

XLII Congreso Mexicano de Reumatología

Tour de Carteles

TC-1/TC01

Microangiopatía renal y endocarditis. Problema de diagnóstico y tratamiento

Herrera D, Jaimes T, Félix G, Martínez M, Cuevas E, Martínez D, Abud C

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

Introducción: La microangiopatía trombótica (MAT) es un proceso clínico-patológico que cursa con trombosis, trombocitopenia y anemia hemolítica microangiopática; se vincula con procesos infecciosos (*E. coli*), neoplasias y autoinmunidad. Las relaciones más frecuentes de esta última son enfermedad de Still y síndrome antifosfolipídico hasta en 7%. Caso: Femenino de 30 años de edad que acudió al hospital en enero de 2013 por trombocitopenia, leucopenia, linfopenia e insuficiencia renal rápidamente progresiva, con histopatología renal con MAT en 2/17 glomérulos, nefritis intersticial y necrosis tubular aguda, con inmunorreagentes de IgG e IgM 1, C3, C1q y fibrinógeno en sitios de trombosis. Panel viral: Negativo, anticuerpos antinucleares (ANA) de 1:30 y patrón homogéneo; anticuerpos anticardiolipina (aCL), anti-dsDNA y anticuerpos anti-citoplasma neutrofilico (ANCA) negativos; CH50 de 28 UA (12-30) y banda lúpica negativa en tejido cutáneo no expuesto. Egresó con prednisona (15 mg/día), micofenolato de mofetilo (MMF) (750 mg/día), cloroquina, ácido acetilsalicílico y continuó en hemodiálisis (3/s). En visitas subsiguientes presentó artralgias y en dos determinaciones mostró reactividad a virus de hepatitis C. Seis meses después ingresó por malestar general, alucinaciones visuales, auditivas y FNRT; 2s exploración: Glasgow 9 con signos meníngeos y artritis en rodillas, sin afección cardiopulmonar ni eritema en sitio de inserción de catéter; proteína C reactiva (PCR), 88 mg/dL; creatinina, 7.3 mg/dL; ANA, ANCA, aCL y crioglobulinas negativos; CH50, 22 UA líquido cefalorraquídeo inicial: 8 células, 6 leucocitos, glucosa de 43 (central 2 h previas: 120 mg/dL); proteínas, 58 mg/dL; y 36 h después: leucocitos 13 (80% mononucleares); glucosa, 53; proteínas, 52. RM de encéfalo: infartos lacunares talámicos y corticales. Hemocultivo y cultivo de LCR: *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina. Ecocardiograma transtorácico normal y transesofágico con 1 vegetación de 1 x 1 cm y ligera insuficiencia tricuspídea. Tomografía computarizada de alta resolución pulmonar con múltiples abscesos bilaterales. Diagnóstico diferencial inicial con lupus eritematoso generalizado: alteraciones hematológicas, renales, articulares y ANA de patrón homogéneo, con bx renal con MAT e inmunorreagentes. La MAT obligó a diferencial con síndrome por anticuerpos antifosfolipídicos, púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome hemolítico urémico y neoplasia. Nueve meses después tuvo evidencia de trombosis arterial cerebral, infartos pulmonares y endocarditis derecha. Destaca la rareza de MAT de causa imprecisa para lo cual se realizó análisis crítico en diagnóstico diferencial. La expresión de manifestaciones extrapulmonares secundarias a endocarditis derecha fue excepcional.

TC-1/TC02

Frecuencia y características de obesidad y aumento del índice cintura-cadera en mujeres adultas con lupus eritematoso sistémico

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

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

Introducción: La obesidad es un problema grave de salud pública relacionada con aumento del riesgo a enfermedades cardiovasculares. Pocos estudios han sistematizado la valoración de obesidad e índice de cintura-cadera (ICC) en mujeres mexicanas con lupus eritematoso sistémico (LES).

Objetivo: Identificar la frecuencia y características vinculadas con obesidad y aumento del ICC en mujeres con LES.

Material y métodos: Estudio transversal comparativo. Pacientes de consulta externa de Reumatología (hospital de segundo nivel) con diagnóstico de LES (ACR 1987), y un grupo control (CL) de pacientes sin enfermedades reumáticas inflamatorias, de consulta externa de la unidad de medicina familiar anexa al hospital, ambos grupos de sexo femenino y > 18 años de edad. Se realizó valoración clínica y toma de variables antropométricas de componentes de la composición corporal (peso, talla, índice de masa corporal [IMC], cintura, cadera), y estudio de densitometría (DEXA) para obtener el porcentaje de masa grasa (MG) corporal y densidad mineral ósea (DMO) total.

Resultados: Se evaluó a 133 pacientes con LES y 145 del CL, ambos grupos de similar edad (44 ± 10.3 vs 45 ± 10.6 , $p=0.21$). Los pacientes con LES tuvieron mayor peso que CL (70.7 ± 12.5 vs 65.4 ± 9 kg, $p=0.001$). Se identificaron diferencias entre LES en relación con CL en IMC (28.2 ± 4.7 vs 26.1 ± 3.6 kg/m², $p<0.001$), circunferencia de cintura (89.8 ± 13.3 vs 83.9 ± 9.3 cm, $p<0.001$), ICC (0.85 ± 0.07 vs 0.81 ± 0.06 , $p<0.001$), porcentaje de MG (46.1 ± 5.9 vs 42 ± 5.6 %, $p<0.001$) y DMO total (2.23 ± 0.29 vs 2.35 ± 0.33 g, $p=0.004$). La frecuencia de obesidad e ICC elevado fue mayor en pacientes con LES en comparación con CL (35.3 vs 12.4 %, $p<0.001$) y (46.6 vs 34.5 %, $p=0.005$), respectivamente. Se encontraron diferencias en frecuencia de práctica de ejercicio entre LES y el grupo CL (7.8 vs 33.1 %, $p<0.001$) y presencia de comorbilidades: diabetes mellitus 2 (9 vs 2.8 %, $p=0.037$), hipertensión arterial (30.1 vs 15.2 %, $p=0.004$), sin diferencias en la frecuencia de dislipidemia (64.7 vs 54.5 %, $p=0.089$).

Conclusiones: La frecuencia de obesidad e ICC es elevada en mujeres con LES; la presencia de estas entidades confiere un incremento del riesgo a

futuro de enfermedades cardiovasculares, que son causa mayor de mortalidad tardía en estos pacientes, por lo que es necesario identificar y tratar oportunamente estos factores de riesgo para reducir así la frecuencia de complicaciones.

TC-1/TC03

Linfadenitis necrosante de Kikuchi Fujimoto como forma de presentación de lupus eritematoso sistémico

Fuentes M, Irazoque F, Andrade L, Muñoz S, Rosales V, Ramírez O, Pimentel R

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México D.F.

Introducción: La linfadenitis necrosante de Kikuchi Fujimoto es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por fiebre y adenopatías, generalmente benigna y autolimitada. Afecta a mujeres jóvenes. Se ha publicado su nexo con lupus eritematoso sistémico (LES) y puede presentarse antes o después del diagnóstico de éste o de manera concurrente. Caso 1: Masculino de 29 años que inicia con astenia, adinamia, edema de manos, mialgias, adenopatías cervicales, axilares e inguinales bilaterales, no dolorosas, de 1 a 2 cm de diámetro. Siete meses después presenta fiebre nocturna, pérdida de peso (14 kg) en un mes, leucocitopenia, trombocitopenia, artritis, hipocomplementemia, síndrome nefrótico. Anticuerpos antinucleares (AAN) positivo con patrón lineal periférico, citoplasma positivo, anti-RNP 131, Sm 132, anti-DNA dc 1583, biopsia renal: nefropatía lúpica (NL) tipo IV; biopsia de ganglio inguinal: linfadenopatía necrosante. Caso 2: Masculino de 19 años de edad que inicia con fiebre, adenopatías cervicales, inguinales de 3-19 mm no dolorosas; tres meses después se agregan mialgias, artritis, edema generalizado, anemia normocítica normocrómica, leucocitopenia, hipocomplementemia y síndrome nefrótico. AAN 1:2 500 y patrón moteado fino. Biopsia renal: NL tipo IV. Biopsia de ganglio inguinal: infiltrado linfocitario con áreas de necrosis. Caso 3: Masculino de 25 años de edad que inicia con fiebre, artralgias y adenopatías inguinales y axilares de 1 cm de diámetro; un mes después se agregan adenopatías cervicales, artritis, serositis, leucocitopenia, hipocomplementemia, síndrome nefrótico. AAN homogéneo 1:360, anti-DNA dc 100; biopsia renal: NL tipo III. Biopsia de ganglio: linfadenopatía necrosante.

Comentario: Desde el punto de vista clínico, la enfermedad de Kikuchi Fujimoto y el LES pueden compartir diversas manifestaciones clínicas, como linfadenopatías, lesiones cutáneas eritematosas, fiebre inexplicable, artralgias y pérdida de peso. En ambas enfermedades se puede encontrar leucocitopenia y trombocitopenia, como lo encontrado en estos pacientes. Destaca en ellos que fueron varones y que todos presentaron nefritis lúpica proliferativa, lo cual se ha descrito con muy poca frecuencia.

TC-1/TC04

Respuesta al tratamiento de reinducción a la remisión de la recaída renal en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Miranda D⁽¹⁾, Piña D⁽²⁾, Cruz C⁽¹⁾, Cruz M⁽³⁾, Jara L⁽⁴⁾, Saavedra M⁽¹⁾

⁽¹⁾Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México D.F. ⁽²⁾Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, ⁽³⁾División de Investigación, 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.

Introducción: La recaída de la nefritis lúpica (NL) es frecuente, aunque la información sobre la respuesta a un nuevo esquema de inducción es limitada.

Objetivo: Analizar la eficacia de la terapia de reinducción a la remisión en recaídas por NL.

Pacientes y métodos: Se estudió retrospectivamente a pacientes con recaída de NL quienes recibieron tratamiento de reinducción a la remisión de enero de 2008 a octubre de 2011 y con al menos dos años de seguimiento. Se analizaron variables clínicas, bioquímicas y tratamientos administrados al momento de la recaída a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. La recaída renal se definió como un aumento de la proteinuria o creatinina sérica, sedimento urinario anormal o una disminución de la depuración de creatinina (DC) debido a una enfermedad activa. Se consideró respuesta parcial cuando había mejoría del 50% en proteinuria y aumento del 25% en la DC y remisión completa con DC > 90 ml/min, sedimento urinario inactivo y proteinuria < 500 mg/24 h.

Resultados: Se estudió a 68 pacientes, 55 mujeres (80%), edad promedio de 32.6 ± 9.1 años, tiempo de evolución del lupus eritematoso sistémico (LES) de 89.8 ± 53.7 meses, 55 pacientes (80%) en su primera recaída renal y clase histológica IV en el 72%. Al momento de la recaída 21 pacientes (31%) recibían cloroquina, 55 (81%) prednisona (< 30 mg/día), 45 (66%) azatioprina (; 1.5-2 mg/kg/día) y 16 (23%) ácido micofenólico (AMF, 2-3 g/día). Todos los pacientes recibieron esquema de reinducción a la remisión con ciclofosfamida IV (0.5-1 g/m² SC), el 70% pulsos de metilprednisolona y el 22% terapia combinada, principalmente ciclofosfamida-azatioprina. No hubo diferencias significativas en las variables bioquímicas, excepto en la albuminuria a los seis meses (p<0.01), 12 y 24 meses (p<0.001) comparada con los valores al momento de la recaída. A los seis meses, el 77% de los pacientes alcanzó respuesta parcial y el 12.7% remisión completa; a los 12 meses, 67.7% y 24.2%; y a los 24 meses, 48.2% y 39.3%, respectivamente. Cinco pacientes desarrollaron insuficiencia renal crónica.

Conclusiones: El esquema de tratamiento de las recaídas en pacientes con nefritis lúpica es similar a la terapia de inducción de remisión. Es necesario conocer los factores clínicos e inmunológicos que preceden a la recaída renal con el objeto de diseñar nuevos esquemas terapéuticos que mejoren la respuesta de reinducción a la remisión.

TC-1/TC05

Relación del polimorfismo 1858 C/T del gen PTPN22 en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Machado J, Muñoz J, Palafox C

Grupo de Inmunogenética Funcional, Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Doctorado en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por la producción de autoanticuerpos y el daño a tejido, los cuales pueden afectar a cualquier órgano y sistema. Los factores genéticos pueden contribuir con el desarrollo de esta enfermedad. El gen PTPN22 codifica a la proteína tirosina fosfatasa linfoide LYP, la cual actúa en sinergia con otras tirosina cinasas para la modulación de la respuesta inmunitaria en los linfocitos T y B. El polimorfismo de nucleótido simple del gen PTPN22, 1858 C/T, se ha relacionado con una mayor activación de los linfocitos, lo que podría contribuir directamente con la actividad y daño en LES.

Objetivo: Relacionar el polimorfismo 1858 C/T del gen PTPN22 en pacientes con LES del Occidente de México y con las variables clínicas de la enfermedad.

Metodología: Se incluyó a 135 sujetos clínicamente sanos (SCS) y 140 pacientes con LES clasificados de acuerdo con los criterios de la ACR de 1997. La genotipificación se efectuó por medio de la técnica PCR-RFLP. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v21.

Resultados: Ver tabla 1.

Conclusiones: El análisis genético no mostró diferencias significativas entre los SCS y pacientes con LES; sin embargo, se observó una mayor frecuencia del genotipo CT en pacientes con LES. Al analizar las variables clínicas de la enfermedad, el genotipo CT, el cual posee el alelo de riesgo, se relacionó con un mayor índice de actividad MEX-SLEDAI ($p=0.03$) y con un inicio temprano de la enfermedad ($p=0.02$).

Tabla 1. RESULTADOS: Frecuencias genotípicas y alélicas del polimorfismo 1858 C/T del gen PTPN22.

	SCS (n=135) % (n)	LEG (n=140) % (n)	p	OR	I.C. 95%
Genotipo					
CC	97 (131)	94 (131)			
CT	3 (4)	6 (9)	0.17	2.3	0.68-7.50
TT	0 (0)	0 (0)	1	1	0.02-50.8
CT+TT	3 (4)	6 (9)	0.2	2.3	0.68-7.55
Alelo					
C	99 (266)	97 (271)			
T	1 (4)	3 (9)	0.18	2.2	0.68-7.31

Los valores representan las frecuencias en porcentaje y número de genotipos o alelos. El análisis de los resultados fue efectuado por medio de la prueba Ji-cuadrada para comparar las frecuencias entre los grupos. La significancia estadística fue $p<0.05$.

TC-1/TCo6

Reporte de la experiencia del tratamiento de la nefritis lúpica con tracolimus en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Sánchez A, Bustamante R, Saavedra M

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

Introducción: Se analizaron los casos de pacientes con nefritis lúpica en los que la opción de tratamiento incluía el uso de tracolimus para inducir la remisión cuando predominaba el síndrome nefrótico. Al momento del análisis preliminar se incluyó a ocho pacientes, cinco mujeres y tres hombres, con edades promedio de 31.25 años (límites, 22-39 años) con afección renal clase IV de la OMS; cursaban la tercera o cuarta recaídas renales y habían recibido otros esquemas de inducción a la remisión previos entre los cuales habían recibido pulsos de ciclofosfamida intravenosa, micofenolato de metilo y rituximab, además de las terapias de mantenimiento y para el control de las comorbilidades y de la esfera renal. Se procedió a iniciar con tracolimus a dosis estándar de 3-5 mg/día, según fueran la respuesta clínica y las concentraciones séricas. El promedio de anti-DNA basal fue de 603.75 unidades, que se logró reducir hasta 261 unidades en la tercera visita posterior al inicio del tratamiento; otro de los parámetros que mejoró fue la proteinuria de 24 h (PRU), de 6.14 g (límites, 13.94 a 2.01) a 4.48 g (límites, 7.1 a 0.31). Al comparar los promedios iniciales con los de la tercera visita, se puede observar que las cifras mejoraron en varios de los aspectos clínicos determinados. Valores iniciales: anti-DNA, C3, C4, depuración de creatinina, proteinuria, creatinina sérica y EGO: 603.75; 44.62; 8.25; 57.6; 6.14; 1.45 y patológico, respectivamente. Visita 3 (mismos parámetros): 261.00; 65.13; 13.62; 63.34; 4.48; 1.41 y normal, respectivamente.

Conclusión: Se pudo observar de manera global que en los pacientes que ya tenían recaída renal, y en quienes fallaron otros esquemas de tratamiento, una buena opción es la adición de tracolimus al tratamiento de inducción a la remisión, por lo menos en este grupo de pacientes, como lo informado en las publicaciones médicas.

TC-1/TCo7

Iones metálicos como inductores de nefritis autoinmunitaria

Ramírez R, Ávalos E, Saldívar S, Herrera R

Universidad Autónoma de Zacatecas

Introducción: Las alteraciones en la regulación del sistema inmunitario (SI) tienen un papel fundamental en la etiopatogenia de las enfermedades autoinmunitarias (EA), en las cuales influyen factores genéticos, inmunológicos, hormonales y ambientales. La mayoría de los metales a los que se expone es inmunotóxica. La toxicidad de los metales origina autoinmunidad y al parecer la interacción entre iones metálicos con proteínas y células del SI produce autoepitopes crípticos después de haber sido procesados por las células presentadoras de antígenos (CPA) y se presentan a moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad clase II de células T y el resultado de dicha interacción predispone a un fenómeno autoinmunitario o EA.

Objetivo: Dilucidar el papel de los iones metálicos como detonantes de autoinmunidad en un modelo experimental con la cepa murina Long Evans.

Metodología: Se formaron grupos de animales ($n=5$) control e inoculados: cloruro de mercurio ($HgCl_2$), nitrato de plata ($AgNO_3$), sulfato de cobre (SO_4Cu) y nitrato de plomo $Pb(NO_3)_2$ 2 mg/g de peso, vía subcutánea por ocho semanas. Se obtuvieron muestras de sangre y orina semanalmente. Al final del tratamiento se obtuvieron muestras de orina, sangre y biopsias renales. Se realizaron tinciones histológicas, determinación de anticuerpos antinucleares (AAN) por inmunofluorescencia indirecta (IFI) e inmunohistoquímica (IHQ), determinación de proteínas, urea y creatinina. El trabajo se desarrolló bajo las consideraciones bioéticas implementadas por la APA. El análisis estadístico se realizó con el software Graph Pad y se emplearon Ji cuadrada y análisis de correlación de Yate.

Resultados: Los animales control no desarrollan insuficiencia renal ni proteinuria; los inoculados con metales desarrollan afección renal y proteinuria. La histología muestra daño renal, necrosis tubular, esclerosis y fibrosis glomerular en grado variable. Los depósitos de complejos inmunitarios para IgG e IgM se presentan en el 60% de los animales tratados. Los metales activan la presencia de AAN y predomina el patrón citoplásmico; el mercurio induce patrón de anticuerpos antinucleolo.

Conclusiones: Los animales tratados desarrollan glomerulonefritis con depósitos inmunorreagentes a lo largo del mesangio, se exhibe proteinuria y decremento de la función renal. Los iones metálicos inducen presencia de AAN, incremento de la expresión de antígenos y autoinmunidad experimental.

TC-2/TCo8

Terapia biológica, qué hacer con bajo presupuesto y las restricciones en la medicina institucional. Sugerencias basadas en la práctica de una UMAE del IMSS

Bañuelos D

Dirección Centro Calidad y Capacitación, SNTSS-IMSS, Puebla

Introducción: Es indiscutible el beneficio de la terapia biológica (TB) que ha mostrado evitar la progresión, mejoría en la calidad de vida y remisión importante de la mayor parte de manifestaciones clínicas de la AR y otras enfermedades reumáticas, con mínimos efectos secundarios cuando se emplea juiciosamente. Sin embargo, su costo alto limita la prescripción en la práctica privada y la institucional. Aún más, en fechas recientes, en un sexenio que arrancó con bajo gasto y cuando en el IMSS se ha instalado el programa Torre de Control para la prescripción de TB, es necesario cubrir requisitos mayores que los empleados en los últimos años.

Objetivos: Mostrar la experiencia en esquemas diferentes de administración con disminución de costos sin menoscabo de efectividad de agentes de TB en una UMAE del IMSS.

Métodos: Revisión de la base de datos de 180 pacientes que recibieron TB en los últimos tres años, a los cuales se ha administrado ésta en forma espaciada y dosis reducida. El esquema consistió en: etanercept, 25 mg semanal o cada 15 días; infliximab, 100 mg mensual; o adalimumab, 40 mg una por

mes. A cada uno se agregaron fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) y antiinflamatorios no esteroideos (AINE) considerados para modificar el cuadro clínico. Contaron con DAS28 al inicio y semestral a lo largo del periodo estudiado, más datos de exacerbación, internamientos, complicaciones, laboratorios, interconsultas, y necesidad de incrementar o modificar el esquema.

Resultados: 180 pacientes recibieron TB en esquema modificado; 150 con etanercept; 20 con infliximab y 10 con adalimumab. El 72% corresponde a pacientes del género femenino y 28% al masculino. El esquema propuesto modificó la actividad evaluada clínica, grado de satisfacción paciente-familiar y DAS28 (hasta 80% de mejoría) en el 98% de los grupos; tras periodos de seis meses continuos es posible la suspensión por tres a ocho meses (media, seis meses). El esquema de reducción permitió una sinergia del CPM al 70% y prescripción a nuevos pacientes.

Conclusiones: Opciones creativas y necesarias pueden implementarse para beneficiar a mayores grupos de pacientes, sin que se acepte por completo la reducción de los insumos y restricciones a la prescripción basada en criterios mayormente burocráticos.

TC-2/TC09

Minipulsos de metilprednisolona vs dosis medias fraccionadas de metilprednisolona intramuscular en artritis reumatoide grave

Bañuelos D

Dirección Centro Capacitación y Calidad, SNTSS-IMSS, Puebla

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad prototipo inflamatoria y cursa con manifestaciones graves que pueden responder a las terapias biológicas (TB) y otras combinaciones; sin embargo, el costo alto de TB es una limitante para su uso generalizado tanto en la medicina institucional como en la práctica privada, más aún cuando la población usuaria es de recursos bajos y niveles socioculturales desprotegidos. Ante esto, vale la pena considerar opciones alternativas de bajo costo, buscando efectividad y seguridad, basadas en una adecuada relación médico-paciente y el compromiso de cumplimiento, y evitando la automedicación y efectos secundarios.

Objetivo: Evaluar la perspectiva de eficacia sin menoscabo de la seguridad con metilprednisolona (MPDS) en forma intravenosa o intramuscular a grupos de 10 pacientes externos no susceptibles de recibir terapia biológica por razones económicas.

Métodos: Dos grupos de 10 pacientes con AR activa, índice DAS alto (>6), con pérdida de la respuesta antes de tratamiento combinado que incluía fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y dosis baja (3-1.5 mg) de deflazacort matinal. Grupo A: MPDS a 500 mg IV/mes por dos ocasiones y Grupo B: MPDS a 20 mg IM/15 días por cuatro dosis. Valoración de respuesta por índice DAS28, con valoración mensual y registro. Otorgaron su consentimiento y el compromiso de evitar automedicación. Se comparó entre grupos y entre ellos mismos en relación con estado basal, con porcentaje y prueba de McNemar. Para significancia, los cambios no debían ser atribuibles al azar y $p < 0.005$.

Resultados: Todos los pacientes completaron el esquema. No hubo efectos secundarios ni intolerancia. El inicio de mejoría fue más pronto en la MPDS IV, pero no se sostiene tanto como la MPDS IM. El costo y comodidad son menores en MPDS IM. Los cambios respecto del estado basal para ambos tratamientos alcanzan significancia y entre grupos la MPDS IV es mayor en primer mes, pero la MPDS IM es mayor en últimas valoraciones. El tiempo de estudio fue de cuatro meses.

Conclusiones: La MPDS a minidosis puede ser una alternativa eficaz para sacar a pacientes de periodos críticos y luego regresarlos a tratamiento convencional con dosis mínimas de esteroides. Es importante la relación médico-paciente y el compromiso de evitar automedicación.

TC-2/TC10

Composición corporal en la artritis reumatoide. Prevalencia de sarcopenia, obesidad y obesidad sarcopénica

Tello N, Ilizaliturri O, Rodríguez J, Vega D, Esquivel J, Garza M

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

Introducción: La artritis reumatoide (AR) cursa con alteraciones de la composición corporal como sarcopenia y aumento del índice de masa grasa (IMG).

Objetivo: Identificar la prevalencia de SA, obesidad y obesidad sarcopénica (OS) en esta población.

Métodos: Se incluyó a 101 pacientes con AR. Se registraron variables demográficas, clinimétricas y bioquímicas. Se calculó el IMC clasificando a los pacientes de acuerdo con criterios de la OMS y valores ajustados para AR. Se realizaron estudios de composición corporal por DXA. Se definió sarcopenia como un índice de masa magra (IMM) menor a la percentila 10, obesidad sarcopénica como sarcopenia más IMG mayor a la percentila 25 y obesidad por DXA como grasa mayor al 40%.

Resultados: Las características basales de los pacientes se muestran en la tabla 1. El promedio de IMC fue de 29.29. Según el IMC-OMS, 24 (23.8%) pacientes tenían peso normal, 38 (37.6%) sobrepeso y 39 (38.6%) algún grado de obesidad. Según el IMC-AR, 13 pacientes (12.9%) tenían peso normal, 34 (33.7%) sobrepeso y 54 (53.5%) obesidad. Los pacientes con sarcopenia fueron 10 (9.9%). Seis individuos (5.9%) tuvieron OS. Los pacientes con obesidad por DXA fueron 83 (82.2%).

Conclusión: La prevalencia de sarcopenia y OS fue menor al 26% y 18%, como se informó con anterioridad. La prevalencia de obesidad en México es alta, lo cual implica un sesgo de selección, dado que la SA reumatoide ocurre casi exclusivamente en pacientes con bajo o adecuado peso y se descarta en sujetos obesos.

Tabla 1. Características basales de los pacientes.

Variable	Media / Porcentaje
Edad	50.4
Género Femenino / Masculino	96% / 4%
Tiempo de evolución	9.8
Factor Reumatoide+	71.8
Anti-PCC+	57.4
DAS28	3.26
HAQ	0.62
FARME	98%
Metotrexate	85.90%
Hipertensión	18.20%
Dislipidemia	15%
Diabetes mellitus 2	10%
Hipotiroidismo	7.00%

TC-2/TC11

Criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 y respuesta ACR20 en pacientes con artritis de menos de un año de evolución

Sánchez A

Universidad Veracruzana, Campus Minatitlán

Introducción: Existe poca información sobre los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 y su posible relación con respuesta al tratamiento por criterios ACR 20.

Objetivos: Calcular respuesta ACR 20 a los seis o 12 meses en pacientes que cumplieron criterios ACR/EULAR 2010 comparados con los que no lo hicieron, e identificar variables vinculadas con alcanzar respuesta ACR 20.

Material y métodos: Estudio de la cohorte ARRECIEN que reúne datos de pacientes con AR < 12 meses de evolución captados entre los años 2002 y 2013. Los pacientes fueron tratados con FARME (dosis escalonadas de metotrexato [5-15 mg/semana] y sulfasalazina [1-3 g/día] y opcionalmente glucocorticoides por vías oral o parenteral). Se evaluaron características generales, actividad de la enfermedad (CDAI), capacidad funcional (HAQ-Di); se calculó el puntaje obtenido por los criterios ACR/EULAR 2010. La presencia de ítems individuales en la visita inicial y la respuesta ACR20 a los seis o 12 meses de seguimiento. Se calculó la relación de las variables incluidas con respuesta ACR 20 o mayor durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyó a 167 pacientes (edad de 37 ± 12.07 años y tiempo de evolución de 22.8 ± 11.3 semanas, 148 [88.5%] mujeres), factor reumatoide (FR) y anticuerpos anti-peptido cíclico citrulinado (CCP) positivos en 95% (141/147) y 86% (58/67), respectivamente; CDAI inicial, 33.11 ± 17.9. En total, 125 (74.9%) fueron clasificados como AR con los criterios ACR/EULAR 2010 con un puntaje de 8.29 ± 1.7. Las relaciones identificadas para alcanzar respuesta ACR 20 fueron: inflamación de >6 articulaciones pequeñas [RR = 1.84 (IC 95% = 1.08-3.13, p=0.03)]; artritis simétrica [riesgo relativo (RR) = 2.93 (IC 95% = 1.36-6.31, p=0.005)]; afección de las articulaciones MCF [RR = 2.2 (IC 95% = 1.41-3.4, p<0.001)]; puntaje de ACR/EULAR 2010 de >8 [RR = 2.72 (IC 95% = 1.74-4.25, p=0.03)]. La proporción de pacientes con respuesta ACR20 clasificados con los criterios ACR/EULAR 2010 fue de 64 vs 57.1%, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones: Los pacientes que alcanzan respuesta ACR 20 tienen afección simétrica con mayor frecuencia, en articulaciones pequeñas y también cumplen con criterios ACR/EULAR 2010 en una mayor proporción que los no respondedores.

TC-2/TC12

Discapacidad de la mano reumática valorada por función prensil en pacientes con artritis reumatoide

Lozada C, Sánchez A, Valerio I, Hernández A, Espinosa R

Instituto Nacional de Rehabilitación

Introducción: La mano reumática se caracteriza por pérdida de la fuerza de prensión, lo que altera las actividades de la vida diaria. La fuerza prensil de la mano es la principal medida de deterioro de funcionalidad de la mano reumática.

Objetivo: Evaluar la función de mano reumática comparada con sujetos sanos.

Métodos: Estudio retroprospectivo, observacional y transversal. Criterios de inclusión de AR: pacientes con criterios de artritis reumatoide (AR) del ACR 2010, 18 a 59 años. Criterios de exclusión: pacientes con prótesis. Criterios de inclusión sanos: sujetos sanos, 18 a 59 años. Criterios de exclusión: pacientes con enfermedad músculo-esquelética en manos. Clinimetría de ambos grupos: función articular evaluada por dinamometría (pinza palmar, pinza dedo a dedo y pinza en llave), m-SACRAH. Se usó estadística descriptiva e inferencial de acuerdo con el tipo de variable y distribución mediante Stata12®.

Resultados: Población de 600 sujetos, 492 sanos y 108 con AR; género femenino, 52% sanas y 89% con AR. Edad en años de AR: 45.1 ± 11; sanos, 40.5 ± 11.9. Evolución de AR: 9.2 ± 7.2 años. Fuerza prensil de la mano derecha del grupo sano, 34.5 kg ± 10.65; grupo de AR, 13.07 kg ± 17.21 (p<0.0001) (tabla 1), valores de la función en pacientes con AR.

Conclusiones: Los pacientes con AR tienen gran discapacidad en la mano al comparar con personas sanas de su misma edad. Nuevas estrategias médico-quirúrgicas se deben implementar para mantener una función adecuada de mano o mejorarla función si está deteriorada

Tabla 1. Evaluación de la función articular de AR con M-SACRAH.

	Femenino	Masculino	P
M-SACRAH global (0-120)	18.5 (0-75)	18 (3-76)	0.66
M-SACRAH función			
1. Abrir / cerrar una puerta	2.25 (0-9)	3.16 (0-7)	0.92
2. Abotonar y desabotonar una camisa o blusa	2.16 (0-8)	2.33 (0-5)	0.79
3. Abrir la llave del agua	1.75 (0-7)	2.48 (0-5)	0.89
4. Subir o bajar un cierre	2.08 (0-7)	1.33 (0-5)	0.7
5. Amarrar las agujetas	2.60 (0-19)	1.33 (0-5)	0.67
6. Girar la tapa de la pasta dental	1.99 (0-8)	1.54 (0-3)	0.6
7. Cambiar las páginas del periódico	1.69 (0-6)	1.16 (0-5)	0.66
8. Escribir a mano	1.97 (0-8)	2.34 (0-5)	0.92
M-SACRAH rigidez			
9. Rigidez diaria por las mañanas	2.77 (0-8)	4.33 (0-10)	0.92
10. Rigidez posterior a un periodo de descanso	2.27 (0-9)	4.66 (1-10)	0.79
M-SACRAH dolor			
11. Dolor durante trabajo intenso	4.57 (0-10)	5.33 (1-10)	0.98
12. Dolor en periodos de inactividad	2.75 (0-9)	3.5 (0-10)	0.61

TC-2/TC13

Características clínicas de pacientes con artritis de menos de un año de evolución y clasificación de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2010 y ACR 1987

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

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

Introducción: Existe poca información sobre las características clínicas al ingreso de los pacientes que cumplen los criterios de ACR/EULAR 2010, ACR 1987, o ambos.

Objetivo: Identificar las características clínicas de pacientes que cumplen con los criterios ACR/EULAR 2010 y ACR 1987 en una cohorte de pacientes con artritis de menos de un año de evolución.

Material y métodos: Estudio transversal anidado en la cohorte ARRECIEN que reúne datos de pacientes de más de 16 años de edad con AR de menos de 12 meses de evolución captados entre los años 2002 y 2013. Se analizaron datos de la visita inicial y se compararon las características de la población de acuerdo con los criterios ACR/EULAR 2010 y ACR 1987.

Resultados: Se incluyó a 301 pacientes (edad, 36.8 ± 12.6 años; tiempo de evolución de 22 ± 11.4 semanas, 261 [87.3%] mujeres) cuyas características se muestran en la tabla 1.

Conclusiones: 251 pacientes llenaron los criterios ACR/EULAR y 226 ACR 1987; 213 pacientes llenaron ambos y solamente 34 ninguno de los dos. Las diferencias intergrupales se concentran en parámetros de actividad inflamatoria y capacidad funcional y por otro lado en la seropositividad del factor reumatoide.

Tabla 1. Características de los pacientes.

	ACR/EULAR 2010 (n=41)	ACR 1987 (n=13)	Ambos (n=213)	Ninguno (n=34)	p
Edad, años	37.1 (14.2)	34.1(14.2)	37 (11)	30.1 (10.8)	0.04
Mujeres, n (%)	36 (87.7)	10(76.9)	165 (86.9)	31 (93.9)	0.5
Tiempo de evolución, sem	23.6 (11.7)	23.5 (10.8)	22.4 (11.3)	22.3 (13.0)	0.9
Tabaquismo, n (%)	4 (8.3)	3 (21.4)	29 (14.7)	2 (8.3)	0.45
Glucocorticoides, uso previo, n (%)	17 (42.5)	4 (30.8)	101 (49.0)	17 (51.5)	0.32
FARMES, uso previo, n (%)	2 (5.9)	1 (11.1)	25 (12.9)	3 (9.4)	0.63
Articulaciones dolorosas	15 (12)	12 (13)	25 (14)	6 (6)	<0.001
Articulaciones inflamadas	7 (11)	10 (8)	12 (10)	5 (9)	0.001
Estado global de salud, médico cm	4.1 (2.6)	4.7 (2.2)	5.3 (2.4)	2.9 (1.7)	<0.001
Estado global de salud, paciente cm	39 (24)	52 (24)	6 (2.6)	38 (31)	0.001
CDAI inicial	25.9 (17.7)	23.8 (12.3)	36.8 (16.5)	12.45 (10.2)	<0.001
HAQ-Di inicial	0.69 (0.7)	0.7 (0.4)	0.9 (0.6)	0.68 (0.61)	0.03
Manifestaciones extraarticulares, n (%)	1 (5.0)	3 (10.7)	17 (16.2)	2 (15.4)	0.3
Factor reumatoide positivo, n (%)	22 (84.6)	1 (33.3)	180 (96.3)	7 (63.6)	0.001
Anti CCP positivo, n (%)	6 (100.0)	0 (0.0)	50 (84.7)	4 (100.0)	0.55
Presencia de erosiones, n (%)	0 (0)	0 (0)	4 (15.3)	0 (0)	

TC-2/TC14

METEOR: Una herramienta para evaluar la actividad de la artritis reumatoide en la práctica clínica y mejorar los desenlaces de los pacientes

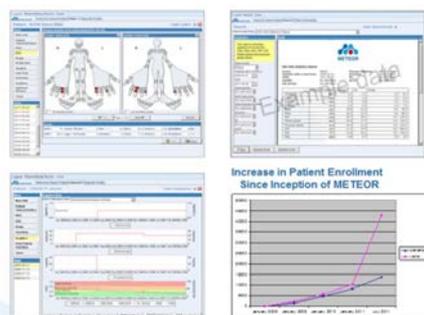
Vega D⁽¹⁾, Huizinga T⁽²⁾, van der Heijde D⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, México, ⁽²⁾Department of Rheumatology, Leiden University Medical Center

Introducción: El control estricto de la actividad de la enfermedad en la artritis reumatoide (AR) lleva a mejorar el bienestar del paciente y disminuir la discapacidad funcional. METEOR es una herramienta simple en plataforma tecnológica con soporte en la web (fig. 1). Disponible en todo el mundo.

Objetivos: Motivar a los Reumatólogos de todo el mundo a llevar una vigilancia regular de la actividad de la enfermedad. Crear una base de datos que integre a miles de pacientes con AR. Permitir a los Reumatólogos observar de manera longitudinal los datos de cada enfermo en lo individual. Prover datos sobre pacientes de otros colegas para mejorar la práctica clínica. Manejo propio del individuo: los pacientes pueden entrar en la herramienta para llenar los cuestionarios de funcionalidad (HAQ) desde su hogar, antes de su visita médica.

Figura 1. Pantallas de acceso web a la base de datos METEOR.



TC-2/TC15

Características clínicas de artritis reumatoide relacionadas con manifestaciones extraarticulares

Ponce J⁽¹⁾, Rocha A⁽²⁾, Zavaleta S⁽²⁾, Fajardo N⁽³⁾, Ruiz A⁽³⁾, Díaz V⁽²⁾, Murillo J⁽²⁾, García T⁽⁴⁾, Cardona E⁽⁴⁾, Gámez J⁽²⁾, González L⁽⁵⁾

⁽¹⁾Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional No. 110, IMSS. ⁽²⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica del Hospital de especialidades, Centro Médico Nacional de occidente, IMSS. ⁽³⁾Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. ⁽⁴⁾Unidad de Investigación Cardiovascular, CUCS, Universidad de Guadalajara. ⁽⁵⁾Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional No. 110.

Introducción: Un grupo de pacientes con artritis reumatoide (AR) puede desarrollar manifestaciones extraarticulares (EA). En México existen estudios que evalúan estas manifestaciones, casi todas en series pequeñas o en una manifestación extraarticular en particular. Para identificar a un subgrupo de pacientes con posible peor pronóstico es relevante valorar variables clínicas relacionadas con EA.

Objetivo: Comparar las diferencias clínicas entre pacientes con EA vs pacientes sin estas manifestaciones.

Material y métodos: Se valoró a pacientes consecutivos con AR, se identificó por criterios estandarizados la presencia de EA, así como variables clínicas al momento de la valoración, incluidas actividad de la enfermedad (DAS28) y funcionalidad (HAQ-Di). Los pacientes fueron divididos en dos grupos: a) AR con EA y b) AR sin EA. Ambos grupos fueron comparados mediante Ji cuadrada para comparación de proporciones y t de Student para comparar promedios. Se realizó modelo multivariado de regresión logística para ajustar las variables relacionadas con EA, sin incluir potenciales confundidores.

Resultados: 225 pacientes con AR, 207 (92%) de sexo femenino, con un 42.2% de frecuencia de EA, sobre todo 25.8% de afección ocular y 12% de anemia por enfermedad crónica. En la comparación del grupo con EA (n=95) vs sin EA (n=130), se observaron diferencias estadísticamente significativas en edad (54.8 ± 10.6 vs 50.8 ± 10.9 respectivamente, p=0.006), duración de la enfermedad (11.6 ± 9.7 vs 7.0 ± 6.6 años, p<0.001), PCR (27.3 ± 39.4 vs 15.4 ± 19.8, p=0.007). En el modelo ajustado, las variables que permanecieron relacionadas con la presencia de EA fueron edad (índice de momios [OR]=1.06, IC 95%=1.02-1.10, p=0.006), tiempo de evolución de enfermedad (OR=1.09, IC 95%=1.03-1.15, p=0.003), DAS28 (OR=1.43, IC 95%=1.04-1.98, p=0.03), HAQ-Di (OR=0.45, IC 95%=0.24-0.86, p=0.02), proteína C reactiva (OR=1.04, IC 95%=1.02-1.06, p<0.001), velocidad de sedimentación globular (OR=0.96, IC 95%=0.93-0.99, p=0.02).

Conclusiones: Se observó una frecuencia del 42% de EA. En el modelo ajustado las variables vinculadas con EA fueron mayor edad, más duración de AR, menor capacidad funcional, actividad de la enfermedad y elevación de reactantes de fase aguda. Estos datos sugieren que EA deberá ser tomada en cuenta en estudios de pronóstico y tratamiento y constituye un subgrupo con enfermedad más grave.

TC-3/TC16

Características de artritis leucémica, a propósito de un caso clínico

Ramírez J, Torres A

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

Femenino de 14 años que inicia su padecimiento en diciembre de 2012 con artralgia de codo izquierdo, sin traumatismo previo, sin predominio de horario, intensidad 10/10, se exacerba con el frío y el ejercicio, disminuye con analgésico, reposo y calor local, acompañado de aumento de temperatura y volumen, dolor y limitación a los movimientos; después de dos semanas presenta mejoría espontánea. En febrero de 2013 presenta artralgia en rodilla izquierda de inicio súbito, intensidad 10/10, que limitaba la función y se diagnostica lesión de menisco con tratamiento e inmovilización y analgésicos por tres semanas. Seis días antes de su hospitalización inicia nuevamente con artralgia de codo derecho, rigidez, sin predominio de horario, aumento de volumen y temperatura, incrementada con el frío y atenuada con el calor; se exacerba con el ejercicio y disminuye con el reposo, sin mejoría con analgésicos. Pérdida ponderal de 3 kg en tres meses. Valorada en la consulta externa de reumatología pediátrica; se encuentra adenomegalia submaxilar izquierda de 3 x 1.5 cm, consistencia dura, móvil, no fijada a planos profundos, no dolorosa; adenopatías cervicales no significativas y dos adenopatías supraclaviculares derechas menores de 0.5 cm. Hepatomegía de 1 x 1 x 1 cm por debajo del reborde costal derecho. Codo derecho con aumento de volumen y temperatura hasta tercio medio del antebrazo, hay dolor a la movilización pasiva y activa sin derrame ni engrosamiento de membrana sinovial. Sin afección de ninguna otra articulación. Estudios de laboratorio muestran anemia, leucopenia, neutropenia profunda e incremento de velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR); radiografía AP de codos con aumento de la cortical y líneas transversas metafisarias en cúbito y radio, sin lesiones líticas. Se decide su hospitalización para protocolo diagnóstico en el que se solicita valoración por hematología; se realiza aspiración de médula ósea que revela médula ósea hiperplásica, homogénea, infiltrada al 100% por linfoblastos de morfología L1 de la FAB. Sin megacariocitos. Se traslada a su servicio con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda.

Conclusión: Es importante conocer las características del dolor no inflamatorias junto con datos paraclínicos (neutropenia) y radiológicos (bandas radiolúcidas metafisarias) que se presentan en un 7.1% de la población pediátrica con artralgias que sugieren enfermedad neoplásica.

TC-3/TC17

Manifestaciones hematológicas en pacientes con lupus eritematoso sistémico de inicio en la edad pediátrica

Solís E, Ramírez J

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

Objetivo: Describir las alteraciones hematológicas más frecuentes en los pacientes con lupus eritematoso sistémico de inicio en la edad pediátrica (LESp) al diagnóstico y su efecto en las manifestaciones clínicas multisistémicas, el índice de actividad de la enfermedad, el tiempo de recuperación de la afección hematológica y los medicamentos más usados.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyeron los expedientes de pacientes con diagnóstico de LESp menores de 16 años con expedientes completos, sin evidencia de toxicidad por medicamentos. El análisis estadístico incluyó distribución de frecuencias, media, desviación estándar, rangos y J_i cuadrada para la relación de las variables nominales.

Resultados: Se analizaron 62 expedientes, el 83.9% (52) del género femenino y el 12.1% (10) del masculino; relación mujer:hombre de 5.2:1; la edad media al diagnóstico fue de 10.16 ± 2 años y al momento del estudio de 13.1 ± 2 (límites, 5-17 años). La afección más frecuente fue la hematológica en el 80.6% (50), 45.2% (28) con mucocutánea y 43.5% con renal (27); de ellas, la linfopenia (76%) y trombocitopenia (52%) fueron las características más comunes. Se identificó relación estadísticamente significativa para la linfopenia con anticardiolipina IgG positiva y el grado grave de actividad de la enfermedad y la trombocitopenia con anticardiolipinas IgG e IgM positivas,

afección músculo-esquelética y el grado moderado de actividad de la enfermedad. El 41.90% de los pacientes tuvo actividad grave de la enfermedad y el 100% requirió tratamiento con corticosteroides, inmunosupresores e incluso terapia anti-CD20 y con un tiempo de recuperación de 123.40 ± 232.154 días.

Conclusión: La afección hematológica es la manifestación más frecuente del LESp en esta población; sus características más frecuentes son linfopenia y trombocitopenia y se relacionan directamente con la gravedad de la actividad de la enfermedad, su tiempo de recuperación y la respuesta al tratamiento.

TC-3/TC18

Lupus eritematoso sistémico en pediatría. Diagnóstico diferencial con nefropatía por C1q. A propósito de un caso

Torres A, Ángeles F

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México D.F.

Femenino de 14 años de edad originario de Campeche, sin antecedentes familiares o patológicos. Inicia en octubre 2012 al presentar síndrome nefrótico relacionado con insuficiencia renal aguda, artralgias y derrame articular de rodillas; en su Hospital General de Zona se diagnostica lupus eritematoso sistémico y se inicia tratamiento con prednisona, azatioprina y metotrexato. Valorada por primera vez en Reumatología Pediátrica en marzo 2013, se encuentra edema generalizado, caída escasa de cabello, artritis de codo y rodilla derecha, esta última con derrame articular, resto sin alteraciones. Laboratorio: depuración de creatinina de 183 ml/min/1.73 m², creatinina sérica de 0.8 mmol/L, urea de 44.9, colesterol de 315 mg/dl, triglicéridos de 215 mg/dl, albúmina de 2.3 g/dl. Examen general de orina con proteinuria de 75 mg/dl, eritrocitos de 20-25/campo, cilindros granulosos. Leucocitos, 10 500/μL; linfocitos, 2 660/μL; neutrófilos, 6 470/μL; hemoglobina, 8.4 g/dL; hematocrito, 26.9%; VMC, 88 fL; HCM, 27 pg; plaquetas, 460 000 K/μL; proteína C reactiva (-); velocidad de sedimentación globular, 37 mm/h; C3, 141.6 mg/dL; C4, 24.2 mg/dL; IgA, 198; IgG, 1 187; IgM, 84 mg/dL normales. Anticuerpos antinucleares (ANA) (-), anti-DNA (-), anticuerpos anticardiolipina negativos, VDRL (-), tiempos de coagulación normales, Coombs directo (-). Ecografía renal con cambios parenquimatosos bilaterales. Biopsia renal con inmunofluorescencia directa de 35 glomérulos positiva para C1q (4), patrón granular fino en membranas basales, resto negativo. Se establece glomerulonefritis difusa clase IV - G (ISN/RNP). Actividad, 5/24; cronicidad, 2/12, consistente con nefropatía por C1q. Tratamiento con metilprednisolona IV, posteriormente prednisona a 50 mg/día (dosis descendente), antihipertensivos, complemento de calcio.

Discusión: La nefropatía por C1 puede compartir características clínicas con LESp, pero los hallazgos por serología y la biopsia renal son el apoyo definitivo para el diagnóstico diferencial.

TC-3/TC19

Lupus eritematoso sistémico. Características clínicas de la población pediátrica, inicio y evolución de la enfermedad por grupo etario

Zeferino M, Ángeles F

Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México D.F.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico de inicio en la edad pediátrica (LESp) incluye al 20% de la población con lupus. La gravedad de la enfermedad es mayor tanto al inicio como durante la evolución.

Objetivos: Describir las características clínicas y por laboratorio de los pacientes con LESp al diagnóstico y evolución por grupo etario.

Métodos: Se revisaron los expedientes de los pacientes atendidos de enero a junio de 2013 del Servicio de Reumatología Pediátrica del Centro Médico Nacional La Raza.

Resultados: De un total de 100 pacientes se incluyó a 50 (44 mujeres y seis hombres) que cumplieron los criterios del estudio (diagnóstico en el servicio, expediente completo, tiempo de evolución >6 meses). La etapa escolar fue la más afectada (60%) (edad promedio 10 años), relación M:H de 71. El tiempo entre inicio de síntomas al diagnóstico fue de 11.8 meses (cuatro meses a 4.7 años). Las manifestaciones constitucionales se observaron en 98%, afectación hematológica (98%), articular (46%), renal (38%) y sistema nervioso central (13%) con baja frecuencia de afectación gastrointestinal (20%) y cardiopulmonar (4%). La determinación de anticuerpos fue la principal herramienta para confirmar el diagnóstico (98%). Las manifestaciones constitucionales, hematológicas y renales persistieron durante la evolución de la enfermedad. La actividad (SLEDAI-2k) al diagnóstico fue de 14.3 puntos en promedio. El índice de cronicidad SLICC fue de 0.42 puntos de forma global y el mayor de 0.80 en preescolares.

Conclusiones: En esta población, el LESp afecta principalmente a niñas en etapa escolar, la mayoría presenta síntomas constitucionales, relacionados con compromiso hematológico, renal y/o de sistema nervioso central. El grupo etario más afectado es el preescolar y con mayor actividad de la enfermedad.

TC-3/TC20

Arteritis de Takayasu en un lactante. Reporte de caso y revisión de las publicaciones

Arellano C, Nava G, Carvajal H

UMAE Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

La arteritis de Takayasu (AT) es la tercera vasculitis más común en la infancia. La mayoría de los niños se diagnostica durante la adolescencia, con una edad media de presentación de 13 años. Se presenta un paciente masculino de dos meses de edad, con datos de choque séptico y dificultad respiratoria al nacimiento, que requirió ventilación mecánica prolongada. Se detectó conducto arterioso persistente, que se cierra quirúrgicamente. Ecocardiograma con imagen sugestiva de aneurisma. Clínicamente con cifras tensionales en las cuatro extremidades con diferencia de 10 mmHg, soplo cardíaco y pulsos periféricos disminuidos en extremidades inferiores. Angiotomografía con aneurisma sacular en el istmo, aneurisma fusiforme en la aorta infrarrenal y múltiples sitios de estenosis en la aorta. Se diagnostica AT y se instituye manejo con inmunoglobulina, prednisona y anticoagulante. La AT es una vasculitis granulomatosa que afecta predominantemente a la aorta y sus ramas principales. El diagnóstico temprano en niños es difícil, debido a las manifestaciones iniciales inespecíficas y la evolución insidiosa. El diagnóstico antes de los 10 años de edad se realiza en el 2% de los casos. En el 2008, la EULAR/PreS estableció los criterios de clasificación de la AT en la infancia, con sensibilidad de 100% y especificidad del 99.9%. El diagnóstico de este paciente se basa en estos criterios y en las características angiotomográficas encontradas. De acuerdo con la clasificación de Ishikawa de 1994 corresponde a una arteritis de Takayasu tipo III con lesión del istmo aórtico, la aorta descendente proximal, abdominal e infrarrenal. El tratamiento se basa en el uso de glucocorticoides y terapia inmunosupresora que disminuye la morbimortalidad en un 50%. Existen pocos casos informados en las publicaciones pediátricas; ésta es una alteración que debe sospecharse para iniciar tratamiento oportuno y mejorar el pronóstico. En este caso, la presencia de comorbilidades permitió un diagnóstico temprano.

TC-3/TC21

Evolución clínica y densitométrica de niños con osteogénesis imperfecta, tratados con ácido zoledrónico

Arellano C, Martínez L, Carvajal H

UMAE Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es la enfermedad ósea, genética, más frecuente, con prevalencia de 1:20 000 nacimientos. Se origina por una mutación en los genes que codifican la producción de colágeno tipo I, con afectación multiorgánica y gran variabilidad clínica: fragilidad ósea leve a grave, fracturas múltiples, deformidad de extremidades, escleróticas azules, macrocefalia, cara triangular, hipoacusia y dentinogénesis imperfecta. La densitometría ósea es el análisis para diagnóstico y vigilancia de la densidad ósea en los pacientes menores de 20 años, basada en la puntuación Z, al compararse con la de población sana de la misma edad. El uso de bifosfonatos ha revolucionado el tratamiento de los pacientes con OI, al suprimir la reabsorción ósea. El ácido zoledrónico (AZ) se ha utilizado sin una indicación estandarizada para tratar a niños con OI en pocos estudios a largo plazo, de eficacia y seguridad.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes pediátricos en activo con OI, tratados con AZ, para determinar su evolución clínica y densitométrica.

Resultados: Se valoró la evolución a 3.5 años (límites, 1.6 a 6.5 años) de 37 pacientes con OI, sin predominio de género. El tiempo promedio de tratamiento con AZ para lograr una puntuación Z > -2 y/o menos de tres fracturas/año fue de 2.6 años (-1.6 DE). La puntuación Z promedio inicial fue de -2.6 y al término del tratamiento de -0.45 (p=0.0000000043). El número de fracturas previo y posterior al tratamiento disminuyó en la OI tipo I (p=0.0045) y IV (p=0.03). Cuatro pacientes tuvieron proteinuria significativa, que remitió en tres y uno desarrolló síndrome nefrótico; todos con función renal conservada. La talla no se modificó con el tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento con AZ parece ser seguro y eficaz para pacientes pediátricos con OI. Aunque no curativo, ofrece mejoría en la morbilidad de estos pacientes.

TC-4/TC22

Relación de artritis psoriásica con cáncer de mama bilateral, ¿causa o efecto? Reporte de un caso

Hernández E, Olán F, Morales Z

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, SSA

Introducción: La artritis psoriásica (AP) es una artropatía inflamatoria crónica que afecta al 5 a 42% de pacientes con psoriasis. Más del 80% desarrolla actividad cutánea inicial, que precede en promedio 10 años la actividad articular. La relación entre AP y malignidad se ha descrito poco en las publicaciones médicas, a diferencia de la artritis reumatoide (AR) y síndrome de Sjögren con mayor prevalencia y expresión de linfoma. Se informa un caso de cáncer de mama bilateral en una mujer joven en etapa terminal relacionado con AP.

Reporte de caso: Femenino de 38 años de edad, dos embarazos eutócicos con diagnóstico de psoriasis en 2002 y 10 años después síntomas articulares (patrón oligoarticular según Moll y Wright) en carpos y tobillos, PCR/VSG elevados y FR negativo. Se inicia metotrexato (15 mg/sem), folatos, prednisona (5 mg/día) y AINE con buena respuesta. En consulta de seguimiento en febrero de 2013 presenta pérdida ponderal (>10%), disnea, fiebre, astenia y adinamia. EF neurológico íntegro, pálida, sarcopenia, lesiones cutáneas disseminadas, adenopatía cervical, axilar e inguinal, nódulos pétreos en mamas, retracción del pezón, hepatomegalia, ya sin datos de actividad articular. Laboratorio: anemia macrocítica (Hb, 9 g/dL; VCM, 109 fL) y leucopenia (3600/mL). Se decide hospitalización para descartar neoplasia. Estudios complementarios: US hepático revela hepatomegalia y pólipo vesicular; aspirado de médula ósea: mieloptisis. ecocardiografía transtorácica: derrame

pericárdico, hipertrofia VI, movilidad asincrónica del tabique del VI y pared del VD. Tomografía computarizada: disminución de la densidad ósea generalizada, lesiones líticas en sacabocados en vértebras (patrón infiltrativo metastásico), derrame pleural bilateral, adenopatías subclaviculares, derrame pericárdico y hepatoesplenomegalia. La biopsia percutánea de mamas informa carcinoma lobulillar infiltrante bilateral, biopsia médula ósea con aplasia celular e infiltración de células malignas. Solicita traslado al IMSS para seguimiento por Oncología e inicio de quimioterapia.

Conclusión: Existen reportes escasos que informan la relación de AP con malignidad. En 2008, Rohekar et al., informaron los casos de 665 pacientes en Toronto con AP; un 10.2% (68 pacientes) desarrolló malignidad con una edad promedio 62.4 años y los órganos más afectados fueron mama (20.6%), pulmón (13.2%) y próstata (8.8%). También se ha informado el nexo con uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) por efecto citotóxico (azatioprina, metotrexato). La vinculación entre enfermedad reumática, psoriasis, FARME y expresión de malignidad es compleja, aun sin concluir si es causa o efecto.

TC-4/TC23

Asociación de los polimorfismos -238 G/A y -308 G/A de TNF- α con baja densidad mineral ósea y marcadores de remodelado óseo en pacientes con espondilitis anquilosante. Resultados preliminares

Corona E⁽¹⁾, González M⁽¹⁾, González L⁽²⁾, Vázquez del Mercado M⁽¹⁾, Rocha A⁽³⁾, De la Cerda L⁽⁴⁾, Martínez E⁽³⁾, Salazar M⁽¹⁾, Zavaleta S⁽⁴⁾, Félix F⁽⁴⁾, Díaz V⁽⁴⁾, Gámez I⁽¹⁾

⁽¹⁾Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculoesquelético, CUCS, Universidad de Guadalajara. ⁽²⁾Hospital General Regional No. 110, IMSS. ⁽³⁾Programa de Posgrado en Ciencias de la Farmacología del CUCS, Universidad de Guadalajara. ⁽⁴⁾Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: La prevalencia de densidad mineral ósea baja (DMOB) reportada en la espondilitis anquilosante (EA) es del 29%, lo que predispone a mayor tasa de fracturas en comparación a población general. El TNF- α tiene efectos sistémicos, afecta al sistema óseo y aumenta la resorción, lo que predispone a la DMOB y favorece el desarrollo de fracturas. Los polimorfismos de TNF- α podrían ser factores genéticos que pueden influenciar la DMOB en EA, actualmente se conoce poco acerca del papel de estos polimorfismos en la DMOB y su relación con los niveles séricos de marcadores de remodelado óseo.

Objetivo: Investigar si los polimorfismos 238 G/A y 308 G/A de TNF- α se asocian con la DMOB y marcadores de remodelado óseo en pacientes con EA.

Métodos: Estudio transversal, incluyó 35 pacientes con EA. Se identificaron los polimorfismos -238 G/A y -308 G/A de TNF- α utilizando PCR-RFLP. A partir del DNA se amplificaron los fragmentos polimórficos y los productos de digirieron con las enzimas Msp I y Nco I respectivamente. Los fragmentos de la digestión fueron identificados por electroforesis en geles de poliacrilamida teñidos con nitrato de plata. Los niveles séricos de los marcadores de remodelado óseo (β -CTX de resorción ósea y de formación ósea BAP y OC) se obtuvieron por la técnica de ELISA, y con la técnica DEXA se midió la densidad ósea de las regiones de columna y cadera. La descripción se hizo con valores medios y desviación estándar. La comparación de variables cualitativas se hizo por Ji cuadrada (exacta de Fisher), las variables cuantitativas con la prueba t de Student, y r de Pearson. El análisis se realizó con el paquete SPSS 18.

Resultados: La prevalencia de DMOB en columna fue del 23% y cadera 31%, el genotipo -238 GG en el 91.3% y GA en 5.7%, mientras el -308 GG en el 94%, GA en 5.7% y AA no se identificó. No se encontró asociación con la DMOB con los polimorfismos ni con los marcadores de remodelado óseo.

Conclusiones: No se encontró relación entre los genotipos de los polimorfismos de estudio (-238 G/A y -308 G/A de TNF- α) y la DMOB, ni con

marcadores de remodelado óseo. Este es el primer estudio que evalúa la asociación entre ambos polimorfismos con DMOB y marcadores de remodelado óseo en EA.

TC-4/TC24

Isquemia asintomática en pacientes con artritis reumatoide detectada mediante estudio de perfusión miocárdica gated-SPECT en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Santiago R, Muñoz S, Irazoque F, Andrade L, Rosales V, Puente A

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México D.F.

La enfermedad cardiovascular (CV) es la causa más común de mortalidad prematura en pacientes con artritis reumatoide (AR), con un riesgo relativo (RR) de 2, consecuencia de aterosclerosis acelerada producida por disfunción endotelial. El riesgo de infarto a 10 años de seguimiento en pacientes con AR es tres veces mayor. El estudio de perfusión miocárdica gated-SPECT es un método no invasivo para diagnosticar enfermedad coronaria y establecer el riesgo de episodios isquémicos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de cardiopatía isquémica asintomática en pacientes con AR del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Material y métodos: Estudio transversal en hombres y mujeres mayores de 18 años con diagnóstico de AR del Servicio de Reumatología del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE sin antecedentes de patología cardíaca conocida, de abril a septiembre de 2013. Se realizó estudio de perfusión miocárdica gated-SPECT.

Resultados: Se estudiaron 47 pacientes, 42 mujeres (89.4%) y cinco hombres (10.6%), con edad promedio 55.9 años; en 33 pacientes no se encontró isquemia ni infarto (70.2%), nueve tuvieron isquemia ligera (19.1%), uno isquemia moderada (2.1%), cuatro infarto sin isquemia (8.5%). Las localizaciones más frecuentes fueron inferolateral (10.6%), anterior (8.5%), inferior (6.4%), anteroseptal (2.1%) y apical (2.1%). La perfusión miocárdica fue normal, con mayor frecuencia en los pacientes cuyo tratamiento era con antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF) (92.3% etanercept, 100% adalimumab y 100% infliximab) mientras que con tocilizumab fue normal sólo en el 40% y con rituximab en el 50%. Los pacientes que no recibían ninguna terapia biológica tuvieron un resultado normal en el 58.3% de los casos (p=0.004). El uso de esteroides se asoció con mayor frecuencia a alteraciones de la perfusión (61.6%) en comparación en quienes no los tomaban 17.6% (p=0.007). Las alteraciones en la perfusión no tuvieron asociación significativa con el género ni con los factores de riesgo tradicionales. Tampoco hubo diferencias significativas entre los valores de proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular DAS28.

Conclusión: Se observó una elevada frecuencia de alteraciones de la perfusión miocárdica asintomáticas (14%). Se destaca la menor asociación de estas alteraciones en pacientes tratados con anti-TNF-a, en quienes cerca del 100% resultó normal, lo que podría explicarse por la evidencia de que el bloqueo de TNF-a mejora la función endotelial por disminución del estrés oxidativo.

TC-4/TC25

Prevalencia de pacientes con artritis reumatoide respondedores a FARME sintéticos

González L, Barbosa R, Becerril L, Vargas A, Lugo G

Hospital Juárez de México

Introducción: En los últimos años el uso de FARME biológicos ha permitido alcanzar un mayor índice de remisión en artritis reumatoide (AR), sin embargo no todos los pacientes tienen acceso a estos fármacos, por tanto los FARME sintéticos son la alternativa de tratamiento.

Objetivo: Identificar la prevalencia de pacientes con AR que responden a FARME sintéticos.

Material y métodos: Se revisaron expedientes de pacientes consecutivos con AR (ACR 1987), que acudieron a la consulta externa de Reumatología en el periodo de enero a junio de 2013. Se evaluaron medidas de tendencia central, DAS28-PCR (criterios de remisión ACR/EULAR), monoterapia o terapia combinada con FARME sintéticos.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes; 95 mujeres (92.2%) y ocho hombres (7.8%) con media de edad de 50.5 años (intervalo 19-77 años), media de tiempo de evolución 6.48 años (1-10), monoterapia en 36 (35%) y terapia combinada 67 pacientes (65%). Monoterapia con metotrexato en 28 sujetos (77.7%), terapia combinada con metotrexato e hidroxycloloquina en 25 (37.3%) y combinada con metotrexato hidroxycloloquina y sulfasalazina 15 (22.38%); la AR estaban en remisión en 24 pacientes (23.3%), con actividad leve en 24 (23.3%), con actividad moderada en 42 (40.8%), con actividad grave en 5 (4.9%); 48 pacientes (46.6%) tenían control adecuado.

Conclusiones: En esta revisión, menos del 50% de los pacientes respondió a la terapia con FARME sintéticos, por lo que se requiere diseñar programas de atención que permitan el acceso a FARME biológicos.

TC-4/TC26

Perfil celular en el lavado bronquioalveolar de la enfermedad pulmonar intersticial relacionada con la artritis reumatoide, correlación con la actividad de la enfermedad

Rojas J, Pérez R, Mejía M, Mateos H

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Objetivo: Calcular la relación entre el perfil celular del lavado bronquioalveolar (LBA) de los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial asociada a la artritis reumatoide (EPI-AR) y la actividad de la artritis reumatoide (AR) evaluada mediante el CDAI.

Pacientes y métodos: Pacientes con EPI-AR, (criterios ACR/EULAR 2010, con un patrón restrictivo en las pruebas de la mecánica pulmonar y evidencia de enfermedad pulmonar intersticial en la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) del tórax). Evaluados en el INER a partir del 2009. Todos los pacientes ingresaron al servicio clínico de enfermedades intersticiales del pulmón para evaluación de sus síntomas respiratorios. A los pacientes se les realizó un lavado bronquioalveolar y el perfil celular con porcentajes de macrófagos, linfocitos, neutrófilos y eosinófilos se correlacionó con el puntaje de CDAI, el cual se calculó con menos de cinco días de diferencia del LBA. La correlación se realizó con el método de Spearman.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes, (17 mujeres [90%]), media de edad 58.8 ± 7.85 años. El puntaje de CDAI tuvo una mediana de 15 (intervalo intercuartiles [IIC] 5-29). Los patrones tomográficos más frecuentes fueron patrón de enfermedad usual en ocho (42%) y patrón de neumonía linfoidea en seis (33%). El 47% de los pacientes presentó patrones de la TCAR con sobreposición de dos patrones tomográficos. El perfil celular de los LBA tuvo la siguiente distribución: mediana del porcentaje de macrófagos 65 (IIC: 43-87), mediana del porcentaje de linfocitos 31 (IIC: 9 - 58), mediana del porcentaje de neutrófilos 0 (IIC 0 - 2), mediana del porcentaje de eosinófilos 0 (IIC 0 - 1). Los resultados de las correlaciones con el CDAI y los distintos porcentajes de células alveolares son las siguientes. Porcentaje de macrófagos, rs -0.49, IC 95%: -0.77 - 0.046, $p < 0.03$; porcentaje de linfocitos: rs: 0.54, IC 95%: 0.11 - 0.79, $p < 0.017$; porcentaje de neutrófilos rs: -0.10, IC 95%: -0.533 - 0.366, $p < 0.66$; porcentaje de eosinófilos: rs: -0.234 - 0.63, IC 95%: -0.234 - 0.639, $p < 0.31$.

Conclusiones: Los porcentajes de linfocitos y de macrófagos en el LBA tuvieron una correlación positiva con el CDAI en el primer caso, y negativa en el segundo. Estos resultados concuerdan con la hipótesis de que el proceso inflamatorio observado en la EPI AR está relacionado con la actividad de la AR.

TC-4/TC27

La cirugía ortopédica en la artritis reumatoide: Una revisión retrospectiva de sus escenarios

Gallardo L⁽¹⁾, Barreira E⁽²⁾, Herrera J⁽²⁾

⁽¹⁾Unidad de Medicina Familiar No. 13, IMSS, ⁽²⁾Hospital Ángeles, Querétaro

Introducción: A pesar de los avances en la terapéutica de la artritis reumatoide (AR), es común que durante su evolución los pacientes requieran diversos tratamientos quirúrgicos, cuyas estimaciones van desde el 19% hasta el 58%. Hasta ahora es difícil predecir cuándo y en qué casos será necesaria la cirugía ortopédica?

Objetivo: Evaluar en forma retrospectiva los casos de AR atendidos en un hospital de medicina privada, que durante su evolución requirieron de diversos tratamientos quirúrgicos ortopédicos.

Material y métodos: Se incluyeron 477 pacientes atendidos en un periodo de siete años. Se recabaron sus datos demográficos y se seleccionaron aquellos que habían requerido algún tipo de cirugía ortopédica, contrastándolos con su evolución y los tratamientos empleados. Las cirugías fueron clasificadas de acuerdo con James y Young como MAYORES: prótesis de cadera, rodilla, hombro, codo y cirugía de vértebras cervicales. INTERMEDIAS: artrodesis, artroplastias, sinovectomías y cirugía de manos y pies. MENORES: túnel carpiano, artroscopia y resección de nódulos. Los resultados fueron analizados por medio de las pruebas de χ^2 de Spearman y *Ji cuadrada*, y se consideraron relevantes aquellos con resultado de $p < 0.05$.

Resultados: Se detectaron 60 casos que habían requerido tratamiento quirúrgico (12.6%) con predominio del sexo femenino (90%), y edad promedio de 58 ± 16 años. El tiempo de evolución fue de 19 ± 8 años. Más del 50% de los casos se encontraba en clase funcional 3 y 4 y las cirugías más frecuentes fueron de miembros inferiores (53.3%). En los pacientes tratados con terapias biológicas la prevalencia de tratamientos quirúrgicos fue claramente menor.

Conclusiones: 1) Los tratamientos quirúrgicos mostraron un franco predominio en el sexo femenino, aunque se llevaron a cabo con menor frecuencia de lo reportado. 2) La cirugía mayor o protésica fue la predominante en esta muestra. 3) Los casos con tratamiento biológico requirieron con menos frecuencia de cirugía ortopédica.

TC-5/TC28

Calidad de vida en los pacientes con artritis idiopática juvenil en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente

Carvajal H⁽¹⁾, Arellano C⁽¹⁾, Peralez C⁽²⁾, Ortiz M⁽¹⁾

⁽¹⁾UMAE-HE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾Hospital de Cardiología Monterrey IMSS, SE

Introducción: La determinación de la calidad de vida debe intentar incorporar algún aspecto de la percepción del propio paciente sobre qué aspectos de su vida están muy afectados, y en qué medida esta percepción está influida por la enfermedad. El *Juvenil Arthritis Quality of Life Questionnaire*

(JAQQ) es un instrumento que mide calidad de vida y se puede realizar a niños mayores de siete años de edad, además puede ser contestado por los padres de los pacientes.

Objetivo: Conocer la calidad de vida de los pacientes con artritis idiopática juvenil (AIJ) del Servicio del Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS con evaluación de cuestionario JAQQ.

Material y métodos: Se realizó el estudio mediante encuestas a los padres y pacientes con diagnóstico de AIJ de 8 a 16 años de edad en el periodo comprendido entre diciembre de 2012 a enero de 2013. El cuestionario JAQQ se aplicó a cada paciente y a su padre/madre.

Resultados: En el periodo comprendido del 1 de diciembre de 2012 al 31 de enero de 2013 se estudió un total de 66 pacientes; 30.3% (20) género masculino y 69.7% (46) del género femenino. La AIJ poliarticular con factor reumatoide negativo fue la más frecuente, con un total de 40.9%. En cuanto al tratamiento, el metotrexato fue el fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) más utilizado, en 27.3%. El resultado de aplicar la encuesta JAQQ a los pacientes fue de 3.44 (-1.79 DS) y el resultado entre los padres fue similar, con un valor de 3.59 (-1.86 DS) con un valor de $p=0.031$; el dominio más afectado según los pacientes fue la función motora fina en un 85%; mientras que para los padres el dominio más afectado fue el aspecto psicosocial en un 91%.

Conclusión: Se encontró que la calidad de vida los pacientes con AIJ de nuestro hospital experimenta una afección regular. La valoración de la calidad de vida debe ser un aspecto importante en el estudio integral del paciente que nos ayude a realizar acciones encaminadas a dar un tratamiento integral.

TC-5/TC29

Adherencia al tratamiento en pacientes pediátricos con lupus eritematoso sistémico de la UMAE Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente

Carvajal H⁽¹⁾, Arellano C⁽¹⁾, Gómez D⁽²⁾, Ortiz M⁽¹⁾

⁽¹⁾UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, ⁽²⁾Hospital General de Subzona No. 5 Baja California Sur, IMSS

La falta de adherencia a los tratamientos crónicos es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) un problema de salud pública, por lo tanto es un tema prioritario, debido a las consecuencias negativas clínicas y económicas. Aunque la prueba de Morisky-Green no se ha validado específicamente para procesos agudos, si está validada para diversas patologías crónicas, presenta una alta especificidad y se puede combinar con otras herramientas que tengan sensibilidad alta. La prueba de cumplimiento auto comunicado o Test de Haynes-Sackett se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de observancia del tratamiento, 'la mayoría de pacientes tiene dificultades para tomar todos sus comprimidos', ¿tiene usted dificultad en tomar los suyos? Si la respuesta es afirmativa, el paciente es inobservante.

Objetivo: Evaluar la observancia terapéutica en pacientes pediátricos de la UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, que presentan lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos: Se aplicarán las encuestas Morisky-Green y Haynes-Sackett a pacientes con diagnóstico de LES de nueve años a 16 años de edad.

Resultados: Se evaluaron 41 pacientes con diagnóstico de LES: 80.5% femenino y 19.5% masculino, de acuerdo a la encuesta de Morisky-Green se encontró una baja observancia en 7% de los pacientes contra observancia intermedia en 22% y alta en 71% de los pacientes. La prueba de auto comunicado o de Haynes-Sackett confirmó una observancia del tratamiento del 78% e inobservancia del 22%, aquellos que tenían menor tiempo de evolución de la enfermedad (un mes) tuvieron una baja observancia (7%) y aquellos con más tiempo de evolución (tres a siete años) tuvieron observancia media o alta (22% y 71% respectivamente). Se refirió una satisfacción terapéutica del 65.9%. El 12.2% refirió presentar depresión, el 48.8% lo negó y el 39% comentó que alguna vez se sentía deprimido.

Conclusiones: La falta de observancia del tratamiento es una causa frecuente de fracaso terapéutico y recaídas en enfermedades crónicas que debe valorarse siempre en los pacientes. Hace falta validar métodos con mayor sensibilidad y especificidad, sobre todo en niños. Nuestras acciones terapéuticas multidisciplinarias e integrales deben ir encaminadas a mejorar este aspecto.

TC-5/TC30

Esclerosis sistémica difusa juvenil en una lactante de nueve meses. Reporte de un caso clínico

Rodríguez A, Maldonado M, Faugier E

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Presentación del caso: Lactante que es ingresada al hospital por presentar endurecimiento de la piel desde los dos meses de edad, que al principio afectó miembros pélvicos y luego se diseminó al tronco, miembros torácicos y cara (fig. 1). Cuenta con una serie esofagogastroduodenal que reporta reflujo gastroesofágico grado II y resultados positivos para anticuerpos anti-centrómero y anti SCL-70. Se integró el diagnóstico de esclerosis sistémica.

Figura 1. Endurecimiento de la piel.



TC-5/TC31

Granulomatosis de Wegener con afección renal grave en pediatría. Reporte de dos casos

Lara P, Mendieta S

Hospital Materno Infantil ISSEMyM

La granulomatosis de Wegener (GW) es una vasculitis de pequeños y medianos vasos de etiología desconocida y comúnmente relacionada con anticuerpos anti-citoplasma del neutrófilo (ANCA). Es un desorden multisistémico autoinmunitario caracterizado por inflamación granulomatosa necrosante, necrosis de tejidos y grados variables de vasculitis. El patrón clínico clásico es una tríada que involucra las vías aéreas superiores, pulmones y riñones; El diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas, la biopsia de los órganos afectados y la presencia de ANCA en el suero. La gran mayoría de pacientes con vasculitis vinculada con ANCA alcanza el control

transitorio de la enfermedad con la terapia inmunosupresora actual. Suele manifestarse en la cuarta década de la vida, y si bien es poco frecuente en niños, puede ser una de las enfermedades observadas más a menudo por los Reumatólogos pediatras. La tasa de mortalidad es de 80% dos años después del inicio del cuadro y muchos de los pacientes no sobreviven más de cinco años. Presentamos el caso de dos pacientes. Caso 1: Masculino de nueve años de edad que inicia con la presencia de pseudotumor en párpado izquierdo, al realizar biopsia de la tumoración se diagnostica GW; en las pruebas paraclínicas se detecta afección en la función renal, se realiza biopsia renal y se reporta esclerosis del 50% de los glomérulos y glomerulonefritis proliferativa difusa, con ANCA de patrón citoplasmático (c-ANCA) positivo, se inicia tratamiento inmunosupresor y de sustitución renal. Caso 2: Masculino de 13 años de edad que inicia con aparición de tumor en párpado derecho; el resultado de la biopsia de dicha lesión muestra GW; prueba positiva de c-ANCA y proteinasa 3 (PR-3). Se inicia tratamiento inmunosupresor, que mantiene por seis meses y luego abandona por tres años. Acude de nuevo al Servicio de Urgencias por astenia, adinamia y tos crónica con esputo sanguinolento; se detecta hemorragia pulmonar, afección nasal e insuficiencia renal; se inicia tratamiento sustitutivo y se reinicia la inmunosupresión.

TC-5/TC32

Síndrome antifosfolipídico con afección valvular y trombosis intracardiaca. Presentación de un caso

Bernal F, López M, Vargas A

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Se reportan lesiones valvulares hasta en 83% de los pacientes con síndrome por anticuerpos antifosfolipídicos (SAAF), 4-6% requieren cirugía. La trombosis intracardiaca es una manifestación rara del SAAF, con predilección por las cavidades derechas. Caso clínico: Femenino de 32 años de edad con antecedente de trombosis venosa profunda en miembro pélvico izquierdo (2003). En 2007 inició con disnea de grandes esfuerzos y cianosis perioral. Un embarazo que a las 33 semanas requirió cesárea por preeclampsia (2010). A las 16 semanas se detecta VDRL positivo, anticuerpos antinucleares (ANA) positivos 1:320 (patrón citoplasmático) y antiglicoproteína I β 2 (α 2GPI) IgM e IgG positivos. Tratada con enoxaparina de la semana 16 a la 33. Ecocardiograma con anillo tricúspideo y nódulo en la pared lateral de aurícula derecha (AD) calcificados (25 x 23 mm). Se diagnosticó SAAF. La paciente suspendió el seguimiento hasta octubre del 2012, cuando ingresó a esta institución por edema de miembros inferiores, disnea de pequeños esfuerzos y disnea paroxística nocturna. Exploración física: ruidos cardiacos rítmicos con soplo regurgitante y retumbo protomesodistólico en foco tricúspideo, livedo reticular. Laboratorio: Hb17, leucocitos 11 100/mm³; plaquetas 110 000/mm³, complemento normal, TTPa 48.4, ANA (+) con patrón citoplasmático mitocondrial 1:640, homogéneo 1:640; anti-DNAse (-), α 2GPI IgG 69.9 U/mL, IgM 223 U/mL; anti-cardiolipina IgG 114 U/mL, IgM 168 U/mL; anticoagulante lúpico (factor reumatoide, 129). Ecocardiografía transtorácica: AD dilatada, engrosamientos nodulares calcificados en la válvula tricúspide y parte lateral de la AD. Trombo antiguo calcificado y trombo reciente, doble lesión tricúspide; presión sistólica en la arteria pulmonar (PSAP) 21 mmHg. Tomografía computarizada (TC): calcificación (36 x 32 x 30 mm) adherida al piso de la AD desde el istmo cavo-tricúspide hasta el plano valvular. Recibió enoxaparina terapéutica y dos plasmaféresis preoperatorias con lo que el anticoagulante lúpico resultó negativo. Se realizó cirugía valvular tricúspide colocando prótesis biológica y se extirpó tumoración calcificada (5 cm) dependiente de la valva posterior de la tricúspide extendiéndose a la pared libre de atrio derecho. Histopatología: valvulopatía crónica cicatricial extensamente calcificada focalmente ulcerada y trombosa.

Comentario: No hay tratamiento eficaz para la valvulopatía del SAAF y si bien rara vez requiere cirugía, ésta tiene alta morbimortalidad. La trombosis intracardiaca es potencialmente fatal y requiere anticoagulación.

TC-6/TC33

Tendinopatía por fluoroquinolona. Presentación de tres casos

Navarro G⁽¹⁾, Cuevas E⁽²⁾, Moreno R⁽²⁾, Magaña M⁽²⁾, Abud C⁽²⁾

⁽¹⁾Universidad Cuauhtémoc. Campus San Luis Potosí, ⁽²⁾Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis

Las fluoroquinolonas (FQ) son usadas para el tratamiento de un grupo amplio de enfermedades infecciosas, debido a su excelente absorción intestinal, penetración a tejidos y espectro antimicrobiano. Se han considerado relativamente seguras y bien toleradas. Aunque los primeros informes en la bibliografía datan de 1983, recientemente se han informado casos de tendinopatía y ruptura tendinosa en pacientes seniles, nefrópatas o diabéticos. Presentamos tres casos clínicos de pacientes que sufrieron afección del tendón de Aquiles secundario al uso de FQ. Caso 1: Masculino de 75 años de edad, que recibe tratamiento a base de ciprofloxacina 500 mg dos veces al día por 10 días por infección de vías urinarias. Tres semanas después de iniciar el tratamiento, presenta dolor en región de gastrocnemios de ambos lados, así como en los tendones de Aquiles; por lo que se le prescriben diferentes tratamientos con mejoría relativa. Se aplica esteroide intramuscular y tres días después presenta exacerbación del cuadro, por lo que acude a consulta de reumatología, donde se diagnostica tendinitis y por ultrasonografía ruptura tendinosa parcial. Tratado con inmovilización y cirugía bilateral. Caso 2: Femenino de 63 años de edad que padece hipotiroidismo tratado, hipercolesterolemia tratada con rosuvastatina, artritis reumatoide (AR) clase funcional I, tratada con leflunomida, hidroxycloquina y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Presentó cuadro de infección gastrointestinal, por lo cual se le prescribió levofloxacina 750 mg cada 24 h por siete días. Siete días después de concluir el tratamiento experimenta dolor e inflamación de tendón de Aquiles con datos de ruptura mínima por ultrasonido, por lo que se le coloca férula para inmovilización, responde al tratamiento. Caso 3: Femenino de 65 años de edad con diagnóstico de AR de 35 años de evolución clase funcional II, tratada con metotrexato, prednisona y AINE; así como hipercolesterolemia tratada con pravastatina. Recibe tratamiento con ciprofloxacina 500 mg cada 12 h por 10 días por infección de vías urinarias. Cinco días después de concluir tratamiento presenta dolor e inflamación de tendón de Aquiles; con ultrasonido se demuestra la presencia de ruptura tendinosa importante con presencia de líquido peritendinoso. Se realiza cirugía e inmovilización de la extremidad con resolución del problema.

TC-6/TC34

Taponamiento cardiaco como complicación del síndrome de CREST

Gómez A, Ramírez J, Rodríguez E

Hospital General de Zacatecas

Introducción: Las enfermedades reumáticas afectan a múltiples órganos, con frecuencia producen enfermedades cardiovasculares. La cardiopatía puede producirse en pacientes con un diagnóstico ya establecido de esclerosis sistémica o ser la forma de presentación inicial de la misma; la pericarditis fibrinosa se ha observado hasta en un 70% de las autopsias. Dos estudios de ecocardiografía han descrito derrames pericárdicos pequeños en 14% de 77 pacientes y en ninguno de 106 pacientes.

Presentación del caso: Masculino de 59 años de edad con antecedente de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) de cuatro años de diagnóstico. Ingreso por cuadro de disnea y dolor torácico, se descarta insuficiencia coronaria guda y se documenta taponamiento cardiaco con compromiso hemodinámico. Se indica la intervención quirúrgica de urgencia con drenaje de 2000 cc de líquido pericárdico hemático. Ingresó al Servicio de Medicina

Interna, refiere un mes de evolución con disnea progresiva y datos de bajo gastocardiaco, tos crónica de predominio nocturno en decúbito dorsal, dolor abdominal leve en hipocondrio derecho sin factores que los agraven y sensación de pesadez, disfagia a sólidos de varios meses de evolución, pirosis y epigastralgia, edema de miembros inferiores de predominio vespertino, fenómeno de Raynaud de cuatro años de evolución, pérdida de peso de 25 kg en tres años. Exploración física: múltiples telangiectasias en cara y extremidades superiores, ingurgitación yugular grado III, derrame pleural bilateral, ruidos cardiacos de baja intensidad, frote pericardico, soplo tricuspídeo grado II/VI, calcinosis en falange distal de dedo índice izquierdo, pulgar y dedo medio derecho, esclerodactilia. Biometría hemática: Leucocitos 13100/mm³, neutrófilos 84 600/mm³, linfocitos 3 300/mm³, monocitos 1000/mm³, Hb 13.1, plaquetas 229 000/mm³. Química sanguínea: glucosa 123 mg/dl, nitrógeno ureico 70.6 mg/dl, urea 106, creatinina 1.5 mg/dl. Pruebas de función hepática: albúmina 1.6 g/dl, bilirrubina total 1.2 mg/dl, bilirrubina indirecta 0.7 mg/dl, aspartato aminotransferasa 34.7 U/L, alata aminotransferasa 16 U/L, fosfatasa alcalina 297.7U/L, deshidrogenasa láctica 176 U/L. Análisis de líquido pericárdico: hemático, glucosa fuera de rango bajo. celularidad: leucocitos 330 (100% mononucleares), eritrocitos 60 500 mm³. Anticuerpos antinucleares (ANA) 1:160, anti-centrómero positivos. Rayos X de tórax con derrame pleural bilateral y silueta cardiaca en garrafa. ECG con bloqueo bifascicular: completo de rama derecha y de fascículo anterior del haz de His. Hipertensión pulmonar 50 mmHg. Biopsia: Pericarditis fibrinosa. Las manifestaciones cardiacas de la esclerodermia son raras y aún más en la forma limitada, en nuestro caso cursó con taponamiento cardiaco y bloqueos de la conducción como manifestación de la enfermedad, la positividad de ANA está asociada con manifestaciones sistémicas en el síndrome de CREST.

TC-6/TC35

Características clínicas y respuesta terapéutica en pacientes mexicanos con enfermedad de Behcet

Vera O⁽¹⁾, García E⁽¹⁾, Bernard A⁽²⁾, Casarrubias M⁽¹⁾, García M⁽³⁾, Flores D⁽⁴⁾, Jara L⁽⁵⁾, Muñoz O⁽⁶⁾, Pérez M⁽⁷⁾, Pineda L⁽¹⁾, Olguín M⁽⁸⁾, Xibillé D⁽⁹⁾

⁽¹⁾Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México, D.F., ⁽²⁾Departamento de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio de Alcalde, Guadalajara, Jalisco, ⁽³⁾Hospital San José, Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, ⁽⁴⁾Departamento de Reumatología, Hospital Universitario José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León, ⁽⁵⁾Dirección de Investigación y Educación en Salud, Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, México, D.F., ⁽⁶⁾Hospital Central Militar, ⁽⁷⁾Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, México, D.F., ⁽⁸⁾Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, México, D.F., ⁽⁹⁾Hospital Inovamed

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis sistémica que predomina en regiones asiáticas donde es causa importante de ceguera. Se caracteriza por episodios recidivantes de úlceras orales y genitales, así como uveítis y otras manifestaciones. Se desconocen las características clínicas de la EB en la población mexicana y su respuesta terapéutica.

Objetivo: Analizar las manifestaciones clínicas y respuesta terapéutica en pacientes mexicanos con EB.

Método: Estudio multicéntrico que incluyó 18 casos de pacientes con EB que cumplieran los criterios de la *International Criteria for Behcet's Disease*. Se aplicó un cuestionario para obtener la información clínica y terapéutica.

Resultados: Se incluyeron cuatro hombres y 14 mujeres, con edad promedio 42 años (24-66 años). La evolución de la EB fue de nueve meses hasta 50 años. Manifestaciones clínicas: úlceras orales 100%, úlceras genitales 77%, manifestaciones cutáneas 66%, muísculoesqueléticas 55%, neurológicas 44%, oftálmicas 38%, cardiovasculares 22%, gastrointestinales 16%, pulmonares 11%, renales 11% y genitales en un 6%. Las manifestaciones más

graves fueron: insuficiencia respiratoria (un caso), neuritis óptica (un caso), compromiso neurológico (tres casos) uno con vasculitis del sistema nervioso central, uno síndrome del tallo cerebral y otr con ambos. El tratamiento fue con esteroides en 94%, azatioprina en 53%, colchicina en 41%, talidomida en 24%, ciclofosfamida en 18%, AINE, dapsona, metotrexato y ciclosporina en 12%, y en casos aislados: micofenolato, pentoxifilina, cloroquina, mesalazina, sulfasalazina, cloramibucilo y anticoagulación oral. En dos casos de compromiso neurológico se empleó terapia biológica (infiximab). Las manifestaciones mucocutáneas y articulares tuvieron una buena respuesta al tratamiento. En cambio, los casos con neuritis óptica y compromiso neurológico tuvieron una mala respuesta al tratamiento, a pesar del empleo de terapia biológica.

Conclusión: En la población mexicana las manifestaciones predominantes de la EB fueron las mucocutáneas; sin embargo, se encontró una alta incidencia de compromiso neurológico (44%) con mala respuesta terapéutica, a pesar del uso de terapia biológica.

TC-6/TC36

Rhupus. Concepto en evolución

Cabral A⁽¹⁾, Valdés L⁽²⁾

⁽¹⁾Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Salvador Zubirán, ⁽²⁾Hospital Angeles Lomas

Introducción: En 1971 Peter Schur acuñó el término de "rhupus" para describir la enfermedad de pacientes con datos clínicos y serológicos concomitantes de lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide. Reportes posteriores han detallado las características de esta entidad en población mexicana. Este trabajo muestra dos momentos diferentes de la evolución de este síndrome. Nuestro objetivo es resaltar los cuadros clínicos e incluir la posibilidad de la variante de 'rhupus temprano'. Casos clínicos: Caso 1: Femenino de 35 años de edad con artralgias de cinco meses de evolución en carpo izquierdo, manos y ambos codos, con rigidez matutina mayor de una hora, en clase funcional II-III. A la exploración física destacó sinovitis en carpo izquierdo, 1a y 2a articulaciones metacarpofalángicas (MCF) e interfalángicas (IFP) de forma simétrica. De los estudios de laboratorio resaltaron velocidad de sedimentación globular de (VSG) 33 mm/min, factor reumatoide (FR) 126 UI/ml, anticuerpos anti-peptido cíclico citrulinado (CCP) 477 U/ml (nl: <20), anticuerpos antinucleares (AAN) positivos 1:1280 con patrón nuclear y mitocondrial 1:320 con anti- DNAde de 40.6 U/ml (nl: <19), anti-Ro 77.1 U/ml (nl: 9.1) y anti-La 10.4 U/ml (nl: 7.0). Las radiografías de manos mostraron osteopenia juxtaarticular sin erosiones. Recibió metotrexato, hidroxilcloroquina y prednisona a dosis bajas con muy buena respuesta. Un año después está asintomática, ya sin prednisona. Caso 2: Femenino de 61 años de edad, referida en 1984 por poliartritis con leucocitopenia. Se encontró eritema malar, fotosensibilidad, rigidez matutina, sinovitis discreta en carpos, codos, IFP, con captación de DNA de hasta 74% (Farr: nl: 30%). AAN por inmunofluorescencia con patrón homogéneo ++. Durante su seguimiento se notó livedo reticularis, labios con borde vermíllon, úlceras orales y artropatía no deformante. Radiografías de manos sin erosiones. En octubre de 2002 se documentó por primera vez factor reumatoide positivo (1610 UI/ml). Sus anticuerpos anti-CCP resultaron en 272 U/ml. Actualmente en control con metotrexato, prednisona a dosis bajas e hidroxilcloroquina.

Discusión: En 2002, Simón et al., definieron las características clínicas e inmunogenéticas del rhupus en 22 pacientes mexicanos. Ningún paciente inició su padecimiento con características de LES. Nuestro informe llama la atención sobre la importancia de sospechar la posibilidad de la variante temprana del rhupus y el tratamiento agresivo que prevenga las deformidades, ideal hasta ahora no alcanzado. Estudios posteriores ayudarán a definir mejor esta posibilidad.

TC-6/TC37

Enfermedades reumatológicas autoinmunitarias y neoplasias. Serie de casos

Juárez I, Vargas A

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Introducción: Hay mayor prevalencia de neoplasias en pacientes con enfermedad autoinmunitaria. Dentro de las asociaciones más fuertes se encuentran el síndrome de Sjögren (SS) y el linfoma, en particular el tejido linfoide relacionado con la mucosa, la artritis reumatoide (AR) y el linfoma no Hodgkin; el lupus eritematoso sistémico (LES) y el linfoma no Hodgkin, cáncer pulmonar y hepatobiliar; entre otras.

Objetivo: Describir los pacientes con enfermedades autoinmunitarias y neoplasias, seguidos en un centro de atención de tercer nivel.

Metodología: Se incluyeron todos los pacientes con enfermedad autoinmunitaria y neoplasia seguidos en la consulta externa de reumatología de un centro de atención de tercer nivel entre mayo y septiembre de 2013. Se consideraron pacientes con enfermedad reumatológica autoinmunitaria que hayan presentado una neoplasia un año antes del diagnóstico reumatológico o después. Se revisaron los expedientes para obtener los datos demográficos, antecedentes, rasgos de la enfermedad autoinmunitaria, neoplasia y terapéutica empleada.

Resultados: Se revisaron 19 expedientes (18 mujeres y un hombre), la edad promedio fue de 55.3 años. El tiempo promedio entre el diagnóstico de la enfermedad reumatológica y la neoplasia fue de 2.94 años. Seis pacientes tenían antecedentes heredo-familiares de enfermedades autoinmunitarias y cinco de neoplasias. Ocho sujetos tenían AR (dos con síndrome de Sjögren [SS] secundario), tres tenían SS primario, dos con LES, dos con esclerosis sistémica (una limitada y una difusa), un caso de dermatomiositis, uno de amiloidosis y lupus cutáneo subagudo. Nueve tienen cáncer de mama (AR cinco, esclerosis sistémica dos, LES uno, dermatomiositis uno), seis desarrollaron linfoma (lupus cutáneo subagudo uno, AR y SS uno, SS cuatro), dos tuvieron cáncer de tiroides (AR uno, AR y SS uno), uno leucemia linfoblástica aguda (LES) y uno mieloma múltiple (amiloidosis).

Discusión: Las neoplasias como los linfomas tienen una relación clara con las enfermedades reumatológicas autoinmunitarias, sin embargo, otros tumores, como las de mama y tiroides no se describen con frecuencia, pero deben buscarse e incluirse en la exploración rutinaria.

Conclusiones: En pacientes con enfermedades autoinmunitarias es indispensable investigar datos sugestivos de neoplasias, no sólo cuando desarrollan síntomas sino realizando interrogatorios y exploraciones completas, ya que la detección precoz mejora el pronóstico.

TC-6/TC38

Efecto de algunos factores biomecánicos y sociodemográficos en el riesgo de tendinopatía de Quervain. Un estudio de casos y controles

Álvarez J⁽¹⁾, Barrantes B⁽²⁾, Peláez I⁽²⁾, García C⁽²⁾

⁽¹⁾Instituto Mexicano del Seguro Social. Mérida, ⁽²⁾Hospital General de México

Introducción: La prevalencia de tendinopatía de Quervain (TDQ) es del 8%, se define como un engrosamiento de las vainas tendinosas que forman el ligamento dorsal del carpo. Desde las primeras descripciones de TDQ realizadas en 1897 por Quervain, no se ha avanzado en el conocimiento de los factores clínicos y sociodemográficos asociados.

Objetivos: Determinar el efecto de los factores biomecánicos y sociodemográficos en la presencia de TDQ.

Pacientes y métodos: Estudio transversal que incluyó a todos los pacientes que acudían a consulta del Hospital General de México por dolor en la muñeca, incluyéndose pacientes con y sin TDQ; la TDQ se definió según los criterios Southampton. Se evaluaron características sociodemográficas, de comorbilidad y biomecánicas de ambos grupos; se establecieron los

factores asociados al desarrollo de TDQ a través de una estrategia de análisis de casos y controles. Análisis estadístico: análisis univariado con prueba de Ji cuadrada para variables independientes y dependientes, se estableció un nivel de significancia de alpha de 0.05, y aquellas variables que resultaron significativas se analizaron en un modelo de regresión logística por pasos (razón de momios [OR] con un IC 95%).

Resultados: Se incluyeron 40 sujetos con TDQ y 36 controles. Todos los casos de TDQ ocurrieron en mujeres. Los pacientes con TDQ tuvieron episodios de dolor de menor tiempo de duración, pero de mayor intensidad, lo que obligó a dejar de trabajar a la mitad de los pacientes. El antecedente de uso de herramientas que producen vibraciones resultó importante ($p=0.007$). El tiempo dedicado a ciertas actividades también se relacionó con TDQ, como realizar presión sobre la palma, uso de máquina de escribir, flexión/extensión de la muñeca, abducción/aducción del pulgar. El antecedente de estar a cargo de un menor de dos años resultó ser predominante en pacientes con TDQ ($p=0.008$). La edad, con un OR 1.12 ($p=0.007$, IC 1.03-1.23), y la escolaridad, con OR 4 ($p=0.001$, IC 1.7-9.1), fueron factores asociados al desarrollo de TDQ.

Conclusiones: Es importante caracterizar los factores biomecánicos y sociodemográficos asociados a TDQ. Los datos obtenidos en una población abierta nos permiten identificar los factores de riesgo y de esta forma poder incidir en la prevención y mejor tratamiento de la TDQ.

TC-6/TC39

Correlación de la predicción del riesgo de fractura osteoporótica mediante el instrumento FRAX[®] México, con y sin el valor de densidad mineral ósea

Horta G⁽¹⁾, Pérez Bolde A⁽¹⁾, Pérez A⁽¹⁾, Romero M⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Reumatología. Hospital General Regional No. 220, IMSS. Toluca, Estado de México, ⁽²⁾Coordinación de Educación e Investigación en Salud, IMSS. Delegación Estado de México Poniente

Introducción: La capacidad de evaluar la fuerza del esqueleto mediante el uso de la absorciometría dual de Rx (DXA) dio lugar a que la OMS definiera a la osteoporosis en términos de densidad mineral ósea (DMO). Sin embargo, esta última carece de sensibilidad, dado que se ha comprobado que la mayor parte de las fracturas se producen en pacientes con osteopenia. El objetivo actual radica en identificar al paciente con alto riesgo de fractura. El FRAX[®] es un algoritmo que calcula el riesgo de fracturas usando factores clínicos de riesgo (FCR), con o sin el dato de la DMO, demostrándose como un buen factor predictivo de fracturas osteoporóticas, por lo cual se considera una herramienta útil en países donde la DXA no está ampliamente disponible, como el nuestro.

Objetivo: Evaluar la correlación y concordancia del riesgo de fractura mediante el instrumento FRAX[®] México basada en los factores de riesgo, con y sin empleo de DMO.

Métodos: Estudio transversal correlacional. Se incluyeron todos los pacientes >40 años referidos a la consulta externa de Reumatología durante el lapso de un año que no recibían tratamiento para osteoporosis. Se obtuvieron los FCR y se determinó su riesgo de fractura mediante la herramienta FRAX, con y sin el valor de la DMO. Para evaluar el acuerdo entre los dos métodos se determinó la correlación del riesgo de fractura mayor (RFM) y riesgo de fractura de cadera (RFC) mediante la correlación de Spearman, así como el grado de concordancia mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI). Se clasificaron los pacientes conforme el RFM en tres grupos (bajo, moderado y alto) y se determinó su concordancia mediante el índice de Kappa.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes consecutivos, 87 eran mujeres, con edad media de 65.78 años (intervalo 43-89). De acuerdo al valor de DMO, cinco pacientes tenían osteoporosis establecida, 17 osteoporosis, 38 osteopenia y 29 DMO normal. La mayoría no tenía ningún FCR ($n=65$), 14 tenía un FCR, ocho tenían dos FCR y sólo dos tenían tres FCR; ocho pacientes

presentaron una fractura osteoporótica. La correlación del RFM con y sin DMO fue alta ($r=0.896$), con una muy buena concordancia (CCI 0.922; 0.883-0.949). A nivel del RFC la correlación fue alta ($r=0.823$) y muy buena concordancia (CCI 0.853; 0.784-0.901). Cuando se clasificaron los pacientes con base en su riesgo se encontró un grado de concordancia bueno (Kappa 0.664).

Conclusión: El FRAX es un instrumento capaz de brindar una estimación del riesgo de fracturas osteoporóticas, aun en ausencia del valor de la DMO.

TC-6/TC40

Tuberculosis extrapulmonar y terapia biológica

Pablo L, Irazoque F, Andrade L

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE. México D.F.

La infección por tuberculosis (TB) es la principal causa infecciosa de mortalidad en el mundo. Nuestro país es una zona endémica de TB, y en los últimos años hubo incremento en la presentación de casos nuevos. Hay una clara asociación de presentación de la enfermedad en pacientes inmunosuprimidos, descrito en pacientes con patología reumatológica, donde el riesgo de desarrollarla se asocia al uso de esteroides, fármacos inmunosupresores y biológicos. De estos últimos, la asociación es clara con el uso de anti-TNF. En nuestro servicio un porcentaje importante de pacientes son tratados con terapia biológica, por lo que realizamos una búsqueda intencionada de la aparición de TB en los últimos 10 años. Revisamos la base de datos del servicio buscando todos los pacientes, independientemente del diagnóstico de base, que hubieran sido detectados con TB. Los resultados mostraron a nueve pacientes, de 4 527 pacientes. Estos se catalogaron por enfermedad, tratamiento y forma de presentación. Todos los pacientes fueron mujeres, edad promedio de 50 años (intervalo 18-68), con tiempo promedio de evolución de la enfermedad subyacente de 8.3 años. Todas con terapia biológica, dosis variables de esteroides e inmunosupresores antes del desarrollo de TB. Los diagnósticos fueron: un caso de miopatía inflamatoria, uno de espondilitis anquilosante, siete con artritis reumatoide. Previo a la TB, todas tenían PPD negativo, radiografía de tórax normal, tres casos con prueba de quantiferón negativa. Forma de presentación de TB: Tres TB ganglionar, dos TB en el sistema nervioso central, uno como mastitis tuberculosa, dos con TB peritoneal, uno con TB renal. La frecuencia de TB en nuestros pacientes es baja si se considera el antecedente de uso de esteroides, inmunosupresores y terapia biológica, mismos que son factores conocidos para el desarrollo de TB. Cabe resaltar la presentación extrapulmonar de la enfermedad en todos los casos y el desarrollo de la misma a pesar de tener una detección negativa previa. Los anti-TNF son los únicos medicamentos para los cuales se ha establecido la importancia de la detección de TB, sin embargo, éste debe aplicarse en todas las pacientes con patología reumatológica en el momento del diagnóstico y no antes de iniciar terapia biológica, ya que el tipo de terapéutica coloca a los pacientes en un estado de inmunosupresión que favorece el desarrollo de infecciones latentes; también debe insistirse en la vigilancia de datos clínicos a lo largo de todo el tratamiento.

TC-6/TC41

Mejoría reportada por el paciente con osteoartritis de mano en tratamiento con FARME

Arana A, Vega D, Esquivel J, Garza M

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

La osteoartritis (OA), es la enfermedad articular más prevalente, en los últimos años se ha incrementado el conocimiento de la fisiopatología

inflamatoria de la enfermedad y por ende el uso de diferentes fármacos en su tratamiento.

Objetivo: evaluar la respuesta del paciente con el uso de fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) en OA de manos (OA-M).

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, transversal (revisión de expedientes) donde se buscó pacientes con OA-M y tratamiento con FARME; se incluyeron aquellos que tenían una evaluación clínica previa y una posterior al uso de FARME. Se determinó mejoría si el paciente reportó o no disminución de la sintomatología con el uso de estos fármacos, a pesar de la evaluación clínica del Reumatólogo.

Resultados: Incluimos 38 pacientes con diagnóstico de OA-M; de ellos 21 (55.3%) pacientes presentaron cambios erosivos de la enfermedad; la edad media fue 57.9 (DE 10.8) años y la mayoría era del sexo femenino (97.4%). Los FARME utilizados fueron metotrexato, hidroxiquina y cloroquina. El periodo entre el inicio de los fármacos y la segunda evaluación fue entre seis semanas y seis meses. Se encontró que 81.6% de los pacientes reportó mejoría, sin existir diferencias entre los FARME utilizados. Asimismo, no encontramos diferencias significativas entre la respuesta del paciente y el uso de glucosamina y antiinflamatorios no esteroideos. En la evaluación de número de articulaciones afectadas (28 articulaciones) no se encontró diferencias antes o después del uso de FARME.

Discusión: El uso de FARME en OA se ha descrito antes, ahora ya se cuenta con otras terapias más costosas, como los fármacos biológicos, para el control de síntomas. En este estudio se encontró una respuesta favorable con uso de FARME, consideramos por la naturaleza y la distribución articular de la enfermedad que el conteo articular no reflejó la percepción del paciente con el tratamiento. A pesar de que este estudio cuenta con limitaciones por el número de pacientes evaluados, falta de un registro sistematizado y de distribución aleatoria, consideramos que es necesario valorar el uso de otros fármacos en el tratamiento de la OA que tengan mayor costo-beneficio para los pacientes.

Conclusión: En esta población de OA, se encontró una mejoría favorable reportada por el paciente con el uso de FARME.

TC-7/TC42

Correlación del puntaje del inventario de depresión de Beck con características clínicas de mujeres con artritis reumatoide

Hernández P⁽¹⁾, Rocha A⁽¹⁾, Flores A⁽¹⁾, Félix F⁽¹⁾, Ramírez M⁽¹⁾, Díaz V⁽¹⁾, Torres Y⁽¹⁾, Celis A^(1,2), Nava A⁽¹⁾, Salazar M⁽³⁾, González L⁽³⁾, Gámez J⁽¹⁾

⁽¹⁾Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS ⁽²⁾Dirección de la División de Disciplinas para el desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud, Universidad de Guadalajara. ⁽³⁾División de Investigación en Salud de la UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS. ⁽⁴⁾Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional No. 110, IMSS

Introducción: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen dos veces más riesgo de presentar depresión que la población general. El desarrollo de síntomas depresivos en AR puede afectar su calidad de vida en forma relevante.

Objetivo: Identificar las características clínicas de mujeres con artritis reumatoide relacionadas con mayores puntajes en el inventario de depresión de Beck (IDB).

Material y métodos: Estudio transversal. Se evaluaron 141 mujeres con AR (ACR 1987); se identificaron variables clínicas que incluían tiempo de evolución de la enfermedad; puntajes del DAS28, HAQ-Di; escalas análogo-visuales de dolor, rigidez y actividad; títulos de factor reumatoide (FR); manifestaciones extraarticulares; y proteína C reactiva (PCR). Un entrevistador les aplicó el IDB y se obtuvieron puntajes clasificados en cinco

categorías: normal 1-10 puntos, 11-15 depresión leve, 16-29 depresión moderada, 30-39 depresión severa y > 40 depresión extrema. Análisis estadístico: Para comparación de medias entre subgrupos, prueba *t* de Student para muestras independientes. Correlación de Pearson para determinar la fuerza de asociación entre variables cuantitativas con el puntaje del IDB.

Resultados: Se evaluaron 141 mujeres con AR, la media de edad fue de 55.4 ± 10.9 años. Tiempo de evolución de la enfermedad 10.7 ± 8.9 años, puntaje DAS28: 4.5 ± 1.4 puntos, HAQ-DI: 0.66 ± 0.56 puntos, factor reumatoide 1.01 ± 210.5 y proteína C reactiva 16.04 ± 15.5. El 67.4% de las mujeres estaba casado y 78.7% era posmenopáusico. De acuerdo al puntaje del IDB se encontró que 44.9% clasificaron como normales, mientras que 22% de las mujeres tenían depresión leve, 11.3% depresión moderada, 10.6% depresión severa y 9.2% depresión extrema. Se observó correlación entre el puntaje del IDB con el puntaje de DAS28 ($\rho=0.38$, $\rho<0.001$), rigidez ($\rho=0.26$, $\rho=0.003$) y gravedad de actividad de la enfermedad ($\rho=0.37$, $\rho<0.001$).

Conclusiones: Una elevada frecuencia de las pacientes con AR tiene puntajes elevados del IDB. Estos puntajes están asociados a enfermedad más severa en parámetros de actividad y funcionalidad. El IDB es una útil herramienta para detectar síntomas de depresión para cumplir los objetivos terapéuticos de mejorar la calidad de vida en estas personas.

TC-7/TC43

Capacidad de autocuidado en pacientes con artritis reumatoide del Servicio de Reumatología del Instituto Nacional de Rehabilitación

Bernal A, Hernández A, Espinosa R, Hernández L, Pineda C

Instituto Nacional de Rehabilitación

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmunitaria, degenerativa, en México lo prevalencia fue de 0.3%. En el INR es la primera causa de consulta en reumatología, la AR limita las actividades de la vida diaria, laborales, relaciones sociales, y la educación es un componente importante del autocuidado y complementa el tratamiento médico.

Objetivo: Evaluar la necesidad de autocuidado que tienen los pacientes con AR del Servicio de Reumatología.

Metodología: Estudio piloto donde se aplicó el instrumento escala valoración de agencia de autocuidado (ASA), con 24 elementos tipo Likert; se utilizó estadística descriptiva para datos y valores. El puntaje posible es de 24 a 96 puntos en total. A estos valores se les realizó su equivalencia porcentual de 0% a 100%.

Resultados: La edad osciló entre 27-75 años, con un promedio de 50 años, desviación estándar 12.27 años; 35.29% de los pacientes estudió el bachillerato, el 11.76% trabaja y 88.24% depende de algún familiar; el ASA, se percibe como Muy buena en 64.70% el 35.29% tiene Buena capacidad de autocuidado. El mantenimiento entre soledad e interacción social tuvo porcentajes de muy bajos en un 26.47% y bajo con 29.41%, en contraste la capacidad de prevención de riesgos para la vida humana, fue muy buena (67.64%).

Conclusiones: En general la capacidad de agencia de autocuidado es buena en relación con la escala ASA, destaca el trabajar en equipo multidisciplinario permitiéndole al paciente participar en su autocuidado.

TC-7/TC44

Perfil epidemiológico de una cohorte de pacientes con artritis reumatoide temprana durante su evaluación inicial, en el Noreste de México

Silva K⁽¹⁾, Pérez L⁽¹⁾, Luna C⁽¹⁾, Nava A⁽²⁾, Garza M⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hospital Universitario José Eleuterio González. Monterrey, Nuevo León, México, ⁽²⁾ Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. UMAE-HE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco/Universidad Autónoma de Guadalajara

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmunitaria con afección potencialmente multiorgánica, cuya evolución puede conducir a daño estructural articular con discapacidad funcional. Una de las herramientas para clasificar a la AR son los criterios del *American College of Rheumatology* de 1987 (ACR 1987). El tratamiento oportuno mejora el pronóstico en estos pacientes, por lo que es prioritario clasificar y diagnosticar la AR lo más temprano posible en su evolución, reconociéndose este concepto como AR temprana (ART) y representado en la versión 2010 de los criterios (ACR 2010). En este trabajo retrospectivo se describen las características clínico-demográficas de un grupo de pacientes con ART atendidos en un Servicio de Asistencial con la finalidad de analizar su comportamiento y así comprender más la patología en cuestión durante su primer contacto en una clínica especializada.

Pacientes y métodos: Pacientes con ART diagnosticados por los criterios de la ACR 1987 con evolución menor a un año. Se recabaron del expediente las características clínico-demográficas y se les evaluó adicionalmente mediante los criterios la ACR del año 2010. El estudio fue de tipo descriptivo epidemiológico.

Resultados: De una cohorte de 40 casos de ART, se analizaron 35 mujeres y cinco hombres, con edad media de 44 años, mínima de 18 y máxima de 61. Tiempo de evolución (meses) a la primera consulta 8.3 ± 4.4; índice de masa corporal 28.8 ± 5 kg/m²; anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (CCP) = 38.6 ± 148, factor reumatoide positivo en el 32.5%. La proporción de cumplimiento de los criterios con ACR 1987 y con ACR 2010 fue de 90% y 92.5% respectivamente.

Discusión: Se observa un predominio del género femenino, probablemente asociado a factores biológicos. Destacan las características serológicas con baja frecuencia de factor reumatoide y mayores niveles detectables de aCCP. Al momento de la inclusión en este estudio la frecuencia de cumplimiento de criterios mostró equiparabilidad entre los ACR 1987 con los ACR 2010, sin embargo, existe hasta un 7.5% de los casos que los Reumatólogos tratantes clasificaron clínicamente como AR, aunque no cumplieran los criterios. En una fase secuencial de análisis del seguimiento de los pacientes, deberá incluirse el cambio serológico, cambio en parámetros clínicos y en estudios posteriores, pacientes con tiempo de evolución entre 0 y seis meses.

TC-7/TC45

Análisis del perfil de citocinas Th1, Th2, Th17 y su relación con el tiempo de evolución y la actividad clínica en artritis reumatoide

Reyes Z⁽¹⁾, Ruiz Y⁽¹⁾, Palafox C⁽²⁾, Oregón E⁽³⁾, Muñoz J⁽³⁾

⁽¹⁾ Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, ⁽²⁾ Servicio de Reumatología, Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, ⁽³⁾ Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica autoinmunitaria que se caracteriza por inflamación crónica y destrucción progresiva de las articulaciones. Se postula que en su patogénesis existe un predominio de citocinas inflamatorias del perfil Th1 (TNF- α , IFN- γ , IL-1B, IL-12) sobre el perfil Th2 (IL-4, IL-6, IL-10, IL-13), y de citocinas del perfil Th17 (IL-17, IL-21, IL-23) sobre el perfil Treg (IL-10, TGF- β). Sin embargo, la enfermedad es altamente heterogénea debido a que los perfiles de citocinas no son constantes durante la evolución de la enfermedad. Además, su relación con la actividad clínica permanece poco estudiada.

Objetivo: Analizar los perfiles de citocinas Th1 (TNF- α , IFN- γ , IL-1B, IL-12), Th2 (IL-4, IL-6, IL-10, IL-13) y Th17 (IL-17) en artritis reumatoide y

evaluar su relación con el tiempo de evolución y los parámetros de actividad clínica.

Metodología: Se analizaron 30 pacientes con AR divididos en tres subgrupos (AR temprana < 2 años; AR establecida > 5 años; AR sin tratamiento previo) y 10 sujetos control (SC). En los pacientes con AR se determinaron los índices de actividad y discapacidad funcional (DAS28 y HAQ-DI). En AR y SC se determinaron velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), factor reumatoide (FR) y anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (CCP). La cuantificación sérica de citocinas Th1, Th2 y Th17 se realizó mediante un ensayo múltiple (MAGPIX). El análisis estadístico se realizó con el software STATA 11.0.

Resultados: Los niveles de las citocinas IL-12, IL-1B e IL-6 se incrementan significativamente desde etapas tempranas de la AR (< 2 años) en comparación con SC y los valores tienden a aumentar en AR establecida. Los niveles de TNF- α , IL-4, IL-10, IL-13 e IL-17 tienden a ser mayores sólo en AR establecida. Se encontraron correlaciones altas entre citocinas Th1 (p. ej. TNF- α e IL-12, $rs=0.77$) y moderadas entre Th1 y Th2 (p. ej. IL-1B e IL-10, $rs=0.59$). La PCR correlacionó con IL-12 ($rs=0.52$), IL-1B ($rs=0.32$) e IL-6 ($rs=0.26$) y los anti-CCP correlacionaron con el FR ($rs=0.54$), TNF- α ($rs=0.41$) e IL-6 ($rs=0.39$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que existe producción paralela de citocinas tanto del perfil Th1 como del perfil Th2 en AR temprana que tienden a incrementar en AR establecida, mientras que la producción de IL-17 es mayor en la AR establecida. Son necesarios estudios longitudinales de mayor poder estadístico para aclarar la evolución de los perfiles de citocinas en AR temprana.

TC-7/TC46

Correlación clínica y bioquímica de la actividad de artritis reumatoide y autoinmunidad tiroidea

González J, Aranda L, Ramos M, Becerra A, Mejía Y

UMAE Hospital de Especialidades No. 25, IMSS, Monterrey, N.L.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria en la cual convergen factores genéticos, inmunitarios y ambientales. Existe la posibilidad de asociación con otras enfermedades de patogénesis similar, entre éstas se encuentran las tiroiditis autoinmunitarias, que pueden tener como manifestación hipertiroidismo, o como expresión final del proceso inflamatorio, el hipotiroidismo.

Objetivo: Determinar la coexistencia de enfermedad autoinmunitaria tiroidea en pacientes con AR y su relación con la actividad o remisión de la misma, evaluados en el Servicio de Reumatología de nuestro hospital.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes de la consulta externa, durante el periodo de marzo a septiembre de 2013, mayores de 18 años, que cumplieron con los criterios de clasificación del ACR 1987 y ACR-EULAR 2010. Se excluyeron pacientes con diagnóstico previo de enfermedad tiroidea y tratamiento con levotiroxina. Se midieron los anticuerpos anti peroxidasa (anti TPO), hormona estimulante de tiroides (TSH), anti péptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP), factor reumatoide (FR), velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR). Se determinó la actividad de la AR mediante DAS28 VSG.

Resultados: Se incluyeron un total de 57 pacientes, edad media 51.4 años (intervalo 20-81), 87.7% femenino y 12.2% masculino. Un total de 43 pacientes (75.4%) tenían tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de

la enfermedad (FARME), 10 pacientes (17.5%) con anti-TNF, 4 (7%) con rituximab y uno con tocilizumab; 16 presentaron niveles elevados de anticuerpos anti TPO, de los cuales tres (18.75%) se encontraban en remisión, dos (12%) con actividad baja, cuatro (25%) con actividad moderada y siete (43.7%) con actividad elevada. De estos pacientes, 11 tuvieron anticuerpos anti-CCP positivos a títulos elevados con un promedio 131 U/ml; 10 pacientes (17.5%) tuvieron elevación de TSH, de los cuales, cinco (45.5%) tenían actividad alta de la enfermedad y cinco (45.5%) actividad moderada, sólo uno estaba en remisión; nueve de estos pacientes tuvieron anticuerpos anti-CCP.

Conclusiones: Encontramos un porcentaje mayor de anticuerpos anti TPO (28%), que lo reportado en la bibliografía. De los pacientes con elevación de anti-TPO, 68.7% tenían actividad moderada a elevada, y 68% de estos pacientes tenían títulos elevados de anti-CCP. Además se encontró una alta prevalencia de hipotiroidismo.

TC-7/TC47

Prevalencia y factores de riesgo en el desarrollo y progresión de la subluxación atlantoaxoidea en pacientes con artritis reumatoide

Eligio N, Aranda L, Ramos M, Becerra A, Mejía Y, Álvarez del Castillo A

UMAE Hospital de Especialidades No. 25, IMSS, Monterrey, N.L.

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica y crónica caracterizada por poliartrosis, destrucción articular e incapacidad, afecta al 1% de la población mundial. El compromiso cervical reportado es de 43-86%.

Objetivo: Establecer la prevalencia y factores de riesgo relacionados con la patología cervical, específicamente la subluxación atlantoaxoidea (SAA), en pacientes con AR.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo. Se incluyeron pacientes adultos con diagnóstico de AR que cumplieran con los criterios de clasificación ACR 1987. Se realizó una evaluación que incluyó velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR), factor reumatoide (FR), índice de actividad de la enfermedad DAS28-PCR o DAS28-VSG, radiografías dinámicas de columna cervical, radiografías de manos y pies. Se analizó el tratamiento implementado.

Resultados: En total se incluyeron 91 pacientes en el estudio. La edad promedio de la población fue de 51.38 años, con un tiempo de evolución de 13.47 años. La SAA se presentó en 21 (23%) de los casos. El tiempo promedio de evolución de la AR de quienes presentaron esta complicación fue de 20.57 años. De los pacientes que tuvieron esta complicación, 13 (61%) tenían sintomatología cervical antes de realizarse el diagnóstico. El DAS28 de los pacientes con SAA fue de 4.13 vs 4.08 entre los que no la tenían. El promedio de número de erosiones en manos fue de 4.78 en los pacientes con SAA y de 3.96 en pacientes sin SAA, en pies de 1.44 vs 1.043, respectivamente. El fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) más utilizado por los pacientes con SAA fue metotrexato 20 (95.2%), el 33% tenían la combinación de al menos 2 FARME, la combinación metotrexato-leflunomida (50%) fue la más utilizada. Sólo tres pacientes que tenían SAA mantenían la terapia biológica, el infliximab (9%) era el más utilizado.

Conclusiones: La frecuencia de SAA encontrada en la población de estudio es menor a la reportada en la bibliografía. El tiempo de evolución y la actividad de la enfermedad continúan siendo los factores que tienen mayor influencia en el desarrollo de la subluxación atlantoaxoidea como complicación cervical.