliales son las neoplasias más comunes, lo que representa más del 60% de las lesiones derivadas del sistema nervioso central (SNC). Principalmente en adultos entre los 20 y 40 años. Son de bajo potencial proliferativo, pero tienden a ser más infiltrantes y suelen reaparecer.

C-1 / Co89

Lupus eritematoso sistémico y vasculitis del sistema nervioso central inducidos por inyecciones de aceites: un caso de síndrome autoinmunitario/inflamatorio inducido por adyuvante (ASIA) o síndrome de Shoenfeld

Vera-Lastra OL, Sepúlveda-Delgado J

Departamento de Medicina Interna. Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: El síndrome autoinmunitario/inflamatorio inducido por adyuvante (ASIA) engloba a cuatro entidades: síndrome posvacuna, miofascitis-macrofágica, la guerra del Golfo y la siliconosis, manifestado por lupus eritematoso sistémico (LES), esclerodermia, etc. Sin embargo, en

México se ha propuesto que las sustancias oleosas usadas con fines estéticos también actúan como adyuvantes, dando origen a una nueva entidad llamada ASIA o síndrome de Shoenfeld.

Caso clínico: Mujer de 55 años de edad con antecedentes de poliartritis a los 20 años en una sola ocasión. A los 30 años se aplicó sustancias oleosas en glúteos y mamas con fines estéticos y seis meses después desarrolló inflamación local (endurecimiento, enrojecimiento y dolor) en glúteos, fiebre, pérdida de peso, poliartralgias, poliartritis, mialgias, úlceras orales, por lo que cirugía plástica retiró la mayor parte del material oleoso inyectado. El estudio histológico mostró inflamación granulomatosa con formación de cuerpos extraño. Los anticuerpos antinucleares 1:1 280 MF, anti-DNA (220), antimitocondriales, ANCA-p 1:80, hipocomplementemia, leucolinfopenia, anemia hemolítica, trombocitopenia, PCR (>). Fue tratada con pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida (CF) por un año, con mejoría. Posteriormente a los 48 años cursó con lupus neuropsiquiátrico (depresión y cefalea muy intensa), líquido cefalorraquídeo (LCR) con proteinorrea y pleocitosis. Resonancia magnética: hiperintensidad periventricular y paquimeningitis. Nuevamente se le dio tratamiento con CF con mejoría parcial.

Conclusión: Paciente con manifestaciones de LES y afeción hematológica neuropsiquiátrica, entre las que destaca la vasculitis del SNC. Estas manifestaciones autoinmunitarias se consideran desencadenadas por sustancias oleosas que actúan como adyuvantes y son un ejemplo de ASIA.

C-1 / Co90

Enfermedad de Kikuchi Fujimoto, manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico

Díaz GY

Hospital General de Zona 1 A Venados, IMSS

Introducción: La enfermedad de Kikuchi Fujimoto descrita en 1972 corresponde a una linfadenitis histiocítica y necrosante de etiología desconocida con criterios clínicos poco claros, casi siempre de comportamiento benigno. La apoptosis celular juega un papel fisiopatogénico en la proliferación de los linfocitos T CD8. Se ha observado el desarrollo de enfermedades autoinmunitarias como el LES años después del inicio de la enfermedad.

Resultados: Femenino de 39 años de edad. Inicia en julio 2011 con aumento de volumen en cuello, asimétrico, afeción de lado derecho, doloroso, progresivo y síntomas B, con pérdida ponderal de 5 kg en seis meses, fiebre no cuantificada, acompañada de escalofrío, diaforesis profusa y fatigabilidad, además de cefalea universal, tipo pulsátil, de moderada intensidad. Se agregan poliartralgias migratorias. EF: SV TA, 100/60 mmHg; FC, 90; FR, 22; T, 36 °C, pálida, hiperdinámica, con úlceras orales, desprendimiento fácil de cabello, con adenopatía en cuello del lado derecho de 5 cm, ahulada, dolorosa, móvil, sin sinovitis ni edemas, no hepatoesplenomegalia. Estudios de laboratorio y gabinete: citometría hemática, leucocitos de 5 200 y 4 400, hemoglobina de 12.3 g/dl y 10 g/dl, plaquetas de 182 000 y 277 000, linfocitos de 1 600, neutrófilos de 59.7%; TGO, 49; TGP, 49; GGT, 78; DHL, 308; albumina, 3.4; urea, 26 mg/dl; creatinina, 0.6 mg/dl; examen general de orina sin alteración; urocultivo negativo, hemocultivo negativo.

Líquido cefalorraquídeo en agua de roca sin celularidad, citoquímico sin alteración. Panel viral con determinación de proteína C reactiva para los siguientes virus: parvovirus B19, Epstein-Barr HSV 1 y 2, CMV, HHV6, HHV7 y HHV8, VZV, HCV, negativos. Ag HBs y Ac Hbc, HCV3, AFP 5.2, CEA 2.0; amplificación de los ácidos nucleicos negativos. Tomografía computarizada de cuello con evidencia de nódulos en cuello y tórax con adenopatía localizada en lóbulo inferior izquierdo, múltiples adenopatías axilares de aspecto inflamatorio. Biopsia de ganglio cervical con hiperplasia paracortical con proliferación de células dendríticas plasmocitoides y macrófagos (CD68 y MPO), consistente con *linfadenitis de Kikuchi en fase proliferativa*. Reactantes de fase aguda: PCR positiva, factor reumatoide

negativo; inmunológicos: ANA positivo (1:360) con patrón nucleolar, y anti-DNA positivos. Recibió manejo a base de glucocorticoide a dosis medias, y cloroquina con adecuada respuesta clínica; actualmente asintomática sin evidencia de nódulos a ningún nivel.

Discusión y conclusión: Se describe un síndrome infiltrativo no neoplásico que semeja un linfoma, que no corresponde a una linfadenopatía reactiva, viral o infecciosa, o un síndrome fagocítico mononuclear. El reporte histopatológico e inmunohistoquímico es definitivo para el diagnóstico de esta entidad. La incidencia de la enfermedad de Kikuchi Fujimoto es muy baja. Sopena y colaboradores reportaron la frecuencia de manifestaciones autoinmunitarias en una serie de 20 casos con KFD (1990-2010), de los cuales cuatro se asociaron a LES; un caso a SAF; dos a vasculitis leucocitoclástica; y dos al síndrome de Sjögren primario. El tratamiento a base de inmunosupresores y antipalúdicos genera una excelente respuesta clínica, con un pronóstico bueno para la vida y la función.

C-2 / C091

Anticuerpos antifactor intrínseco en el lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso

Alonso-Martínez MD, Mejía-Loza S, Becerril-Mendoza LT, Barbosa-Cobos RE, Sepúlveda-Aldana D, Barrera-Rodríguez A, Vargas-Avilés AS

Hospital Juárez de México

Introducción: El factor intrínseco (FI) es una proteína que se une ávidamente a la vitamina B12 y promueve su transporte al íleon terminal para su absorción. La presencia de anticuerpos dirigidos contra FI (acps anti-FI) origina anemia macrocítica por déficit de vitamina B12 (cobalamina): anemia perniciosa (AP). La coexistencia de lupus eritematoso sistémico (LES) y AP es rara; sólo se han descrito 10 casos.

Reporte de caso: Paciente femenino de 30 años con antecedente de púrpura trombocitopénica idiopática y esplenectomía; diagnóstico de LES acorde a los criterios ACR. Inició tres meses antes de su ingreso con astenia, adinamia, cefalea, caída fácil de cabello, disnea progresiva de grandes hasta pequeños esfuerzos, palpitaciones, dolor torácico opresivo y artralgias en carpos, metacarpo-falángicas (MCF) e interfalángicas (IF) de manos. A la exploración física: palidez de tegumentos, adenomegalias cervicales, síndrome de derrame pleural bilateral, soplo mitral grados II/IV y dolor articular bilateral en carpos, MCF e IF de manos. Resultados de laboratorio relevantes: Hb, 3.9 g/dl; VCM, 114.6 fl; HCM, 39 pg; plaquetas, 517 000/mm³; linfocitos, 2 150/mm³; AST, 154 UI/L; DHL, 150 UI/L; prueba de Coombs negativa; ferritina, 209.43 ng/ml, niveles séricos de vitamina B12, 162 pg/ml; y folatos, 4.8 ng/ml. Se realizaron biopsia de médula ósea, la cual se describió como normocelular y estudio de citogenética que se reportó con cariotipo normal. El estudio endoscópico con toma de biopsia mostró: gastritis corporal no atrofica, inactiva, sin datos de infección por *Helicobacter pylori*. La determinación de anticuerpos anticélulas parietales por ELISA fue negativa y anti-FI por RIA positiva, con lo que se estableció el diagnóstico de AP. La paciente recibió tratamiento con dosis altas de glucocorticoides, hidrox-cloroquina a 200 mg /día y vitamina B 12 a 1 000 µg/día con respuesta satisfactoria.

Conclusiones: Ante el hallazgo de anemia macrocítica en LES, debe considerarse la determinación de cobalamina y de acps anti-FI, ya que LES y AP pueden coexistir. En estos casos, el tratamiento con vitamina B12 no es suficiente; es necesario el uso de glucocorticoides.

C-2 / C092

Linfoma angioinmunoblástico de células T y lupus eritematoso sistémico, diagnóstico diferencial

Sepúlveda-Aldana D, Vargas-Avilés AS, Barbosa-Cobos RE, Lugo-Zamudio GE, Alonso-Martínez MD, Barrera-Rodríguez A, Becerril-Mendoza LT

Hospital Juárez de México

Introducción: El linfoma angioinmunoblástico de células T se caracteriza por linfadenopatía generalizada, hepatoesplenomegalia, síntomas B, exantema, poliartritis, serositis y anemia hemolítica, entre otras manifestaciones. Se debe realizar diagnóstico diferencial con lupus eritematoso generalizado (LEG).

Reporte de caso: Paciente masculino de 29 años, cuadro clínico de tres meses de evolución caracterizado por ataque al estado general, pérdida ponderal de 18 kg, fiebre de 39°C, fotosensibilidad; artralgias y artritis simétrica de IFP, muñecas, codos y rodillas. Exploración física: caída fácil del cabello, eritema malar; adenomegalias superficiales de 2 cm; submaxilares, submentonianas e inguinales bilaterales y en hueco supraclavicular izquierdo; de consistencia renitente e indoloras; hepatomegalia de 4 cm, sin esplenomegalia; artritis en hombros, codos, carpos, 1ª MCF derecha, 1ª IFP derecha, 1-3ª IFP izquierdas, rodilla izquierda.

Estudios de laboratorio relevantes: Hb, 11.2 g/dl; VCM, 83 fl; CMHC, 29 pg; leucocitos 3 860/mm³, linfocitos 800/mm³, plaquetas 99 000/mm³, IgG 2 920 mg/dl, C3, 60.8 mg/dl; C4, 6.88 mg/dl; ANA, patrón moteado fino (1:5 120) y citoplásmico (1:5 120); acps anti-dsDNA, 32.6U; VIH, ELISA y perfil viral de hepatitis negativos; conteo absoluto de linfocitos T CD3, 496/µl; y CD4, 251/µl. TAC simple de cuello y toracoabdominal, adenomegalias cervicales e inguinales y hepatoesplenomegalia. Biopsia de ganglio cervical, hiperplasia folicular reactiva, proliferación difusa de inmunoblastos e incremento de linfocitos T citotóxicos; inmunohistoquímica: CD8 positivos; CD20, LM1, CD3 y ciclina D1 negativos.

Conclusiones: El linfoma angioinmunoblástico de células T y el LEG comparten características clínicas, por lo que es imperativo realizar diagnóstico diferencial entre ambos.

C-2 / C093

Leucoencefalopatía posterior reversible en el lupus eritematoso sistémico. A propósito de un caso y revisión de la literatura

Vásquez-Colón R, Tineo C, Then J, Gottschalk P, Loyo-de López E

Hospital José María Cabral y Báez, República Dominicana

Objetivos: Se describe compromiso neuropsiquiátrico en 25-90% de los casos en el lupus eritematoso sistémico (LES), representando un desafío para el diagnóstico y el tratamiento. En fecha reciente se ha descrito el síndrome de encefalopatía posterior reversible (SLPR) en el LES. Se presenta el caso de una paciente que desarrolló SLPR luego de iniciar tratamiento con glucocorticoides.

Métodos: Paciente femenina 26 años, inició padecimiento en 2009, con manifestaciones articulares, fotosensibilidad, úlceras orales, alopecia difusa, serositis pleural, hematológicas (anemia, linfopenia), renal (proteinuria, hematuria), hipocomplementemia grave y serología inmunitaria positiva, sin evidencia de compromiso neurológico alguno. Cumplía criterios ACR para LES, con escala de actividad Mex-SLEDAI en 16.

Recibe pulsos de metilprednisolona IV tres días; al segundo día desarrolla hipertensión arterial (que se corrigió de inmediato), alteraciones visuales, desorientación en tiempo, espacio y persona, labilidad emocional y finalmente crisis convulsivas generalizadas sin que existiera evidencia de infección o trastorno hidroelectrolítico alguno.

Las imágenes de resonancia magnética nuclear (1.5T) muestran lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR localizadas en sustancia blanca periventricular del centro semioval derecho y en ambos territorios occipitales posteriores,

sin edema o efecto de masa. Se decidió continuar terapia con antihipertensivos, hidrocortisona IV y posteriormente pulsos de ciclofosfamida IV. La RMN de encéfalo de control seis meses después muestra resolución de todas las lesiones descritas.

Resultados: El SLPR es una anomalía neurotóxica caracterizada por hallazgos clínicos y radiológicos, descrito por primera vez en 1996. Es obligada la exclusión de causas infecciosas, trastornos metabólicos, masas ocupativas y similares, lo cual razonablemente se cumplió en este paciente. No presentó ninguna complicación y desde el tercer mes postratamiento ya no presentaba déficit neurológico alguno.

Conclusiones: Permanecer alerta a este síndrome en el perfil de diagnóstico diferencial de pacientes con LES que presentan elevado índice de actividad clínica. Posiblemente cuadros de hipertensión aguda provoquen fallas del flujo sanguíneo en la barrera hematoencefálica con aumento de permeabilidad vascular y extravasación de elementos que contribuyan a la aparición del fenómeno.

C-2 / C094

Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y mielitis transversa (MT) en una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES): informe de un caso

Hernández-N E⁽¹⁾, Olan F⁽²⁾, Morales-R Z⁽²⁾

⁽¹⁾IMSS, Hospital General de Zona 46 Dr. Bartolomé Reynes Berezaluce, ⁽²⁾SSA, Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

Introducción: El LES en una enfermedad multisistémica asociada a producción de autoanticuerpos y depósito de complejos inmunitarios en cualquier órgano, causando una amplia variedad de datos clínicos. Las manifestaciones neuropsiquiátricas del LES son frecuentes, con una incidencia amplia de 14 a 75% y varían desde formas leves hasta manifestaciones graves. En 1999, el Colegio Americano de Reumatología (ACR) clasificó estas manifestaciones en 19 síndromes: 12 para el sistema nervioso central y siete para el sistema nervioso periférico.

Caso clínico: Mujer de 40 años con HAS y DM, antecedente de poliomielitis con secuelas estructurales y trombocitopenia en la infancia. Se refiere al servicio por caída y cuadriparesia. Al ingreso con arreflexia, cuadriparesia flácida sin alteración ventilatoria, pero nivel sensitivo cervical bajo y disfunción autonómica. Al interrogatorio niega antecedente de procesos infecciosos. Los estudios con linfopenia y plaquetopenia, EGO con proteinuria, K, Ca y enzimas musculares sin alteración, perfil tiroideo en valores, GAS con alcalosis respiratoria, panel viral (VIH, VHB, VHC) y VDRL negativos. Rx cervical sin alteración, TAC de cráneo normal, IRM cervicodorsal sin hematoma o tumor y lesión hiperintensa en T2 desde C2 hasta C5, LCR con pleiocitosis y EMG con ausencia de ondas F y lentificación en la velocidad de conducción.

Se reúnen criterios para SGB y MT. Se informa AAN, anti-Sm y anti-DNA (positivos) e hipocomplementemia. Se pulsa con mPDN, IgG IV, sesión de plasmaféresis y CFM. Se informa mejoría en la escala ASIA (0 en forma basal y 3 al egreso). Alta con prednisona, azatioprina y seguimiento en la consulta.

Discusión: La coexistencia de ambos síndromes neurológicos en pacientes con LES es rara; sólo existe informe de algunos casos en las publicaciones médicas. No hay un algoritmo o esquema de tratamiento específico para este tipo de pacientes; se han propuesto varios tratamientos con diferentes tasas de respuesta.

Conclusión: La expresión de nivel sensitivo, disfunción autonómica y alteraciones en IRM apoyan el diagnóstico de MT, además de que la cuadriparesia, arreflexia y cambios en EMG soportan el SGB. El antecedente de trombocitopenia, género y serología positiva permiten concluir en el LES asociado con la coexistencia de dos síndromes neurológicos que es una entidad poco frecuente.

C-2 / C095

Lupus eritematoso generalizado de inicio tardío (LEGit) con afección renal de difícil diagnóstico y tratamiento

Jaimes-Piñón T, DAHVO, Martínez-Martínez M, RIMVA, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: El LEG afecta predominantemente a mujeres jóvenes en edad reproductiva. El LEGit se presenta en mayores de 50 años y tiene características distintivas, como la menor relación de género femenino/masculino, menor puntaje SLEDAI, mayor afectación articular, mucocutánea, pleuropulmonar, anti-RNP, anti-Sm y factor reumatoide.

Se informa el caso de dos pacientes con LEGit que se presentaron con poliartritis simétrica y vasculitis asociada a ANCA MPO.

Caso 1: Hombre de 65 años con antecedente de tabaquismo, previamente sano; acudió por padecimiento de nueve meses de evolución caracterizado por pérdida ponderal del 30%, hipoacusia bilateral y dolor abdominal de instalación insidiosa exacerbada en los últimos dos meses, además de náusea, vómito y palidez. Por insuficiencia renal aguda y síndrome urémico requirió hemodiálisis, pero presentó insuficiencia respiratoria, hemoptisis e infiltrados pulmonares bilaterales sugerentes de hemorragia pulmonar masiva, por lo que recibió dosis altas de metilprednisolona y ciclofosfamida con mejoría progresiva; los anticuerpos antinucleares, anti-DNA y pANCA: positivos. Continuó con prednisona y azatioprina.

Cuatro semanas después presentó nuevamente ataque al estado general acompañado de úlceras indolentes en paladar, artritis simétrica, linfopenia, trombocitopenia y elevación progresiva de azoados que ameritó nuevamente hemodiálisis. Se realizó biopsia renal que mostró glomerulonefritis tipo IV con semilunas. El paciente egresó con prednisona y mofetilo de micofenolato con buena respuesta de la afección mucocutánea y articular, pero sin recuperación de la función renal.

Caso 2: Mujer de 62 años, con antecedente de AR diagnosticada dos años antes, bajo tratamiento irregular con metotrexato y prednisona. Acudió por padecimiento de tres meses de evolución caracterizado por astenia, adinamia, pérdida ponderal y poliartritis simétrica de articulaciones de manos y rodillas y, en los últimos días, púrpura vascular de miembros inferiores.

A la exploración sobresalió, además de la púrpura vascular, poliartritis simétrica, xerostomía y xeroftalmia; de los estudios de laboratorio, anemia, VSG elevada y proteinuria de 1.2 g/24 h, ANA positivo (1:1 000) homogéneo y periférico, complemento bajo, factor reumatoide positivo (168 UI) y anti-CCP mayor a 200; biopsia de piel característica de vasculitis leucocitoclástica.

Fue tratada con mofetilo de micofenolato y prednisona por su nefropatía lúpica ratificada por biopsia.

La presentación del LEG en edad avanzada es infrecuente, con curso de la enfermedad habitualmente de menor gravedad y más aún ante la asociación de artritis simétrica, datos de Sjögren y presencia de factor reumatoide, hechos que explican la consideración de diagnóstico diferente, más todavía si se acompaña de vasculitis con ANCA.

C-2 / C096

Niña de 12 años con lupus eritematoso generalizado (LEG) bajo tratamiento con metotrexato, prednisona, vitamina D y estatinas que se presenta por vértigo, crisis convulsivas, psicosis y miocarditis

Jaimes-Piñón T, Herrera-Van Oostdam DA, Martínez-Martínez M, Abud-Mendoza, Moreno-Valdez R, Cuevas-Orta E, Santillán Guerrero E

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: EL LEG pediátrico suele tener curso más grave, aunque la afección del sistema nervioso central es rara y la vasculitis de mediano calibre excepcional.

Caso clínico: Niña de 12 años, previamente sana a quien se realizó diagnóstico de LEG por cuadro de cuatro meses de dolor articular generalizado, cefalea holocraneana sin patrón característico, fiebre diaria de bajo grado, pérdida ponderal, eritema malar, caída de cabello, fotosensibilidad y lesiones violáceas en ambas palmas. Muestra alopecia en parches, pérdida parcial de cejas y acortamiento frontal del cabello, artritis de manos y lesiones hiperpigmentadas atróficas sugerentes de vasculitis en cara y palmas, con anemia, leucopenia/linfopenia, transaminasemia de cuatro veces el valor normal, ANA de 1:1 000 homogéneo y anti-DNA de 640. Recibió manejo con prednisona, metotrexato, vitamina D y estatina, con remisión de sus síntomas.

Tres días antes de su ingreso presentó vértigo, caída de su propia altura, movimientos tónico clónicos y paresia de hemicuerpo izquierdo; posteriormente se agregaron al cuadro alucinaciones auditivas y visuales junto con movimientos tónicos de hemicara izquierda; aunque en menor magnitud, continuaba con artritis simétrica de manos, lesiones hipercrómicas malares y alopecia, además de taquicardia persistente, sin soplos ni otras anomalías. Punción lumbar con: celularidad, 0; proteínas, 30 mg/dl; y glucosa, 70 mg/dl, coaglutinaciones negativas, BAAR, Gram y KOH negativos; el electroencefalograma evidenció zonas de actividad paroxística epileptógena frontal y temporal derechas. MRI en T1 con atrofia cortical notoria y difusa, zona hiperintensa parietal aislada y el FLAIR con permeación epidural; angio con múltiples vasos "arrosariados" y con dilataciones y estrecheces, además de cambios vasculopáticos, tanto en circulación anterior como posterior. Ecocardiograma transtorácico con FEVI disminuida, disfunción diastólica y zonas de hipocinesia. La paciente recibió dosis altas de metilprednisolona, ciclofosfamida y rituximab con remisión de su cuadro clínico.

La vasculitis del sistema nervioso central es muy rara, en este caso excepcional; resalta su presentación en una niña bajo tratamiento inmunomodulador, con vasculitis grave diseminada a todos los vasos cerebrales que contrasta con mínimas zonas de isquemia mediante MRI.

C-2 / C097

Pancreatitis e hipoacusia. Presentaciones inusuales del lupus eritematoso sistémico (LES) más síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF). A propósito de un caso

Flores-Lorenzo C⁽¹⁾, Muñoz-Monroy O⁽¹⁾, Vera-Pérez E⁽²⁾, Peña-Ayala A⁽²⁾, Espinosa R⁽²⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología, ⁽²⁾Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: El LES y el SAAF son enfermedades autoinmunitarias con manifestaciones variadas en diferentes órganos y sistemas. Se han encontrado en muchos casos coexistencia de éstas. Se ha documentado la pancreatitis autoinmunitaria asociada a LES, así como en SAAF, como sustratos patogénicos principalmente complejos inmunitarios o trombosis de arterias del páncreas en el caso de SAAF. Las manifestaciones neurológicas en LES y SAAF han sido variadas; el riesgo de trombosis a nivel del sistema nervioso central (SNC) se incrementa por la presencia de anticuerpos antifosfolípido. Se presenta el caso de un paciente con manifestaciones inusuales de LES y SAAF, con cuadro de pancreatitis autoinmunitaria y trombosis arterial cerebral, esta última condicionando hipoacusia neurosensorial.

Caso clínico: Varón de 53 años. Antecedentes de relevancia; padre fallecido por EVC, padeció HAS; madre viva, sufre HAS, hipotiroidismo, dislipidemia, valvulopatía no especificada, portadora de marcapaso definitivo,

hermana fallecida por CaCu, sobrina de 27 años con artritis reumatoide, tres sobrinos con asma, una hermana tuvo trombosis venosa profunda en 2009. Tabaquismo y etilismo positivo, ambos ocasionales, alérgico a sulfas y quinolonas. Padece hipotiroidismo diagnosticado en 2003, tratamiento con levotiroxina (100 µg/día), hipertensión arterial sistémica diagnosticado en 2008, tratamiento con losartán (75 mg/día), prazosina (1 mg tres veces al día), diabetes mellitus secundaria a pancreatitis diagnosticada en 2008, tratamiento con metformina (850 mg cada 12 horas), hiperuricemia diagnosticada en 2008, tratamiento con alopurinol (300 mg/día). Dislipidemia diagnosticada en 2008, tratamiento con pravastatina (10 mg/día), reflujo gastroesofágico diagnosticado en 2005, tratamiento con omeprazol. Apendicectomía a los 21 años de edad.

Evolución de padecimiento: inicia con una pancreatitis grave sin conocer etiología, hospitalizado en hospital de tercer nivel; durante el internamiento cursó con insuficiencia renal aguda, acidosis metabólica grave, intubado durante siete días; cursó neumonía nosocomial. Durante su hospitalización cursó con leucopenia, anemia moderada (9.3 g/dl), normocítica normocrómica, memoria para virus de Epstein-Barr (VEB). Se realizó frotis de sangre periférica y biopsia de hueso; hematología consideró que el paciente cursó con probable síndrome hemofagocítico.

Tuvo un cuadro de pérdida súbita de la agudeza auditiva en octubre de 2010, se catalogó como probablemente secundario a infección de vías respiratorias altas; se diagnosticó por ORL y otoneurología como hipoacusia neurosensorial sin etiología, se manejó con dexametasona transtimpánica y prednisona (60 mg/día), sin respuesta; presentó positividad a IgM para citomegalovirus (CMV), se trató con valganciclovir (450 mg cada 12 horas por 14 días) por aparente indicación de infección de infectología.

En diciembre de 2010, audiología y otoneurología establecen diagnóstico de hipoacusia bilateral súbita de etiología no determinada. La RM cerebral mostró zonas de encefalomalacia en F2 y F3; T3 y T4 del lado derecho, enfermedad de microvaso.

Diciembre de 2010, hospitalizado por síndrome febril, se documenta neumonía adquirida en la comunidad. En mayo 2011, una nueva RM cerebral mostró atrofia corticosubcortical, con cambios por microangiopatía, con lesión por pérdida de volumen encefálica de tipo isquémica frontal derecha.

En septiembre de 2011 reumatología encontró: cefalalgia de 10 años de evolución, hipoacusia bilateral. Tiene antecedente de artralgias en MCF, IFP, IFD, rodillas, tobillos. Artritis (-), rigidez articular matutina (RAM) (-), desde el 2008, caída de cabello (-), eritema malar (+), fotosensibilidad (-), xerostomía (-), xeroftalmía (-), úlceras bucales (+) dolorosas. A la exploración física: hipoacusia bilateral, úlceras bucales a nivel sublingual, de bordes irregulares, eritematosos, dolorosas, sin secreción, sin xerostomía ni xeroftalmía, sin eritema malar, caída de cabello fácil ni artritis.

Exámenes de laboratorio: Anticuerpos antinucleares (AAN) con patrón homogéneo, 1:1 000 (< 1:100); anti-DNAc, 399.4 UI/ml (< 100); anticardiolipina (aCL) IgM, 209 UMPL y 255 UMPL (< 20); Beta 2 glucoproteína 1 (β2GPI) IgM, 3 350 U/ml (< 8); anticoagulante lúpico (AL), 1.69 (< 1.2).

Discusión: La hipoacusia neurosensorial y la pancreatitis descritas se han reportado como manifestaciones inusuales en SAAF y LES. El mecanismo patogénico de la hipoacusia se ha relacionado con la presencia de complejos inmunitarios y eventos trombóticos en cóclea, trayecto del nervio auditivo y núcleo del nervio auditivo. En la pancreatitis, el mecanismo patogénico es la vasculitis, seguida de necrosis isquémica, activación del complemento, complejos inmunitarios, trombosis (asociado más a SAAF) de las arterias del páncreas.

El síndrome hemofagocítico, una presentación inusual en enfermedades autoinmunitarias como LES o SAAF, se caracteriza por pancitopenia, activación de macrófagos; el mecanismo patogénico es una disregulación linfocitos-macrófagos con liberación de mediadores de la inflamación y presencia de complejos inmunitarios.

Conclusión: Se presenta un caso de hipoacusia neurosensorial y pancreatitis, como manifestaciones inusuales de LES más SAAF que, a lo largo de la evolución clínica, no ha tenido otros datos de actividad de la enfermedad (sólo manifestaciones trombóticas en SNC y pancreatitis).

C-2 / C098

Presentación del síndrome de Lom (caquexia lúpica) y manifestaciones neuropsiquiátricas en joven con lupus eritematoso generalizado (LEG) a pesar del tratamientoHernández-N E⁽¹⁾, Abud-M C⁽²⁾⁽¹⁾IMSS, HGZ 46, Dr. Bartolomé Reynes Berezaluze, ⁽²⁾SSA, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

Introducción: El síndrome de Lom es el epónimo de la asociación de lupus eritematoso generalizado (LEG) y malnutrición proteocalórica (caquexia reumatológica) con títulos altos de autoanticuerpos; puede representar un reto de diagnóstico con hipertiroidismo, anorexia nerviosa y padecimientos malignos. Se presenta el caso clínico de paciente que inicia con datos de proceso linfoproliferativo y que a pesar de tratamiento desarrolla caquexia lúpica y manifestaciones neuropsiquiátricas, sin respuesta a tratamiento con esteroides y ciclofosfamida

Caso clínico: Mujer de 22 años que ingresa por fiebre, diaforesis profusa, pérdida de peso y adenopatía generalizada, con antecedente de hermana con nefritis lúpica. A la exploración física con alopecia difusa y acortamiento frontal, adenopatía cervical bilateral, neurológico *ad integrum*, dolor y flogosis poliarticular. Los paraclínicos con ácido úrico de 12.4 mg/dl, factor reumatoide de 20.3 UI/ml, hemoglobina de 7.6 g/dl (normo-normo) y eritrosedimentación de 90 mm/h. Biopsia ganglionar sin evidencia de enfermedad monoclonal, VIH y VDRL negativos. AAN por HEp-2 con patrón homogéneo a títulos altos, anti-DNA de doble cadena (443 UI/ml), anti-Sm y Coombs directo (+).

Ante su diagnóstico de LEG se manejó con esteroides (dosis bajas), azatioprina y antipalúdicos con buena respuesta. Después de seis meses acudió a consulta con sarcopenia, pérdida ponderal mayor del 10%, hipoalbuminemia, linfopenia y anemia grave, con alucinaciones visuales y auditivas, bradilalia, bradipsiquia y marcha atáxica. La punción lumbar con anti-P-ribosomal (positivo) y RMI que evidencia leucoencefalopatía con degeneración walleriana secundaria y pérdida de volumen cortical. Se administran dosis altas de metilprednisolona y ciclofosfamida mensual (dosis acumulada de 4 g) con mala respuesta al tratamiento. Se indica rituximab ante la pobre respuesta.

Discusión: El LEG es aún un reto diagnóstico; esta paciente inicia con cuadro clínico sugerente de proceso linfoproliferativo y alteración de marcadores tumorales inespecíficos y de seudolisis tumoral (fosfatasa alcalina, hiperuricemia). Con clínicos de LEG, ratificado por estudios de laboratorio. Aunque inicialmente con buena respuesta al tratamiento, se presenta nuevamente con anemia grave, hipoalbuminemia, linfopenia, pérdida ponderal mayor del 10%. A pesar de tratamiento presenta caquexia lúpica y se la considera portadora de síndrome de Lom, con interés adicional de tener manifestaciones neuropsiquiátricas graves con marcador característico. Destacó adicionalmente la refractariedad al tratamiento adecuado ("intenso"), ante lo que se escaló a terapia agotadora de linfocitos B.

Conclusión: En *Ann Rheum Dis 2010* se describen las recomendaciones para LESNP; además, Barile justificó en 2006 el uso de CFM en estos pacientes. Existe escasa información en las publicaciones sobre la asociación entre LES y malnutrición proteocalórica; más aún, las manifestaciones neuropsiquiátricas en estos pacientes no se ha informado. A pesar del avance en el conocimiento y publicaciones sobre recomendaciones para el manejo en LES, el pronóstico de un evento neuropsiquiátrico es difícil de determinar.

C-2 / C099

Lupus en hombres. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Holguín-Dorador I, Becerril-Hernández J, Hoyos-Torres A

ISSSTEP

Objetivo: Presentar el caso de un varón con lupus eritematoso sistémico y hacer una revisión de las publicaciones.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria en la que se produce una "sobreexpresión" de autoanticuerpos que afectan directamente a los diversos tejidos, órganos y sistemas del cuerpo. Está bien demostrado que el género juega un papel importante para el desarrollo de ciertas enfermedades autoinmunitarias, aunque todavía la razón específica no sea clara. El LES se considera de presentación más común en mujeres, en una proporción de 10:1, por lo que se relaciona con anomalías en el metabolismo hormonal; asimismo, se considera que puede tener peor pronóstico en hombres y la muerte se vincula directamente con la enfermedad. Es importante hacer descripciones como éstas para tener más clara la presentación clínica, serológica y evolución esperada en los enfermos varones.

Presentación del caso: Paciente masculino de 21 años de edad, que inicia su padecimiento actual; cuatro años antes de su diagnóstico inició con cuadros de fiebre intermitente, sin predominio de horario, hasta 38.5°, siempre relacionada con un proceso infeccioso; sin embargo, el paciente presenta 18 meses después en forma repentina exantema, eritema malar, lesiones vasculares en dedos, glomerulonefritis, transaminasemia y se decide su hospitalización para estudio. Se concluyó LES con base en el cuadro clínico y hallazgos serológicos (anticuerpos antinucleares positivos, anti-SSA (ro), anti-SSB (la), así como falsos positivos para VDRL, con prueba confirmatoria para sífilis negativa y anticuerpos anticardiolipina positiva.

Además, una biopsia de piel describe vasculitis leucocitoclástica. Recibió tratamiento a base de esteroides, antipalúdicos y después de seis meses sin respuesta recibe ciclofosfamida y rituximab; aunque su respuesta al tratamiento fue relativamente mala al inicio, después de un año respondió y su mejoría se ha sostenido. Se encuentra inactivo y ya sin esteroides; su evolución hasta ahora es favorable y sin afección permanente a órganos blancos. Se revisan las publicaciones y se presentan cuadros con características específicas para los varones con LES, con la finalidad de alertar al médico de primer contacto y referir en forma más rápida a los pacientes, evitando así complicaciones irreversibles.

C-2 / C100

Síndrome hemorrágico secundario a hipoprotrombinemia como manifestación inicial del lupus eritematoso sistémico

Ruiz-López IK

Hospital General de México, O.D.

Caso clínico: Varón de 15 años de edad quien inicia su padecimiento dos meses antes de su ingreso con dermatosis generalizada caracterizada por lesiones máculo-pápulo-eritematosas y pruriginosas que sangraban al contacto, además de lesiones en boca con costras hemáticas sangrantes y gingivorragia; posteriormente se agrega artralgias con limitación de rodillas y tobillos referido del Hospital de Puebla con sospecha diagnóstica de hemofilia.

A su ingreso, fiebre, epistaxis, gingivorragia y lesiones cutáneas con sangrado en capa. Por laboratorio, anemia con Hb de 8.1, la cual descendió hasta 5.1 durante su estancia; leucocitos de 2 600, neutrófilos de 1 300, linfocitos de 1 100, plaquetas de 146 mil, con prolongación de TP y TTP, por lo que se inicia manejo con plasma fresco congelado cada 12 h sin remisión del cuadro hemorrágico. Factores de coagulación con FII, 0.5%; FV, 92%; y FVII, 50%. El protocolo de estudio incluyó: Epstein-Barr, mielocultivo, rosa de Bengala, PPD, gota gruesa, TORCH, perfil de hepatitis, reacciones febriles, así como cultivos, todos negativos; TAC toraco-abdomino-pélvica sin evidencia de masas ni ganglios; aspirado de medula ósea sin evidencia de padecimiento hematológico.

A los nueve días de estancia intrahospitalaria se agrega hipertensión arterial. Es valorado por reumatología, evidenciando leucocitopenia en más de dos determinaciones, además de trombocitopenia, poliartritis, proteinuria mayor de 500 mg/24 h, solicitando estudios inmunológicos y reportándose: hipocomplementemia de C3 y C4, anticoagulante lúpico positivo, ACL IgG positivas, ANA positivo de 1:640 con patrón moteado, anti-Smith positivo, anti-DNA positivo, cumpliendo criterios para lupus eritematoso sistémico, además de síndrome de anticoagulante-hipoprotrombinemia relacionado con LES y anticuerpos no neutralizantes contra protrombina.

Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona remitiendo el cuadro hemorrágico, así como la fiebre y las lesiones mucocutáneas. Actualmente con dosis bajas de prednisona, hidroxicloquina, ácido acetilsalicílico y pulsos de ciclofosfamida por la afección renal.

C-2 / C101

Pancreatitis aguda como primera manifestación de lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso

Méndez-Chávez M, Lamuño-Encorrada M, Esquina-García M

Hospital General Zona Norte de Puebla

Introducción: El compromiso pancreático en los pacientes con LES tiene una frecuencia de 3.8%. Ante un cuadro doloroso abdominal agudo en pacientes con LES, debe considerarse el diagnóstico de pancreatitis aguda.

Caso clínico: Mujer de 18 años, que ingresa al servicio de urgencias por dolor abdominal a nivel de epigastrio, de gran intensidad, así como náusea y vómito, con intolerancia a la vía oral de cinco días de evolución, fiebre. La exploración física mostró desprendimiento de cabello, úlceras orales con costras serohemáticas, derrame pleural bilateral, datos de abdomen agudo, lesiones vasculíticas en pabellones auriculares, tronco y extremidades. Análisis: Ami 1 801, Lip 12 379, AST 750, ALT 164, Alb 1.7, ANA y anti-DNA positivo, AL y aCL negativo. Ultrasonido: aumento de tamaño de glándula pancreática, líquido libre en cavidad abdominal. TAC: pancreatitis, Baltazar B. Se iniciaron bolos de 1 g de metilprednisolona y ciclofosfamida.

Al segundo día presenta dificultad respiratoria y descenso de 3 g/dl de Hb y la Rx de tórax es consistente con hemorragia alveolar, requiriendo apoyo mecánico ventilatorio; por neumonía nosocomial se realizó traqueostomía por intubación prolongada. Con evolución favorable, la paciente mostró resolución de la pancreatitis, hemorragia alveolar y vasculitis.

Conclusión: La pancreatitis asociada a LES se debe descartar en los pacientes con LES que se presentan con dolor abdominal y datos de actividad en otros sistemas y que en ocasiones constituye la forma de presentación de LES.

C-2 / C102

Pancreatitis necrótico-hemorrágica y trombosis mesentérica en lupus eritematoso generalizado

Sánchez-Huerta JM, Powell-Moreno J, Villegas-Madrid E, Castillo-Cerdiff Y

Hospital Regional ISSSTE, Puebla

Introducción: La presencia de pancreatitis aguda en el lupus eritematoso generalizado no es común (3-8%) y es rara como manifestación inicial. Es más frecuente en mujeres jóvenes y se ha relacionado con la actividad del padecimiento. Cuando se conjunta con trombosis mesentérica su pronóstico es fatal.

Caso clínico: Mujer de 27 años de edad. Originaria y residente de Tlaxcala. Licenciada en administración. Alérgica a amoxicilina, sulfas y claritromicina. Lupus eritematoso generalizado desde hace ocho meses.

Padecimiento actual. Inicia el 14 de abril del 2012 con malestar general, dolor abdominal intenso, localizado a mesogastrio, con irradiación en hemicinturón que aumenta con la movilización, acompañado de náusea y vómito de contenido gástrico; es valorada por facultativo externo, sin especificar tratamiento. Con hiperamilasemia y lipasa de 3 376, panel viral a hepatitis B y C negativos, con incremento de síntomas, por lo que es enviada a este hospital. A su ingreso con acidosis metabólica y función renal deteriorada, por lo que requiere atención del servicio de terapia intensiva.

En su estancia con evolución tórpida, inestabilidad hemodinámica, renal, metabólica y pulmonar, requiriendo intubación endotraqueal. Su presión intraabdominal fue de 28 cmH₂O, por lo que requirió laparotomía exploradora el 4 de mayo del 2012, con hallazgos de pancreatitis necrótico-hemorrágica, necrosis del colon transversal, descendente y sigmoideos, trombosis de la arteria mesentérica inferior y sangrado de 2 800 cm³ en el transoperatorio. Reingresa a la terapia intensiva en malas condiciones, con falla orgánica múltiple y se continúan las medidas de soporte vital, a pesar de lo cual fallece el 6 de mayo del 2012.

C-2 / C103

Evaluación de la respuesta inmunitaria humoral y actividad inflamatoria posterior a la vacunación de influenza A y B en pacientes con artritis reumatoide establecida. Estudio de cohorte

Fernández-Pérez M, Galarza-Delgado DA, Torres-López E, Vega-Morales D, Flores-Alvarado DE, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: En la primavera del 2009, el virus de influenza A H1N1 se extendió rápidamente en todo el mundo, provocando la muerte en 16 836 personas por complicaciones de la enfermedad; la mayoría de los pacientes graves se relacionó con condiciones médicas subyacentes, entre ellos pacientes con enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Evaluar la respuesta inmunitaria humoral por seroconversión y actividad inflamatoria posinmunización con la vacuna contra el virus de la influenza A y B estacional en pacientes con artritis reumatoide establecida.

Métodos: Se incluyó a 21 pacientes con artritis reumatoide establecida bajo los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1987 y 14 pacientes como grupo control; ambos grupos fueron evaluados cuatro semanas después de la vacunación de influenza estacional 2010-2011 Caledonia/20/99/AH1N1, A/Panamá/2007/99(H3N2) y B/Victoria 504/2000 (Fluzone®), el índice de actividad por DAS 28 y títulos de anticuerpos contra la vacuna. Se determinó el estado de seroprotección, seroconversión y factor de seroconversión por el método de ELISA indirecto semicuantitativo. Cada semana se evaluaron por vía telefónica los efectos secundarios posvacunación.

Resultados: El estado de seroprotección en el grupo de AR fue de 28.6% vs. 57.1% del grupo control ($p = 0.91$; OR, 0.3; IC 95%); el estado de seroconversión fue de 90.5% en el grupo de AR vs. 100% en el grupo control ($p = 0.234$; OR = 0.9; IC 95%); el factor de seroconversión fue de 1.6 en el grupo AR vs. 3.1 en grupo control ($p = 0.089$). La media del DAS 28 fue de 2.4 basal a 2.8 posvacunación ($p = 0.167$). En aquellos pacientes en los que la seroconversión fue positiva, la mediana del DAS 28 a las cuatro semanas posvacunación fue de 2.5 en comparación con los pacientes no seroconvertidos cuya mediana del DAS 28 fue de 2.1 ($p = 0.114$). Los pacientes con seroprotección obtuvieron una mediana del DAS 28 a las cuatro semanas posvacunación de 2.7, en comparación con los pacientes no seroprotectidos en quienes la mediana del DAS 28 fue de 2.5 ($p = 0.519$). Sólo en la primera semana posvacunación se presentaron efectos secundarios; el

dolor en el sitio de inyección y la fiebre fueron mayores en el grupo control que en el grupo de AR ($p = 0.0001$ y $p = 0.003$), respectivamente.

Conclusión: Los pacientes con artritis reumatoide tienen una respuesta inmunitaria humoral reducida contra la vacuna de influenza. El índice de actividad de la enfermedad o reactivación no se presentó posterior a la vacunación.

C-2 / C104

Placa carotídea en pacientes mexicanos con lupus eritematoso sistémico

Colunga-Pedraza IJ, Galarza-Delgado DA, Góngora-Rivera F, Vega-Morales D, Segarra-Linares SL, Carrillo-Palacios RA, Sánchez-Núñez AL, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La aterosclerosis acelerada se ha reportado en pacientes con LES, sin poder hasta el momento explicarla un sólo factor. Los factores de riesgo cardiovascular tradicionales no han logrado, *per se*, explicar este proceso.

Objetivos: Determinar la presencia de placa/engrosamiento carotídeos en pacientes mexicanos con LES y compararla con una población sana.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional, entre dos grupos (pacientes con LES y voluntarios sanos, pareados por género y edad \pm dos años) Se midieron factores de riesgo cardiovascular. Se realizó ultrasonido carotídeo. Aprobado por Comité de Ética (MI-09- 007). Con SPSS v17; se realizó análisis descriptivo de variables demográficas y clínicas, con medidas de tendencia central y dispersión. Para contraste de variables binominales, χ^2 o prueba exacta de Fisher, con tablas de contingencia de 2 x 2; para variables no paramétricas, prueba de U de Mann Whitney; tomando como significativo, $p < 0.05$.

Resultados: 69 pacientes con LES y 69 voluntarios sin enfermedad autoinmunitaria conocida. Las principales características demográficas: 95.7% ($n = 66$) mujeres, en cada grupo. Media de edad, 30 años (límite intercuartil, 14), en ambos grupos, HTA en dos sujetos de cada grupo y DM 2, un sujeto de cada grupo. Posmenopausia: cinco pacientes con LES y uno del grupo de individuos sanos. Escala de Framingham: media de 1.63 \pm 1.48 (LES) y 1.43 \pm 0.997 (voluntarios sanos). IMC media de 25.96 \pm 5.93 kg/m² (LES) y 26.72 \pm 4.36 kg/m² (voluntarios sanos); ninguno con relevancia estadística. Los hallazgos analíticos significativos, entre ambos grupos, se detallan en la **Tabla 1**. Se encontró engrosamiento/placa en el 46.37% de los pacientes y sólo 8.69% en los voluntarios. Los resultados del Ultrasonido carotídeo, se describen en la **Tabla 2**.

Conclusión: Se observó una prevalencia del 46.37% de placa carotídea en los pacientes con LES contra el 8.69% en los voluntarios sanos. Se encontró un factor de división de cohorte para posteriores estudios longitudinales.

Tabla 1. Hallazgos analíticos estadísticamente significativos entre ambos grupos.

Parámetro	Lupus	Voluntarios	p
VSG (mm/hr) Media \pm DE	25.0 \pm 15.75	18.79 \pm 9.67	0.006
Colesterol Total (mg/dL) Media \pm DE	156.13 \pm 36.45	169.4 \pm 33.7	0.028
LDL (mg/dL) Media \pm DE	85.27 \pm 31.89	97.57 \pm 30.85	0.023
Glucosa (mg/dL) Mediana (RI)	75 (12.0)	81.0 (11.0)	< 0.001
Creatinina(mg/dL) Mediana (RI)	0.64(0.2)	0.59 (0.14)	0.045
PCR positiva n (%)	34 (49.3)	2 (2.9%)	< 0.001

Tabla 2. Resultados de Ultrasonido carotídeo.

Parámetro	Lupus	Sanos	p
Placa ACCD n	2	1	1.000
Engrosamiento ACID n	8	1	0.033
Placa ACID n	2	1	1.000
Placa ACCI n	2	1	1.000
Engrosamiento ACII n	11	1	0.004
Placa ACII n	7	1	0.062

C-2 / C105

Grosor íntima-media carotídeo en pacientes mexicanos con lupus eritematoso sistémico

Colunga-Pedraza IJ, Galarza-Delgado DA, Góngora-Rivera F, Vega-Morales D, Garza-Elizondo MA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: El grosor íntima-media carotídeo (GIM) es un marcador de aterosclerosis sistémica y se correlaciona con el grado de aterosclerosis aórtica, de miembros inferiores y coronaria. En pacientes con LES se ha observado aterosclerosis acelerada, siendo actualmente la principal causa de morbimortalidad en esta población.

Objetivo: Conocer el perfil clínico-epidemiológico de los pacientes con LES con engrosamiento de la íntima-media carotídeo.

Material y métodos: Estudio descriptivo y observacional. Se realizó ultrasonido carotídeo, obteniendo la medición del GIM carotídeo. Se determinó un valor de GIM por encima del percentil 75 de la población de referencia pareada con la población de estudio, como patológico e indicativo de aterosclerosis subclínica. Se obtuvo como medida del percentil 75: 0.571, para la población sin LES. Se dividió a los pacientes con LES con un GIM mayor del percentil 75 y aquellos que no y se analizaron las características clínicas y demográficas.

Resultados: Se reclutó a 69 pacientes con LES, de los cuales 95.7% ($n = 66$) correspondía a mujeres, con una mediana de edad de 30 años (límite intercuartil de 14), un promedio de IMC de 25.96 \pm 5.93 kg/m². Se documentó la presencia de HTA en dos sujetos y de DMT2 en uno. Presentaban menopausia cinco pacientes. La media de la escala de Framingham fue de 1.63 \pm 1.48. Catorce pacientes superaron el percentil 75, por lo que se clasificaron con engrosamiento carotídeo. Posteriormente se compararon las variables en ambos grupos. En el análisis univariado se halló relevancia estadística para la media del nivel de colesterol total, colesterol LDL, presencia de menopausia y uso de AINE. En el resto de las variables clínicas y demográficas no hubo asociación.

Conclusión: La presencia de factores de riesgo cardiovascular tradicionales se relaciona con la presencia de engrosamiento de la íntima-media carotídeo en los pacientes con LES.

C-2 / C106

Síndrome de superposición: RHUPUS y síndrome antifosfolípidos. Reporte de un caso

Hernández-Eraza I, Zapata-Bonilla S, Pineda-Mestas A, Rodríguez-Henríquez P

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: Se presenta el caso de una mujer de 27 años con antecedente de artritis reumatoide FR y anti-CCP positiva diagnosticada a los 16 años en tratamiento con hidroxicloroquina y sulfasalazina. Acudió a consulta por presentar hematuria macroscópica, epistaxis y gingivorragia. Se sumaron al padecimiento lesiones petequiales en miembros pélvicos primero y después en torácicos; dichas lesiones no eran palpables y no desaparecían con la digitopresión; este cuadro se acompañó de una exacerbación de inflamación articular. A la inspección destacaban palidez mucocutánea, petequias en abdomen y miembros pélvicos. A la exploración física se encontró inflamación en metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales de manera bilateral.

En estudios séricos destacaban trombocitopenia, 2 000; Hb, 11.5 g/dl; Hto, 34.3%; INR, 0.96; TP, 13.9 seg; TPT, 43 seg; VSG, 94 mm/min; C3, 133.3; C4, 13.1; BUN, 15 mg/dl; creatinina, 0.5 mg/dl; el resto de química sanguínea sin alteraciones. Perfil tiroideo, examen general de orina y pruebas de función hepática normales. El perfil para hepatitis viral y ELISA para VIH fueron negativos. Se realizó endoscopia digestiva superior, la cual mostró gastropatía no erosiva y esofagitis A de Los Ángeles. Se solicitó perfil de anticuerpos y se identificaron anticuerpos antinucleares 1:5 120, patrón nuclear homogéneo; anti-DNAc positivo; anti-Sm, 2.8 u/ml; anti-Sm/RNP, 146.1 U/ml; anti-β-2 glucoproteína 1 IgG, 0.7 U/ml; anti-β-2 glucoproteína 1 IgM, 14.4 U/ml; anticardiolipina IgG, 41.2 U/ml; e IgM, 47.1 U/ml. Se administró metilprednisolona (1 g al día por tres dosis) y traslape a prednisona subsecuente a 1 mg/kg/día con resolución de la trombocitopenia y lesiones cutáneas.

Discusión: Los síndromes de superposición se han descrito en las publicaciones internacionales, particularmente en enfermedades del tejido conjuntivo. Una de las asociaciones más frecuentes es la de artritis reumatoide con lupus eritematoso sistémico (Rhus). La coexistencia del Rhus con manifestaciones no trombóticas del síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, como trombocitopenia grave, es rara y podría clasificarse dentro de los síndromes de autoinmunidad múltiple.

C-2 / C107

Intoxicación ocular y cardíaca por cloroquina en paciente tratada por artritis reumatoide. Reporte de un caso

Miguelena-Muro D, Díaz-Ceballos M

Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, ISSSTE

Introducción: La AR es una enfermedad articular crónica inflamatoria autoinmunitaria de etiología desconocida; el tratamiento inicial incluye la cloroquina, que se une ávidamente al tejido corneal. Los antipalúdicos son generalmente bien tolerados con mínimos efectos secundarios. Reacciones adversas como la maculopatía ocurren raramente. Más raro aún es que la lesión retiniana progrese después de que el medicamento ha sido retirado, llegando a la ceguera por el desarrollo de retinopatía. Otros efectos secundarios incluyen la miocardiopatía, bloqueo AV completo, miocardiopatía hipertrófica.

Caso clínico: Mujer de 38 años, analfabeta, con discapacidad intelectual. Diagnóstico de AR CFII en 2004, tratada por tres años con prednisona (5 mg/día), diferentes tipos de AINE, metotrexato (15 mg/semana) y cloroquina (250 mg/día). Se envió a oftalmología para descartar maculopatía secundaria a cloroquina. A la EF relevante se encontró pulso arrítmico. La exploración oftalmológica inicial: agudeza visual ambos ojos: cuenta dedos a 1.5 metros. No mejora con estenopecico. Biomicroscopia: ambos ojos: córnea verticilata, tejido fibrovascular nasal no invasor. Tiempo de rotura de película lagrimal > 15 segundos en ambos ojos. La valoración de cardiología refiere BIRHH. Dos meses después de la suspensión de la cloroquina no se encontraron datos de depósitos de cristales en la córnea. Nueve meses después de ser valorada por primera vez por cardiología, el ECG mostró fibrilación auricular y se inició tratamiento con isosorbida y ASA; dos meses después presentó síncope, detectándose BAV de grado I que

progresó hasta BAV completo en menos de un mes y se colocó marcapaso definitivo. Actualmente cardiológicamente estable; oftalmológicamente con opacidades subcapsulares posteriores discretas, manteniéndose en vigilancia.

Comentario: La cloroquina e hidroxicloroquina se consideran seguros y bien tolerados. La retinotoxicidad ha recibido más atención. Los depósitos corneales son más comunes y reversibles. Las publicaciones sugieren que por cada millón de individuos que usan cloroquina, sólo 20 desarrollan toxicidad largo tiempo después. La incidencia de toxicidad es mayor con dosis altas y periodos largos de uso. Recientemente, la incidencia de esta patología es menor debido a la reducción de la dosis de la droga, así como una duración más corta del tratamiento y la sustitución de la cloroquina por la hidroxicloroquina. Los mecanismos por los que se produce la retinopatía tóxica no son bien conocidos. En el caso de la cloroquina parece que el factor de riesgo más importante es la dosis acumulada. La toxicidad pudiera ocurrir entre los dos y cuatro años postratamiento.

C-2 / C108

Polimorfismo rs352140 (G2848A) del gen de TLR9 en pacientes con miopatías inflamatorias

Martínez-García EA⁽¹⁾, Martín-Márquez BT⁽²⁾, Petri MH⁽²⁾, Munguía-Lares CA⁽¹⁾, Jasso-García HR⁽¹⁾, Vázquez-Jáuregui AI⁽¹⁾, Arreola-Ramírez GA⁽²⁾, Corona-Sánchez EG⁽²⁾, Vázquez-Del Mercado M⁽³⁾

⁽¹⁾Escuela de Medicina, Universidad del Valle de México, Campus Zapopan, Jalisco, México, ⁽²⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México, ⁽³⁾Coordinación de Posgrado, IIRSME, CUCS, Universidad de Guadalajara, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: Las miopatías inflamatorias (MI), como la dermatomiositis (DM) y polimiositis (PM), constituyen un grupo de enfermedades musculares caracterizadas por debilidad muscular crónica e inflamación de origen autoinmunitario. La detección de autoanticuerpos en MI se usa como diagnóstico diferencial de otras miopatías no autoinmunitarias; éstos se encuentran presentes aproximadamente en el 70% de los pacientes con DM y 20% en PM. Existe evidencia de que la señalización a través de TLR9 e IgM en células B interviene en la producción de autoanticuerpos. Por otro lado, se ha demostrado que TLR9 contribuye a la producción de autoanticuerpos en el síndrome tipo lupus eritematoso generalizado en ratones. Sin embargo, se ha reportado que TLR9 protege contra este síndrome, sustentado por modelos murinos deficientes a TLR9, los cuales presentan una actividad supresora deficiente de células T reguladoras. Un estudio con biopsias de músculo de pacientes con DM y PM mostró expresiones elevadas de TLR2, 4 y 9, y concluyó que los patrones de expresión fueron consistentes con la fisiopatología de la enfermedad. Se ha sugerido que el gen de TLR9 es una de las regiones de susceptibilidad para enfermedades autoinmunitarias. Específicamente, el polimorfismo rs352140 (G2848A) localizado en el exón 2 del gen de TLR9 se ha asociado con lupus eritematoso generalizado en población china. Hasta el momento no existen estudios sobre la posible asociación de este polimorfismo con MI.

Objetivo: Analizar la posible asociación del polimorfismo rs352140 (G2848A) del gen de TLR9 en pacientes con miopatías inflamatorias (DM y PM).

Material y métodos: Se analizó a 43 pacientes, 32 con DM y 11 con PM, así como 86 sujetos sanos; se extrajo una muestra de sangre para la obtención de DNA genómico. La genotipificación se realizó con la técnica de PCR-RFLP para el polimorfismo de estudio. El producto de PCR fue de 177 pb, el cual se sometió a digestión con la enzima BstUI con una incubación a 60°C por 16 horas. Para el genotipo GG, el patrón de bandas correspondió a 135 y 42 pb, el genotipo GA 177, 135 y 42 pb y el genotipo AA 177 pb. Los datos obtenidos se analizaron mediante pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Resultados: Las proporciones de los genotipos GG, GA y AA tuvieron los siguientes porcentajes: 11.62%, 58.13% y 30.23% en pacientes comparados con los sujetos sanos, 16.27%, 53.48% y 30.23%, respectivamente. Al realizar el análisis estadístico no se encontraron diferencias significativas en las frecuencias genotípicas y alélicas entre los grupos de estudio.

Conclusiones: El polimorfismo rs352140 (G2848A) del gen de *TLR9* no se relaciona con miopatías inflamatorias en esta población de estudio.

C-2 / C109

Rabdomiólisis asociada a intoxicación por cobre. A propósito de un caso

García-Morales H⁽¹⁾, Prieto-Parra RE⁽¹⁾, Alcaraz-López MF⁽²⁾, Álvarez-Álvarez ME⁽³⁾, De la Madrid-Agraz V⁽⁴⁾, Ricárdez-Puente H⁽⁵⁾, Velasco-Gutiérrez A⁽⁶⁾

^(1,4)Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, ⁽²⁾Hospital General de Zona No 14 IMSS, ⁽³⁾Laboratorio de Salud en el Trabajo. Delegación Jalisco, ⁽⁵⁾Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional IMSS⁽⁶⁾

Introducción: La intoxicación por cobre presenta diversas manifestaciones como náusea, vómitos, dolor abdominal, diarrea, anemia hemolítica, alteraciones hepáticas con necrosis centrolobulillar y estasis biliar, renales con oliguria o anuria por necrosis tubular aguda, rabdomiólisis, convulsiones o coma.

Objetivo: Reportar el caso de una paciente que presentó rabdomiólisis asociada a ingesta de cobre en suplemento alimenticio contaminado.

Resumen: Mujer de 55 años, con diagnóstico de cirrosis hepática desde hace 28 años secundaria a VHC genotipo I, en Child Pugh B y con hipertensión portal grado IV. Recibió tratamiento con interferón y ribavirina 10 años antes con recaída, por lo cual se suspendió y sólo recibía tratamiento de sostén. Ingreso al hospital con un cuadro de cinco días de evolución con ataque al estado general, debilidad muscular generalizada rápidamente progresiva además de somnolencia, cambios en el ciclo sueño-vigilia y desorientación, así como orina marrón. Exploración física con encefalopatía hepática de grado III, con oxígeno suplementario por mascarilla, orina cromiúrica y oligiúrica, sin lesiones cutáneas sugestivas de enfermedad reumática primaria, no sinovitis, no Raynaud, no *livedo reticularis*; se despertaba con dolor a la palpación de prácticamente todas las masas musculares.

Sus exámenes de lab: sin leucocitosis, trombocitopenia de 82 000, atribuible a su hepatopatía, sin elevar azoados; Ck de 32 000 U/L con fracción MB de 1 500 U/L, DHL de 5 600 y potasio de 6 mmol/L; el EGO con 80 leucocitos/campo, eritrocitos 10/campo y cilindros granulosos 2/campo. Se reinterrugó a los familiares por causas de descompensación y miopatía; no hubo cambios en su tratamiento, sólo se refirió que una semana previa, la paciente inició el consumo de suplementos alimenticios con la finalidad de bajar de peso: tres frascos diferentes: sábila, alcachofa y clorofila. La paciente evolucionó en forma tórpida con insuficiencia respiratoria, insuficiencia renal que ameritó intubación bucotraqueal y hemodiálisis; transaminitis de 4 000; ameritó manejo en la unidad de cuidados intensivos.

Las cifras de DHL se incrementaron hasta 15 464; el reporte de CK con límite superior de 80 000 U/L, siendo el laboratorio incapaz de dar mayores lecturas.

Se realizó análisis de intoxicación por metales: la determinación de cobre en sangre fue de 135 µg/dl con límites de 70 a 140 µg/dl, pero la determinación de cobre fue de 1 046 µg/ en orina de 24 h con límites normales de 30 a 50 µg. El análisis de cobre en los frascos de suplemento alimenticio reveló: frasco con alcachofa = 39.7 µg/dl, frasco con clorofila = 36 800 µg/dl, frasco con sábila = negativo. La paciente falleció ocho días después de su ingreso al hospital.

Discusión: La toxicidad por cobre produce aumento en el estrés oxidativo, que causa daño a biomoléculas como lípidos, proteínas y ADN; este daño

guarda relación con sobrevida celular y necrosis. En esta paciente existía además hepatopatía previa, que llevó a falla multiorgánica y desenlace fatal. La rabdomiólisis no se relacionó con recaída de VHC.

Conclusión: La paciente presentó una asociación directa entre la ingesta de los suplementos alimenticios contaminados y rabdomiólisis que la llevó a la muerte, en el contexto de una paciente con daño hepático previo con limitación para generar mecanismos de compensación. Un mejor control de los suplementos alimenticios por autoridades en salud es recomendable.

C-2 / C110

Miocardopatía como manifestación inicial en polimiositis

Sánchez-Huerta JM, Castillo-Cerdiff Y, Villegas-Madrid E, Powell-Moreno J

Hospital Regional ISSSTE, Puebla

Las anomalías cardíacas en la polimiositis (PM), aunque frecuentes, son raramente sintomáticas. Pueden presentarse bloqueos cardíacos completos (2%), de primero, segundo y tercer grados, bloqueo izquierdo del haz de His, desviación de eje cardíaco a la izquierda y arritmias ventriculares y supraventriculares.

Caso clínico: Femenina de 61 años de edad, originaria de Manzanillo, jubilada federal. Sin antecedentes heredofamiliares de importancia. Con esofagitis crónica. GII P0 C1 A1 V1. Menopausia a los 50 años, padecimiento actual. Inicia hace dos meses con dolor precordial atípico, palpaciones frecuentes, fatiga progresiva y debilidad muscular generalizada, por lo que ingresa al servicio de urgencias adulto, encontrándose en el EKG una taquicardia ventricular y un bloqueo de rama izquierda del haz de His y elevación de CPK, 8 031; MB, 80 ng/dl; DHL, 1 549; TGO, 482; TGP, 502, por lo que se le inicia digoxina, antiagregantes plaquetarios y vasodilatadores. Requiere colocación de marcapaso transitorio por bloqueo completo AV y su ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

Se realiza ecocardiograma y cateterismo cardíaco. Biopsia muscular de gemelo izquierdo y electromiografía de extremidades, corroborando el diagnóstico de polimiositis. Se controló inicialmente con 5 g de metilprednisolona y 50 mg IV de metotrexato y posteriormente con 100 mg de azatioprina, 75 mg/día de prednisona y 200 mg/día de amiodarona. Actualmente presenta buena fuerza muscular, con ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono e intensidad, sin marcapaso, con una CPK de 321, MB de 40 ng/dl y aldolasa sérica de 10.2.

C-2 / C111

Polimiositis (PM) con gran elevación de alanina aminotransferasa (ALT)

Brauer-O CM, Sámano TJG

Centro Médico Dr. Ignacio Chávez

Introducción: La elevación de ALT en un paciente con PM puede confundir en su diagnóstico inicial y retardar su tratamiento.

Objetivo: Presentar un caso que se diagnosticó erróneamente como hepatitis por la elevación notable de ALT.

Presentación del caso: Masculino de 16 años de edad con 15 días de evolución con dolor precordial, mal estado general y tres días con edema de miembros superiores e inferiores, por lo que ingresa al hospital; tenía TA de 170/110, edema de miembros superiores e inferiores y los exámenes mostraban urea (U) de 80 mg y creatinina (Cr) de 1.37 mg, bilirrubinas de 1.27 mg, aspartato aminotransferasa (AST) de 8 128 U y ALT de 2 615 U, fosfatasa alcalina de 96 U. Lo ingresan a pediatría con diagnóstico de

hepatitis fulminante, su estado general empeoró la U, que subió a 202 mg, la Cr a 3.97; presentó hiperpotasemia y continuaba hipertenso por lo que inician hemodiálisis, debido a que el paciente seguía mal; los familiares acuden a la dirección, quienes solicitan valoración por reumatología.

Tenía debilidad muscular en cintura escapular y pélvica 4 de 5, gran edema de miembros superiores e inferiores; se inician pulsos de metilprednisolona de 1 g/día por tres días y prednisona de 75 mg/día y azatioprina de 100 mg/día. La creatinfosfocinasa (CPK) fue de 43 500 U. Cuatro meses después la CPK, ALT, AST, U y Cr eran normales, había desaparecido la hipertensión y tomaba solamente prednisona (10 mg/día) y azatioprina (100 mg/día).

Conclusión: La elevación de ALT puede confundir el diagnóstico de PM si no se realiza una buena exploración y no se toma en cuenta también la elevación de AST, que en este caso fue casi cuatro veces más elevada que la ALT. Además de que la elevación de ALT no debe retardar el inicio de azatioprina o metotrexato como medicamentos que van a permitir disminuir la dosis de esteroides más rápidamente.

C-2 / C112

Encuesta de satisfacción en pacientes con osteoartritis acerca de su tratamiento farmacológico

Rodríguez E, Gutiérrez-Ureña SR, Bernard-Medina AG, Martínez-Bonilla G, Cerpa-Cruz S, Ayala M

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: Se ha considerado a la satisfacción del paciente como un indicador de calidad de la atención desde la perspectiva de los pacientes y se considera un componente importante de la gestión integral de las enfermedades crónicas. La evaluación a través de encuestas es actualmente el método preferido de valoración de la perspectiva de los pacientes sobre la atención proporcionada. Hasta ahora no se han realizado en México estudios que investiguen la satisfacción al tratamiento en los pacientes con osteoartritis (OA).

Objetivo: Evaluar la satisfacción de los pacientes con OA con su tratamiento actual y relacionarlo con la función de la articulación.

Pacientes y métodos: Se realizó la aplicación de un cuestionario autoadministrado, el cuestionario ARTS (*Arthritis Treatment Questionnaire*) desarrollado específicamente a pacientes que cumplan con los criterios de la ACR para OA, así como la aplicación del cuestionario WOMAC a los pacientes con OA de manos y rodillas; se excluyó a pacientes con diabetes mellitus, fibromialgia, OA de rodillas grado IV de la escala de Kellgren-Lawrence. Se aplicó estadística descriptiva, t de Student y χ^2 .

Resultados: Se aplicó un total de 30 encuestas, se incluyó a 27 mujeres y tres hombres, de edades entre 47 y 74 años. En la escala de satisfacción al tratamiento se obtuvieron los siguientes puntajes totales: un paciente (9.4%) presentó una puntuación entre 18-42 representado como poca satisfacción al tratamiento; 13 pacientes (46.9%) entre 43 + 67: satisfacción regular al tratamiento; y 16 pacientes (50%) 68-90: satisfacción adecuada. En cuanto a los resultados de la escala WOMAC, se obtuvo lo siguiente: puntaje total de dolor, 14 pacientes (46.9%) entre 0-6: dolor leve; 14 pacientes (46.9%) entre 7-12: dolor moderado; dos pacientes (6%) entre 13-20: intenso. En cuanto al puntaje total de rigidez, 14 pacientes (46.9%) entre 0-2: rigidez leve; 14 pacientes (46.9%) entre 3-5: moderada; dos pacientes (seis) entre 6-8: intensa. El puntaje total de la capacidad funcional, 13 pacientes (46%) entre 0-22: capacidad baja; 15 pacientes (43%) entre 23-45: capacidad regular; dos pacientes (6%) entre 46-68: capacidad buena. Se obtuvo una correlación de las variables dolor + rigidez ($r = 0.76$, $r_0 = 0.00$).

Conclusiones: En este estudio se demuestra que a pesar de no tener una capacidad funcional normal en la mayoría de los pacientes, sí consideran que el tratamiento actual es el adecuado.

C-2 / C113

Evaluación de la implementabilidad de la "Guía mexicana de práctica clínica para la atención del paciente con osteoartritis de cadera y rodilla en el primer nivel de atención 2008"

Loyola-Sánchez⁽¹⁾, Rodríguez-Amado J⁽²⁾, Sánchez JG⁽²⁾, González-Rodríguez MA⁽²⁾, Alvarado I⁽³⁾, Sánchez J⁽⁴⁾, Nolasco N^(3,5), Jiménez V⁽⁴⁾, Álvarez-Nemegyei J⁽⁶⁾, Esquivel-Valerio J⁽²⁾, Peláez-Ballestas I⁽⁷⁾

⁽¹⁾Universidad de MacMaster, ⁽²⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, ⁽³⁾Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, ⁽⁴⁾Instituto Mexicano del Seguro Social-Mérida, ⁽⁵⁾IMSS-Cuernavaca, ⁽⁶⁾Universidad Anáhuac-Mayab, Mérida, ⁽⁷⁾Hospital General de México

La osteoartritis (OA) es la enfermedad músculo-esquelética crónica que se presenta con mayor frecuencia en el primer nivel de atención a la salud mexicana, implicando importantes costos para la sociedad. En el año 2008, la Secretaría de Salud mexicana dirigió la creación de una guía de práctica clínica con el fin de estandarizar el manejo de la OA de cadera y rodilla en el nivel de atención primario.

Objetivo: Evaluar las barreras para implementar la guía mexicana de OA para la atención primaria de OA de cadera y rodilla (2008) utilizando el instrumento de evaluación de implementabilidad de guías de práctica clínica GLIA (*Guideline Implementability Appraisal Questionnaire*).

Método: Siete médicos evaluaron las 45 recomendaciones contenidas en la guía mexicana de OA 2008 mediante el uso de técnicas cualitativas y semicuantitativas. Inicialmente, los médicos evaluaron la guía de forma individual utilizando el instrumento GLIA; se realizaron técnicas de consenso para definir las barreras de implementación identificadas y sus posibles soluciones. Las discusiones se llevaron a cabo a través de reuniones en persona, teleconferencias y correo electrónico, las cuales fueron audiograbadas. El acuerdo entre los médicos fue cuantificado mediante el cálculo de coeficientes kappa de datos nominales. Las barreras de implementación fueron analizadas por región y clasificadas en "generales" y "contexto-dependientes" o institución evaluada. Se concluyó el análisis con una síntesis semicuantitativa de las barreras. La síntesis fue revisada y validada por todos los participantes en un ejercicio de consenso final.

Resultados: Los médicos participantes dedican del 5 al 30% de su tiempo de consulta semanal a tratar pacientes con OA. El acuerdo en la evaluación de cada recomendación entre los médicos de cada región fue en su mayoría de moderado a casi completo (kappa = 0.41 a 0.9). Sólo seis de las 45 recomendaciones fueron consideradas aptas para ser implementadas de forma consistente en la práctica clínica. Asimismo, ocho recomendaciones no tienen formato de recomendación, así que no son siquiera ejecutables. Se identificaron distintas barreras generales relacionadas y contexto-dependientes y se propusieron soluciones para mejorar la implementación de cada una.

Conclusiones: La guía mexicana para la atención de OA de cadera y rodilla presenta barreras importantes para su implementación consistente dentro del primer nivel de atención mexicano. Se sugiere una serie de estrategias para disminuir las barreras encontradas. La revisión y reestructuración de la guía puede mejorar la calidad de la atención a los mexicanos que viven con OA de cadera y rodilla.

C-2 / C114

La osteoporosis que no responde al tratamiento: una posible explicación a través del estudio genético

Ruiz-Acosta JM⁽¹⁾, Barreira-Mercado E⁽²⁾, Santana C⁽³⁾, Noris G⁽³⁾

⁽¹⁾Laboratorio Biomédico de Querétaro, ⁽²⁾Hospital Ángeles de Querétaro, ⁽³⁾Biología Molecular Diagnóstica

Introducción: La pérdida de la masa ósea y su consecuencia final, la osteoporosis (OP), se desarrollan bajo la influencia de una diversidad de factores dentro de los cuales la herencia y sus determinantes genéticos han sido poco estudiados.

Objetivo: Estudiar en los pacientes con masa ósea baja o fractura, que no respondieron a diversos tipos de tratamientos, los polimorfismos genéticos para la colágena tipo1 (COL1A1), el receptor de vitamina D (VDR), el receptor de estrógenos (ESR) y el receptor de calcitonina (CTR).

Método: Se estudiaron dos pacientes jóvenes (< 30 años) con antecedentes de fracturas por fragilidad y masa ósea baja (T-Score < a -2.5 DE) y siete pacientes posmenopáusicas con masa ósea baja (límites de T-Score de -1.9 a -2.6 DE). A través del ADN de los leucocitos de sangre periférica se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) e hibridación reversa a un microarreglo disponible comercialmente (MetaBone) con el cual es posible genotipificar los polimorfismos de una sola base (SNP) de Col1A1-Spl, VDRB-BsmI, VDRF-FokI, ESR1X-XbaI, ESR1P-PvuII y CTR-AluI.

Resultados: Uno de los pacientes jóvenes presentó el genotipo "ss" para el gen de colágena tipo 1 y el otro el genotipo "Aa" para el del receptor de calcitonina. En las siete pacientes posmenopáusicas, sin respuesta al tratamiento, en todos los casos se detectó el genotipo "Bb" para el gen VDR BsmI y cinco de ellas además portaban el "FF" del VDR FokI, mientras que para ESR1 tres presentaron los genotipos "xx" y "pp" y las cuatro restantes los genotipos "Xx" y "Pp". El genotipo "ss" para Col1 A1 estuvo presente en dos pacientes y el "Aa" para CTR en cinco pacientes.

Conclusión: En los dos pacientes jóvenes, la presencia de los polimorfismos en los genes de colágena y del receptor de calcitonina pueden explicar la baja reserva de la masa ósea y la consecuente aparición de fractura a edad temprana, lo que permite discernir entre la de origen genético, como la osteogénesis imperfecta de la OP secundaria a otras causas. En las mujeres posmenopáusicas existió la presencia de diversos alelos asociados a riesgo intermedio y alto para osteoporosis. Asimismo, el estudio genético permite estimar la posible respuesta al tratamiento antirresortivo como parte del estudio integral de este padecimiento cada vez más frecuente en el medio.

C-2 / C115

Prevalencia de hipertensión arterial pulmonar detectada por ecocardiografía en pacientes con esclerosis sistémica en una población mexicana

Sepúlveda-Aldana D, Barbosa-Cobos RE, Becerril-Mendoza L, Alonso-Martínez MD, Sánchez-González M, González-Ramírez LV, Delgado-Ochoa MD, López-Gómez LM, García-Mayen LF, Lugo-Zamudio GE

Hospital Juárez de México

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una complicación significativa y usualmente fatal de la esclerosis sistémica (ES); se ha reportado que se presenta en 7 a 15% de los pacientes a través de cateterismo cardiaco, siendo la causa única más común de muerte relacionada con la enfermedad.

Objetivo: Identificar la prevalencia de HAP en la población con ES que acude a un hospital federal de referencia en México, caracterizando a la población identificada.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, y retrospectivo. Se integró muestra de pacientes consecutivos con ES valorados en la consulta externa con revisión del expediente clínico durante el periodo comprendido entre marzo y julio de 2012. Se realizó ecocardiograma transtorácico y se determinó presencia de HAP con valores de presión sistólica de la arteria

pulmonar (PSAP) ≥ 36 mmHg. Se analizaron las características demográficas y clínicas de la muestra. Los resultados se presentaron como medidas de tendencia central y dispersión, con cálculo de prevalencia puntual de HAP.

Resultados: La muestra incluyó a 35 pacientes con ES: 32 mujeres (91.4%), tres varones (8.6%); edad, 25-74 años con una media de 49; tiempo de evolución hasta la confirmación diagnóstica, de ES de 3-228 meses con una media de 24, tiempo de seguimiento de 1-23 años con una media de cinco. La distribución del grupo se muestra en las **Tablas 1 y 2**.

Tabla 1. Distribución de características clínicas y serológicas.

ES	No. Pac.	Asoc. otras EAI	Raynaud	Disnea	Espirometría			Anticuerpos	
					Res-trictivo	Nor-mal	Obs-tructivo	Anti-centrómico	Anti-Scl-70
Difusa	12 (34.3%)	4	8	5	7	1	4	2	3
Limitada	23 (65.7%)	6	14	6	8	9	3	14	2
Total	35 (100%)	10 (28.5%)	22 (62.9%)	11 (31.4%)	15 (46.8%)	10 (31.2%)	7 (21.8%)	16	5

Tabla 2. Distribución de características ecocardiográficas.

ES	PSAP mmHg	Pacientes con HAP	HAP leve	HAP moderada	HAP grave	FEVI %
Difusa	35.5	4	2	1	1	64.2
Limitada	32.8	8	6	2	0	66.6
Total	34.15	12	8	3	1	65.4

ES, esclerosis sistémica; EAI, enfermedades autoinmunitarias; PSAP, presión sistólica de la arteria pulmonar; HAP, hipertensión arterial pulmonar; FEVI, fracción de expulsión del ventrículo izquierdo.

Mediante tablas de contingencia no hubo correlación entre la presencia de HAP y el tipo de ES, tiempo de evolución de la enfermedad, disnea, Raynaud, anticuerpos o patrón espirométrico. Se calcularon coeficientes de correlación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y los valores de FEVI y PSAP, siendo significativa (coeficiente de correlación 0.569) para esta última.

Conclusiones: En este estudio, la prevalencia identificada de HAP en ES por ecocardiografía es mayor con respecto a la reportada en las publicaciones (7-15%); es necesaria la confirmación de este dato por cateterismo cardiaco.

C-2 / C116

Utilidad de la prueba de caminata para medir la capacidad funcional en la esclerodermia

Cruz-Domínguez MP⁽¹⁾, Aguilar-Tapia G⁽²⁾, Hernández-Mora SC⁽²⁾, Vera-Lastra O⁽¹⁾, Jara LJ⁽¹⁾, Medina-García G⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, ⁽²⁾Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: Los metros caminados en seis minutos respecto a un predicho calculado para sujetos sanos es un método rápido y barato para medir función física, en enfermedades reumáticas. La funcionalidad puede evaluarse con el cuestionario de evaluación de salud (HAQ) o el cuestionario autoaplicado específico para pacientes con esclerodermia (SySQ). El objetivo de este estudio fue correlacionar el porcentaje del predicho caminado en seis minutos con la funcionalidad general en pacientes con esclerodermia.

Pacientes y métodos: Los instrumentos SySQ y HAQ consideran puntuaciones entre cero (sin incapacidad) y tres (máxima incapacidad). HAQ evalúa el grado de discapacidad física autopercebida para realizar 20 actividades de la vida diaria de pacientes con enfermedades reumatológicas. SySQ es específica para esclerodermia.

Análisis estadístico: Correlaciones de Spearman.

Resultados: Se incluyó a 68 pacientes, de 52 ± 11 años de edad y 11 ± 8 años de evolución de la enfermedad, 59% con la variedad cutánea difusa y 41% de la variedad cutánea limitada. Dos hombres y 66 mujeres. Los porcentajes del predicho en metros caminados se correlaciona inversamente con la discapacidad evaluada con HAQ total ($r = -0.5, p = 0.004$) y SySQ total ($r = -0.38, p = 0.026$). La correlación *inverse* también se observó con cada una de las actividades evaluadas por las escalas: HAQ levantarse, $r = -0.44$; HAQ comer, $r = -0.48$; HAQ caminar, $r = -0.43$; HAQ higiene, $r = -0.63$; HAQ alcanzar, $r = -0.36$; HAQ presión, $r = -0.59$; SysQ dificultad, $r = -0.34$; SysQ intensidad, $r = -0.37$; SysQ frecuencia, $r = -0.27$. La correlación fue menor cuando se realizó directamente con los metros caminados.

Conclusión: El porcentaje del predicho de los metros caminados para la edad y sexo son parámetros útiles para evaluar la discapacidad general en pacientes con esclerodermia. HAQ es la escala que mejor se correlaciona entre el predicho de la prueba de caminata y la funcionalidad general en esclerodermia.

C-2 / C117

Adenocarcinoma pulmonar como causa de osteoartropatía hipertrófica o enfermedad de Perrie-Marie-Bamberger

De la Madrid-Agraz V, Sánchez-Ortiz A, Castro-Lizano N

IMSS

Introducción: La OAH es un síndrome clínico caracterizado por acropaquia dolorosa, artritis y periostitis de huesos largos simétrica, con inflamación y dolor intenso. Ocurre de forma primaria, aunque en la mayoría ocurre secundariamente a condiciones como cortocircuitos pulmonares, cáncer pulmonar, TBP, cáncer hepático y colorrectal.

Caso clínico: Hombre de 51 años, con IT, 35 paquetes/año. Inicia en 2010 con acropaquia, engrosamiento de palmas y plantas, fiebre persistente sin horario, disnea progresiva, artralgias de rodillas, codos y MCF, dolor óseo en MsPs y dermatosis con lesiones violáceas, confluentes, de 1 a 3 cm, con biopsia de piel con infiltrado inflamatorio linfocítico perivascular y espongirosis basal. TACAR, atelectasia y consolidación del lóbulo inferior derecho. Broncoscopia con estenosis de bronquio basal derecho sugestivo de neoplasia, biopsias negativas a malignidad.

Gammagrama óseo con incremento de captación en región articular y perióstica de MsPs. Punción con aguja fina negativa para malignidad. Nuevamente presenta fiebre y evacuaciones disminuidas en consistencia; endoscopia digestiva alta con probable esófago de Barret confirmado por biopsia y colonoscopia sin alteraciones. TAC de tórax, crecimiento de lesión en lóbulo basal derecho, biopsia guiada por USG con células atípicas sugestivas de neoplasia. Nueva biopsia guiada por TAC con tru-cut, concluyendo: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Se envió a oncología para tratamiento.

Conclusiones: La OAH es poco frecuente; diversas patologías cursan con esta alteración por lo que su diagnóstico requiere un enfoque multidisciplinario. El tratamiento depende de la causa subyacente y el manejo del dolor es primordial.

C-2 / C118

Caso reporte de asociación de angioedema hereditario y síndrome de Sjögren primario

Castro-Lizano N, Gándara-Márquez F, Sánchez-Ortiz A

IMSS

Caso clínico: Femenino de 24 años con antecedentes familiares de angioedema hereditario (madre, hermano e hijo) con presencia de mialgias, fiebre, edema facial y manos, Raynaud y xerofthalmia de dos años de evolución. Presenta $C4 < 5.6$ mg/dl en dos ocasiones e inhibidor de C1q bajo (15/70) diagnosticando angioedema hereditario en tratamiento con danazol. Se agregan síntomas de sicca, ANA 1:640 M; anti-Ro, 134.5 y oftalmólogo corrobora ojo seco. Se concluye sSP (criterios ACR 2012). Evolución tórpida, múltiples procesos infecciosos pulmonares con datos de neumopatía intersticial, espirometría con patrón restrictivo grado III y TACAR en vidrio despulido. HAP de 40 mmHg en ecocardiograma. Se reajusta tratamiento con dapsona y pentoxifina sin mejoría; presenta vasculitis cutánea iniciando esteroides sistémicos. Se agregan CCTCG sin alteraciones en TAC de cráneo.

Actualmente con inmunoglobulina, MPL y CFM IV con adecuada evolución. El angioedema hereditario se transmite de forma autosómica dominante; existen dos tipos; el I se asocia a disminución o ausencia de C1-inhibidor (85%) y el II a disfunción de éste (15%).

Los síntomas son edema episódico, recurrente y no doloroso, autolimitado de 12-72 h, ausencia de calor o eritema. El diagnóstico se retrasa hasta después de los 30 años. Afección sistémica, con predominio en las extremidades. Aproximadamente el 12% se relaciona con enfermedades autoinmunitarias (LES, AR); de éstas el sSP aporta el 4%.

El tratamiento del angioedema hereditario se divide en tres fases: 1) episodios agudos con C1-INH intravenoso, 2) terapia corta para anticiparse a las crisis con plasma, andrógenos o agentes antifibrinolíticos y 3) terapia profiláctica con andrógenos y antifibrinolíticos. No existe evidencia para manejo de la asociación de enfermedades autoinmunitarias y angioedema hereditario.

Conclusión: El angioedema hereditario es una entidad poco común y aún más encontrarla en asociación con enfermedad autoinmunitaria, en especial con sSP.

C-2 / C119

Raynaud primario: serie de casos en un hospital federal de referencia de tercer nivel

Ramírez-Hinojosa JP, Jaimes-Hernández JE, Rodríguez-Henríquez P

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: El fenómeno de Raynaud se caracteriza por vasoespasmo episódico de arterias periféricas, causando palidez, cianosis y enrojecimiento. La variedad primaria ocurre en ausencia de enfermedad subyacente, siendo una entidad poco común y escasamente descrita en población mexicana, a diferencia del Raynaud secundario.

Objetivo: Describir las características demográficas, manifestaciones clínicas y tratamiento en una serie de casos de Raynaud primario.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de Raynaud primario del servicio de reumatología.

Análisis estadísticos: Los datos se presentaron con medias, rangos y frecuencias.

Resultados: De enero de 2011 a julio de 2012, cuatro pacientes, tres género femenino, edad promedio de 32.5 años, edad de diagnóstico de 28.2 años. Ocupación: ama de casa (2/4), estudiante (2/4). La causa de referencia reumatología fue la presencia de artralgias y cambios de coloración en manos relacionados con descenso de la temperatura en los cuatro casos. Como antecedente de importancia, dos pacientes tenían diagnóstico previo de síndrome depresivo y dislipidemia en un caso.

Promedio leucocitario al momento del diagnóstico, 7 350; niveles de hemoglobina, 15.3; conteo plaquetario, 220 000. Los estudios de anticuerpos antinucleares, especificidades, FR, anti-CCP y ANCA fueron negativos.

De los cuatro casos, tres fueron tratados con nifedipina; un paciente requirió tratamiento intralesional dérmico con dexametasona.

Conclusiones: Esta serie de casos mostró predominio en mujeres, con antecedente ocupacional de actividades manuales repetitivas. Destaca la prevalencia de trastorno depresivo mayor, característica no descrita previamente en otras series.

C-2 / C120

Percepción de la cobertura del Seguro Popular por pacientes con padecimientos reumatológicos crónicos

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

Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina de la Universidad

En 1983 se incluyó en la Constitución Mexicana el derecho universal de acceso a la salud (Sistema de Protección Social en Salud) y en 2003 la Comisión Nacional, a través del Seguro Popular de Salud (SPS).

Material y métodos: Se aplicó cuestionario a los pacientes que asistían a la unidad para recabar datos demográficos y percepción de la cobertura del SPS.

Resultados: Se evaluó a 135 pacientes consecutivos, con enfermedades reumatológicas crónicas. El 82% de género femenino, con edad promedio de 49.1 años. La mayoría de ellos sólo con estudios básicos (30% con primaria incompleta y 32% con primaria), sólo dos con estudios de licenciatura y ocho con carrera técnica. El 75% corresponde a no asalariados y el 50% posee casa propia. El ingreso mensual familiar apenas del salario mínimo mensual en la mayoría de las familias (52% < 2 000 pesos mensuales y 39% en límites de 2 000 a 5 000 y dos familias con >10 000). La mayoría de los pacientes (62%) considera que el SPS cubre las expectativas.

Dentro de la cobertura proporcionada por el SPS, la mayoría está conforme en los siguientes rubros: consulta de especialidad (68.75%), gabinete (74%), laboratorio (71.54%), hospitalización (58% de los hospitalizados refiere cobertura muy buena); mientras que en el rubro de medicamentos la mayoría lo consideró como mala cobertura (63.56%). La mayoría de los pacientes considera que la calidad (73% la considera buena) y la claridad (72.72%) del SPS son adecuadas, así como el trato recibido por el personal del SPS (65.81% considera trato digno); aunque destacaron que la rapidez de atención no es la adecuada (55.26% la catalogó como mala).

Conclusiones: La escolaridad y desempleo son similares a lo informado previamente. A pesar del incremento al acceso del SPS y brindar atención y cobertura adecuadas, todavía los pacientes con padecimientos reumatológicos crónicos perciben que la calidad no es la mejor y uno de los principales aspectos de inconformidad es la cobertura insuficiente de medicamentos, que si bien representa 66% del gasto en salud, requiere incrementar la partida gubernamental para este rubro.

Bibliografía

1. Knaul FM, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012 Aug 16 on-line.
2. Danese-dlSantos LG, Sosa-Rubí SG, Valencia-Mendoza A. Analysis of changes in the association of income and the utilization of curative health services in Mexico between 2000 and 2006. *BMC Public Health* 2011, 11:771.
3. Wirtz VJ, Santa-Ana-Tellez Y, Servan-Mori E, et al. Heterogeneous effects of health insurance on out-of-pocket expenditure on medicines in Mexico. *Value Health* 2012; 15: 593-603.

C-2 / C121

Desempeño de la valoración de medicina interna como prueba diagnóstica en reumatología

Aceves-Ávila FJ⁽¹⁾, Ramos-Remus C⁽¹⁾, Castillo-Ortiz JD⁽²⁾

⁽¹⁾IMSS y Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas S.C., ⁽²⁾Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas S.C.

Objetivo: Medir el desempeño de la consulta de medicina interna (MI) como prueba diagnóstica para el envío de pacientes al servicio de reumatología en el segundo nivel de atención.

Material y métodos: Se registraron los envíos de MI a reumatología en un hospital general regional del IMSS. Ninguno de los pacientes presentados había sido valorado por un reumatólogo, ni dentro ni fuera del IMSS. Se presentan los envíos registrados por MI como osteoartritis (OA) o artritis reumatoide (AR). Se registraron los datos clínicos, de laboratorio y gabinete que sustentaron el diagnóstico de envío y el lugar donde los especialistas en MI habían hecho su entrenamiento, además de su año de egreso. Sólo se incluye a pacientes en los que se pudo establecer el diagnóstico por parte del reumatólogo en la primera consulta. En una tabla de 2 x 2 se obtuvieron la sensibilidad, especificidad, falsos positivos y falsos negativos.

Resultados: Se presenta a 51 pacientes. Hasta 41 fueron enviados con diagnóstico de AR; en 16 de ellos se confirmó el diagnóstico en reumatología. En todos los pacientes enviados como AR se había iniciado manejo con metotrexato y en 20 de ellos además otro DMARD. En la mayoría de los envíos se consigna como hallazgo clínico para sustentar el diagnóstico de AR la presencia de nódulos de Bouchard o de Heberden. La consulta de MI tuvo una sensibilidad de 0.94 y una especificidad de 0.26 para discernir entre AR y OA. Falsos negativos de 0.05, falsos positivos de 0.73. No hubo diferencia entre el sitio de egreso de los especialistas en MI (IMSS, SS o ISSSTE) y la posibilidad de un diagnóstico acertado.

Conclusiones: Aunque los especialistas en MI durante su formación rotan en los servicios de reumatología, no pueden diferenciar en forma eficaz entre diagnósticos reumatológicos comunes en la población general. Debe mejorarse la forma en que se enseña a los especialistas en formación en los servicios de reumatología existentes.

C-2 / C122

Enfermedades autoinmunitarias relacionadas con adyuvantes (ASIA)

Herrera-Van Oostdam DA, Jaimes -Piñón T, Martínez-Martínez M, Abud-Mendoza C, Cuevas-Orta E, Valdés-Rodríguez R, Rodríguez-Leyva I, Bravo-Oro A, Piña-Ramírez M, Medina S, Villanueva-Álvarez R, Quintero-Martínez C, Guerrero-Ortiz O

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, México

Introducción: Recientemente se ha descrito la presentación de enfermedad autoinmunitaria desencadenada por adyuvantes denominada por ASIA; dichos adyuvantes como aluminio o silicón se encuentran en vacunas e implantes mamarios.

Objetivo: Descripción de los casos de ASIA de la Unidad de Reumatología en el Hospital Central.

Métodos: Descripción de casos con diagnóstico de ASIA observados en el último año en la unidad y búsqueda retrospectiva de casos consistentes con ASIA, a través de registros de eventos adversos posvacunación; se excluyó a pacientes con manifestaciones clínicas con presentación antes de la aplicación de la vacuna o producto cosmético.

Resultados: Se aplicaron 1 573 y 1 591 vacunas contra influenza en los dos años últimos por medicina preventiva para los que no se identificó ningún evento adverso; adicionalmente se estudió a 85 pacientes con síndrome de Guillain-Barré (GB) y uno con síndrome cerebeloso, así como cuatro con reacción tipo cuerpo extraño tras la aplicación de productos cosméticos en muslo y cara. Se encontraron 12 casos consistentes con ASIA, de los que el 66% tuvo antecedente de aplicación de vacuna entre las cuales destacó influenza en tres pacientes, DPT 3, Sabin uno y toxoide tetánico uno.

El lapso de presentación de síntomas fue 3 a 120 días; la manifestación de ASIA más frecuente fue GB que se presentó en cuatro pacientes, seguido de encefalitis aguda en tres pacientes y síndrome cerebeloso; el diagnóstico de GB se confirmó en tres pacientes mediante velocidades de conducción y sólo en un paciente se reportaron positivos anticuerpos antinucleares (1:320), con patrón moteado y anticardiolipina negativo. En cuatro casos, el hallazgo histopatológico fue reacción tipo cuerpo extraño; una paciente mostró datos de vasculitis y se asoció a ANA (1:100) moteado. El tratamiento para pacientes con GB fue la aplicación de Gg IV en tres pacientes, con buena respuesta.

Discusión: Estudios en animales y humanos han demostrado la presencia de autoanticuerpos posterior a la administración de distintos tipos de vacunas, hecho que se puede presentar únicamente como expresión serológica (fenómeno autoinmunitario) o bien puede tener expresión de disfunción orgánica como polirradiculoneuropatía desmielinizante aguda y síndrome antifosfolípido.

C-2 / C123

Gastos catastróficos por enfermedades reumáticas autoinmunitarias en pacientes vulnerables. Análisis de la carga financiera en familias del estado de Oaxaca

Goycochea MV⁽¹⁾, García I⁽²⁾, Peláez I⁽³⁾, Tobón U⁽⁴⁾, Rodríguez M⁽⁵⁾, Soto H⁽⁵⁾, Julián F⁽⁶⁾

⁽¹⁾Hospital General Regional 1 IMSS, ⁽²⁾Hospital de Especialidades, Secretaría de Salud, Oaxaca, ⁽³⁾Departamento de Reumatología, Hospital General de México SS, ⁽⁴⁾Hospital General de Zona IMSS, Oaxaca, ⁽⁵⁾Itelines México, ⁽⁶⁾Epidemiología, Secretaría de Salud, Oaxaca

Introducción: Las enfermedades reumáticas autoinmunitarias (ERA) presentan importantes complicaciones, con gran morbimortalidad; requieren manejo especializado y condicionan elevados gastos en su atención; en México no hay una cobertura universal para ERA, el gasto del presupuesto familiar provocado por éstas ha sido poco estudiado. El efecto en la carga financiera de los pacientes que las padecen (gasto de bolsillo) en poblaciones vulnerables en el medio no se conoce.

Objetivo: Realizar un análisis de la carga financiera desde la perspectiva del paciente en las principales ERA y calcular el efecto que tiene en el gasto de familias socioeconómicamente vulnerables en el estado de Oaxaca.

Metodología: Estudio transversal de costos y utilización de recursos para evaluar el gasto catastrófico de ERA. En 2011 se realizó una encuesta a nueve pacientes con ERA, atendidos en el hospital de especialidades de la Secretaría de Salud-Oaxaca y de hospitales privados de la ciudad de Oaxaca (tres AR; cuatro de LES; uno DM; y uno EA). Se midieron datos de la carga financiera del manejo de la enfermedad. Se evaluaron costos médicos directos (fisioterapia, costo de estudios de laboratorio y costo del tratamiento farmacológico), intervenciones quirúrgicas a causa de la enfermedad y los costos de transporte. Debido al diagnóstico y gravedad, todos los pacientes tenían indicación de terapia biológica por lo que se estimó hipotéticamente el costo anual con rituximab (dos infusiones de 1 g/año). La SS define un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud cuando destina 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros.

Resultados: El costo médico promedio anual ascendió a 43 271 pesos; previendo el gasto en transporte se incrementó a 55 537.78 pesos, montos que representan el 61% y 79% del ingreso anual promedio de las familias.

El 83% de los gastos es para medicamentos. La enfermedad que generó mayores gastos médicos fue: LES (7 339.44 pesos, promedio mensual), seguida de DM (4 800 pesos) y AR con 1 405.56 pesos, promedio mensual. Sobresalen gastos inesperados como intervenciones quirúrgicas (9 000 pesos promedio) y hospitalizaciones por complicaciones u otras causas (8 500 pesos). Hasta 50% de los pacientes estudiados refiere utilizar medicinas alternativas (costo anual: 7 500 pesos). El costo anual del tratamiento con rituximab asciende a \$117 66.60 pesos, monto que representaría el 167% del ingreso de las familias.

Conclusiones: El costo de las ERA genera una carga financiera considerable en familias vulnerables socioeconómicamente, los pacientes y sus familias incurrir en gastos catastróficos en salud, viendo mermada su situación financiera. El uso de tratamientos biológicos sobrepasa marcadamente los ingresos anuales de estas familias vulnerables; estos resultados deben considerarse para incluir a las ERA en la cobertura oficial del salud, ya que actualmente no se incluyen en el seguro popular. En el estado de Oaxaca sólo se cuenta con dos plazas oficiales de reumatología y hay siete especialistas en el estado.

C-2 / C124

Costo económico del tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide en un hospital federal de referencia de tercer nivel

Ramírez-Hinojosa JP, Nieto-García Z, López-Ortiz G, Romero-Piña M, Rodríguez-Henríquez P

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Objetivo: Determinar el costo económico del tratamiento farmacológico en los pacientes con AR que acuden a tratamiento a un hospital federal de referencia de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio transversal, observacional y descriptivo. Se revisaron 50 expedientes consecutivos de pacientes con diagnóstico de AR, según los criterios ACR 2010 atendidos en la consulta externa de reumatología. Se obtuvieron los datos demográficos y se calculó el promedio de dosis acumuladas semanales de los fármacos modificadores de la enfermedad [FARME] (total de dosis de cada medicamento en una semana entre el número total de pacientes). Posteriormente se obtuvo información respecto de los costos de los FARME en ocho farmacias ubicadas en los alrededores del hospital; se calculó el precio promedio y precio por miligramo. Los FARME incluidos fueron metotrexato (MTX), sulfasalazina (SSZ), cloroquina (CLQ) e hidroxicloroquina (HCQ).

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva; los resultados se describen en promedios, medidas de tendencia central y porcentajes.

Resultados: La edad promedio de este grupo fue de 52 años; entre los 50 pacientes, 48 pacientes eran tratados con MTX (96%), 27 (54%) con SSZ, 10 (20%) con CLQ y 15 (30%) con HCQ. Las dosis promedio semanales por paciente fueron de 12.8 mg de MTX, 1 670 mg de SSZ, 210 mg de CLQ y 420 mg de HCQ. El costo total promedio del tratamiento fue de 239.02 pesos semanal y 956.08 pesos mensual por paciente.

Conclusiones: El costo mensual promedio del tratamiento farmacológico de los pacientes con AR es considerable, tomando en cuenta que el salario mínimo oficial es de 62.33 pesos por día para el área del Distrito Federal, el gasto de tratamiento farmacológico para artritis reumatoide representaría un 54.7% de éste. Esto se traduce en un efecto económico de grandes proporciones para la población sin acceso a sistemas de seguridad social o de seguros médicos privados.

C-2 / C125

Determinación de aterosclerosis temprana en pacientes con lupus eritematoso sistémico de inicio en la edad

pediátrica, utilizando la medición del espesor íntima-media carotídeo

Rodríguez-Monroy J, Zeferino-Cruz M, Torres-Jiménez A, Solís-Vallejo E, Céspedes-Cruz A, Vela-Dávila R, Ramírez J

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de aterosclerosis temprana en una población de pacientes con lupus eritematoso sistémico de inicio en la edad pediátrica (LESp) y factores de riesgo relacionados. Se utilizó el ultrasonido (USG) Doppler para la medición del espesor íntima media (EIM) de carótida común como marcador de aterosclerosis.

Estudio con diseño prospectivo, transversal y observacional. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LESP que cumplieran con los criterios de selección. Se les aplicó el cuestionario de recolección de datos, buscando intencionalmente la presencia de factores de riesgo tradicionales y no tradicionales para aterosclerosis. Posteriormente se les realizó USG en el que se determinó el EIM de la carótida común derecha e izquierda. Se analizó la asociación entre los resultados del USG con los diferentes factores de riesgo.

Se utilizó el programa Excel para la captura de datos y el programa SPSS versión 20.0 para el análisis estadístico, el cual incluyó distribución de frecuencias, media, desviación estándar, mediana, rangos; para las variables nominales se usó χ^2 y análisis de regresión logística para los factores de riesgo. Se incluyó a 52 pacientes, 84.6% mujeres, con edad media de 12.6 años y media de tiempo de evolución de 32.9 meses. Se encontró que el 73% de los pacientes presentó engrosamiento del EIM, y el factor de riesgo que se asoció con este engrosamiento fue la dosis alta de esteroides.

Sólo el 9.5% de los pacientes presentó aterosclerosis temprana; ninguno de los factores de riesgo tradicionales y no tradicionales, valorados en el estudio, mostró asociación significativa con la presencia de aterosclerosis.

Este estudio muestra una alta prevalencia de engrosamiento del EIM carotídeo en los pacientes con LESP, lo que sugiere un alto riesgo de desarrollar aterosclerosis temprana. No se encontró asociación entre los factores de riesgo tradicionales con el EIM. El ultrasonido carotídeo es un método útil para detectar aterosclerosis temprana en pacientes con LESP, por lo que se debe implementar como parte de su evaluación integral y evitar complicaciones.

C-2 / C126

Validación transcultural del cuestionario *Pediatric Gait, Arms, Legs, Spine* (PGALS) para detección de trastornos músculo-esqueléticos en mexicanos

Moreno-Torres LA⁽¹⁾, Hernández-Garduño A⁽²⁾, Arellano-Valdez A⁽³⁾, Pérez-Rubio N⁽²⁾, Salinas A⁽⁴⁾, Peláez-Ballesteros I⁽⁵⁾

⁽¹⁾Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara; ⁽²⁾Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca; ⁽³⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey; ⁽⁴⁾Centro Médico Occidente, IMSS, Guadalajara; ⁽⁵⁾Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca; ⁽⁶⁾Hospital General de México, O.D.

Objetivo: Validar al español de México el cuestionario *Pediatric Gait, Arms, Legs, Spine* (PGALS) para trastornos músculo-esqueléticos en una población pediátrica mexicana.

Material y métodos: En el Hospital de Pediatría del IMSS se incluyó a niños y adolescentes entre seis y 16 años de edad, de los cuales 87 sujetos presentaban alguna enfermedad músculo-esquelética, y 88 controles sin enfermedad clínica identificada. La validación transcultural siguió las guías internacionales de Beaton-Guillemin.

Resultados: El tiempo promedio de aplicación del PGALS fue de 2.9 minutos (DE 0.54). La consistencia interna obtuvo un alfa de Cronbach para los trastornos músculo-esqueléticos, en general, de 0.90 (inflamatoria de 0.89 y no inflamatoria de 0.77), una sensibilidad de 97% (IC, 92-99%), especificidad de 93% (IC, 86-97%), y LR de 14.3, y curva ROC de 0.95 (IC, 0.92-0.98). En el grupo de casos de enfermedad inflamatoria se obtuvo una sensibilidad de 97% (IC, 86-99%), especificidad de 93% (IC, 86-97%), y una LR de 14.2, con una curva ROC de 0.95 (IC, 0.91-0.99). En los casos de enfermedad no inflamatoria se observó una sensibilidad de 98% (IC, 89-99%), especificidad de 93% (IC, 86-97%), y una LR de 14.37, con una curva ROC de 0.95 (IC, 0.92-0.98).

Conclusiones: El PGALS es un instrumento de tamizaje, rápido, fácil de aplicar, que es útil para detectar trastornos músculo-esqueléticos en niños y adolescentes mexicanos.

C-2 / C127

Composición corporal, calidad de vida y dominios con mayor afectación en pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ)

Moreno-Valdés R, Oliva-Garza D, Martínez-Martínez MU, Abud-Mendoza C, Romero-Zapata H

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, ⁽⁵⁾Universidad Autónoma de Querétaro

Introducción: La AIJ es la enfermedad reumática más frecuente en la infancia y una de las principales causas de discapacidad física en este grupo de edad. Los pacientes presentan retraso en el crecimiento lineal y peso bajo para la edad. Son características la alteración en la composición corporal, consistente en masa muscular disminuida y masa grasa aumentada, sin cambios en el índice de masa corporal (IMC). El WHOQOL 100 valora calidad de vida y efecto de la enfermedad en la vida diaria del paciente, mediante seis dominios: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y creencias religiosas.

Objetivo: Determinar si la actividad de la AIJ afecta la composición corporal y disminuye su calidad de vida.

Metodología: Estudio de casos y controles, realizado en el Hospital Central Dr. IMP, en el que se incluyó a 42 pacientes con AIJ (ILAR) y 84 controles. Se determinaron peso, talla, IMC, porcentaje de grasa corporal (%GC), mediante bioimpedancia. Se cuantificaron la actividad de la enfermedad con DAS 28 y calidad de vida mediante WHOQOL-100, JAFAR-C y cHAQ.

Resultados: No se encontró evidencia de que la actividad de la enfermedad afecte la composición corporal (OR = -0.75, "x"² = -2.84). La actividad de la enfermedad afecta la calidad de vida (OR = 201, "x"² = 7.63) (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de indicadores de composición corporal y calidad de vida por grupos.

	AIJ	Controles
Peso bajo	16%	5%

C-2 / C128

Inmunorreactividad contra proteínas citrulinadas en pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ)

Olivares-Martínez E⁽¹⁾, Hernández-Ramírez DF⁽¹⁾, Torres-Jiménez AE⁽²⁾, López-Rojas EL⁽²⁾, Vela-Dávila RE⁽²⁾, Solís E⁽²⁾, Núñez-Álvarez CA⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La presencia de anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (aPCC) en pacientes con AIJ se ha relacionado con enfermedad erosiva similar a la artritis reumatoide AR, pero su prevalencia en pacientes con AIJ es menor en comparación con la AR. Debido a lo anterior, la identificación de blancos antigénicos citrulinados en pacientes con AIJ aún es motivo de estudio.

Objetivo: Determinar la presencia de aPCC, antivimentina mutada citrulinada (VMC) y factor reumatoide (FR) y analizar la inmunorreactividad contra antígenos citrulinados *in vitro* en pacientes con AIJ.

Métodos: Se analizaron 10 muestras séricas de pacientes con AIJ (cuatro sistémicas y seis poliarticulares; edad, 12.1 ± 3.4 años; tiempo de evolución, 5.5 ± 3.5 años); y 10 muestras de suero de niños sanos como grupo control (edad, 9.3 ± 3.9 años). Se determinaron anticuerpos contra PCC3, VMC y FR (IgA, IgG e IgM) por ELISA. Se analizó la reactividad mediante EIT de todos los sueros contra lisados de proteínas nativas y citrulinadas *in vitro* de células HEP-2. El análisis estadístico se realizó por U de Mann Whitney.

Resultados: Se observó que 4/4 (100%) de las muestras de AIJ sistémicas tuvieron títulos bajos sin diferencias significativas con el grupo de niños sanos para todos los anticuerpos, en tanto que en el grupo de AIJ poliarticular se registró una mayor variabilidad de autoanticuerpos; 2/6 (33%) muestras tuvieron aPCC y FR similar al grupo de niños sanos. Por el contrario, 4/6 (67%) de las muestras restantes con AIJ poliarticular tuvieron títulos altos de aPCC (282.75 ± 115 U); FR IgA (270 ± 135 U/ml); FR IgG (212 ± 106 U/ml) y FR IgM (144 ± 72 U/ml). Se encontró que sólo dos muestras tuvieron títulos altos de anti-VMC en el grupo de AIJ (1281 y 58.6 U/ml, respectivamente). Por otra parte, se observó que 8/10 (80%) muestras de AIJ mostraron reactividad contra una proteína citrulinada de ~63 kDa y 6/10 (60%) contra la proteína citrulinada de ~97kDa, las cuales son débilmente reconocidas en su forma nativa. Además, se registró una mayor reactividad contra la proteína citrulinada de ~50 kDa en las muestras de AIJ en comparación con las muestras de niños sanos.

Conclusiones: Valores altos de aPCC y FR (IgA, IgG e IgM) se relacionaron con AIJ poliarticular. Los pacientes con AIJ muestran una gran variabilidad en la reactividad contra proteínas citrulinadas y se identificaron dos blancos antigénicos que son reconocidos por la mayoría de las muestras con AIJ.

C-2 / C129

Remisión de la actividad de la enfermedad con metotrexato intramuscular en pacientes con diagnóstico de AIJ (artritis idiopática juvenil)

Vega-Cornejo G, Maldonado-Velázquez R, Faugier-Fuentes E, Enciso-Peláez S

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) difiere de manera notoria de la artritis reumatoide del adulto. No es una enfermedad de fácil diagnóstico, si bien se tienen criterios dentro de los cuales se ligan las formas de artritis de inicio anterior a los 16 años de edad, persiste por más de seis semanas y tiene origen desconocido; es limitado el número de pruebas de laboratorio, como útiles son los anticuerpos antinucleares (ANA) y el factor reumatoide (FR) para la clasificación y el pronóstico.

En el caso de la AIJ se desconocen aún los anti-CCP en población pediátrica, los cuales son anticuerpos con alta especificidad en adultos con artritis reumatoide de inicio temprano; de igual manera, el advenimiento de nuevas terapias biológicas ha cambiado de forma espectacular las respuestas al tratamiento y las expectativas de vida; sin embargo, los analgésicos no esteroideos y el uso del metotrexato son todavía la piedra angular del tratamiento; este último tiene notorios síntomas a nivel gastrointestinal, así como una biodisponibilidad disminuida con dosis orales, en comparación con la administración intramuscular, la cual tiene indicaciones muy precisas, y a su

vez ayuda a aumentar el número de pacientes con remisión farmacológica, una vez que se realiza el cambio de la vía oral a la intramuscular.

Debido a que es un estudio observacional, descriptivo y transversal, se realizó el análisis de 59 expedientes de paciente con diagnóstico de artritis idiopática juvenil de diferentes edades, y por tanto diferentes tipos de presentación del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Como parte de los criterios de inclusión, se consideró a todos los pacientes con el diagnóstico previamente comentado; no se tomaron en cuenta el tiempo de diagnóstico ni los factores socioculturales que pueden limitar tanto el inicio del manejo como una mala evolución por la falta de apego a la terapia, el tiempo de evolución de la enfermedad o limitantes económicas. Se encontraron los siguientes datos, los cuales se reportaron.

La edad promedio de presentación fue de 12 años (36% de los casos), con una prevalencia mayor en el sexo femenino y una relación masculino: femenino de 1:1.9.

Se efectuó el análisis de acuerdo con el tipo de presentación, si bien en las publicaciones se reporta mayor prevalencia de artritis idiopática juvenil oligoarticular; en esta población se observó que el mayor porcentaje de los casos es poliarticular, seguido por la presentación sistémica.

En cuanto a la respuesta al manejo, y si bien se tiene como propósito evaluar la respuesta con el uso del metotrexato intramuscular, es muy importante hacer notar que la remisión de la enfermedad con metotrexato intramuscular solo se encontró en el 12% de los pacientes, teniendo una incidencia de remisión con la administración concomitante de este fármaco con anti-TNF o anti-IL6 igual del 12%; si bien la piedra angular del tratamiento es el analgésico, sólo un paciente de los 59 estudiados se encontraba bajo naproxeno, debido a que no se tenía actividad de la enfermedad y presentaba únicamente secuelas de ésta a nivel articular. Cabe mencionar que si bien se identifica un amplio porcentaje de pacientes (59%) que no se tienen en remisión, esto se debe a que se tratan con metotrexato con vía oral, en espera de poder administrar un biológico, en un periodo de inicio de mecanismo de acción de metotrexato o por falta de apego por diferentes cuestiones, tanto económicas como personales.

Resultados: Al englobar los resultados, se identifica una remisión del 41% vs. una falta de ésta del 51%, considerando la toma de proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular; no fue posible la toma de escalas de calidad de vida o funcionalidad por no contar con el paciente.

C-2 / C130

Presentación clínica al inicio y durante la evolución de pacientes con lupus pediátrico de acuerdo con los nuevos criterios diagnósticos

Suárez-Larios LM⁽¹⁾, Martínez-Martínez MU⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Infantil del Estado de Sonora, ⁽²⁾Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: El lupus eritematoso sistémico (LES) se caracteriza por ser una enfermedad con afección sistémica, cuya presentación clínica puede variar en los extremos de la vida, desde la población pediátrica hasta los ancianos. Recientemente se publicaron los nuevos criterios de clasificación del LES de acuerdo con *Systemic Lupus International Collaborating Clinics* (SLICC).

Objetivo: Evaluar la presencia de los nuevos criterios como dato clínico en una cohorte de implantación de pacientes con LES en el Hospital Infantil del Estado de Sonora.

Métodos: Los pacientes con diagnóstico de LES se incluyeron en esta cohorte, incluidas características clínicas y de autoanticuerpos.

Resultados: Se evaluó a 10 pacientes, dos hombres, con promedio de edad de 13.3 años y promedio de seguimiento de 11.4 meses. La **Tabla 1** muestra las características clínicas tanto al diagnóstico como en el seguimiento.

Destaca que, a pesar del seguimiento promedio menor a un año, todos los pacientes cumplieron con más de cuatro criterios, clínicos e inmunológicos; la mortalidad es alta (dos pacientes) y un sujeto se presentó con anticuerpos antinucleares (AAN) negativos, pero anti-Sm positivos.

Tabla 1. Criterios cumplidos al diagnóstico y durante la evolución.

	Pte 1	Pte 2	Pte 3	Pte 5	Pte 5	Pte 6	Pte 7	Pte 8	Pte 9	Pte 10
Eritema malar, fotosensible y lupus agudo	x	x, (x)	-	x	x	x	x	x, (x)	-	x
Lupus cutáneo crónico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Úlceras orales	-	-	-	-	x	-	-	x	-	-
Alopecia	x	-	(x)	x	-	-	x	-	-	-
Artritis	-	x	x	x	-	x	x	-	-	-
Serositis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Renal	-	-	x	x	x	x	x	-	x	x
Neurológico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anemia hemolítica	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-
Leucopenia	-	x	x	x	-	x	x	-	-	x
Trombocitopenia	x	x	-	-	x	-	-	-	-	x
AAN	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x
Anti-DNA	x	-	x	x	x	x	x	x	x	x
AntiSm	-	x	x	-	-	-	-	x	-	-
Antifosfolípidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Complemento bajo	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x
Coombs directo	-	-	x	-	-	-	-	-	x	-
Comentarios	F13 años, 4 meses*	H15 años, 17 meses*	F15 años, 10 meses*	F14 años, 18 meses*	H11 años, 8 meses*	F14 años, 10 meses*	F12 años, 15 meses*	F16 años, 17 meses*	F14 años, defunción en 5 meses	F9 años, defunción a los 7 meses

(x), manifestaciones presentes en el seguimiento o con recaída, F, femenino; H, hombre; *: seguimiento

Conclusiones: Los nuevos criterios propuestos tienen buena sensibilidad en un seguimiento menor a dos años (todos los pacientes cumplieron más de cuatro criterios). Será importante evaluar la especificidad con enfermedades que semejen LES.

C-2 / C131

Neurolupus juvenil. Un espectro de alteraciones clínicas concomitantes: presentación de caso clínico

Acosta-Félix F, Burgos-Vargas R, Gutiérrez-Suárez R

Hospital General de México

Antecedentes: Femenino de 13 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con afección cutánea-articular de 20 meses con buena evolución, sin complicaciones. Inicia de manera súbita y progresiva en un periodo de tres días con dolor urente en región dorsal, paraplejía flácida con déficit sensitivo y motor localizado a L5-S1, pérdida de control esfinteriano, psicosis, disautonomía y alteraciones en funciones mentales superiores.

Estudios: Biometría hemática completa, bioquímica sanguínea completa, reactantes de fase aguda, examen general de orina y determinación de filtrado glomerular y proteinuria en orina de 24 h, anticuerpos antinucleares, anti-DNA, anti-Sm, anticardiolipinas Ig-G e Ig-M, anti-β₂ glucoproteína-1 Ig-G e Ig-M, anticoagulante lúpico, citología y cultivo de líquido cefalorraquídeo, resonancia magnética de cráneo y médula espinal.

Diagnóstico: Neurolupus con desarrollo de psicosis y mielitis transversa.

Tratamiento: Manejo en terapia intensiva, apoyo ventilatorio, control de líquidos, control hemodinámico, tres pulsos de metilprednisolona (1 g/día) y posteriormente prednisona (60 mg/día); ciclofosfamida (500 mg) en pulso con buena evolución.

Discusión: En pacientes con lupus eritematoso sistémico juvenil, la afección neurológica es más frecuente e intensa en comparación con la enfermedad en adultos. La psicosis y la mielitis transversa se presentan en el 12% y 1 al 2%, respectivamente. La presencia concomitante de ambas entidades es aún más rara. La afección neurológica puede presentarse en ausencia de factores de riesgo para neurolupus, incluyendo la presencia de títulos altos o persistentes de anticuerpos antifosfolípido. Los estudios de neuroimagen pueden ser normales en un porcentaje significativo de casos (20-60%), por lo que es muy importante establecer el diagnóstico de mielopatía en bases clínicas y establecer el diagnóstico diferencial para iniciar tratamiento adecuado y evitar complicaciones.

C-2 / C132

Paniculitis lúpica en pediatría: relevancia y diferencias clínicas con la presentación del adulto

Reyes-Cordero G, Burgos-Vargas R, Gutiérrez-Suárez R

Hospital General de México

Antecedentes: Femenino de 16 años con padecimiento de 18 meses de evolución caracterizado por la aparición de lesiones cutáneas tipo pápulo-nodular de crecimiento rápido y desarrollo de lesiones eritemato-violáceas no dolorosas, no pruriginosas, con disestesia local, en región nasogeniana derecha, geniana izquierda y en tercio superior cara lateral de ambos hombros. Además, rinorrea amarillenta no fétida de fosa nasal derecha de un año de evolución.

Estudios: Biometría hemática completa, bioquímica sanguínea completa, reactantes de fase aguda, factor reumatoide, examen general de orina y determinación de filtrado glomerular y proteinuria en orina de 24 h, anticuerpos antinucleares, anti-DNA, anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anticardiolipinas Ig G e Ig M, anti-β₂ microglobulina-1, tomografía axial de cara, biopsia de lesión para microscopía, inmunofluorescencia e inmunohistoquímica.

Diagnóstico: Paniculitis lúpica.

Tratamiento: Hidroxicloroquina, 5 mg/kg/día; tacrolimus tóxico.

Discusión: En la edad pediátrica, la paniculitis lúpica o el lupus eritematoso profundo es una lesión muy poco frecuente que afecta primordialmente la grasa subcutánea mediante infiltración linfocítica. La localización de las lesiones, la ausencia de manifestaciones sistémicas y autoanticuerpos, la variable asociación con otra enfermedad de tejido conectivo y la baja posibilidad de desarrollo de lupus eritematoso sistémico diferencian a esta entidad

con la presentación en adultos. El diagnóstico diferencial incluye el eritema nodoso y el linfoma cutáneo de células T, siendo relevante el diagnóstico oportuno para iniciar tratamiento adecuado y evitar complicaciones.

C-2 / C133

Displasia epifisaria múltiple a propósito de un caso

Lozada-Pérez C, Santillán-Chapa C, Vera-Pérez E, Calderón-Estrada R, Duarte-Salazar C

Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: La displasia epifisaria múltiple es una enfermedad autosómica dominante que afecta a 1 en 10 000 recién nacidos; se caracteriza por crecimiento epifisario irregular debido a un patrón alterado de osificación endocondral, que afecta los centros epifisarios de osificación, con o sin compromiso de la columna causado por mutaciones genéticas en uno de seis diferentes genes (COMP, MATN3, principalmente). El cuadro clínico puede simular algunas enfermedades reumatológicas.

Caso clínico: Se trata de paciente femenina de 15 años de edad con carga genética para diabetes mellitus tipo 2, antecedente de asma (última crisis hace tres años, actualmente sin tratamiento). Presenta caída de escaleras en abril del 2010 y desde entonces refiere coxalgia izquierda opresiva (EVA 5/10) de predominio matutino con rigidez articular, se incrementa al bajar escaleras, no cede al reposo, con limitación articular, sin irradiaciones y aumento de temperatura local, así como lumbalgia. Un mes posterior presenta gonalgia derecha con hiperemia y edema, dolor en articulación glenohumeral, carpos e interfalángicas bilateral; posteriormente se agrega claudicación y limitación a la marcha.

A la exploración física, marcha auxiliada con muletas axilares, hombros con limitación, dolor (EVA 4/10); flexión, 160/164; abducción, 170/180; muñeca flexión, 80/75; extensión, 45/75; desviación radial, 10/15; desviación cubital, 12/45; primera metacarpofalángica con flexión de 45/90, coxalgia bilateral (EVA 4/10), flexión, 80/90, extensión 10/10, abducción 20/28, aducción 20/20, rotación interna 0/20, rotación externa 30/30. Radiografías de columna cervical y lumbar presentan acuñamiento anterior, en cadera, disminución de espacio articular de predominio izquierdo, con cabeza femoral ligeramente "afilada", tibias en varo.

Tomografía computarizada: se identifica el acetábulo y cabeza femoral izquierda con esclerosis de las superficies articulares, con disminución del espacio articular de predominio en su borde posterior. El cuello femoral y la diáfisis femoral izquierda se encuentran normales. La articulación coxo-femoral derecha conserva su morfología. Se ingresa para manejo por rehabilitación pediátrica, con mejoría al dolor en reposo, extensión del carpo, flexión de la cadera, fuerza en deltoides, glúteo mayor, cuádriceps e isquiotibiales, así como reintegración escolar.

Discusión. Este caso se enfatiza, debido a que es una enfermedad poliarticular, y puede confundirse con artritis idiopática juvenil, ya que ocasiona un amplio espectro de lesiones articulares y entre la tercera y la cuarta décadas de la vida está asociada a osteoartritis secundaria.

C-2 / C134

Artritis poliarticular como manifestación inicial de leucemia linfoblástica aguda. Reporte de caso

Suárez-Larios LM⁽¹⁾, Martínez-Martínez MU⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Infantil del Estado de Sonora, ⁽²⁾Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, México

Introducción: El dolor referido a las articulaciones es una queja frecuente en la consulta de pediatría; en ocasiones es momentáneo, en otras crónico. Las causas que dan origen a estas molestias son muy variadas e incluyen procesos virales, infecciosos, trastornos reumáticos, neoplasias o trastornos psicológicos.

Se presenta el caso de un niño cuyas molestias articulares motivaron la sospecha de artritis idiopática juvenil (AIJ); sin embargo, la causa de la artritis confirmada *a posteriori* fue leucemia linfoblástica aguda (LLA).

Caso clínico: Masculino de 11 años que acudió por cuadro de tres meses de evolución, con astenia, adinamia, dolor en miembros pélvicos, hombros, codos, agregándose aumento de volumen en tobillos, rodillas y manos, con limitación funcional, fiebre de bajo grado en forma intermitente, pérdida ponderal no cuantificada. Recibió atención inicial en medio externo y con sospecha de fiebre reumática recibió tratamiento con antibiótico, AINE y prednisona. Los síntomas persistieron y se agregó dolor en articulación temporomandibular con limitación a la abertura oral, por lo que acude al hospital.

A la exploración física se documentó artritis en tobillos, rodillas e interfalángicas proximales bilaterales. Con sospecha de AIJ se decidió su hospitalización para valoración por reumatología. Los exámenes de laboratorio informaron 33.1 x 10³/dl leucocitos, 24.2 x 10³/dl linfocitos, 7.5 x 10³/dl neutrófilos, Hb 12.4 g/L, 139 000 plaquetas, VSG 26 mm/h, DHL 697, PCR 375, complemento, inmunoglobulinas normales, AAN negativos, FSP 10% linfocitos atípicos. Se solicita AMO y valoración por oncología, concluyendo diagnóstico de LLA.

Discusión: La evaluación del niño con dolor o inflamación articular implica un diagnóstico diferencial amplio, que incluye patologías benignas auto-limitadas y otras que precisan un diagnóstico y tratamiento temprano. La artritis es el motivo de consulta más frecuente en reumatología, por lo que exige atención ante las situaciones que pueden simular AIJ; una de éstas la constituyen las neoplasias.

Los síntomas musculoesqueléticos están presentes en un 20-30% de los casos de LLA y la artritis puede ser el único síntoma inicial. Hasta 8-15% de los pacientes se diagnostican erróneamente como AIJ.

Características útiles para diferenciar ambos procesos: el dolor nocturno, la ausencia de inflamación articular y el dolor óseo no articular son más frecuentes en la leucemia. La afección poliarticular es más propia de la AIJ.

C-2 / C135

Eficacia de la terapia biológica (tocilizumab) en la artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs). Reporte de un caso

Suárez-Larios LM⁽¹⁾, Martínez-Martínez MU⁽²⁾, Arroyo-Acosta JB⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Infantil del Estado de Sonora, ⁽²⁾Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: Los avances en la biología molecular han producido diversos tratamientos para las enfermedades crónicas, como los agentes biológicos que han mejorado notablemente el manejo y pronóstico de las enfermedades autoinmunitarias en los últimos años. El tocilizumab (TCZ) ha mostrado eficacia en pacientes con AIJs refractaria al tratamiento convencional.

Caso clínico: Masculino de cuatro años, que inicia en julio de 2011 con fiebre de 38-39°C, dos picos diarios, acompañada de dermatosis en tronco, astenia, hiporexia, artralgiyas y artritis en hombros, codos, muñecas, rodillas y tobillos. Los exámenes de laboratorio mostraron repetidamente leucocitosis, neutrofilia, trombocitosis, anemia y reactantes de fase aguda elevados, por lo que se diagnostica AIJs en septiembre de 2011 e inicia tratamiento con metotrexato, prednisona y antiinflamatorio.

No tuvo respuesta al tratamiento inicial, por lo que se agregó hidroxilcloroquina y se propone cambiar vía de administración del metotrexato. Persistiendo con enfermedad activa, por lo que al contar con el recurso se inicia

terapia biológica con TCZ a dosis de 12 mg/kg, mostrando tras la primera infusión del medicamento incremento en cifra de hemoglobina, normalización de plaquetas, así como disminución de los reactantes de fase aguda (Tabla 1).

Tabla 1. Características clínicas.

	Ago 2011	Sep 2011	Oct 2011	Dic 2011	Feb 2012	Jun 2012	Ago 2012	Sep 2012 antes de infusión TCZ	Oct 2012 después de TCZ
Leu	17.8	18.7	30.1	14.3	14.9	10.5	13	18.5	13.3
Neu	12.1	13.1	23.4	7.0	9.7	4.15	6.4	14.9	6.7
Linf	5.7	4.4	4.6	5.35	3.4	4.9	5.2	2.6	4.3
Hb	8.5	9.2	11	12	11	10.8	10.5	10.2	11.7
VCM	79.6	77.7	73.2	72.4	78	72.2	72.5	71.7	79.2
Pla	688	705	519	581	482	407	521	536	456
VSG	40	35	24	7	25	40	24	35	4
PCR	103	27	36.3	20.5	123.8	113.6	53.2	75.4	
FR	Neg								
AAN	Neg								
IgG		1640							

Discusión: Los pacientes con AIJ sistémica presentan evolución variable; se informa curso monocíclico en 50% de los casos; el curso policíclico y persistente tiene peor pronóstico, con mayor riesgo de incapacidad funcional y artritis erosiva. Este paciente reunía múltiples predictores de mal pronóstico, por lo que en forma temprana se propuso el inicio de terapia biológica sin poder acceder a ella.

Se destaca la importancia del uso temprano de tocilizumab en pacientes con AIJ sistémica, ya que a diferencia de estas formas de artritis, estos pacientes muestran resistencia al tratamiento convencional y se sabe que los niveles elevados de IL-6 se correlacionan con la actividad de la enfermedad, daño articular, niveles elevados en reactantes de fase aguda, fiebre, trombocitosis, anemia crónica y el retraso en el crecimiento de estos pacientes.

C-2 / C136

Artritis, uveítis y nódulos cutáneos. ¿Artritis idiopática juvenil o sarcoidosis? Reporte de un caso clínico

Lara-Herrera P, Mendieta Z

ISSEMyM

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica descrita desde 1877 como psoriasis papilar por Hutchinson; Boeck la llamó "sarkoid" y Schaumann describió sus características multisistémicas. Aun en pleno siglo XXI se desconoce la etiología que produce la sarcoidosis; la *American Thoracic Society* y la *European Respiratory Society* la clasifican con otras seis enfermedades de etiología desconocida, con síntomas e histología definidos. Los casos reportados en pediatría ocurren antes de los 10.6 años, descritos en un reciente estudio internacional, con una incidencia de 0.22-0.27 en 100 000 nacidos vivos. En México, la incidencia de limita a 11 casos reportados, sólo dos pacientes pediátricos, pudiendo inferir su escasa incidencia en edad pediátrica, dejando en claro el subdiagnóstico y el desconocimiento de dicha patología.

Caso clínico: Masculino de 10 años de edad, con afección articular crónica, uveítis anterior crónica, dermatosis diseminada con lesiones papulares palpables, con antecedente desde los ocho meses de edad. Además, con aumento de volumen en dorso de manos y pies con dolor a la palpación y limitando deambulacion, con articulaciones hipertróficas y deformes. Diagnosticado a los tres años con artritis idiopática juvenil (AIJ) poliarticular, blefarconjuntivitis crónica y acropulosis en tratamiento por siete años

con AINE, etanercept, metotrexato, sin respuesta favorable, con determinación de enzima convertidora de angiotensina de 42 UI. A los 10 años ingresa con diagnóstico de conjuntivitis herpética, valorado por oftalmología y reumatología, se diagnostica uveítis anterior crónica; por la mala evolución se solicita biopsia de músculo y hueso, reportando miosistis crónica con granulomas no necrosantes consistentes con sarcoidosis, tejido óseo hipocelular en zona focal de granuloma no caseificante.

Discusión: La sarcoidosis es una enfermedad que semeja diversas anomalías, por lo que su diagnóstico es un reto; el caso típico de presentación temprana es afección en: piel (77%), ocular (80%), articular (75%), siendo similar a la AIJ; sin embargo, los agregados celulares interarticulares y deformidad temprana no son compatibles.

Conclusión: La sarcoidosis es una enfermedad con baja incidencia en pediatría y requiere un diagnóstico oportuno y manejo multidisciplinario adecuado, tratando de evitar complicaciones. Como este paciente, a pesar del tratamiento de larga evolución, no hay mejoría significativa y la progresión de la enfermedad es evidente. Por el inicio con afección ocular y articular fue confundida fácilmente con AIJ; empero, a falta de buena evolución así como la afección en piel, se pensó en un diagnóstico diferencial, siendo la biopsia la que confirmó dicho diagnóstico.

C-2 / C137

Infección por virus de Epstein-Barr, el gran simulador del lupus eritematoso sistémico

Vega-Cornejo G, Maldonado Velázquez R, Faugier FE, Enciso PS

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Paciente que presenta, como motivo de consulta, pérdida de peso de siete meses de evolución de aproximadamente 16 kg, fiebre no cuantificada de un mes de evolución antes de su ingreso con predominio nocturno, manejada sin medicamentos. Sin artritis, entesis, úlceras orales, rigidez matutina ni hospitalizaciones previas; a la exploración física, presencia de eritema malar, fotosensibilidad, lesiones consistentes con probable lupus discoide y, por laboratorio, con anemia hemolítica, leucocitopenia y trombocitopenia con afección renal.

Durante su estancia intrahospitalaria se manejó con bolos de metilprednisolona en número de tres a dosis de 30 mg/kg/día, así como bolo de ciclofosfamida el 4 de junio a dosis de 535 mg totales (500 mg/m² SC) y posterior a esto se deja con dosis plena de esteroide.

Se realiza biopsia renal encontrándose glomerulonefritis mesangial (clase II), nefritis tubulointersticial crónica activa. Se tienen PCR para EB positivo con 8 170 copias, en sangre periférica, PCR para CMV negativa, proteinuria de 20.6 a su ingreso, con un control a su egreso de 13 mg/m², examen general de orina al egreso sin presencia de cilindros, con trazas de albúmina. Se egresa con el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con base en: 1) lupus discoide, 2) pleuritis, 3) leucocitopenia y trombocitopenia, 4) ANA positivos con patrón de filamentos intermedios, 1: 320, 5) alteración renal.

25 de junio de 2011: ingresa al servicio de urgencias por choque séptico secundario a infección gastrointestinal; se valora en el servicio de urgencias encontrándose un Mex SLEDAI de 10; durante su estancia previa recibe seis bolos de metilprednisolona y un bolo de CFM por daño renal; el 8 de junio de 2011, durante su estancia, se realiza biopsia renal con resultado previamente comentado.

22 de julio de 2011: paciente masculino que se encuentra con palidez de piel y tegumentos, con signos vitales: FC, 82; FR, 19; TA, 90/60, cráneo normal, ojos con tinte icterico en escleras, narinas permeables, boca simétrica con presencia de úlcera en paladar duro, faringe normal, cuello simétrico sin adenopatías, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen blando depresible con hepatomegalia y esplenomegalia, genitales íntegros, extremidades superiores e inferiores íntegras, neurológico sin alteraciones.

Paciente que se sesiona con el servicio de nutrición quedando en el entendido que todo el cuadro presentado es secundario a infección por virus de Epstein-Barr, quedándose en vigilancia del proceso infeccioso, ya que la última carga viral se encuentra con aumento importante con respecto a la previa, siendo de 8 170 copias en ADN de leucocitos el 7 de junio y de 310 000 VEB en ADN de leucocitos del día 18 de julio de 2011, por lo que se envía al servicio de infectología para seguimiento. Quedando sin validez el diagnóstico previo de lupus eritematoso sistémico debido a que el proceso infeccioso pudo haber presentado positividad de los inmunológicos; se tiene evidencia en tinciones de biopsia hepática con datos de infección por EB.

La biopsia renal con inmunofluorescencia IgG positiva con depósitos granulares finos y gruesos en paredes capilares; también es positiva en las paredes de los túbulos del intersticio, IgA positiva en algunos túbulos, C3 positiva en algunos túbulos intersticiales. Se tienen tinciones para LPM1 positivas a nivel de piel y hepático, no se tiene muestra suficiente para procesar a nivel renal.

Ingresa al servicio de terapia intensiva por presentar datos de choque séptico, se hace el abordaje del paciente, presentando síndrome de activación de macrófagos secundario a virus de Epstein-Barr.

C-2 / C138

Tumoración en rodilla de lactante con artritis idiopática juvenil oligoarticular: características de imagen e histopatológicas

Tello-Winniczuk N, De la Cruz-Becerra LB, Rubio-Pérez N, Garza-Eli-zondo MA

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la enfermedad reumática más frecuente en niños. Ésta tiene diversas formas de presentación que incluyen: oligoarticular (AIJo), poliarticular con factor reumatoide (FR) positivo o negativo, variedad sistémica, entre otras. Los nódulos reumatoideos (NR) ocurren en sólo el 5 al 10% de los casos, frecuentemente en aquellos con la variedad poliarticular FR positivo y en edad escolar.

Se describe a una paciente AIJo que se presenta con fiebre y una tumoración en rodilla izquierda.

Caso clínico: Femenina de 17 meses que se presentó seis meses previos con artritis de tobillo derecho, muñeca y rodilla izquierda. Se identificó VSG y PCR elevada, ANA, FR, DNA de doble cadena, anti-PCC y HLAB27 negativos, diagnosticándose AIJo y se inició tratamiento con esteroide, AINE y metotrexato (MTX). La paciente persistió con datos de actividad, incrementándose el MTX. Sin embargo, es llevada por tumoración en rodilla izquierda y fiebre de 10 días de evolución. El ultrasonido de rodilla izquierda reveló una masa bien definida con ecogenicidad heterogénea, compresible, no desplazable con señal Doppler positiva.

Se realizó una resonancia magnética que reportó una imagen irregular en el compartimento lateral de la rodilla con componente quístico que muestra algunas áreas hipointensas en su interior; el resto de estructuras sin alteraciones. Ante la posibilidad de un absceso, la paciente se programó para drenaje quirúrgico. El estudio histopatológico reportó hallazgos consistentes con un NR. Después de estos hallazgos fue manejada con etanercept, naproxeno y MTX con mejoría significativa. Hasta este momento la paciente no ha presentado recurrencia del NR y se encuentra en remisión clínica.

Se presenta un caso de una lactante con AIJo con tumoración de evolución aguda en la que se realizan estudios de imagen que sugieren proceso infeccioso que requiere abordaje quirúrgico; se identifica presencia de nódulo reumatoide. Se decide instaurar tratamiento basado en anti-TNF- α con respuesta satisfactoria. La correlación clínica con los estudios de gabinete es cardinal para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

C-2 / C139

Manifestaciones musculoesqueléticas en leucemia linfoblástica aguda: diagnóstico diferencial de artritis idiopática juvenil

Rodríguez-Monroy, Zeferino-Cruz M, Torres-Jiménez A, Céspedes CA, Vela-Dávila R, Ramírez J, Solís-Vallejo E

Instituto Mexicano del Seguro Social

Caso clínico: Se presenta el caso de paciente femenino de 11 años quien inicia su padecimiento en julio de 2011 con dolor y aumento de volumen intermitente en quinto dedo de mano derecha, sin síntomas adjuntos. Manejada como proceso infeccioso y alérgico sin mejoría. Evoluciona con afección poliarticular, presencia de artralgiás de predominio en pequeñas articulaciones. Se sospecha de artritis idiopática juvenil, por lo que es enviada al servicio en enero 2012, corroborando sólo presencia de hipermovilidad y sin artritis. Posteriormente se intensifican las artralgiás, siendo revalorada en marzo de 2012, encontrando dactilitis en tercer dedo de mano derecha, por lo que se solicitan estudios de extensión.

Se inicia manejo sólo con antiinflamatorio, con mejoría. Al seguimiento se agrega artritis poliarticular, dactilitis y en estudio radiológico se encuentran datos sugestivos de sacroileítis, que se corrobora con gammagrama articular. Se solicitan estudios complementarios, encontrando elevación de transaminasas; se realiza USG hepático con esteatosis hepática, por lo que es valorada por gastroenterología pediátrica, quien sólo indica manejo con dieta.

Valorada por endocrinología pediátrica por obesidad y acantosis nigricans manejada con dieta y metformina. Se decide iniciar metotrexato, 10 mg/semanal. En mayo se encuentra con mejoría clínica ya sin artritis, asintomática; por laboratorio, presencia de leucopenia y neutropenia, por lo que inicialmente se disminuye dosis de metotrexato y posteriormente se suspende por persistencia de alteraciones hematológicas; hasta el momento sin síntomas asociados.

Se mantiene en vigilancia sólo con indometacina. En agosto se refiere nuevamente con artralgiás de predominio nocturno, fiebre, pérdida ponderal y se encuentra otra vez artritis en manos. Por laboratorio con pancitopenia y se reporta la presencia de blastos del 41%, por lo que se interconsulta al servicio de hematología pediátrica, realizando aspirado de médula ósea y concluyendo diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda.

La leucemia es la neoplasia más común en la infancia; el dolor musculoesquelético se presenta en 21 a 59% de los pacientes, afectando principalmente los huesos largos y puede presentarse con poliartritis simétrica o migratoria. En niños con leucemia linfoblástica aguda, la frecuencia de manifestaciones articulares es del 14% y la presencia de alteraciones radiológicas se ha reportado en el 44-99% de los pacientes al diagnóstico y se incrementa entre el 70 y 90% durante el curso de la enfermedad. La dactilitis y la sacroileítis no son de las manifestaciones musculoesqueléticas comunes en este tipo de neoplasias.

C-2 / C140

Espondiloartropatías juveniles: experiencia en un hospital de tercer nivel

Mendiola RK⁽¹⁾, Faugier FE⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital General Regional 200, IMSS Tecamac, ⁽²⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Las espondiloartropatías juveniles son enfermedades sistémicas que presentan inflamación de estructuras vertebrales, articulaciones periféricas y entesitis asociada en mayor o menor grado a manifestaciones extraarticulares. Entre un 10 y un 50% de las espondiloartropatías (SpA) comienzan en la infancia o adolescencia.

Aún no se comprenden completamente su patogénesis ni su exacta relación con las otras SpA. Algunos estudios muestran la existencia de características clínicas al inicio que pueden permitir predecir una EA, si bien no se ha explorado por completo el papel de factores inmunogenéticos, raciales y ambientales.

Justificación: No existen estudios que describan las características clínicas de la espondiloartropatía juvenil, ni su evolución a largo plazo.

Objetivo: Describir la expresión clínica de la SpA juvenil de inicio en cuanto a: actividad y extensión de la enfermedad, daño estructural presente y grado de afectación de la función y discapacidad.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, longitudinal; con un seguimiento de cinco años.

Resultados preliminares: Se realiza un estudio observacional, descriptivo, longitudinal de paciente que acuden a un hospital de tercer nivel; pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía juvenil, con un seguimiento de pacientes a cinco años.

Para estudiar los factores asociados al desarrollo de EA se utilizaron técnicas multivariantes, fundamentalmente regresión logística. De forma adicional se utilizan las técnicas descriptivas e inferenciales necesarias para la caracterización y comparación de los grupos en estudio.

Conclusiones: Las SpA juveniles se han descrito en las publicaciones mundiales; en este protocolo se incluyó a 13 pacientes y se encontró lo siguiente:

1. El 61.53% (ocho pacientes) de los enfermos no presentó secuelas y tiene una clase funcional I.
2. El 46.15% (seis pacientes) recibió terapia biológica, lo cual ha modificado la evolución natural de la enfermedad.
3. El 38.46% (cinco pacientes) presentó secuelas de leves a moderadas, por falta de recursos económicos para iniciar terapia biológica.

C-2 / C141

Espondilitis anquilosante y enfermedad de Legg-Calvé-Perthes; asociación o coincidencia: reporte de caso

Mendiola RK⁽¹⁾, Mercado BE⁽¹⁾, Faugier FE⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital General Regional 200, IMSS Tecamac, ⁽²⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes es una necrosis avascular idiopática de la cabeza femoral y su incidencia es de 1 caso por cada 10 000 niños; afecta con frecuencia a varones (4-5 varones, 1 mujer); su edad de presentación es entre los tres y 12 años. Su síntoma principal es alteración en la marcha y dolor a nivel de la cadera; se presenta por lo general de manera unilateral, pero hasta en el 30% puede ser bilateral. En algunos casos requiere manejo quirúrgico para no comprometer las metafisis femorales y afectar el crecimiento. Su pronóstico depende del grado de afectación.

Las espondiloartropatías juveniles son enfermedades sistémicas que presentan inflamación de estructuras vertebrales, articulaciones periféricas y entesitis asociada en mayor o menor grado a manifestaciones extraarticulares. Entre un 10 y un 50% comienzan en la infancia o adolescencia.

Realizando revisión de las publicaciones, hasta el momento no se ha encontrado nexo entre ambas patologías; sin embargo, por la fisiopatología de ambas, pudiera haber ciertos factores inmunológicos que compartan.

Caso clínico: Paciente femenino de 15 años de edad, con antecedentes de importancia: portadora desde el nacimiento de estenosis pulmonar, corregida por dos cateterismos cardíacos, hipotiroidismo en manejo sustitutivo con levotiroxina desde los 10 años; a los seis años cursó con pubertad precoz manejada con leuprolida.

Se realiza diagnóstico de Legg-Calvé-Perthes a los nueve años, con un manejo conservador de vigilancia y rehabilitación.

Inicia su padecimiento a edad de 10 años con artralgiyas en cuello, muñecas, rodillas, IFP e IFD, cadera y tobillos; después presentó artritis por más de seis semanas en dichas articulaciones, además de entesitis. Sólo manejo sintomático.

Se completa protocolo de estudio; cabe mencionar que la paciente llega a la consulta con clase funcional III; se integra diagnóstico de espondilitis anquilosante. Iniciando tratamiento con terapia biológica, AINE y FARME, además de rehabilitación y seguimiento.

Después de seis meses de tratamiento con buena evolución clínica, sin datos de actividad de la enfermedad y mejoría de la clase funcional.

Conclusiones: Hasta el momento no hay estudios reportados que indiquen una asociación entre ambas afecciones, pero con la fisiopatología podría existir algún tipo de relación. Se considera necesario investigar a fondo los factores genéticos del pacientes para ver si existe o no relación directa.

C-2 / C142

Enfermedad de Still en paciente de ocho años de edad con afección a nivel cervical sin datos de daño articular

Vega-Cornejo G, Maldonado-Velázquez R, Faugier FE, Cazare-Camacho AG, Enciso PS

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de Still en pediatría tiene baja incidencia, no hay estadísticas en esta población; se describen diferentes criterios diagnósticos, entre ellos los de Yamaguchi y Cush, con alta sensibilidad y especificidad los primeros, sin validación en pediatría.

Caso clínico: Ingresa para abordaje diagnóstico; cultivos, serologías para virus hepatotropos, VIH, perfil TORCH y gota gruesa negativos, aspirado de médula ósea negativo para infiltración neoplásica, BAAR en aspirado gástrico y PCR para tuberculosis en lavado bronquial negativos, resonancia magnética de cabeza y cuello con adenopatías, con biopsia de ganglio a nivel cervical, con hiperplasia folicular linfoide, así como linfadenitis crónica inespecífica; tomografía cervical sin afección ósea, biometría hemática con hemoglobina de 8.3 g/dl, hematocrito de 28.1%, leucocitos de 35 600/mm³ (neutrófilos del 89%), plaquetas de 585 000/mm³, ferritina de 1 500 ng/ml, ANA nucleolar de 1:320, anti-DNA positivo, factor reumatoide negativo y proteína C reactiva de 10.500 mg/dl; exploración física: piel con exantema polimorfo relacionado con fiebre, cuello con contractura muscular, limitando arcos de movimiento, sin presencia de artritis; abdomen con esplenomegalia de 3 cm por debajo del reborde costal: resto de articulaciones sin limitación.

Con base en los criterios de Yamaguchi se diagnostica, iniciando con prednisona a 2 mg/kg día y metotrexato a 15 mg/m²/sem SC, con mejoría de la actividad durante cuatro semanas con posterior reactivación debido a proceso infeccioso pulmonar. Este caso en particular, el paciente tiene gran contractura muscular cervical con estudios de imagen negativos para alteración anatómica, estando descrito en las publicaciones el compromiso a este nivel hasta en el 30% de los casos.

El diagnóstico es clínico, tomando en cuenta los criterios de Yamaguchi con sensibilidad del 96% y especificidad del 92%: temperatura > 39°C por más de una semana, odinofagia, leucocitosis > 10 000/mm³ con más del 80% de polimorfonucleares. Adenopatías, exantema típico, esplenomegalia, artralgiyas de más de dos semanas de evolución, disfunción hepática, ANA y FR negativos.

Cumplió los siguientes criterios: fiebre mayor de 39°C por más de dos meses, leucocitosis de 35 600 con PMN del 89%, exantema, artralgiyas, adenopatías y esplenomegalia, completándose el diagnóstico con cifras elevadas de ferritina.

Conclusiones: El diagnóstico de la enfermedad de Still en pediatría es complicado, requiere alta sospecha y descartar otras patologías, pudiendo agruparse en las enfermedades inflamatorias por su patrón de citocinas. El manejo es controversial; la administración de esteroides, así como metotrexato, reporta buena respuesta y en caso de refractariedad se describe el uso de anti-IL-6; no se tiene respuesta con anti-TNF en población pediátrica.

C-2 / C143

Asociación de los polimorfismos A1513C y -762 C/T del gen P2X7 e infección con *Micobacterium tuberculosis* en tejido aórtico de pacientes mestizos mexicanos con arteritis de Takayasu

Soto ME, Huesca-Gómez C, Gamboa-A R

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Una posible relación entre arteritis de Takayasu (AT) y tuberculosis ha sido sugerida.

Mycobacterium tuberculosis es un patógeno aerobio y la característica de la infección es la presencia de granulomas en los pulmones, a partir de un flujo transitorio de neutrófilos en el sitio de la infección, seguido por macrófagos activados. El receptor P2X7 es un canal de catión ligado abiertamente expresado por macrófagos murinos y humanos; su activación por ATP promueve la apertura de un canal selectivo de cationes, permitiendo la entrada de Ca²⁺ y Na y salida de K. Esto lleva a la activación de caspasa, resultando en apoptosis y activación de la fosfolipasa D, lo cual promueve fusión fagosoma/lisosoma y lisis de *Micobacterium*. El gen P2X7 humano codifica el receptor de P2X7 (cromosoma 12q2).

Factores genéticos juegan un papel importante en el fenotipo funcional del receptor P2X7; el gen es altamente polimórfico, mostrando varios polimorfismos (SNP) de un sólo nucleótido que llevan a la pérdida de la función del receptor; el más común es el polimorfismo 1513C, que puede conducir a una falta de lisis inducida en el ATP de micobacterias. También se conoce que el cambio del SNP -762T/C en la región promotora de P2X7 genera protección contra tuberculosis en la población de Gambia. Sin embargo, aún no está determinado el papel funcional de este SNP, ya que hay resultados controversiales en relación con la etnia.

Objetivo: Evaluar la asociación entre polimorfismos del receptor de P2X7 A1513C y 762 T/C con susceptibilidad a desarrollar AT en sujetos con infección por *M. tuberculosis*.

Material y métodos: Casos/controles. Casos, 33 tejidos aórticos de AT con > 4 criterios del ACR; controles, 33 con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, 69 aterosclerosis (AT) y otro grupo de 132 sanos.

Resultados: Un total de 132 tejidos aórticos obtenidos de autopsias, embebidos en parafina, elegidos de 57 560 autopsias. Análisis del SNP 1513C de P2X7 en AT mostró asociación significativa del alelo del polimorfismo y la presencia del gen de inserción IS6110 de *Mycobacterium tuberculosis* en comparación con el grupo control con aterosclerosis ($p = 0.03$; OR = 2.26; IC95%, 1.06-4.81). La variante -762 C/T de P2X7 mostró diferencias en el gen IS6110 positivo para *M. tuberculosis* entre arteritis de Takayasu en comparación con el grupo control con aterosclerosis ($p = 0.003$; OR, 0.12; IC95%, 0.01-1.09).

Conclusión: Estos resultados muestran que en esta población de estudio las variantes A1513C y -762 C/T de P2X7 están asociadas con susceptibilidad para tuberculosis y arteritis de Takayasu en tejidos aórticos positivos para el gen IS6110 de *M. tuberculosis*.

C-2 / C144

Causas de referencia y diagnósticos iniciales en vasculitis asociadas a ANCA (AASV) en un centro de referencia respiratorio. Estudio retrospectivo en 90 pacientes

Flores-Suárez LF⁽¹⁾, Alba M⁽²⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, ⁽²⁾Hospital Clínica

Introducción y objetivo: Ningún estudio ha examinado las causas de referencia y diagnósticos iniciales en las vasculitis asociadas a ANCA (AASV) en un centro respiratorio. Se estudió este aspecto y se presentan las principales características clínicas en 90 pacientes con AASV.

Métodos: Revisión retrospectiva y descriptiva de pacientes con diagnóstico final de AASV basado en los criterios del ACR y la Conferencia de Nomenclatura de Chapel Hill de 1994, entre 1982 y 2010.

Resultados: Se diagnosticó a 90 pacientes con AASV (74 con GPA, 10 con MPA, 6 con SCS). Sólo uno tuvo sospecha inicial de una vasculitis sistémica. Las principales categorías consideradas como diagnósticos iniciales fueron infecciosas (en 50 pacientes), reumatológicas (en 19), neoplásicas (en nueve, todas en pacientes con GPA) y otras en 12. El tiempo medio entre la sospecha inicial y el diagnóstico definitivo fue de 30 meses. Como se esperaba, los síntomas respiratorios dominaron en la cohorte, pero a excepción de una mayor frecuencia de estenosis subglótica, no hubo diferencias significativas en su comparación con otras series. Después de un seguimiento promedio de 22 meses, 83% de los pacientes sigue vivo, lográndose remisión en 87% y respuesta en 9%. Siete pacientes murieron, la mayoría por causas infecciosas.

Conclusión: Al ser referidos o a su llegada, estos pacientes con AASV fueron catalogados como portadores de otras enfermedades, lo que resultó en un tiempo prolongado transcurrido entre su arribo hasta el diagnóstico correcto. Al presentar estos datos, el propósito es revertir esta condición expandiendo entre diferentes especialistas las formas de presentación de los pacientes con AASV en el medio.

C-2 / C145

Propuesta de algoritmo para diagnóstico y determinación de la etiología de la hemorragia alveolar en el INER

Ramírez-Assad MC, Flores-Suárez LF, Cedillo, J, Bautista-Bautista EG

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

La hemorragia alveolar (HA) lleva a la muerte a 60% de quienes lo presentan. Se manifiesta con disnea, tos, hemoptisis (40-80%) y disminución de hemoglobina. Su sospecha se apoya mediante la demostración de infiltrados pulmonares bilaterales, lavado broncoalveolar hemorrágico o presencia de macrófagos con hemosiderina en más del 20% de ellos y exclusión de infecciones.

El diagnóstico diferencial es amplio, pero las causas más frecuentes de interés para el reumatólogo son las vasculitis asociadas a ANCA (47%), la etiología más frecuente en México y en el mundo, y el lupus eritematoso. Las demás causas más frecuentes son: enfermedades cardiovasculares, toxicidad por drogas, infecciones, coagulopatías y neoplasias.

Debido a su alta mortalidad, la cual sucede incluso en horas, el estudio y tratamiento temprano y el apoyo por unidades de medicina crítica permitirían disminuir su mal pronóstico. Hasta el momento no existe una guía que norme conductas de abordaje diagnóstico en HA.

Se realizó revisión sistemática narrativa de las publicaciones (Pubmed), con los términos: "alveolar hemorrhage", "diagnosis" y "algorithms", de los estudios publicados en los últimos 10 años (español e inglés). Se encontraron 44, de los cuales se utilizaron tres artículos observacionales que contaban con características acordes a los objetivos. Después del análisis de las publicaciones y la discusión a través de reuniones interdisciplinarias con intensivistas de la unidad de medicina crítica, reumatólogos y neumólogo (clínica de vasculitis), se propone un algoritmo diagnóstico en HA con tiempos para su ejecución.

La implementación del abordaje propuesto permitiría en pocas horas establecer una secuencia de confirmación e identificación de la causa de HA, con lo que el tratamiento sería más dirigido e incidiría en reducir la mortalidad.

C-2 / C146

Plasmocitosis policlonal y marcadores de linaje de células B en superposición: granulomatosis con poliangeítis y artritis reumatoide. Rituximab como tratamiento inicial. Reporte de un caso

Muñoz-Monroy OE⁽¹⁾, Mota-Mondragón BA⁽¹⁾, Muciño-Bolaños MC⁽¹⁾, Hernández-Pérez D⁽¹⁾, Flores-Lorenzo C⁽²⁾, Montes-Cruz RL⁽¹⁾, Rojo-Leyva FA⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Central Militar, ⁽²⁾Hospital Belisario Domínguez

Introducción: La asociación de artritis reumatoide (AR) con vasculitis vinculada con anticuerpos anticoplasma del neutrófilo (ANCA) es rara. Principalmente se describe la relación granulomatosis con poliangeítis y artritis reumatoide (GP-AR); la asociación poliangeítis microscópica y artritis reumatoide es más rara y no hay casos reportados de síndrome de Churg-Strauss y artritis reumatoide. La plasmocitosis policlonal deriva de anticuerpos policlonales de líneas celulares B. Se presenta el caso de una paciente con granulomatosis con poliangeítis y artritis reumatoide (GP-AR) en quien se documentó plasmocitosis policlonal y linaje celular B con respuesta favorable a rituximab.

Caso clínico: Mujer de 40 años con episodios repetitivos de rinitis. Presentó perforación septal y se realizó biopsia de mucosa nasal. Tenía nariz en silla de montar y secreción necrótica. A nivel pulmonar tuvo datos de enfermedad intersticial y nódulos cavitados. Tuvo poliartritis de manera aguda, factor reumatoide 111, antipéptido cíclico citrulinado de 2135, aumento de proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular.

Tuvo anticuerpos antinucleares de patrón moteado 1:160 con especificidades negativas y anticuerpos anticoplasma de neutrófilo positivos 1:40 de patrón citoplásmico (c-ANCA) y especificidad para proteinasa 3; la concentración de IgG en sangre fue levemente elevada. Tuvo respuesta al uso de glucocorticoides y se reportó biopsia de mucosa nasal con plasmocitosis policlonal e inmunohistoquímica positiva para CD-20, CD-3, Bcl-2, Ki-67 y reactividad para cadenas ligeras κ y λ ; las tinciones para bacterias y hongos fueron negativas. Se concluyó como síndrome de superposición GP-AR, dándose tratamiento con cuatro dosis semanales de rituximab 500 mg.

Discusión: Existe la hipótesis de que la reducción en los títulos de los ANCA permite lograr remisión. Este concepto y el entendimiento del papel de los linfocitos B han permitido el tratamiento de la granulomatosis con poliangeítis con rituximab. En este contexto, se plantea como una herramienta útil a los marcadores del linaje de células B que pueden estudiarse mediante inmunohistoquímica en biopsia de la mucosa nasal. Esto tiene la finalidad de iniciar un tratamiento específico y lograr remisión en los casos raros de superposición.

Conclusión: Los síndromes de superposición de vasculitis asociadas a ANCA con artritis reumatoide son raros; la mayoría de los casos descritos describe GP-AR. Los marcadores de linaje celular B pueden estudiarse en especímenes de mucosa nasal. En estos casos, el tratamiento inicial con rituximab parece ofrecer una mejor respuesta clínica y menor toxicidad.

C-2 / C147

Caso clínico: nódulos pulmonares en enfermedad de Behçet

Ramírez-Assad MC, Rivera-Rosales RM

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

Introducción: Mujer de 44 años. En 2010 se diagnosticó enfermedad de Behçet por odinofagia, úlceras orales, nasales y vulvares recurrentes, dolorosas, adenomegalias cervicales, pérdida de peso no cuantificada, fiebre intermitente y artralgiás con artritis en manos. Leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica normocrómica y trombocitosis. PCR, 26mg/dl; VSG, 39 mm/h; ANCA, AAN, anti-CCP, FR negativos. HLA B-35 bialélico. Biopsia (mucosa nasal): úlcera membranosa con tejido de granulación, necrosis e infiltrado polimorfonuclear extenso. Multitratada con antibióticos sin respuesta. Se inició MTX, folato, prednisona y colchicina con mejoría. Al estar ya sin PDN se hallan en preoperatorios para histerectomía por miomatosis en otra institución dos imágenes nodulares en base pulmonar izquierda y una derecha. Después de la cirugía recayó con mismos síntomas más ojo rojo doloroso.

En la institución se estudiaron los nódulos mediante BAAF guiada por TAC con reporte de linfocitos, macrófagos y células epiteliales multinucleadas CD68. Cultivos negativos. Se reinició PDN y las lesiones desaparecieron completamente dos meses después. En agosto de 2012, con MTX (25 mg/sem) y colchicina (1 mg/día), presentó tos hialina, fiebre de 38 °C, astenia, hiporexia, pérdida de 4 kg en dos semanas. Leucocitosis (18 000) con neutrofilia (15 000), Hb (11.4 g/dl), trombocitosis (779 000), PCR 18.2 mg/dl, VSG 40 mm/h. En Rx de tórax nuevas lesiones que en TAC de alta resolución son múltiples, bilaterales, reticulares y nodulares mal definidas. BAAF con mismos resultados que en 2010. Se egresó con MTX (25 mg/sem), colchicina 1 mg/día y PDN (50 mg/día) con mejoría inmediata desde inicio de PDN.

La enfermedad parenquimatosa pulmonar en Behçet es rara (1.1-5%). Presenta infiltrados alveolares/reticulares, atelectasias, cavernas o nódulos subpleurales, que suelen ser asintomáticos. En este caso, los síntomas reaparecieron posterior a la cirugía, considerado un fenómeno semejante a patergia. La naturaleza histológica ha sido poco reportada, encontrándose infarto pulmonar pero no hallazgos como los presentados.

Conclusión: La enfermedad parenquimatosa pulmonar en la enfermedad de Behçet es muy infrecuente, requiriendo estudios completos y biopsia para descartar neoplasias e infecciones. La naturaleza histológica de las lesiones pulmonares es poco conocida. Es necesario el ajuste de tratamiento para una respuesta favorable, pero las consecuencias a largo plazo se desconocen.

C-2 / C148

Reporte de caso: tromboangeítis ocliterante complicada por consumo de cannabis

González-Jáuregui GA, De la Madrid-Cernas AA, García-Morales H, Castro-Lizano N, Ricárdez-Puente HA, De la Madrid-Agraz V, Gándara-Márquez F, Prieto-Parra RE, Sánchez-Ortiz A, Echeverría-González G

UMAE-CMNO, IMSS

Introducción: Hombre de 41 años; IT, 18.7 paquetes/año; etilismo ocho años; cannabis por 20 años, un cigarro diario; epilepsia hace seis años en tratamiento con gabapentina y DFH. Ingresó con cuadro de 40 días de dolor intenso en dedos 3 y 4 de mano izquierda y 2, 3 y 4 derecha, quemante, cambios de coloración, alodinia, fiebre y pérdida de 10 kg. Al examen, necrosis seca de dedo 3 izquierdo y coloración violácea en dedos 2 y 4 bilateral, hipersensibilidad, pulsos presentes normales, hipotermia distal, MsPs normales. Adenopatías inguinales 2-3 mm, superficiales, blandas. BH con neutrofilia, VSG, ANA, ENA, ANCA, PFT, búsqueda de trombofilia, marcadores tumorales y APE negativos. Rx de manos, TC tórax y USG abdominal normales, ecocardiograma TT con foramen oval permeable de bajo riesgo, USG Doppler de manos con disminución del flujo, sin trombos. Se concluyó diagnóstico de TAO complicada por consumo de cannabis. Alta con tratamiento (vasodilatadores locales, prednisona y bloqueadores de canales de calcio).

Discusión: La TAO o enfermedad de Buerger se presenta en adultos jóvenes, varones, ocasionada por tabaquismo. En 1960 se reportaron los primeros casos de arteritis con consumo de cannabis; en 1990 se reportan casos similares y reconsideran el consumo de cannabis como factor desencadenante. Los cannabinoides ejercen sus efectos biológicos por medio del d-9-tetrahidrocannabinol causando vasoconstricción periférica por efecto similar a tiramina. Existe cointoxicación con tabaquismo produciendo efecto sinérgico.

Conclusión: La evidencia es insuficiente para considerar la arteritis por cannabis como una entidad independiente y también es controversial su asociación en la etiología de la TAO; sin embargo, el consumo de cannabis debe ser investigado en pacientes jóvenes con arteriopatía, ya que puede ser una causa frecuente de enfermedad arterial obstructiva periférica, la cual es subdiagnosticada.

C-2 / C149

Mastoiditis y parálisis facial como manifestaciones iniciales en un paciente con granulomatosis con poliangéit. Reporte de un caso

Ortiz-Montaña Y, Nieto-García Z, Torres-Viloria A, Rodríguez-Henríquez P

Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: La granulomatosis con poliangéit (GP) es una forma de vasculitis asociada frecuentemente con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) y una incidencia anual de 10 casos/millón. Mastoiditis y parálisis facial se presentan solamente en 10% de los casos como manifestaciones iniciales de la GP.

Caso clínico: Masculino de 54 años previamente sano. Inició padecimiento tres meses previos al presentar otorrea izquierda, parálisis facial y fiebre. Un mes después presentó disnea, tos con expectoración sanguinolenta, dolor e hipoacusia del oído izquierdo. En los laboratorios destacaba leucocitosis y lesión renal aguda. Se realizó mastoidectomía bilateral reportando necrosis coagulativa y tejido de granulación; se aisló cultivo de *P. aeruginosa*.

En la radiografía de tórax con opacidades difusas bilaterales; en la tomografía nódulos y cavernas bilaterales. Se realizó broncoscopia con cultivos negativos. Se inició manejo antimicrobiano sin mejoría. El perfil inmunitario, ANCA con patrón citoplasmático en dilución 1:160 y anticuerpos antiproteína 3 mayor a 200 RU/ml. Se inicia tratamiento con glucocorticoides a dosis altas y ciclofosfamida IV. El paciente evolucionó con resolución total de lesiones pulmonares y recuperación parcial de la audición.

C-2 / C150

Rituximab en actividad ocular recurrente por granulomatosis con poliangéit. Reporte de un caso

Sánchez-González M, De la Torre-González CE, Vargas-Avilés AS, Becerril-Mendoza LT, Lugo-Zamudio GE, Sepúlveda-Aldana D, Alonso-Martínez MD, González-Ramírez LV, Barbosa-Cobos RE

Hospital Juárez de México

Reporte de caso: Masculino de 38 años de edad sin antecedentes de importancia. Inició padecimiento actual con pansinusitis sin respuesta a tratamiento convencional, se realizó cirugía de Caldwell-Luc en la cual se reportó como hallazgo mucocela y lisis de pared anterior de seno maxilar izquierdo, posteriormente presentó escleritis difusa bilateral, perforación de septo nasal y paladar, por lo que fue enviado al servicio de reumatología. Se diagnosticó con base en los criterios del ACR, granulomatosis de Wegener

(granulomatosis con poliangéit, GPA). Se inició tratamiento de inducción a la remisión con metilprednisolona y ciclofosfamida de acuerdo a las recomendaciones EULAR, con respuesta favorable y se continuó con azatioprina como terapia de mantenimiento durante un año.

Posteriormente presentó en un periodo de tres años tres meses actividad ocular persistente (escleritis necrosante, perforación corneal y lisis tisular de injertos) refractaria a tratamiento sistémico con glucocorticoides/ciclofosfamida y tratamiento local medico-quirúrgico. Se inició con éxito tratamiento con rituximab (Tabla 1); actualmente el paciente cursa con el cuarto mes en remisión.

Tabla 1. Evolución ocular en un periodo de tres años tres meses

Mes	Agudeza visual	Diagnóstico oftalmológico	Tratamiento quirúrgico	Tratamiento sistémico
0	OD 20/80 OI 20/100	Escleritis necrosante AO		Ciclofosfamida Glucocorticoide
3	OD cuenta dedos a 2 m OI 20/100			
18	OD cuenta dedos a 2 m OI 20/100	QUP, perforación corneal periférica OI	Parche esclerocorneal recubrimiento en raqueta OI	
31	OD PL OI 20/400	QUP, descematocele OD	Recubrimiento con lamela esclerocorneal membrana amniótica OD	
33	OD PL OI 20/400	Escleroqueratitis, perforación corneal y catarata OD	Queratoplastia penetrante (1er injerto) extracción de catarata OD	
34	OD PL DC OI 20/400	Traumatismo ocular, dehiscencia de interfaz, hipotonía ocular OD		
35	OD PL OI 20/400	Lisis de injerto OD	Queratoplastia penetrante tectónica (2o injerto) OD	Rituximab
39	OD PL DC OI 20/100 (.) 20/80	Sin datos de lisis o inflamación		

AO, ambos ojos; DC, discrimina colores; OD, ojo derecho; OI, ojo izquierdo; PL, percibe luz; QUP, queratitis ulcerativa periférica; (.), con agujero estenoico.

Conclusiones. De acuerdo con lo reportado en las publicaciones, el rituximab es una opción terapéutica para las manifestaciones oculares refractarias de GPA.

C-2 / C151

Neumotórax espontáneo y manifestaciones vestibulares como datos iniciales en enfermedad de Behçet: remisión con uso de anti-TNF, reporte de un caso

Muñoz-Monroy OE⁽¹⁾, Mota-Mondragón BA⁽¹⁾, Montes-Cruz RL⁽¹⁾, Muciño-Bolaños MC⁽¹⁾, Flores-Lorenzo C⁽²⁾, Hernández-Pérez D⁽¹⁾, Mora-Mendoza I⁽¹⁾, Rojo-Leyva FA⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Central Militar, ⁽²⁾Hospital Belisario Domínguez

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es un trastorno inflamatorio (perivasculitis), multisistémico y reincidente de causa desconocida. Se

caracteriza por ulceraciones orogenitales y erupciones cutáneas; manifestaciones oculares; artritis; vasculitis; afectación neurológica y de grandes vasos. La afectación neurológica ocurre en 1-3%, como meningoencefalitis y como consecuencia de trombosis en los senos venosos duros. La afectación pulmonar ocurre en 1-5% e incluye pleuritis, embolismo, aneurismas de la arteria pulmonar, cambios en el parénquima y fibrosis. Se presenta el caso de una paciente joven que inició con neumotórax espontáneo y manifestaciones vestibulares, concluyéndose como neuroBehçet y afectación sistémica.

Caso clínico: Mujer de 40 años de edad que ingresó por dificultad respiratoria, se documentó neumotórax espontáneo y enfermedad bulosa con reporte de antitripsina α_1 negativo. Desarrolló síndrome cerebeloso caracterizado por cefalea, vértigo grave, dismetría, percepción visual alterada, lateropulsión y marcha inestable. Presentó cuadro agudo de ulceraciones orales, artritis y fenómeno de Raynaud. Los estudios de factor reumatoide, anti-CCP y anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo fueron negativos. Tuvo anticuerpos antinucleares a título 1:640 de patrón moteado con especificidades negativas y se documentó HLA-B51 y HLA-B44 positivos. La afectación neurológica se documentó por resonancia magnética y estudios neurofisiológicos. Fue manejada inicialmente con glucocorticoides y azatioprina y se logró remisión con el empleo de anti-TNF.

Discusión: La afectación neurológica y pulmonar de la enfermedad de Behçet se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad. La afectación del parénquima cerebral en neuroBehçet puede reunir en tres grupos: 1) tronco cerebral (oftalmoparesia, neuropatía craneal, disfunción piramidal o cerebelosa); 2) daño adicional en médula espinal y parénquima y 3) afectación hemisférica (encefalopatía, hemiparesia, pérdida sensorial, convulsiones). Los cambios en el parénquima pulmonar incluyen nódulos subpleurales y nódulos excavados que pueden originar el desarrollo de hidroneumotórax. Estas manifestaciones clínicas y los estudios mostrados permitieron realizar las implicaciones diagnósticas y terapéuticas correspondientes.

Conclusión: El curso clínico en la EB se manifiesta con exacerbaciones y remisiones, con una reducción gradual de la gravedad a través del tiempo. La experiencia clínica para identificar manifestaciones poco comunes y que permitan integrar el síndrome clínico es importante para realizar el diagnóstico e instaurar un tratamiento oportuno.

C-2 / C152

Arteritis de Takayasu. Reporte de un caso con angioplastia de urgencia

Arévalo-Martínez FG⁽¹⁾, Badía-Flores JJ⁽²⁾

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

Introducción: La arteritis de Takayasu afecta principalmente la aorta y sus ramas mayores; es más común en Japón, China, India, sureste asiático y México (ocurriendo primariamente en niños y mujeres jóvenes). La inflamación de la pared de los vasos lleva a formación de aneurismas, estenosis, trombosis y disección. Los síntomas se relacionan a la insuficiencia vascular y la inflamación sistémica. Los estudios diagnósticos incluyen USG Doppler, angiografía y angiorresonancia. El tratamiento médico incluye esteroides, inmunosupresores y biológicos anti-TNF- α , que raramente mejora las lesiones estenóticas. La cirugía de *by-pass* ha dado mejores resultados que la angioplastia.

Caso clínico: Femenino de 37 años, con padecimiento de 15 días con cefalea, fosfenos, amaurosis bilateral de una hora de duración, lipotimia en dos ocasiones y cianosis en manos. Los estudios a su ingreso reportan leucocitosis con neutrofilia, anemia, velocidad de sedimentación globular elevada. Al examen físico sin pulso radial ni braquial izquierdo, pulso radial y braquial derecho débil, soplo sistólico en foco aórtico y en arterias subclavas y soplo carotídeo izquierdo.

El USG Doppler revela arterias oftálmicas tortuosas, arterias carótidas tortuosas y engrosamiento generalizado de su capa íntima con reducción del

calibre del 89% en el lado izquierdo y 83% derecho, la arteria vertebral izquierda tortuosa; panangiografía revela tronco braquiocefálico ocluido antes de la bifurcación, arteria carótida común izquierda con lesión del 95%, arteria subclavia izquierda con lesión del 80%.

Se diagnosticó arteritis de Takayasu, se inicia prednisona 60 (mg por día), metotrexato (10 mg por semana), ácido acetilsalicílico (100 mg *c/24 h*), enoxaparina (60 mg SC al día); se realiza dilatación y colocación de endoprótesis en carótida común izquierda y subclavia izquierda, con lo que mejora el pulso radial y braquial izquierdo; presencia de pulso en la carótida izquierda y el soplo en foco aórtico es menor, mejora la cianosis en la mano izquierda y la paciente durante su estancia no volvió a presentar síntomas neurológicos ni oculares. Acude a consulta externa al mes, prácticamente sin cambios al examen físico y con estudios de laboratorio normales.

Conclusión: La arteritis de Takayasu puede presentarse en situaciones que ponen en peligro la vida. El tratamiento médico rara vez mejora las lesiones estenóticas. Está indicada la angioplastia en situaciones de urgencia, dependiendo de la ubicación de la lesión y la cirugía por *by-pass*, a decisión del cardiólogo intervencionista en el momento oportuno.

C-2 / C153

Caso clínico: coexistencia de poliangeítis microscópica (PAM) y AR

Ramírez-Assad MC, Flores-Suárez LF

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

Caso clínico: Hombre de 52 años, campesino, con antecedente de artralgias simétricas de pequeñas y grandes articulaciones y artritis en rodilla derecha, automedicándose sólo con AINE. Tres meses antes de ingreso (nov, 2011) presentó tos, pérdida de peso no cuantificado, disfonía, artralgias en carpos, tobillos y artritis en rodilla derecha. En febrero de 2012 se agregaron hemoptisis y disnea que requirió apoyo mecánico ventilatorio. EF: estertores crepitantes bilaterales y artritis en carpos (subluxados) y rodilla derecha.

Lab: Hb, 9.9 g/dl, 14 000 leucocitos, trombocitosis (800 000/ μ l); PCR, 22.6 mg/dl; VSG, 24 mm/h; depuración de creatinina, 32 ml/min/SC; creatinina sérica, 2.3 mg/dl; EGO con cilindros granulosos y proteinuria. ANCA por IFI: patrón atípico positivo (X-ANCA) de 1:320 y P-ANCA de 1:40. MPO-ANCA, 128 U/L (normal < 20), AAN negativos, C3 y C4 normales, FR, 29 U/L (normal < 20), anti-CCP > 200 U/L. Se descartó proceso infeccioso mediante cultivos, incluyendo lavado broncoalveolar.

Radiografías de manos AP y oblicuas con erosiones en carpo, MCF e IFP. Biopsia pulmonar: macrófagos con hemosiderina en alveolos. Biopsia renal: glomerulonefritis necrosante con semilunas y proliferación endocapilar.

Se diagnosticó coexistencia de PAM (activa) y AR con cambios crónicos y se inició esteroides a dosis altas y ciclofosfamida con lo cual logró remisión y mejoría en función renal en visita más reciente (oct, 2012).

Existen pocos reportes de la asociación entre vasculitis (AR) y PAM, siendo aún menos los de coexistencia con PAM. Se ha postulado en AR que el patrón perinuclear de ANCA se relaciona con enfermedad erosiva temprana y el atípico ha sido descrito como hallazgo ocasional. En este caso, ambas entidades se presentaron de forma independiente, con años de diferencia; la demostración histológica de PAM está bien documentada, así como la complementación serológica más frecuente MPO-ANCA. Hay que enfatizar que en casos atípicos de PAM clínica (presencia de artritis, particularmente erosiva) o serológica (X-ANCA) es necesario solicitar especificidades antigénicas e incluso obtener biopsias para fundamentar el diagnóstico.

C-2 / C154

Vasculitis del sistema nervioso central asociada a enfermedad de anticuerpos antimembrana basal glomerular ANCA negativos

Zúñiga, Irazoque F, Muñoz, Andrade-Ortega L

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La incidencia de vasculitis del sistema nervioso central (SNC) varían según su etiología; al igual que la enfermedad de anticuerpos antimembrana basal glomerular (anti-MBG), son trastornos autoinmunitarios raros. La enfermedad de anticuerpos anti-MBG se caracteriza por glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP), mediada por anticuerpos contra las cadenas α_3 de la colágena tipo IV, localizada en la membrana basal glomerular y alveolar. Cuando existe hemorragia pulmonar, se le llama síndrome de Goodpasture (SGP).

La afección del SNC en el SGP es excepcional y sólo se han descritos cinco casos en las publicaciones.

Caso clínico: Femenino de 35 años, trasplante renal hace 10 años secundario a falla renal, diagnóstico de SGP a los 23 años con base en glomerulonefritis rápidamente progresiva, hemorragia pulmonar y resultado histopatológico positivo confirmado con presencia de anticuerpos anti-MBG; actualmente recibe azatioprina (100 mg día) y prednisona (10 mg día), con adecuada función del injerto y sin tratamiento sustitutivo. Diez días antes de su ingreso presenta cefalea tipo vascular y crisis convulsivas con hemiplejía derecha. TAC: hemorragia subaracnoidea Fisher II, iniciándose tratamiento conservador con recuperación neurológica; resonancia magnética: zonas de hemorragia temporal y cerebelosa izquierdas. Angiografía cerebral: imágenes saculares y arrosariamientos sugestivos de vasculitis. Laboratorios: linfopenia de 930 mm^3 y VSG de 56 mm/h. Resto de estudios y complemento fueron normales. Los ANA, Acl, AL, c-ANCA, p-ANCA fueron negativos.

Se realizó diagnóstico de vasculitis de SNC asociada a síndrome de Goodpasture y se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona intravenosos, pero en el día 1 la paciente presenta nueva hemorragia cerebral con irrupción a ventrículos y muerte cerebral.

Existen pocos casos en las publicaciones de SGP con afección a SNC; de los cinco casos descritos, todos fueron ANCA (-), con edades entre 13 y 55 años, tres en sexo masculino, cuatro de ellos presentaron crisis convulsivas y falla renal en la etapa aguda con angiogramografía normal; diagnóstico preliminar de vasculitis de pequeños vasos y sólo en el caso descrito por Rydel la vasculitis se corroboró mediante biopsia meníngea. Garnier presentó un caso con cuadro de deterioro conductual crónico en una mujer de 55 años con presencia de anticuerpos anti-MBG positivos y una angiografía positiva.

Por último, la vasculitis del SNC asociado con SGP son casos extremadamente raros y no se ha encontrado su relación causal con la presencia o ausencia de ANCA. En los cinco casos descritos, la forma de presentación a nivel cerebral ha sido variable, con afección a pequeños y grandes vasos y cursos clínicos agudos y un curso crónico. Por lo cual se considera que el manejo de las vasculitis de SNC requiere diagnóstico oportuno, acompañado de un tratamiento agresivo y temprano.

C-2 / C155

Arteritis de Takayasu con afección coronaria: reporte de un caso en el Hospital General Zona Norte del Estado de Puebla

Mendoza-Aguilar M, Lamuno-Encorrada M, De la Fuente-Macip C

Hospital General del Norte Puebla, SSA

Introducción: Las lesiones producidas por la artritis de Takayasu (AT) pueden ser estenóticas, oclusivas o aneurísmicas y ser causa de hipertensión secundaria y daño terminal a órganos blanco. La hipertensión se presenta de manera predominante en un 53% de los pacientes, siendo un hallazgo raro la angina de pecho e infarto al miocardio <3%.

Caso clínico: Mujer de 59 años con antecedentes de HAS hace 30 años, aneurisma carotídeo hace 11 años. Hospitalizaciones previas por crisis hipertensivas. Ingresa a urgencias por angina de pecho asociado a elevación de TA, brazo izquierdo 180/100, brazo derecho 165/90, cuello región lateral derecha con aumento de volumen y tumoración blanda de 3×4 , pulsátil, soplo carotídeo ipsolateral, pulsos ausentes en extremidades torácicas extremidades inferiores con pulsos presentes normales. Analítica: VSG, 17 mm/h; proteína C reactiva, 0,8 mg/dl. ECG, hipertrofia de ventrículo izquierdo.

IRM de aorta: estenosis de la aorta torácica posterior a la región del istmo con diámetro mínimo de 4 mm, preestenosis de 16 mm y posestenosis de 11 mm; aorta abdominal: se ve imagen tortuosa sin estrechamientos. Coronariografía: DA, un vaso tortuoso sin lesiones; circunfleja, ocluida 100% en su segmento medio; aortografía: patología aórtica inflamatoria, desde el segmento vertical de la aorta descendente existe importante arrosariamiento de todo el vaso, incluyendo ambas arterias ilíacas, sin posibilidad de tratamiento percutáneo por extensión de la lesión.

Conclusión: En los pacientes con AT, la estenosis coronaria es baja (3-9%); si existen datos de isquemia miocárdica se debe descartar esta afección; el presente caso hace énfasis en el diagnóstico de acuerdo con los criterios de Colegio Americano de Reumatología para AT y detección de compromiso coronario por clínica y corroborado por coronariografía, se envía para tratamiento quirúrgico ante la imposibilidad de tratamiento percutáneo.

C-2 / C156

Síndrome del dedo azul, un reto diagnóstico. Presentación de caso

Melgar-Manzanilla V, Ávalos-Sánchez D, Barrera-Rodríguez A

Hospital General Dr. Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán

Introducción: El compromiso isquémico agudo o subagudo de uno o más dedos es un escenario clínico que enfrentan los reumatólogos ocasionalmente; la mayoría de los casos tiene los pulsos periféricos conservados, por lo que se suele descartar erróneamente una patología vascular al inicio; se afecta un dedo pero en ocasiones varios y puede ser unilateral o bilateral. Una vez iniciada la isquemia, ocasiona ulceración, pérdida del tejido, infección y gangrena, requiriendo amputación. Las principales causas de este síndrome son disminución del flujo arterial (émbolos ateromatosos o de cristales de colesterol, afección de la pared vascular, trombosis, vasoconstricción), síndrome de hiperviscosidad, disminución del retorno venoso.

Caso clínico: Paciente femenino de 86 años de edad con antecedente de exposición crónica a biomasa, con inicio de síntomas hace dos meses con parestesias y disestesias en miembros superiores e inferiores asimétricas, dolor abdominal en mesogastrio intensidad 4/10, disminución de la fuerza muscular en cintura escapular y pélvica 2/5 que incapacita la deambulación siete días después, coloración violácea de los cuatro últimos dedos en mano izquierda a 15 días del inicio, sin afección de los pulsos radial y cubital, llenado capilar de 6 segundos, hipotermia; 12 horas posteriores isquemia digital de mano izquierda. En los laboratorios con hemoglobina 10.1 g/dl, leucocitos 14 800, plaquetas 580 000, linfocitos 1 700, eosinófilos 250, creatinina 1.4 mg/dl, serología para hepatitis B negativa, C3 15 mg/dl, C4 100 mg/dl, crioglobulinas negativas, ANCA p 1:360, USG renal sin alteraciones morfológicas, Arteriografía abdominal con aneurismas en mesentérica superior y datos de vasculitis.

Conclusión: Las vasculitis son un grupo heterogéneo de enfermedades, las cuales abarcan un amplio espectro de manifestaciones; las más comunes son las cutáneas, pero en un grupo de pacientes pueden afectar sólo al sistema nervioso periférico y los vasos sanguíneos y condicionar un daño permanente no sólo en función motriz sino también en la estética y salud mental (estado anímico). Por ello es importante estar familiarizado con las diversas presentaciones y ofrecer un tratamiento energético y correcto.

C-2 / C157

Anticuerpos antiaparato de Golgi detectados mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) en células HEp-2 y su asociación con autoinmunidad

Martínez-Castillo A, Baños-Laredo ME, Huerta-García MT, Hernández-Ramírez DF, Acosta I, Ramón G, Ocampo M, Cabral AR, Núñez-Álvarez CA

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La detección de anticuerpos antinucleares (ANA) mediante IFI es considerada el estándar de oro ante la sospecha de un proceso autoinmunitario. Actualmente, la asociación entre el patrón que reconoce componentes del aparato de Golgi (AG) con enfermedades autoinmunitarias específicas no ha sido bien establecida. El patrón de AG se considera poco común y se ha reportado en pacientes con LEG, Sjögren, linfoma y otras enfermedades autoinmunitarias. En 2011, Vermeersch y colaboradores reportaron que no existe asociación entre este patrón y enfermedades autoinmunitarias (EAI).

Objetivo: Evaluar si existe asociación entre la presencia de anticuerpos contra el AG detectado mediante ANA-IFI y la presencia de EAI en pacientes atendidos en este instituto.

Método: De manera retrospectiva se revisaron todos los resultados de ANA realizados en el laboratorio durante el 2010 y se seleccionó a pacientes con registro institucional que mostraran el patrón de ANA contra el AG. Derivado del análisis se encontraron 20 pacientes con patrón de AG-IFI cuyos expedientes fueron revisados por un reumatólogo. Los datos obtenidos fueron analizados empleando estadística descriptiva.

Resultados: De los 20 pacientes (edad 42.2 ± 15.3 años; 75% mujeres) que mostraron el patrón de AG mediante IFI en células HEp-2, sólo 15 (75%) tuvieron EAI y cinco (25%) algún otro padecimiento no autoinmunitario. Las patologías asociadas a este patrón fueron las siguientes: CUCI (20%), hipotiroidismo (20%), hepatitis autoinmunitaria (20%), LEG (6.7%), CBP (6.7%), enfermedad de Graves (6.7%) y otras (20.1%). Cabe mencionar que la mayoría de los pacientes mostró otras afecciones asociadas; además, el 100% de los casos presentó patrones de ANA combinados: 12 (80%) tuvieron un patrón moteado grueso, dos (13%) moteado fino y uno homogéneo (7%). El patrón citoplásmico también se encontró asociado a la tinción de AG en el 80% de los pacientes.

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que la presencia de anticuerpos dirigidos contra el AG detectado mediante IFI en células HEp-2 se asocia con baja frecuencia a EAI generalizadas. Estos resultados son similares a los reportados por otros grupos de investigación.

C-2 / C158

Validación y utilidad diagnóstica de los ensayos para anticuerpos antigliadina, antigliadina modificada, antiendomiso, anti-transglutaminasa (IgG/IgA) en pacientes con enfermedad celíaca (EC)

Martínez-Robles L, Cerda E, Baños-Laredo ME, Huerta-García MT, Martínez-Castillo A, Hernández-Ramírez DF, Olivares-Martínez E, García-Hernández JL, Uscanga LF, Granados J, Núñez-Álvarez CA

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La EC es una enteropatía crónica de origen autoinmunitario caracterizada por la intolerancia permanente al gluten. Los síntomas de la EC son muy variados, desde cuadros diarreicos y anemia por mala absorción hasta déficit nutricional. Actualmente existen pruebas serológicas poco invasivas, en comparación con la biopsia intestinal, que apoyan el diagnóstico de EC, como la detección de los anticuerpos anti-TGt, anti-PGD, anti-Glia y anti-EM (isotipos IgG e IgA).

Objetivo: Validar los diferentes inmunoensayos para la detección de anti-TGt, anti-PGD, anti-Glia y anti-EM (isotipos IgG e IgA) y evaluar su utilidad diagnóstica en pacientes mexicanos con EC.

Materiales y métodos: Se incluyó a 100 sujetos sanos y 67 pacientes con EC (todos con biopsia). La detección de los anti-EM fue realizada mediante IFI y los anti-Glia, PGD y TGt con ELISA en un equipo automatizado. Los valores de referencia en población mexicana se establecieron con el percentil 95. Sensibilidad, especificidad y valores predictivos se obtuvieron mediante tablas de contingencia.

Resultados: Los valores de referencia obtenidos de manera experimental fueron: anti-TGt (<3.1 U/ml); anti-TGt IgA (<9.7 U/ml); anti-PGD IgG (<9.7 U), anti-PGD IgA (<9.7 U) y anti-EM (negativo). La presencia de todos los anticuerpos (excepto anti-PGD-IgA) fue mayor en el grupo de EC. La utilidad diagnóstica para los diferentes anticuerpos mostraron que los anti-EM fueron los más específicos (97%) con una baja sensibilidad (19%), seguidos de los anti-TGt-IgG (Sen/Esp, 28/94%), anti-TGt-IgA (Sen/Esp, 45/83%) y los anti-PGD-IgG (Sen/Esp, 30/94%); anti-PGD-IgA (Sen/Esp, 37/93%).

En contraparte, los anti-Glia-IgG/IgA mostraron una menor sensibilidad y especificidad (Sen/Esp, 45/52% y 29/85%, respectivamente). De manera interesante, 18% (12/67) con anti-EM positivos el 100% mostró positividad para los anti-PGD IgA/IgG y TGt IgG. Finalmente, la detección de anti-TGt, anti-PGD del isotipo IgA y anti-EM mostraron los mejores valores predictivos para el diagnóstico de EC.

Conclusiones: El presente trabajo muestra la importancia de establecer los valores de referencia en población mexicana para los distintos anticuerpos, además de conocer su utilidad diagnóstica de los mismos. Por último, la detección de los anti-EM, TGt y PGD debe ser una herramienta importante para el apoyo al diagnóstico de EC.

C-2 / C159

Nivel de apego a las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de lumbalgia en la consulta de primer contacto del Hospital General, Dr. Miguel Silva de la Secretaría de Salud de Michoacán, México

García-López R, Cardiel-Ríos M, García Tinajero-Pérez R

Hospital General Dr. Miguel Silva, SSM

La lumbalgia representa uno de los principales motivos de consulta a nivel mundial y su atención genera costos variables. Existe una vasta experiencia y diversas opciones de diagnóstico y tratamiento que no han afectado el desenlace de los pacientes. Se han desarrollado numerosas guías clínicas con el fin de mejorar los desenlaces y abatir los costos asociados al diagnóstico y tratamiento de lumbalgia que, sin embargo, no se han implementado en la práctica médica de primer contacto.

Material y métodos: Se realizó una revisión del expediente clínico de cada paciente atendido por lumbalgia y se aplicó una lista de cotejo. En dicha lista se cubrieron los aspectos más importantes de las guías existentes y se aplicó un puntaje, del cual se obtuvo el porcentaje que corresponde a la puntuación obtenida. Se clasificó como "Nivel óptimo de apego" a todo aquel expediente con un porcentaje de 75 a 100% del puntaje total alcanzable. Se clasificó como "Nivel regular de apego" a todo aquel expediente con

un porcentaje de 50 a 74% del puntaje total alcanzable. Se clasificó como "Nivel insuficiente de apego" a todo aquel expediente con un porcentaje inferior al 50% del puntaje total alcanzable. Además, se analizó el uso de auxiliares de diagnóstico y agentes terapéuticos.

Resultados: Se analizó un total de 70 expedientes, 29 de los cuales consignaron un diagnóstico específico, mientras que los restantes 41 permanecieron como lumbalgia inespecífica (LI). Estos últimos fueron separados para su análisis. La puntuación promedio fue de 7.5, que corresponde a un 31.2% de apego. Hasta 64 expedientes (91.5%) mostraban un nivel insuficiente de apego (<50%). Separando a los pacientes que tuvieron un diagnóstico específico, se obtuvo una puntuación promedio de 7.02, que corresponde a un 29.2% de apego.

Discusión: Existe un pobre nivel de apego a las guías clínicas entre médicos que atienden a pacientes con lumbalgia. Este resultado es reflejo del efecto limitado de las guías clínicas en la práctica diaria, situación que incrementa los costos de tratamiento sin mejorar su calidad. La presencia de un diagnóstico específico no cambió la conducta terapéutica.

C-2 / C160

Prueba de caminata de seis minutos en afección pulmonar por esclerodermia

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

Medicina Interna, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Introducción: La prueba de caminata de seis minutos (PC6M) se realiza, frecuentemente, a pacientes neumopatas o cardiopatas para medir la tolerancia al ejercicio y como prueba pronóstica en la hipertensión arterial pulmonar y la fibrosis pulmonar idiopáticas.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la PC6M para predecir gravedad de hipertensión arterial pulmonar o fibrosis pulmonar en pacientes mexicanos con esclerodermia.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con esclerodermia limitada o difusa, según criterios del *American Collage of Rheumatology*, sin discapacidad osteomuscular que impidiera realizar PC6M. Se midió la distancia caminada, tan rápido como les fue posible, en una superficie dura y plana de 30 m, en un ambiente tranquilo y oximetría de pulso, presión arterial, frecuencia cardíaca antes y después de la caminata. Al final de la prueba, se evaluó además con la escala de Borg para disnea. Se les realizó espirometría para evaluar la capacidad vital forzada y ecocardiograma para evaluar la presión sistólica arterial pulmonar (PSAP).

Resultados: Se incluyó a 49 pacientes de edad de 53.7 ± 12.7 , con capacidad vital forzada (CVF) de 78.7 ± 21.2 , PSAP de 39.5 ± 8.6 , los metros caminados fueron de 393.7 ± 97.35 que correspondió a $67.7 \pm 27.36\%$ del predicho calculado para su edad, sexo, estatura y peso. La correlación entre PSAP y el predicho de PC6M fue $r = 0.04$ ($p = 0.08$) y entre la CVF y el predicho de PC6M fue de $r = 0.6$ ($p = 0.01$).

Conclusiones: La PC6M se correlaciona significativamente en forma directa con la capacidad vital forzada e inversamente con la presión de la arteria pulmonar. La prueba de caminata es útil como indicador de afección pulmonar en esclerodermia.

C-2 / C161

Pulsos orales de prednisona (POP) en la práctica privada de reumatología

Rojo-Leyva F⁽¹⁾, Rojo-Vázquez CG⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Ciudad Satélite, ⁽²⁾Universidad Anáhuac

Los glucocorticoides son fármacos que tienen potentes efectos en el sistema inmunológico, tanto el adaptativo como el innato. Inhiben la síntesis de múltiples citocinas a nivel transcripcional y postranscripcional. Además de la alteración de la función de los linfocitos, particularmente los de estirpe T, también alteran la función de los neutrófilos, eosinófilos, basófilos y monocitos. Por estas razones se consideran medicamentos con potentes efectos antiinflamatorios y con poder inmunorregulador. De aquí que los glucocorticoides fueran considerados en sus orígenes, con mucha razón, el fármaco milagroso.

La limitación en la utilización de estos medicamentos son los cuantiosos efectos adversos inherentes a sus efectos terapéuticos. La dosificación produce cambios tanto en los efectos benéficos como en los adversos, por lo que se han diseñado múltiples esquemas de administración. Se considera que mientras más frecuentemente se dé una dosis, más efectos adversos pueden presentarse y mientras más espaciado se presentarán menos de esos efectos. La magnitud de la dosis también tiene variaciones notorias, desde dosis pequeñas, menores de 10 mg de prednisona, hasta dosis mayúsculas como son los pulsos que usualmente son de metilprednisolona y se administran a dosis mayores a 500 mg por vía intravenosa.

Este trabajo tiene como finalidad mostrar la experiencia obtenida en un consultorio privado de reumatología al tratar con pulsos orales de prednisona (POP) a 19 pacientes con: artritis reumatoide (AR)(6), lupus eritematoso sistémico (LES)(11), granulomatosis de Wegener (GW)(1) y uno con dermatomiositis (DM), con dosis que han ido desde 100 hasta 150 mg diariamente durante dos o tres días, cada dos, tres o cuatro semanas, cuando la terapia administrada no es suficiente para tratar las manifestaciones presentes. Es de hacerse notar que en ninguno de estos casos se trataron con esta modalidad afectaciones de magnitud considerable de órganos blancos o que pusieran en peligro la vida de los pacientes.

Las principales indicaciones para administrar los POP fueron cutáneas, articulares; en el caso de la dermatomiositis la afectación muscular y en el caso de la GW la afectación de vías aéreas superiores y pulmonares leves. La mejoría fue marcada en todos los casos. El efecto adverso fue exclusivamente síndrome de Cushing en dos pacientes. No se presentaron infecciones. La posología fue cómoda y económica.

Se concluyó que en la práctica privada la administración de pulsos de prednisona por vía oral parece ser una modalidad útil en algunos casos.

C-2 / C162

Disponibilidad y fuentes de información para la toma de decisiones en reumatología: uso de los estudios económicos

Guzmán-Vázquez S⁽¹⁾, Pizarro-Castellanos M⁽²⁾, Rodríguez-Mendoza M⁽¹⁾, Soto-Molina H⁽¹⁾

⁽¹⁾Itelness SA de CV, ⁽²⁾Hospital Infantil de México Federico Gómez

Objetivo: Identificar el efecto de la obligatoriedad de presentar un estudio de farmacoeconomía (FE) para la inclusión de medicamentos en el Cuadro Básico Nacional (CBN) en las publicaciones de EE relacionada con el área de la reumatología en México.

Método: Se realizó una búsqueda sistemática de las publicaciones de FE y RE publicados entre 1995 y 2011, además de un análisis estadístico de las publicaciones encontradas. Los estudios fueron clasificados por tres expertos en economía de la salud con base en los criterios de Drummond siguientes: si los estudios contemplan comparación de dos o más alternativas y si valoran los costos y consecuencias de las alternativas examinadas se dice que es un estudio de evaluación económica completa (EEC); si no incluye una de estas características se dice que son estudios de evaluación económica parcial (EEP). Se valoró si la modificación en el año 2003 alteró significativamente en términos de número de publicaciones, desenlaces objetivos evaluados y calidad metodológica.

Resultados: Se identificó un total de 263 artículos de EE publicados entre 1995 y 2011, 93 (35%) de EEC y 148 (56%) de EEP. Dentro del periodo de 1995-2002 se identificaron 56 estudios, 19 (34%) de EEC y 33 (59%) de EEP. En el periodo de 2003-2011 se identificaron 207 publicaciones de FE, 74 (36%) de EEC y 115 (56%) de EEP. Cabe mencionar que el 79% ($n = 207$) de las publicaciones se concentra en el periodo 2003-2011. Las publicaciones relacionadas con reumatología fueron 3% ($n = 9$), de las cuales 33% fueron EEC, 67% EEP, 78% declara un apoyo irrestricto de un tercero académico, 11% privado y 11% mixto. Antes de la modificación del reglamento en 2003 sólo se detectó un estudio de FE/RE, mientras que después del año 2003 el número ascendió a ocho artículos.

Conclusiones: La FE en México a través del número de publicaciones se ha desarrollado notablemente, destacando mayor número de EEC, aunque en RE, tal como se observó, su número es todavía muy bajo en un área donde hay medicamentos costosos en la atención de estos pacientes. Se sugeriría incentivar más la EEC en RE.

C-2 / C163

La profesionalización de una asociación civil de pacientes reumáticos permite obtener recursos para ofrecer tratamientos a pacientes de un hospital público

Bernard-Medina AG⁽¹⁾, Montañez-Espinoza E⁽²⁾, Milanés-Barajas IY⁽²⁾, Sandoval-García R⁽²⁾, Espinosa-Sandoval S⁽²⁾, Vera-Jáuregui R⁽²⁾, Gutiérrez-Ureña S⁽¹⁾, Navarro-Ibarra R⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, ⁽²⁾Una Sonrisa al Dolor A.C.

Introducción: Los desafíos actuales y los nuevos tratamientos reumatológicos hacen que la participación activa de los pacientes reumáticos permita alcanzar algunas soluciones para que un número mayor de pacientes reciba medicaciones especializadas. Para ello la profesionalización de las asociaciones es muy importante.

Objetivo: Dar a conocer de qué manera la profesionalización de integrantes de una asociación civil trabajando al lado de una institución de salud puede otorgar beneficios a pacientes de bajos recursos.

Material y métodos: Los representantes de la mesa directiva de una asociación civil para pacientes reumáticos asistieron a diferentes cursos de liderazgo: Legislación y Políticas Públicas para las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), diplomado de dirección y gerencia social para las OSC, Importancia de la Planeación Estratégica y Operativa en las OSC, voluntariado en movilización de recursos, jornadas de transparencia, entre otros. Se obtuvieron datos de los pacientes que fueron beneficiados con el empleo de medicamentos modificadores de enfermedad y biológicos, al aplicar los conocimientos adquiridos en el último año.

Resultados: Se obtuvo un recurso federal para un proyecto de equipamiento para la aplicación de fármacos biológicos. Con ello, se adaptó un espacio para la aplicación de medicamento que se obtienen principalmente por donación y algunos otros se compran con el recurso. El fármaco es administrado tras un proceso de selección y filtro realizado a través de los mecanismos y las normas establecidos para las OSC. Los beneficiados con medicamentos modificadores de enfermedad fueron 182 pacientes: sulfasalazina 92, metotrexato 56, cloroquina 16, leflunomida 8, azatioprina 6 e hidroxilcloroquina 4. En cuanto a los medicamentos biológicos: etanercept 2, abatacept 2, certolizimab pegol 2, adalimumab 1 y tocilizumab 1.

Conclusión: Se inició con un pequeño grupo de pacientes beneficiados y es evidente que las necesidades son grandes. Sin embargo, la profesionalización de la asociación civil y la aplicación transparente de los recursos pueden beneficiar a un mayor número de personas.

C-2 / C164

Reacción a fármacos con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS) y vasculitis

Vera-Lastra OL⁽¹⁾, Olvera-Acevedo A⁽¹⁾, Becerril M⁽²⁾

⁽¹⁾Departamento de Medicina Interna, ⁽²⁾Departamento de Medicina Interna. Departamento de Alergia e Inmunología. Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret

El síndrome DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) es una reacción grave a fármacos y se distingue por eritema maculopapular, fiebre, linfadenopatía, hepatitis, alteraciones hematológicas (eosinofilia, linfocitos atípicos) y afección multiorgánica. Es mediada por inmunidad tipo IV y tiene una mortalidad 110%

Caso: Mujer de 34 años hospitalizada a los 32 años por síntomas generales y lesiones de aspecto vasculítico (paniculitis) y tratada con esteroides en altas dosis. Hace dos meses por trastornos limitrofes de la personalidad fue tratada con carbamacepina, paroxetina y quetiapina. Dos meses después inició con fiebre hasta de 40°C, eritema maculopapular generalizado, pruriginoso, poliartralgia, poliartritis, serositis (derrame pleural, ascitis) y adenomegalias cervicales, axilares e inguinales de 1-1.7 cm). Laboratorio: leucocitosis hasta 18 000, eosinófilos de 45% (8 000 totales). HB, 12 g/dl, pruebas de función hepática con aumento de fosfatasa alcalina.

Anticuerpos antinucleares, anticuerpos extraíbles del núcleo negativos, complement negativo. Biopsia de piel: eosinofilia y vasculitis. Desgranulación de basófilos positivos para carbamacepina y paroxetina. TORCH negativo. Biopsia de ganglio, hueso negativo para enfermedad linfoproliferativa, aspirado de médula ósea con eosinofilia, inversión de cromosoma 16 negativa, gen FIPIL1 negativo. Tomografía computarizada toracoabdominal: adenomegalias mediastinales y abdominales < 1 cm, axilares e inguinales de 1.5 cm. Fue tratada con esteroides (50 mg/día) con respuesta adecuada. Se descartaron enfermedades linfoproliferativas e infecciosas.

Conclusión: Esta paciente reúne las características de DRESS, desencadenado por carbamacepina, con respuesta adecuada a esteroides; además, cursó con vasculitis cutánea. Estos pacientes se deben vigilar en forma estrecha dado que pueden desarrollar lupus eritematoso en un futuro.

C-2 / C165

Hipoparatiroidismo por tiroidectomía total en paciente con tiroiditis de Hashimoto con artritis reumatoide de diagnóstico reciente

Arévalo-Martínez FG⁽¹⁾, Badía-Flores JJ⁽²⁾

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

Introducción: La tiroiditis de Hashimoto (TH) es una enfermedad de etiología autoinmunitaria y causa frecuente de hipotiroidismo. Puede asociarse con otras enfermedades de igual estirpe. El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y la detección de anticuerpos antitiroideos. Su tratamiento consiste en terapia de sustitución hormonal tiroidea. El tratamiento quirúrgico (tiroidectomía total) puede llevar a hipoparatiroidismo e hipocalcemia secundaria, un padecimiento que se manifiesta con síntomas musculares, neurológicos y cardíacos.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente con TH y artritis reumatoide temprana que posterior a tiroidectomía presentó cuadro de hipocalcemia sintomática.

Caso clínico: Femenino de 33 años, con antecedente de tía materna con AR; diagnóstico de TH hace 13 años y tratada con tiroidectomía, triyodotironina y tiroxina combinados, 20/200 µg cada 24 hs. Tres semanas

después de cirugía inicia con espasmo muscular carpopedal, contractura de músculos faciales y hormigueo en cara y manos, diagnosticada y tratada como hipoparatiroidismo con carbonato de calcio 2 tabletas 500 mg cada 8 h y calcitriol 0.25 mg por día, evolucionando bien hasta septiembre de 2012 cuando acude por exacerbación de síntomas por hipocalcemia, con signo de Chvostek y Trousseau positivos, calcio sérico de 5.7/8.5 mg/dl, fósforo de 5.8/2.5-5.6 mg/dl, magnesio normal, calcio y fósforo en orina de 24 h, pruebas tiroideas y ECG normales.

Tratada con gluconato de calcio al 10% IV, 5 ampulas por día, sulfato de magnesio al 15% IV cada 8 h, que se retiran por flebitis grave, persistiendo calcio bajo de 6.5 mg e iniciándose citrato de calcio a 315 mg, colecalciferol a 2 mg y teriparatida subcutánea a 20 µg por día con buena respuesta, mejorando valores de calcio, fósforo y magnesio y con mejoría clínica. Cuatro días después presenta artralgia y artritis en IF, MCF, codos, RAM mayor a 1 hora; trombocitosis, PCR y VSG elevadas, FR de 320/20 (y anti-CCP posterior 200/20), rayos X de manos con aumento de tejidos blandos. Se inicio manejo con betametasona IM 1 cm³, AINE, FARMES (metotrexato, 7.5 mg por semana; e hidroxycloquina, 200 mg por día), con mejoría de síntomas articulares.

Comentario: La TH puede estar asociada a otros padecimientos autoinmunitarios, entre ellos anemia perniciosa, enfermedad de Addison, diabetes mellitus tipo I, AR, Sjögren y LES. El tratamiento quirúrgico puede causar complicaciones como hipoparatiroidismo con la subsecuente hipocalcemia. En lo posible, el manejo deberá consistir en terapia de reemplazo hormonal.

C-2 / C166

Tuberculosis (TB) del sistema nervioso central (SNC). ¿Un riesgo de la terapia biológica?

Pablo OL, Irazoque PF, Andrade-Ortega L, Muñoz LS

ISSSTE

Introducción: El riesgo de desarrollar TB ha sido descrito desde la comercialización de los fármacos modificadores biológicos, fundamentalmente los que bloquean la acción del factor de necrosis tumoral. Ésta se presenta entre el tercer y cuarto mes de tratamiento y en la mayor parte de los casos es diseminada, lo que sugiere reactivación de una infección latente. De igual manera, se han descrito casos de presentaciones atípicas con comportamiento clínico poco habitual. Se describen dos casos de presentación en SNC.

Caso 1: Femenino de 40 años, con diagnóstico de artritis reumatoide a los 21 años, tratada en medio particular. Por falta de respuesta a FARME no biológicos y esteroide a dosis bajas se inició terapia con etanercept. Tres meses después inicia con cefalea universal, náusea y vómito, así como aplasia medular, por lo que se da manejo con filgrastim y esteroides, con mejoría parcial. Evoluciona con cefalea intensa, la tomografía reporta lesiones consistentes con toxoplasmosis, se inicia clindamicina y pirometamina-sulfadoxina durante un mes, sin mejoría. Resonancia magnética (RM) con lesiones múltiples parenquimatosas y diagnóstico de tuberculosis. Manejo antituberculoso con mejoría hasta septiembre del 2012, cuando presenta cefalea, mareo y dificultad para la marcha. RM con lesión ocupativa intraxial en hemisferio cerebeloso derecho, paramedial isointensa, en T1, hiperintensa en T2, de aproximadamente 3 cm, con edema cerebral perilesional, desplazamiento del cuarto ventrículo con hidrocefalia. Se realiza resección de la lesión con reporte histopatológico de lesión inflamatoria consistente con absceso, tejido fibroso y de granulación.

Caso 2: Femenino de 18 años, con diagnóstico de miopatía inflamatoria a los 14 años, tratada en su hospital regional con metotrexato y prednisona. A los 16 años con afección articular, se indica ciclosporina y rituximab. Por persistencia de artritis en junio del 2012, se decide administración de tocilizumab. Acude en septiembre del 2012 por cefalea holocraneal opresiva, 9/10, fiebre de 38.5°C, tratada con paracetamol y levofloxacino, dos días

después con fotofobia, náusea y vómito, irritabilidad y agitación psicomotriz, coprolálica, pupilas de 2 mm, hiporrefléxicas. Tomografía de cráneo sin datos de infarto o hemorragia. Ingresa a unidad de cuidados intensivos. RM reporta proceso inflamatorio de leptomeninges generalizado de predominio basal, con vasculitis de arteria cerebral media y múltiples lesiones parenquimatosas supratentoriales e infratentoriales (probable tuberculosis). Biopsia de lesión por estereotaxia, reportando encefalitis granulomatosa, asociada a infección por bacilos resistentes a ácido-alcohol (tuberculosis), con tinción de Ziehl-Neelsen positiva.

El desarrollo de TB ha sido reportado principalmente con los anti-TNF, con un OR de 4.68. Con respecto al tocilizumab, Okada y colaboradores examinaron los efectos de IL-6 y bloqueo de TNF-alfa en el desarrollo de infección de tuberculosis en ratón, observando que existe menos infección para anti-IL6 que para anti-TNF, lo cual hace probable que la incidencia de tuberculosis sea menor con tocilizumab respecto de anti-TNF. En estas pacientes, el uso concomitante de esteroides, inmunosupresores y terapia biológica fueron factores importantes para desarrollo de tuberculosis.

C-2 / C167

Siliconosis y esclerodermia. Un caso de síndrome autoinmunitario/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) o síndrome de Shoenfeld

Peralta-Amaro AL⁽¹⁾, Cruz-Domínguez MP⁽²⁾, Vera-Lastra OL⁽¹⁾

⁽¹⁾Departamento de Medicina Interna, ⁽²⁾División de Investigación del Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, IMSS

Introducción: El síndrome autoinmunitario/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) engloba cuatro entidades: síndrome posvacuna, síndrome miofasciático-macrofágico, guerra del Golfo y siliconosis. ASIA se desencadena por sustancias que actúan como adyuvantes e incrementa la respuesta inmunitaria como el silicón. Los implantes mamarias de silicón (IMS), a pesar de ser considerados como sustancias inertes, se han asociado a diversas manifestaciones inespecíficas y específicas de enfermedad reumática autoinmunitaria, en especial la esclerodermia, como una manifestación de ASIA.

Caso clínico: Mujer de 56 años con dos cirugías faciales estéticas e MS hace 15 años. Inició tres años antes con xerostomía. De un año de evolución, fatiga, fenómeno de Raynaud y endurecimiento de la piel de las manos y cara; desde hace un mes disnea de medianos a grandes esfuerzos. Exploración física, endurecimiento de la piel de la cara (Rodnan 16) y manos, mucosa bucal seca, debilidad muscular proximal, edema de manos y pies.

Anticuerpos antinucleares positivo, 1:160 con patrón nucleolar, anti-SCI-70 negativo, anti-Ro y anti-La negativos. Ecocardiograma: hipertensión arterial pulmonar moderada. Serie esofagogastroduodenal: reflujo y hernia hiatal. Pruebas de función respiratoria: patrón restrictivo. Tomografía de alta resolución pulmonar: patrón intersticial. Prótesis mamarias de silicón íntegras. Biopsia de piel, epidermis adelgazada, dermis con condensación bandas de colágena.

Conclusión: Paciente con IMS de 15 años de evolución y manifestaciones de esclerodermia como un ejemplo de ASIA. Se considera que el mecanismo de exposición al silicón es a través de la fuga crónica de esta sustancia y como desencadenante de la esclerodermia.

C-2 / C168

Artritis axial como manifestación inicial de la enfermedad de Castleman en un adolescente

Leal-Ojeda J, Enciso PS, Faugier FE, Maldonado-Velázquez M

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de Castleman, enfermedad rara, no bien conocida, se caracteriza por crecimiento masivo de tejido linfoide.

Caso clínico: Masculino de 15 años, diagnóstico de artritis secundaria reactiva a parvovirus, tratado con indometacina y sulfazalacina. PA: fiebre de dos a tres semanas diario, pérdida de peso, úlceras anales. EF: hiperpigmentación generalizada, acantosis nigricans, hepatomegalia, 2-2-1 cm, úlceras perianales, sacabocado, máculas acrómicas perianales, hiperalgesia a nivel de T10.

BH: leucocitosis de 32 000, neutrofilia, anemia hipocrómica microcítica PCR de 14.4-18. Procacitonina negativa. VSG 20. Complemento C3 y C4 normales; IgE, IgG altas para edad, FR negativo, ASCAS, ANCAS, antipéptido cíclico citrulinado negativo. Prueba de patergia negativa. Gota gruesa, reacciones febriles, basiloscoopia esputo seriadas, coprocultivo, urocultivo, cultivo LCR, hemocultivos, coproparasitoscópicos, coccidias, amiba en fresco, serologías herpes virus I y II, CMV, EVB y parvovirus IgG e IgM TODOS negativos.

Citoquímico LCR: normal, Gram sin bacterias. HIV y reacción nitroazul de tetrazolo negativos. AMO: negativa. Fondo de ojo normal. ACTH 155, cortisol 23.3, anticuerpos anti-21-hidroxilasa negativos. Ecocardiograma sin vegetaciones. TAC de cuello, toracoabdominopélvica: adenopatías cervicales, axilares, mediastinales y femorales. Resonancia magnética de cráneo y neuroje: normal.

Conclusión: Ante paciente con fiebre de origen desconocido es importante descartar todas las etiologías; en este caso se llegó al diagnóstico con la biopsia de ganglio femoral.

C-2 / C169

Serie de casos: análisis de 12 años de enfermedades reumáticas y cánceres

Echeverría-González G, Sánchez-Ortiz A

UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

Introducción: Por más de 50 años, la autoinmunidad ha sido ligada a linfomas y otros cánceres. La disregulación inmunológica juega un papel principal en la linfomagénesis, como se ha visto en el incremento del riesgo de linfoma en trasplante de órganos, infecciones virales (EB) e inmunodeficiencias. Uno de los componentes es la pérdida de la tolerancia a los autoantígenos y por ello la neoplasia puede preceder o coexistir con la enfermedad reumática al momento del diagnóstico. Un metaanálisis reciente demostró que los tratamientos llamados biológicos no incrementan el riesgo de cánceres en relación con el curso natural o el uso de fármacos sintéticos. Se presentan los casos bien documentados y tratados en un centro de tercer nivel de atención.

Casos: Un total de 12 casos de cánceres de pacientes con edades de 19 a 62 años con promedio de 50.6 años, nueve mujeres y tres hombres, destacan seis con diagnóstico de artritis reumatoide cuyo diagnóstico fue realizado de los dos hasta los 26 años de evolución, con retraso en el diagnóstico y tratamiento, tres casos de lupus eritematoso sistémico, dos de ellos con diagnóstico reciente, incluso uno de ellas fue diagnosticada primero con neurofibromatosis tipo 2 con agresividad intensa con schwannomas, neurinomas, rango nefrótico, trombocitopenia menor de 6 000, y ameritó radioterapia por localización medular y pares craneales de algunos neurinomas y se diagnosticó LES un año después de la neoplasia neurológica; el otro caso después de 15 años de inactividad presentó deterioro constitucional, hemorragia digestiva, concluyendo en cáncer de esófago sin ser elegible para tratamiento oncológico.

El resto de los diagnósticos incluyó una trombofilia, espondilitis anquilosante y osteoartritis hipertrófica. Tres casos fueron de linfoma no-Hodgkin, don de ellos en mucosas centofaciales llamados MALT con mala

evolución y deterioro grave, uno de ellos en remisión completa, cuatro de cáncer de mama, dos con mastectomía, quimioterapia, rituximab y mejoría clínica, uno de ellos con metástasis a pericardio con trombosis masiva y muerte. Un caso de cáncer renal de células claras moderadamente diferenciado en LES inactivo con nefrectomía exitosa, buena evolución y continúa en tratamiento anti-CD-20. Dos casos de cáncer pulmonar metastásico, ambos sin antecedente de biológicos, sólo tabaquismo intenso en ambos varones con desenlace fatal en uno y el otro reciente en paliativo.

Conclusiones: Ésta es una serie de casos documentados que oportunamente han seguido en vigilancia en reumatología, ya que algunas situaciones conducen a incidencias bajas por no contar con reporte de éstos o pérdida en la secuencia de su tratamiento. La evidencia de incremento del riesgo *de novo* para los pacientes con enfermedades autoinmunitarias para carcinogénesis es evidente y aumentada con algunos de los propios tratamientos e infecciones intercurrentes.

C-2 / C170

Tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica con ácido micofenólico

Álvarez del Castillo-Araujo AL⁽¹⁾, Ramos-Sánchez MA⁽¹⁾, Aranda-Baca LE⁽¹⁾, Sauza del-Pozo MJ⁽¹⁾, Becerra-Márquez AM⁽¹⁾, Mejía-Holguín Y⁽¹⁾, García-Cervantes ML⁽¹⁾, Castañeda-González JA⁽²⁾

⁽¹⁾Reumatología, ⁽²⁾Radiología, Unidad Médica de Alta Especialidad, HE No 25. IMSS, Monterrey, Nuevo León

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) se presenta en el 80% de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) y no existe un tratamiento efectivo hasta el momento. El ácido micofenólico (MMF) ha sido reportado como un fármaco prometedor en el tratamiento de esta entidad.

Objetivo: Determinar si el MMF puede limitar la progresión clínica y los cambios en la tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) en la EPI asociada a ES después de seis meses de tratamiento.

Material y métodos: Estudio prospectivo y abierto. Se incluyó a pacientes >18 años con diagnóstico de ES según los criterios del ACR, con disnea grado 2 (índice de Mahler), FVC menor de 80% del predicho en las pruebas de función respiratoria (PFR) y lesiones en vidrio despolido en la TACAR. Recibieron MMF (2 a 3 g cada 24 h) durante seis meses. Se realizó evaluación clínica cada dos meses. El Rodnan, Mahler, QOLra, PFR y TACAR se reevaluaron después de seis meses de tratamiento. Se utilizó SPSS 17.0 para el análisis de los resultados.

Resultados: Se evaluó a 13 mujeres. La edad fue de 52-10 años y la duración de la disnea de 150-125 meses. Seis pacientes tenían ES difusa y siete limitada. Después de seis meses de tratamiento mejoró el índice de Mahler (2 vs. 2.5; $p = 0.01$), Rodnan (13 vs. 10; $p = 0.01$) y QOLra (56 vs. 66; $p = 0.006$). En la TACAR mejoraron las lesiones en vidrio despolido (0.8 vs. 0.4, $p = 0.02$) y no hubo cambios en la presencia de la fibrosis ni del panel de abejas ni en la FVC (66.8% vs. 66.4%; $p = 0.3$). No hubo eventos adversos graves asociados al MMF.

Conclusiones: El MMF mejoró la disnea, el índice de Rodnan, la capacidad funcional, así como las lesiones en vidrio despolido en la TACAR, lo que sugiere que puede limitar la progresión de la ES.

C-2 / C171

La relación médico-paciente entre personas con fibromialgia y reumatólogos: un análisis antropológico

Colmenares T⁽¹⁾, Huerta-Sil G⁽²⁾, Lino-Pérez L⁽²⁾, Álvarez-Hernández E⁽²⁾, Peláez-Ballestas I⁽²⁾

⁽¹⁾Instituto de Investigaciones Antropológicas-UNAM, ⁽²⁾Hospital General de México, O. D.

Introducción: La fibromialgia es un síndrome de carácter crónico caracterizado por dolor difuso e intenso, rigidez y fatiga. Se sabe que existe dificultad en el encuentro entre pacientes y reumatólogos.

Objetivos: Describir las vivencias de la relación médico-paciente en contextos de atención médica institucional y privada y analizar dicho encuentro desde una perspectiva sociocultural.

Método: Estudio de antropología médica, utilizando la técnica de etnografía hospitalaria (observación no participante y entrevistas en profundidad siguiendo una guía de entrevista).

Se realizó un análisis de narrativas de la experiencia entre pacientes con fibromialgia diagnosticada por un reumatólogo(a) que asisten al Hospital General de México (HGM) y de consulta privada, además de reumatólogos de ambos sistemas de atención.

Resultados: Se entrevistó a pacientes con fibromialgia, tres hombres, cinco mujeres y de los cuales cuatro reciben atención médica en el HGM y cuatro en servicios privados; cuatro reumatólogos: dos mujeres y dos hombres.

Se encontraron diferencias en las narraciones de los pacientes y los médicos. En las narraciones de los pacientes describen como temas centrales el contacto corporal, la actitud y el discurso utilizado por el médico como aspectos de buen trato. Los pacientes del HGM sienten "estar en buenas manos" ante el médico que es figura de autoridad. Es importante para ellos que su cuerpo sea examinado y sean informados. El encuentro con los médicos del medio público se describe como unidireccional, más autoritario y menos negociado. Los pacientes de la consulta privada reconocen privilegios como el tiempo y el vínculo; exigen y valoran elementos como la comunicación y un trato centrado en sus necesidades como persona. En las narraciones de los reumatólogos describen la atención a este grupo de pacientes como una tarea difícil debido al desgaste que produce en ellos.

La estigmatización se identifica en las narraciones de pacientes y médicos de dos maneras: el rechazo por ser "difíciles" o la negación de la existencia de la enfermedad. Al igual que los factores de buena relación que ambos grupos (pacientes y reumatólogos) identifican son: el ambiente de atención, el discurso y el tipo de acercamiento entre ellos.

Conclusiones: La relación médico-paciente es distinta en el medio de atención pública y privada. En la atención pública predomina la forma tradicional de atención centrada en el médico y en la atención privada predomina más un modelo de atención centrada en el paciente. En ambos tipos de atención no se observa preocupación por los aspectos sociales de la enfermedad. La estigmatización es identificada tanto por el grupo de pacientes como por los médicos.

Agradecimientos: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

C-2 / C172

Fibromialgia y sufrimiento social: una perspectiva sociocultural

Colmenares T⁽¹⁾, Huerta-Sil G⁽²⁾, García-García C⁽²⁾, Peláez-Ballesteros I⁽³⁾

⁽¹⁾Instituto de Investigaciones Antropológicas-UNAM, ⁽²⁾Hospital General de México, ⁽³⁾Hospital General de México, O.D.

Introducción: La fibromialgia es un síndrome de carácter crónico caracterizado por dolor difuso e intenso, rigidez y fatiga que afecta la vida cotidiana y la calidad de vida.

Objetivo: Describir y analizar el sufrimiento social (sufrimiento individual o colectivo asociado a las condiciones de vida moldeadas por fuerzas

sociales con poder, como el sistema médico biomédico, familiar y laboral) causado por padecer fibromialgia.

Método: Pacientes con fibromialgia diagnosticadas por un reumatólogo(a) en el sector de atención público (Hospital General de México, HGM) y el privado.

Estudio de antropología médica efectuado con la técnica de etnografías hospitalarias (observación no participante y entrevistas en profundidad).

Análisis desde la perspectiva de las narrativas.

Resultados: Se realizaron entrevistas a profundidad a cuatro pacientes con fibromialgia que asisten a consulta en el HGM y cuatro de consultas privadas. A través de las narraciones, se identificaron los siguientes temas: 1) peregrinaje del enfermo, en el que se producen procesos de resignificación sobre su padecimiento a través del contacto con médicos, familiares o enfermos; 2) el dolor como sufrimiento personal que es difícil de medir o entender porque tiene que ver con sentir pero también con lo que los imposibilita en la vida diaria; 3) el cuerpo enfermo visualizado por los otros como sano; 4) la falta de credibilidad por su círculo familiar, laboral y de atención médica; 5) el impacto laboral y económico; 6) la exigencia social de cumplir con las funciones sociales; 6) la idea de no curación; 7) la percepción de progresión de los síntomas y de posibles discapacidades importantes.

Conclusiones: La fibromialgia produce un sufrimiento social que promueve la perpetuación de la búsqueda de atención, la escasa mejoría en el estado de salud, el deterioro percibido y proyectado que afecta la vida cotidiana, el desempeño laboral y las condiciones económicas del enfermo y la familia. También aísla, no refuerza la cohesión social familiar y estigmatiza.

Considerar los aspectos sociales de la enfermedad ayudará al clínico a prestar una atención más centrada en el paciente y su familia.

C-2 / C173

Lupus eritematoso sistémico: reporte de un caso de encefalomielit

Echeverría-González G, Sánchez-Ortiz A

UMAE, CMNO, IMSS

Introducción: La encefalomielit aguda diseminada (ADEM) es una inusual manifestación desmielinizante a nivel de SNC; tiene mayor prevalencia en niños, comportamiento monofásico, inicio abrupto o posterior a infección o después de vacunación. Los hallazgos en LCR con linfocitosis pleomórfica, hipoproteorraquia y cultivos negativos para bacterias; en RMN, imágenes hiperintensas de desmielinización. ADEM debe considerarse en el diagnóstico diferencial de enfermedades inflamatorias o trombofílicas, como LES, Sjögren, vasculitis de Behçet.

Caso clínico: Femenino de 23 años, soltera, sin toxicomanías ni antecedentes de relevancia, sólo litiasis renal hace cuatro años sin complicaciones. El padecimiento lo inició 15 días antes de la hospitalización con fiebre, exantema diseminado, ataque al estado general, náusea y vómitos; tomó antihistamínicos y antibióticos sin éxito. Las lesiones cutáneas progresaron a hiperchromía y agregó somnolencia con cambios fluctuantes hasta llegar al estupor sin obedecer a órdenes simples, disfunción vesical, cuadriparesia. EF: mirada primaria divergente con tendencia a la introversión, pupilas isocóricas, isométricas, normorreflécticas, pares craneales conservados. La respuesta a estímulos nociceptivos con retirada, hiperreflexia global, Babinski bilateral y signos meníngeos presentes.

Laboratorio: BH con linfos 480; CD4: 144 QS normal; EGO: nitritos, leucos 10xc, eritros 3xc, VSG 23 mm/h, PCR13 mg/dl, ANA 1:640 patrón homogéneo (IFI), anti-DNA positivo (IFI-CL), SSA positivo; resto ENAS negativos, TORCH CMV IgG e IgM positivos con PCR -600 copias, EB negativo, C3: 44 (90-180) C4: 4 (10-40) anticardiolipinas, B2GP1, VDRL y AL negativos, cultivos para bacterias, micobacterias y PCR para micobacterias negativas. LCR con hipoglucoorraquia,

hiperproteinorraquia, células 60 (60% MN) cultivos negativos. TAC: imagen hipodensa paraventricular. RMN con hiperintensidad paraventricular derecha en fase T2 con afección en sustancia blanca en bulbo, piso del IV ventrículo, puente y porción derecha del diencefalo.

El manejo por neurología con bolos de metilprednisolona con baja respuesta; se agregó inmunoglobulina IV a 2 g/kg total 90 g con respuesta satisfactoria del primer brote monofásico, se documentó por EMG y VCN polineuropatía mixta a nivel de extremidades inferiores del tipo axonal. Continuó con bolos mensuales de ciclofosfamida, esteroides a

dosis altas con progresión hasta la mejoría; sólo como secuela hemiparesia izquierda, ataxia de tipo troncal y pancerebelosa. RMN de control a los tres meses normal.

Conclusiones: Existen pocos reportes en las publicaciones médicas del inicio monofásico de ADEM en LES, sólo algunos con curso agresivo llevando a hemorragia o herniación cerebral, curso multifásico en LES y SAAF. Deben considerarse como manifestación inicial las alteraciones de tipo desmielinizante diseminadas en las enfermedades reumáticas.