

XLII Congreso Mexicano de Reumatología

Simultáneas

S-1/S01

Comparación entre las infecciones incidentes en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad y agentes biológicos

Escalante C, Arce C

Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX

Introducción: El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) incluye medicamentos que tienen efectos sobre la respuesta inmunitaria a las infecciones. Con el uso de fármacos biológicos se han informado casos catastróficos de infecciones oportunistas con características inusuales. Se desconoce la incidencia de estas complicaciones en nuestra población.

Objetivo: Comparar la incidencia de infecciones en un grupo de pacientes con AR en tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) solos o en combinación, y en otro grupo tratado con agentes biológicos.

Material y métodos: Se revisó una cohorte de pacientes con AR del adulto (criterios ACR/EULAR 2010) con seguimiento en tres hospitales de nuestro sistema de salud desde enero de 2001. En base al tratamiento recibido (FARME o biológico) registramos cada episodio infeccioso de acuerdo con el diagnóstico médico y evaluamos otras variables de interés. El episodio se definió como grave si ameritaba hospitalización. Análisis: estadística descriptiva, prueba *Ji cuadrada* y prueba *t* de Student.

Resultados: Se incluyeron 191 pacientes, 141 recibieron algún agente biológico y 50 sólo FARME, la edad promedio fue 61.12 ± 12.6 años y el seguimiento fue de 102 ± 59 meses. En el grupo con agente biológico se presentaron 678 infecciones, de las que 47 se consideraron graves; mientras que en el grupo con FARME se registraron 277 infecciones, siete de ellas graves. La tasa ajustada por tiempo fue de 0.036 infecciones/año en el grupo biológico y 0.02 infecciones/año en el grupo FARME (p =no significativa). La tasa de infecciones no graves fue de 0.49 infecciones/año en el grupo biológico y 0.85 infecciones/año en el grupo FARME ($p < 0.05$). Los pacientes del grupo FARME recibieron mayor dosis de prednisona, 10.14 mg/día vs 7.36 mg/día en el grupo biológico. Adicionalmente, hubo ocho infecciones crónicas, seis con secuelas permanentes y dos muertes en el grupo biológico, ninguna en el grupo FARME.

Conclusión: Los pacientes que toman un FARME sintético presentan una tasa mayor de infecciones no graves, posiblemente relacionada con tiempo y dosis mayores de glucocorticoides; sin embargo, los pacientes en tratamiento con agentes biológicos presentan una mayor tasa de infecciones graves, infecciones crónicas, secuelas relacionadas con ello y posiblemente mayor mortalidad, lo que empobrece su pronóstico.

S-1/S02

Tofacitinib, inhibidor oral de la Janus cinasa (JAK) en pacientes mexicanos con artritis reumatoide: Análisis de eficacia y seguridad en una población de estudios fase 3

Burgos R⁽¹⁾, Cardiel M⁽²⁾, Xibillé D⁽³⁾, Rahman M⁽⁴⁾, Kwok K⁽⁵⁾, Mebus C⁽⁶⁾, Mahgoub E⁽⁷⁾, Riese R⁽⁶⁾, García E⁽⁷⁾

⁽¹⁾Hospital General de México, ⁽²⁾Centro de Investigación Clínica de Morelia, Michoacán, ⁽³⁾Fundación el Hospitalito de Morelos, Cuernavaca, México, ⁽⁴⁾School of Medicine, University of Pennsylvania, PA, USA, ⁽⁵⁾Pfizer Inc, New York, NY, USA, ⁽⁶⁾Pfizer Inc, Groton, CT, USA, ⁽⁷⁾Pfizer Inc, Collegeville, PA, USA

Introducción: El tofacitinib es un inhibidor oral de la Janus cinasa para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR).

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad de tofacitinib en los pacientes mexicanos de los estudios globales fase 3 de AR.

Métodos: Se analizaron los datos combinados de los pacientes mexicanos de cinco estudios fase 3 (ORAL Solo, Sync, Standard, Scan, y Step). Todos los pacientes tenían respuesta inadecuada a FARME y recibieron tofacitinib, 5 o 10 mg dos veces al día (BID), o placebo, ya fuera como monoterapia o combinados con metotrexato u otros FARME no biológicos durante tres a seis meses. Los pacientes con placebo cambiaron a tofacitinib 5 o 10 mg BID a los tres o seis meses. La evaluación de eficacia incluyó las calificaciones ACR20/50/70, DAS28 y HAQ-DI, y la de seguridad incluyó incidencia de eventos adversos (EA), suspensión de tratamiento por EA, EA serios (EAS) y anomalías en parámetros de laboratorio.

Resultados: Se incluyeron 119 pacientes. Las tasas de respuesta ACR20/50/70 y los cambios en DAS28 y HAQ-DI en el tercer mes fueron significativamente mayores con tofacitinib (ambas dosis) que con placebo. El EA más frecuente fue infección; no se reportaron infecciones serias. Cuatro pacientes salieron del estudio por EA. Se reportaron siete EAS. Las anomalías de laboratorio fueron similares a las de la población total de los estudios.

Conclusión: Los signos y síntomas de la AR y la capacidad funcional de los pacientes mexicanos con AR tratados con tofacitinib mejoraron en forma sostenida, y el perfil de seguridad fue similar al de otras poblaciones.

S-1/S03

Impacto en la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide medido por un instrumento específico y uno genérico

Reyes G⁽¹⁾, Moctezuma J⁽¹⁾, García C⁽¹⁾, Pacheco C⁽²⁾, Peláez I⁽¹⁾, Burgos R⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", ⁽²⁾Hospital Central Universitario de Chihuahua

Introducción: La calidad de vida en artritis reumatoide (AR) constituye uno de los enfoques de estudio del sistema de salud actual. Para su medición han sido creados instrumentos genéricos, como el *Short Form Health Survey-36* (SF36) y EuroQoL (EQ-5D), y específicos, entre los que destaca el *Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale* (RAQoL), considerado adecuado para evaluar calidad de vida.

Objetivos: 1) Evaluar el impacto en la calidad de vida en pacientes con AR a través de un instrumento específico (RAQoL) y uno genérico (SF36). 2) Estimar el impacto socioeconómico en la población estudiada.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte abierta en pacientes con AR del Hospital General de México. El estudio consistió en la aplicación de cuestionarios relacionados con calidad de vida, impacto socioeconómico, parámetros clínicos, actividad, capacidad funcional y rasgos depresivos. El análisis estadístico utilizado fue descriptivo y analítico-bivariado.

Resultados: Se analizaron 50 pacientes de los cuales el 96% (48) correspondió a mujeres, edad promedio de 47 años (DE 12.7; intervalo, 23-75 años), tiempo de evolución de la AR reportada en mediana de 46 meses (intervalo 1-322) y tiempo desde el diagnóstico de 27 meses (0-234). La actividad con DAS28 mostró una calificación mediana de 3.79 (intervalo entre cuartiles [IIC] 2.7-4.8; 1.4 - 7.7). Calidad de vida valorada por RAQoL con mediana de 14 (IIC 5-21; 0-30), y por SF-36 con mediana para el componente físico de 39.4 (IIC 31.7-46.6, 21.1-59.5) y de 45.8 para el componente mental (IIC 36.5-53.6; 19.3-65.4). Respecto a capacidad funcional, el HAQ reportó una media de 1.03 (DE 0.79; 0-2.75), la calificación BECK para rasgos depresivos mostró una mediana de 11.5 (IIC 8-20; 1-30). La correlación entre RAQoL y SF36-componente físico fue de -0.78 (p<0.01), con el componente mental fue de -0.62 (p<0.01), con HAQ de 0.76 (p<0.01) y con BECK de 0.63 (p<0.01). En relación a las características socioeconómicas, la escolaridad promedio fue de 7.7 años (DE 3.5; 0-17), el 68% (34) no tenía un salario remunerador, además sólo el 18% (9) recibía medicamentos gratuitamente.

Conclusiones: El impacto en la calidad de vida resultó ser un punto de evaluación preponderante, el cual debe ser incluido en la evaluación periódica general de los pacientes. En particular, la herramienta RAQoL mostró una relación fuerte con SF36, actividad de la enfermedad, capacidad funcional y con el instrumento para valorar rasgos depresivos, lo que denota su utilidad.

S-1/So4

Factores asociados a un estado de remisión clínica por DAS28-VSG en pacientes con artritis reumatoide en la Clínica de Reumatología de un Hospital Universitario

Loredo S, Vega D, Garza M

Hospital Universitario José Eleuterio González. Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La remisión clínica es uno de los objetivos del tratamiento de los pacientes con AR y su estimación mediante DAS28-VSG y otros índices compuestos facilita las conductas terapéuticas.

Objetivo: Determinar el porcentaje de remisión clínica y los factores asociados mediante el uso de la escala DAS28-VSG en una población de pacientes de un hospital universitario.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal de una cohorte de pacientes con AR (criterios ACR/EULAR 2010) de la consulta de reumatología de un hospital universitario. Se calculó el DAS28-VSG en su última visita y se analizaron las características clínicas. Se realizó estadística descriptiva con las variables epidemiológicas incluidas en el estudio y estadística inferencial mediante análisis bivariado para determinar los factores asociados a remisión clínica de artritis reumatoide.

Resultados: Se incluyeron 245 pacientes (97.7% mujeres) con edad promedio de 51.5 años de los cuales el 34.2% se encontraba en remisión clínica por DAS28-VSG (<2.6). Los factores asociados a remisión clínica por DAS28-VSG en el análisis bivariado fueron edad menor a 51 años, uso de prednisona, uso de esteroide de depósito en los últimos tres meses, uso de tramadol,

ausencia de osteoartritis y peso normal (índice de masa corporal < 25). Al realizar el análisis multivariado, los factores independientes asociados a la remisión clínica fueron el uso de prednisona y leflunomida (tabla 1).

Tabla 1. Análisis multivariado.

| | | RE-MI-SIÓN N84 | NO RE-MI-SIÓN N16 | P | OR | IC | p | OR | IC |
|---|--------------|----------------|-------------------|-------|--------------------|--------------|-----------------------|------|--------------|
| Sexo femenino, n(%) | 250 (97.7) | 80 (95.2) | 159 (98.8) | 0.185 | 0.252 | (0.45-1.43) | | | |
| Edad años, media (DE) | 51.5 (11.87) | 48.9 (11.9) | 52.9 (11.6) | 0.014 | | | | | |
| Edad menor a 51,n (%) | 120 (46.9) | 49 (58.3) | 66 (41) | 0.01 | 2.01 | (1.10-3.44) | 0.789 | 1.17 | (0.35-3.8) |
| Factor reumatoide negativo, n (%) | 77 (32.8)* | 31 (31.2) | 63 (34.7) | 0.597 | 0.85 | 0.47-1.53 | 0.426 | 0.67 | (0.25-1.78) |
| Anti PCC negativos, n (%) | 65 (45.8)** | 58 (48) | 111 (42.5) | 0.535 | 1.24 | (0.62-2.50) | 0.769 | 0.87 | (0.34-2.18) |
| Metotrexate, n (%) | 225 (87.9) | 72 (85.7) | 144 (89.4) | 0.39 | 1.41 | (0.64-3.11) | 0.185 | 2.45 | (0.65-9.2) |
| Leflunomida, n (%) | 29 (11.3) | 6 (7.1) | 22 (13.7) | 0.128 | 2.05 | (0.80-5.29) | 0.032 | 6.91 | (1.17-40.5) |
| Hidroxicloroquina, n (%) | 59 (23) | 18 (21.4) | 41 (25.5) | 0.453 | 1.25 | (0.66-2.35) | 0.848 | 1.11 | (0.36-3.36) |
| Cloroquina, n (%) | 72 (28.1) | 24 (28.6) | 42 (26.1) | 0.67 | 0.88 | (0.48-1.59) | 0.743 | 1.2 | (0.39-3.67) |
| Sulfasalazina, n (%) | 68 (26.6) | 20 (23.8) | 47 (29.2) | 0.37 | 1.31 | (0.72-2.41) | 0.451 | 0.66 | (0.22-1.94) |
| Prednisona, n (%) | 136 (53.1) | 34 (40.5) | 93 (57.2) | 0.01 | 2.01 | (1.17-3.43) | 0.029 | 2.86 | (1.11-7.35) |
| Esteroides de depósito 3 meses previos, n (%) | 21 (8.2) | 1 (1.2) | 19 (11.8) | 0.004 | 11.1 | (1.46-84.47) | 0.337 | 3.16 | (0.30-33.07) |
| AINE's, n (%) | 25 (9.8) | 6 (7.1) | 18 (11.2) | 0.31 | 1.63 | (0.62-4.29) | 0.826 | 1.23 | (0.18-8.27) |
| Inhibidores de COX-2, n (%) | 20(7.8) | 5 (6) | 15 (9.3) | 0.36 | 1.62 | (0.56-4.63) | 0.72 | 1.33 | (0.27-6.53) |
| Tramadol, n (%) | 22 (8.6) | 2 (2.4) | 19 (11.8) | 0.012 | 5.48 | (1.24-24.1) | 0.427 | 2.63 | (0.24-28.9) |
| Ausencia de comorbilidades, n (%) | 111 (43.4) | 42 (50) | 99 (61.5) | 0.084 | 1.59 | (0.93-2.72) | 0.905 | 0.94 | (0.34-2.58) |
| Ausencia de Diabetes mellitus tipo 2, n (%) | 224 (87.5) | 78 (92.9) | 135 (83.9) | 0.047 | 2.5 | (0.98-6.34) | 0.975 | 1.02 | (0.22-4.69) |
| Ausencia Osteoartritis, n (%) | 154 (60.4) | 60 (71) | 90 (55) | 0.018 | 1.97 | (1.11-3.47) | 0.588 | 0.74 | (0.24-2.19) |
| Ausencia de Hipertensión arterial n (%) | 211 (82.4) | 74 (88.1) | 128 (79.5) | 0.093 | 1.9 | (0.88-4.09) | 0.195 | 2.67 | (0.60-11.79) |
| Peso normal (IMC menor a 25kg/cm2) | 59 (25.7) | 34 (34.2) | 44 (21.5) | 0.039 | 1.9 | (1.02-3.51) | 0.109 | 2.33 | (0.82-6.57) |
| Tiempo de evolución de AR<8.9 años | 149 (58.2) | 58 (69) | 91 (52.9) | 0.14 | 1.98 | (1.14-3.44) | 0.088 | 2.65 | (0.86-8.15) |
| | | | | | Análisis bivariado | | Análisis multivariado | | |

*De un total de 235 pacientes

** De un total de 142 pacientes

S-1/S05

Tuberculosis y tofacitinib en pacientes de Latinoamérica con artritis reumatoide

Keiserman M⁽¹⁾, Ximenes A⁽²⁾, Xavier R⁽³⁾, Zerbini C⁽⁴⁾, García E⁽⁵⁾, Riese R⁽⁶⁾, Kwok K⁽⁷⁾, Radominski S⁽⁸⁾, Lomonte A⁽⁴⁾, Mahgoub E⁽⁵⁾

⁽¹⁾Sao Lucas Hospital, Porto Alegre, Brazil, ⁽²⁾Hospital Geral de Goiania, Goiania, Brasil, ⁽³⁾Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil, ⁽⁴⁾Hospital Heliópolis, São Paulo, Brasil, ⁽⁵⁾Pfizer Inc, Collegeville, PA, USA, ⁽⁶⁾Pfizer Inc, Groton, CT, USA, ⁽⁷⁾Pfizer Inc, New York, NY, USA, ⁽⁸⁾Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil

Introducción: El tofacitinib es un inhibidor oral de la Janus cinasa para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) que inhibe la señalización de citocinas, incluidas las de la respuesta inmunitaria a la tuberculosis (TB). La tasa de incidencia mundial de TB en los pacientes con AR fue similar entre los tratados con tofacitinib y los que recibían fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral.

Objetivo: Describir la presencia de TB latente (TBL) y activa en pacientes con AR de la población mundial y de Latinoamérica.

Métodos: Se revisaron los datos de los pacientes de Latinoamérica de los estudios fase 3 de AR de tofacitinib. Antes de entrar a cada estudio fase 3, los pacientes potenciales fueron examinados en busca de TB con Quantiferon-TB (QTF), o si no estaba disponible, con prueba cutánea de tuberculina (PPD), y radiografía de tórax en los 3 meses previos a la selección. A los pacientes con TBL se les permitió entrar al estudio al completar uno de 9 meses de tratamiento con isoniazida (INH) para TBL. Se reportaron los casos de TB activa. Los pacientes recibieron tofacitinib 5 o 10 mg dos veces al día (BID), placebo (PBO) o adalimumab (ADA) 40 mg cada dos semanas.

Resultados: Se incluyeron 496 pacientes de Latinoamérica. En los antecedentes de la población latinoamericana se identificaron 17 pacientes con TBL (8, 4 y 5 en los grupos de 5 mg BID/10 mg BID, y PBO, respectivamente), un paciente con TB (grupo con 5 mg BID) un paciente con TB vesical (grupo PBO) y cuatro pacientes con TB pulmonar (2 del grupo con 5 mg y 2 del grupo con 10 mg BID). En la valoración inicial de la población mundial fase 3, se identificaron 165 pacientes con QTF positivo y 2862 con QTF negativo (26 PPD + y 232 PPD -). En Latinoamérica se identificaron 21 pacientes QTF(+) y 458 QTF(-); 0 pacientes con PPD(+) y 11 con PPD(-). De la población mundial fase 3, 224 pacientes recibieron INH para TBL (18 pacientes de Latinoamérica), ninguno de ellos desarrolló TB activa. De la población mundial de estudios fase 2, fase 3 y de extensión a largo plazo (LTE [estudio en proceso con base de datos abierta]) (n= 4791) se identificaron 12 pacientes con TB activa después del tratamiento (un paciente de Latinoamérica [México en estudio de LTE] y un paciente con antecedente de TB activa tratada adecuadamente y una prueba de laboratorio positiva al seleccionarlo).

Conclusión: La incidencia de TB en pacientes latinoamericanos con AR tratados con tofacitinib fue baja y similar a la de la población mundial. Antes de ser tratados con tofacitinib, los pacientes deben ser examinados en busca de TB con QFT o PPD. Los datos iniciales en Latinoamérica, consistentes con los globales, indican que los pacientes con TBL pueden ser tratados exitosamente con INH mientras reciben tofacitinib.

S-1/S06

Comparación de la valoración de actividad de la enfermedad en artritis reumatoide desde el punto de vista del paciente (medida con RADAI) y el del médico (medida con DAS28 y CDAI) en un estudio clínico abierto

Álvarez E, Álvarez S, Marín R

Hospital General de México

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que frecuentemente causa destrucción articular importante y discapacidad. La medición de la actividad de la enfermedad es muy importante en el seguimiento de los pacientes. Existen varios índices compuestos que permiten valorar este parámetro; el DAS 28 y el CDAI son calificados por el médico y el RADAI es calificado por el paciente. Se desconoce cuál de los dos enfoques es el más adecuado.

Objetivo: Comparar la medición de la actividad de la AR desde la perspectiva del médico y la del paciente a través de índices compuestos específicos. Población: pacientes con AR que participaron en un estudio clínico abierto con uso de metotrexato y antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF)-a.

Pacientes y métodos: Se obtuvieron datos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento de todos los pacientes. Fueron valorados cada cuatro semanas durante seis meses mediante la aplicación de las herramientas DAS28, CDAI, RADAI, HAQ-DI, EuroQoL 5D y escala análoga visual (EVA) de dolor, global del médico y del paciente.

Resultados: Se incluyeron 190 pacientes, 179 (94.2%) eran mujeres, con edad de 43.9 ± 11.9, escolaridad de 8.9 ± 3.9 años. El RADAI tuvo un alfa de Cronbach de 0.89 y un coeficiente de correlación intraclase de 0.79. La calificación inicial fue de 6.04 ± 1.6 y la final de 2.52 ± 1.7. El DAS28 inicial fue de 5.36 ± 0.74 y el final de 2.95 ± 0.89; y el CDAI basal fue de 28.05 ± 8.5, el final fue de 7.01 ± 5.3. El HAQ basal fue de 1.49 ± 0.64 y el final de 0.70 ± 0.63; y la calificación EuroQoL basal fue 0.4156 ± 0.20, la final fue de 0.6733 ± 0.17 (p=0.000 en todas las comparaciones). Hubo una correlación moderada a buena de RADAI con DAS28, CDAI, HAQ-DI y EuroQoL5D. Los tres índices tuvieron una buena capacidad de discriminación entre grupos de pacientes según la actividad de la enfermedad. En la valoración final había datos de actividad por DAS28 en 31.6%, por CDAI en 26.3% y por RADAI en 35.8% de los pacientes. El área bajo la curva del CDAI fue de 0.88, del DAS28 de 0.72 y del RADAI de 0.71, con sensibilidad y especificidad similares.

Conclusión: La comparación de actividad desde la perspectiva del paciente y del médico son equivalentes con el uso de índices específicos. El uso de DAS28, CDAI y RADAI permiten una valoración adecuada de la actividad de la enfermedad en AR.

S-2/S07

Impacto del diagnóstico psiquiátrico en variables clínicas, serológicas y desenlaces de los pacientes con artritis reumatoide

Briseño O, Alcocer N, Contreras I, Pascual V

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La prevalencia de trastornos psiquiátricos (TP) en pacientes con artritis reumatoide (AR) varía entre el 17 y el 40%, está subdiagnosticada e impacta de manera negativa en los desenlaces clínicos. La entrevista *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) es una herramienta validada al español que identifica una gama de TP.

Objetivo: Describir la prevalencia y tipo de TP en una muestra de pacientes mexicanos con AR y explorar la asociación con variables y desenlaces clínicos de los pacientes.

Material y métodos: Se invitó a participar a pacientes ambulatorios provenientes de una cohorte de AR temprana de un hospital de tercer nivel de atención del Distrito Federal. A todos los pacientes se les realizó exploración clínica completa que incluyó revisión de articulaciones inflamadas y dolorosas, determinación de reactantes de fase aguda y se aplicaron, entre otros, cuestionarios de discapacidad (HAQ), calidad de vida (SF-36) y fatiga (FA-CIT). Dentro de un lapso no mayor a una semana, un psiquiatra entrenado realizó una evaluación completa que incluyó la aplicación del MINI. Los pacientes en quienes se identificó algún TP fueron incorporados a la consulta de psiquiatría para seguimiento. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Institución. Los pacientes firmaron consentimiento informado. Se realizó estadística descriptiva de acuerdo a la distribución de las variables. Se presentan los datos preliminares.

Resultados: Se invitó a 45 pacientes, de los cuales aceptaron 42, 39 (93%) mujeres, 15 (36%) amas de casa, con edad (media \pm DE) de 41.6 ± 12.7 años, escolaridad de 10.4 ± 3.7 años y duración mediana de la enfermedad de 60 meses (intervalo, 2.6-120). Un paciente tenía diagnóstico previo de depresión, en remisión al momento de la evaluación. Se diagnosticaron 13 (31%) pacientes con TP, 11 de ellos (84.6%) con trastorno del espectro ansioso. Los pacientes con TP fueron más jóvenes (35.5 ± 13.4 vs 44.4 ± 11.6 , $p=0.03$), tuvieron menor puntuación en (mediana [rango] la sub-escala de salud mental del SF-36 (70 [30-100] vs 85 [40-100], $p=0.03$) y calificaron con mayor fatiga (45 [30-51] vs. 49 [32-52], $p=0.05$).

Conclusiones: En uno de cada tres pacientes con AR se diagnosticó un TP, en su mayoría del espectro ansioso. Estos pacientes fueron más jóvenes y presentaron mayor fatiga y afeción emocional.

S-2/S08

Epidemiología de enfermedades reumáticas en comunidades maya-yucatecas. Estudio de base comunitaria

Peláez I⁽¹⁾, Álvarez J⁽²⁾, Escudero M⁽³⁾, Loyola A⁽⁴⁾

⁽¹⁾Hospital General de México, ⁽²⁾Universidad Anáhuac-Mayab. Mérida, Yucatán, ⁽³⁾UAM, ⁽⁴⁾Universidad de McMaster, Canadá.

Introducción: No se cuenta con información acerca de 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 maya-yucateca, población: sujetos con edad > 18 años de 13 comunidades indígenas maya-yucateco pertenecientes al Municipio de Chakom, Yucatán.

Material y método: Estudio transversal y analítico con base comunitaria (censo), casa por casa, en el que personal estandarizado bilingüe aplicó la encuesta COPCORD previamente validada transculturalmente en estas comunidades. Los casos positivos de dolor MESQ fueron revisados por médicos de primer contacto, médico rehabilitador y Reumatólogo.

Resultados: Se encuestaron 1 522 de 2 442 habitantes de las comunidades, con una edad de 45.2 años (DE 17.9; extremos 18 – 104), 933 (61.3%) mujeres; escolaridad 4.5 años (DE 3.6); 1 454 (95.5%) trabajaban con ingresos mensuales menores a 2 598 pesos. El 93.9%, 1 403 (92.8%) contaban con seguro popular; 591 individuos (38.8% intervalo de confianza [IC] a 95% 36.3-41.3%) con MESQ en los últimos siete días; 210 (13.8% IC 95% 12.1-15.6%) relacionaron este dolor a un evento traumático; la intensidad del dolor fue reportada como 'mucho-muchísimo' en el 43.4% de los casos. Sitios con dolor en los últimos siete días: rodillas (16.5%), columna (11.8%), hombros (11.2%), manos (10.5%). Diagnósticos: síndrome de dolor regional apendicular en 167 (10.9%; IC 95% 9.5-12.6), osteoartritis en 145 (9.5%; IC 95% 8.0-11.1), lumbalgia en 135 (8.8%; IC 95% 7.4-10.4), fibromialgia en 29 (1.9%; IC 95% 1.2-2.7), artritis reumatoide en 16 (1.0%; IC 95% 0.6-1.7), artritis idiopática de la infancia en 1 (0.06; IC 95% 0.001-0.3), artritis inespecífica en 6 (0.4%; IC 95% 0.1-0.8), AR casos múltiples familiares en 2 (0.1; 0.01-0.4), gota en 3 (0.2%; IC 95% 0.04-0.5).

Conclusiones: La prevalencia de MESQ en las comunidades indígenas maya-yucateca del municipio de Chankom fue de 25.6%. El síndrome de dolor en la región articular y la osteoartritis fueron las enfermedades reumáticas más prevalentes. Interesantemente se reportaron casos de artritis idiopática juvenil, así como casos múltiples familiares de AR.

S-2/S09

Análisis Rasch para la validación de un instrumento de alianza terapéutica para enfermedades reumáticas

Álvarez E⁽¹⁾, Upegui L⁽²⁾, Vázquez-Mellado J⁽¹⁾, Burgos R⁽¹⁾, Aranda E⁽¹⁾, Peláez I⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital General de México, ⁽²⁾Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

Introducción: El análisis Rasch permite superar la limitante para discriminar entre el comportamiento del instrumento y la muestra en la cual se aplica.

Objetivo: Validar un instrumento de alianza terapéutica para enfermedades reumáticas utilizando análisis Rasch.

Material y métodos: Se utilizaron pacientes de una cohorte de gota y otra de AR en las cuales se aplica este cuestionario. Descripción del instrumento: Es un cuestionario de 21 preguntas (nueve sobre observancia y 12 sobre la relación médico-paciente) con 34 elementos. Tiene buena correlación con las herramientas HAQ-DI y EuroQoL 5D. Análisis Rasch: se estimaron los índices de separación y confiabilidad, ajuste (*infit* y *outfit*) y unidimensionalidad por análisis de componentes principales y gráfica de distribución elemento-persona (Mapa Wright). Se utilizaron los programas Stata v11 y WinSteps v3.73.

Resultados: 238 pacientes con gota, edad 47.6 ± 13 años, 95% varones, escolaridad 9.2 ± 4.2 años, nivel socioeconómico 8.44 ± 2.1 , y 50 pacientes con AR, 94% mujeres, edad 45 ± 14 años, escolaridad 8.6 ± 3 años, NSE 14.0 ± 1 . El valor alfa de Cronbach fue de 0.75. El 80% de la varianza se produjo en seis de los 34 elementos. En el grupo de pacientes con gota y AR se encontró un índice de separación (reproducibilidad) de los elementos de 6.26 y 2.19, y un índice de separación de personas de 0.17 y 1.79, respectivamente. La confiabilidad de los elementos fue de 0.98 para gota y 0.83 para AR. Los intervalos de ajuste de los datos comparando el modelo observado con el esperado fueron en promedio para *infit* (comportamiento de elemento y persona ponderados) de 0.93 para gota y 0.97 para AR y de *outfit* (evalúa los datos atípicos) 1.05 para gota y 0.94 para AR. En la evaluación de unidimensionalidad se encontró un porcentaje de varianza total explicada de 148% para gota y 62% para AR, con un 2.5% y 6.5% de varianza no explicada respectivamente. El 88% de los elementos presentó cargas entre 0.5 y -0.5 (óptima) en la alianza evaluada para ambos grupos y la medida de dificultad estuvo entre 3.98 y -4.5 lógitos para gota y 3.63 y -2.08 para AR.

Conclusiones: El cuestionario validado permite una buena discriminación y ajuste en la medición de alianza terapéutica. Se encontraron diferencia en los dos grupos de pacientes, siendo más coherente en sus respuestas en los sujetos con AR. Se sugiere el uso del análisis Rasch para validar medidas de desenlaces desde la perspectiva del paciente.

S-2/S010

Número necesario a ofender. Estudio transversal del potencial ofensivo de etiquetas causales en pacientes y en Reumatólogos

Ramos C, Aceves F, Castillo J

Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas

Objetivos: Explorar las diferentes connotaciones y potencial ofensivo de 10 categorías etiológicas en pacientes mexicanos con síntomas músculo-esqueléticos (ME), así como en los Reumatólogos mexicanos y canadienses.

Métodos: Los pacientes con problemas ME recién referidos a consulta de reumatología fueron entrevistados antes de ser evaluados por el Reumatólogo. Se pidió a los pacientes elegir uno de nueve sentimientos provocados por diez diferentes tipos de etiología imaginarios. Los Reumatólogos dieron un diagnóstico médico después de ver a los pacientes. Además, se invitó a los Reumatólogos mexicanos y canadienses para responder a un cuestionario estructurado acerca de sus sentimientos en cada uno de los 10 escenarios clínicos diferentes. Los sentimientos de los pacientes y Reumatólogos se clasificaron como "ofensivos" o "no ofensivos". La "puntuación de ofensa" se utilizó para calcular el "número necesario a ofender" (NNO).

Resultados: Fueron incluidos 150 pacientes. La herencia y los padecimientos inmunitarios e inflamatorios tuvieron connotaciones negativas en menor cantidad; en cambio, las etiologías de tipo psicológico, funcional, idiopático y alteración del sueño tuvieron mayor cantidad de connotaciones negativas. Las etiquetas funcionales fueron casi cuatro veces más ofensivas que las etiquetas orgánicas. La estratificación según el diagnóstico del Reumatólogo reveló que los pacientes con trastornos funcionales fueron más receptivos a las etiquetas de base orgánica. Se observó un mayor potencial de ofender cuando los pacientes con enfermedades somáticas/funcionales recibieron etiquetas etiológicas funcionales. La encuesta fue completada por 186 Reumatólogos mexicanos y 71 Reumatólogos canadienses. Los trastornos funcionales, tales como somatización y ansiedad tuvieron un alto potencial para evocar sentimientos ofensivos. No se encontraron diferencias significativas en el NNO entre Reumatólogos mexicanos y canadienses.

Conclusiones: Recibir o dar etiquetas causales puede evocar emociones negativas. Tanto los pacientes como los Reumatólogos experimentaron sentimientos de ofensa con etiquetas funcionales e idiopáticas.

S-2/S011

Tendencias en hospitalizaciones no electivas y morbimortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide. Estudio de 12 años de un hospital universitario

Martínez M, Quintero C, Ibarra J, Guerrero O, Posadas O, Abud C

Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Facultad de Medicina y Hospital Central, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, SLP

Antecedentes: Las causas de morbimortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y artritis reumatoide (AR) se han modificado a lo largo del tiempo, actualmente las enfermedades cardiovasculares (ECV) e infecciones son las principales.

Objetivos: Evaluar causas de admisión hospitalaria y muerte en las hospitalizaciones de 2001 a 2012 en nuestro hospital.

Métodos: Evaluamos los registros de egresos de pacientes de nuestro hospital de enero de 2001 a diciembre de 2012 con diagnósticos de LES o AR. Dividimos a los pacientes en dos sexenios: de 2001 a 2006 y de 2007 a 2012.

Resultados: Registramos 922 admisiones no electivas de pacientes con LES (48.7%) o AR (51.3%). La mortalidad en el primer sexenio fue de 13.1 por 100 admisiones-año (AA) y de 12.6 en el segundo (p=0.84). La mortalidad por temporada del año fue de 12.6% en invierno, 10.5% en otoño, 17.0% en primavera y 10.8% en verano (p=0.124). De las 116 defunciones, el diagnóstico relacionado más frecuente fue infección, tanto en AR (37.9%) como en LES (30.8%) la ECV (insuficiencia cardíaca o infarto) se relacionó con la muerte en 15.2% en AR y 5.8% en LES. Las infecciones se incrementaron en el último sexenio en pacientes con LES y disminuyeron las admisiones por ECV (tabla 1).

Conclusiones: Las infecciones y comorbilidad cardiovascular son las principales causas de admisión y muerte en pacientes con LES y AR.

Tabla 1. Resultados obtenidos.

| | LES | | | AR | | |
|---------------|-----------------|-----------------|------------|-----------------|-----------------|------------|
| | 2007-12 (n=257) | 2001-06 (n=192) | Valor de p | 2007-12 (n=290) | 2001-06 (n=183) | Valor de p |
| Mortalidad | 28 (10.9) | 24 (12.5) | 0.706 | 41 (14.1) | 25 (13.7) | 0.992 |
| Mujeres n (%) | 215 (83.7) | 171 (89.1) | 0.135 | 237 (81.7) | 141 (77.0) | 0.263 |
| Edad | 29.7 (13.0) | 29.8 (12.4) | 0.952 | 57.5 (17.1) | 58.1 (16.1) | 0.687 |
| Primavera | 58 (57.4) | 43 (42.6) | 0.755 | 95 (32.8) | 45 (32.1) | 0.203 |

| | | | | | | |
|-------------|-----------|-----------|-------|-----------|-----------|-------|
| Verano | 71(56.8) | 54 (43.2) | | 60 (56.6) | 46 (43.4) | |
| Otoño | 62 (53.9) | 53 (46.1) | | 71 (62.3) | 43 (37.7) | |
| Invierno | 66 (61.1) | 42 (38.9) | | 64 (56.6) | 49 (43.4) | |
| EVC | 1 (0.4) | 0 (0%) | 1000 | 3 (1.0) | 6 (3.3) | 0.095 |
| CV | 6 (2.3) | 17 (8.9) | 0.004 | 23 (7.9) | 9 (4.9) | 0.279 |
| Infecciones | 52 (20.2) | 25 (13.0) | 0.06 | 65 (22.4) | 37 (20.2) | 0.652 |
| Neoplasia | 1 (0.4) | 4 (2.1) | 0.169 | 7 (2.4) | 5 (2.7) | 1.000 |
| DM2 | 10 (3.9) | 5 (2.6) | 0.627 | 48 (16.6) | 28 (15.3) | 0.816 |
| HTA | 30 (11.7) | 14 (7.3) | 0.166 | 85 (29.3) | 43 (23.5) | 0.201 |
| IRC | 42 (16.3) | 32 (16.7) | 1.000 | 17 (5.8) | 6 (3.3) | 0.292 |

S-2/S12

Dolor músculoesquelético y enfermedades reumáticas en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2: resultados de un estudio transversal analítico

Balderas J, Rodríguez P, Amezcua L

Sector Salud

Introducción: En estudios poblacionales internacionales se reporta que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tienen proporcionalmente más alteraciones músculo-esqueléticas y enfermedades reumatológicas que la población general; no hay descripciones en la población mexicana sobre la prevalencia y gravedad estas enfermedades en la DM2.

Objetivo: Describir la frecuencia del dolor músculo-esquelético no traumático (DMENT) y enfermedades reumáticas en pacientes con DM2 en comparación con la población general.

Métodos: Estudio transversal analítico que incluyó 300 pacientes con DM2 y 300 pacientes no diabéticos pareados por edad y género atendidos en consulta externa de el Servicio de Medicina Interna del Hospital Dr. Manuel Gea González; se aplicó la encuesta del programa de orientación comunitaria para enfermedades reumáticas (COPCORD) validado para la población mexicana, y se usó como instrumento para determinar la prevalencia de enfermedades músculoesqueléticas y reumáticas en la población general.

Resultados: La edad promedio en ambos grupos fue similar, la mayoría en el grupo de pacientes con DM2 fue de sexo femenino. El cuestionario COPCORD arrojó que los sitios anatómicos afectados por DMENT en diabéticos por frecuencia fueron las rodillas seguidas de hombros y manos. Las enfermedades reumáticas con síntomas de DMENT más frecuentes en diabéticos fueron osteoartritis (OA) y gota (p≤.05). En cuanto a limitación actual de las actividades por DMENT, los pacientes con DM2 presentaron más limitación que los no diabéticos (p≤.05). La comorbilidad asociada en diabéticos incluyó hipertensión arterial sistémica y dislipidemia; en los no diabéticos, cardiopatía isquémica y tabaquismo.

Conclusión: Los pacientes mexicanos con DM2 tienen mayor frecuencia de DMENT que la población general. Los sitios anatómicos afectados con frecuencia no difieren de lo reportado en la bibliografía mundial; de las patologías reumatológicas descritas, la OA y gota son las que más aquejan a la población mexicana. Los pacientes con DM2 tienen mayor limitación de las actividades diarias por DMENT que los pacientes no diabéticos. Se concluye que la detección temprana de síntomas de DMENT mediante el COPCORD, puede impactar en el tratamiento y calidad de vida de los pacientes diabéticos.

S-3/S13

Desenlace materno-fetal en mujeres con lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil. Un estudio comparativo

Saavedra M⁽¹⁾, Sánchez A⁽¹⁾, Morales S⁽²⁾, Cruz M⁽³⁾, Jara L⁽⁴⁾

⁽¹⁾Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. México D.F. ⁽²⁾Departamento de Perinatología, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. México D.F. ⁽³⁾División de Investigación, Hospital de Especialidades, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. México D.F. ⁽⁴⁾Dirección de Educación e Investigación, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. México D.F.

Objetivo: Comparar el desenlace materno-fetal de mujeres con lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil (LES-J) con el LES de inicio en el adulto (LES-A).

Pacientes y métodos: Se estudió una cohorte de mujeres embarazadas con LES (criterios ACR 1997) de enero de 2005 a agosto de 2013. Las pacientes fueron evaluadas en cada trimestre de la gestación y en el puerperio. Se compararon dos grupos, embarazadas con LES-J (inicio < 18 años) y LES-A (inicio ≥ 18 años). Se registraron complicaciones maternas y fetales. El análisis estadístico incluyó estadística descriptiva, Ji cuadrada, t de Student y regresión logística; se calcularon razones de momios (OR) con intervalos de confianza (IC) 95%. Cada embarazo se consideró como un evento independiente.

Resultados: Se incluyeron 186 embarazos (180 pacientes). En el LES-J hubo una mayor frecuencia de primigravidez, manifestaciones hematológicas, renales y anticuerpos anticardiolipinas positivos. No hubo diferencias en las complicaciones maternas (53.4% vs 47.7%, p=0.46) o fetales (48.3% vs 61.7%, p=0.08) entre los grupos (tabla 1). En el análisis de regresión logística, los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones maternas fueron la actividad de la enfermedad previa al embarazo (OR 5.4, IC 95% 1.6-18.0, p=0.005) y la primigravidez (OR 2.5, IC 95% 1.2-5.0, p=0.009), y para complicaciones fetales fue la preeclampsia (OR 9.3, IC 95% 1.9-43.7, p=0.05).

Conclusiones: A pesar de una afección orgánica más grave en mujeres con LES-J, el desenlace materno-fetal es similar al de LES-A.

Tabla 1. Complicaciones maternas y fetales.

| | LES Juvenil (n=58) | LES del adulto (n=128) | P |
|----------------------|--------------------|------------------------|------|
| Preeclampsia | 11 (20.8%) | 16 (14.7%) | 0.33 |
| Muerte materna | 0 (0.0%) | 2 (1.6%) | 0.33 |
| Recaída de LES | 22 (37.9%) | 51 (39.8%) | 0.80 |
| Recaída renal | 14 (24.1%) | 21 (16.4%) | 0.21 |
| RPM | 6 (11.8%) | 5 (4.7%) | 0.10 |
| Cesárea | 45 (86.5%) | 81 (77.1%) | 0.16 |
| Nacidos vivos | 53 (91.4%) | 109 (85.2%) | 0.24 |
| Prematurez | 21 (39.6%) | 53 (48.6%) | 0.28 |
| Pérdida fetal | 5 (8.6%) | 19 (14.8%) | 0.44 |
| Peso al nacer (g) | 2398 ± 773 | 2493 ± 723 | 0.44 |
| Semanas de gestación | 35.6 ± 4.1 | 35.5 ± 4.1 | 0.88 |
| Bajo peso a término | 2 (6.2%) | 6 (10.7%) | 0.54 |

S-3/S14

Influencia del resultado histopatológico de la biopsia renal en la decisión del tratamiento para la glomerulonefritis lúpica

Casasola J, Acosta F, Soto V, Burgos R

Hospital General de México

Objetivo: Determinar si existe influencia del resultado de la biopsia renal en la toma de decisiones para el inicio o cambio en el tratamiento de la glomerulonefritis lúpica (GMNL).

Material y métodos: Fase 1: se revisaron los registros clínicos de los pacientes de las clínicas de lupus de un centro de tercer nivel del periodo de 2005 a 2013, se identificaron los pacientes con GMNL sometidos a biopsia renal. Se registraron variables demográficas, clínicas y de laboratorio, así como el resultado histopatológico. Fase 2: un evaluador identificó si posterior al resultado de la biopsia renal se inició o modificó el tratamiento de la GMNL. Por último, se compararon los pacientes con cambio en el tratamiento posterior a la biopsia con los que no tuvieron cambio en el tratamiento, en ambos grupos se comparó el porcentaje de respuesta según los criterios ACR.

Resultados: Se estudiaron 85 pacientes con GMNL, la tipo IV fue la más frecuente, en el 32% de los casos; la tipo III se presentó en el 20%; la tipo V en el 10%; y las combinaciones en el 20%. El tiempo desde el inicio de los síntomas de afección renal hasta la toma de biopsia tuvo una mediana de cuatro meses (.3-14). El 95% de los enfermos había iniciado tratamiento antes de la biopsia renal a juicio del médico tratante. El tratamiento fue modificado en 29 pacientes posterior a la biopsia renal (33%). En el grupo con cambio en el tratamiento se obtuvo una respuesta, según los criterios de respuesta ACR, por sedimento urinario en 30.8%, por filtrado glomerular en 44.8% y por proteinuria en 65.5% , en comparación con 26.2%, 46.4% y 64.5%, respectivamente, en el grupo sin cambio en el tratamiento. La GMNL tipo III C fue la que indujo un mayor porcentaje de cambio terapéutico (66%). El 80% recibió tratamiento de inducción y remisión según el esquema de NIH. El resto utilizó otros inmunosupresores como azatioprina y micofenolato de mofetilo.

Conclusión: Sólo el 33% de los pacientes sometidos a biopsia renal tiene modificaciones en el tratamiento inicial después de obtener el resultado histopatológico. El porcentaje de remisión es similar en pacientes con cambio y sin cambio en el tratamiento.

S-3/S15

Expresión de BAFF-R, BCMA y TACI en subpoblaciones de linfocitos B periféricos de pacientes con lupus eritematoso sistémico

Salazar D⁽¹⁾, Ortiz P⁽²⁾, Orozco M⁽¹⁾, Oregón E⁽¹⁾, Treviño B⁽¹⁾, Muñoz J⁽¹⁾, Palafox C⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾División de Inmunología, Centro de Investigación Biomédica de Occidente CIBO, IMSS

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica, caracterizada por producción de autoanticuerpos, los cuales son importantes en la patogénesis de la enfermedad. El factor activador de linfocitos B (BAFF) es una molécula fundamental para su maduración y diferenciación. BAFF se une con diferente afinidad a tres receptores: BAFF-R, que participa en la selección y supervivencia de linfocitos B; TACI, que induce cambio de isotipo de las inmunoglobulinas; y BCMA que promueve la supervivencia de células plasmáticas.

Objetivo general: Estudiar la expresión de BAFF-R, BCMA y TACI en poblaciones de linfocitos B de sangre periférica de pacientes con LES.

Metodología: Se incluyeron 18 pacientes del Hospital General de Occidente, con diagnóstico de LES de acuerdo a los criterios del ACR, en los que se evaluó el grado de actividad de la enfermedad según el índice Mex-SLE-DAI, y seis controles sanos. Por citometría de flujo se determinó la expresión de los receptores BAFF-R, BCMA y TACI en poblaciones de linfocitos B en sangre periférica (inmaduros [CD3-, CD19, CD27-, CD38]; vírgenes [CD3-, CD19, CD27-, CD38-]; de memoria [CD3-, CD19, CD27, CD38-]; plasmáticos [CD19low, CD27, CD38]).

Resultados: En general los pacientes con LES presentaron mayor número de células plasmáticas ($3.1 \pm 5\%$ vs $1.3 \pm 1\%$), $p < 0.05$. En linfocitos B de pacientes con LES se observó menor expresión de BAFF-R y BCMA con respecto al grupo control, $p < 0.05$. En las subpoblaciones se encontró disminución de BAFF-R en linfocitos B vírgenes y células plasmáticas, y de TACI en linfocitos B de memoria de pacientes con LES, $p < 0.05$. BCMA se encontró disminuido en todas las subpoblaciones celulares analizadas de pacientes con LES, respecto al grupo control, $p < 0.01$. Un hecho relevante es que al estratificar con base en la actividad de la enfermedad, los pacientes con Mex-SLEDAI > 8 y/o sin tratamiento previo presentaron muy baja expresión de BCMA, contrario a los sujetos en remisión, que tuvieron niveles mayores similares al grupo control.

Conclusiones: El LES es una enfermedad heterogénea, en la que BAFF puede jugar un papel diferencial a través de sus receptores, expresados según las etapas y la actividad de la enfermedad. BCMA se encuentra bajo en casos severos de LES, pero es necesario realizar más estudios que aclaren este hallazgo.

S-3/S16

El haplotipo -794 CATT7/-173*G en el gen MIF confiere susceptibilidad para lupus eritematoso sistémico en población mexicana mestiza

Parra I⁽¹⁾, De la Cruz U⁽²⁾, Palafox C⁽²⁾, Padilla J⁽²⁾, Valle Y⁽²⁾, Vázquez M⁽²⁾, Bautista L⁽²⁾, Muñoz J⁽²⁾

⁽¹⁾Universidad Autónoma de Guerrero, ⁽²⁾Universidad de Guadalajara

Introducción: El factor inhibidor de la migración de macrófagos (MIF) se ha distinguido funcionalmente debido a su acción en la regulación inmunitaria y en la respuesta inflamatoria. El gen que codifica para esta citocina es el gen *MIF* del cual se han descrito dos polimorfismos funcionales en la región promotora del gen: la repetición en microsatélite -794 CATT5-8 (rs5844572) y el polimorfismo de nucleótido simple -173 G/C (rs755622). Hay reportes de desequilibrio en la unión en diferentes poblaciones derivado de los polimorfismos. Ambos polimorfismos en el gen *MIF* se han asociado con un incremento de la proteína y con la susceptibilidad a enfermedades con un componente autoinmunitario como el lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivo: Determinar las frecuencias haplotípicas de los polimorfismos funcionales -794 CATT5-8 y -173 G/C en el gen *MIF* y su asociación con LES en sujetos mexicanos mestizos.

Materiales y métodos: En este estudio observacional de casos y controles se analizaron 200 sujetos sanos y 186 pacientes con LES clasificados de acuerdo a los criterios del *American College of Rheumatology (ACR)* de 1997. La genotipificación de los polimorfismos -794 CATT5-8 y -173 G/C en la región promotora del gen *MIF* fue realizada por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de punto final y PCR-RFLP (*restriction fragment length polymorphism*) respectivamente, en ambos grupos de estudio.

Resultados: Ambos polimorfismos evaluados en este estudio se encontraron en equilibrio génico de Hardy-Weinberg (-794 CATT5-8 $p = 0.47$ y -173 G/C $p = 1.0$), se identificó un fuerte desequilibrio de unión entre los dos polimorfismos ($D = 0.87$; $p < 0.001$) y en cuanto a la comparación de las frecuencias haplotípicas entre ambos grupos de estudio, se identificó al haplotipo -794 CATT7/-173*G en el gen *MIF* como un haplotipo de riesgo para LES (índice de momios [OR] = 2.53; intervalo de confianza [IC] a 95% 1.14-5.93; $p = 0.01$).

Conclusión: El haplotipo -794 CATT7/-173*G en el gen *MIF* es un marcador genético de susceptibilidad para LES en población mexicana mestiza.

S-3/S17

Correlación de los niveles solubles de MIF y TNF- α en lupus eritematoso generalizado

De la Cruz U⁽¹⁾, Palafox C⁽¹⁾, Parra I⁽²⁾, Vázquez M⁽¹⁾, Padilla J⁽¹⁾, Valle Y⁽¹⁾, Muñoz J⁽¹⁾

⁽¹⁾Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Universidad Autónoma de Guerrero

Introducción: El lupus eritematoso generalizado (LES) es una enfermedad de origen autoinmunitaria que se caracteriza por una respuesta humoral significativa con una producción alterada de citocinas proinflamatorias, lo cual sugiere un papel crítico de las citocinas en la patogénesis de la enfermedad. El factor inhibidor de la migración de macrófagos (MIF) se distingue funcionalmente por su acción en la regulación inmunitaria y en la respuesta inflamatoria debido a su capacidad de incrementar la producción de citocinas proinflamatorias, en especial en un ciclo de retroalimentación positiva del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), considerado uno de los principales mediadores de la respuesta inflamatoria en LES.

Objetivo: Determinar la correlación de los niveles solubles de MIF y TNF- α en sujetos mexicanos mestizos con LES.

Materiales y métodos: En este estudio observacional de casos y controles se analizaron 200 sujetos control (SC) y 135 pacientes con LES sin tratamiento glucocorticoide clasificados según los criterios del *American College of Rheumatology (ACR)* de 1997. Los niveles solubles de MIF y TNF- α fueron cuantificados por ELISA en ambos grupos de estudio.

Resultados: Los niveles solubles de MIF (10.74 vs 4.47 ng/mL; $p < 0.001$) y de TNF- α (23.01 vs 9.75 pg/mL; $p < 0.01$) se encontraron significativamente incrementados en el grupo de pacientes con LES en comparación con los SC. Se observó una correlación positiva entre los niveles solubles de MIF y TNF- α ($r = 0.43$; $p < 0.001$) en ambos grupos de estudio, pero no se observó una relación significativa de los niveles solubles de MIF y TNF- α con las variables clínicas del LES.

Conclusión: Los pacientes con LES presentaron niveles altos de MIF y TNF- α solubles en comparación con SC. Además, ambas citocinas tuvieron una relación positiva en ambos grupos de estudio, lo cual demuestra un incremento paralelo de ambas moléculas en el LES.

S-3/S18

Hiperlipidemia en mujeres con lupus eritematoso sistémico

Pérez E⁽¹⁾, Bonilla D⁽¹⁾, Murillo J⁽¹⁾, Fajardo N⁽¹⁾, Félix F⁽¹⁾, Salazar M⁽²⁾, Hernández P⁽³⁾, Muñoz J⁽¹⁾, Cardona G⁽¹⁾, González L⁽³⁾

⁽¹⁾Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, ⁽²⁾División de Investigación en Salud de la UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽³⁾Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital general regional No. 110, IMSS.

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen incremento en el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Uno de los factores asociados a este desenlace es la presencia de alteraciones en los niveles de lípidos.

Objetivo: Identificar la frecuencia de hiperlipidemia y su asociación con variables clínicas de LES.

Material y métodos: Estudio transversal. Se evaluaron 87 mujeres con LES y se compararon con 82 controles constituidos por mujeres sin enfermedad reumática que acudieron a un hospital de segundo nivel de atención. Se evaluaron variables clínicas en las pacientes con LES. En ambos grupos se midieron los niveles de lípidos en sangre. Se realizó comparación de variables cuantitativas entre grupos, mediante la prueba *t* de Student para muestras independientes y con la prueba de *Ji cuadrada* para las variables cualitativas.

Resultados: Se evaluaron 88 mujeres con LES y 87 controles, la media de edad fue similar entre ambos grupos (59.85 ± 7.04 años vs 50.7 ± 7.04 años respectivamente, $p = 0.83$). Las pacientes con LES tuvieron mayores factores de riesgo para enfermedad cardiovascular que los controles, que incluyeron

índice de masa corporal (IMC) ($28.77 \pm 4.32 \text{ kg/m}^2$ vs $26.86 \pm 3.53 \text{ kg/m}^2$ respectivamente, $p=0.002$), mayor circunferencia de cintura ($92.30 \pm 12.77 \text{ cm}$ vs $86.65 \pm 8.91 \text{ cm}$, respectivamente, $p=0.001$), mayor circunferencia de cadera ($106.36 \pm 9.82 \text{ cm}$ vs $103.62 \pm 8.03 \text{ cm}$ respectivamente, $p=0.002$). Los niveles de colesterol fueron significativamente más elevados en sujetos con LES que en los controles ($214.18 \pm 44.63 \text{ mg/dl}$ vs $199.74 \pm 35.35 \text{ mg/dl}$ respectivamente, $p=0.019$). Los niveles de triglicéridos fueron mayores en el grupo con LES, pero sin alcanzar significancia estadística ($180.81 \pm 146.00 \text{ mg/dl}$ vs $148.26 \pm 77.47 \text{ mg/dl}$, $p=0.068$). Al evaluar la correlación de los niveles de lípidos en LES con las variables clínicas, los niveles de colesterol se relacionaron con el puntaje SLICC/ACR ($r=0.270$, $p=0.011$) y con los niveles de triglicéridos ($r=0.276$, $p=0.010$).

Conclusiones: Este estudio muestra una elevada frecuencia de hipercolesterolemia, mayores índices de masa corporal y una mayor circunferencia de cintura y cadera en pacientes con LES, por lo que es necesario implementar estrategias de diagnóstico y prevención de estos factores de riesgo cardiovascular.

S-4/S19

Microangiopatía trombótica en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Pronóstico de la sobrevida renal

García L, Hernández G, Uribe N, Cabral A

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La microangiopatía trombótica (MAT) renal es una manifestación tradicionalmente asociada al síndrome de antifosfolípidos (SAAF).

Objetivo: Determinar la prevalencia de MAT aguda y crónica en nefropatía lúpica y evaluar su asociación con anticuerpos antifosfolípidos (aFL), SAAF, manifestaciones extrarrenales del lupus eritematoso sistémico (LES), hipocomplementemia y pronóstico de la función renal.

Métodos: Se incluyeron pacientes con LES y biopsia renal de nuestro registro institucional (2008-2012) con al menos dos determinaciones de anticuerpos anti-cardiolipina (aCL) (IgG/IgM), anti-glucoproteína 1 b2 (B2GPI) (IgG/IgM) y anticoagulante lúpico (AL) y con seguimiento > 1 año después de la biopsia. Excluimos pacientes con síndrome de superposición, diabetes mellitus, síndrome urémico hemolítico, toxemia del embarazo, púrpura trombocitopénica trombótica y coagulación intravascular diseminada. Una nefropatóloga que desconocía las características de los pacientes evaluó la presencia de MAT en arteriolas y capilares glomerulares (lesión aguda) y/o al menos una de las siguientes lesiones crónicas: hiperplasia fibrosa de la íntima, oclusión arterial y arteriolar fibrosa, atrofia cortical focal y tiroidización tubular con zonas extensas de atrofia tubular. Se registró el uso de anticoagulantes, ácido acetilsalicílico, prednisona, inmunosupresores, hipertensión arterial sistémica, diálisis crónica, manifestaciones extrarrenales del LES, hipocomplementemia, SAAF (criterios Sidney) y aFL. Usamos estadística paramétrica o no paramétrica, análisis de sobrevida y análisis de Cox.

Resultados: De 255 biopsias, se incluyeron 90 en el estudio. La duración del LES hasta el momento de la biopsia fue 5.98 años, con una mediana de seguimiento posterior a la biopsia de 2.4 años; 11 pacientes (12.2%) tuvieron MAT crónica (MATc) y tres (3%) MAT aguda. Los pacientes con MATc ($n=11$) vs sin MATc ($n=79$) no tuvieron diferencia en edad, tiempo de evolución del LES, hipertensión arterial, hipocomplementemia, uso de fármacos, manifestaciones extrarrenales de LES, frecuencia de SAAF, aCL IgG (27% vs 30%), anti-B2GPI IgG (36% vs 46%), anti-B2GPI IgM (22% vs 40%) y AL (20% vs 13%). Los pacientes con MATc tuvieron menor frecuencia de aCL tipo IgM (27% vs 66%, $p=0.02$) y mayor tendencia a requerir diálisis crónica (54.5% vs 24% $p=0.06$); y todos tuvieron nefropatía clase IV (100% vs 40%, $p=0.01$). Cuatro años después de la biopsia, el 28% y 62% se encontraban libres de diálisis en el grupo de MATc y sin MATc, respectivamente (orden log $p=0.03$). En el análisis de Cox la diálisis crónica se asoció a MATc (riesgo relativo de 2.9, intervalo de confianza a IC 95% 1.1-8.1, $p=0.03$).

Conclusión: La MAT crónica empeora el pronóstico de la nefropatía lúpica. En esta población la MAT crónica no se asoció a los aFL ni al SAAF.

S-4/S20

Asociación genética y funcional del factor regulador del interferón 3 en células dendríticas plasmacitoides de pacientes con lupus eritematoso sistémico

Gómez D⁽¹⁾, Santana K⁽¹⁾, Monsiváis A⁽²⁾, Salgado M⁽²⁾, González R⁽²⁾, Alcocer J⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, ⁽²⁾Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, SLP

Introducción: Múltiples estudios genéticos han demostrado la asociación entre diversos polimorfismos de factores reguladores de interferón (IRF) y mayor susceptibilidad para lupus eritematoso sistémico (LES). Sin embargo, no se ha evaluado la presencia de alteraciones en dichos factores en subpoblaciones de células dendríticas (CD), las cuales son la principal fuente de interferón (IFN).

Objetivo: Evaluar la expresión de IRF3 en diferentes subpoblaciones de CD en pacientes con LES y su asociación con síntesis de IFN-3 y nuevas variantes genéticas.

Métodos: El análisis de asociación genética incluyó 156 pacientes con LES y 272 controles sanos provenientes de la población mexicana mestiza. De éstos, se incluyeron 36 pacientes y 36 controles para el análisis funcional. Se evaluaron dos polimorfismos para IRF3: -rs2304206 y rs2304204. Las siguientes subpoblaciones de CD fueron evaluadas: CD derivadas de monocitos (CDmo), CD periféricas mieloides (CDm) y plasmacitoides (CDp). La expresión de CD80, CD86, HLA-DR, CD40, BDCA1 y 4 fue evaluada por citometría de flujo multiparamétrica. La expresión de IRF3 fue evaluada mediante qPCR, citometría de flujo y *western blot*. Los niveles de IFN se evaluaron mediante ELISA.

Resultados: Los pacientes con LES presentaron incremento en la expresión de IRF3 en CDp (4331.6 ± 794 vs 2400.8 ± 225.9 , $p=0.038$) en comparación con controles sanos. Este hallazgo se relacionó con niveles séricos elevados de IFN-3 en pacientes con LES respecto a los controles. Asimismo, el genotipo TT del polimorfismo de IRF3 rs2304206 se asoció con mayor susceptibilidad para LES [índice de momios (intervalo de confianza a 95%)=2.401 (1.187-4.858), $p=0.016$], así como a niveles séricos altos de IFN-3 (187.42 ± 43.17 vs $42.26 \pm 4.52 \text{ pg/mL}$, $p=0.035$), predominantemente en aquellos pacientes con anticuerpos anti-DNAc. Los genotipos GG y AG del polimorfismo de IRF3 rs2304204 fueron un factor protector para LES.

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que la expresión incrementada de IRF3, restringida a las CDp circulantes es un elemento clave para el incremento en la activación de IFN-3 mediante la interacción entre la variante genética rs2304206 y la presencia de anticuerpos anti-DNAc en pacientes con LES provenientes de la población mexicana mestiza.

S-4/S21

Posible papel de los interferones de tipo III (lambda) en la actividad del lupus eritematoso sistémico

Castillo D⁽¹⁾, Chávez K⁽²⁾, Amezcua L⁽³⁾, Márquez R⁽³⁾, Patlán M⁽³⁾, Páez A⁽³⁾, Massó F⁽³⁾, Bojalil R⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital General de Zona No. 1-A Dr. Rodolfo Antonio de Mucha Macías, IMSS, ⁽²⁾Unidad de Investigación Médica en Inmunología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽³⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El interferón (IFN) alfa juega un papel central en la patogénesis del lupus eritematoso sistémico (LES). Los IFN lambda son una familia de citocinas de reciente descripción que inducen el mismo sistema de

señalización post-receptor que el IFN alfa, por lo que podrían estar implicados en el LES.

Objetivo: Explorar el posible papel de los IFN lambda en la actividad del LES.

Métodos: Estudio transversal que incluyó pacientes ambulatorios con LES (criterios ACR 1997) sin infección activa o neoplasia. En una visita se recabaron datos demográficos, clínicos, de laboratorio clínico, índices de actividad (SLEDAI-2K), daño orgánico (SLICC/ACR) y muestra de sangre venosa. En suero se midió la concentración de IFN alfa, IFN lambda 1 (IL29), -2 (IL28A) y 3 (IL28B) por ELISA. La distribución se evaluó por la prueba de d'Agostino. Para variables dicotómicas y nominales se usaron porcentajes (contraste por prueba exacta de Fisher o *Ji cuadrada*), mientras que para variables cuantitativas se usaron promedios \pm Desviación estándar (DE) o mediana con intervalo (Mann-Whitney o Kruskal-Wallis). Los análisis de asociación se analizaron por coeficiente rho de Spearman (IC 95%) o regresión lineal. Significancia con $p < 0.05$.

Resultados: Incluimos 93 pacientes (94% mujeres) con edad de 37 ± 13.6 años, con calificación mediana SLEDAI-2K de 6 (0-26) y SLICC/ACR de 1 (0-12). La concentración de IFN alfa mostró relación lineal con IL28B ($r=0.62$; $p < 0.0001$) e IL29 ($r=0.17$; $p=0.0009$), pero no con IL28A ($r=0.01$; $p=0.3$). Los pacientes con enfermedad activa tuvieron mayor concentración de IFN alfa, IL28B e IL-29 que los que estaban en remisión. Por sistema orgánico, sólo hubo diferencia en la concentración de IL28B para la presencia de serositis (135, 83-329 vs 40, 0-965 pg/ml) y tendencia para compromiso mucocutáneo (66, 0-965 vs 40, 0-329 pg/ml) y renal (58, 0-344 vs 46, 0-965 pg/ml). Además, hubo correlación inversa entre IL28B y complemento C3 ($\rho = -0.44$, -0.6 a -0.2 ; $p=0.0003$) y C4 ($\rho = -0.4$, -0.59 a -0.15 ; $p=0.0001$). Por anticuerpos, la concentración de IL28B fue máxima en los pacientes con anti-Ro/SSA (122, 0-965 vs 0, 0-165 pg/ml; $p=0.001$) o anti-dsDNA (93, 0-965 vs 0, 0-344 pg/ml; $p=0.02$). Aún cuando los pacientes con daño crónico acumulado tuvieron mayor concentración de IFN alfa, IL28B e IL-29, no encontramos algún sistema orgánico que marcara diferencia.

Conclusión: La IL28B juega un papel relevante en la actividad lúpica a nivel de serosas y posiblemente en piel y riñón; además, se asocia con anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-dsDNA.

S-4/S22

Asociación de IgG4 con la nefropatía lúpica membranosa

Herrera D, Martínez D, Oros C, Jaimes T, Félix G, Martínez M, Moreno R, Santillán E, Cuevas E, Abud C

Hospital Central "Ignacio Morones Prieto", Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Introducción: La fisiopatogenia de la nefropatía membranosa lúpica (NML) clase V no se entiende del todo, aunque está relacionada con depósito del complejo de ataque a membrana (C5b-C9), alteraciones en pedículos de podocitos y participación antigénica en daño membranal glomerular. Recientemente se ha destacado la presencia de anticuerpo anti-receptor de fosfolipasa A2, en la nefropatía membranosa idiopática relacionada a IgG4, aunque la información sobre la NML es escasa. La afección renal por enfermedad relacionada con IgG4 y la NML se acompañan de nefritis intersticial.

Métodos: Evaluación retrospectiva en dos centros de 146 biopsias renales con NML o nefropatía mixta mixta. Criterios de inclusión: pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) (criterios ACR 1982), con NML clase V, III/V o IV/V de acuerdo a los criterios del ISN/RPS, todas las biopsias con análisis histológico completo que incluyó índice de actividad y cronicidad, detección de complejos inmunitarios por inmunofluorescencia indirecta y disponibilidad del bloque para realizar prueba inmunohistoquímica. Se excluyeron pacientes con LES sin afección membranosa y nefropatía membranosa idiopática. Recolectamos datos clínicos y serológicos completos de 28 pacientes.

Resultados: De 121 biopsias renales seleccionamos 65 que cumplieron con los criterios previos mencionados. El 80% correspondió a pacientes de género femenino, con edad promedio de 32.6 ± 13.5 años; 27% con clase V, 27% mixta clase III/V, y 38.46% clase IV/V. El 9.2% de las biopsias fueron

positivas para IgG4; de las cuales el 50% era clase V, 33% clase IV/V y 16.6% clase III/V. El promedio de proteinuria fue de 5.2 g/L, (intervalo de confianza a 95% 3.8-6.5 g/L). No encontramos asociación de SLEDAI y NML con IgG4, entre proteinuria e IgG4 ni con nefritis intersticial. El 40% de las biopsias mostró afección intersticial; sólo 1/6 biopsias positivas para IgG4 tuvo afección intersticial. No encontramos asociación entre IA e IC con el depósito de IgG4.

Conclusiones: La presencia de IgG4 no fue predictiva para cambios histológicos ni bioquímicos específicos en pacientes con LES. A pesar de la asociación característica de IgG4 con nefritis intersticial descrita en la bibliografía, en los pacientes con NML no se encuentra.

S-4/S23

Linfopenia como principal factor de riesgo para el desarrollo de púrpura trombocitopénica trombótica en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Merayo J, Demichelis R, Rajme S, Aparicio L, Barrera A, Alcocer J, Gómez D

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La asociación de púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) y lupus eritematoso sistémico (LES) es poco frecuente (2%), pero de alta morbilidad. Ambas patologías comparten características clínicas y de laboratorio, lo cual constituye un reto diagnóstico y terapéutico.

Objetivos: Describir los factores de riesgo y desenlaces clínicos de los pacientes con PTT y LES. Diseño: Estudio retrospectivo de casos y controles en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Los pacientes fueron diagnosticados con PTT ante la presencia de al menos anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia $< 100\ 000/\text{mm}^3$ y niveles elevados de deshidrogenasa láctica (DHL). Los pacientes con LES fueron diagnosticados por la presencia de al menos cuatro criterios del ACR.

Pacientes y métodos: Se incluyeron tres grupos de estudio: pacientes con PTT/LES (n=24), y dos grupos controles: 1) pacientes con PTT sin autoinmunidad sistémica (PTT-NA) (n=22), y 2) pacientes con LES sin PTT hospitalizados al mismo tiempo que los casos (± 4 semanas) (n=42).

Resultados: Posterior al análisis multivariado, las variables que mostraron asociación entre PTT/LES fueron: presencia de linfopenia $< 1000/\text{mm}^3$ [índice de momios (OR) 19.84 (intervalo de confianza [IC] 95% 1.19-32.89), $p=0.037$]; puntaje de SLEDAI elevado previo a la hospitalización (tres meses) [OR 1.54 (IC 95% 1.04-2.27), $p=0.028$]; hemoglobina < 7 g/dl [OR 6.81 (IC 95% 1.72-26.9), $p=0.026$]; niveles bajos de bilirrubina indirecta [OR 0.51 (IC 95% 0.31-0.83), $p=0.007$], y baja cuenta plaquetaria [OR 0.98 (IC 95% 0.87-0.99), $p=0.009$]. Además, los pacientes con PTT/LES presentaron mayor sobrevida que aquellos con PTT-NA ($p=0.033$), sin embargo los pacientes hospitalizados por PTT/LES presentaron mayor riesgo de muerte que aquellos hospitalizados por otra causa. Por otra parte, los pacientes con PTT/LES recibieron mayor dosis acumulada de esteroide al compararlos contra PTT-NA (3412 ± 531 vs 1545 ± 326 mg de prednisona; $p=0.006$) y mayor cantidad de fármacos inmunosupresores ($p=0.015$). No se encontraron diferencias en cuanto al número de sesiones de plasmaféresis requeridas.

Conclusiones: La presencia de linfopenia es un factor de riesgo independiente para la asociación de PTT/LES no descrito previamente. Los pacientes con PTT/LES presentan menor evidencia de parámetros bioquímicos de hemólisis, por lo que se requiere un índice de sospecha mayor para iniciar el tratamiento de manera oportuna.

S-4/S24

Correlación de niveles séricos de leptina con variables de la composición corporal en mujeres con lupus eritematoso sistémico

Díaz V⁽¹⁾, Hernández P⁽¹⁾, Flores A⁽¹⁾, Ramírez M⁽¹⁾, Fajardo N⁽²⁾, Ruiz A⁽²⁾, Ponce J⁽²⁾, Pérez E⁽²⁾, Trujillo X⁽³⁾, Huerta M⁽³⁾, Nava A⁽⁴⁾, Salazar M⁽⁴⁾, Muñoz J⁽²⁾, González L⁽⁵⁾, Gámez J⁽¹⁾.

⁽¹⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente. ⁽²⁾Universidad de Guadalajara. ⁽³⁾Centro Universitario de Investigación Biomédica, Universidad de Colima. ⁽⁴⁾División de Investigación en Salud de la UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. ⁽⁵⁾Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital Regional No. 110, IMSS

Introducción: La leptina es secretada principalmente en el tejido adiposo, participa en la regulación del apetito. Se han observado niveles elevados de leptina en lupus eritematoso sistémico (LES) en relación proporcional al índice de masa corporal (IMC), así como con algunas características de actividad de la enfermedad. Sin embargo dado que la masa grasa corporal puede ser un factor de posible confusión, se requiere mayor información de la relación de leptina con los componentes de la composición corporal.

Objetivo: Evaluar la correlación de los niveles séricos de leptina con los componentes de la composición corporal por antropometría en mujeres con LES.

Material y métodos: Estudio transversal. Pacientes de consulta externa de Reumatología con LES (criterios ACR-1982), >18 años, sexo femenino. Se evaluó antropometría, índices de actividad de la enfermedad (Mex-SLEDAI, m-SLEDAI), daño acumulado (SLICC/ACR) y variables clínicas. Se cuantificaron niveles séricos de leptina por ELISA. Se ajustó leptina por el IMC. Para evaluar la fuerza de correlación entre variables se utilizó la prueba de correlación de Pearson.

Resultados: 122 mujeres con LES, media de edad de 42.46 ± 11.29 años, peso 68.69 ± 13.14 kg, IMC 27.29 ± 4.85 kg/m². Mediana de la actividad de LES: Mex-SLEDAI 2 (0-10), m-SLEDAI 2 (0-17) y SLICC/ACR de 1 (0-5). Se observó correlación positiva de leptina con el peso (r=0.384, p<0.0001), IMC (r=0.403, p<0.0001), circunferencia media de brazo (r=0.345, p<0.0001), circunferencia de cintura (r=0.360, p<0.0001), circunferencia de cadera (r=0.281, p=0.003), índice cintura/cadera (r=0.262, p=0.006), porcentaje de masa grasa corporal (r=0.227, p=0.019) y una correlación inversamente proporcional con el porcentaje de masa magra (r=-0.221, p=0.022). En relación a la dosis de fármacos utilizados, se observó una correlación positiva con la dosis de cloroquina (r=0.226, p=0.015), sin observarse correlación con corticoesteroides (r=0.093, p=0.309).

Conclusiones: Los niveles séricos de leptina tienen una correlación directamente proporcional con diversos componentes corporales en pacientes con LES; así como con el porcentaje de masa grasa corporal total, estos factores potencialmente confusos deberán de ser tomados en cuenta al momento de establecer asociaciones con las características de la enfermedad. Financiamiento: FIS/IMSS/PROT/G11/937.

S-5/S26

Sarcopenia secundaria en artritis reumatoide

Santiago J⁽¹⁾, Martínez G⁽²⁾, Lozada C⁽³⁾, Serrano A⁽³⁾, Sánchez A⁽³⁾, Valerio I⁽³⁾, Hernández A⁽³⁾, Hernández L⁽³⁾, Espinosa R⁽³⁾

⁽¹⁾Hospital General Ticoman, ⁽²⁾Hospital General Xoco, ⁽³⁾Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se considera una causa de sarcopenia. El *European Working Group on sarcopenia in Older People* desarrolló definiciones y valores diagnósticos de sarcopenia primaria y secundaria. Prevalencia de sarcopenia en AR antes de los criterios actuales era entre 21.4% y 33.3%. La sarcopenia es causa de discapacidad en la AR.

Objetivo: Estimar prevalencia de sarcopenia secundaria en pacientes con AR.

Método: Estudio observacional, transversal y prolectivo. Criterios de inclusión: Pacientes AR según criterios ACR 2010, 18-59 años. Criterios exclusión: Pacientes con prótesis, enfermedad crónica inestable, enfermedad

vascular cerebral con déficit motor. Se recabaron datos demográficos y se hicieron valoraciones del estado de la enfermedad (DAS28, CDAI, *Mini Nutritional Assessment* HAQ-DI y EuroQoL). La medición de la composición corporal se realizó por bioimpedancia (InBody 720), rendimiento físico (velocidad de marcha), fuerza muscular (fuerza de prensión). Se usó estadística descriptiva e inferencial de acuerdo al tipo de variable y distribución con Stata12[®].

Resultados: Se estudiaron 46 pacientes, 86.9% mujeres, edad promedio 44.9 ± 10.6 años; antecedente familiar de AR en 45.6%; tiempo de evolución de la AR 9.9 ± 6.8 años, antigüedad del diagnóstico de la AR 7.8 ± 6.5 años. La comorbilidad identificada fue diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en 4.8%, hipertensión arterial sistémica (HAS) en 10.8%, antecedente de cirugía ortopédica no protésica en 17.4%, antecedente de fractura 19.6%. DAS28 3.64 (1.74-6.38), CDAI 7.5 (0-32). Medidas antropométricas peso 67 ± 10.2, talla 1.56 ± 0.007, índice de masa corporal (IMC) 27.4 ± 3.6 kg/m², masa grasa corporal 25.7 ± 8.3, porcentaje de masa grasa corporal 37.9 ± 8.5, relación cintura cadera 0.96 ± 0.07, índice masa muscular esquelética (IMME) en mujeres mediana 8.88 (6.8-10.4) kg/m², IMME hombres mediana 10.2 (6.7-12.5) kg/m², fuerza de prensión en mujeres de 14.9 kg (2.6-27 kg) y en hombres 25.7 kg (18-38), la velocidad de la marcha 0.96 ± 0.23 m/s. Encontramos una prevalencia de pre-sarcopenia 6.5%, sarcopenia 2.1% y no encontramos personas con sarcopenia grave. Al comparar la calidad de vida y la función articular entre grupos con y sin sarcopenia, no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: Encontramos menor prevalencia de sarcopenia, aunque nuestra población, probablemente, no representa a todos los pacientes con AR. No encontramos diferencia entre estos grupos respecto a la calidad de vida, función articular y actividad de la enfermedad. Con nuevos criterios pueden obtenerse datos más sólidos para detectar sarcopenia. Hay que aumentar el tamaño de la muestra.

S-5/S26

Concordancia en el diagnóstico de referencia de artritis reumatoide temprana en una población de primer y segundo nivel de atención de salud

Fajardo L

Hospital General Regional No. 110, IMSS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica cuya prevalencia es de 0.4% a 1.6%. Además de ser un padecimiento oneroso, la demora en su diagnóstico y tratamiento genera un impacto negativo en la funcionalidad y calidad de la vida del paciente. La mayoría de los pacientes diagnosticados con AR son referidos del primer y segundo nivel de atención al Reumatólogo para la validación del diagnóstico y tratamiento. Desgraciadamente en México, no hay una gran concordancia entre el diagnóstico de referencia con el emitido por el Reumatólogo, a diferencia de otros países (22-71%). Perdiéndose así, la oportunidad de tratar tempranamente a estos pacientes, evitar secuelas y abarrotando la consulta del Reumatólogo con otros padecimientos (osteoartritis 17.3% y fibromialgia 0.8%).

Objetivo: Determinar la frecuencia entre la concordancia del diagnóstico de AR y no AR entre los médicos que refieren y el Reumatólogo receptor de los casos, además de las variables asociadas.

Métodos: Se incluyeron pacientes de 1er y 2do nivel de atención de una población perteneciente al Hospital General Regional No. 110 del IMSS referidos por Médicos Familiares, Internistas, Ortopedistas, Reumatólogos y algún otro especialista con el diagnóstico de AR de seis meses de evolución durante cuatro meses. Los pacientes con AR reunieron criterios de EULAR 2010, y los que no tenían AR reunieron tenían de ACR para fibromialgia u osteoartritis. En el estudio se revisaron los factores demográficos, comorbilidad y variables asociadas al diagnóstico de AR y no AR por análisis univariado o multivariado.

Resultados: 84 pacientes fueron referidos al estudio, seis (7.1%) tenían AR y eran mujeres. Un total de 78 (92.9%) pacientes no tenían AR [60.3% fibromialgia, 11.5% osteoartritis y 28.2% la combinación de ambos ($p=0.001$)]; de ellos 93.6% era del sexo femenino. En el análisis univariado, los pacientes con AR tuvieron mayor probabilidad de ser referidos por tener dolor articular, factor reumatoide positivo, anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (PCC), rigidez matutina, más de ocho articulaciones inflamadas, osteopenia juxtaarticular y niveles más altos de velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva. En el análisis multivariado, la presencia de más de ocho articulaciones inflamadas (índice de momios 1.02, intervalo de confianza a IC 95% 1.00-1.04, $p=0.001$) se mentuvo como una variable significativa.

Conclusión: Este estudio sugiere que sólo el 7% de los paciente referidos con el diagnóstico de AR, realmente tenía AR, y que estos pacientes se caracterizan por tener más de ocho articulaciones inflamadas.

S-5/S27

Impacto del tratamiento temprano en pacientes con artritis reumatoide

Ortiz L, Villarreal A, Vega D

Reumatología, Hospital General No. 4, IMSS, Guadalupe, Nuevo León

Introducción: El retraso en el inicio del tratamiento de la artritis reumatoide (AR) se relaciona con calificación DAS28 más alta y la posibilidad de presentar erosiones articulares. El inicio temprano de tratamiento pudiera tener un impacto benéfico.

Objetivo: Analizar el tiempo que tardan en ser referidos los pacientes con AR y determinar si los que inician tratamiento más temprano tienen mejores resultados.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR que cumplieron con los criterios ACR/EULAR 2010. Se dividieron en tres grupos según el tiempo en que tardaron en iniciar tratamiento posterior al inicio de sus síntomas, Grupo 1 (0-10 semanas), Grupo 2 (11-20 semanas) y Grupo 3 (21 semanas o más). Se realizaron mediciones de DAS28 basal, a los dos, cuatro y seis meses. Al momento del diagnóstico se inició metotrexato (MTX) 15 mg/semana, a los dos meses se aumentó a 20 mg/semana de ser preciso, y a los cuatro meses se agregó leflunomida o sulfasalazina en caso necesario.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes, con una edad media de 41 ± 7.5 años. Fueron 96 mujeres (91.4%). El promedio de semanas al inicio del tratamiento fue de 19.3 ± 11.8 la calificación DAS28 basal fue de 4.2 ± 0.9 . El número de pacientes por grupo, las características y los resultados se muestran en la tabla 1.

Conclusiones: Los pacientes con AR que inician tratamiento en etapas más tempranas logran la remisión en menos tiempo. El porcentaje de pacientes con actividad persistente de la enfermedad es mayor en los que comienzan tratamiento después de 20 semanas del inicio de los síntomas.

Tabla 1. Características y resultados (n=105).

| | Grupo 1 n=36 | Grupo 2 n=30 | Grupo 3 n=39 | p |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|
| Edad (años) | 39.3 \pm 8 | 41.4 \pm 7.8 | 43.1 \pm 6.6 | 0.09 |
| Sexo femenino n (%) | 33 (91.7) | 27 (90) | 36 (92.3) | 0.93 |
| DAS 28 (Basal) | 3.8 \pm 0.66 | 4.1 \pm 0.66 | 4.6 \pm 1.21 | <0.001 |
| DAS 28 (2 meses) | 3.2 \pm 0.67 | 3.3 \pm 0.5 | 3.8 \pm 0.92 | <0.006 |
| DAS 28 (4 meses) | 2.7 \pm 0.57 | 2.8 \pm 0.4 | 3.1 \pm 0.77 | <0.013 |
| DAS 28 (6 meses) | 2.3 \pm 0.55 | 2.5 \pm 0.31 | 2.7 \pm 0.74 | <0.006 |

S-5/S28

Monitorización de la hepatotoxicidad en pacientes con artritis reumatoide tratados con metotrexato y/o leflunomida. Se requiere un cambio al paradigma actual

Álvarez J, Torre A

Universidad Anáhuac-Mayab. Mérida, México

Antecedentes: Las recomendaciones actuales emitidas por asociaciones reumatológicas para monitorizar la hepatotoxicidad del tratamiento con metotrexato (MTX) y/o leflunomida (LFM) en artritis reumatoide (AR) se basan en la monitorización aislada de los niveles de aminotransferasas. Sin embargo, algunos pacientes desarrollan fibrosis hepática pese a esta vigilancia. Los índices bioquímicos de fibrosis hepática, como APRI y NASH, podrían tener mayor capacidad para detectar estos eventos.

Objetivo: Comparar el grado de concordancia entre los resultados de los índices NASH y APRI con los niveles séricos de aminotransferasas en pacientes con AR tratados con MTX y/o LFM.

Materiales y métodos: Estudio transversal, prolectivo, observacional y comparativo que incluyó a pacientes consecutivos con AR (criterios ACR, 1987) tratados con MTX y/o LFM. Se determinaron los niveles de alanina aminotransferasa (ALT) y aspartato aminotransferasa (AST) y se compararon, mediante análisis de concordancia, las frecuencias de resultados (normales/anormales) contra los resultados en los valores de los índices NASH y APRI categorizados como normal, indeterminado y fibrosis.

Resultados: Participaron 98 pacientes (89 mujeres; 109 ± 103 meses de evolución; 77.9% con factor reumatoide [FR] positivo, 68 recibían MTX; 11 LFM y 19 combinación de LFM/MTX; 23 (23.4%) tuvieron ALT o AST anormales (15 concordantes) y en cuatro de ellos (4.1%) los valores superaron 2.5 veces el control máximo. Se midió APRI en los 98, que mostró ausencia de fibrosis en 88 (89.8%), resultado indeterminado en nueve (9.2%) y fibrosis en uno (1.0%). Se determinó NASH en 68 pacientes: 24 (35.3%) calificaron con ausencia de fibrosis; 31 (45.5%) en el grupo indeterminado y 13 (19%) con fibrosis; lo que resultó en una baja concordancia (kappa ponderada; 0.10) entre NASH y APRI. Un resultado APRI anormal (indeterminado/fibrosis) sólo detectó a 8/18 (44.4%) pacientes con ALT/AST anormales. Por el contrario NASH calificó como indeterminado/fibrosis a 11/14 (78.6%) con ALT anormal y 12/17 (70.6%) con AST anormal, pero lo más importante es que identificó como anormales (indeterminado/fibrosis) a 33/54 (61%) pacientes con ALT normal y a 32/51 (62.7%) con AST normal.

Conclusiones: El índice NASH para fibrosis hepática podría tener mayor capacidad que la medición aislada de ALT/AST para detectar hepatotoxicidad por MTX y/o LFM en la AR. Posiblemente se requiera una nueva evaluación de los esquemas recomendados para monitorizar hepatotoxicidad en este contexto específico.

S-5/S29

Distribución del polimorfismo Thr72Ala del gen NKG2D en pacientes con artritis reumatoide: Asociación con variables clínicas

Bautista L⁽¹⁾, De La Cruz U⁽¹⁾, Del Toro S⁽¹⁾, Bernard A⁽²⁾, Martinez G⁽²⁾

⁽¹⁾Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Servicio de Reumatología OPD Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria inflamatoria crónica que se caracteriza por la infiltración de linfocitos T. Se ha descrito que los linfocitos T CD4CD28- expresan NKG2D, un

receptor coestimulador ausente en los linfocitos T CD4. La señalización anormal del receptor NKG2D se ha asociado con enfermedades autoinmunitarias con un componente genético; lo cual sugiere que polimorfismos funcionales como el SNP Thr72Ala en el gen *NKG2D*, ubicado en la región que codifica para el dominio transmembranal de este receptor podría contribuir a la susceptibilidad o severidad de la enfermedad.

Objetivo: Identificar el polimorfismo Thr72Ala en el gen *NKG2D* en pacientes con AR originarios del Occidente de México.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles que incluyó a 144 sujetos control (SC) y 109 pacientes con AR clasificados de acuerdo a los criterios establecidos en 2010 por el ACR/EULAR. La genotipificación del polimorfismo Thr72Ala se realizó por la técnica de PCR-RFLP con la endonucleasa de restricción Mae III.

Resultados: Las frecuencias genotípicas y alélicas del polimorfismo Thr72Ala en el gen *NKG2D* fueron similares en ambos grupos de estudio observándose con mayor frecuencia el genotipo Ala72Ala (79% vs 75%), seguido del Thr72Ala (20% vs 24%) y del Thr72Thr (1% vs 1%) en AR y SC, respectivamente. El polimorfismo Thr72Ala de *NKG2D* no se asoció con la susceptibilidad a desarrollar AR, sin embargo el genotipo Ala72Ala se asoció con títulos altos de factor reumatoide en pacientes con AR ($p=0.03$).

Conclusión: El genotipo Ala72Ala se asoció con títulos altos de factor reumatoide en pacientes con AR originarios del Occidente de México.

S-5/S30

Densidad mineral ósea periférica evaluada mediante ultrasonido cuantitativo en niños con artropatía hemofílica

Tlacuilo A⁽¹⁾, Gutiérrez V⁽¹⁾, Barajas T⁽¹⁾, Soto J⁽¹⁾, Toro L⁽¹⁾, Garibaldi R⁽¹⁾, Guevara E⁽²⁾

⁽¹⁾UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽²⁾Instituto Dermatológico de Jalisco

Introducción: Está demostrado que los niños con hemofilia tienen una menor densidad mineral ósea en la columna vertebral (hueso esponjoso), sin embargo se desconoce el impacto de la enfermedad sobre los huesos largos (hueso cortical).

Objetivo: Evaluar la densidad mineral ósea mediante ultrasonido cuantitativo; *speed of sound* (SOS) y puntaje Z en niños con artropatía hemofílica.

Pacientes y métodos: Mediante un estudio transversal se evaluaron niños de seis a 15 años con diagnóstico de artropatía y hemofilia con distintos grados de gravedad. Se recabaron datos clínicos y demográficos tales como edad, índice de masa corporal (IMC), desarrollo sexual y tipo de tratamiento. Se determinó la SOS en ambos radios y tibias, empleando el equipo de ultrasonido óseo cuantitativo Sunlight Omnisense 8000S.

Resultados: Se evaluaron 50 niños con hemofilia, edad media 10.2 años, peso promedio 40.14 kg, estatura promedio 141.12 cm, IMC promedio 19.4, desarrollo de Tanner promedio 10. El 96% con diagnóstico de hemofilia A. Con respecto a la severidad de la hemofilia, fue leve en 17%, moderada en 50% y grave en 33%. La distribución del tratamiento fue: a demanda en 66%, profilaxis secundaria en 17% y profilaxis primaria en 17%. La distribución del daño articular fue: tobillos 50%, rodillas 42%, codos 33% y ninguna articulación 25%. El SOS promedio del radio derecho 3688183 m/seg ($Z=-0.99$), radio izquierdo 373497 m/seg ($Z=-0.51$), tibia derecha 3508223 m/seg ($Z=-1.708$), tibia izquierda 3552 m/seg ($Z=-1.69$). A mayor severidad de la hemofilia, mayor puntaje Z de daño óseo en radios (hemofilia leve $Z=-0.225$, moderada $Z=-0.675$, severa $Z=-1.466$) y tibias (hemofilia leve $Z=-1.5$, moderada $Z=-1.837$, severa $Z=-2.075$) ($p<0.05$). A más episodios de sangrado (< 5 sangrados vs > 5 sangrados) en los últimos seis meses, mayor puntaje Z de daño óseo en radios ($Z=-0.66$ vs $Z=-0.94$) y tibias ($Z=-1.6$ vs $Z=-2.31$) ambas estadísticamente significativas.

Conclusión: En nuestra población, a mayor severidad de la hemofilia, menor es la densidad mineral ósea, tanto en los radios como en las tibias, esto

podría explicarse por el tipo de tratamiento recibido, pues a mayor cantidad de episodios de sangrado es menor la densidad mineral ósea en radios y tibias. Esta condición impide el logro de la masa ósea máxima ideal y constituye un factor de riesgo para el desarrollo de fracturas en etapas tempranas de la vida.

S-6/S31

Asociación del polimorfismo inserción/delección del gen ACE de la enzima convertidora de angiotensina en pacientes con espondilitis anquilosante

Salazar M⁽¹⁾, Topete J⁽²⁾, Rodríguez E⁽³⁾, Garza M⁽⁴⁾, Enríquez C⁽³⁾, Avelar F⁽⁴⁾, Carlos D⁽⁴⁾, Valdovinos P⁽⁴⁾, Morán M⁽⁵⁾

⁽¹⁾Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. IMSS, ⁽²⁾Hospital General Regional No. 46. IMSS., ⁽³⁾Facultad de Medicina. Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾Facultad de Medicina. Universidad Guadalajara Lamar, ⁽⁵⁾División de Medicina Molecular. Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CIBO). IMSS

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad sistémica inflamatoria, crónica, de etiología desconocida que se caracteriza por la afección del esqueleto axial, principalmente sacroilitis. En su patogenia se ha involucrado al factor de necrosis tumoral, que es regulado por varias moléculas. Entre ellas, la angiotensina II, cuyos niveles y actividad dependen de la enzima convertidora de angiotensina y ésta a su vez del polimorfismo inserción/delección (I/D) del intrón 16 del gen *ACE*.

Objetivo: Identificar si hay asociación entre el polimorfismo I/D del gen *ACE*, específicamente el alelo de delección (D), con 1 EA.

Material y métodos: Se incluyeron 82 muestras de DNA genómico de pacientes con diagnóstico de EA establecido según los criterios del *American College of Rheumatology* (ACR) almacenadas en la genoteca de la División de Medicina Molecular del CIBO. La genotipificación se efectuó mediante protocolo de PCR con iniciadores específicos previamente descrito, se realizó electroforesis en gel de poliacrilamida al 8% de productos amplificados y tinción con nitrato de plata. Los resultados se compararon con los de 288 individuos sanos. El análisis estadístico se llevó a cabo con *Ji cuadrada*.

Resultados: La distribución genotípica en pacientes con EA fue: I/I en 12 individuos (14.63%), I/D en 24 (29.26%), D/D en 46 (56.09%). En los controles la distribución fue I/I en 74 individuos (25.69%), I/D en 151 (52.43%) y D/D en 63 (21.87%). Se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p<0.00002$) entre los grupos.

Conclusión: Existen dos estudios que demuestran la asociación del polimorfismo I/D con la EA 1-2. La angiotensina II produce un incremento de TNF- α y diferenciación del fenotipo TH1 y TH17, por lo que creemos que existe una asociación entre el alelo delección y/o el genotipo DD en el desarrollo de la espondilitis anquilosante, y podría ser un marcador predictivo de riesgo para la enfermedad.

S-6/S32

Modificaciones en la densidad mineral ósea con el uso de fármacos controladores de la enfermedad y agentes anti-TNF- α en espondilitis anquilosante

De la Cerda L⁽¹⁾, Fajardo N⁽¹⁾, Rocha A⁽²⁾, Salazar M⁽²⁾, Cardona E⁽³⁾, González L⁽⁴⁾, Gámez J⁽²⁾

⁽¹⁾Universidad de Guadalajara. ⁽²⁾Hospital de Especialidades centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. ⁽³⁾Departamento de Fisiología, Universidad de Guadalajara. ⁽⁴⁾Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional No. 110, IMSS

Introducción: Existe poca información respecto a los cambios en la densidad mineral ósea (DMO) en espondilitis anquilosante (EA) con los tratamientos propios para manejo de la enfermedad.

Objetivo: Comparar los cambios en la DMO por el uso de agentes antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF) DC-ART (*disease controlling anti-rheumatic treatment*) frente al uso de DC-ART en pacientes con espondilitis anquilosante.

Métodos: Diseño longitudinal prospectivo; 43 pacientes con EA en 2 grupos: con anti-TNF DC-ART y con DC-ART. Evaluación de actividad por BASDAI, funcionalidad BASFI, metrología BASMI, bienestar general por BAS-G. Evaluación de la DMO con técnica DXA de columna lumbar (L1-L4), cuello femoral y antebrazo no dominante basal y después de 12 meses. Resultados obtenidos mediante análisis de Wilcoxon y U de Mann Whitney.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes con EA; 32 estaban en el grupo con DC-ART y 11 en el grupo con anti-TNF DC-ART; mediana de edad 46 años (23-72) frente a 39 años (26-57). Con índice de masa corporal (IMC) similar, en su mayoría con sobrepeso 53% vs 54% (p=0.72), duración de la enfermedad semejante, 5.2 vs 5.3 años (p=0.97); sin diferencias estadísticas en BASDAI, BASFI, BAS-G y evaluación de clinimetría. En el grupo DC-ART Anti-TNF no se observaron cambios significativos al año de seguimiento en la DMO de columna lumbar, 1.130 vs 1.162 (p=0.64), cuello femoral 0.934 vs 0.984 (p=0.11) o en antebrazo no dominante 0.770 vs 0.757 (p=0.44). En DC-ART sin anti-TNF tampoco se observaron cambios significativos en la DMO de columna lumbar 1.186 vs 1.181 (p=0.24), cuello femoral 0.939 vs 0.934 (p=0.67) o antebrazo no dominante 0.715 vs 0.700 (p=0.23).

Conclusiones: Contrario a lo mencionado por otros autores, adicionar agentes Anti-TNF- α a DC-ART en la EA no incrementó los parámetros de DMO tras un año de seguimiento.

S-6/S33

Comparación de la calidad de vida entre la artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondiloartritis axial: Análisis de datos basales en estudios clínicos con certolizumab pegol

Mease P⁽¹⁾, Moreno A⁽²⁾, La Villa G⁽²⁾, Bierschwale H⁽²⁾, van der Heijde D⁽³⁾

⁽¹⁾Swedish Medical Center & University of Washington. Seattle, ⁽²⁾UCB, ⁽³⁾Leiden University Medical Centre. Netherlands

Introducción: Las enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (SpAax) se asocian con carga significativa para los pacientes en la función y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Objetivos: Comparar la CVRS en AR, APs y SpAax.

Métodos: De los datos de los ensayos RAPID1, RAPID 2, RAPID-APs y RAPID-axSpA se calcularon las diferencias entre valores de SF36 entre los pacientes y la población general; se compararon descriptivamente las diferencias entre las poblaciones de AR, APs y SpAax, las subpoblaciones APs con/sin afección de la piel y de SpAax (espondilitis anquilosante y SpAax no radiográfica).

Resultados: Según datos de SF36, la población con SpAax experimentó una mayor carga en la CVRS física que los pacientes con AR y APs, mientras que en la AR se reportó una carga psicológica superior a la de SpAax y APs. El comparativo de HAQ-DI reveló que la población AR tuvo mayor dificultad en todos los aspectos de la función física en comparación con APs (en concreto en el ámbito de "comer") pero para 'higiene' y 'levantarse' la discapacidad de APs fue similar a la de AR. En SpAax la carga de la enfermedad (SF36) fue similar entre sus subgrupos. Para APs el involucramiento de la piel no aumenta mucho la carga física, pero se suma al aspecto psicosocial.

Conclusión: La SpAax tuvo la mayor carga física seguida de AR y APs, y la carga mental fue mayor en la AR seguida de SpAax y APs (con afectación de piel).

S-6/S34

La leptina induce la expresión de ROR γ T y promueve la secreción de IL-6 e IL-17 en células T CD4 de donadores y pacientes con artritis reumatoide

Bustos-Rivera C⁽¹⁾, Xibillé D⁽²⁾, Montiel J⁽³⁾

⁽¹⁾Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Facultad de Ciencias, ⁽²⁾Departamento de Reumatología, Hospital General de Cuernavaca "Jose G. Parres", SSA, ⁽³⁾Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Facultad de Farmacia

Objetivo: Evaluar el efecto de la leptina en la promoción de la respuesta Th17: inducción de la secreción de IL-17/IL-6 y la expresión del factor de transcripción ROR γ T en células CD4 de pacientes con AR y donadores sanos.

Metodología: Se incluyeron pacientes con AR, según los criterios de ACR 1987, que asistieron al Hospital General de Cuernavaca, que aceptaron y firmaron un consentimiento informado. Las muestras de donadores sanos se obtuvieron del CETS Morelos. Las citocinas IL-17 e IL-6 fueron evaluadas por ELISA. La obtención de las células T CD4 se realizó primero por Ficoll-Paque y, a continuación, por selección negativa con perlas magnéticas. Las proteínas recombinantes: leptina, IL-6, TGF- β , IL-22 fueron de Peprotech; el anti-IFN fue de Invitrogen. Para los ensayos de inducción se adicionaron 50 ng/ml de leptina cada 3^{er} día a un cultivo de células CD4 durante un total de siete días. Esto se comparó con la 'condición estándar' para inducir la respuesta Th17. Al final, se usaron los sobrenadantes celulares para la determinación de citocinas (ELISA), mientras que las células fueron analizadas por citometría de flujo, *western blot* y RT-PCR. Para el análisis de los resultados se empleó estadística descriptiva, prueba de *t* de Student y correlación de Spearman. Se consideró como diferencia significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Inicialmente se observó una correlación significativa entre los niveles de IL-17 y leptina en el plasma de pacientes con AR (ρ : 0.1751, $p < 0.04$), aunque no con los niveles IL-6. La incubación con leptina indujo la expresión de ROR γ T desde las 48 h, lo cual se confirmó por *western blot* en células de donadores sanos y pacientes con AR. Finalmente, al evaluar los sobrenadantes de cultivo, se confirmó un incremento significativo en los niveles tanto de IL-6 como de IL-17 desde el segundo día y de manera específica con la presencia de leptina en el medio de cultivo. Queda por determinar si hay diferencia en la promoción de este efecto entre células de donadores y pacientes con AR.

Conclusión: Estos resultados sugieren que la leptina es capaz de promover la diferenciación de células Th17 en un cultivo de células CD4 obtenidas de donadores y pacientes. Este estudio aporta elementos para sugerir que la leptina desempeña un papel activo en el desarrollo de la AR.

S-6/S35

Remisión clínica y factores predictivos de recaída en pacientes con artritis reumatoide que suspendieron tocilizumab

Ramos C, Castillo J

Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es un padecimiento inflamatorio crónico de curso y comportamiento variables. La información sobre el retiro de medicamentos biológicos en el tratamiento de la enfermedad es escasa y no hay estudios que determinen las variables que predigan la probabilidad de recaída al suspender la administración de estos medicamentos, al remitir o inactivar la enfermedad.

Objetivo: Se evaluó el tiempo de remisión, la tasa y los factores predictivos de recaída clínica en pacientes con AR, quienes después de un periodo de

seguimiento de cinco años en ensayos clínicos abiertos, dejaron de recibir tratamiento con tocilizumab (TCZ).

Métodos: Se evaluaron los pacientes que participaron en ensayos clínicos abiertos y dejaron de recibir tratamiento con TCZ, para continuar su seguimiento en una clínica de Reumatología y que estuvieran en remisión clínica de AR, definida con un valor en la Escala de Actividad de la Enfermedad de 28 articulaciones (DAS 28) de 2.6 y sin presencia de alguna articulación inflamada. Los pacientes continuaron su evaluación médica cada ocho semanas durante un periodo de 12 meses y fueron evaluados al presentarse la recaída (recidiva) de la enfermedad, definida como la presencia de una o más articulaciones inflamadas. Las dosis de metotrexato y fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) no se modificarán durante el periodo de evaluación.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes, el 87% era de sexo femenino (edad media 52 años, duración media de 14 años). Durante 12 meses de seguimiento, el 44% de los pacientes mantuvo la remisión. Las recaídas se presentaron en el 56% de los pacientes: 14 en los primeros tres meses después de la última administración de TCZ. El ajuste del tratamiento logró mantener actividad baja de la enfermedad o la remisión.

Conclusión: La remisión clínica a largo plazo es posible en un número de pacientes con AR después de suspender el TCZ. Este efecto se ha observado también con otros agentes biológicos. Se requieren más datos para recomendar la suspensión de fármacos biológicos una vez alcanzada la remisión de AR.

S-6/S36

Distribución del polimorfismo -1082 A>G en el gen IL-10 en pacientes con artritis reumatoide del Occidente de México

Hernández J⁽¹⁾, Oregón E⁽¹⁾, Vázquez M⁽¹⁾, Padilla J⁽¹⁾, Valle Y⁽¹⁾, De La Cruz U⁽¹⁾, Martínez G⁽²⁾, Muñoz J⁽¹⁾

⁽¹⁾Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, OPD Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria crónica de etiología desconocida y con una frecuencia a nivel mundial del 1%. Se caracteriza por inflamación sinovial y poliarticular que conlleva a erosión de cartílago y hueso. La interleucina 10 (IL-10) es una citocina inmunomoduladora implicada en la regulación de la sinovitis, en la activación de células B y en una subsecuente producción de autoanticuerpos (factor reumatoide [FR] y anti-péptido cíclico citrulinado [CCP]). Los polimorfismos en el gen *IL-10* se relacionan con aumento o disminución en la expresión de IL-10. El polimorfismo -1082 A>G en el gen *IL-10* ha sido reportado como factor de riesgo para AR en varias poblaciones. Sin embargo, se desconoce su distribución en población del Occidente de México.

Objetivo: Determinar las frecuencias genotípicas y alélicas del polimorfismo -1082 A>G del gen *IL-10* en pacientes con AR del Occidente de México.

Material y métodos: Se incluyeron 154 pacientes con AR diagnosticada según los criterios del ACR/EULAR 2010 y 260 sujetos control (SC) ambos grupos de estudio originarios del Occidente de México. El polimorfismo -1082 A>G del gen *IL-10* se determinó mediante PCR-RFLP. El análisis estadístico se realizó mediante el software STATA 9.0.

Resultados: El polimorfismo -1082 A>G del gen *IL-10* se encontró en equilibrio génico de acuerdo a la ley de Hardy-Weinberg ($p=0.55$). En sujetos control las frecuencias genotípicas fueron: AA (51%), AG (40%) y GG (9%) las frecuencias alélicas fueron: A (71%) y G (29%). En pacientes con AR las frecuencias genotípicas fueron: AA (53%), AG (40%) y GG (7%) las frecuencias alélicas fueron: A (73%) y G (27%). No se observaron diferencias estadísticas en las frecuencias genotípicas y alélicas entre ambos grupos de estudio ($p=0.76$ y $p=0.58$, respectivamente).

Conclusión: El polimorfismo -1082 A>G del gen *IL-10* en pacientes con AR no es un marcador de susceptibilidad en población del Occidente de México.

S-7/S37

Remisión a dos años de la enfermedad en pacientes militares activos con artritis reumatoide en monoterapia con tocilizumab

Galaviz R⁽¹⁾, Muñoz S⁽¹⁾, Irazoque F⁽¹⁾, Andrade L⁽¹⁾, Alvarado V⁽²⁾

⁽¹⁾Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México D.F., ⁽²⁾Hospital General Naval de Alta Especialidad

Introducción: La interleucina 6 (IL-6) es una citocina implicada en la patogénesis de la artritis reumatoide (AR), la inhibición del receptor de ésta mediante el anticuerpo monoclonal tocilizumab ha producido una buena respuesta y alto índice de remisión. Estudios en pacientes con AR de inicio reciente han demostrado que el tratamiento temprano con terapia biológica ofrece la posibilidad de evitar el desarrollo de lesiones radiográficas.

Objetivos: Evaluar la evolución de la AR mediante DAS28 en pacientes militares activos cuyo tratamiento inicial fue tocilizumab 8 mg/kg mensual a dos años.

Material y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, en el HOSGENAES de 2011 a 2013. Se incluyeron cinco pacientes militares activos con diagnóstico temprano de AR, en los que se decide iniciar terapia biológica con tocilizumab, que se dejó como monoterapia con fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) biológico. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico temprano de AR en monoterapia con FARME biológico por lo menos en los últimos dos años.

Resultados: Se estudió a cinco pacientes con edad promedio de 31 años. Tras dos años de tratamiento con tocilizumab se observó remisión de la enfermedad, con lo que mejoró la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes.

Conclusión: El tratamiento con anti-IL-6 como monoterapia en pacientes con diagnóstico temprano de AR ha tenido adecuada respuesta, se alcanza la remisión de la enfermedad a dos años de tratamiento, por lo que se considera una buena opción de tratamiento para este tipo de pacientes.

S-7/S38

Geodeterminación de pacientes con artritis reumatoide que asisten al Servicio de Reumatología del Hospital General de Cuernavaca

Domínguez L⁽¹⁾, Pedraza D⁽¹⁾, Sedano L⁽¹⁾, Montiel J⁽²⁾, Xibillé D⁽¹⁾

⁽¹⁾Universidad Latinoamericana, ⁽²⁾Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Introducción: La prevalencia de artritis reumatoide (AR) se conoce en países sudamericanos. La investigación de los factores sociodemográficos es muy escasa y en la actualidad se ha comenzado a mostrar la influencia en el pronóstico y grado de severidad de la entidad, lo que establece el reto de analizar los posibles factores de riesgo que predisponen al desarrollo de AR. Esto se hizo mediante diversas preguntas que se relacionan con los estilos de vida de los pacientes, la educación y lugar donde habitan, datos que se relacionaron con su estado clínico y tiempo de evolución, entre otros parámetros clínicos. Con esto se obtuvieron resultados importantes y mapas de la distribución geográfica de los pacientes en el estado de Morelos.

Objetivo: Localizar a pacientes con AR que asisten al Servicio de Reumatología del Hospital General de Cuernavaca dentro de un mapa del estado de Morelos para identificar potenciales regiones con mayor prevalencia de la enfermedad.

Metodología: Los pacientes que reunían las características adecuadas, según los criterios de inclusión, respondieron un cuestionario que incluía preguntas

sobre el estilo de vida, el lugar de nacimiento, tratamiento, lugar de residencia, entre otras, para la identificación de factores ambientales que pudieran favorecer el desarrollo de la AR; esto permitió identificar regiones con mayor prevalencia en el estado.

Resultados: Se localizaron 147 pacientes en un mapa para verificar el tipo de población, lugar de nacimiento, lugar de residencia, identificación de posibles fumadores así como los tipos de factores ambientales que pueden intervenir en el desarrollo de la enfermedad. De la misma manera se llevó a cabo la evaluación de las regiones de Morelos más afectadas y se encontró que Cuernavaca, Jiutepec, Temixco y Cuautla son los municipios con mayor prevalencia, la cual pudiera relacionarse con la presencia de humo de cigarro, industrias, quema de caña y leña, que aumenten la susceptibilidad a desarrollar la enfermedad.

Conclusiones: Se observó una mayor prevalencia en el municipio de Cuernavaca, en el que investigarán las posibles variables ambientales que puedan predisponer el desarrollo de la enfermedad, así como la asociación del tiempo de evolución, progresión y mejora del tratamiento basados en los factores ambientales.

S-7/S39

Parálisis hipokalémica como presentación inicial de síndrome de Sjögren. Reporte de dos casos

Arteaga U, Hübbe C, Silveira LH

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: El síndrome de Sjögren (SS) presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas. La nefritis intersticial y la acidosis tubular renal distal (ATRD) son frecuentes. La mayor parte de los casos notificados inicia con síndrome seco. Presentamos dos casos en los que la parálisis hipokalémica fue la manifestación clínica inicial. Caso 1: Femenino de 32 años de edad que inició hace cuatro años con diagnóstico de parálisis hipokalémica durante su tercer embarazo. Cuatro años después tuvo debilidad muscular y requirió ventilación mecánica. Se encontró hipokalemia, acidosis metabólica e hipocalcemia. Se envió a nuestro hospital. Se diagnosticó ATRD. Al interrogatorio: caída de cabello y xerostomía. Exploración física: signos vitales normales. Acumulación salival y lagrimal disminuida. Estudios de laboratorio: hemoglobina, 11.6 g/dL; nitrógeno ureico (NU), 14.8 mg/dL; creatinina (C), 0.79 mg/dL; K, 2.5 mEq/L; proteína C reactiva (PCR), 2.5 mg/L; y factor reumatoide (FR), 293 UI/mL. Anticuerpos antinucleares (AAN), patrón moteado fino, 1:1 280; anti-Ro y anti-La positivos. Se estableció diagnóstico de SS; respondió al citrato de potasio. Caso 2: femenino de 51 años de edad, fumadora. Episodio vascular cerebral a los 36 años. Se concluyó deficiencia de proteína S y antitrombina III; se indicó anticoagulación. En febrero de 2010 presentó debilidad muscular; se encontró potasio bajo. Seis meses después se agregaron xerostomía, poliartralgias asimétricas y púrpura en las piernas; se descartó neoplasia hematológica. En octubre de 2012 presentó cuadriparesia; K sérico, 2.0 mEq/L. Se diagnosticó ATRD. Al interrogatorio: caída de cabello, xerostomía, artralgias asimétricas, orina espumosa. Exploración física: signos vitales normales. Alopecia parietotemporal; acumulación lagrimal y salival disminuida; múltiples caries. Manchas hipopigmentadas en las piernas. Estudios de laboratorio: hemoglobina, 12.7 g/dL; NU, 14.9 mg/dL; creatinina, 1.14mg/dL; y K, 3.5 mEq/L. Anticuerpos antinucleares, patrón moteado fino, 1:2 560; anti-Ro y anti-La positivos. Oftalmología: queratoconjuntivitis seca. Se diagnosticaron ATRD y SS. Tuvo buena respuesta al citrato de potasio.

Discusión: En el SS, en la mayor parte de los casos de afectación renal, el síndrome seco y la serología positiva preceden a la aparición de la ATRD.

Conclusiones: Se presentan dos casos de SS, en los cuales la manifestación inicial fue la parálisis hipokalémica.

S-7/S40

Biopsia de glándula salival y criterios de clasificación del ACR para síndrome de Sjögren

González A, Soto V, Vargas A

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Las manifestaciones del síndrome de Sjögren (SS) son inespecíficas, por lo que los criterios de clasificación del ACR de 2012 incluyen datos clínicos, serológicos e histológicos para distinguir mejor los casos de SS. Las enfermedades inflamatorias crónicas se relacionan con amiloidosis, pero se desconoce su correlación con la biopsia de glándula salival menor (GSM).

Objetivos: Primario: correlacionar los hallazgos de la biopsia de GSM con datos clínicos y serológicos de los criterios de clasificación del ACR (2012) para SS. Secundario: detectar amiloidosis en la biopsia e identificar su correlación clínica.

Material y métodos: Se incluyeron todas las biopsias de GSM realizadas entre enero de 2007 y mayo de 2013. Se revisaron los expedientes para documentar diagnósticos, manifestaciones clínicas y los ítems para los criterios de ACR 2012. Se consignaron datos clínicos de amiloidosis y su correlación con la biopsia de GSM (mediante histoquímica con la tinción rojo Congo).

Resultados: Las 53 biopsias de GSM se realizaron ante sospecha de SS. Cumplían criterios de clasificación 29 (54.7%), 20 (68.9%) de las cuales eran compatibles y nueve (31.1%) sólo tenían criterios clínicos e inmunológicos; 14 (48.3%) correspondían a SS primario y 15 (51.3%) a secundario (53% artritis reumatoide). De las biopsias compatibles con SS, 90% tenía positividad para anticuerpos antinucleares (ANA), 55% para factor reumatoide (FR), 50% para anti-SSA, 40% para anti-SSB y 35% para anti-SSA y SSB. De los que cumplían criterios, pero con biopsia no compatible con SS, 100% tenía positividad para ANA, 30% para FR, 55.5% para anti-SSA, 11.1% para anti-SSB y 11.1% para anti-SSA y SSB. De los pacientes que no cumplían criterios de clasificación (45.3%) destacan nueve (37.5%) con fibromialgia (FM), ocho (33.3%) con hipotiroidismo primario y cinco (20.2%) con AR. No se detectó amiloidosis en ninguna de las biopsias a pesar de que 32 (60.7%) pacientes tenían enfermedades inflamatorias crónicas.

Conclusión: Los criterios de clasificación de SS son útiles para distinguir a pacientes con SS (mediante inmunología o biopsia), ya que diversas enfermedades pueden producir síntomas similares, lo que tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas. La biopsia fue la herramienta más útil. No se encontró amiloidosis en la biopsia de GSM en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas.

S-7/S41

Expresión de BAFF-R y CXCR5 en linfocitos T y B de pacientes con síndrome de Sjögren primario. Resultados preliminares

Ortiz P⁽¹⁾, Orozco G⁽²⁾, Treviño B⁽³⁾, Palafox C⁽³⁾, Muñoz J⁽³⁾, Salazar D⁽³⁾, Vázquez M⁽³⁾, Oregón E⁽³⁾

⁽¹⁾Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CIBO), IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Servicio de Reumatología, Hospital General de Occidente, ⁽³⁾Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad de Guadalajara

Introducción: El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por infiltración de linfocitos en glándulas exocrinas, promovida por quimiocinas como CXCL13. La supervivencia del infiltrado se relaciona con la presencia de citocinas como el factor activador de linfocitos B (BAFF). Se ha informado que BAFF y CXCL3 actúan de manera sinérgica como quimiotácticos de linfocitos B. No se ha comunicado la presencia de linfocitos que coexpresen los receptores BAFF-R y CXCR5 y su nexa con las manifestaciones clínicas en SSp.

Objetivo: Valorar la expresión de BAFF-R y CXCR5 en linfocitos T y B de sangre periférica de pacientes con SSp y su relación con variables clínicas, actividad y daño de la enfermedad.

Metodología: Se incluyó a 17 pacientes con SSsp, procedentes del Servicio de Reumatología del Hospital General de Occidente y cinco sujetos clínicamente sanos (SCS). La actividad de la enfermedad se determinó mediante el índice SSDAI y el daño con el índice SSDDI. La expresión de BAFF-R y CXCR5 se analizó en células mononucleares de sangre periférica mediante citometría de flujo. Se determinó el porcentaje de células que expresan los marcadores y la intensidad media de fluorescencia. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS v. 20.

Resultados: Los linfocitos T BAFF-R se observaron con mayor frecuencia en pacientes con SSsp, en comparación con SCS (0.32% vs 0.05%, p=0.032). En pacientes con SSsp, la disminución de linfocitos T que expresan CXCR5 y linfocitos B que coexpresan CXCR5 y BAFF-R se correlacionó con una menor cantidad de lágrima evaluada mediante la prueba de Schirmer ($r=0.640$, $p=0.036$; $r=0.689$, $p=0.027$) en linfocitos B; la disminución de la expresión de BAFF-R por célula (densidad de expresión) también se vinculó con esta variable clínica. Los pacientes con menor frecuencia de linfocitos T que coexpresan BAFF-R y CXCR5 presentaron mayor puntaje en el índice SSDAI ($r=-0.695$, $p=0.026$). La coexpresión de los receptores BAFF-R y CXCR5 en linfocitos B se presentó con menor frecuencia en pacientes con mayor puntaje para el índice SSDDI, en comparación de los que no presentan daño ($p=0.029$, 78.2% vs 94.5%, respectivamente).

Conclusiones: Los resultados sugieren que los linfocitos T y B que coexpresan los receptores BAFF-R y CXCR5 se relacionan con incremento de la actividad y daño en los pacientes con SSsp.

S-7/S42

Reactividad incrementada contra antígenos celulares en pacientes con síndrome de Sjögren primario y manifestaciones poliarticulares

Olivares E, Hernández D, Núñez C, Hernández G

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La artritis no erosiva es una manifestación extraglandular frecuente en el síndrome de Sjögren primario (SSp). Aunque por definición estos pacientes son negativos a anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (PCC), se desconoce la inmunorreactividad hacia otros antígenos en estos pacientes.

Objetivo: Comparar la inmunorreactividad de los sueros de pacientes con SSsp con y sin artritis no erosiva mediante EIT de proteínas derivadas de lisado de células HEP-2 separadas por electroforesis bidimensional (E2D).

Métodos: Estudiamos ocho muestras séricas de pacientes con SSsp (cuatro con artritis y cuatro sin artritis) con aPCC3 y factor reumatoide (FR) IgA, IgG e IgM positivos y dos muestras de pacientes con AR que tuvieron reactividad positiva para aPCC3. Analizamos la inmunorreactividad (IgG) de los sueros por EIT de proteínas citrulinadas *in vitro* y nativas de HEP-2 separadas por E2D. Comparamos a los grupos mediante U de Mann-Whitney.

Resultados: No hubo diferencias serológicas entre las muestras de SSsp con y sin manifestaciones articulares. Los pacientes con SSsp y artritis reconocieron un mayor número de proteínas de lisado nativo de HEP-2 en comparación con SSsp sin artritis [97 (73-136) vs 48 (45-61) puntos; $p=0.02$]. Por otra parte, observamos una disminución de la reactividad contra proteínas citrulinadas respecto de proteínas nativas reconocidas por los pacientes con SSsp [40 (27-75) vs 67 (45-136) puntos; $p=0.02$], lo que sugiere que la citrulinación reduce el reconocimiento de ciertas proteínas en los pacientes con SSsp. Identificamos en los sueros de SSsp con artritis algunas proteínas que son reconocidas sólo cuando están citrulinadas (93, 53, 48 y 25 kDa con puntos isoelectrónicos de 4.2, 4.8, 4.6 y 5.2, respectivamente). Por último, el número de proteínas nativas reconocidas por los pacientes con AR fue menor comparado con el grupo de SSsp, con y sin artritis. Por otra parte, las proteínas que fueron reconocidas únicamente en su forma citrulinada por el suero de los pacientes con AR resultaron diferentes a las reconocidas por los pacientes con SSsp con artritis.

Conclusiones: En el suero de los pacientes con SSsp y manifestaciones articulares hubo mayor reactividad contra proteínas nativas en comparación con las muestras de los sujetos con SSsp sin artritis. Existe un reconocimiento de proteínas citrulinadas en personas con SSsp con artritis que son diferentes a las reconocidas por los pacientes con AR.

S-8/S43

Asociación del índice aterogénico con la masa grasa corporal estimada por plicometría y las variables clínicas en pacientes con artritis reumatoide

Mendoza G⁽¹⁾, Rocha A⁽²⁾, Díaz V⁽¹⁾, Hernández P⁽¹⁾, Flores A⁽¹⁾, Torres I⁽¹⁾, Ramírez M⁽¹⁾, Salazar M⁽³⁾, Gámez J⁽¹⁾, González L⁽⁴⁾, Nava A⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE-HE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco. ⁽²⁾Programa Posdoctorado, CUCS, Universidad de Guadalajara (CONACYT). ⁽³⁾División de Investigación en Salud, UMAE-HE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco. ⁽⁴⁾Servicio de Medicina Interna-Reumatología, Hospital Regional No. 110, Delegación Jalisco, IMSS

Introducción: La artritis reumatoide (AR) se caracteriza por un estado inflamatorio sistémico crónico con incremento del riesgo cardiovascular; los factores de riesgo como dislipidemia, hipertensión, tabaquismo, sedentarismo e inflamación crónica explican parcialmente la enfermedad cardiovascular. Otros factores como la proporción de masa grasa participan en la elevación del riesgo cardiovascular; se requieren propuestas de evaluación accesibles por clinimetría para obtener información que permita poner a prueba esta hipótesis.

Objetivos: Evaluar la relación del riesgo cardiovascular por índice aterogénico (IA) con parámetros de inflamación, variables clínicas y masa grasa corporal por plicometría en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal. Se incluyó a 136 pacientes con AR (ACR 1982). Se evaluaron características sociodemográficas y variables clínicas. La antropometría incluyó peso, talla, índice de masa corporal (IMC), circunferencias abdominal y de cadera, y proporción de masa grasa con plicometría de Brook (1971). Se determinaron perfil de lípidos y reactantes de fase aguda. El IA se determinó mediante el índice de Castelli (CT/HDL-c), con puntos de corte de riesgo bajo < 4.5, riesgo moderado de 4.5-7 y riesgo alto > 7.

Resultados: Se encontraron 27 (20%) pacientes con riesgo cardiovascular moderado-alto (RCV-A) y 109 (80%) con riesgo cardiovascular bajo (RCV-B). Al comparar los grupos RCV-A vs RCV-B se encontraron diferencias significativas en las siguientes variables: masa grasa en porcentaje (36.8 ± 3.9 vs 34.0 ± 4.6; $p=0.005$), uso de cloroquina (5% vs 21%; $p=0.04$), con obesidad por IMC en porcentaje (35 vs 16, $p=0.004$), circunferencia de cintura en centímetros (95.1 cm ± 10.4 vs 89.9 cm ± 14.4, $p=0.05$) y masa grasa corporal en porcentaje (36.8% ± 3.9 vs 34% ± 4.6, $p=0.005$). No encontramos diferencias con el tiempo de evolución de la enfermedad, uso de agentes biológicos, DAS28 o reactantes de fase aguda (proteína C reactiva, factor reumatoide y velocidad de sedimentación globular). El puntaje del IA se correlacionó con el IMC ($r=0.227$, $p=0.008$) y con la masa grasa corporal ($r=0.277$, $p=0.05$).

Conclusiones: El puntaje del IA se ha vinculado con un incremento de la masa grasa corporal determinada por plicometría y ha aportado un posible papel en el análisis de riesgos cardiovasculares, por lo que debe ser evaluado en estudios de seguimiento en una población de pacientes con AR.

S-8/S44

Progresión de prediabetes a diabetes mellitus en pacientes con y sin exposición a esteroides sistémicos. Evaluación prospectiva a 12 y 24 meses en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de PEMEX

González M, Vázquez D, Arce C, Coronado M

Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX

Antecedentes: En el Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Pemex se ha informado que se tiene una incidencia de progresión de prediabetes a diabetes mellitus tipo 2 (DM2) de 6% anual, comparado con 0.72% de los sujetos sin prediabetes; los factores de progresión más importantes son concentraciones de glucosa en ayuno e índice de masa corporal. Se ha cuantificado anteriormente el riesgo relativo para el desarrollo de DM2 con el uso de esteroides sistémicos, dependiendo de la dosis diaria de prednisona (1.8 por 10 mg y 10.3 por >30 mg). Aún no se ha evaluado el riesgo del desarrollo de DM2 en prediabéticos, ni los factores de riesgo, con la exposición a esteroides sistémicos.

Objetivo: Calcular el riesgo relativo de los pacientes prediabéticos del HCSAE para desarrollar DM2 luego de exposición a glucocorticoides sistémicos, en comparación con el riesgo en prediabéticos sin exposición esteroides, a 12 y 24 meses, así como determinar la relación de las variables que influyen en la progresión.

Material y método: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo. Los pacientes que cumplieron criterios de inclusión se parearon por edad, índice de masa corporal (IMC) y tipo de enfermedad. Se les dio un seguimiento a 12 y 24 meses.

Resultados: Se obtuvieron 266 pacientes, los cuales fueron divididos en dos grupos, expuestos y no expuestos a esteroides, de 133 cada uno. El número total de individuos que progresaron de prediabetes a DM2 fue de 31 (11.65%) a 12 meses; y de 43 (16.16%) a 24 meses. La progresión a 24 meses por grupos se presentó en 30 del grupo expuesto (22.6%) y de 13 del grupo no expuesto (9.8%) con un RR de 2.3 (IC 95% = 1.33-5.45, p<0.004). Se realizó análisis univariado y de regresión logística, en el cual se observó que el tiempo de enfermedad y colesterol HDL tuvieron significado estadístico (p=0.001 y p=0.03).

Conclusiones: La razón de riesgo en prediabéticos para el desarrollo de DM2 en la población de expuestos fue mayor que la de los no expuestos. Se corroboraron las teorías en que el uso de esteroides afecta la resistencia a la insulina. Se observó que el tiempo de exposición a esteroides, sin importar la dosis y las concentraciones de HDL, afectan de manera significativa la progresión en estos pacientes.

S-8/S45

Impacto en la calidad de vida relacionada a la salud, fatiga, alexitimia, desesperanza y patrón de enfrentamiento en una cohorte de pacientes con fibromialgia del Hospital General de México

Ambroz Y, Peláez I, Lino L, Huerta G

Hospital General de México

Introducción: La fibromialgia (FM) es una enfermedad con efecto en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS); la alexitimia, la desesperanza y el patrón de enfrentamiento a la enfermedad son áreas aún desconocidas.

Objetivos: Determinar la CVRS, fatiga, alexitimia, desesperanza y patrón de enfrentamiento en una cohorte de pacientes con FM.

Pacientes y métodos: Estudio transversal anidado en una cohorte abierta en pacientes con FM primaria. Cuestionarios: Calidad de vida (EUROQoL), *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), *Multidimensional Assessment of Fatigue* (MAF), escala de desesperanza (Beck), alexitimia, enfrentamiento y dolor, salud global y salud general por el médico (escalas visuales).

Resultados: Se incluyó a 53 sujetos, edad media de 43.6 años (desviación estándar [DE]; min-máx, 8.65; 20-60), 94.34% (50) mujeres, escolaridad

media 8.94 años (DE; min-máx / 3.55; 0-16), el 49% (26) casados, 28.3% (15) solteros, 15.3% divorciados y 7.5% (4) viudos; la ocupación más frecuente fue labores del hogar en el 74.4% (41). En la tabla 1 se describen las características clinimétricas evaluadas.

Conclusiones: La FM tiene un alto efecto en la calidad de vida genérica y específica; las dimensiones más afectadas fueron función física y fatiga. Se encontró una alta prevalencia de alexitimia, desesperanza y predominó el patrón directo de enfrentamiento a la enfermedad. Los resultados mostraron que los aspectos de salud mental deben ser abordados de forma multidisciplinaria.

Tabla 1. Características clinimétricas evaluadas

| Clinimetría | Media (DE; min-máx) e *IRQ 25 y 75 |
|--|---------------------------------------|
| Puntaje de gravedad de síntomas de FM (SS) | 9.28 (2.07; 5-12) |
| Índice de dolor generalizado (WPI) | 17.70 (2.27; 0-19) |
| Puntos gatillo | 15.40 (4.69; 0-18) |
| EUROQoL | 0.52 (0.25;-1.80-1) |
| FIQ* | 54.81 (40.38-67.47) |
| Dominios FIQ | |
| Capacidad funcional | 1.23 (0.8; 0-3.56) |
| Sentirse bien | 2.28 (2.22; 0-7) |
| Incapacidad laboral | 2.64 (3.90; 0-10) |
| Capacidad para trabajar | 5.65 (3.46;0-10) |
| Intensidad del dolor | 6.91 (3.17; 0-10) |
| Fatiga | 7.45 (2.9; 0-10) |
| Sueño | 7.13 (2.91; 0-10) |
| Rigidez matutina | 6.11 (3.5; 0-10) |
| Ansiedad | 6.7 (3.3; 0-10) |
| Depresión | 7.06 (3.22; 0-10) |
| Escala MAF | 67.76 (28.48; 16.36-118.32) |
| HAQ | 0.56 (0.53; 0-2.15) |
| EVA dolor | 7.67 (2.35; 1-10) |
| EVA salud por el médico | 6.23 (2.41; 1-10) |
| EVA salud por el paciente | 5.03 (2.50; 0-9) |
| Alexitimia* | 54.55 (40-69.75) |
| Escala de desesperanza de Beck | 10.28 (3.03; 5-19) |
| Patrones de enfrentamiento: índice | |
| Directo | 5.37 (1.69; 0-7) |
| Revalorativo | 4.99 (1.35; 0-7) |
| Evasivo | 4.87 (1.30; 0-7) |
| Emocional | 3.74 (1.67; 0-7) |

S-8/S46

Autoanticuerpos (anti Su-Argonauta) en síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes

Vera O⁽¹⁾, Martínez C⁽¹⁾, Sepúlveda J⁽¹⁾, Vázquez M⁽²⁾, Vargas R⁽³⁾, Martín B⁽³⁾, Calise S⁽⁴⁾, KL E⁽⁵⁾, Jara L⁽⁶⁾, Satoh M⁽⁷⁾

⁽¹⁾Departamento de Medicina Interna. Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. México D.F., ⁽²⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-esquelético, CUCS, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México, ⁽³⁾Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca. Guadalajara, Jalisco, México, ⁽⁴⁾Departamento de Biología Oral de la Universidad de Florida, USA, ⁽⁵⁾Departamento de Biología Oral de la Universidad de Florida, USA, ⁽⁶⁾Dirección de Investigación y Educación en Salud. Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret. Centro Médico Nacional La Raza. IMSS. México D.F., ⁽⁷⁾Departamento de Medicina de la Universidad de Florida, USA.

Introducción: El síndrome autoinmune/inflamatorio (ASIA) se relaciona con adyuvantes como escualeno, aluminio, aceite mineral (AM), prístano e implantes mamarios de silicón (IMS).

Objetivos: Determinar las características clínicas y autoanticuerpos en pacientes con ASIA inducido por AM e IMS.

Pacientes y métodos: En 29 mujeres con ASIA se investigó la presencia de IMS y sustancias inyectadas. Las manifestaciones clínicas se agruparon en enfermedades autoinmunes (EAI) y manifestaciones no específicas del tejido conjuntivo (MNETC). Se determinaron anticuerpos antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia (IF) y la inmunoespecificidad por inmunoprecipitación y ELISA (anticuerpos contra dsDNA, 2 glucoproteína I, Ro 52, U1RNP-[70 kDa] y Su).

Resultados: Fueron 29 mujeres con una edad media de 47 ± 10 años. Las sustancias inyectadas en 25 casos fueron AM en 22 (75%), de los cuales en cinco se mezcló con otras sustancias (colágeno, guayacol, silicona líquida), metacrilato en 2 (6.8%), mercurio en 1 (3.4%) e IMS en 4 (14%). Manifestaciones clínicas: fatiga crónica en 24 (82%), lesión en piel en 22 (76%), artralgias en 20 (68%), mialgias en 18 (62%), trastornos del sueño en 18 (62%), fiebre en 18 (62%), artritis en 13 (45%), trastornos cognitivos en 10 (34%), debilidad en 10 (34%), xerostomía en 5 (18%), trastornos gastrointestinales en 4 (14%), trastornos respiratorios en 2 (7%) y miopatía en 2 (7%). El diagnóstico principal fue MNETC en 17 (59%), EAI en 12 (41%): paniculitis, tiroiditis, esclerosis sistémica (SSc), enfermedad de Still, dermatomiositis, lupus eritematoso sistémico (LES), angiomas y anemia hemolítica. Una proporción de 50% tenía criterios para fibromialgia. Autoanticuerpos: ANA en 65.5%; el patrón más común fue nuclear y nucleolar (26% cada uno); mitocondrial (16%); puntos citoplasmático y anticentrómero (10.5% cada uno); puntos citoplasmáticos y DFS70 (5% para cada uno). Anti-U1RNP y anti-Su/argonauta en 7%, anti-Ro-60 kD y anti-Ro-52kD en 10%. Dos casos de anticentrómero por IF también fueron positivos para el anti-CENP-B ELISA (7%). Anti-β2GPI (3%).

Conclusión: Se demostró la inducción de ASIA y autoanticuerpos después de la inyección de AM e IMS. Se informa por primera vez que los pacientes inyectados con AM indujeron la producción de anticuerpos anti-Su-argonauta, similar a lo observado en modelos experimentales (prístano), lo cual permite comprender el origen de los autoanticuerpos en EAI.

S-8/S47

Asociación entre índice de masa corporal y densidad mineral ósea

Mitre Y⁽¹⁾, Mena J⁽¹⁾, Rodríguez J⁽¹⁾, Duarte G⁽¹⁾, Cruz A⁽¹⁾, Garza M⁽²⁾, García P⁽²⁾, Navarro G⁽¹⁾

⁽¹⁾Escuela de Medicina, Universidad Cuauhtémoc Campus San Luis Potosí, México, ⁽²⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: Las cifras de densidad mineral ósea (DMO) en un individuo se determinan por múltiples factores. Entre los factores de riesgo se ha considerado tener un índice de masa corporal (IMC) bajo para presentar osteoporosis (OP) y masa ósea baja (MOB). Por lo tanto, se ha inferido que el sobrepeso y la obesidad son factores protectores contra OP y MOB.

Objetivo: Valorar la relación existente entre el IMC y la DMO. Determinar si en este grupo de pacientes, independientemente de otros factores de riesgo, el IMC alto puede considerarse factor protector contra OP o MOB.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron resultados de densitometrías óseas centrales (DO) a pacientes mayores femeninos de más de 50 años entre 1994 y 2013.

Resultados: Se efectuaron 17 298 estudios DO en este periodo. Se incluyeron 12 274 resultados. El promedio de edad del grupo era de 61.4/- 8.5 años, con una talla promedio de 168.6 cm, un peso promedio de 67.0 kg y un IMC de 28.1. Según el análisis de DMO, el 43.1% de los pacientes se diagnosticó como OP, el 46% como mineralización ósea baja (MOB) y el 10% como DMO normal (DMON). El 6% cumplía criterios de bajo peso, 25.1% con IMC normal, 41.5% con criterios de sobrepeso y 32.6% con criterios diagnósticos de obesidad; con sobrepeso u obesidad, 74.1%. De los pacientes con obesidad, 37.9% presentaba OP, 47% MOB y 14.3% MON (84.9% de los individuos tenía algún grado de desmineralización en el estudio DO). En las personas con sobrepeso, 42.3% tenía criterios de OP, 48.3% MOB y 9.1% DMON (90.6% de los pacientes mostraba algún grado de desmineralización en el estudio DO). En los pacientes con IMC normal, 50.1% cumplía criterios de OP, 43.7% tenía MOB y 5.8% DMON (93.8% de los individuos sufría algún grado de desmineralización en el estudio DO). En los pacientes con peso bajo, 78.2% cumplía criterios de OP, el 17.9% de MOB y 3.8% de DMON (96.1% de los sujetos mostraba algún grado de desmineralización en el estudio DO). Los promedios de IMC para los grupos de pacientes con OP fueron de 27.5, con MOB de 28.2 y con MON de 29.7. En este grupo de personas se pudo observar una relación inversa entre cifras de IMC y DMO. Un IMC bajo se relaciona notablemente con OP. El sobrepeso y la obesidad no se pueden considerar factores protectores contra OP o MOB que deban influir en la decisión de solicitar a un paciente la realización de DO.

S-8/S48

Validez de la ecografía para detectar entesopatía en gota

Ventura L⁽¹⁾, Hernández C⁽¹⁾, Pineda C⁽¹⁾, Bernal A⁽¹⁾, De Miguel E⁽²⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Rehabilitación, ⁽²⁾Hospital La Paz

Antecedentes: La afección tendinosa en gota ha sido valorada por ultrasonografía (US), resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TAC) y se ha demostrado el depósito de cristales de urato monosódico (UMS). La tomografía computarizada de energía dual (TCED) permite además cuantificar los depósitos de UMS; sin embargo, hasta el momento no se ha demostrado que esos depósitos corresponden realmente a cristales de UMS.

Objetivo: Evaluar la validez concurrente de las anomalías entésicas detectadas por US que fueran accesibles y adecuadas para la aspiración guiada por ecografía utilizando como estándar de oro la demostración microscópica de cristales de UMS por microscopía de luz polarizada y TCED.

Pacientes y métodos: Se incluyó a nueve pacientes con entesopatía calcificante del tendón rotuliano valorados en el laboratorio de ultrasonido de la institución en un lapso de seis meses por dos ecografistas en forma independiente. Las áreas hiperecoicas detectadas en la entesis se aspiraron con guía ultrasonográfica para buscar cristales de UMS por microscopía de luz polarizada y se enviaron el mismo día para realizar TCED. Se aplicó estadística descriptiva.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 47.5±3.53 años, todos fueron varones, con duración de la enfermedad de 9.5±2.12 años, el nivel de UMS fue de 7.15±0.91 y la dosis media de alopurinol fue de 375 mg. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la US respecto de la microscopía de luz polarizada fue de 83% y 80%, respectivamente. La TCED detectó imágenes hiperdensas en las mismas regiones que la US. Ambas técnicas de imagen tuvieron un acuerdo del 100% (K = 1.0). El material aspirado de la entesis del tendón rotuliano fue positivo para demostrar cristales de UMS con birrefringencia negativa en cinco pacientes.

Conclusiones: La ecografía es una técnica válida para detectar depósitos de UMS en la entesis de los pacientes con gota.

S-9/S49

Validación en castellano de los índices de actividad, daño y cronicidad para vasculitis asociadas a ANCA en la población de pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Cardiel M⁽¹⁾, Ramírez C⁽²⁾, Flores L⁽²⁾

⁽¹⁾Unidad de Investigación, Hospital General Dr. Miguel Silva, Morelia, Michoacán, ⁽²⁾Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción: Los cuestionarios *Birmingham Vasculitis Activity Score* (BVAS) y *Vasculitis Damage Index* (VDI) son herramientas validadas para la valoración de actividad y daño de las vasculitis, respectivamente. Sin embargo, no existe traducción, ni validación a otros idiomas, para su aplicación óptima en otros países (0-5); éste es el objetivo de este trabajo. Se efectuó un estudio longitudinal en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Se incluyó a pacientes con vasculitis relacionada con anticuerpos anticitoplasma neutrofilico (ANCA): granulomatosis con poliangeitis (GPA-Wegener), poliangeitis microscópica (PAM) y granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (GPEA-Churg-Strauss) con criterios 1990 ACR y/o Chapel Hill 2012, apoyados por algoritmo del EMEA, previo consentimiento informado. Se excluyó a quienes suspendieron su seguimiento. Adaptación transcultural: traducción de los índices, retrotraducción y evaluación por el comité. Se aplicó la versión final en español a los pacientes en dos tiempos: 0 y tres meses para actividad y 0 y seis meses para daño. Validación: se valoró la consistencia interna (alfa de Cronbach), la reproducibilidad se expresa en medias \pm DS y la sensibilidad al cambio (en pacientes con mejoría y con deterioro) con la Z de Wilcoxon (6-11). De 67 pacientes incluidos, 15 mejoraron, seis recayeron y 46 se mantuvieron estables. De éstos, 49 tienen GPA, 12 PAM y 6 GPEA. Resultados BVAS: consistencia interna, 0.813; reproducibilidad: mismos resultados en ambas valoraciones (DS media, 0.06 ± 0.26 , $p=1$); sensibilidad al cambio en mejoría: primera evaluación con 4.2 ± 2.6 y segunda con 0.9 ± 1.3 , Wilcoxon Z, -3.4 ($p=0.001$); para recaída, primera medición con 0 (ambos grupos) y en segunda medición con 2.5 ± 1.5 , valor Z de -2.2 ($p=0.02$). Resultados del VDI: reproducibilidad: ambos tiempos, 2.2 ± 1.5 ($p=1$ sensibilidad al cambio en pacientes estables, igual en ambos tiempos 1.9 ± 1.4 y, en casos de deterioro/daño basal de 1.8 ± 1.6 y a seis meses de 2.1 ± 1.7 , para Z de -1.4 ($p=0.15$). Los cuestionarios para la valoración de actividad (BVAS) y de daño crónico (VDI) de las vasculitis relacionadas con ANCA son aplicables en español con una adecuada consistencia interna, reproducibilidad y sensibilidad al cambio.

S-9/S50

Factores clínicos e histológicos de pronóstico renal en pacientes con vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo

Uriarte C

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La nefropatía en pacientes con vasculitis relacionada con ANCA (VAA) se caracteriza por deterioro progresivo de la función renal e insuficiencia renal crónica.

Objetivo: Investigar los factores clínicos e histológicos de pronóstico renal en pacientes con VAA (granulomatosis con poliangeitis, GPA y poliangeitis microscópica, PAM).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 45 pacientes con GPA o PAM con biopsia renal y positividad para anti-MPO o PR3. Se recabó información demográfica, comorbilidades, variables clínicas y de laboratorio (0, 6, 12, 18 y 24 meses), tratamiento, actividad y daño de la enfermedad. En biopsias renales se identificaron lesiones inflamatorias y crónicas y se catalogaron según la clasificación patológica. Análisis estadístico: estadística descriptiva, prueba *t* de Student, U de Mann-Whitney, *Ji cuadrada*, exacta de Fisher, igualdad de medianas y análisis de sobrevida.

Resultados: Se estudió a 45 pacientes (39 con GPA y 6 con PAM, 58% de hombres), media de seguimiento de 35.6 ± 28.4 meses. Al momento basal, 37 presentaban afección renal (creatinina, 3.9 ± 2.2 mg/dL; tasa de filtración glomerular [TFG], 22 ± 20 mL/min), siete requirieron diálisis y 27 iniciaron con glomerulonefritis de progresión rápida (GMNPR). Las principales lesiones histológicas fueron atrofia tubular, fibrosis intersticial y esclerosis global (96%, 96% y 78%), las clases esclerosa y mixta fueron las más frecuentes (54% y 33%). Los pacientes en diálisis al diagnóstico tuvieron concentraciones más altas de creatinina ($p=0.001$), proteinuria de 24 h ($p=0.0003$) y daño por FFS ($p=0.04$) más frecuencia de GMPR ($p=0.02$) y pulsos de metilprednisolona ($p=0.03$), y menor dosis acumulada de ciclofosfamida ($p=0.04$). Presentaron con más frecuencia semilunas fibrosas ($p=0.02$) y celulares ($p=0.01$), infiltrado periglomerular ($p=0.03$), atrofia tubular ($p=0.009$) y fibrosis intersticial ($p=0.01$). No hubo diferencias en clases histológicas según requerimientos dialíticos. Ningún paciente con diálisis al momento inicial falleció durante el seguimiento; la sobrevida de los no dializados fue de 100%, 97% y 94% (6, 12 y 18 meses). Estimación de mortalidad global en los pacientes con diálisis basal respecto de aquellos sin diálisis: riesgo relativo de 0.94 (IC 95%, 0.90-0.98), significativa (Mantel-Cox $p=0.009$).

Conclusiones: Los pacientes con diálisis al diagnóstico tuvieron mayor deterioro de la función renal y daño por la enfermedad, lesiones histológicas de predominio crónico y mayor sobrevida respecto de los pacientes sin diálisis. No hubo diferencias entre las clases histológicas.

S-9/S51

Daño en vasculitis primarias producido por fármacos utilizados en el tratamiento

Catana R, Vázquez M, Camargo A, Talavera J, Barile L

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La supervivencia de los pacientes con vasculitis primarias se ha logrado mejorar con el uso de corticosteroides e inmunosupresores; sin embargo, en los últimos años esta supervivencia se ha limitado por la presencia de daño acumulado por actividad de la enfermedad y/o el tratamiento empleado.

Objetivo: Identificar el daño en vasculitis primarias producido por fármacos utilizados en su tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, observacional, no aleatorizado. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de vasculitis sistémica primaria del Servicio de Reumatología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI que cumplieron criterios de inclusión para el estudio. De los expedientes clínicos se obtuvo el tiempo de evolución de la vasculitis, tratamiento empleado, efectos secundarios por el uso de fármacos e índice de daño en vasculitis (*Vasculitis Damage Index*, VDI). Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva, se emplearon pruebas no paramétricas para todas las variables, excepto para la edad que fue paramétrica. Se determinó razón de momios y riesgo relativo para valorar la relación entre las variables nominales. Se utilizó el programa SPSS versión 21.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes, 42 mujeres (70%) y 18 hombres (30%). El tiempo de evolución de la enfermedad a partir del momento en que se estableció el diagnóstico fue de 9.15 ± 9.54 años. En relación con el VDI, el promedio obtenido fue de 2.38 ± 1.27 puntos. El promedio de daño fue igual para todas las vasculitis con un VDI de 2-3 puntos, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa. No se encontró correlación directa

entre el tiempo de evolución de la vasculitis y el daño documentado en los pacientes. La frecuencia de daño secundario al empleo de los distintos fármacos estudiados fue baja (1.66%-26.7%); la osteoporosis fue la más frecuente y se presentó en 16 pacientes (26.7%); su presencia correlacionó con la edad del paciente con OR de 1.088 y RR de 1.082 (IC 95%, 1.025-1.155; $p=0.005$).

Conclusiones: Se pudo observar que la frecuencia de daño por fármacos es baja en relación con la que se presenta por actividad de la enfermedad, sin que influya la dosis y tiempo de uso de los fármacos. Los resultados apoyan el empleo de un tratamiento temprano e intensivo para disminuir la acumulación de daño.

S-9/S52

Características clínicas de pacientes con poliangitis microscópica, con y sin fibrosis pulmonar

Ruiz N, Mena J, Flores-Suárez L

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Antecedentes: Las características clínicas precisas de pacientes con poliangitis microscópica (PAM) y fibrosis pulmonar (FP) no están claramente definidas.

Objetivos: Describir las características de pacientes con PAM que desarrollan o no FP.

Material y métodos: Se analizaron la demografía, síntomas clínicos iniciales y, en la evolución, características de laboratorio y presencia de daño crónico (exceptuando el pulmonar) de 28 pacientes con PAM, con o sin FP ($n=18$, 61% y $n=11$, 39%, respectivamente). Se realizó análisis de frecuencia para variables nominales y prueba de *Ji cuadrada*, y para variables numéricas con *t* de Student; significancia, $p<0.05$.

Resultados: Los pacientes con FP tienen mayor frecuencia de parestesias ($n=3$ vs 0, $p=0.05$), hemorragia alveolar ($n=9$ vs 6, $p=0.02$), insuficiencia respiratoria ($n=5$ vs 1, $p=0.05$) y hematuria ($n=7$ vs 4, $p=0.02$). No hubo diferencias en síntomas generales, articulares, ORL, oculares, cutáneos, cardíacos y GI, a excepción de cifras de eosinófilos (media de 900/uL con FP vs 140/uL sin FP, respectivamente), NS; sin embargo, otros datos paraclínicos no fueron diferentes, como tampoco el daño crónico (excepto el pulmonar) medido por la escala VDI en otros órganos. En 26 pacientes (92.8%), los síntomas respiratorios y el abordaje diagnóstico de FP fueron el motivo de ingreso.

Discusión: La presencia de alteraciones renales es esperable; sin embargo, hubo mayor frecuencia de hematuria en aquellos con FP por lo que es indispensable que en un medio de referencia respiratorio y en pacientes con FP incluso idiopática se indague la presencia de alteraciones renales. Algo similar puede decirse de la neuropatía, más frecuente en quienes tuvieron FP que aquellos sin ella.

Conclusiones: El estudio prospectivo de ambos grupos de pacientes, en conjunto con el incremento demográfico de esta patología, permitirá corroborar los resultados iniciales. Es posible pensar que aquellos pacientes con afección más extensa son propensos a esta complicación irreversible, por lo que su referencia temprana tiene efecto también en el área respiratoria y no sólo renal como se piensa usualmente en PAM.

S-9/S53

Asociación entre los niveles de anticuerpos anti-CCP, PCR de alta sensibilidad, IL-6 y TNF- α con el grosor íntima-media carotídeo en pacientes con artritis reumatoide del adulto

Vázquez del Mercado M⁽¹⁾, Rocha A⁽²⁾, Martín B⁽³⁾, Aguilar J⁽⁴⁾, Núñez L⁽⁵⁾, Gómez E⁽³⁾, Martínez E⁽³⁾, González L⁽³⁾, Gámez I⁽³⁾, Vargas R⁽³⁾, Navarro R⁽³⁾, González V⁽⁵⁾, Bernard A⁽⁵⁾, Núñez A⁽⁶⁾, Andrade J⁽⁶⁾, Pérez P⁽⁷⁾

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Departamento de Reumatología. Hospital C, ⁽²⁾Programa de Posdoctorado del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), y el programa de Posgrado en Ciencias de la Farmacología del CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽³⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, ⁽⁴⁾Departamento de Reumatología, Hospital Juan I. Menchaca, Universidad de Guadalajara, ⁽⁵⁾Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Universidad de Guadalajara, ⁽⁶⁾Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara, ⁽⁷⁾Hospital Civil Dr. Juan I. Menchaca, Universidad de Guadalajara

Introducción: Las causas principales de mortalidad en artritis reumatoide (AR) son los episodios cardiovasculares, como aterosclerosis temprana, infarto miocárdico, insuficiencia cardíaca congestiva, etc. Existe poca información sobre el desarrollo de la aterosclerosis subclínica en AR, por lo que se valoró la relación entre las concentraciones de anticuerpos antipeptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP) y proteína C reactiva de alta sensibilidad (hs-cRP) con el grosor íntima-media carotídeo (cIMT).

Material y métodos: Se incluyó a 60 pacientes con AR, 29 positivos a anti-CCP y 31 negativos a anti-CCP, que fueron pareados por edad y género con 62 controles sanos (CS). Se excluyó a los pacientes con antecedente de hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, hipotiroidismo, insuficiencia hepática, renal y con embarazo. El riesgo cardiovascular fue calculado con el índice aterogénico (IA). La actividad de la AR se midió con el DAS28 con proteína C reactiva (PCR). Se midieron por ELISA las concentraciones séricas de anti-CCP, hs-cRP, factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) e interleucina 6 (IL-6). A todos los individuos se les midió el grosor de la íntima y media carotídea (GIMc) por ultrasonido de alta resolución en modo B por un sólo investigador.

Resultados: Los pacientes con AR positivos a anti-CCP tuvieron un GIMc mayor en comparación con los CS y los pacientes con AR negativos a anti-CCP una $p<0.001$. Los pacientes positivos a anti-CCP, en comparación con los negativos a anti-CCP, tuvieron valores más elevados de DAS28 ($p=0.05$), peor estadio radiológico (Steinbroker, $p=0.01$), triglicéridos (Tg, $p=0.04$), IA ($p<0.001$), TNF- α (20.54 ± 5.38 vs 32.77 ± 12.30 , $p=0.002$) e IL-6 (18.54 ± 14.09 vs 65.07 ± 34.95 , $p<0.001$), además de cifras más bajas de colesterol en lipoproteínas de alta densidad (HDL-c, $p=0.03$). Se encontraron correlaciones significativas entre el GIMc, anti-CCP ($r=0.539$, $p<0.001$), TNF- α ($r=0.791$, $p<0.001$) e IL-6 ($p=0.794$, $p<0.001$). En la regresión múltiple, las concentraciones de hs-cRP y anti-CCP fueron predictores del cIMT, $p=0.05$ y $p=0.006$.

Conclusión: Las cifras altas de anti-CCP y hs-cRP son marcadores de un cIMT incrementado y un mayor riesgo cardiovascular en AR. El GIMc debe ser medido de forma preventiva en los pacientes con AR con alto riesgo cardiovascular.

S-9/S54

Significado pronóstico de las manifestaciones hematológicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Monsebaiz C, Miranda D, Jara L, Saavedra M

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

Introducción: El curso clínico del lupus eritematoso sistémico (LES) es altamente variable, con recaídas frecuentes y riesgo incrementado de mortalidad. Las manifestaciones hematológicas son comunes, aunque su significado pronóstico es controversial.

Objetivo: Comparar el significado pronóstico (recaída y mortalidad) entre los pacientes con manifestaciones hematológicas por LES y sin ellas.

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva en pacientes hospitalizados con LES (ACR 1997), con manifestaciones hematológicas para el grupo de casos y sin manifestaciones hematológicas con actividad a otro nivel (controles) que ingresaron al servicio de Reumatología en el periodo de julio de 2007 a junio de 2012 con seguimiento promedio

de 12 meses. Se estudiaron dos medidas de desenlace, cualquier tipo de recaída de la enfermedad y muerte. Se realizó análisis de regresión logística de las variables potencialmente predictoras de recaída y/o mortalidad y se calcularon curvas de supervivencia de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 194 casos, 78 (40.2%) con manifestaciones hematológicas y 116 (59.7%) sin ellas. El 86% fueron mujeres con un tiempo de evolución promedio de LES fue de 64.5 meses y el 56.9% (n=45) presentó trombocitopenia, 21.5% (n=17) neutropenia y 20.2% (n=16) anemia hemolítica. La actividad hematológica grave se consideró en 42 (53.8%) casos. El 43.5% (n=85) de los pacientes presentó recaída, la mayoría en el grupo control (65.9% vs 34.1%), se asoció a mayor mortalidad (OR, 5.7; IC 95%, 1.3-26; p = 0.02).

Conclusiones: Las recaídas a nivel hematológico son menos frecuentes que en otros órganos; sin embargo, la mortalidad es más elevada. Estudios prospectivos con mayor tiempo de seguimiento son necesarios para confirmar estos resultados.

S-9/S55

Comorbilidades en pacientes con artritis reumatoide establecida

Arana A⁽¹⁾, Vega D⁽²⁾, Barrón M⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México, ⁽²⁾Hospital General de Zona No. 17, IMSS, Delegación Nuevo León

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria, crónica y progresiva, caracterizada por aumento de morbilidad y mortalidad. Se define la comorbilidad como alguna alteración médica que ocurre actualmente o en el pasado que puede o no estar relacionada con la AR o su tratamiento.

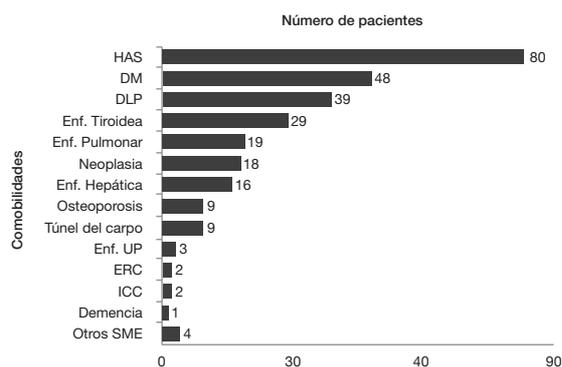
Objetivo: Describir la presencia de comorbilidades en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y transversal.

Resultados: 394 pacientes con AR con una evolución de 11.09 años (DE, 8.33), con una media de edad de 53.7 (DE, 12.5), 357 (90.6%) mujeres. En el análisis se encontró que 111 (28.1%) no presentaban alguna comorbilidad. En la figura 1 se observa la distribución de comorbilidades en los pacientes.

Discusión: En pacientes con AR se ha descrito la presencia de 1.6 comorbilidades aproximadamente. En un artículo multicéntrico reciente, en el que no se incluyó a pacientes mexicanos, se encontró que la depresión representa la comorbilidad más frecuentemente vinculada con la AR; en cambio, en esta población las tres comorbilidades más informadas fueron hipertensión arterial sistémica (HAS) en 83 (29.3%) pacientes, diabetes mellitus en 48 (16.9%) sujetos y dislipidemias en 39 (13.7%) individuos. Con base en esto se consideró que es necesario estandarizar las metas terapéuticas, así como reforzar los programas de evaluación cardiovascular anual en estos pacientes.

Figura 1. Distribución de comorbilidades.



S-9/S56

Prevalencia de hipertensión arterial pulmonar subclínica en pacientes con lupus eritematoso generalizado

Vázquez H, Andrade L, Irazoque F, Muñoz S, Rosales V, Cabada M, Amezcua L, Ramírez O, Pimentel R

Servicios de Reumatología y Cardiología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Dentro de las manifestaciones cardiopulmonares del lupus eritematoso sistémico (LES), la hipertensión arterial pulmonar (HAP) ocurre con prevalencia del 0.5-14%. Sin embargo, en muchos casos esta afección puede ser subclínica y sin duda influye en forma significativa en el pronóstico del paciente. No existen estudios sobre prevalencia de HAP subclínica en pacientes mexicanos con LES y sin síndrome por anticuerpos antifosfolípidos (SAAF).

Objetivo: Determinar la prevalencia de HAP subclínica evaluada por ecocardiografía transtorácica (ETT) en pacientes con LES sin SAAF.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo y ambielectivo en pacientes consecutivos con LES y sin síntomas cardiorrespiratorios para evaluar la presencia de HAP. Se excluyó del estudio a los pacientes con criterios de SAAF adjunto, serología de SAAF u otros factores independientes de riesgo para HAP. A todos los pacientes se les realizó interrogatorio dirigido estructurado sobre manifestaciones cardiopulmonares, evaluación clínica cardiopulmonar y clasificación funcional; se determinaron las características del LES, actividad por Mex-SLEDAI, daño por SLICC y se realizó telerradiografía de tórax, ECG y ETT de dos dimensiones en modo M con Doppler espectral (Vivid 3 Expert GE). Para determinar la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) se calculó el gradiente máximo transtricuspidéico con la ecuación de Bernoulli. Se realizó estadística descriptiva y asociación de variables mediante *Ji cuadrada*.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes, 26 mujeres, con edad promedio de 46.1 años (19-63) y tiempo de diagnóstico de 10 años (5-37). Todos los pacientes estaban en clase funcional I, con lupus renal en 15, hematológico en 5 y mucocutáneo-articular en 10. Mex-SLEDAI promedio de 0.6 (0-4) y SLICC de 0.6 (0-3). La PSAP fue de 26.5 mmHg (19-45), con FEVI de 62% (38-74). Doce (40%) pacientes tuvieron HAP leve y uno (3.3%) moderada, en ocho casos con disminución de la FEVI. Existió relación entre la presencia de HAP y Raynaud, afección renal y anti-DNAs.

Discusión: La HAP subclínica es frecuente en los pacientes con lupus, aun sin otros factores que puedan contribuir a ella.

S-9/S57

Evaluación de la participación de las enzimas que metabolizan el ácido araquidónico en el daño aórtico de pacientes con síndrome de Marfan, arteritis de Takayasu y enfermedad aterosclerosa tratados mediante cirugía

Soto M, Pérez I, Martínez H, Hernández B, Fernández G, Martínez M, Herrera V

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: En el daño aórtico de modelos animales se ha demostrado participación inflamatoria crónica, relacionada con el metabolismo del ácido araquidónico (AA). Pocos estudios se han realizado en aorta de humanos. Diversos estímulos físicos implican que el ion-calcio penetra a la célula, lo cual incrementa su concentración y activa la fosfolipasa A2 (PLA2) que libera el AA de la membrana celular. Una parte de este ácido es metabolizado en forma rápida hasta obtener productos oxigenados por acción de diferentes

sistemas enzimáticos, como el de ciclooxigenasa (COX), lipooxigenasa (LOX) o familias del citocromo P-450 (CYP). El producto final de estas vías son eicosanoides que modulan el tono vascular, activación plaquetaria, señalización, proliferación y migración celular. Es posible que la participación inflamatoria tenga relación con el daño anatómico en la aorta de diversos padecimientos, independiente de factores genéticos, ambientales y del huésped.

Objetivo: Evaluar la participación de las enzimas que metabolizan al ácido araquidónico en diversos padecimientos con daño aórtico.

Material y métodos: Pacientes con daño aórtico que requerían cirugía: grupo control, cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica, síndrome de Marfan, arteritis de Takayasu, aneurisma torácico familiar, Shprintzen-Golberg, aorta bivalva y síndrome de Turner sin consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), estatinas y clopidogrel. En fragmento de aorta, el AA de los fosfolípidos fue analizado por cromatografía de gases. Expresión de COX1 y 2, LOX, CYP-450, TXA2 y PLA2 se determinaron por Western Blot y se analizaron por densitofotometría. Los metabolitos PGE1 y PGE2 se determinaron por ELISA y la actividad enzimática por consumo de oxígeno.

Resultados: Un total de 32 sujetos; en los pacientes se encontró incremento del AA, PLA2 y COX2 $p < 0.02$. COX1 disminuyó en todos los grupos, TXA sin diferencias, CYP-450 incrementada en pacientes; las prostaglandinas mostraron la misma tendencia que la expresión de las enzimas, $p < 0.01$.

Conclusión: En el tejido aórtico de diferentes padecimientos hay alteración en el metabolismo del AA, lo cual puede estar relacionado con la disminución de COX1, enzima que produce metabolitos vasodilatadores, pero con incremento de enzimas relacionadas con inflamación como COX2 y lipooxigenasa. El proceso inflamatorio crónico participa en el daño estructural y anatómico de la aorta.

S-10/S58

Búsqueda sistematizada de hipertensión arterial pulmonar en pacientes con esclerosis sistémica. Resultados preliminares

Colunga I⁽¹⁾, Galarza D⁽¹⁾, Villarreal M⁽¹⁾, Flores D⁽¹⁾, Moreno J⁽²⁾, Andrade C⁽³⁾, López I⁽⁴⁾, Serna G⁽³⁾, Benavides M⁽⁴⁾, Garza M⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México, ⁽²⁾Servicio de Neumología, Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México, ⁽³⁾Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México, ⁽⁴⁾Servicio de Cardiología Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una alteración fatal, caracterizada por un incremento de la resistencia vascular pulmonar, que culmina con falla cardiaca derecha. En pacientes con esclerosis sistémica, la prevalencia de HAP es de 9%, según el último metaanálisis (2012), con una incidencia de 0.61 casos por 100 pacientes año. A pesar de que las sociedades de cardiología europeas han recomendado el escrutinio ecocardiográfico, en todo paciente con esclerosis sistémica, incluso en los asintomáticos, aún no se han definido los parámetros para someterlos a cateterismo cardiaco derecho. La importancia del escrutinio regular para HAP en pacientes con esclerosis sistémica ha logrado un diagnóstico en etapas más tempranas, optimizado el tratamiento y mejorado el pronóstico.

Objetivo: Realizar una búsqueda sistematizada de HAP en pacientes con esclerosis sistémica, para así mejorar el pronóstico en esta población.

Material y métodos: Todos los pacientes con diagnóstico de esclerosis sistémica, tanto cutánea limitada como cutánea difusa, que acudieron consecutivamente a la consulta de Reumatología del hospital, en 2013, incluso asintomáticos, fueron referidos a cardiología, para la búsqueda ecocardiográfica de HAP, en la cual un mismo operador fue el encargado de efectuar el

estudio. Se consideró como elevada una presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) mayor o igual a 35 mmHg.

Resultados: Treinta pacientes, 100% del género femenino, de las cuales 19 (63.33%) contaban con diagnóstico de esclerosis sistémica cutánea difusa y 11 (36.66%) con esclerosis sistémica cutánea limitada. Media de edad: 49.03 años; con un tiempo promedio de diagnóstico de 5.2 años. Se identificó una PSAP media de 31.34 mmHg. Seis pacientes con PSAP mayor de 35 mmHg, lo que corresponde a 20%. Tres con esclerosis sistémica cutánea difusa y tres con esclerosis sistémica cutánea limitada. Cuatro referían disnea de medianos esfuerzos y dos asintomáticas. Cinco con fenómeno de Raynaud. Tres pacientes con anticuerpos anticentrómero positivo a título alto.

Conclusiones: La HAP es causa importante de morbimortalidad en los pacientes con esclerosis sistémica, por lo que no debe olvidarse la búsqueda sistematizada de ésta.

S-10/S59

Prevalencia de hipertensión arterial pulmonar en pacientes con esclerosis sistémica mediante ecocardiograma Doppler

Vera O, Piñero M, Cruz

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

Antecedentes: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una complicación pulmonar devastadora en la esclerosis sistémica (ES) y se ha encontrado una prevalencia entre 10 y 15% en formas graves. En la ES, la HAP es la principal causa de muerte y tiene un gran efecto en el curso clínico de estos pacientes. El ecocardiograma Doppler (ED) es el mejor estudio de escrutinio para investigar la HAP y el estándar de oro del cateterismo cardiaco.

Objetivo: Determinar la prevalencia de HAP en pacientes con esclerosis sistémica mediante ED como método de escrutinio en un centro hospitalario de tercer nivel.

Pacientes y métodos: Se estudió a 136 pacientes quienes cumplieron los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología, de enero a diciembre de 2011 en el Departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza. Fue un estudio transversal que incluyó a pacientes mayores de 18 años de edad de la clínica de esclerosis sistémica. Se les realizó un ecocardiograma Doppler y se determinó la presión arterial pulmonar. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva.

Resultados: Fueron 136 pacientes con edad promedio de 51 ± 13 , 125 mujeres (91.2%) y 12 hombres (8.7%). La duración promedio de la enfermedad fue de seis años con límites de 1-32 años. La variedad de ES limitada se observó en 70 pacientes (50.09%), la ES difusa en 88 pacientes (48.17%) y la esclerodermia sin esclerodermia en un paciente (0.72%). La HAP se encontró en 59 pacientes (43.3%) de los cuales se observó una forma leve en 23 (38.9%), moderada en 27 (45%) y grave en nueve (15.2%). La HAP en la ES difusa se encontró en 22 pacientes (33%) y en la ES limitada en 36 pacientes (51.4%).

Conclusión: La prevalencia de HAP en la esclerosis sistémica fue del 43%. La HAP grave se observó en un 15%, la moderada en 43% y la leve en 53%. En la esclerosis sistémica es importante realizar un escrutinio con ED para investigar HAP y efectuar un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de la HAP con las nuevas terapias que incluyen antagonistas de receptores de endotelina, inhibidores de la fosfodiesterasa y análogos de prostaciclina desde etapas tempranas de la enfermedad.

S-10/S60

Anticuerpos y distribución topográfica de las calcinosis en esclerodermia

Cruz M, García G, Vera O, Medina G, Jara L

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

Introducción: Las calcinosis son depósitos de sales insolubles de calcio, frecuentes en la esclerosis sistémica.

Objetivo: Describir la topografía de calcificaciones y comparar el perfil de anticuerpos entre pacientes con o sin calcinosis en esclerosis sistémica.

Pacientes y métodos: Se incluyó a pacientes consecutivos con esclerodermia (Colegio Americano de Reumatología), que firmaron carta de consentimiento informado. Se excluyeron otras enfermedades reumatológicas o metabólicas relacionadas con formación de calcinosis. Diseño de casos y controles. Grupo I con calcinosis y grupo II sin calcinosis. Se evaluó con escala de Rodnan modificada, criterios de Le Roy, y escala de Medsger. Se exploró minuciosamente para identificar número y localización de las calcinosis. Se revisaron registros electrónicos de radiología y laboratorio. Se compararon los grupos con *t* de Student o U de Mann-Whitney para variables numéricas, *Ji cuadrada* para variables nominales y ordinales.

Resultados: Se incluyó a 72 pacientes, 26 (36%) con calcinosis (edad, 51.4 ± 11.8 años) y 46 (64%) sin calcinosis (edad, 52.2 ± 13.7 años). Tiempo de evolución del grupo 1: 12 ± 6.4 años y del grupo 2: 11 ± 9.5 años. En promedio tuvieron 12 calcinosis (límites, 2-34). Del grupo de calcinosis, el 50% correspondió a cada variedad cutánea (limitada y difusa). El grupo de calcinosis tuvo mayor afectación dérmica (Rodnan, 20.1 ± 12.7 vs 9.2 ± 6.9), pero menor gravedad sistémica (Medsger, 26 ± 5.1 vs 48 ± 3.8) que el que no tuvo calcinosis. El grupo de calcinosis presentó anticuerpos nucleolar (34%), antitopoisomerasa (30%) y anticentrómero (23%). La frecuencia de calcinosis por sitio fueron: dedo índice (43), pulgar (35), medio (34), anular (23) y meñique (14). Otros sitios frecuentes fueron región distal de extremidad inferior (37), antebrazos (27), planta del pie (23), rodilla (16), codo (10), palma de la mano (10), glúteos (9), cuello (7), región proximal de extremidades superiores (6) y cara (3).

Discusión: Las calcinosis ocurrieron en 36% de pacientes con esclerodermia. Los anticuerpos más frecuentes fueron antinucleolar y antitopoisomerasa. De forma frecuente en extremidades, glúteos y cuello. Las calcinosis han sido reportadas como predominantes en la variedad limitada; sin embargo, en este grupo de pacientes estuvieron presentes en 50% de cada subtipo.

S-10/S61

Influencia de los polimorfismos de interleucinas, endotelina y de la vía de la enzima convertidora de angiotensina en la gravedad y el compromiso a órganos internos en pacientes con esclerosis sistémica

Vargas G⁽¹⁾, Rodríguez T⁽²⁾, Álvarez E⁽¹⁾, Rueda de León A⁽²⁾, Pérez N⁽¹⁾, Gutiérrez J⁽²⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁽²⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Antecedentes: Las anomalías inflamatorias y vasculares tienen un papel importante en la etiopatogenia de la esclerosis sistémica (ES).

Objetivo: Valorar polimorfismos de interleucinas, endotelina y componentes del sistema renina-angiotensina en mexicanos con ES y controles sanos.

Pacientes y métodos: Se valoraron 24 polimorfismos de nucleótido único (SNP) relacionados con IL-1, IL-6, IL-10, enzima convertidora de angiotensina (ECA), receptor tipo 1 de angiotensina II (AGTR1) y endotelina en 170 mexicanos con ES (77 difusa y 93 limitada) y 199 sujetos sanos étnicamente pareados. Los SNP se tipificaron con TaqMan 5 exonucleasa en

reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real 7900HT (Applied Biosystems). Cada SNP se definió con un programa de discriminación alélica (7300 Systems SDS, Applied Biosystems). La gravedad de la ES se valoró con la escala de gravedad de Medsger (puntajes de 3-4 para cada órgano se consideraron afectación grave). El análisis se realizó con SPSS v.19 y Epi-Info, *Ji cuadrada* para comparar genotipos y frecuencias alélicas y corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

Resultados: No hubo diferencias en las frecuencias de polimorfismos entre pacientes con ES y controles, o entre pacientes con ES difusa y limitada. El compromiso vascular grave se relacionó con el alelo G (p=0.02, RM 3.3, IC 95% 1.2-9.1) y al genotipo GT (p=0.006, RM 5.2, IC 95% 1.6-16.2) del polimorfismo AGTR1 rs275652 y al alelo G (p=0.008, RM 3.9, IC 95% 1.4-10.4) y al genotipo AG (p=0.001, RM 6, IC 95% 1.9-18.6) del polimorfismo AGTR1 rs275653 (genes del receptor tipo 1 de angiotensina II). La neumopatía intersticial grave se vinculó con el genotipo CC del polimorfismo IL-1 F 10.3 C/T 4 (p=0.001, RM 17, IC 95% 2.1-137) y con el genotipo CC del polimorfismo IL-1 RN 6/1 C/T 5 (p=0.002, RM 8.4, IC 95% 1.3-53). La afectación articular grave se relacionó con el alelo C (p=0.01, RM 3.5, IC 95% 1.4-8.8) y con el genotipo CC (p=0.003, RM 17.5, IC 95% 1.7-177) del polimorfismo IL-1F 10.3 C/T 4.

Conclusiones: La afectación vascular grave en ES se vincula con polimorfismos en el receptor tipo 1 de angiotensina II, la neumopatía intersticial y el compromiso articular graves se relacionan con polimorfismos en IL-1 F e IL-1 RN en mexicanos con ES, lo cual señala la importancia de la participación de dichas vías en la patogenia de la enfermedad. Será de interés realizar correlaciones funcionales con estas vías.

S-10/S62

NT-proBNP y el número de células progenitoras endoteliales circulantes en disfunción diastólica de pacientes mexicanos con esclerodermia. Un posible mecanismo de daño cardiovascular

Sepúlveda J, Vera O, Cruz M, Montiel L, Gómez J, Mendoza S, Robles L, Jara L

IMSS

Antecedentes: La disfunción diastólica (DD) es frecuente en la esclerodermia (SSc). El eje médula ósea-corazón es un mecanismo de regeneración miocárdica recientemente descrito. NT-proBNP se produce en presencia de estrés miocárdico y éste podría agrupar células progenitoras para la regeneración endotelial *in situ*, sin embargo, el papel de las células progenitoras endoteliales (CPE) y NT-proBNP en el establecimiento y progresión del daño cardiovascular en SSc no se conoce.

Objetivos: Comparar NT-proBNP y EPC de pacientes con y sin disfunción diastólica y controles sanos. Comparar NT-proBNP y EPC con diversas características clínicas.

Métodos: Estudio transversal. La DD se midió por ecocardiografía; NT-proBNP se cuantificó en suero por electroquimioluminiscencia; las CPE se caracterizaron en sangre periférica por citometría de flujo con el fenotipo CD309/7AAAd-/CD34/CD133. Se realizó análisis descriptivo y analítico.

Resultados: Se incluyó a 100 pacientes y 56 controles. Los resultados principales se muestran en las tablas 1 y 2.

Conclusión: Los pacientes con SSc mostraron más concentración de NT-proBNP a mayor grado de DD. Por el contrario, exhibieron un menor número de EPC en presencia de disfunción diastólica. Se concluyó que la DD se relaciona con las EPC circulantes, situación que podría explicar que conforme progresa el daño cardiovascular se pierde la capacidad de regeneración endotelial *in situ* y que al parecer ésta no depende solamente de los péptidos vasoactivos liberados a nivel miocárdico. Son necesarios estudios prospectivos futuros.

Tabla 1. Características sociodemográficas y resultados principales en controles y pacientes

| | Controles | SSc sin DD | SSc con DD | Valor de P |
|---|------------------|--------------------|--------------------|---------------------------|
| Incluidos (No) | 56 | 39 | 61 | |
| Edad (DE) | 28.28±3.88 | 46.78±11.08 | 51.18±8.72 | 0.03 (ANOVA) |
| Género (n,%) | Mujeres 53 (95%) | Mujeres 38 (97%) | Mujeres 59 (97%) | 0.25 (Kruskal-Wallis) |
| NT-proBNP (pg/ml) | 22.24±8.48 | 50.51 (12 - 253.7) | 336.15 (17 - 2250) | *0.0001 (Kruskal-Wallis)* |
| Subtipos de células progenitoras endoteliales | | | | |
| "CD309+/7AAD-/CD34+ (número absoluto/µl)" | 0.84 (0.1-3.1) | 1.71 (0.1-5.5) | 0.86 (0.01-5.5) | *0.0003 (Kruskal-Wallis)* |
| "CD309+/7AAD-/CD34+ (Porcentaje de células CD309+)" | 4.46 (0.9-10.2) | 9.94 (0.82-26.8) | 4.55 (0.36-16.5) | *0.0001 (Kruskal-Wallis)* |
| "CD309+/7AAD-/CD133+ (número absoluto/µl)" | 2.20 (0.3-6.7) | 2.11 (0.1-7.0) | 1.09 (0.04-3.8) | *0.0002 (Kruskal-Wallis)* |
| "CD309+/7AAD-/CD34+ (Porcentaje de células CD309+)" | 10.96 (3.2-33.7) | 12.66 (1.7-28.24) | 6.32 (0.32-22.6) | *0.0001 (Kruskal-Wallis)* |
| "CD309+/7AAD-/CD34+ (número absoluto/µl)" | 1.75 (0.05-5.4) | 1.68 (0.07-5.4) | 0.80 (0.03-2.9) | *0.0001 (Kruskal-Wallis)* |
| "CD309+/7AAD-/CD34+ (Porcentaje de células CD309+)" | 9.71 (0.49-25) | 9.79 (0.5-19.6) | 4.57 (0.2-21.2) | *0.0001 (Kruskal-Wallis)* |

Tabla 2. NT-proBNP, EPC y características clínicas en diversos grados de disfunción diastólica

| | SSc sin DD | SSc con DD leve | SSc con DD moderada | SSc con DD grave | Valor de P |
|------------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|----------------|
| N (%) | 39 (39%) | 33 (33%) | 21 (21%) | 7 (7%) | ---- |
| Edad | 46.78±11.08 | 52.9±8.22 | 50.09±8.96 | 45.8±9.10 | *0.054 (ANOVA) |
| "Tiempo de evolución (años)" | 9 (0.25-25) | 9.02 (0.5-25) | 10.8 (1-30) | 9.6 (3-20) | 0.81 (KW) |
| Variación de SSc | Difusa: 7 (17.9%) | Difusa: 12 (36.3%) | Difusa: 14 (66.6%) | Difusa: 5 (71%) | 0.001 (KW) |
| PSAP (mmHg) | 31.37±7.32 | 32.9±13.78 | 31.09±9.81 | 33±11.5 | 0.19 (ANOVA) |
| "Hipertensión Pulmonar (%)" | 15 (38%) | 12 (36%) | 7 (33%) | 2 (29%) | 0.98 (KW) |
| FEV1 (%) | 67.6±4.76 | 67.1±8.08 | 67.05±6.14 | 70.5±6.35 | 0.35 (ANOVA) |
| Úlceras digitales (%) | 0 | 4 (12.1%) | 3 (14.29%) | 1 (14.29%) | 0.29 (KW) |
| NT-proBNP (pg/ml) | 50.5 (12-253.7) | 229.6 (17.28-2250) | 392.6 (39.92 - 1315.4) | 724.1 (172.5- 1401) | 0.0001 (KW) |
| CD309+/7AAD-/34+ | "9.97% (0.82-26.8)" | "4.70% (0.36-16.51)" | "4.56% (1.11-13.56)" | "3.70% (0.6-14.55)" | 0.0001 (KW) |
| CD309+/7AAD-/133+ | "13.11% (1.7-30.12)" | "6.99% (1.01-22.6%)" | "5.86% (0.8-12.49)" | "4.23% (0.32-11.7%)" | 0.0001 (KW) |
| CD309+/7AAD-/34-133+ | "9.78% (0.55-19.6%)" | "5.43% (0.39-21.23)" | "3.63% (0.3-8.33)" | "2.98% (0.2-14.55)" | 0.0001 (KW) |

S-10/S63

Miopatías inflamatorias idiopáticas. Factores relacionados con remisión, mejoría, recaída y muerte

Gómez C, Medrano G

Hospital General de México

Introducción: Los predictores de desenlace de miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son edad, sexo, retraso en el diagnóstico y autoanticuerpos; se ha sugerido que las características de esta población son diferentes.

Objetivo: Determinar factores relacionados con desenlace favorable o desfavorable (DF o DD) en MII y describir sus características.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Se revisaron expedientes de pacientes con MII del 1 del 2000 al 5 del 2013. Definiciones: DF, mejoría y/o remisión; DD, recaída o muerte en el primer año. Mejoría (IMACS) en actividad global, fuerza muscular y laboratorio;

remisión: normalización de enzimas musculares y recuperación de fuerza muscular; recaída: respuesta inicial favorable y posterior elevación de enzimas y/o disminución de fuerza muscular. Análisis estadístico: prueba t de Student, U de Mann-Whitney, Ji cuadrada y Fisher.

Resultados: Se incluyeron expedientes de 60 pacientes. La edad fue 41 ± 13 años, 48.3% de mujeres; el diagnóstico se realizó a los 266 ± 470 días. Características: dermatomiositis, 63%; neoplasia, 5%; actividad grave en la primera visita, 53%. Al inicio: 96% de debilidad proximal, 67% de cutáneo (heliotropo y Gottron) y 38% de artritis, sobre todo poliarticular. Desenlaces al primer año: remisión, 35%; mejoría, 35%; recaída, 25%; y muerte, 5%. El 32% de los pacientes que iniciaron con monoterapia tuvo que cambiar a tratamiento combinado (tabla 1).

Conclusión: Los factores vinculados con DD fueron menor edad al inicio, inicio cutáneo, manos de mecánico, linfopenia y AAN.

Tabla 1. Factores asociados a desenlaces.

| Factores asociados a desenlaces | | | |
|---------------------------------|-------------|-----------|-------|
| | DF | DD | p |
| Edad de inicio, x ± DE | 42.6 ± 12.5 | 34.9±12 | 0.05 |
| Clase funcional al inicio (%) | | | 0.013 |
| I | 5 | 8 | |
| II | 24 | 0 | |
| III | 26 | 12 | |
| IV | 15 | 10 | |
| Inicio cutáneo (%) | 44 | 80 | 0.017 |
| Manos de mecánico, (%) | 2 | 33 | 0.003 |
| Linfocitos, x ± DE | 1607 ± 1197 | 600 ± 360 | 0.012 |
| AAN negativos (%) | 38 | 14 | 0.046 |

S-10/S64

Autoanticuerpos asociados con miopatías inflamatorias idiopáticas y a enfermedades reumáticas sistémicas autoinmunes en pacientes con cáncer de mama

Daneri A⁽¹⁾, Vázquez del Mercado M⁽²⁾, Martín B⁽²⁾, Velasco D⁽²⁾, Chan J⁽³⁾, Chan E⁽³⁾, Calise J⁽³⁾, Satoh M⁽³⁾

⁽¹⁾CUCS, Universidad de Guadalajara, ⁽²⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Departamento de Reumatología, Hospital Juan I. Menchaca, ⁽³⁾University of Florida

Introducción: Algunos autores consideran una interacción entre el daño tisular por cáncer y el desarrollo de anticuerpos específicos de miositis (MSA) debido a la mayor expresión de autoantígenos relacionados con miositis durante la regeneración muscular y en tejido neoplásico. En pacientes con cáncer pueden encontrarse autoanticuerpos relacionados con enfermedades reumáticas sistémicas autoinmunes (ERSA) y específicos de miositis, como anti-TIF-1 gama/beta y alfa en pacientes con dermatomiositis relacionada con cáncer.

Objetivo: Analizar la presencia de MSA, anticuerpos relacionados con miositis (MAA) y con ERSA en pacientes con cáncer de mama.

Material y métodos: Se seleccionaron 155 sueros de pacientes con cáncer de mama provenientes de laboratorio de inmunología del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, diagnosticados por biopsia, con inmunohistoquímica para la detección del receptor de estrógenos (RE), receptor de progesterona (RP), Her2/neu y Ki67. La detección de autoanticuerpos se hizo por inmunoprecipitación (IP) con células K562 marcadas con 35S-metionina. La presencia de anti-Ro52 se confirmó por ELISA. Se informaron las frecuencias de los autoanticuerpos. Las variables continuas se registraron como media ± desviación estándar. La edad promedio fue de 55 ± 13 años. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con el tipo histológico en ductal invasor (77.4%), lobular invasor (14.8%) y otros (tipos con frecuencia <2%) (7.8%).

Por inmunohistoquímica, 57.4% (89/155) fue positivo para RE, 48.4% (75/155) para AP, 51% (79/155) para Her2/neu y 95.5% para KI67. Seis (3.9%) tenían AR y uno (0.65%) espondilitis anquilosante; un caso con AR fue positivo para anti-Ro52. En el grupo de pacientes, 12% (19/155) fue positivo para algún autoanticuerpo. El más frecuente fue anti-Ro 52Kd en 6% (9/155), anti-Ro60Kd en 3% (5/155), anti-U5snRNP en 1% (2/155), anti-Su en 1% (2/155), anti-TIF-1g en 1.6% (2/155) y PMScl en 0.64% (1). Dos pacientes fueron positivos para más de un autoanticuerpo, el primero para anti-TIF-1g/Ro52Kd y otro anti-TIF-1g/Ro60Kd/Su.

Conclusión: Los pacientes con cáncer de mama presentan autoanticuerpos relacionados con ERSa (anti-Ro60, 52 y Su) y también TIF-1 g/a y anti-U5snRNP.

S-10/S65

Prevalencia de hipertensión arterial pulmonar en pacientes con síndrome de superposición en un hospital de tercer nivel de atención de la Ciudad de México

De la Garza D⁽¹⁾, Portela M⁽¹⁾, Barile L⁽¹⁾, Hernández M⁽¹⁾, Pérez M⁽¹⁾, Hernández R⁽¹⁾, Ramírez J⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, ⁽²⁾Hospital General de Zona, Nueva Rosita

Introducción: Los síndromes de superposición representan una combinación de las manifestaciones clínicas de más de una enfermedad reumática y con frecuencia se definen por los hallazgos serológicos más específicos de cada enfermedad. La hipertensión arterial pulmonar (HAP) representa una complicación que aumenta la morbimortalidad en este grupo de pacientes. Las enfermedades reumáticas autoinmunitarias en su conjunto constituyen una causa importante de HAP. Se ha notificado HAP en pacientes con esclerosis sistémica, lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), síndrome de Sjögren, miopatías inflamatorias y artritis reumatoide (AR). Se desconoce la prevalencia de HAP en pacientes con síndrome de superposición.

Objetivo: Búsqueda intencionada de HAP en pacientes con síndromes de superposición en un hospital de tercer nivel de atención.

Material y métodos: Se realizó la revisión de casos consecutivos de pacientes de enero de 1990 a julio de 2013 con diagnóstico de síndrome de superposición; se obtuvieron las características epidemiológicas, clínicas y serológicas. Se obtuvo consentimiento informado para la realización de ecocardiograma transtorácico en busca de HAP. Análisis estadístico: se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central para las variables numéricas; las variables ordinales se midieron en frecuencias. Se utilizó prueba de la Ji cuadrada o exacta de Fisher, según fuera el caso, y para la comparación entre los grupos se realizó Anova.

Resultados: Se analizó a un total de 16 pacientes con síndrome de superposición (ARLES, n=7; LESES, n=6; ESPM, n=2; ARES, n=1); ARLES representó 43.8% y LESES 37.5%. Género femenino en 100% y una edad promedio de 47.7 ± 13.5 años. La prevalencia de HAP fue del 43.8% con una distribución de 6.3% para HAP grave y 18.8% por igual para HAP leve y HAP moderada. Se encontró una mayor frecuencia de HAP en LESES vs ARLES (p=0.029). No se encontraron diferencias entre grupos según edad, comorbilidad, proteína C reactiva, índice de masa corporal, tabaquismo, positividad de anticuerpos o tratamientos recibidos.

Conclusiones: La prevalencia de HAP medida por ecocardiograma transtorácico en este grupo de estudio fue alta: 43.8%. La realización de ecocardiograma como método inicial diagnóstico no invasivo está indicado en este grupo de enfermos con alto riesgo, para enviar de esta manera a cateterismo cardíaco para corroborar diagnóstico de HAP e iniciar la terapéutica adecuada con la finalidad pronóstica de mejorar las condiciones de morbimortalidad.

S-10/S66

Búsqueda sistematizada de hipertensión arterial pulmonar en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes. Resultados preliminares

Colunga I⁽¹⁾, Galarza D⁽¹⁾, Villarreal M⁽¹⁾, Flores D⁽¹⁾, López I⁽²⁾, Andrade C⁽³⁾, Moreno J⁽⁴⁾, Serna G⁽³⁾, Benavides M⁽²⁾, Garza M⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México, ⁽²⁾Servicio de Cardiología, Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México, ⁽³⁾Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México, ⁽⁴⁾Servicio de Neumología, Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es un trastorno letal, caracterizado por un aumento de la resistencia vascular pulmonar, que culmina con insuficiencia cardíaca derecha. Pese a que la HAP se ha relacionado principalmente con esclerosis sistémica, hoy en día se ha incrementado su detección en otras enfermedades reumáticas. El ecocardiograma constituye en la actualidad una buena técnica de escrutinio y seguimiento de HAP, ya que es una herramienta no invasiva, que además permite realizar mediciones seriadas. El escrutinio sistematizado para HAP en pacientes con enfermedad reumática ha logrado un diagnóstico en etapas más tempranas, optimizado el tratamiento y mejorado el pronóstico.

Objetivo: Realizar una búsqueda intencionada de HAP en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes.

Material y métodos: Se pidió a los pacientes que acudían a su cita de seguimiento rutinaria a la consulta de Reumatología del hospital de los autores que llenaran un autocuestionario, en el que intencionadamente se preguntaba por disnea, fatiga, fenómeno de Raynaud. Los pacientes con al menos una respuesta afirmativa se enviaron a cardiología para realizar ecocardiograma y evaluar la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP), en la cual un mismo operador fue el encargado de realizar el estudio. Se consideró como anormal una PSAP mayor o igual a 35 mmHg.

Resultados: Se identificó a 54 pacientes. Los diagnósticos encontrados fueron: esclerosis sistémica cutánea difusa en 19 (35.18%), esclerosis sistémica cutánea limitada en 11 (20.37%), enfermedad mixta del tejido conectivo en 8 (14.8%), lupus eritematoso sistémico en 5 (9.25%), artritis reumatoide en 4 (7.40%), síndrome antisintetasa en 3 (5.55%), enfermedad indiferenciada del tejido conectivo en 1 (1.85%) y síndrome de superposición (Rhupus) en 1 (1.85%). Edad media de 47.53 años y con un tiempo de diagnóstico promedio de 5.96 años. Se identificó a 11 pacientes con PSAP mayor de 35 mmHg, lo que corresponde a 20.37%; del total de pacientes evaluados, tres tuvieron diagnóstico de esclerosis sistémica cutánea limitada, tres esclerosis sistémica cutánea difusa, tres lupus eritematoso sistémico y dos enfermedad mixta del tejido conectivo.

Conclusiones: Es importante realizar escrutinio sistematizado de HAP en pacientes con enfermedades reumáticas ante la menor sospecha clínica.