

XLII Congreso Mexicano de Reumatología

Plenarias

P-1/Po1

Actualización de la Guía mexicana para el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide. Colegio Mexicano de Reumatología

Cardiel M, Díaz A, Vázquez del Mercado M, Gámez J, Barile L, Pacheco C, Silveira LH, Pascual V, Goycochea M, Aguilar J, González V, Álvarez J, González L, Salazar M, Portela M, Castro Z, Xibillé D, Álvarez E, Casasola J, Cortés M, Flores D, Martínez L, Vega D, Flores L, Medrano G, Barreira A, García A, López S, Rosete A, Espinosa R

Colegio Mexicano de Reumatología

Antecedentes: El manejo de la artritis reumatoide (AR) ha tenido avances muy importantes en los últimos años. Las guías de práctica clínica requieren una actualización constante. Recientemente se han publicado diversas guías internacionales para el manejo farmacológico de la AR que difícilmente se adaptan a la realidad mexicana, en especial por la heterogénea disponibilidad de los medicamentos en las diversas instituciones del Sector Salud. Por ello, debido a la importancia de unificar el criterio de manejo con los tratamientos disponibles, el Colegio Mexicano de Reumatología decidió revisar las guías existentes e incorporar nueva evidencia actualizada y adaptada a la realidad del Sistema de Salud mexicano.

Objetivo: Revisar, actualizar y adaptar la guía del manejo farmacológico de la artritis reumatoide y emitir recomendaciones adaptadas al Sistema de Salud de México, de acuerdo a los recursos disponibles hasta diciembre de 2012.

Método: Participaron en la elaboración de la guía 30 Reumatólogos certificados con experiencia y juicio clínico. Las recomendaciones se basaron en niveles de evidencia de las guías de tratamiento previamente establecidas, ensayos clínicos controlados y guías estandarizadas para población adulta con AR. Se realizaron reuniones con los integrantes de las guías donde se discutieron los temas a desarrollar, se realizaron las discusiones y votaciones para conformar las respuestas a las preguntas concretas que se hicieron.

Resultados: Durante la conformación del documento, cada grupo de trabajo estableció la evidencia existente sobre los diferentes temas a tratar según su campo de mayor experiencia clínica, siendo enriquecida por la opinión de los demás expertos. Al final, toda la evidencia y las decisiones tomadas se unificaron en un manuscrito, se desarrolló un algoritmo de tratamiento y se resumieron en tablas estandarizadas por medicamento.

Conclusiones: La actualización de la Guía mexicana del tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide integra la mejor información disponible para la toma de decisiones y contextualiza su empleo al complejo y heterogéneo Sistema de Salud mexicano. Estas guías de tratamiento de AR, serán una herramienta muy útil al incorporarlas a la práctica clínica cotidiana de los médicos que atienden esta patología.

P-1/Po2

Sensibilidad y especificidad de los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 y ACR 1987 en pacientes con artritis de reciente inicio

Sánchez A⁽¹⁾, Chávez C⁽²⁾, Vázquez J⁽³⁾, Álvarez E⁽³⁾, Lino L⁽³⁾, Moctezuma J⁽³⁾, García C⁽³⁾, Medrano G⁽³⁾, Casasola J⁽³⁾, Burgos R⁽³⁾

⁽¹⁾Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán, ⁽²⁾Facultad de Medicina, UNAM, ⁽³⁾Servicio de Reumatología, Hospital General de México

Introducción: Existe poca información acerca de la sensibilidad y especificidad de los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 comparada con los ACR 1987 en pacientes con artritis de reciente inicio.

Objetivo: Estimar la concordancia y características diagnósticas de los criterios ACR/EULAR 2010 y ACR 1987 en una población de pacientes con artritis de menos de 12 meses de evolución en la visita inicial. Se utilizaron dos estándares de referencia, 1) la seropositividad (factor reumatoide y/o anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado [ccp]) y 2) uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME). Análisis estadísticos: sensibilidad (SEN), especificidad (SPE), valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN), razones de verosimilitud positiva (RVP) y negativa (RVN), construcción de curvas COR y área bajo la curva (ABC).

Resultados: Se incluyeron 301 pacientes (edad 36.8 ± 12.6 años; tiempo de evolución de 22 ± 11.4 semanas; 261 [87.3%] mujeres). La concordancia fue 82.06% (kappa 0.45 [IC 95% 0.33 a 0.57]) (tabla 1).

Conclusiones: Los criterios ACR/EULAR 2010 tuvieron mayor SEN y ABC, pero menor SPE y VPP que los criterios ACR 1987. La detección de un mayor número de enfermos falsos positivos con ACR/EULAR 2010 podría llevar a un mayor número de pacientes a tratamiento con FARME y/o productos biológicos sin realmente tener AR. Pero, por otro lado, abre la posibilidad de tratar al grupo de verdaderos positivos en el momento ideal.

Tabla 1. Sensibilidad y especificidad de los criterios ACR/EULAR 2010 y ACR 1987 en una población con artritis de < 12 meses de evolución.

	Seropositividad(n=226)		Opinión del experto(n=301)	
	ACR/EULAR 2010	ACR 1987	ACR/EULAR 2010	ACR 1987
SEN	95.31	85.45	85.61	77.70
SPE	53.85	84.62	30.43	56.52
VPP	97.13	98.91	93.70	95.58
VPN	41.18	26.19	14.89	17.33
RVP	2.06	5.55	1.23	1.79
RVN	0.09	0.17	0.47	0.39
AUC, (IC95%)	0.96(0.93 - 0.99)	0.89(0.83 - 0.94)	0.72(0.65 - 0.82)	0.68(0.574 - 0.803)

P-1/P03

Relación entre periodontitis, enfermedad arterial periférica, citocinas proinflamatorias y actividad clínica en pacientes con artritis reumatoide. Estudio preliminar

Martínez J⁽¹⁾, Xibillé D⁽²⁾, De la Garza M⁽³⁾, Rodríguez J⁽⁴⁾, Bustos-Rivera C⁽⁵⁾, Domínguez L⁽⁶⁾, Montiel J⁽⁷⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Salud Pública, CISEI, Cuernavaca, ⁽²⁾Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres", SSA, ⁽³⁾Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, ⁽⁴⁾Departamento de Reumatología, Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, ⁽⁵⁾Facultad de Ciencias, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ⁽⁶⁾Escuela de Medicina, Universidad Latinoamericana, Campus Morelos, ⁽⁷⁾Facultad de Farmacia, Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Objetivo: Evaluar la relación entre periodontitis, infección por *P. gingivalis*, actividad de peptidilarginina desaminasa (PAD), citocinas proinflamatorias y actividad clínica de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Metodología: Se reclutaron pacientes con AR, de acuerdo con los criterios de ACR1987, que asistieron al Hospital General de Cuernavaca del 2012 al 2013 y que aceptaron y firmaron un consentimiento informado. Las evaluaciones clínicas y periodontales estuvieron a cargo de un solo Reumatólogo y un Odontólogo. El día de la evaluación, se tomaron muestras de líquido crevicular y muestra sanguínea. Las muestras de donadores sanos se obtuvieron del CETS Morelos. La genotipificación de *P. gingivalis* fue realizada por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR) (MdGR). Las citocinas proinflamatorias fueron determinadas por ELISA. La actividad de PAD fue evaluada colorimétricamente con BAEE (benzoil arginina etiléster) como sustrato. La actividad clínica fue determinada con el puntaje DAS28. Para el análisis de resultados se empleó estadística descriptiva, prueba de *t* de Student, correlación de Spearman y regresión logística. Se consideró como diferencia significativa una *p*<0.05.

Resultados: Para este análisis preliminar se analizaron sólo 21 pacientes con AR. Los pacientes con calificación DAS28 alta (>3.4) presentaron parámetros similares al grupo de pacientes con calificación DAS28 baja (≤3.4) respecto a la edad (41.2 vs 43 años), índice de masa corporal (26.8 vs 27.2 kg/m²), tiempo desde el inicio de síntomas (8.5 ± 10.9 vs 5.44 ± 3.84 años), resultados de factor reumatoide (FR) y velocidad de sedimentación globular (VSG). Diferente a otros estudios, los pacientes con DAS28 alta se asociaron significativamente (*p*<0.02) con un puntaje periodontal bajo (1.57 ± 1.06), mientras que los pacientes con DAS28 baja se asociaron con periodontitis severa (3.0 ± 1.23). Así también, los pacientes con DAS28 alto/periodontitis baja presentaron una mejoría promedio de su actividad clínica en 1.5 unidades de DAS28 (un año de seguimiento), mientras que en los pacientes con DAS28 ≤3.4 la mejoría promedio fue cercana a 0.5 unidades de DAS28. Queda por completar la evaluación la incidencia de *P. gingivalis*, niveles de citocinas proinflamatorias (TNF, IL-6, IL-1b, IL-17) y actividad de la PAD.

Conclusiones: Estos datos preliminares sugieren que, diferente a otros estudios, la actividad alta en pacientes con AR no coincide con periodontitis severa, aunque es necesario incrementar el tamaño de muestra y completar las evaluaciones bioquímicas y serológicas.

P-1/P04

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

Torres C⁽¹⁾, Viveros M⁽¹⁾, Alvarez M⁽²⁾, Cornejo H⁽³⁾, Cardiel M⁽³⁾

⁽¹⁾Laboratorio de Hemostasia y Biología Vascular, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez". Universidad Michoacana de San Nicolás de

Hidalgo, ⁽²⁾Hospital General Regional No. 1 IMSS, Morelia, ⁽³⁾Unidad de Investigación Mario Alvizouri Muñoz, Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia

Introducción: La artritis reumatoide (AR) involucra un proceso inflamatorio crónico generalizado, que promueve la aterogénesis acelerada. El 65% de los pacientes presenta obesidad, potenciándose el riesgo por acción de adipocinas inflamatorias. El riesgo cardiovascular (CV) puede evaluarse mediante escalas o determinación de biomarcadores de inflamación-trombosis. La dieta mediterránea está relacionada con una potente acción antiinflamatoria.

Objetivo: Determinar el efecto de una dieta antiinflamatoria basada en la dieta mediterránea sobre los niveles de biomarcadores protrombóticos y de inflamación en pacientes con AR y elevado riesgo CV.

Metodología: Ensayo clínico controlado, aleatorizado con dos grupos, dietoterapia, evaluación clínico-nutricional, determinación de biomarcadores de inflamación y trombosis por ELISA, antes y después de la intervención.

Resultados: (n=61). Plato del Bien Comer (Grupo [G] 1) n=31, cinco abandonos y dieta antiinflamatoria; (G2) n=30, un abandono y una exclusión; determinación de biomarcadores (n=44) en G1/G2 (n=20/24). G1 = 92.3% femenino, edad 56 años ± 12.2 (desviación estándar [DE]), tiempo evolución 7.55 ± 7.17 años, DAS28 4.23 ± 0.93. G2 = 100% femenino, edad 48.2 ± 11.6 años, tiempo evolución 8 ± 6.4 años, DAS28 3.8 ± 0.81. Calificación Framingham= 60.7% un riesgo moderado-alto. *Alternate Healthy Eating Index* (AHEI) y *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ) = Pobre calidad de la dieta y bajo nivel de actividad física. En ambos grupos se observa mejoría significativa en actividad de la enfermedad, variables antropométricas, metabólicas y dietéticas. Sólo en el grupo sometido a dieta antiinflamatoria mejora la actividad de la enfermedad y riesgo CV por escalas y biomarcadores: DAS28 1.03 vs 0.71, *p* = 0.000, Framingham 7.1 vs 0.5, *p* = 0.00, VPM 0.05 vs 0.02, *p* = 0.00, TNF-a 2.1 vs 1.2, *p* = 0.00, PAI-1 2065.5 vs 319.1 *p* = 0.00 e IL-6 3.82 vs 2.53 pg/ml *p* = 0.00.

Conclusión: La dieta mediterránea se puede adaptar a la cultura y gastronomía mexicana dando lugar a una dieta antiinflamatoria y cardio-protectora capaz de modificar tanto biomarcadores como actividad de la enfermedad en pacientes con AR.

P-1/P05

Valor predictivo de anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico y factor reumatoide en el desarrollo de artritis reumatoide en familiares sanos de pacientes con artritis reumatoide

Ramos C, Aceves F, Castillo J

Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas

Antecedentes: Los familiares de pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen un riesgo más alto de desarrollar AR. Los anticuerpos específicos (péptido citrulinado cíclico [CCP] y factor reumatoide [FR]) pueden presentarse años antes de la aparición de los síntomas en AR.

Objetivos: Evaluar el valor predictivo FR y CCP para el desarrollo de AR en una cohorte de cinco años de familiares sanos de pacientes con AR.

Métodos: Se les pidió a los pacientes con diagnóstico de AR (por criterios ACR) que asistían a una de las clínicas de reumatología de atención secundaria o terciaria que invitaran a sus parientes a participar en el estudio. Todos los pacientes y sus familiares fueron sometidos a historia clínica completa, además de que al inicio del estudio se les tomó una muestra sanguínea para cuantificar IgM-FR (mediante nefelometría) y anticuerpos anti-CCP (por ELISA II). Posteriormente, los familiares participantes fueron contactados vía telefónica cada cuatro meses con una entrevista estructurada (cuestionario COPCORD). En caso de que el COPCORD fuera positivo, los familiares eran valorados en la consulta externa de Reumatología e incluía: a) exploración física completa, b) velocidad de sedimentación globular y c) radiografía simple de articulaciones afectadas. La variable

primaria de desenlace era determinar el tiempo en que los sujetos cumplían con los criterios de ACR-EULAR para AR. La curva de Kaplan-Meier (KM) fue utilizada para evaluar el tiempo del diagnóstico; además del análisis de Cox que se utilizó para determinar predictores basales (edad, sexo, CCP, FR).

Resultados: Se incluyeron 813 familiares consanguíneos de 257 pacientes con AR. Al inicio del estudio, todos los sujetos sanos tuvieron COPCORD negativo y la edad media fue de 35 ± 12 , el 69% eran mujeres, el 33% hermanos(as); 14 (2%) de los sujetos fueron positivos tanto para anticuerpos contra CCP y para FR; 10 (1%) sólo para CCP y 17 (2%) sólo al FR; 17 de 813 sujetos (2%) desarrollaron AR durante los cinco años de seguimiento (3 353 personas-año), con una tasa anual del 0,5% (curva de KM). El valor predictivo en sujetos con CCP/RF fue del 54% y 56% cuando sólo CCP fue positiva. El FR *per se* no tuvo ningún valor predictivo. El análisis de Cox mostró que la edad al inicio, los anticuerpos anti-CCP, FR y ser hermano de un paciente con AR fueron predictores significativos para el desarrollo de AR.

Conclusión: La positividad de anti-CCP puede ser útil para detectar enfermedad preclínica de familiares de pacientes con AR.

P-1/Po6

Proteínas candidatas a citrulinación por actividad sinovial de la peptidilarginina desaminasa

Badillo A⁽¹⁾, Bollain y Goytia J⁽¹⁾, Daza L⁽²⁾, Ávalos E⁽¹⁾, Herrera R⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad Académica de Ciencias Biológicas. Universidad Autónoma de Zacatecas. Guadalupe, Zacatecas, ⁽²⁾Hospital de Especialidades del IMSS, León, Gto.

La modificación posterior a la traducción de proteínas normales en artritis reumatoide (AR) produce autoantígenos que, en presencia del alelo DRB1 0401, inducen autoinmunidad y anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico (CCP) como marcador temprano de AR. La citrulinación dependiente de la peptidilarginina desaminasa (PAD) produce una modificación estereoquímica simple, que induce la respuesta autoinmunitaria reumatoide seguida por una compleja cascada de eventos celulares que causan inflamación articular, formación de pannus y destrucción del cartílago. Las enzimas PAD2 y PAD4 catalizan la producción de autoantígenos, por lo que investigamos diversas proteínas como posibles candidatas a citrulinación sinovial y en consecuencia su transformación en posibles autoantígenos.

Objetivos: 1) Detectar PAD2 y PAD4 en 40 biopsias sinoviales reumatoides y de osteoartritis. 2) De ellas se seleccionaron 11 biopsias positivas a ambas isoformas de PAD, para analizar las modificaciones posteriores a la traducción de un repertorio de proteínas; para este propósito se utilizó un anticuerpo de afinidad anti-CCP peroxidado para inmunohistoquímica. 3) La co-localización de proteínas candidatas a citrulinación (fibrinógeno, IgG, colágena, tubulina, vimentina y citoqueratinas), se determinó por técnicas de doble fluorescencia en un analizador de imágenes para microscopía. El análisis estadístico se practicó con prueba exacta de Fisher y coeficientes de correlación.

Resultados: 1) Las sinoviales reumatoides exhibieron PAD en todas las muestras, en contraste con la negatividad en osteoartritis; la isoenzima dominante fue PAD2, con diferencia significativa ($p < 0.005$) entre ambos grupos. 2) Las enzimas PAD fueron funcionales por el hallazgo de péptidos citrulinados en vellosidades sinoviales reumatoides y sus infiltrados. 3) Las proteínas candidatas a citrulinación que resultaron positivas *in situ*, fueron el fibrinógeno y la IgG que exhibieron co-localización con anti-CCP ($r = 0.886$).

Conclusión: Los resultados del presente estudio demuestran que existe citrulinación sinovial-PAD dependiente; esta observación es relevante por la dificultad para detectar el proceso de modificación postraduccional a nivel sinovial. Finalmente, estos resultados apoyan la hipótesis de que existe un repertorio de proteínas sinoviales normales, que por la actividad de PAD son transformadas en autoantígenos que disparan y perpetúan el proceso autoinmunitario reumatoide, lo que tiene relevancia patogénica.

P-1/Po7

Asociación de perfil de lípidos con variables clínicas de artritis reumatoide

Murillo J⁽¹⁾, Pérez E⁽¹⁾, Bonilla D⁽¹⁾, Fajardo N⁽¹⁾, Rocha A⁽²⁾, Félix F⁽¹⁾, Hernández P⁽¹⁾, Martín B⁽³⁾, Salazar M⁽⁴⁾, Vázquez M⁽³⁾, Cardona E⁽⁵⁾, González L⁽⁶⁾, García C⁽⁷⁾

⁽¹⁾CUCS, Universidad de Guadalajara. ⁽²⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara. ⁽³⁾Instituto de Investigación en Reumatología y Sistema Musculoesquelético. ⁽⁴⁾División de Investigación de la UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. ⁽⁵⁾Departamento de Fisiología, CUCS, Universidad de Guadalajara. ⁽⁶⁾Departamento de medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS. ⁽⁷⁾Hemodinámica, UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

Introducción: Una elevada proporción de pacientes con artritis reumatoide (AR) presenta alteraciones en el perfil de lípidos, es necesario identificar qué variables clínicas de los pacientes están asociadas a estas alteraciones.

Objetivo: Asociar variables clínicas de AR con la presencia de alteraciones en el perfil de lípidos.

Material y métodos: Estudio transversal. Se evaluaron 149 mujeres con AR (ACR 1987) y 145 controles sin enfermedad reumática que acudieron a un hospital de segundo nivel. Se identificaron variables sociodemográficas de ambos grupos y características clínicas de la AR. A ambos grupos se les determinó perfil de lípidos. Se realizaron comparaciones de variables cuantitativas entre grupos con la prueba *t* de Student y de las cualitativas por *Ji cuadrada*. Se identificaron correlaciones de las variables cuantitativas con prueba de Pearson (*r*).

Resultados: Ambos grupos fueron similares en edad y otras variables sociodemográficas. Hubo diferencias significativas entre pacientes con AR y los controles en índice de masa corporal (IMC) (28.64 ± 5.44 vs 27.06 ± 11.37 , $p = 0.04$), circunferencia de cintura (90.77 ± 12.26 vs 87.67 ± 10.73 , $p = 0.03$), relación cintura-cadera (0.86 ± 0.06 vs 0.84 ± 0.07 , $p = 0.04$). En relación al perfil de lípidos, la frecuencia de hipercolesterolemia fue de 8.7% y la de hipertrigliceridemia de 34.9%. Los niveles bajos de HDL fueron menos prevalentes en AR que en controles (45% vs 58%, $p = 0.04$) y hubo mayor frecuencia de LDL altos en la AR (74.5% vs 63.2%, $p = 0.04$). Al evaluar los niveles de lípidos en AR con variables clínicas no se observó correlación entre los niveles de estos lípidos con la actividad de la enfermedad, la velocidad de sedimentación globular y los títulos de factor reumatoide. Entre los tratados con cloroquina hubo una tendencia a menor nivel de triglicéridos en comparación con los no tratados, aunque esta tendencia no alcanzó significancia estadística (140.14 ± 64.70 vs 202.75 ± 91.66 , $p = 0.06$).

Conclusiones: Este estudio muestra que una elevada frecuencia de anomalías en el perfil de lípidos en AR, que deberá ser evaluado en todos los pacientes con la finalidad de identificar tempranamente este factor de riesgo para desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Financiamiento: Proyecto financiado con fondos del Fondo de Investigación en Salud (FIS-IMSS, registro: R-2006-1301-40)

P-1/Po8

El polimorfismo rs3804513 de la interleucina-17A incrementa el riesgo de artritis reumatoide y se asocia con mayor severidad de la enfermedad

Galicia A⁽¹⁾, García M⁽²⁾, Méndez R⁽³⁾, Goycochea M⁽⁴⁾, Pozo G⁽⁵⁾, Garrido E⁽⁶⁾, Herrera N⁽⁷⁾, Morán E⁽⁸⁾

⁽¹⁾Hospital General de Zona No. 2-A "Troncoso", IMSS, ⁽²⁾Coordinación de Planeación de Infraestructura Médica, IMSS, ⁽³⁾Laboratorio de Inmunología. Facultad

de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, ⁽⁴⁾Hospital General Regional No. 1, IMSS, ⁽⁵⁾Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, ⁽⁶⁾Laboratorio de Genética y Biología Molecular. Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV), ⁽⁷⁾Laboratorio de Oncología Molecular, Escuela Superior de Medicina, División de Estudios de Posgrado, Instituto Politécnico Nacional, ⁽⁸⁾Hospital General de Zona No. 2, IMSS

Introducción: En la etiopatogenia de la artritis reumatoide (AR) los linfocitos T y sus citocinas juegan un papel determinante. La interleucina 17 (IL-17) ha mostrado tener un rol dominante al mantener una actividad catabólica directa y también potenciar la inflamación sinovial. Estudios previos del polimorfismo rs3804513 de la IL-17 han mostrado asociación con mayor progresión radiológica.

Objetivo: Determinar la asociación entre la presencia del polimorfismo rs3804513 de la IL-17A y el riesgo de desarrollar AR, y evaluar su relación con la severidad de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio de casos y controles en pacientes con diagnóstico de AR y controles libres de enfermedad autoinmunitaria. A partir de células del epitelio de mucosa oral, se obtuvo material genético. El DNA se amplificó utilizando reacción en cadena de la polimerasa. Posteriormente se realizó *Restriction Fragment Length Polymorphism* (RFLP) para identificar el polimorfismo en estudio; para confirmar la presencia de este, se estableció una secuenciación directa del DNA; la severidad de enfermedad se midió con el uso de triple esquema de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME). Análisis: Para estimar la magnitud del riesgo de padecer AR se obtuvo la razón de momios (OR) entre ambos grupos, tomando como variable de riesgo la presencia del polimorfismo. Se calculó OR para estimar el riesgo de requerir un triple esquema de FARME. Se empleó el software Epidat V 3.1.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes con AR y 94 controles sanos. De los 76 pacientes, 66% fueron mujeres (n=50), la edad promedio fue de 49 ± 13 años de edad, y el tiempo de evolución de la enfermedad de 1.7 ± 0.6 años. Al realizar el análisis genético, se encontraron positivos para el polimorfismo rs3804513, 15% (n=12) de los pacientes vs 3% (n=3) de los controles, resultando en una OR de 5.6 (p < 0.01 [IC 1.6-19]) para el desarrollo de AR. Un gran porcentaje de los pacientes portadores del polimorfismo en estudio requirió 3 FARME para controlar la enfermedad en comparación con aquellos que resultaron negativos para el mismo 73% vs 32% (OR 5.6, p < 0.01).

Conclusión: La presencia del polimorfismo rs3804513 representa un factor de riesgo para desarrollar AR. Además, los pacientes portadores requieren tratamiento más agresivo para el control de la enfermedad.

P-2/P09

Comparación del desempeño clínico entre los criterios del ACR (1997) y los del grupo SLICC (2012) para la clasificación del lupus eritematoso sistémico

Amezcuca L, Higuera V, Gallegos S, Hübbe C, Arteaga U

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Un nuevo grupo de criterios implica un reto en la clasificación de pacientes, y cualquier nuevo sistema debe ser superior a los previos antes de ser aceptado.

Objetivo: Explorar el desempeño entre los criterios del ACR (1997) y los del grupo SLICC (2012) para la clasificación del lupus eritematoso sistémico (LES) en un escenario real.

Métodos: Incluimos 100 pacientes > 1 año de evolución con diagnóstico clínico innegable de LES y 100 controles (60 con artritis reumatoide [AR], 13 con síndrome de Sjögren primario [SSp], 8 síndrome de Sjögren (SScl), 7 polimiositis /polidermatomiositis [PM/DM], 12 fibromialgia [FM]). Se aplicaron ambos sistemas de clasificación para LES y se obtuvo la concordancia entre criterios así como sensibilidad (S), especificidad (E) y razón de verosimilitud (LR) para cada elemento y anticuerpo.

Resultados: Se encontró una proporción de acuerdo entre criterios de 0.91 (IC95% 0.83 a 0.95; esperado por el azar 0.89) con coeficiente kappa de 0.14. Los criterios ACR mostraron S=97%, E=99% y LR=97, mientras que los criterios SLICC mostraron S=92%, E=98% y LR=46. Los anticuerpos más sensibles fueron los antinucleares (S=99%), mientras que los más específicos (E=100%) fueron los anti-Sm y anti-RNP. La tabla 1 muestra el desempeño para cada parámetro y anticuerpo.

Conclusión: Los criterios SLICC muestran una proporción de acuerdo con los criterios ACR mayor a la esperada por el simple azar; sin embargo, la concordancia entre ambos es baja. En un escenario real, los criterios SLICC no adicionan ningún valor a los propuestos por el ACR en términos de desempeño clínico.

Tabla 1. Desempeño de las variables clínicas y de laboratorio.

ACR 1997	S	(%)	E	(%)	LR
Exantema malar	71	8	71	92	8
Discoide	1	0	NA	NA	NA
Fotosensibilidad	81	12	81	88	6
Úlceras	32	1	32	99	32
Artitis	56	11	56	89	5
Serositis	15	1	15	99	15
Renal	46	1	46	99	46
Neurológico	12	0	12	100	
Hematológico	86	9	86	91	9
SLICC 2012	S	(%)	E	(%)	LR
Cutáneo agudo	73	13	73	87	5
Cutáneo crónico	2	0	NA	NA	NA
Úlceras orales	33	1	33	99	33
Alopecia	33	3	33	97	11
Sinovitis	61	49	NA	NA	NA
Serositis	15	1	15	99	15
Renal	46	1	46	99	46
Neurológico	14	0	14	100	
Anemia Hemolítica	3	0	NA	NA	NA
Leucopenia/linfopenia	66	6	66	94	11
Trombosis	14	1	14	99	14
Biopsia renal	39	0	39	100	
Anticuerpos antinucleares	99	56	99	44	1
Anti-dsDNA	63	3	63	97	21
Anti-Sm	36	0	38	100	
Anti Ro	32	15	32	85	2
Anti La	13	8	NA	NA	NA
Anti RNP	35	0	50	100	

P-2/P10

Anticuerpos anti-fosfatidilserina/protrombina y su asociación con anticoagulante lúpico en pacientes con síndrome por anticuerpos antifosfolípidicos primario

Núñez C, Hernández D, Gómez G, Cabral A

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El anticoagulante lúpico (AL) clásicamente se asocia con riesgo alto de trombosis y trombosis recidivante en pacientes con síndrome por anticuerpos antifosfolipídicos primario (SAAF). Estudios recientes han mostrado una alta asociación de los anticuerpos anti-fosfatidilserina (aFS)/protrombina (PT) con el AL; sin embargo, su asociación con trombosis es aún controversial.

Objetivo: Evaluar la asociación entre la presencia de AL con los anticuerpos anti-FS/PT de isotipos IgG e IgM en pacientes con SAAF.

Métodos: Estudiamos 24 pacientes con SAAF que reunieron criterios clínicos y serológicos de Sydney. Determinamos por ELISA anticuerpos anti-glucoproteína 1 b2 (B2GP-I) y anti-cardiolipina (CL) (ambos IgG e IgM), y AL según recomendaciones internacionales. Mediante un ELISA comercial determinamos los anticuerpos aFS/PT de isotipos IgG e IgM (INOVA). Estudiamos también 24 sueros de sujetos sanos como controles para obtener los valores de referencia para los aFS/PT (percentila 90).

Resultados: Los pacientes al momento del estudio tenían una media de edad de 36 (± 10) y un tiempo de evolución de 9.5 ± 5.5 años; con antecedentes de trombosis venosa (46%), morbilidad del embarazo (73%), anemia hemolítica (13%) y trombocitopenia (46%). Aspectos serológicos: AL (69%), anti-B2GP-I (92%), aCL (87.5%) y triple positividad (58%). El análisis de la reactividad aFS/PT para los isotipos IgG e IgM mostró diferencias entre sanos y pacientes con SAAF para IgG (mediana: 8.4 [6.3-21.6] vs 112.5 [5.8-339.8] $p < 0.001$) e IgM (mediana: 9.4 [7.5-29.3] vs 59.8 [8.2-159.0] $p < 0.001$). Los títulos de aFS/PT tuvieron correlación significativa con los anti-B2GP-I (IgG: $r=0.73$, $p < 0.01$; IgM: $r=0.79$, $p < 0.01$) y aCL (IgG: $r=0.68$, $p < 0.01$; IgM: $r=0.60$, $p=0.002$). En tanto que la concordancia del AL con los aFS/PT (IgG e IgM) fue de $k=0.71$ ($p < 0.001$), de $k=0.44$ para anti-B2GP-I tipo IgG ($p=0.02$) y $k=0.59$ para aCL tipo IgG ($p=0.003$). No hubo concordancia entre AL y anti-B2GP-I o aCL de isotipo IgM.

Conclusiones: Los aFS/PT tienen alta correlación con el AL. Esto sugiere que estos anticuerpos podrían ayudar al clínico como herramienta subrogada para la evaluación de riesgo de trombosis más allá del AL, aún en pacientes anticoagulados. Se requieren más estudios para evaluar esta atractiva posibilidad.

P-2/P11

Autoanticuerpos, citocinas y quimiocinas en suero y líquido cefalorraquídeo de pacientes con lupus eritematoso sistémico con deterioro cognitivo

Fragoso H⁽¹⁾, Duarte A⁽²⁾, Juárez S⁽¹⁾, Cisero A⁽¹⁾, Romero J⁽¹⁾, Llorente L⁽¹⁾, Sánchez J⁽³⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Tufts University, Boston, Mass, ⁽³⁾Toronto Western Hospital 399 Bathurst St. East Wing 1, 414 Toronto, ON

Introducción: Se desconoce la patogénesis del deterioro cognitivo (DC) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivo: Determinar los niveles de autoanticuerpos, citocinas y quimiocinas en suero y líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes con LES y deterioro cognitivo (DC).

Pacientes y métodos: Cuarenta pacientes con LES que participan en un estudio sobre DC a quienes se les tomó una muestra de suero y LCR para la medición de las moléculas estudiadas. Los pacientes participan activamente en una cohorte de LES de reciente inicio. A su ingreso se les realizó una historia clínica estandarizada y estudios de laboratorio. Cada tres a seis meses se evaluaron sobre actividad del LES (SLEDAI-2K) y uso de

medicamentos; cada año la información es actualizada y se incluye evaluación de daño acumulado (SLICC-DI), presencia de comorbilidad, factores de riesgo cardiovascular y desarrollo de manifestaciones neuro-psiquiátricas (NP). La función cognitiva fue evaluada con pruebas neuro-psicológicas estandarizadas clasificadas en siete dominios. Se definió DC como ± 2 DE en dos o más dominios. Puntaje total: Sin DC, 0-1; leve, 2-3, moderado, 4-5; grave, > 6 puntos. A todos los pacientes se les tomó una muestra de suero y LCR para mediciones de autoanticuerpos (anti-NMDA, anti-P ribosomal, anti-nucleosoma, anti- $\beta 2G1$ (IgG, IgM) y anti-cardiolipina (IgG, IgM). Citocinas: IFN, IL-6 y quimiocinas: MCP-1, IP-10, IL-8, y CCL-19. Los resultados se expresan en pg/mL.

Resultados: Se diagnosticó DC en 10 pacientes, con una edad promedio de 33 años (24-57), duración de la enfermedad de siete años y calificación SLE-DAI de 5 puntos (0-14). No hubo diferencias entre los pacientes sin DC. En suero, no observamos diferencias significativas en los niveles de autoanticuerpos, citocinas y quimiocinas entre los pacientes con y sin DC. En LCR tampoco encontramos diferencias entre los niveles de anticuerpos y citocinas, sin embargo los niveles de MCP-1 se encontraron significativamente más elevados en los pacientes con DC [886.1 (374.9 \pm 1 439.7) vs 515.8 (3.2 \pm 1 958.2) pg/mL, $p=0.04$]. No hubo diferencia en las otras quimiocinas.

Conclusión: Los niveles de autoanticuerpos, citocinas y quimiocinas en suero y LCR no son diferentes entre los pacientes con y sin DC. Sin embargo, aunque los niveles de MCP-1 en LCR estuvieron significativamente más elevados en pacientes con DC, no alcanzaron los niveles observados en manifestaciones NP inflamatorias.

P-2/P12

Asociación de los anticuerpos anti-fosfatidilserina/protrombina con eventos tromboticos en pacientes con Síndrome de antifosfolipídicos primario

Núñez C, Hernández D, Cabiedes J, Pascual V, Cabral A

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: Actualmente la determinación de anticuerpos contra glucoproteína 1 b2 (B2GPI), anti-cardiolipina (CL) y anticoagulante lúpico (AL) forman parte de los criterios de laboratorio para el diagnóstico del síndrome antifosfolipídico (SAAF) primario, siendo los dos últimos los que generalmente presentan mayor asociación con el desarrollo de trombosis. Recientemente se ha reportado una alta asociación de los anticuerpos anti-fosfatidilserina (aFS)/protrombina (PT) con la presencia de AL, pero su asociación con el desarrollo de eventos tromboticos permanece aún en estudio.

Objetivo: Evaluar si existe asociación entre la reactividad aFS/PT de isotipo IgG o IgM y la presencia de trombosis en pacientes con SAAF primario.

Métodos: Se analizaron 29 pacientes con SAAF primario que cumplían los criterios de Sidney, con características clínicas y serológicas conocidas (AL, aB2GPI y aCL). Mediante ELISA comercial (INOVA Diagnostics) se determinaron aFS/PT de isotipos IgG e IgM. En base a la reactividad determinada con límites previamente establecidos en sujetos sanos se buscó asociación con manifestaciones clínicas empleando tablas de contingencia.

Resultados: En pacientes con SAAF se observó una positividad para los aB2GPI en un 86% y para aCL del 57%. Las manifestaciones clínicas observadas fueron: eventos tromboticos (84%; 55% oclusión arterial y 48% trombosis venosa), abortos (32%), ulceraciones orales (10%), livedo reticular (24%), anemia hemolítica (0%), trombocitopenia (10.3%). En relación a la reactividad contra el complejo FS/PT encontramos diferencias entre pacientes con SAAF y el grupo control: IgG (31.7 [8.6-3264] vs 7.6 [6.3-15.7]; $p < 0.01$) e IgM (20.2 [7.0-174.6] vs 9.2 [7.5-29.3]; $p=0.005$). El análisis de las manifestaciones clínicas mostró asociación únicamente entre la presencia de aFS/PT de isotipo IgG y eventos tromboticos (65.5% vs 20.7%; $p=0.041$), sin embargo, al realizar el análisis por el tipo de afección trombotica (arterial o venosa) no se encontraron diferencias.

Conclusiones: Los pacientes con SAAF primario tienen títulos altos de aFS/PT. Los aFS/PT de isotipo IgG mostraron asociación con la presencia

de eventos trombóticos. Finalmente, se requiere de más estudios con grupos más grandes de pacientes para sustentar su utilidad clínica, así como valorar su uso para el seguimiento como predictores de trombosis.

P2-/P13

Vitamina D en mujeres con lupus eritematoso sistémico con y sin actividad de la enfermedad

Muñoz M⁽¹⁾, Nava A⁽²⁾, Mendoza C⁽³⁾, García M⁽³⁾, Rodríguez A⁽⁴⁾, Varela A⁽³⁾, Munguía P⁽³⁾, Ramos G⁽³⁾, Ruiz A⁽⁴⁾

⁽¹⁾Departamento de Posgrado, Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ⁽²⁾Unidad de Epidemiología Clínica, UMAE IMSS, Guadalajara México, ⁽³⁾Unidad de Investigación de Enfermedades Autoinmunitarias Sistémicas, Hospital General Regional No. 36-CIBIOR, IMSS, ⁽⁴⁾Laboratorios Clínicos de Puebla

Introducción: Varios estudios han demostrado una prevalencia alta de insuficiencia de vitamina D en lupus eritematoso sistémico (LES). En estos estudios han analizado la relación entre la insuficiencia de vitamina D y actividad lúpica, sin embargo los resultados son controversiales. La mayoría de los estudios han sido realizados en pacientes caucásicos, sin embargo, se conoce que el grupo étnico puede jugar un papel importante.

Objetivo: Determinar la prevalencia de insuficiencia de vitamina D en pacientes con LES así como comparar los niveles de vitamina D en pacientes con y sin actividad lúpica.

Pacientes y métodos: Estudio transversal en mujeres con criterios de LES de acuerdo a los criterios de clasificación del ACR. SE recolectaron los siguientes datos: edad, años de educación formal, actividad de la enfermedad (mexSLEDAI), duración de la enfermedad, índice de masa corporal, uso de bloqueador solar, dosis de prednisona diaria y la presencia de diabetes mellitus. Se definió insuficiencia de vitamina D por niveles séricos de 25-hidroxitamina D (25(OH) D) < 30 ng/ml; una cifra < 20 ng/ml se consideró como deficiencia. Análisis estadístico: Se usaron pruebas de Mann-Whitney y Ji cuadrada para análisis bivariado y regresión lineal múltiple para análisis multivariado.

Resultados: Fueron evaluadas 137 mujeres con LES, edad de 45 ± 11.6 años, duración de la enfermedad 10.5 ± 6.8 años. La prevalencia de insuficiencia y deficiencia de vitamina D fue de 89.7% and 2.1%, respectivamente. Los niveles de 25(OH) D fueron más bajos en pacientes con actividad lúpica (mexSLEDAI < 2) que en aquellas sin actividad lúpica (18.3 ± 4.8 ng/ml vs 20.8 ± 7.2 ng/ml; p=0.002). Sin embargo, los niveles de 25(OH) D no se asociaron con el puntaje de actividad lúpica en el análisis multivariado.

P2-/P14

Registro multicéntrico de hemorragia pulmonar masiva asociada a lupus: infecciones y mortalidad. Análisis de 65 casos

Martínez M⁽¹⁾, Alcocer J⁽²⁾, Merayo F⁽³⁾, Enciso S⁽⁴⁾, Faugier E⁽⁴⁾, Maldonado R⁽⁴⁾, Gómez J⁽⁵⁾, Saavedra M⁽⁵⁾, Suárez L⁽⁶⁾, Vega D⁽⁷⁾, Martínez M⁽⁸⁾, González V⁽⁸⁾, Gutiérrez S⁽⁸⁾, Casasola J⁽⁹⁾, Butendieck R⁽¹⁰⁾, Irazoque F⁽¹¹⁾, Abril A⁽¹⁰⁾, Abud C⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospital Central "Ignacio Morones Prieto", ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México, ⁽³⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽⁴⁾Hospital Infantil de México, ⁽⁵⁾Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. México D.F. ⁽⁶⁾Hospital Infantil del Estado de Sonora, Sonora, México, ⁽⁷⁾Hospital Universitario José Eleuterio González. Monterrey, Nuevo León, México, ⁽⁸⁾Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", ⁽⁹⁾Hospital General de México, ⁽¹⁰⁾Mayo Clinic, Jacksonville, Florida, United States, ⁽¹¹⁾ Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México D.F.

Antecedentes: La hemorragia pulmonar masiva (HPM) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es una asociación rara, potencialmente mortal. Debido a la baja frecuencia de la asociación se desconocen algunos factores importantes de la HPM.

Objetivo: Describir los resultados del registro multicéntrico de HPM en pacientes con LES hasta la fecha.

Métodos: Se hizo una evaluación retrospectiva de factores demográficos, clínicos y de tratamiento en los registros de 10 hospitales. Comparamos las variables categóricas con la prueba de Ji cuadrada o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera, y las variables continuas con la prueba de Wilcoxon.

Resultados: Se registraron 65 pacientes con LES y HPM, 55 (83.3%) mujeres, 20 (30.3%) menores de 18 años, con mortalidad en 26 casos (39.4%) e infecciones diagnosticadas en 24 casos (36.4%). En cuanto a diferencias entre pacientes mayores (adultos) y menores de 18 años (juvenil), encontramos que al momento de la HPM, los adultos tenían mayor tiempo de evolución (1.3 vs 0.1 años), presentación de predominio en mujeres (76.4 vs 23.6%, p=0.014), mayor grado de linfopenia (0.59 vs 1.24 x 10³/mm³, p=0.002) y niveles mas altos de proteína C reactiva (13.2 vs 1.5 mg/L, p=0.004). Los pacientes que murieron tuvieron creatinina mas elevada (1.66 vs 0.82 mg/dL, p=0.02), menor cantidad de plaquetas (120 vs 206 x 10³/mm³, p=0.002), mayor puntaje de APACHE II (23 vs 16, p=0.003), requirieron mas frecuentemente ventilación mecánica (50% vs 6.3%, p=0.002, índice de momios [OR]: 15.0 [1.9-656.1]) y se documentó infección mas frecuentemente al ingreso o durante el internamiento (62.5% vs 26.2%, p=0.008, OR: 4.7 [1.4-15.8]). De cuatro pacientes que recibieron rituximab, ninguno sobrevivió, no hubo diferencias en mortalidad en los pacientes tratados o no con ciclofosfamida. Los factores asociados a infección al ingreso o durante la evolución fueron la presencia de ventilación mecánica (46% vs 6.3%, p=0.006 OR: 12.8 [1.7-560.7]), no haber recibido tratamiento para el LES antes de la HPM como factor protector (18.2% vs 45.5%, p=0.034, OR: 0.27 [0.06-1.01]) e hipocomplementemia (48.9% vs 9.5%, p=0.002, OR: 9.1 [1.8-87.0]).

Conclusiones: La hemorragia pulmonar es una condición con mortalidad alta, y frecuentemente asociada a infección, el Reumatólogo debe ser cuidadoso para detectar factores asociados a infección e intervenir de forma oportuna.

P2-/P15

Estimación de la edad a la menopausia en mujeres con lupus eritematoso generalizado

Alpizar D, Sánchez J, Romero J, Cravioto M

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Existe controversia en la estimación de la edad a la menopausia natural (EMN) debido a la variación en los métodos utilizados. En mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) se ha reportado la edad media a la menopausia de 41 a 47.8 años. Presentar la menopausia a una edad menor representa menos años de vida reproductiva y aumento de morbimortalidad.

Objetivo: Determinar la EMN en mujeres con LES con diferentes métodos estadísticos.

Métodos: Se entrevistó a mujeres < 60 años con LES (≥ 4 criterios del ACR). Se preguntaron datos demográficos, clínicos, ginecoobstétricos y tratamiento. La información sobre LES se obtuvo de los expedientes. La menopausia natural (MN) se definió como amenorrea ≥ 12 meses en ausencia de histerectomía, insuficiencia renal crónica severa (IRCS) o exposición a ciclofosfamida. La presencia o no de menopausia se identificó por interrogatorio. La EMN se calculó con 1) análisis logístico; 2) análisis de sobrevivida de Kaplan-Meier (KM) y 3) análisis de sobrevivida con riesgos competitivos. Se realizó un análisis de estratificación principal (EP) considerando los subgrupos 1 (< 40años), 2(≥ 40 - ≤ 50años) y 3 (≥ 50 años). Se utilizó la regresión de Cox para factores de riesgo de EMN. Se usaron los programas SPSS 18, STATA 11.0 y R (v2.14.2).

Resultados: De 1 059 pacientes entrevistadas, se incluyeron 961 en el análisis (98 fueron excluidas por no confirmarse cuatro criterios de LES, ser posmenopáusicas antes del diagnóstico de LES, por datos incompletos o repetidos). La media (derivación estándar, DE) de edad a la entrevista fue de 35.2 (10.1) años y el tiempo de evolución de LES fue de 8.1 (7.1) años. Se clasificó en premenopausia a 784 (81.6%), co histerectomía a 39 (4.1%), con uso de ciclofosfamida a 61 (6.3%), con IRCS a 1 (0.1%) y con MN a 76 (7.9%). La mediana de EMN por logit fue 50.7 años, 95% IC (50.6-53.3), KM de 50.8, 95% IC (49.3 -52.2) y con riesgos competitivos de 53.3, 95% IC (53.2-53.3). En el análisis por estratificación principal se clasificó en grupo 3 a 83 (8.7%) mujeres y en el grupo libre a 57/83=0.69, con una mediana de EMN de 49.9 años, 95% IC (48.8-50.6). En el análisis de Cox ninguna covariable fue significativa.

Conclusiones: La EMN en LES es mayor que la descrita previamente. Por análisis logit y KM (incluso en el grupo libre en EP) la EMN se encuentra entre los 50 y 51 años, similar a la de la población general. Al considerar riesgos competitivos ésta es tres años mayor, lo que muestra la fuerte influencia de eventos como la histerectomía, uso de ciclofosfamida IRCS.

P-2/P16

Deterioro cognitivo, un síndrome neuro-psiquiátrico no inflamatorio en lupus eritematoso sistémico

Romero J⁽¹⁾, Duarte A⁽²⁾, Juárez S⁽¹⁾, Cicero A⁽¹⁾, Fragoso H⁽¹⁾, Llorente L⁽¹⁾, Sánchez J⁽³⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Tufts University, Boston, Mass, ⁽³⁾Toronto Western Hospital, Toronto, ON

Introducción: El deterioro cognitivo (DC) afecta a 15-60% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Se desconoce su patogénesis así como los factores predictivos.

Objetivo: Identificar los factores asociados con DC en pacientes con LES, con especial interés en las manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad, síndromes neuropsiquiátricos, inflamación, tratamiento y presencia de comorbilidad.

Pacientes y métodos: Se distribuyeron al azar 100 pacientes de una cohorte de LES de reciente inicio (< 12 meses). Al ingreso, se les realizó una historia clínica estandarizada con énfasis en aterosclerosis y desarrollo de síndromes neuropsiquiátricos; estudios de laboratorio (química sanguínea, perfil de lípidos, homocisteína, proteína C reactiva [PCR] ultrasensible, determinación de autoanticuerpos y complemento). Cada tres a seis meses se realizaron evaluaciones de las características clínicas, actividad del LESG (SLEDAI-2K) y uso de medicamentos. Cada año, se evaluó el daño acumulado (SLICC-DI), comorbilidad, riesgo cardiovascular, desarrollo de manifestaciones neuropsiquiátricas y se tomó una muestra de sangre para estudios de laboratorio. La evaluación sobre DC se realizó con pruebas neuropsicológicas estandarizadas y fue realizada por una neuropsicóloga experta. Las pruebas se clasificaron en siete dominios y se diagnosticó cuando el DC era -2 desviaciones estándar (DS) en dos o más dominios. Se tomaron muestras de suero y líquido cefalorraquídeo en 10 pacientes con DC y en 30 sin DC para determinación de autoanticuerpos, citocinas y quimiocinas.

Resultados: Al momento de la evaluación de DC, el promedio de edad fue de 32.6 años, 93% era mujer y la duración del LES fue de 6.2 años; se diagnosticó DC en 16 pacientes (16%). Los pacientes con DC tuvieron menor escolaridad (9 vs 12 años, p=0.006), mayor índice de masa corporal (IMC) (26.7 vs 24.3 mg/m², p=0.03), mayor edad (35 vs 31 años, p=0.09), anticuerpos anticardiolipina (IgG) positivos (50% vs 18%, p=0.009), antecedente de síndromes neuropsiquiátricos (50% vs 27%, p=n.s.) y mayor número de eventos neuropsiquiátricos por paciente (2.5 vs 1, p=0.04). No observamos diferencias en los niveles de autoanticuerpos, citocinas y quimiocinas en suero y LCR, excepto para MCP-1 que mostró niveles significativamente

más elevados en LCR (886.1 vs 515.8, pg/mL, p=0.04) en los pacientes con DC.

Conclusión: La disfunción cognitiva es un síndrome neuropsiquiátrico no inflamatorio. El nivel de escolaridad bajo, el mayor IMC, la presencia de anticuerpos anti-cardiolipina IgG y el antecedente de síndromes neuropsiquiátricos son factores que influyen en su desarrollo.

P-3/P17

Correlación entre remisión por DAS28 y los hallazgos ecográficos en pacientes con artritis reumatoide

Sánchez S, Vega D, Elizondo G, Ornelas G, Villarreal M, Galarza D

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una poliartritis inflamatoria. Causa deformidad por la destrucción de las articulaciones. Ocasiona pérdida de la capacidad funcional y aumento de la morbimortalidad de quienes la padecen. Los costos económicos relacionados con la AR son directamente proporcionales al grado de discapacidad de la enfermedad. Con la introducción del ultrasonido, se puede observar el estado inflamatorio de una articulación en tiempo real. Está bien demostrado por múltiples autores que el proceso de destrucción articular continúa a pesar de que no se encuentren datos objetivos de flogosis.

Objetivo: Demostrar por un método objetivo, como lo es el ultrasonido, que los pacientes que se encuentran catalogados en remisión según una calificación DAS28 presentan datos ecográficos de actividad. Se ingresaron al estudio 64 pacientes, se tiene consentimiento informado de su participación en este estudio. A todos los pacientes se les calculó la calificación DAS28 y se clasificaron en remisión o actividad con un límite de 2.6. Se envió a un radiólogo certificado en ultrasonografía articular, el cual desconocía el estado clínico del paciente. Realizó mediciones por la cara palmar y dorsal con el sistema cuantitativo de siete articulaciones, erosiones, derrame, sinovitis, angiogénesis. Se utilizó la prueba de Pearson para buscar correlación entre los valores, así como regresión logística multivariada. Se registró el grado de correlación entre la puntuación DAS 28 y la calificación ultrasonográfica total, con un valor de r=0.326, p=0.009. La calificación total presenta relación con la puntuación DAS28. Tras la determinación por DAS28, el 39% de los pacientes (n=25) se encontraba en remisión. En este grupo de pacientes, nueve presentaban actividad por ultrasonido; en 24 pacientes (37.5%) se diagnosticó actividad según el ultrasonido; nueve de ellos contaban con puntuaciones por DAS28 indicadoras de remisión. En nuestro estudio no encontramos una correlación importante entre los hallazgos por DAS28 y la calificación ultrasonográfica en los pacientes en remisión, sin embargo en aquellos pacientes con mayor tiempo de evolución, la calificación total de los hallazgos ecográficos se correlacionaban mejor con la calificación DAS28. No encontramos una correlación importante entre la calificación total ecográfica y la velocidad de sedimentación globular (VSG). La VSG correlacionó de manera positiva con DAS28.

P-3/P18

Programa de diagnóstico de artritis reumatoide temprana

Jaimes J⁽¹⁾, Aranda P⁽²⁾, Santana I⁽²⁾, Meléndez C⁽²⁾, Mendoza A⁽²⁾

⁽¹⁾Centro Médico ISSEMyM, Toluca, División de Medicina Interna, Servicio de Reumatología, ⁽²⁾Centro Médico ISSEMyM, Toluca, Servicio de Reumatología

Introducción: La falta de capacitación continua para el médico de primer contacto (MPC) condiciona un retraso en la sospecha diagnóstica y referencia rápida de la artritis reumatoide (AR), lo que limita la oportunidad de

aprovechar la ventana terapéutica para el óptimo tratamiento. Diseñar estrategias para mejorar la referencia rápida de pacientes con sospecha de AR temprana para implementarlas como programa en nuestro servicio (PRO-DART).

Métodos: Se otorgó capacitación desde junio de 2005 en diferentes unidades del instituto. Se definieron metas de referencia y se revisaron aspectos fisiopatológicos, clínicos y diagnósticos de la AR. Se consideraron pacientes adultos y con evolución de enfermedad no mayor a un año. Los criterios de alta sospecha de AR fueron: 1) rigidez matinal > 30 min; 2) inflamación articular en > 3 articulaciones pequeñas y cualquier articulación mayor; 3) Laboratorio: Hb:< 12 g/dL, 4) velocidad de sedimentación globular (VSG)/proteína C reactiva (PCR) altas; 5) trombocitosis; 6) factor reumatoide (FR) por cualquier técnica; y 7) osteopenia, esclerosis y quistes subcondrales o erosiones en las radiografías. La referencia se realizó a través de cita telefónica, enviando hoja de cotejo, hallazgos de laboratorio y radiográficos. Los pacientes fueron clasificados con AR o sin AR, y para cada variable se determinaron sensibilidad, especificidad y razón de momios (OR), con intervalos de confianza a 95%.

Resultados: Se capacitaron 320 MPC. Los pacientes fueron referidos de julio de 2005 a julio de 2013. Fueron recibidos 135 pacientes; se catalogaron con AR 100 casos (74%). De estos pacientes, el promedio de recepción para el primer año fue 34.3 ± 20.4 días y en el año 2013 fue de 31.1 ± 16.8 días. El análisis de variables demostró la fuerza de asociación para el diagnóstico: rigidez matinal >30 min, sensibilidad de 75%, especificidad de 36%, p=0.0001, OR=5.6 (intervalo de confianza a 95% [IC 95%]); FR: sensibilidad, 87%, especificidad, (76%, p=0.0001, OR=28 (IC 95% 9.2-87); artritis poliarticular: sensibilidad 90%, especificidad 48%, p=0.0001, OR=9.3 (3.6-23); VSG/PCR altos: sensibilidad 81%, especificidad 68%, p=0.0001, OR=9.2 (IC 95%); una asociación negativa con oligoartritis OR=0.28 (0.12-0.62) y el resto de las variables.

Conclusiones: El tratamiento para la AR se considera una 'urgencia', es crucial la referencia rápida al especialista en paralelo a la capacitación continua de los MPC. Las manifestaciones poliarticulares, FR, RFA altos y la rigidez matutina tienen una fuerte relación con el diagnóstico de AR, por lo que proponemos que este formato permite identificar fácilmente la sospecha diagnóstica de AR.

P-3/P19

Programa de tratamiento de artritis reumatoide temprana

Jaimes J⁽¹⁾, Meléndez C⁽¹⁾, Mendoza A⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro Médico ISSEMyM, Toluca, División de Medicina Interna, Servicio de Reumatología

Introducción: Es un reto tratar oportunamente a los pacientes con artritis reumatoide temprana (ART). El objetivo del programa fue otorgar tratamiento oportuno antirreumático. Presentamos un análisis incipiente de una cohorte a cuatro años de seguimiento.

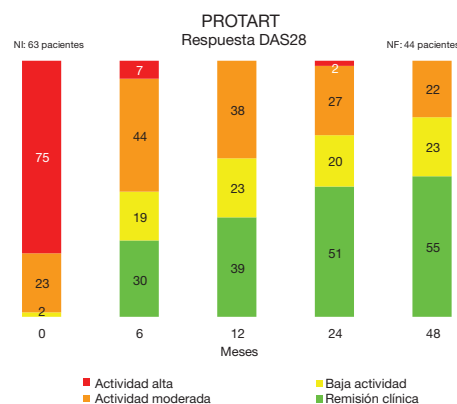
Métodos: Estudio de cohorte que analiza respuesta clínica, independiente al tratamiento, el cual se ajustó en base a la respuesta trimestral de DAS28. Criterios de alta sospecha de ART: >3 articulaciones pequeñas inflamadas, reactantes de inflamación elevados, rigidez matutina (RM) >30 min, factor reumatoide (FR) y anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (CCP). Se analizaron datos clínicos y variables. La respuesta clínica se estableció por análisis de ANOVA de muestras independientes entre datos basales y a cuatro años (p significativa <0.05).

Resultados: Se catalogaron con sospecha de ART (evolución <1 año) 91 pacientes referidos, 63 (69%) para el análisis de mejoría clínica se excluyeron 6/63 (<6 meses de seguimiento) y dos más por diagnóstico de osteoartritis (OA) y otro de enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). El diagnóstico de AR se estableció en el 87.3% (55 pacientes). El tiempo promedio de referencia del paciente del MPC al Reumatólogo para el primer año fue de 34.3 ± 20.4 días (2006) y de 31.1 ± 16.8 en 2009; los

datos demográficos se muestran en la figura 1. El tratamiento asignado al ingreso a la cohorte fue de metotrexato + hidroxicloroquina en 31/63 (49%), leflunomida + en 28/63 (44%) y sulfazalacina + hidroxicloroquina en 4/63 (6%), con ajustes de dosis y adición de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) (máximo tres) o inicio de agente biológico (ABio) en 11/55 pacientes (20%). Los resultados de mejoría y remisión según EULAR y DAS28 observados a cuatro años (44 pacientes) fueron: Remisión 55%, actividad baja 23% en ambos criterios (p=0.01) y respuesta ACR70 (78%) p<0.02. Análisis: Los datos muestran resultados similares a otras cohortes reportadas en varios países, a la fecha se han incluido 105 pacientes, los primeros ya tienen un seguimiento de ocho años. En 2005 al inicio del PROTART, aún no existía el programa de tratamiento T2T, sin embargo de alguna manera los ajustes de tratamiento realizados en nuestro grupo fue similar. Creemos que el uso de FARME combinados sigue siendo una opción válida en nuestro país, con buenos índices de remisión y baja actividad clínica. Es un reto identificar factores claros de mal pronóstico e iniciar tratamiento con ABio en fases tempranas de la enfermedad.

Conclusiones: Es necesario incidir en la referencia temprana (capacitación de MPC) y establecer clínicas de ART (CLINART) con el objetivo de otorgar un tratamiento óptimo en tiempo y forma al paciente, ello redundará en una mejoría clínica precoz y sostenida.

Figura 1. Respuesta DAS28



P-3/P20

Asociación del polimorfismo T188G en el gen del transportador lipídico CD36 con el índice aterogénico en pacientes con artritis reumatoide

Martín B⁽¹⁾, Sandoval F⁽¹⁾, Rocha A⁽¹⁾, Sánchez P⁽²⁾, Huerta M⁽³⁾, Trujillo X⁽³⁾, Arreola G⁽¹⁾, Madrigal P⁽¹⁾, Martínez E⁽¹⁾, Corona E⁽¹⁾, Navarro R⁽¹⁾, Petri M⁽¹⁾, Vázquez del Mercado M⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-esquelético, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Laboratorio de Inmunología, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas, Universidad de Colima

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática autoinmunitaria crónica en la que la inflamación sistémica contribuye al aumento de la mortalidad cardiovascular asociada a la formación de aterosclerosis. Se ha relacionado al transportador lipídico CD36 como un receptor clave en la patogénesis de enfermedades cardiovasculares. Tiene la capacidad de unirse con ácidos grasos de cadena larga y se ha demostrado que las deficiencias en su expresión en la membrana de los monocitos, quizá relacionada con el polimorfismo T188G en el exón 10 del gen de CD36, inducen

aumento en las concentraciones de colesterol total y elevación en el índice aterogénico, con riesgo de enfermedad coronaria prematura.

Objetivo: Analizar la asociación del polimorfismo T188G en CD36 con el índice aterogénico, citocinas y expresión de CD36 en la membrana de los monocitos en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal, analítico y comparativo. Se incluyeron 62 pacientes con AR a los cuales se les realizó perfil lipídico, cuantificación de factor de necrosis tumoral (TNF)- α , interleucina (IL)-6 y expresión de CD36 en monocitos por citometría de flujo. La identificación del polimorfismo se realizó mediante la técnica de PCR-RFLP con la enzima NdeI. La comparación entre las medias se realizó con la prueba *t* de Student y se consideró significativa una *p*<0.05.

Resultados: El polimorfismo T188G se encuentra en equilibrio de Hardy-Weinberg. La frecuencias genotípicas para TT, TG y GG fueron 62.9%, 37.1% y 0%. Se encontraron diferencias significativas entre los genotipos TT y TG respecto al colesterol total (CT) (180.84 ± 53.50 mg/dl *vs* 246.12 ± 42.82 mg/dl *p*=0.01), colesterol de lipoproteína de alta densidad (c-HDL) (54.16 ± 12.81 mg/dl *vs* 43.84 ± 5.95 mg/dl *p*<0.001), índice aterogénico CT/c-HDL (3.92 ± 1.09 *vs* 5.48 ± 2.20 *p*<0.001), TNF- α (26.03 ± 5.38 pg/ml *vs* 32.77 ± 12.30 pg/ml *p*=0.04), IL-6 (18.54 ± 14.09 pg/ml *vs* 45.07 ± 34.95 pg/ml *p*=0.01) e índice de fluorescencia media para CD36 (89.56 ± 65.62 *vs* 68.53 ± 68.53 *p*=0.05).

Conclusiones: El análisis del polimorfismo T188G en C36 en AR demostró que los pacientes con genotipo TG presentan índice aterogénico elevado que puede estar asociado con la expresión disminuida de CD36 en la membrana de los monocitos y aumento en los niveles de citocinas proinflamatorias TNF- α e IL-6. Se concluye que los pacientes con AR portadores del genotipo TG tienen riesgo de presentar enfermedad coronaria prematura.

P-3/P21

Polimorfismo 1858C>T del gen PTPN22 y su relación con niveles de mCD154 en pacientes con artritis reumatoide temprana con anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado

Palafox C⁽¹⁾, Hernández P⁽²⁾, Ruiz Y⁽³⁾, Reyes Z⁽³⁾, Ramírez M⁽²⁾, Muñoz J⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital General de Occidente. Secretaría de Salud, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Laboratorio de Inmunología. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por inflamación de la membrana sinovial y destrucción de cartilago y hueso. Las células T CD4 son fundamentales en la inmunopatogénesis de la AR, ya que manifiestan una respuesta anormal contra antígenos propios favoreciendo el proceso inflamatorio y la producción de autoanticuerpos. El gen *PTPN22* codifica para la proteína LYP, un potente inhibidor de la activación de células T y B; se han descrito varios polimorfismos de este gen, entre ellos el 1858C>T. Este polimorfismo se encuentra ubicado en el exón 14 y confiere susceptibilidad para AR entre otras enfermedades autoinmunitarias caracterizadas por la producción de anticuerpos. Se ha reportado que el alelo de riesgo 1858T, favorece el aumento en los niveles de expresión de CD40 en los linfocitos B. La interacción de CD40 con su ligando CD154 favorece la maduración, diferenciación, producción de anticuerpos y citocinas en las células B. CD154 se expresa en los linfocitos T como resultado de la activación de estas células; el comportamiento de esta molécula en relación al polimorfismo 1858C>T no ha sido descrito con anterioridad.

Objetivo: Estudiar los niveles de expresión de CD154 en la membrana (mCD154) de los linfocitos T en pacientes con AR temprana con anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (CCP) en relación con el polimorfismo 1858C>T del gen *PTPN22*.

Materiales y métodos: Se incluyeron 10 pacientes con AR temprana anti-CCP positiva, clasificados de acuerdo a los criterios del ACR/EULAR 2010 con genotipo conocido para el polimorfismo 1858C>T del gen *PTPN22*. Los niveles de mCD154 se determinaron por citometría de flujo utilizando los anticuerpos antiCD4-FITC y antiCD154-PE. El análisis de los resultados se realizó con el programa FlowJo v10.0.6.

Resultados: El porcentaje de células T cooperadoras activadas (CD4/CD154), los niveles de expresión de mCD154 y la IFM de esta molécula son mayores en individuos portadores del alelo de riesgo 1858T del gen *PTPN22* en pacientes con AR temprana anti-CCP positiva respecto a los pacientes no portadores (*p*=0.008, *p*=0.007, *p*=0.032, respectivamente).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que el polimorfismo 1858C>T de *PTPN22* propicia el incremento de los niveles de mCD154, lo cual es indicativo de una mayor activación de células T, favoreciendo el proceso autoinmunitario en etapas tempranas de la enfermedad.

P-3/P22

Tratamiento de la artritis reumatoide de inicio reciente

Alcalá M, Saavedra M, Hernández M, Olguín L, Bustamante R, Sánchez A, Cruz C, Miranda G

Departamento de Reumatología. UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. México D.F.

Introducción: Las guías de ACR y EULAR indican que el manejo de la artritis reumatoide de inicio reciente (ARIR) de acuerdo al escenario clínico, al principio debe ser con un solo fármaco o con una combinación de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) y terapia biológica.

Objetivo: Describir el tratamiento de pacientes con ARIR de enero de 2006 a diciembre de 2012.

Material y métodos: En el estudio se incluyeron pacientes que cumplen criterios para AR. Entre las opciones de tratamiento está el régimen combinado con metotrexato, cloroquina, sulfasalazina y/o leflunomida, según la actividad de la enfermedad, con alta probabilidad para el control de la misma; de no ser así se inicia terapia biológica. Se analizaron las variables sociodemográficas, variables de importancia clínica, parámetros de laboratorio (velocidad de sedimentación globular [VSG], proteína C reactiva [PCR]) y valoración clínica mediante *Health assessment questionnaire* (HAQ) y *Disease Activity Score* (DAS).

Resultados: Se analizaron 496 pacientes, con pérdida del seguimiento de 166.330 pacientes tuvieron diagnóstico de ARIR. La edad de los pacientes se agrupó en los menores de 40 años (149), 40-54 años (100), 55-64 años (44) y mayores de 65 años (37) al inicio de la enfermedad. Del total, 287 (87%) eran mujeres y 43 (13%), hombres. El factor reumatoide (FR) tuvo una mediana de 159 UI, con intervalo entre cuartiles de 349.7 UI (284 sujetos fueron positivos para FR). La terapia inicial fue con metotrexato (VO o SC), cloroquina y/o sulfasalazina. De acuerdo a la evolución clínica se cambió la estrategia con adición de leflunomida. En caso de no lograr el control, se inició terapia biológica. Se utilizó prednisona en dosis de 5 a 10 mg cada 24 h en 167 pacientes (se suspendió en 6-12 meses) y en 163 se usaron antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Se administró metotrexato a 327 pacientes, cloroquina a 318, sulfasalazina a 302 y 35 utilizan leflunomida. Se administró terapia biológica a 35 pacientes (14 con rituximab, 17 con etanercept, tres con adalimumab, una paciente con infliximab). En dos pacientes se pudo suspender el fármaco anti-TNF y continuar con triple terapia. En dos pacientes se suspendió el tratamiento por sospecha de trombosis.

Conclusiones: Con el uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) durante el inicio de la enfermedad, el porcentaje de pacientes con ARIR que requieren terapia de alto costo es menor.

P-3/P23

Resultados del embarazo en sujetos expuestos a certolizumab pegol

Clowse M⁽¹⁾, Moreno A⁽²⁾

⁽¹⁾Duke University Medical Center. Durham, ⁽²⁾UCB

Introducción: Certolizumab pegol (CZP) es un anti-TNF pegilado, libre de Fc, aprobado en varios países para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) y la enfermedad de Crohn (EC). Los datos preclínicos y clínicos sugieren una falta de transferencia placentaria activa asociada con el receptor Fc neonatal.

Objetivos: Proporcionar información sobre los resultados del embarazo para mujeres expuestas a CZP a través de un análisis retrospectivo de la base de datos de seguridad global de la empresa farmacéutica UCB para obtener los casos confirmados de embarazo, incluyendo los ensayos clínicos y los informes posteriores a la comercialización hasta el 6 de marzo de 2012. Se revisó la proporción de nacidos vivos, abortos y terminaciones electivas para las mujeres expuestas directamente a CZP antes y durante el embarazo. La exposición a medicamentos concomitantes y la actividad de la enfermedad antes de la concepción se revisó para los embarazos que ocurrieron en sujetos de ensayos clínicos (n=57).

Resultados: De 294 embarazos reportados, se conocieron 152 resultados, de los cuales 139 se produjeron después de la exposición materna a CZP. Para estos embarazos, las condiciones subyacentes eran EC (109 /139), AR (17/139) y sujetos sanos (2/139) la indicación era desconocida/no disponible para los embarazos restantes; 74% de los embarazos resultaron en nacidos vivos y la mediana de edad gestacional fue de 38 semanas (datos disponible para 40 nacimientos). El 15% de los embarazos terminó en aborto espontáneo y 11% de las mujeres tuvieron una terminación electiva del embarazo. En los 103 nacidos vivos hubo dos casos de trastorno congénito. Únicamente una muerte neonatal fue reportada, sin evidencia de correlación con la exposición a CZP. De la información disponible, los corticoesteroides (7/29 nacidos vivos, 2/10 abortos, 3/13 terminaciones electivas) y metotrexato (2/29 nacidos vivos, 2/10 abortos, 1/13 terminaciones electivas) fueron los medicamentos concomitantes más comunes. La mayoría de los sujetos tenía de baja a moderada actividad de la enfermedad en la concepción (mediana CDAI 184.9 para 22 sujetos de EC, DAS28-VSG en rango de 1.1 a 6.1 para siete sujetos con AR).

Conclusiones: Los datos actualmente disponibles en mujeres embarazadas expuestas a CZP informaron resultados similares a lo esperado en la población general.

P-3/P24

Seguridad y eficacia a largo plazo de monoterapia y terapia combinada con certolizumab pegol cada cuatro semanas en artritis reumatoide. Resultados a cinco años de un estudio de extensión abierta

Fleischmann R⁽¹⁾, Moreno A⁽²⁾, La Villa G⁽²⁾, Bierschwale H⁽²⁾, Van Vollenhoven R⁽³⁾

⁽¹⁾Metrex Clinical Research Center. University of Texas, ⁽²⁾UCB, ⁽³⁾Karolinska Institute

Se ha demostrado la eficacia y el aceptable perfil de seguridad de certolizumab pegol (CZP) en monoterapia o en combinación con metotrexato para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR).

Objetivos: Evaluar seguridad y eficacia a largo plazo (cinco años) de CZP en monoterapia o en combinación con otros fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME).

Métodos: Se reclutaron pacientes que se retiraron/completaron el estudio FAST4WARD o el 014. Recibieron CZP 400 mg cada cuatro semanas. Se reportaron la eficacia hasta la semana 280 y la seguridad hasta la semana 364. La población de seguridad incluyó todos aquellos pacientes de la extensión que recibieron CZP (n=402, combinación n=276, monoterapia n=126) incluyendo pacientes con placebo/CZP que completaron o se retiraron de los estudios de origen y entraron a la extensión. Las subpoblaciones analizadas para eficacia fueron: 1) con CZP y que completaron el estudio, habiendo recibido otro FARME en cualquier momento durante el estudio de origen o la extensión (n=123) y 2) quienes recibieron CZP y completaron el FAST4WARD, entraron a la extensión sin recibir otro FARME (n=48).

Resultados: El patrón y la frecuencia de eventos adversos (EA), como reacción en el lugar de inyección, y EA serios fueron consistentes con los reportados previamente con CZP.

Conclusiones: La monoterapia con CZP tuvo un perfil riesgo-beneficio favorable que fue similar a largo plazo. Se observó la eficacia en los pacientes que recibieron monoterapia y en combinación con otros FARME, las tasas de permanencia fueron similares entre ambos grupos.

P-4/P25

Epidemiología de enfermedades reumáticas en comunidades indígenas del estado de Oaxaca. Estudio de base comunitaria

Julián F⁽¹⁾, García I⁽²⁾, Goycochea M⁽³⁾, García C⁽⁴⁾, Peláez I⁽⁴⁾

⁽¹⁾Facultad de Medicina, UNAM, ⁽²⁾Hospital de Alta Especialidad de Oaxaca, ⁽³⁾Hospital General de Zona No. 1 Dr. Carlos McGregor Sánchez Navarro, IMSS, ⁽⁴⁾Hospital General de México

Introducción: Se desconoce la prevalencia de las enfermedades músculoesqueléticas en comunidades indígenas en México. Como respuesta a este reto se creó el Grupo Latinoamericano de Estudio de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios (GLADERPO). El presente proyecto se ubica en el marco de este esfuerzo regional.

Objetivo: Estimar la prevalencia de malestares músculoesqueléticos (MESQ) y enfermedades reumáticas utilizando la metodología COPCORD en comunidades indígenas del Estado de Oaxaca (etnias mixteca y chontal)

Material y método: Estudio transversal y analítico con base comunitaria (censo), casa por casa, en el que personal estandarizado aplicó la encuesta COPCORD previamente validada transculturalmente en estas comunidades. Los casos positivos de dolor por MESQ fueron revisados por médicos de primer contacto y un Reumatólogo. Población: Sujetos con edad 18 años de 2 comunidades indígenas mixteca alta y chontal pertenecientes al Municipio de San Antonio Huitepec (mixteca alta) y San Carlos de Yautepec (chontal).

Resultados: Se encuestaron 1,060 habitantes de las comunidades; con una edad 46.9 años (DE 19.9; intervalo 18-97 años), 642 (60.5%) eran mujeres; el promedio de escolaridad fue de 6.8 años (DE 4.7), 1,001 (94.4%) trabajaban con ingresos mensuales menores a 2,598 pesos en el 82.5% de los casos; 679 (64.1%) contaban con seguro popular; 479 individuos (45.1% intervalo de confianza [IC 95%] 42.1-48.2%) había tenido MESQ en los últimos 7 días; 110 (22.0%, IC 95% 19.2-26.9%) relacionaron el dolor con un evento traumático; la intensidad del dolor fue reportada como mucho-muchísimo en el 29.5%. Sitios con dolor en los últimos 7 días: columna (44.1%), rodillas (22.2%), hombros (5.3%), codos (4.1%). Diagnósticos: lumbalgia 164 (15.4%; IC 95% 13.3-17.7), osteoartritis 156 (14.7%; IC 95% 12.6-16.9), síndrome de dolor regional en una extremidad 27 (2.5%; IC 95% 1.6-3.6) artritis reumatoide 4 (0.3%; IC 95% 0.1-0.9), dermatomiositis 1 (0.09% IC 95% 0.0-0.5), espondilitis anquilosante 1 (0.09% IC 95% 0.0-0.5), lupus eritematoso sistémico 1 (0.09% IC 95% 0.0-0.5), gota 1 (0.09% IC 95% 0.0-0.5).

Conclusiones: La prevalencia de MESQ en las comunidades indígenas mixteca y chontal fue 45.1%. La lumbalgia y la osteoartritis fueron las enfermedades reumáticas más prevalentes. Agradecimientos: a las autoridades municipales de San Antonio Huitepec y San Carlos Yautepec. Financiamiento: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)- Salud 2001-01-162154.

P-4/P26

Relación entre los patrones de enfrentamiento, la adherencia terapéutica y mejoría clínica en una cohorte de pacientes con gota

Rull M⁽¹⁾, Pascual V⁽¹⁾, Aranda E⁽²⁾, Peláez I⁽²⁾, Álvarez E⁽²⁾, Burgos R⁽²⁾, Vázquez-Mellado J⁽²⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Hospital General de México

Introducción: En las enfermedades crónicas, la actitud ante la enfermedad se relaciona con la observancia terapéutica y a la evolución clínica.

Objetivo: Describir la asociación entre variables socioeconómicas, psicosociales y clínicas con la observancia y alianza terapéutica en pacientes con gota seguidos por 12 meses en los servicios de Reumatología de dos instituciones.

Métodos: Cohorte abierta de pacientes con gota (criterios ACR y CGD) que acuden por primera vez; se analizó al grupo de sujetos con seguimiento a los seis y 12 meses. Variables: clínicas, sociodemográficas y cuestionarios de capacidad funcional, actitud ante la enfermedad y observancia terapéutica. La observancia adecuada (OA) se definió como la administración de >80% de las dosis de medicamentos indicadas. Análisis estadístico: pruebas *t* de Student, U de Mann-Whitney, Ji cuadrada y Fisher.

Resultados: Pacientes (basal): 235, 97% masculino, edad de inicio, edad actual, duración de la enfermedad y escolaridad (X ± DE) de: 34 ± 12.9, 47.7 ± 12.6, 13.3 ± 9.4 y 9.4 ± 4.2 años, respectivamente. En la evaluación basal, la actitud ante el diagnóstico fue: evasiva 68%, revalorativa 89%, directa 99%, emocional negativa 73%. Para el análisis se formaron dos grupos: actitud positiva (AP) en 75% (AP: Revalorativa y/o directa) y actitud negativa (AN) en 25% (AN: evasivo y/o emocional negativa). El porcentaje de pacientes con AP aumentó a los seis y 12 meses, 88% y 96%, respectivamente y se asoció significativamente (*p*<0.05) con la institución: 72% en el Hospital General de México (HGM) y 97% en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ); con la falta de pareja 61% y 75%, respectivamente; con menor dolor y mejor estado general de salud medidos con escalas de valoración análoga (EVA) y con mejor capacidad funcional y mejor calidad de vida: calificación HAQ (0.45 ± 0.59/0.74 ± 0.62, *p*=0.002), EUROQoL basal (0.655 ± 0.277/0.540 ± 0.246, *p*=0.004) y EUROQoL a los seis meses (0.711 ± 0.210/ 0.613 ± 0.233, *p*=0.03). No hubo relación a los seis y 12 meses entre la AP y OA. Los pacientes con OA a los seis meses tuvieron: menor consumo de alcohol (90/76%, 0.03) y mejoría en la uricemia (6.7 ± 1.8/8.1 ± 1.7 mg/dL, *p*=0.0009), y menor número de articulaciones inflamadas a los 12 meses. Tuvimos ≈35% de pérdidas al seguimiento, éstas fueron similares entre los pacientes con AP y AN (63/ 60%, NS) y no se relacionaron con ninguna otra variable sociodemográfica o clínica.

Conclusiones: Dos tercios de los pacientes con gota, tienen una actitud positiva al inicio de la atención, que se asocia a la institución, la falta de pareja, mejor calidad de vida y capacidad funcional, pero no con la observancia adecuada. Los pacientes con OA, tuvieron mejoría en la uricemia.

P-4/P27

Censo de prevalencia de síndromes de dolor regional apendicular en cuatro poblaciones originarias de hispanoamérica. Un estudio con metodología COPCORD

Álvarez J⁽¹⁾, Peláez I⁽²⁾, Goñi M⁽³⁾, Julián F⁽⁴⁾, García C⁽²⁾, Quintana R⁽⁵⁾, Silvestre A⁽⁶⁾, García I⁽⁷⁾, Mathern N⁽⁸⁾, Loyola A⁽⁹⁾, Conti S⁽⁵⁾, Sanabria A⁽⁵⁾, Pons-Estel B⁽⁵⁾

⁽¹⁾Universidad Anáhuac-Mayab. Mérida, México, ⁽²⁾Hospital General de México, ⁽³⁾Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR). Rosario, Argentina, ⁽⁴⁾UNAM, ⁽⁵⁾Hospital Provincial de Rosario. Rosario, Argentina,

⁽⁶⁾Gobierno de la Provincia de Santa Fe, Ministerio de Salud. Rosario, Argentina, ⁽⁷⁾Hospital de Especialidades, Oaxaca, México, ⁽⁸⁾IROF. Rosario, Argentina, ⁽⁹⁾Universidad de McMaster. Canadá

Introducción: Se ha demostrado consistentemente una marcada variación interpoblacional en la prevalencia de síndromes de dolor regional apendicular (SDRA). Este tópico no se ha abordado en poblaciones originarias de hispanoamérica.

Objetivos: Determinar la prevalencia global e individual de SDRA en poblaciones originarias de México y Argentina mediante un estudio tipo censo, metodología COPCORD y definiciones validadas y uniformadas.

Métodos: Se invitó a participar a todos los adultos (5 803) de núcleos poblacionales chontal (Oaxaca, México; n=128), mixteco (Oaxaca, México; n=951), maya-yucateco (Yucatán, México; n=2442) y quom (Rosario, Argentina; n=2282). A quienes aceptaron se les aplicó una versión adaptada a su cultura e idioma del instrumento COPCORD. Los sujetos COPCORD positivo fueron revisados por médicos generales, y si éstos no llegaba a un diagnóstico definitivo, por Reumatólogo. El diagnóstico de SDRA en miembros superiores se realizó por criterios del Grupo Southampton, y el de los miembros inferiores por criterios COPCORD-SDRA-México. Todos los médicos participantes recibieron seminarios de estandarización diagnóstica.

Resultados: Participaron 4 238 sujetos (73.0%): mayas-yucatecos 1 522 (62.3%), mixtecos 932 (98.0%), chontales 128 (100%) quom 1 656 (72.5%). La prevalencia global de SDRA (245 sujetos) fue de 5.78% (intervalo de confianza [IC] a 95%: 5.12-6.52), la cual mostró marcada variación entre los cuatro grupos: chontal 15.63% (IC 95%: 10.35-22.90), maya-yucateca 10.97% (IC 95%: 9.50-12.64), quom 3.08% (IC 95%: 2.35-4.03) y mixteco 0.75% (IC 95%: 0.03-1.54). El SDRA más prevalente fue tendinopatía del manguito rotador, 2.03% (IC 95%:1.65-2.50); seguido de epicondralgia lateral, 0.83% (IC 95%: 0.59-1.15); tendinopatía bicipital, 0.76% (IC 95%:0.54-1.06); epicondralgia medial, 0.73% (IC 95%: 0.54-1.06); síndrome anserino, 0.68% (IC 95%:0.48-0.98); y talalgia plantar, 0.66% (IC 95%: 0.46-0.95). La prevalencia de los distintos SDRA fue marcadamente diferente entre las cuatro poblaciones.

Conclusiones: Se encontró una marcada variación en la prevalencia global e individual de los SDRA entre las cuatro poblaciones originarias hispanoamericanas estudiadas. Esto coincide con los hallazgos previos para otras poblaciones no originarias, y apoya la noción de que la prevalencia de los SDRA está modulada por factores socioeconómicos, culturales y de contexto laboral específicos para cada población.

P-4/P28

Leptina y adiponectina en la gota, su relación con el estado clínico y con el síndrome metabólico

Bustos C⁽¹⁾, García S⁽²⁾, Montiel J⁽¹⁾, Aranda E⁽²⁾, Álvarez E⁽²⁾, Burgos R⁽²⁾, Vázquez-Mellado J⁽²⁾

⁽¹⁾Universidad Autónoma del Estado de Morelos, ⁽²⁾Hospital General de México

Introducción: En años recientes se ha relacionado a la leptina (Lep) y adiponectina (AdipoQ) con la inflamación articular en enfermedades reumáticas.

Objetivo: Determinar la variabilidad de Lep y AdipoQ en pacientes con gota y su relación con inflamación articular y síndrome metabólico (SM).

Pacientes y métodos: Pacientes de primera vez con diagnóstico de gota. Valoración basal y semestral durante un año que incluyó variables clínicas y de laboratorio. Se midieron Lep y AdipoQ por ELISA. El tratamiento fue individualizado. Análisis estadístico: Muestra: Diferencia de medias de Lep (n=20) Estadística descriptiva, Ji cuadrada, ANOVA y correlación de Pearson.

Resultados: Incluimos 40 pacientes hombres y una mujer con edad promedio 48.0 ± 12.9 años, edad de inicio de la enfermedad 34.6 ± 13.9 años y con 12.6 ± 10.5 años de evolución; 65.9% tenía hipertrigliceridemia; 43%, hipertensión arterial sistémica; 32% insuficiencia renal crónica; 37%, obesidad; el colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL-C) estaba alterado en

34%; se estableció el diagnóstico de SM según ATP III en 29%; 20% tenía hiperuricemia; 19%, nefrolitiasis; se detectó hipercolesterolemia en 17%; 10% tenía diabetes mellitus tipo 2; y 1% tenía cardiopatía isquémica. Análisis a seis y 12 meses: Mejoría significativa en afección articular, cifras de ácido úrico y función renal según MDRD; incremento significativo de la hemoglobina y de colesterol total; mejoría en niveles de glucosa y HDL-C; los niveles de Lep aumentaron significativamente y los de AdipoQ tuvieron tendencia a disminuir (tabla 1); no encontramos diferencias ni correlaciones significativas de Lep y AdipoQ entre pacientes con o sin SM.

Conclusión: Estos hallazgos sugieren que en pacientes con gota, las adipocitocinas están más relacionadas al estado metabólico que con la inflamación articular.

Tabla 1. Cambios en las variables clínicas y de laboratorio en pacientes con gota en el seguimiento semestral durante un año.

Variable (DE;IC)	Basal	6 meses	12 meses	f	P
Hb,mg/dL	14.6 (1.5; 14.1-15.2)	15.4 (1.6; 14.8 - 16.0)	15.4 (1.4; 14.9 - 15.9)	3.257	0.017
Glucosa, mg/dL	98.1 (18.9; 92.2 - 104.1)	94.3 (12.4; 90.4 - 98.3)	93.0 (13.0;88.8 - 97.1)	1.98	0.052
AU, mg/dL	8.3 (2.2; 7.6 - 9.0)	6.8 (2.0; 6.2 - 7.5)	6.9 (1.6; 6.4 - 7.5)	9.874	0.000
Colesterol total, mg/dL	176.0 (33.7; 165.1 - 187.0)	187.2 (32.9; 176.5 - 197.9)	191.6 (33.4; 180.7 - 201.4)	4.871	0.004
C-HDL, mg/dL	34.9 (10.8; 30.2 - 39.6)	36.4 (9.3; 32.3 - 40.3)	38.4 (9.4; 34.3 - 42.4)	1.267	0.128
Triglicéridos, mg/dL	227.8 (125.2;187.8 - 267.9)	234.3 (163.4;182.0 - 286.5)	249.8 (135.0;206.6 - 293.0)	0.883	0.191
Lep, ng/dL	2.3 2.0; 1.7 - 2.9	2.4 1.8; 1.8 - 3.0	3.3 1.8; 2.7 - 3.9	7.082	0.001
Adipo0, ug/dL	39.2 25.2; 31.3-47.2	36.5 23.7; 29.0-44.0	34.4 23.1; 27.1-41.7	0.533	0.317
PCR,mg/dL	17.9 19.6; 9.1-26.6	23.9 32.3; 9.5-38.4	11.1 11.3;6.1-16.1	2.232	0.085
MDRD,mL/ m2SC	76.1 (28.4; 67.1-85.1)	81.7 (23.3; 74.3-89.1)	87.0 (25.8; 78.9-95.2)	5.313	0.002
Cintura, cm	99.8 (10.4; 96.5-103.1)	100.3 (10.1; 97.1-103.0)	100.1 (9.4;97.1-103.0)	0.235	0.519
PAM, mmHg	91.9 (10.4; 88.6-95.2)	94.5 (10.1;91.3-97.7)	93.1 (11.2; 89.6-96.7)	2.387	0.058
Ataques agudos de gota, Número	3.3 (6.4; 1.7-5.5)	0.6 (1.1; 0.3-1.0)	0.2 (0.5; 0.0-0.4)	12.867	0.001
Articulaciones dolorosas, Número	3.2 (5.7; 1.4-5.0)	2.3 (5.5; 0.6-4.1)	1.3 (2.8; 0.4-2.2)	1.983	0.050
Articulaciones inflamadas, Número	0.6 (1.6; 0.4-1.1)	0.2 (0.8; 0.0-0.4)	0.2 (0.9; 0.0-0.5)	2.292	0.040
Articulaciones limitadas, Número	5.9 (9.9; 2.8-9.6)	4.6 (8.4; 1.9-7.3)	3.5 (7.6;1.1-5.9)	1.800	0.062
Tofos, Número	8.6 (9.9; 5.4-11.5)	8.4 (9.6; 5.4-11.5)	7.8 (9.4; 4.8-10.8)	0.587	0.397

P-4/P29

Hábitos dietéticos y perfil metabólico en pacientes de consulta ambulatoria de Reumatología en el Hospital de Jerez, España

Cayón M⁽¹⁾, García C⁽²⁾, Cardiel M⁽³⁾, Menor R⁽⁴⁾, Pérez J⁽⁴⁾

⁽¹⁾Sección de Endocrinología, Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, Andalucía, España, ⁽²⁾Servicio de Medicina Interna, Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, Andalucía, España, ⁽³⁾Unidad de Investigación Dr. Mario Alvizouri, Hospital Civil Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán, ⁽⁴⁾Sección de Reumatología, Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, Andalucía, España

Introducción: El abordaje nutricional en las consultas ambulatorias de Reumatología no se realiza de forma sistemática, y existen escasos estudios que registren el hábito dietético de los pacientes.

Objetivo: Describir sus características nutricionales, de laboratorio y la influencia en parámetros metabólicos.

Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal en el que se recogieron variables epidemiológicas, de laboratorio (perfil lipídico, glucemia, ácido úrico, proteína C reactiva [PCR] y velocidad de sedimentación globular [VSG]) y en relación con hábitos alimentarios de pacientes de consultas externas con artrosis, artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES) y artropatía psoriásica (Aps). Para valorar sus hábitos nutricionales, todos los pacientes respondieron un cuestionario validado sobre la frecuencia en la ingesta. Se dividieron en tres grupos según las características cualitativas de su dieta: hiperproteica, equilibrada y rica en carbohidratos.

Resultados: Se estudiaron 160 pacientes, 40 por cada una de las patologías referidas. La media de edad fue de 58.25 años para la AR, 66.9 para artrosis, 44.15 para LES y 49,5 para Aps. En la artrosis la dieta equilibrada (45% de estos pacientes) derivó en un mejor perfil lipídico en términos de lipoproteína de alta densidad (HDL) comparada con la hiperproteica y la rica en carbohidratos (p=0.034). En el LES, entre los pacientes con dieta rica en carbohidratos (17.5%) la VSG presentó niveles más bajos (p=0.042). Como resultado interesante, en la Aps, la dieta hiperproteica (17.5%) se asociaba con cifras menores de colesterol total, 177 mg/dl (p=0,037). En la AR, si bien en aquellos que realizaban dieta rica en carbohidratos (15.4%) se observó un perfil lipídico más favorable, las diferencias entre los grupos dietéticos no fueron significativas. Igualmente el índice aterogénico en la Aps fue favorable con la dieta hiperproteica, con un valor de 3,2 0,5, resultando superior como era esperable en AR, LES y artrosis (4,2 1,3, 4,08 1,2 y 3,6 1,2 respectivamente).

Conclusión: Una dieta balanceada con inclusión de carbohidratos complejos se acompañó de un perfil lipídico ligeramente favorable. Sí resulta de interés la asociación de la dieta hiperproteica en Aps a cifras más bajas de colesterol total; se atribuye como posible explicación el consumo abundante de pescado (los 40 pacientes 3-6 veces/semana) como base de su alimentación proteica, con descenso de las grasas saturadas de origen animal.

P-4/P30

Participación del inflammasoma NALP3 en el depósito de urato monosódico dentro del cartílago articular evaluado por ultrasonido en individuos asintomáticos con hiperuricemia crónica

Rodríguez P⁽¹⁾, Ferrusquía D⁽²⁾, Sánchez F⁽²⁾, Márquez R⁽²⁾, Juárez Y⁽²⁾, Ballinas M⁽²⁾, Jiménez V⁽²⁾, Amezcua L⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital General Dr. Manuel Gea González, ⁽²⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El 25% de individuos asintomáticos con hiperuricemia tiene depósitos de urato monosódico (UMS) en el cartílago articular en una valoración con ultrasonido (US). El inflammasoma NALP3 es un regulador importante para el inicio de la artritis gotosa aguda. La falta de activación del inflammasoma NALP3 podría ser la causa del depósito pasivo de UMS en ausencia de inflamación.

Objetivo: Caracterizar los componentes del inflammasoma NALP3 y sus productos en individuos asintomáticos con hiperuricemia crónica según la presencia o ausencia de depósito de UMS por US.

Métodos: Individuos asintomáticos con hiperuricemia (ácido úrico > 6.8 mg/dl) crónica (> 2 años) fueron sometidos a US de rodillas y 1ª articulación metatarsofalángica (MTF) para identificar signo de doble contorno (marcador sustituto de depósito de UMS). Se reclutaron pacientes con gota aguda o en periodo de remisión como controles. En los leucocitos mononucleares de sangre periférica se midió la tasa de expresión relativa de casp1, nlrp3, il1b, il18 y mcp1 por reacción en cadena de la polimerasa, cuantitativa. En suero se midió la concentración de IL-1b, IL-18, MCP1, sICAM y sVCAM por ELISA. Las variables cualitativas se describen en porcentajes y las cuantitativas en mediana (intervalo entre cuartiles). El contraste de hipótesis se realizó por prueba exacta de Fisher y prueba de Mann-Whitney, o *Ji cuadrada* y Kruskal-Wallis (prueba posterior de Dunn) según correspondiera. Significancia $p < 0.05$.

Resultados: Incluimos 44 individuos asintomáticos con hiperuricemia (media 58 años, intervalo 51-65 años), 15 pacientes con gota aguda (59, 53-69 años) y 11 con gota en periodo de remisión (64, 50-70 años). El 28% de los individuos asintomáticos con hiperuricemia mostró depósitos de UMS por US; sin embargo, no pudimos encontrar diferencia ni en la expresión ni en la concentración de ninguno de los analitos medidos. Cuando comparamos los individuos asintomáticos con hiperuricemia contra los pacientes con gota aguda o en remisión, observamos que los primeros tienen mayor concentración de ácido úrico sérico (7.9, 7.4-8.6 mg/dl vs 6.3, 5.3-7.6 mg/dl vs 6.2, 5.9-7 mg/dl, respectivamente; $p = 0.001$). En contraste, la concentración sérica de sVCAM fue mayor en los pacientes con gota aguda (606, 435-748 pg/ml) que en los que estaban en remisión (320, 259-475 pg/ml; $p = 0.01$) y en los asintomáticos (384, 306-464 pg/ml; $p = 0.01$). No se encontraron otras diferencias.

Conclusiones: El inflammasoma NALP3 y sus productos no parecen estar involucrados en el depósito de UMS dentro del cartílago articular.

P-4/P31

Confiabilidad del instrumento de calidad de vida específico para osteoartritis de cadera y rodilla

Rodríguez E⁽¹⁾, Ramírez C⁽¹⁾, Rodríguez M⁽²⁾

⁽¹⁾Escuela de Fisioterapia, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia, ⁽²⁾Escuela de Educación, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Introducción: La evaluación de la calidad de vida en personas con osteoartritis (OA) de rodilla es importante para determinar el impacto de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, como las intervenciones realizadas en fisioterapia. El único cuestionario específico de calidad de vida para OA de cadera y rodilla de acceso libre, adaptado y validado al idioma español es el *Outcome Osteoarthritis Knee and Hip Quality of Life* (OOAKHQOL) desarrollado originalmente en Francia, traducido al español y validado, con evaluación de propiedades psicométricas como reproducibilidad y validez en España.

Objetivos: Evaluar la consistencia interna, reproducibilidad y nivel de concordancia de OOAKHQOL.

Materiales y métodos: Se diseñó un estudio de evaluación de pruebas diagnósticas de corte transversal en una muestra de hombres y mujeres con edad entre 45 y 76 años con diagnóstico médico de osteoartritis de rodilla. Los participantes fueron seleccionados entre los asistentes a consulta médica en un centro de salud de la ciudad de Bucaramanga, Colombia entre los meses de julio y septiembre de 2013. El OOAKHQOL fue aplicado dos veces con un lapso entre evaluaciones de seis días. La consistencia interna de cada atributo fue analizada con el Alfa de Cronbach, la reproducibilidad

prueba-reprueba por medio del coeficiente de correlación intraclase (CCI2,k) y se establecieron los límites de acuerdo de Bland y Altman.

Resultados: Se evaluaron 24 personas con edad promedio de 64 ± 7 años. Se encontró una consistencia interna buena (0.8) para los atributos de actividad física, salud mental y dolor; y aceptable (0.7) para el apoyo social y actividades sociales; la reproducibilidad fue buena para actividad física y salud mental, aceptable (0.7) para apoyo social y dolor; y pobre (<0.6) para el atributo de actividades sociales. El nivel de concordancia fue moderado para todos los atributos excepto apoyo social y actividades sociales.

Conclusiones: Los resultados del estudio indican que el instrumento presenta consistencia interna y reproducibilidad moderada, y un nivel de concordancia moderado y bajo, por lo que puede ser considerado dentro de las evaluaciones aplicadas en personas con OA de rodilla, pero requiere modificaciones para su uso en ensayos clínicos controlados.

P-4/P32

Compromiso tendinoso en pacientes con gota, estudio ecográfico de prevalencia

Ventura L⁽¹⁾, Cazenave T⁽²⁾, Audisio M⁽³⁾, Alva M⁽⁴⁾, Solano C⁽⁵⁾, Hernández C⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación, ⁽²⁾Instituto de Rehabilitación, Buenos Aires, Argentina, ⁽³⁾Instituto Strusberg, Buenos Aires, Argentina, ⁽⁴⁾Perú, ⁽⁵⁾Instituto de Seguridad del Salvador

Introducción: La gota es una enfermedad que se caracteriza por el depósito de cristales de urato monosódico (MSU) en diferentes tejidos, entre los que destacan los tendones; hay reportes ultrasonográficos (US) de afección por tofos dentro o cercanos de los mismos, se desconoce su prevalencia.

Objetivo: Determinar la prevalencia de tendinopatía/entesopatía en las extremidades inferiores en pacientes con gota.

Pacientes y métodos: Estudio multicéntrico, internacional, descriptivo, transversal en el que se incluyeron pacientes con gota diagnosticada por los criterios de Wallace, a quienes se practicó examen ecográfico de rodillas y tobillos según las recomendaciones EULAR para evaluar la presencia de áreas nebulosas hiperecóticas, con o sin sombra acústica, y/o puntillito hiperecótico en tendones del cuádriceps, rotuliano y aquileo bilaterales. Se realizó una comparación con un grupo pareado por edad y sexo con osteoartritis (OA) y un grupo de sanos. Se utilizaron diferentes equipos de US con frecuencia de 7 a 12 MHz. Se aplicó cuestionario clínico en forma independiente para determinar características demográficas. Se aplicó estadística descriptiva y *Ji cuadrada* para identificar diferencias entre grupos.

Resultados: Se evaluaron 77 pacientes con gota, 35 pacientes con OA y 35 sujetos sanos. Las características demográficas de los pacientes con gota se muestran en la tabla 1. La edad media de los pacientes con OA fue 65.4 ± 7.98 años y la de los sanos 41.4 ± 7.98 años. En los pacientes con gota, se observaron imágenes anormales como las referidas, en orden decreciente de frecuencia, en el tendón rotuliano del 56%, (mayor en la región distal que proximal, 35% vs 22%), en el tendón del cuádriceps en 44%, en el tendón de Aquiles en 36%. Las áreas nebulosas sin sombra acústica fueron las formas más frecuentes. La prevalencia de alteraciones fue estadísticamente significativa en el grupo de gota, comparada con los otros grupos (en el grupo de OA se observaron calcificaciones en el tendón del cuádriceps en el 0.8% y en los sanos no se observaron) El 71% de los pacientes del grupo de gota tuvo más de 7 mg/dL de ácido úrico.

Conclusiones: Se observó una alta prevalencia de afección tendinosa en pacientes con gota, con afección de varios tendones.

Tabla 1. Características de los pacientes y controles

Grupos	Gota crónica (n=77)	Osteoartritis (n=35)	Sanos (n=35)
Sexo: Masc/Fem (%)	53.8/46.3	48.6/51.4	51.4/48.6
Tiempo Evolución	9.45+9	6.66+4.83	NA
Comorbilidad	40%	51.4%	NA
Obesidad	37.5	20.0	
Hipertensión arterial	14.2	11.4	
Diabetes mellitus	36.3	25.7	
Dislipidemia	2.5	5.7	
Cardiopatía isquémica	1.3	0	
Psoriasis			
Dx. con luz polarizada	57.5%	NA	NA
Índice Dolor/Entesis	63.8%	91.4%	NA
0	11.3	5.7	
1	16.3	2.9	
2	8.9	0	
> 2			
No. Ataques/año	10%	NA	NA
0	42.5		
1	23.8		
2	13.8		
>2			