

# XLIV Congreso Mexicano de Reumatología

## Carteles

### C001

#### Relación del polimorfismo G2848A (rs352140) del gen TLR9 con susceptibilidad, actividad clínica, daño a órgano y niveles séricos de anti-dsDNA en pacientes con lupus eritematoso generalizado

Lujano-Benítez AV<sup>(1)</sup>, Saucedo-Ulloa M<sup>(1)</sup>, Rincón-Sánchez A<sup>(2)</sup>, Corona-Sánchez EG<sup>(3)</sup>, Rocha-Muñoz AD<sup>(4)</sup>, Martín-Márquez BT<sup>(1)</sup>, Vázquez del Mercado Espinoza M<sup>(1)</sup>, Martínez-García EA<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, <sup>(2)</sup>Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle de México, Zapopan, Jalisco, <sup>(3)</sup>Departamento de Fisiología, Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, <sup>(4)</sup>Centro Universitario de Tonalá (CU Tonalá), Universidad de Guadalajara, Tonalá, Jalisco

**Introducción:** El polimorfismo G2848A [rs352140] del gen *TLR9* se ha relacionado con susceptibilidad a desarrollar lupus eritematoso generalizado (LEG) y nefritis lúpica en población china, además de daño renal y presencia de autoanticuerpos anti-dsDNA en polacos. En la población mexicana no existen datos de este polimorfismo relacionado con la actividad clínica, daño a órgano y niveles séricos de anti-dsDNA en pacientes con LEG.

**Objetivo:** Analizar el nexo del polimorfismo G2848A (rs352140) del gen *TLR9* con susceptibilidad, actividad clínica, daño a órgano y niveles séricos de anti-dsDNA, en pacientes con LEG.

**Material y métodos:** Estudio analítico transversal, 86 controles y 64 pacientes con LEG; se realizó evaluación clínica de la enfermedad con SLE-DAI y SLICC. La identificación del polimorfismo por PCR-RFLP y la cuantificación sérica de anti-dsDNA por ELISA.

**Resultados:** Las frecuencias genotípicas en pacientes y controles fueron las siguientes: GG=21 (32.8%), GA=22 (34.4.9%) y AA=21 (32.8%); GG=14 (16.3%), GA=46 (53.5%) y AA=26 (30.2%), respectivamente. Al comparar frecuencias genotípicas entre pacientes y controles se hallaron diferencias significativas ( $p=0.03$ ). El genotipo de susceptibilidad fue GG, OR de 2.51 (IC 95%, 1.16-5.45;  $p=0.018$ ). No se encontró relación entre el polimorfismo de estudio con la actividad clínica y daño a órgano ni con los valores séricos de anti-dsDNA entre los diferentes genotipos. Se observó presencia de linfopenia y anemia hemolítica en el genotipo GG en pacientes con LEG.

**Conclusión:** Es el primer estudio en México que investiga el nexo de este polimorfismo con la actividad clínica, daño a órgano y niveles séricos de anti-dsDNA en pacientes con LEG.

### C002

#### Biomarcadores solubles de aterosclerosis en pacientes con lupus eritematoso sistémico: relación con factores de riesgo coronario, actividad clínica y tratamiento

Guillén-Durán CA, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F, Rosales-Don Pablo VM, Muñoz-López S, Santiago-Manzano ME, Sandoval Cabrera DV, Rubio ME

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** Las mujeres con LES tienen incremento claro del riesgo cardiovascular. Debido a la importancia de identificar a pacientes de alto riesgo se han evaluado diversos biomarcadores solubles, como IL-6, PCR y factor de von Willebrand (fVW); se proponen como predictores de episodios cardiovasculares futuros, indicadores de daño orgánico, enfermedad o incluso de respuesta terapéutica.

**Objetivo:** Evaluar los niveles de biomarcadores solubles de aterosclerosis (IL-6, PCR, fVW), así como su relación con factores de riesgo coronario, actividad clínica y tratamiento, en mujeres con LES de 35 a 50 años de edad.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y ambilectivo de mujeres con LES entre 35 y 50 años. Se investigaron variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas. Se determinó riesgo cardiovascular por Framingham y ASCVD a 10 años. Se midieron niveles séricos de IL-6, PCR y fVW. Se realizó estadística descriptiva e inferencial con T de Student y  $\chi^2$ .

**Resultados:** Se incluyó a 65 pacientes, con edad de 43 años (35 a 50), duración de LES de 12 años (uno a 34), con niveles anormales de IL-6 en 11 pacientes (16.92%), PCR en 28 (43.07%) y fVW en siete (10.76%); con riesgo coronario significativo por Framingham en siete pacientes (10.77%) y por ASCVD tres (4.61%). No se identificó relación entre mayor riesgo coronario y los niveles de biomarcadores solubles, ni tampoco con actividad de la enfermedad o daño, pero sí con afectación a órganos grave, dosis acumulada de esteroide, además de consumo de inmunosupresores.

**Conclusiones:** Este estudio encontró relación entre el riesgo cardiovascular y los aspectos clínicos y terapéuticos ya descritos. No se observó relación significativa con biomarcadores seleccionados de aterosclerosis.

### C003

#### Efecto de los perfiles de polarización TH1, TH2 y TH17 en linfocitos T cooperadores con inmunosenescencia prematura (CD4+CD28<sup>low</sup>) sobre el patrón erosivo (rhupus) o no erosivo de la artritis en el lupus eritematoso sistémico

Lozada-Navarro AC<sup>(1)</sup>, Amezcua-Guerra LM<sup>(2)</sup>, Massó F<sup>(3)</sup>, Páez A<sup>(3)</sup>, Ortega-Ortiz C<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Reumatología, <sup>(2)</sup>Departamento de Inmunología, <sup>(3)</sup>Departamento de Biología Celular; Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Introducción:** Los linfocitos T (LT) con senescencia prematura (CD4+CD28<sup>null</sup>) son importantes en la patogenia de la artritis reumatoide, enfermedad articular erosiva dominada por fenotipos linfocitarios T<sub>H</sub>17 y T<sub>H</sub>1 y fenotipo T<sub>H</sub>2 suprimido. El lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedad con franco predominio linfocitario de T<sub>H</sub>2, se caracteriza por artritis no erosiva, aunque ocasionalmente se observan formas graves de artritis erosiva (rhusus).

**Objetivo:** Evaluar si la polarización a fenotipos T<sub>H</sub>1 (T-bet), T<sub>H</sub>2 (GATA-3) y T<sub>H</sub>17 (RORγt) es diferente en LT CD4+CD28<sup>null</sup> según el patrón de artritis en LES.

**Métodos:** Se incluyó a pacientes con LES (SLICC/ACR) y artritis erosiva demostrada por imagen (rhusus). Control: LES con artritis no erosiva.

Se obtuvieron mononucleares (PBMC) por gradiente de densidad, se realizó marcaje para CD3, CD4, CD28, T-bet, GATA3 y RORγt y se analizó por citometría de flujo (FACSCalibur).

Contraste de hipótesis mediante prueba exacta de Fisher o Mann-Whitney. Significancia P<0.05.

**Resultados:** Se incluyó a 10 pacientes con rhusus (edad de 49±11 años, 90% femeninos) y ocho controles (35±13 años, 100% femeninos). Las características clínicas y serológicas fueron similares.

Los recuentos celulares fueron similares para el total de PBMC, LT CD4+, y aun para LT CD4+CD28<sup>null</sup>.

En la proporción de células CD4+CD28<sup>null</sup> positivas para cada factor de transcripción (tabla 1) se observó una significativa disminución de la proporción de células GATA3+ en pacientes con rhusus (5% vs. 15%; P=0.03).

**Conclusión:** Una baja polarización hacia el fenotipo T<sub>H</sub>2 por parte de los LT con senescencia prematura parece facilitar el desarrollo de artritis erosiva (rhusus) en pacientes con LES.

**Tabla 1.** Proporción de células CD4+CD28<sup>null</sup> positivas para cada factor de transcripción.

	Rhusus	LES	P
CD4+CD28 <sup>null</sup> /1x10 <sup>6</sup> PBMC, total	10 840	8 100	0.5
CD4+CD28 <sup>null</sup> /1 x 10 <sup>3</sup> células CD4+, total	10.8	8.1	0.6
RORγt+CD4+CD28 <sup>null</sup> /CD4+CD28 <sup>null</sup> , %	56	55	1.0
T-bet+CD4+CD28 <sup>null</sup> /CD4+CD28 <sup>null</sup> , %	39	30	0.2
GATA3+CD4+CD28 <sup>null</sup> / CD4+CD28 <sup>null</sup> , %	5	15	<b>0.03</b>

### Co04

#### Perfil proteómico del líquido de ascitis en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG)

Hernández-Ramírez DF, Athisha-Fregoso Y, Olivares-Martínez E, Núñez-Álvarez C, Llorente L, Hernández-Molina G

Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

La ascitis refractaria es una manifestación inusual en pacientes con LEG, en la cual se aplica esteroide intraperitoneal como tratamiento. Se desconoce cómo el tratamiento afecta al proteoma de la ascitis.

**Objetivo:** Describir el proteoma de seguimiento del líquido de ascitis de pacientes con LEG tratados con dexametasona intraperitoneal.

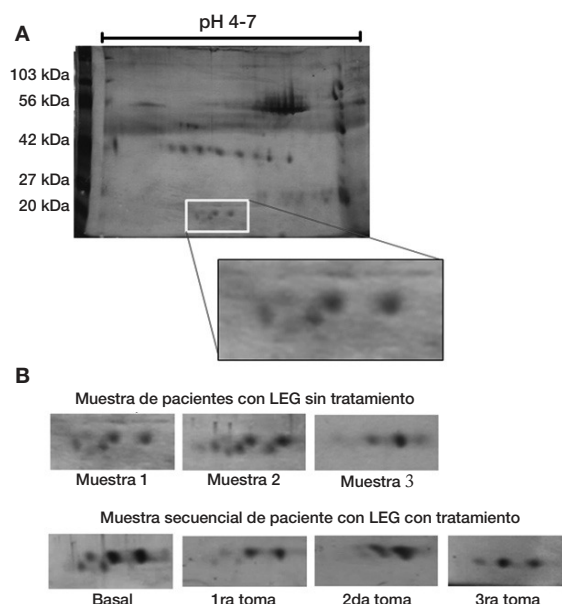
**Métodos:** Se evaluaron siete muestras de ascitis de pacientes con LEG (cuatro de seguimiento [basal y postratamiento] y tres sin tratamiento) y dos muestras

de pacientes con cirrosis hepática alcohólica. Se realizó el estudio proteómico mediante electroforesis bidimensional y se analizó con el programa ImageJ; los puntos seleccionados se identificaron por espectrometría de masas.

**Resultados:** Se identificó una región de nueve puntos en pacientes con LEG (con y sin tratamiento) que no se encontraron en los pacientes con cirrosis (fig. 1). El 100% de los pacientes con LEG presentó los puntos 1, 2 y 3. El 57% (4/7) de los sujetos con LEG mostró los puntos 4 y 5; y el 14% (1/7) y 29% (2/7) mostraron los puntos 6, 7, 8 y 9, respectivamente. En el caso del individuo con tratamiento, los puntos 4, 5 y 9 desaparecieron conforme al tratamiento. Se identificó que los puntos 1 a 7 son isoformas de la apolipoproteína A1, el punto 8 no se identificó y el punto 9 es haptoglobulina.

**Conclusión:** La ascitis refractaria por LEG tiene un perfil proteómico distinto de la ascitis por cirrosis hepática. Estos primeros hallazgos podrían ayudar a dilucidar el mecanismo fisiopatogénico de esta entidad.

**Figura 1. A)** Electroforesis bidimensional representativa de poliacrilamida-SDS al 12% del líquido de ascitis de pacientes con LEG; recuadro interior, región de puntos con diferente expresión. **B)** Tinción diferencial de los puntos en las distintas muestras.



### Co05

#### Describir las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas en una cohorte de hombres con lupus eritematoso sistémico (LES)

Hernández-Quiroz MC<sup>(1)</sup>, Guerra-Santacruz M<sup>(2)</sup>, Goycochea-Robles MV<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza IMSS, México D.F. <sup>(2)</sup>Médico Residente 3o. año HE CMN La Raza, <sup>(3)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital Regional No. 1 IMSS, México DF

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) se presenta en proporción mujer/varón de 9:1; algunos estudios sugieren que la enfermedad es más grave en hombres, si bien son escasos los estudios con pacientes masculinos.

**Objetivo:** Describir las principales manifestaciones clínicas e inmunológicas de una cohorte de hombres con LES seguida en un centro de atención especializada. **Métodos:** Análisis retrospectivo de 126 pacientes con diagnóstico

de LES (criterios ACR, 1982) atendidos entre 1996 y 2014. Se identificaron variables sociodemográficas, clínicas (edad, tiempo de evolución y forma de inicio, manifestaciones clínicas de inicio y durante la evolución) y perfil inmunológico. Análisis descriptivo con SPSS v20.

**Resultados:** Edad promedio: 36.3 años (16-67). Edad promedio al diagnóstico: 25.6 años (1-53); promedio de tiempo de evolución de la enfermedad: 10 años (16-36). Actividad al inicio: SLEDAI (*Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index 1992*): 11.5 (0-34); la presentación clínica más frecuente fue mucocutánea y articular: 42.9%; renal: 23%. Hasta 17 requirieron tratamiento sustitutivo por ERC. El 23% presentó trombosis. Perfil inmunológico: AAN+ en 92.1% con patrón homogéneo; anti-DNA+ en 74.5%; anti-Ro+ en 13.5%; anti-La+ en 7.9% y anti-Sm+ en 13.5%; anticoagulante lúpico+ en 16.7%, y Ac anticardiolipina+ en 35.7%.

**Conclusión:** En esta cohorte de hombres con LES se identificó que la edad de inicio es muy temprana y con alto índice de actividad y que durante la evolución presentan deterioro de la función renal y trombosis, que son graves manifestaciones que infligen daño crónico, lo cual es consistente con otros estudios en los que se identifica que la enfermedad es más agresiva en los hombres, con un pronóstico malo a largo plazo.

**Coo6**

**Obesidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)**

Clemente-Castillo JA<sup>(1)</sup>, Martínez-Bonilla GE<sup>(1)</sup>, González-Hita M<sup>(2)</sup>, González-Díaz V<sup>(1)</sup>, Cerpa-Cruz S<sup>(1)</sup>, Zaragoza-Valdez DL<sup>(1)</sup>, López-Sandoval J<sup>(1)</sup>, Gutiérrez-Ureña SR<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, <sup>(2)</sup>Departamento de Biología Molecular y Genómica, CUCS, U de G

**Introducción:** En los últimos años se ha relacionado el LES con mayor riesgo cardiovascular (CV) y constituye una de las principales causas de morbimortalidad en estos pacientes; por otra parte, la obesidad también se ha considerado un factor de riesgo coronario. Se desconoce la frecuencia de obesidad en esta población con LES.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia de obesidad y algunos indicadores de adiposidad en un grupo de pacientes con LES del servicio de reumatología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

**Métodos:** Estudio transversal y descriptivo; se incluyó a pacientes consecutivos con diagnóstico de LES que acudieron a la consulta de reumatología durante un mes; se realizó un cuestionario de características demográficas y se evaluó a los pacientes mediante el índice de masa corporal (IMC), el índice cintura-cadera (ICC) y el índice de masa grasa.

**Resultados:** Total de 39 pacientes, 90% mujeres; edad promedio de 32 años (18-59), evolución promedio de la enfermedad de 61.5 meses (2-252); 58% tomaba prednisona con mediana de 12.5 mg/día (5-50); 7.6% tenía desnutrición, 30.7% sobrepeso y 23% obesidad; 51.27% tuvo riesgo de CV alto (>0.85) de acuerdo con el ICC; la distribución antropométrica de grasa tipo androide fue de 66.6% (26/39). La mayoría de los pacientes era sedentaria (77%) y 6/39 (15.4%) eran fumadores, pero sin alcanzar un índice tabáquico de riesgo.

**Conclusiones:** La frecuencia de sobrepeso y obesidad en esta población con LES es del 53.7%; un alto porcentaje (66.6%) tiene una distribución de grasa corporal tipo androide y la mitad de la población presenta riesgo de CV elevado (ICC>0.85).

**Coo7**

**Utilidad de la procalcitonina para la identificación de pacientes con lupus eritematoso generalizado y neumonía con bajo riesgo de complicaciones**

Atisha-Fregoso Y, Hinojosa-Azaola A, Ríos-Corzo R, Hernández-Flores J, Llorente L, Guerrero-Almeida ML, Sifuentes-Osornio J, Frago-Loyo H

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Las neumonías originan gran morbimortalidad en pacientes con LEG. En neumonía se recomienda identificar a pacientes de bajo riesgo con índices que no están validados en LEG. La procalcitonina se ha propuesto como biomarcador en neumonía.

**Objetivo:** Valorar la utilidad de procalcitonina y los índices PSI (*Pneumonia severity index*) y CURB-65 para identificar a pacientes con neumonía y LEG con bajo riesgo de complicaciones.

**Material y métodos:** Cohorte prospectiva de pacientes con LEG y neumonía en el INCMNSZ (diciembre de 2014-mayo de 2015). Se recabaron datos clínicos, de laboratorio y niveles de procalcitonina al ingreso; seguimiento de 30 días posteriores al egreso. Desenlace adverso: ventilación mecánica, choque séptico o muerte. Se realizó cálculo de sensibilidad y especificidad.

**Resultados:** Se incluyó a 29 pacientes (79% mujeres), edad de 30.2±10.2 años, tiempo de evolución del LEG de 6.7±8.5 años y SLEDAI-2K de 7.6±6.1.

Niveles basales de procalcitonina de 8.2±16.5 pg/mL (RIQ<sub>2</sub> 0.08-8.9); duración promedio de la hospitalización de 20.7±13.2 días. Diez pacientes presentaron desenlaces adversos (cinco choques sépticos, 10 ventilación mecánica y una defunción). La tabla 1 muestra la sensibilidad y especificidad de la procalcitonina, el CURB-65 y el PSI para identificar episodios adversos. Hubo correlación entre procalcitonina y SLEDAI-2K (r=0.368, p=0.05). No hubo nexo entre el tratamiento, complemento, anti-DNAc, leucocitos o linfocitos y desenlace adverso.

**Conclusiones:** La procalcitonina es un biomarcador adecuado para identificar pacientes con LEG y neumonía con bajo riesgo de complicaciones. El PSI tuvo un comportamiento discretamente superior al CURB-65. Existe relación entre actividad de la enfermedad y concentraciones de procalcitonina.

**Tabla 1.** Sensibilidad y especificidad de la procalcitonina, el CURB-65 y el PSI (*Pneumonia severity index*) para identificar a pacientes que no desarrollaron complicaciones.

	Sensibilidad	Especificidad
Procalcitonina (< 0.2 pg/ml)	90%	42%
CURB-65 (0 puntos)	80%	32%
PSI	100%	37%

**Coo8**

**Factores de riesgo para neumonía complicada en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG)**

Ríos-Corzo R, García-Guevara G, Ávila-Vázquez J, Hernández-Flores J, Carrillo-Maravilla E, Jakez-Ocampo J, Frago-Loyo H, Llorente L, Atisha-Fregoso Y

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Las neumonías originan gran morbimortalidad en pacientes con LEG. Se recomienda clasificar a los pacientes con neumonía como bajo/alto riesgo con índices no validados en LEG.

**Objetivo:** Valorar la utilidad de los índices PSI (*Pneumonia severity index*) y CURB-65 para clasificar el riesgo de complicaciones de personas con neumonía y LEG. Identificar factores relacionados con el LEG que modifiquen el riesgo.

**Métodos:** De forma retrospectiva se identificó a pacientes con LEG y neumonía en el INCMNSZ (enero de 2010-marzo de 2015). Se obtuvieron datos clínicos y de laboratorio (incluidos tratamiento y actividad del LEG con SLEDAI-2K). Desenlace compuesto adverso: choque séptico, ventilación mecánica (VM) o muerte, hasta 30 días después del egreso.

**Estadística:** Análisis univariado con T de Student, U de Mann-Whitney o  $\chi^2$ . Multivariado con regresión logística.

**Resultados:** Se incluyó a 163 pacientes (74% mujeres) con 194 episodios de neumonía. Edad promedio de 34.6±12.4 años. Tiempo de evolución del LEG de 7.1±8.2 años y SLEDAI 2K de 8±5.6. Duración promedio de las hospitalizaciones de 10.7±7.2 días. Cincuenta y siete (29%) pacientes tuvieron desenlace adverso; 13 (7%) choque séptico, 50 (26%) VM y 12 (6%) murieron. La tabla 1 muestra las variables que alcanzaron significancia para desenlace adverso en el análisis multivariado.

Para identificar a los pacientes que no tuvieron complicaciones, el CURB-65 tuvo sensibilidad de 93% y especificidad de 18%, mientras que el PSI mostró sensibilidad del 88% y especificidad del 39%.

**Conclusión:** Ninguna variable relacionada con el LEG se acompañó de desenlace adverso. El PSI y el CURB-65 tienen adecuado desempeño, pero clasifican de forma inapropiada a 10% de los pacientes como de bajo riesgo.

**Tabla 1.** Variables que mostraron relación con desenlace adverso en el análisis multivariado.

Variable	Exp $\beta$	IC 95%	p
Índice de masa corporal < 19	4.02	1.4 – 11.6	0.010
Frecuencia respiratoria	1.08	1.02 – 1.15	0.006
Frecuencia cardiaca	1.04	1.02 – 1.06	0.001
Temperatura corporal	0.46	0.28 – 0.75	0.002
pH arterial	0.001	0.00001 – 0.079	0.002

## Coog

### Relación de los niveles séricos de glucoproteína P con la actividad de la enfermedad en el lupus eritematoso sistémico

Pérez-Guerrero EE<sup>(1)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(2)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(3)</sup>, Hernández-Bello J<sup>(2)</sup>, Carrillo-Escalante MO<sup>(4)</sup>, Ponce-Guarneros JM<sup>(5)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Doctorado en Farmacología, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>División de investigación en salud de la UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, México, <sup>(4)</sup>Doctorado en Salud Pública, Universidad de Guadalajara, <sup>(5)</sup>UMF 106, IMSS San Martín de Bolaños, Jalisco, <sup>(6)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica de la UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, México

**Introducción:** Hasta un 24.5% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) puede ser refractario al tratamiento farmacológico. Un factor que podría contribuir a la falta de respuesta terapéutica es la glucoproteína P (P-gp). La actividad de la enfermedad persistente en LES puede deberse a la resistencia terapéutica.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre las concentraciones séricas de P-gp con la actividad de la enfermedad en LES.

**Material y métodos:** Transversal comparativo. Se incluyó a 98 pacientes con LES: 32 activos (MEX-SLEDAI >3) y 66 inactivos (MEX-SLEDAI <3). Se incluyó un grupo de 48 controles clínicamente sanos para obtener los valores de referencia. Se realizaron evaluaciones clínicas y la cuantificación de P-gp en suero mediante ELISA.

**Resultados:** Los pacientes con LES activos presentaron mayores niveles de P-gp en comparación con individuos con LES inactivos y controles (Kruskal-Wallis:  $p=0.024$ ). Además, los niveles de P-gp fueron mayores en los sujetos con afección renal comparados con pacientes sin esta afección (U de Mann-Whitney:  $p=0.02$ ). Las concentraciones de P-gp se correlacionaron de forma positiva con el puntaje de MEX-SLEDAI ( $\rho$ :  $r=0.22$ ;  $p=0.04$ ). Los pacientes con LES inactivos no mostraron diferencias estadísticamente significativas en los valores de P-gp en comparación con los controles.

**Conclusiones:** Los niveles séricos de P-gp se relacionan con la actividad de la enfermedad. Se requiere evaluar si la cuantificación de P-gp en suero por medio de ELISA puede ser un marcador por ELISA de refractariedad al tratamiento.

## Coio

### Nefritis lúpica: complicaciones y factores relacionados con deterioro de la función renal a seis meses

Esparza Holguín HE<sup>(1)</sup>, Martínez-Martínez MU<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Médico Residente de Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP. <sup>(2)</sup>Médico adjunto de Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP

La nefritis lúpica (NL) es determinante pronóstico en el lupus eritematoso generalizado (LEG); la frecuencia y gravedad dependen de factores demográficos, genéticos, histopatológicos e inmunológicos.

**Objetivo:** Identificar los factores relacionados con deterioro de la función renal a seis meses en una cohorte de pacientes con LEG en un hospital regional universitario.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo; pacientes con LEG y NL por biopsia, de acuerdo con la clasificación de la Sociedad de Nefrología/Sociedad de Patología Renal del 2003. El seguimiento fue  $\geq 6$  meses. Se correlacionaron variables demográficas, de laboratorio e histopatológicas con deterioro de la función renal, desarrollo de insuficiencia renal crónica (IRC) e IRC terminal (IRCT).

**Resultados:** Se incluyó a 84 pacientes, 65 (77.4%) de género femenino; promedio de edad al inicio de NL de 27.4 años. Alcanzaron remisión renal completa y parcial a seis meses cuatro y 14 pacientes (4.8% y 16.7%), respectivamente. Deterioro de la función renal: 18 pacientes (21.4%) (tabla 1). Desarrollo de IRC: 38 pacientes (45.2%); se relacionó con pulsos de metilprednisolona (mPDN) ( $p=0.0001$ ), hemoglobina, creatinina y tasa de filtración glomerular basales, infecciones graves ( $p=0.010$ ), NL clase IV ( $p=0.008$ ), índice de cronicidad ( $p=0.015$ ), atrofia tubular ( $p=0.039$ ), depósito de IgG en intersticio ( $p=0.011$ ). En 24 pacientes (28.6%) existió relación positiva entre IRCT e hipertensión arterial sistémica ( $p=0.002$ ), pulsos de mPDN ( $p=0.0002$ ), combinación de ácido micofenólico (MMF) y ciclofosfamida (CFM) en tratamiento de inducción en comparación con monoterapia ( $p=0.038$ ).

**Discusión:** A seis meses, la mayoría de los pacientes no logró remisión renal completa o parcial. La edad menor (21 vs. 29 años) al diagnóstico de NL, anemia y persistencia de proteinuria se acompañaron de deterioro de la función renal.

**Tabla 1.** Características relacionadas con deterioro de la función renal a seis meses en NL.

	DFR a 6 meses, mediana (IQR),	Sin DFR a 6 meses	Valor p (x2)	Valor de p (prueba de Fisher)
Pulsos de mPDN, n (%)	14/47 (29%)	33/47 (70%)	0.035	

Edad de inicio de NL, años	21.7 (11.2)	29 (21.5)		0.034
Hemoglobina inicio, g/dl	9.6 (2.9)	11.2 (2.9)		0.006
Plaquetas inicio, mil/mm <sup>3</sup>	219.3 (120.5)	270.6 (117.2)		0.041
Proteinuria a 6 meses, g/día	3.1 (1.4)	1.9 (2.5)		0.005

DFR, deterioro de función renal; NL, nefritis lúpica; mPDN, metilprednisolona. Los datos se informan como mediana, rango intercuartílico o porcentaje, según corresponda.

**C011**

**Niveles séricos de BLYS y su relación con recaídas en el lupus eritematoso sistémico**

Bonilla-Lara D<sup>(1)</sup>, Pérez-Guerrero EE<sup>(2)</sup>, Fajardo-Robledo NS<sup>(3)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(4)</sup>, Ponce-Guarneros JM<sup>(5)</sup>, Díaz-Rizo CV<sup>(6)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(7)</sup>, González-López L<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara; Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, <sup>(2)</sup>Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS) Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Programa Postdoctoral CONACyT-Universidad de Colima, <sup>(4)</sup>División de Investigación en Salud de la UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, <sup>(5)</sup>Unidad Médica Familiar 106, San Martín de Bolaños, Jalisco, IMSS, <sup>(6)</sup>Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(7)</sup>Departamento de Fisiología, CUCS Universidad de Guadalajara, <sup>(8)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara

**Introducción:** Diversos estudios evalúan los niveles séricos de BLYS en relación con la actividad del lupus eritematoso sistémico (LES); sin embargo, pocas cohortes evalúan en un análisis de supervivencia la relación de los valores de BLYS con recaídas.

**Objetivo:** Evaluar si las cifras séricas elevadas de BLYS respecto de la basal incrementan el riesgo de desarrollar recaídas en pacientes inactivos con lupus eritematoso sistémico.

**Material y métodos:** Cohorte prospectiva. Se evaluó a 81 pacientes inactivos seguidos cada tres meses durante un año o hasta la primera recaída. Se identificó si la presencia de niveles elevados de BLYS en suero se relaciona con una mayor tasa de recaídas en LES mediante modelos de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Los pacientes con LES presentan niveles séricos más elevados de BLYS que los controles (1.1 vs. 0.8 ng/ml;  $p=0.01$ ). El 40% de pacientes desarrolló recaída durante el seguimiento. Las recaídas más frecuentes fueron articular (41%) y renal (31%). No se observó diferencia estadísticamente significativa en niveles séricos de BLYS entre pacientes que recayeron y los que no sufrieron recaída. La tasa de recaídas a un año en pacientes con BLYS elevado fue del 46% en comparación con la del grupo con BLYS normal 37% ( $p=0.34$ ).

**Conclusiones:** Se observó una tendencia hacia una mayor tasa de recaídas en pacientes con BLYS elevado, pero ésta no fue estadísticamente significativa. Este estudio se ve limitado por la baja tasa de recaídas, por lo que se debe evaluar la utilidad de este marcador en subgrupos de pacientes.

**C012**

**El sedimento urinario es un reflejo de la biopsia renal (BR) en pacientes con nefritis lúpica (NL): correlación con actividad y clases de NL**

Martínez-Martínez MU<sup>(1)</sup>, Llamazares-Azuara L<sup>(2)</sup>, Borjas-García JA<sup>(3)</sup>, Martínez-Galla D<sup>(4)</sup>, Valadez-Castillo F<sup>(5)</sup>, Mandeville P<sup>(5)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina UASLP, San Luis Potosí, SLP, México, <sup>(2)</sup>Departamento de Renal, Facultad de Medicina UASLP, <sup>(3)</sup>Departamento de Nefrología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina UASLP, San Luis Potosí, SLP, México, <sup>(4)</sup>Departamento de Nefrología y Patología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina UASLP, San Luis Potosí, SLP, México, <sup>(5)</sup>Facultad de Medicina UASLP

**Antecedentes:** La hematuria en pacientes con glomerulonefritis se produce por el paso de los eritrocitos a través de la alteración en la membrana basal glomerular; esto conduce a la deformidad eritrocitaria y se expresa como hematuria dismórfica, en particular acantocitos.

**Objetivos:** Evaluar la correlación entre el recuento por cámara de Neubauer de eritrocitos y acantocitos en la orina con la actividad de la nefritis lúpica (Austin y cols.). Como objetivos secundarios, determinar si la eritrocituria y la acantocituria pueden distinguir las diversas clases de NL.

**Métodos:** Pacientes con NL sometidos a BR. La mañana anterior a la BR se obtuvo muestra de orina para evaluación del sedimento urinario, además de creatinina sérica. Un nefropatólogo evaluó la BR. Se evaluaron la correlación (rho de Spearman) y las diferencias para múltiples clases de NL con ANOVA y se realizó análisis no paramétrico bivariado. Se creó un árbol de regresión (clasificación) para distinguir las formas proliferativas/combinadas, membranosa pura u otras clases de NL (programa R 3.2.0).

**Resultados:** Se incluyó a 46 pacientes, con 33.8 años de edad promedio. La mediana de actividad de la NL fue de 5.5 (0-18), la correlación (r) con el número de acantocitos fue de 0.63 ( $p<0.0001$ ) y el recuento de eritrocitos totales fue de 0.68 ( $p<0.0001$ ). El recuento de acantocitos y eritrocitos fue diferente para las diversas clases de NL de forma estadísticamente significativa (tabla 1). La figura 1 muestra el árbol de clasificación, el cual clasificó de forma correcta al 84% de los casos.

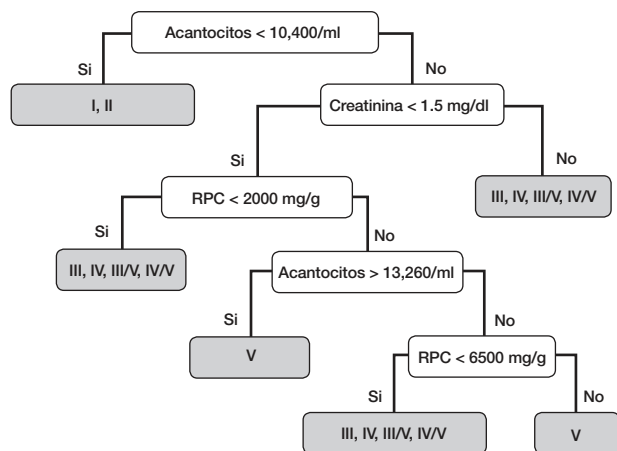
**Conclusiones:** La evaluación del sedimento urinario que incluye recuento de eritrocitos dismórficos es un buen biomarcador y refleja los hallazgos de la biopsia renal.

**Tabla 1.** Características en el sedimento urinario de acuerdo con las diferentes clases de NL

Clases de NL	Acantocitos (%)	Eritrocitos x 10 <sup>3</sup> /ml	RPC mg/mg	Creatinina sérica (mg/dl)
I (n=3)	3 ± 4	7.5 ± 13.8	0.4 ± 0.2	0.8 ± 0.7
II (n=3)	2 ± 1	64.5 ± 48.2	0.5 ± 0.4	0.5 ± 0.3
III (n=6)	10 ± 14.5	168.5 ± 183.9	1.6 ± 1.8	0.9 ± 0.5
IV (n=16)	16.5 ± 18.8	552.5 ± 752.5	4.0 ± 4.0	1.9 ± 1.6
V (n=12)	12.5 ± 11.0	42.2 ± 136.8	3.3 ± 7.7	1.1 ± 0.6
III/V (n=5)	14.0 ± 8.0	133 ± 233	5.0 ± 6.4	1.2 ± 0.2
IV/V (n=1)	5	577	3.6	0.9
Proliferativa y combinaciones (n=28)	14 ± 16.2	373.8 ± 632.5	3.5 ± 4.0	1.5 ± 1.1
No proliferativa (n=18)	7 ± 11.5	34 ± 39	14.5 ± 5.4	0.8 ± 0.6

Se muestran los resultados como mediana ± rango intercuartil.

**Figura 1.** Árbol de regresión para clasificar las clases como proliferativas membranosas u otras.



### C013

#### Prevalencia, mortalidad y factores relacionados de infecciones en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Vera-Lastra OL<sup>(1)</sup>, Camacho-Guerra C<sup>(1)</sup>, Camaras-Orantes M<sup>(1)</sup>, Saavedra MA<sup>(2)</sup>, Baltazar JA<sup>(3)</sup>, Terrazas JJ<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, <sup>(2)</sup>Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, <sup>(3)</sup>Departamento de Terapia Intensiva, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, <sup>(4)</sup>Departamento de Infectología, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen mayor riesgo para infecciones por alteraciones en el sistema inmunitario y empleo de inmunosupresores (IS). Las infecciones son causa importante de morbimortalidad.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de infecciones y su mortalidad en pacientes con LES. Identificar factores relacionados con gravedad de infección, sitio de infección y agente etiológico.

**Método:** Estudio retrospectivo en pacientes con LES con antecedentes de infección durante su hospitalización (periodo: cinco años, hospital de tercer nivel). Se analizaron factores de riesgo (FR), órgano afectado, tipo y agente infecciosos. Se realizó X<sup>2</sup> y análisis multivariado.

**Resultados:** Se incluyó a 328 pacientes, 87% de mujeres y 13% de hombres (edad, 32.4±10.7 años); infección como causa de ingreso en 42.2%, prevalencia de infecciones en 49%, mortalidad por infección grave en 45%. FR para infección grave: afección renal; razón de momios (RM): 3.057, P<0.019; hematológica: RM, 1.9, p<0.004; anti-DNA: RM, 5.1, p<0.001; hipocomplementemia: RM, 2.673, P<0.001; leucolinfopenia: MR, 2.5; p<0.003. Tipo de infección: bacteriana (84.5%), viral (3.4%), micótica (8%), micobacteriana (4%). Sitio de infección: vías respiratorias bajas (38%), vías urinarias (49%), tejidos blandos (6.1%), SNC (1.2%), otras (4.2%). Agente etiológico más frecuente: bacterias (*S. aureus*, *E. coli*, *A. baumannii*, *E. faecalis*); virus (*H. zoster*); hongos (*C. albicans*, *M. tuberculosis*).

**Conclusiones:** Las infecciones son una causa importante de morbimortalidad y hospitalización en pacientes con LES. Las vías respiratorias bajas fueron el sitio más afectado y de origen bacteriano. La afección renal y

hematológica, leucolinfopenia e hipocomplementemia al momento del ingreso fueron factores de riesgo para infección grave.

### C014

#### Descripción de cambios ecográficos en uñas de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y osteoartritis de manos (OA)

Ferrusquía-Toriz DL<sup>(1)</sup>, Ventura-Ríos L<sup>(1)</sup>, Hernández-Díaz C<sup>(1)</sup>, Silveira-Torre LH<sup>(2)</sup>, Amezcua-Guerra LM<sup>(3)</sup>, Lozada-Navarro AC<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>LUMA, Instituto Nacional de Rehabilitación, <sup>(2)</sup>Reumatología, Instituto Nacional de Cardiología, <sup>(3)</sup>Inmunología, Instituto Nacional de Cardiología

**Introducción:** La distrofia ungüeal es un cambio clínico descrito en diferentes enfermedades. Se desconoce si en los pacientes con LES u OA existe correlación de los cambios ecográficos del lecho ungüeal con la presencia de variables clínicas.

**Objetivo:** Describir y comparar los hallazgos ultrasonográficos del lecho ungüeal en pacientes con LES y OA de manos, con y sin distrofia ungüeal.

**Metodología:** Mediante un estudio observacional, transversal, abierto y comparativo se exploró en los pacientes con LES la posible correlación de los hallazgos del lecho ungüeal con el grado de daño a nivel cutáneo descrito por SLICC, el grado de actividad por SLEDAI 2000, la presencia del fenómeno de Raynaud y el perfil de anticuerpos. Se incluyó a 32 pacientes con LES y 36 pacientes con OA de manos de agosto de 2014 a enero de 2015. Se realizó estadística descriptiva y analítica a los datos.

**Resultados:** Las pacientes con OA mostraron mayor grosor del lecho y superficie de la matriz ungüeal y mayor prevalencia de sinovitis y osteofitos en comparación con las pacientes con LES. Se confirmó la relación de la distrofia ungüeal en LES con el daño acumulado por SLICC, no así con deficiencia de vascularidad por Doppler a color, la actividad por SLEDAI o la presencia de algún anticuerpo.

**Conclusiones:** Será útil realizar estudios para determinar si los cambios observados son consistentes en pacientes de diferentes edades y tiempo de evolución del LES y pueden ser estrictamente atribuidos al SLICC.

### C015

#### Tratamiento de inmunosupresión combinada o secuencial en nefritis lúpica proliferativa (NLP): evaluación a seis años

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

Servicio de Reumatología, CMN 20 de Noviembre, ISSSTE

El tratamiento inicial combinado de la NLP puede determinar la evolución a largo plazo.

**Objetivo:** Comparar el resultado de tratamiento inmunosupresor combinado o escalonado en pacientes con NLP.

**Material y método:** Estudio prospectivo, abierto y controlado en pacientes con NLP de inicio reciente y sin tratamiento previo. Se asignó a 26 pacientes para recibir tratamiento combinado: CF más rituximab o secuencial (CF seis meses seguido de micofenolato de mofetilo). Se evaluó la respuesta renal a seis meses y luego anual según criterios propuestos (ACR/2006). Se registraron recaídas renales. Se realizó estadística descriptiva e inferencial.

**Resultados:** Fueron 23 mujeres (88.5%) y tres hombres (11.5%), con edad de 26.19 (±8.2) años y tiempo de evolución de 3.95 meses. La NLP fue de

tipos III (26.9%), IV (34.6%), V (23.1%) y VI (3.8%), con IA de 3.96 ( $\pm 1.33$ ) e IC de 1.48 ( $\pm 1.16$ ). A los seis meses, 92.3% vs. 61.5% ( $p=0.06$ ) tuvieron respuesta total o parcial con el tratamiento combinado respecto del secuencial, a los dos y cuatro años (100 vs. 92.3%) y a los seis años (92.3 vs. 84.6%). Se registraron siete recaídas, tres en tratamiento combinado y cuatro en secuencial, cinco requirieron inducción a remisión. La función renal final fue de 69.65 ( $\pm 25.9$ ) (MDRD) y tres pacientes con daño renal  $\geq 4$ .

**Conclusiones:** La respuesta al tratamiento a largo plazo fue adecuada en la mayoría de los pacientes. A pesar de la distinta respuesta inicial, no existió diferencia a largo plazo entre ambos grupos de tratamiento. Es posible que el tratamiento pronto, la vigilancia y el control de otros factores de riesgo renal influyan en esta buena respuesta.

**C016**

**Prevalencia y manifestaciones clínicas de tuberculosis (Tb) pulmonar y extrapulmonar en una cohorte de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)**

Cameras-Orantes M, Vera-Lastra OL, Sepúlveda-Delgado J, Pineda-Galindo LF, Mendoza-Álvarez S, Briseño-Moya F, Medina G, Cruz-Domínguez MP

Hospital de especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza

El LES es una enfermedad autoinmunitaria que requiere el uso de inmunosupresores (IS), lo cual incrementa el riesgo de infecciones, como la Tb, y su búsqueda intencionada es obligada.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de Tb pulmonar y extrapulmonar y factores adjuntos en pacientes con LES.

**Métodos:** Se analizaron expedientes de pacientes con LES entre 2010 y 2015 en un hospital de tercer nivel. Diagnóstico de Tb mediante PCR, cultivo, histopatología (HP) y prueba terapéutica (PTX). Se registró SLE-DAI al diagnóstico de Tb, tiempo de evolución y afección orgánica de LES, fármacos IS y tipo de TB. Se realizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se incluyó a 328 pacientes con LES (edad, 43.5 $\pm$ 9.06 años; evolución de LES, 6.6 $\pm$ 3.2 años). LES renal en siete, hematológico en cuatro, neuropsiquiátrico en dos y articular-mucocutáneo en seis. LES activos en nueve (SLEDAI 11.5 $\pm$ 4.9) y LES inactivos en cuatro. IS anterior al diagnóstico de Tb: micofenolato de mofetilo: seis; azatioprina: siete; ciclofosfamida: cinco; esteroide 13; rituximab: tres. Se observaron 13 casos de TB (4%), nueve (69%) de Tb extrapulmonar: renal, cuatro; meníngea, tres; tuberculoma cerebral, uno; peritoneal, uno; diseminada, uno (7.5%); pulmonar: tres (23%). Manifestación relacionadas con TB: fiebre, 12 (92%); hiporexia, tres (23%); pérdida de peso, cinco (38%); astenia, ocho (61%); cefalea, tres (23%); hematuria, dos (15%). Diagnóstico de Tb: baciloscopia, nueve (69%); EHP, uno (7.5%); cultivo, PCR, dos (15%); PTX, uno. Un paciente con TB miliar falleció.

**Conclusiones:** La prevalencia de TB en pacientes con LES fue de casi 4% y su principal forma fue la extrapulmonar. El diagnóstico de Tb en pacientes con LES activo es difícil debido a que ambas enfermedades comparten manifestaciones clínicas y de laboratorio.

**C017**

**Mortalidad hospitalaria de los pacientes con LES: experiencia de un hospital universitario, 1998-2014**

Orzua-de la Fuente WM, Vega-Morales D, Garza-Elizondo MA, Galarza-Delgado DA, Esquivel-Valerio JA, Pérez-Barbosa L, Vázquez-Fuentes BR, Treviño-Montes DO

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** Se han descrito y comparado los desenlaces de cohortes de pacientes con lupus de la cohorte GLADEL con otras y se ha observado que la sobrevivencia a cinco años es mayor. Asimismo, los factores relacionados con la mortalidad hospitalaria en pacientes con LES se han estudiado en observaciones de series multicéntricas de casos en hemorragia pulmonar.

**Objetivo:** Determinar los diagnósticos que producen mortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico en un hospital universitario y evaluar la tendencia a través del tiempo.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y analítico de los diagnósticos de egreso del sistema de captura de egresos hospitalarios del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL, en Monterrey, Nuevo León. De acuerdo con las claves de diagnóstico de lupus eritematoso sistémico del CIE-10, se recabaron los internamientos y egresos desde 1998 hasta 2015.

**Resultados:** Se presentaron 863 internamientos en el periodo evaluado. Un total de 727 pacientes fueron del sexo femenino (84.2%). En la tabla 1 se observa la distribución por año. La incidencia acumulada de mortalidad fue de 191 (22.1%). La edad media al internamiento fue de 29.7 años (DE, 13.4) y la media de días de estancia hospitalaria fue de 11.3 días (DE, 13.6). Las causas registradas de las 191 defunciones se describen en la tabla 2.

**Conclusión:** Se encontró una mortalidad del 22.1% en 16 años de registro. El año 2005 mostró la mayor mortalidad hospitalaria. La insuficiencia respiratoria y las infecciones predominaron como las causas de mortalidad hospitalaria principales. Es necesario comparar y analizar los factores adjuntos.

**Tabla 1.** Distribución de internamientos por año.

Año	Frecuencia	Porcentaje	Defunciones	Porcentaje
1998	19	2.2	6	31.6
1999	38	4.4	6	15.8
2000	21	2.4	4	19.0
2001	36	4.2	5	13.9
2002	22	2.5	2	9.1
2003	65	7.5	22	33.8
2004	40	4.6	9	22.5
2005	64	7.4	32	50.0
2006	39	4.5	7	17.9
2007	33	3.8	9	27.3
2008	49	5.6	19	38.8
2009	53	6.1	8	15.1
2010	60	7	10	16.7
2011	51	5.9	9	17.6
2012	80	9.3	9	11.3
2013	88	10.2	15	17.0
2014	66	7.6	16	24.2
2015	39	4.5	3	7.7
Total	863	100	191	

**Tabla 2.** Causas registradas de las defunciones.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Insuficiencia respiratoria	45	23.6
Septicemia	39	20.4
Causa desconocida	27	14.1
Hemorragia alveolar	12	6.3

Trastorno de la conducción	9	4.7
LES con compromiso a otros órganos	8	4.2
Choque cardiogénico	7	3.7
Acidosis	4	2.1
Neumonía	4	2.1
Choque hipovolémico	4	2.1
Meningitis bacteriana	3	1.6
Trastornos del SNC secundarios a procedimientos	3	1.6
Endocarditis	3	1.6
Neumonitis por aspiración	3	1.6
Insuficiencia renal	3	1.6
Histoplasmosis	2	1.0
Trastorno de almacenamiento de lípidos	2	1.0
Fibrilación auricular	2	1.0
Enfermedad cerebrovascular	2	1.0
Aneurisma de la aorta toracoabdominal	2	1.0
Edema pulmonar	2	1.0
Afección dental	2	1.0
Miocardiopatía dilatada	1	0.5
Encefalopatía hipertensiva	1	0.5
Paro respiratorio	1	0.5

### Co18

#### Determinar la causa principal de mortalidad en pacientes con lupus eritematoso generalizado en un hospital de tercer nivel en México en un periodo de 10 años

Zavala-Cueva RC, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Rosales-Don Pablo VM, Muñoz-López S

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

El lupus eritematoso generalizado (LES) afecta la expectativa de vida. Se calcula que, en general, los pacientes con LES tienen una tasa de mortalidad dos a cinco veces más alta que la población general y supervivencia a 15 años de 76 a 84%. Las causas de muerte actuales corresponden a exacerbación, complicaciones cardiocerebrovasculares y procesos infecciosos.

**Objetivo:** Determinar la tasa de mortalidad en la población de pacientes con LES atendidos en este hospital en un periodo de 10 años.

**Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de los pacientes con LES atendidos en el servicio y que fallecieron por cualquier causa en el periodo del 1 de enero de 2006 al 30 de septiembre de 2015. Se analizaron características demográficas, clínicas, serológicas, presencia de comorbilidades, terapéutica empleada y causas de muerte.

**Resultados:** El 96% de la población correspondió a mujeres. La edad mínima de los pacientes que fallecieron fue de 14 años y la máxima de 73 años; la edad promedio fue de 42 años de edad. La causa principal de muerte fue el choque séptico; 40% de la población estudiada con foco de origen a nivel pulmonar, seguido de cavidad abdominal y urosepsis. La segunda causa fue la hemorragia pulmonar. La tercera causa fue hemorragia del sistema nervioso central. Otras causas: choque anafiláctico, adenocarcinoma poco diferenciado y síndrome anémico grave.

**Conclusión:** Éste es un hospital de alta especialidad que atiende a pacientes con enfermedad grave y refractaria a tratamiento; las causas de muerte

son en particular actividad grave y complicaciones infecciosas, no tanto los episodios cardiocerebrovasculares.

### Co19

#### Mielitis transversa aguda en pacientes con lupus eritematoso generalizado: características clínicas, tratamiento y desenlaces

Quintanilla L, Atisha-Fregoso Y, Frago-Loyo H

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La mielitis transversa aguda (MTA) es una alteración rara y poco estudiada en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG).

**Objetivo:** Describir las características clínicas, tratamiento y desenlaces en pacientes con LEG que desarrollan MTA.

**Pacientes y métodos:** Casos: 19 pacientes con diagnóstico de LEG de acuerdo con los criterios del ACR, hospitalizados por MTA entre 1997 y 2013. Controles: pacientes con LEG (ACR) que presentaron manifestaciones graves no neurológicas, pareados por edad, sexo y fecha de hospitalización. Se recolectó información de los expedientes clínicos sobre características demográficas y del lupus, incluidos actividad (SLEDAI-2K), daño acumulado (SLICC), perfil de autoanticuerpos y tratamiento en el momento de la hospitalización y un año después. En la evaluación de seguimiento se obtuvo, además, información sobre recaída y mortalidad.

**Resultados:** Las características demográficas y del lupus fueron similares en ambos grupos; la MTA se desarrolló tempranamente ( $2.9 \pm 3.8$  años). Durante la hospitalización no hubo diferencias en la actividad y el daño acumulado. Los pacientes con MTA requirieron tratamiento más radical. Un año después tampoco se observaron diferencias en cuanto a la actividad y el tratamiento entre ambos grupos. Sin embargo, se identificó un incremento significativo del daño acumulado en los pacientes con MTA en comparación con los controles ( $1.9 \pm 0.9$  vs.  $0.75 \pm 0.9$ ,  $p=0.003$ ) respectivamente. Se registraron cuatro muertes en el grupo de MTA sin relación con la manifestación neurológica.

**Conclusiones:** La MTA ocurre en fase temprana y añade un incremento del daño acumulado en comparación con pacientes con manifestaciones graves no neurológicas.

### Co20

#### Meningitis en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG). ¿La infección por *Listeria monocytogenes* tiene características específicas? Estudio de un solo centro

Barrera-Vargas Ana<sup>(1)</sup>, Merayo-Chalico J<sup>(1)</sup>, Pérez Cortés-Villalobos A<sup>(2)</sup>, Ponce de León A<sup>(2)</sup>, Alcocer-Varela J<sup>(1)</sup>, Gómez-Martín D<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(2)</sup>Departamento de Infectología y Microbiología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Las infecciones son una causa importante de morbimortalidad en pacientes con LEG. *Listeria monocytogenes* puede causar enfermedad invasiva, incluidas bacteriemia y meningitis, en pacientes inmunocomprometidos.

**Objetivo:** Determinar las características y factores de riesgo relacionados con meningitis por *Listeria* y compararlos con meningitis causadas por otras bacterias en pacientes con LEG.



**Material y métodos:** Cohorte retrospectiva entre 2000 y 2015. Se incluyó a pacientes con LEG con cultivo positivo en líquido cefalorraquídeo (LCR) para *Listeria* u otras bacterias grampositivas. Se analizaron las características clínico-serológicas durante la infección y tres meses previos.

**Resultados:** Durante el periodo de estudio, 14 pacientes tuvieron un cultivo de LCR positivo para *Listeria*; nueve de ellos (64%) tenían LEG. La bacteria aislada con más frecuencia en pacientes con LEG y meningitis ( $n=22$ ) fue *Listeria* (41%). Las dosis de azatioprina y prednisona en los tres meses anteriores a la infección fueron mayores en pacientes con meningitis por *Listeria* ( $p=0.025$  y  $0.043$ , respectivamente).

Al momento de la infección no hubo diferencia en niveles de complemento y anti-DNAc; SLEDAI; dosis de prednisona, inmunosupresores o antipalúdicos entre ambos grupos. Los pacientes con LEG y *Listeria* tuvieron menor mortalidad a seis meses (11 vs. 54%,  $p=0.04$ ) que aquéllos con meningitis por otras bacterias.

**Conclusiones:** Éste es el estudio más grande de un solo centro que analiza meningitis por *Listeria* en pacientes con LEG. *Listeria* fue una causa común de meningitis y los individuos con LEG parecen ser en particular susceptibles a dicho patógeno, por lo que podría existir un defecto inmunológico específico que predisponga a esta infección.

## Co21

### Vasculitis del sistema nervioso central en un paciente con lupus eritematoso sistémico

Damián-Abrego GN, Flores-Franco JL, Hernández-Huirache HG, Sandoval-Illiescas M, Castro-Macías JI

*Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío*

**Introducción:** La prevalencia de manifestaciones neuropsiquiátricas en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es variable en diferentes series y oscila entre 37% y 95%. La manifestación neurológica primaria de vasculitis del sistema nervioso central (SNC) es difícil de documentar y por lo general es un diagnóstico de exclusión.

**Objetivo:** Describir un caso de vasculitis de SNC en un paciente con LES documentada por angiografía.

**Caso clínico:** Mujer de 30 años con diagnóstico de LES cuatro meses previos, caracterizado por adenomegalias axilares, fiebre, artritis, fotosensibilidad, úlceras bucales y fenómeno de Raynaud trifásico; laboratorio con leucocitos:  $3\ 100/\text{mm}^3$ ; linfocitos: 23% (total: 713); plaquetas:  $225\ 000/\text{mm}^3$ ; Hb: 9.5 g/dl; crea.: 0.9 mg/dl; anticuerpos antinucleares: 1:320 homogéneo; anti-DNA: 1:320; anti-LA negativo; anti-RO positivo; anticardiolipinas: IgG, 67 U/ml; anti-Sm, RNP negativo. Se inició tratamiento a base de prednisona (30 mg/día), hidroxilcloroquina (200 mg/día) y azatioprina (50 mg/día). Tres horas antes de su ingreso a urgencias presentó cefalea holocraneal de intensidad grave, súbita, desorientada, con habla incoherente y pérdida de la agudeza visual súbita bilateral transitoria; presentó mejoría espontánea y sólo persistió la cefalea de moderada intensidad. La exploración neurológica fue normal; tomografía simple sin lesión estructural; punción lumbar con líquido cefalorraquídeo con 2 leucocitos/ $\text{mm}^3$ , glucosa de 57 mg/dl, proteínas de 15 mg/dl, cultivo para hongos, micobacterias, criptococo y tinción de gramnegativos. La resonancia magnética de encéfalo demostró múltiples imágenes hiperintensas en la secuencia de T2 y FLAIR subcorticales; en la unión sustancia gris, sustancia blanca, sin una distribución de territorio vascular, con restricción de la secuencia de difusión; la panangiografía cerebral mostró disminución del calibre vascular en múltiples territorios segmentarios consistente con vasculitis de medianos vasos.

**Conclusiones:** La vasculitis del SNC en pacientes con LES es poco frecuente y poco documentada; es una complicación potencialmente grave y con secuelas importantes. El reto del clínico es tener una alta sospecha para iniciar tratamiento oportuno.

## Co22

### Encefalopatía posterior reversible (PRES) secundaria a uso de ciclofosfamida en una paciente con lupus eritematoso sistémico (LES)

Pérez-Mejía J, Mora-Saucedo GD, Echeverría-González G, Castro-Lizano N

*Servicio de Reumatología de la UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente (IMSS), Guadalajara, Jalisco*

**Introducción:** PRES es un síndrome caracterizado por crisis convulsivas (CC), amaurosis fugaz, cefalea y alteración del estado de alerta relacionado con edema cerebral vasogénico. La resonancia magnética (RM) cerebral presenta distribución parietooccipital. La neurotoxicidad es efecto de pérdida de la autorregulación circulatoria secundaria a hipertensión o daño endotelial. Existen informes aislados en relación con ciclofosfamida (CFM).

**Caso:** Mujer de 20 años, LES desde tres años antes, con afección de SNC (síndrome de Guillain-Barré), síndrome de Evans, artritis, ANA de 1:320, anti-DNA+ y C3 bajo. Recibió inmunoglobulina IV, prednisona, metotrexato y cloroquina. Asintomática por tres años, presenta después SLEDAI 14, síndrome nefrótico con glomerulonefritis clase IV-S, IA:9, IC:3. Recibió pulsos de metilprednisolona y CFM (1 g). Quince días después del primer pulso de CFM presentó convulsiones tonicoclónicas generalizadas tratadas con levetiracetam y fenitoína, sin nuevo episodio convulsivo. Los estudios de LCR fueron negativos. La tomografía de cráneo revela hipodensidad simétrica parietooccipital y disminución de los surcos; el electroencefalograma muestra actividad epileptiforme residual; la angiografía indica trombosis o zonas de isquemia microvascular, con hiperintensidad parietooccipital. La vigilancia de las imágenes hiperintensas y control de actividad con objetivo corto a tres a cuatro semanas.

**Conclusión:** PRES se ha vinculado con nefritis, vasculitis y efectos citotóxicos de los inmunosupresores. En una serie de 120 casos, 45% se relacionó con enfermedad autoinmunitaria. La RM es la clave en el diagnóstico diferencial con otros síndromes neurológicos en LES. Se ha informado desde tres días hasta cuatro meses después del inmunosupresor. Con CFM existen dos casos notificados en las publicaciones médicas.

## Co23

### Brote psicótico en LES: relación con consumo crónico de marihuana

Cordero-Sánchez G, Jiménez-Balderas F, Hernández-Vásquez R, López-Marquet M, Barile-Fabris L

*Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI*

**Introducción:** La psicosis en LES se informa hasta en 3.5% de los pacientes. Existen pocos estudios de los efectos del uso crónico de *cannabis* en estos pacientes; la evidencia sugiere que hasta 39% presenta manifestaciones psicóticas.

Se presenta el caso de una mujer de 21 años, quien ha consumido *cannabis* desde los 15 años y se le diagnosticó LES tres años antes por manifestaciones articulares, mucocutáneas y serológicas. Suspendió tratamiento un año antes. Inició cuatro días antes de su ingreso, con agitación psicomotriz, alucinaciones visuales y auditivas luego de consumo de *cannabis*.

**Exploración física:** Agresiva, discurso incoherente, alucinaciones visuales y auditivas, zonas de alopecia y eritema malar.

**Laboratorios y gabinete:** BHC normal, C3:29.20, C4:2.60, anticuerpos anti-DNA elevados, LCR normal, tetrahydrocannabinol en orina. La RMN y TAC de cráneo fueron normales. SPECT con hipoperfusión en lóbulo frontal, parietal y temporal. EEG sin actividad epileptíca. Recibió tratamiento

con haloperidol, prednisona (1 mg/kg), mofetil de micofenolato (2 g al día), con mejoría del brote psicótico; egresó al quinto día de internamiento.

**Conclusión:** Este caso ilustra el reto diagnóstico y la diversidad de causas de la psicosis, difíciles de diferenciar de la relacionada con actividad de LES, cuando existe evidencia de actividad en otros niveles, lo cual enfatiza la importancia del diagnóstico diferencial.

#### Co24

### Síndrome febril refractario a inmunosupresión en paciente con lupus eritematoso generalizado (LEG) y expresión neuropsiquiátrica (NP): resolución de cuerpos citoides en días postratamiento

Acosta-Castillo MA, Rangel-Botello AA, Esparza-Holguín HE, Martínez-Martínez MU, Abud-Mendoza C

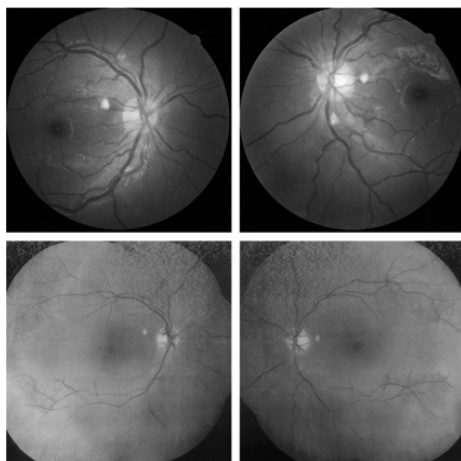
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Introducción:** El síndrome febril no es característico del LEG y la hipertermia responde por lo general a esteroides. La fiebre de origen no determinado representa un reto diagnóstico en estos pacientes, en quienes deben considerarse la actividad de la enfermedad, procesos linfoproliferativos o infecciones (endocarditis y enfermedad granulomatosa).

**Revisión del caso:** Paciente masculino de 28 años de edad, con tres semanas y fiebre de 39° sin predominio de horario, así como dolor poliarticular, multitratado con antibióticos, con estudios normales. A su ingreso se encontró poliartritis VSG: 35 mm/h, PCR: 6.4 mg/dl, FR y aCCP negativos, AAN 1:160, patrón moteado grueso por Hep2; recibió metotrexato (MTX) (12.5 mg/sem) y pdn (5 mg/día). Continuó durante dos meses con fiebre intermitente hasta tres/sem, con exploración sólo con flogosis residual poliarticular; estudios irrelevantes además de los mencionados, tanto sistemáticos como especiales, incluidos cultivos múltiples, aspirado de médula ósea, ecocardiograma, tomografía computarizada, por sospecha de enfermedad linfoproliferativa, los cuales no revelan alteraciones. El 22/sep/2015 presenta psicosis (desorientación, delirio, alteración cognitiva y alucinaciones), además de fiebre, y se identifican en fondo de ojo múltiples cuerpos citoides; se agregan ciclofosfamida (500 mg IV) y metilprednisolona (1 g). A los 12 días acude a revisión (02/oct/2015) asintomático y con menos de 50% de las lesiones oculares tanto en número como en tamaño.

**Discusión:** Se presentan estudios que incluyen imágenes con fluoroangiografía y fotografías de fondo de ojo (fig. 1). Recibió 500 mg IV adicionales de ciclofosfamida y ahora se encuentra asintomático con dosis bajas de pdn y MTX.

Figura 1. Fotografías del fondo de ojo antes y después del tratamiento.



#### Co25

### Brote grave de lupus eritematoso sistémico (LES) relacionado con sepsis en un caso grave confirmado de fiebre chikungunya (ChikV)

Sepúlveda-Delgado J<sup>(1)</sup>, Vera-Lastra OL<sup>(2)</sup>, Contreras-Contreras A<sup>(3)</sup>, Cancero-Ávila LM<sup>(4)</sup>, Mena-Vela BA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, <sup>(2)</sup>Medicina Interna del CM la Raza, <sup>(3)</sup>Residente de cuarto año de Medicina Interna del Hospital Juárez de México, <sup>(4)</sup>Laboratorio de Investigación del HRAE Ciudad Salud

**Introducción:** Los primeros casos en México de ChikV se registraron en Chiapas en octubre del 2014, en donde existe además una elevada prevalencia de enfermedades autoinmunitarias. Los casos atípicos de fiebre chikungunya se han descrito en grupos de riesgo.

**Objetivo:** Informar un caso grave de fiebre chikungunya que desencadenó un brote grave de LES complicado con sepsis en una mujer previamente inactiva.

**Descripción del caso:** Mujer de 59 años, con diagnóstico de LES articular desde 2010, en tratamiento con hidroxiquina (400 mg) y azatioprina (50 mg), sin internamientos por actividad; última revisión médica tres meses antes del padecimiento, sin ajustes del tratamiento. Cursó con fiebre de 39.5° de tres días y poliartralgias intensas; con posterioridad desarrolló edema, dolor y datos de infección de tejidos blandos en miembros inferiores, con ingreso a la unidad por diagnóstico de celulitis (fig. 1). Debido a antecedente epidemiológico se realizó q-PCR para ChikV, que resultó positiva. Un USG Doppler mostró tromboflebitis, sin trombosis. Por la mala evolución de la extremidad se tomó biopsia de zona ulcerada que mostró vasculitis cutánea linfocítica. Durante la estancia se documentó actividad grave de LES por hipocomplementemia, leucoeritrocituria, trombocitopenia y presencia de anticuerpos antinucleares; requirió tratamiento en la UCI y esteroide intravenoso; presentó múltiples complicaciones infecciosas nosocomiales. Falleció por síndrome de insuficiencia respiratoria aguda relacionada con hemorragia alveolar.

**Conclusión:** ChikV produce manifestaciones atípicas en grupos de riesgo. Las enfermedades autoinmunitarias reumáticas (EAR) podrían tener presentaciones atípicas y su reactivación durante la infección por ChikV debe estudiarse, sobre todo en zonas endémicas de *A. aegypti*.

Figura 1. Aspecto de la mano, miembro inferior derecho y radiografía de tórax del paciente.



#### Co26

### Falso positivo de infección por VIH en paciente con lupus eritematoso sistémico

Castro-Colín Z<sup>(1)</sup>, Pérez-Pérez M<sup>(1)</sup>, Vásquez-Jiménez EC<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General de Zona Número 27 IMSS, <sup>(2)</sup>UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

**Introducción:** Los pacientes con LES pueden tener reacciones falsas positivas de ELISA para VIH con una frecuencia de 0 a 45%. La positividad

para VIH es transitoria y se presenta en periodos de actividad de LES relacionada con impurezas en la preparación del antígeno que generan reacciones cruzadas; los pacientes con LES producen anticuerpos en forma aleatoria debido a la estimulación policlonal, ya que producen títulos elevados de anticuerpos contra varias proteínas retrovirales, incluidas Gag, Env y Nef del VIH y HTLV.

**Caso:** Paciente femenino de 42 años con cuadro de candidiasis bucal, fiebre y diarrea; se realizaron dos pruebas de ELISA para VIH que fueron positivas, por lo que se inicia tratamiento con zidovudina y zalcitabina que mantuvo durante ocho años; durante el seguimiento no hay infecciones oportunistas, carga viral indetectable y CD4 normales por lo que se realiza ELISA para VIH que no es reactivo. Con posterioridad cursa con astenia, adinamia, tos con expectoración hialina, disnea y fiebre, y pérdida de peso de 5 kg durante un mes. EF: mucosa bucal con placas blanquecinas en paladar y carrillos de bordes irregulares con fondo eritematoso y de ganglios periauriculares bilaterales. Laboratorio: Leuc.,  $1.4 \times 10^3$ ; HB, 11.6 g/dl; HTO, 38.3%; VCM, 86.8 fl; CHCM, 32.9 pg; PLT,  $66 \times 10^3$ ; LT, 0.9 x103. EGO: proteínas ++; leucos, 8-10; eritrocitos, 2-3, ELISA, VIH -, PCR negativo. VSG: 34 mm/1h; FR: 10 UI/ml; Coombs -; VDRL -; Alb, 2.8 g/dl. BT, 0.36 mg/dl; AST, 213 u/l. ALT, 88 u/l. FA, 150. GGT, 204 u/l. DHL, 1 275 u/l. ag HBS negativo. ac HBC negativo. HCV negativo; hemocultivos, urocultivo y cultivo de expectoración negativos. TAC de cuello, tórax y abdomen con adenopatías en el nivel III. ANA, 1:1 280; patrón homogéneo; anti-DNA: 439.68 UI/ml, C3 24 mg/dl, C4 6.5 mg/dl; se diagnostica LES por lo que se inicia tratamiento con esteroides y se observa remisión de las manifestaciones clínicas y hematológicas.

**Conclusión:** En los pacientes con LES que presentan pruebas de ELISA falsas positivas, la prueba de Western Blot es casi siempre indeterminada (en 35% de los casos), ya que suelen ser positivos a alguno de los antígenos, pero no a dos de las bandas importantes de forma simultánea. Las manifestaciones iniciales de la infección por VIH y las enfermedades de tejido conectivo son por lo regular inespecíficas y pueden confundirse, por lo que el diagnóstico diferencial puede ser difícil de establecer.

## Co27

### Nefropatía lúpica con tuberculosis renal: causa de proteinuria masiva

López-Íñiguez Á<sup>(1)</sup>, Carmona-Navarro DE<sup>(1)</sup>, Castro-Gallegos PE<sup>(1)</sup>, Alvarado-Rodríguez A<sup>(1)</sup>, Gómez-López C<sup>(2)</sup>

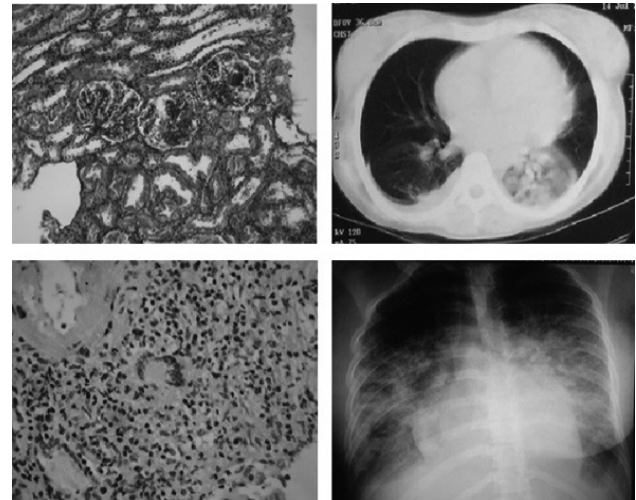
<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México

**Introducción:** La prevalencia de TB es mayor en pacientes con LES en comparación con la población general. La TB renal es el tercer sitio extrapulmonar más común y puede manifestarse como daño renal agudo, nefritis intersticial, proteinuria o glomerulopatía.

**Presentación de caso:** Paciente femenina de 32 años con LES en tratamiento subóptimo valorada por fiebre nocturna de un mes de evolución, disnea, fatiga generalizada y embarazo de 19 SGD. A su ingreso se documentó taquicardia, taquipnea e hipotensión que evolucionó a choque séptico. Fue intubada e ingresó a la UCI. En la radiografía de tórax se evidenció infiltrado bilateral con datos de congestión pulmonar y neumonía micronodular. Se inició tratamiento con meropenem y linezolid. El MEX-SLEDAI fue de 28 puntos. Recibió metilprednisolona (1 g) durante tres días y después prednisona (1 mg/kg/día). Se realizó TAC de tórax en la que se documentó derrame pleural izquierdo (fig. 1) de la que se realizó GeneXpert MTB/RIF<sup>®</sup> que resultó positivo. Se inició Dotbal. En la recolección de orina de 24 h se informó proteinuria de 13 g. Se realizó biopsia renal en la que se encontró nefropatía lúpica tipo IV en remisión y granulomas caseosos (fig. 1). En el seguimiento de dos meses, la proteinuria disminuyó a 2 g, además de un aumento de 6 kg de peso.

**Discusión:** La diferenciación entre TB renal y nefropatía lúpica es un reto clínico por la semejanza existente entre ambas enfermedades, por lo que la biopsia renal es esencial.

Figura 1. Biopsia renal y tomografía de tórax.



## Co28

### ADEM como presentación de lupus eritematoso sistémico: ampliando el espectro de neuro-ASIA

Herrera-Aguilar F<sup>(1)</sup>, López-Íñiguez A<sup>(1)</sup>, Gómez-Fregoso Juan<sup>(1)</sup>, Martín-Nares E<sup>(1)</sup>, Cerpa-Cruz S<sup>(2)</sup>

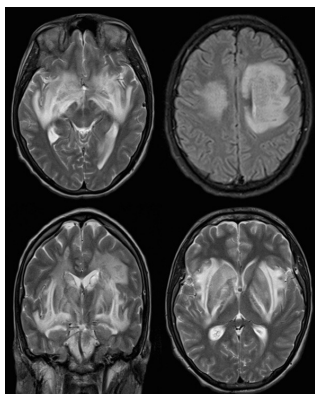
<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México

**Introducción:** Se ha agrupado bajo el término *síndrome autoinmunitario/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA)* a un grupo de signos y síntomas variables que pueden ocurrir después de una exposición a diferentes adyuvantes o desencadenantes ambientales externos.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 18 años con espondilitis anquilosante de dos años de diagnóstico. Recibió en junio de 2015 la segunda dosis de la vacuna para VHB. Tres semanas después presentó fiebre, artralgias, vómitos y alteración del estado de alerta. LCR con 0 leucocitos, 18 eritrocitos, proteínas de 1 g/dl y glucosa de 23 mg/dl; cultivos y tinciones de LCR negativas. ANA positivos 1:1 280, patrón homogéneo y anti-DNA nativo positivos 1:10 3+. Perfil serológico para SAF, negativo. Se trata con cuatro bolos de metilprednisolona y 500 mg de ciclofosfamida. El paciente presentó crisis convulsivas tonicoclónicas generalizadas y disminución del estado de alerta, y requiere ventilación mecánica. Se realizó TAC de cráneo que delinea imágenes hipodensas bilaterales en ganglios basales y tálamo. La RM de cráneo presenta imágenes algodonosas hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y restricción en la difusión, indicativos de encefalomielitis diseminada aguda (ADEM) (fig. 1). Se administró inmunoglobulina IV con buena respuesta a tratamiento. Dos meses después es egresado con hemiparesia derecha, gastrostomía y traqueotomía.

**Discusión:** La aparición de LES después de la administración de la vacuna para VHB es un suceso poco frecuente. La relación de LES con ADEM es sumamente rara. Éste es el primer caso de ADEM relacionado con LES desencadenado por adyuvantes. La inmunoglobulina puede ser parte del arsenal terapéutico en casos de neuro-ASIA.

Figura 1. Resonancia magnética de cráneo.



C029

### Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto como manifestación inicial de lupus eritematoso generalizado en un hombre

Lendechy-Velázquez M<sup>(1)</sup>, Hernández-Briseño L<sup>(2)</sup>, Torruco-García U<sup>(3)</sup>

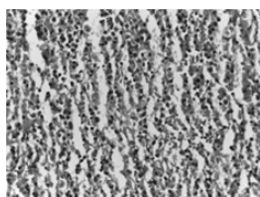
<sup>(1)</sup>Privado, <sup>(2)</sup>Departamento de Patología del Centro de Alta Especialidad del Estado de Veracruz, <sup>(3)</sup>Departamento de Investigación en Educación Médica de la Facultad de Medicina, UNAM

**Introducción:** La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) se caracteriza por linfadenitis necrosante, artralgias, exantema, anemia, linfocitosis, neutropenia y reactantes de fase aguda elevados. La relación entre EKF y lupus eritematoso generalizado (LEG) se ha descrito de modo esporádico.

**Presentación del caso:** Hombre de 18 años de edad. Inició cuatro semanas antes de la consulta con adenopatías dolorosas en región cervical, fiebre y pérdida de 4 kg de peso; un mes después se agregaron artralgias de pequeñas y medianas articulaciones y úlceras en paladar duro. Exploración: caída de cabello, adenopatías en región cervical, inguinal y axilar de 1.5 cm; *livido reticularis* en brazos, antebrazos y piernas; artritis en codos, carpos, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y rodillas. Leucocitos, 3 500/mm<sup>3</sup>; linfocitos totales, 900; hemoglobina, 15 g/dl; plaquetas, 100 000/mm<sup>3</sup>; ALT, 173; AST, 98; ANA con patrón homogéneo 1:80 y anti-DNA dc 10.6. En biopsia de ganglio cervical se encontró linfadenitis necrosante con extensa cariorrexis (fig. 1); la inmunohistoquímica fue reactiva para CD20, Ki-67, CD68, CD3, Bcl-2, CD123 y CD30; el informe histopatológico fue consistente con EKF en fase proliferativa.

**Discusión:** El diagnóstico de este caso plantea el reto de atribuir las manifestaciones a la EKF, LEG o ambos. La EKF puede acompañarse de artralgias, pero no explica la presencia de úlceras bucales, *livido reticularis*, ANA y anti-DNA dc. Puesto que tampoco es común que el LEG presente los hallazgos referidos en la biopsia, se concluye que la EKF es la manifestación inicial del LEG. Según esta búsqueda, sólo existen tres casos informados de LEG y EKF en hombres.

Figura 1. Biopsia de ganglio cervical.



C030

### Síndrome de pulmón encogido como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico juvenil: informe de dos casos

Ramírez-Juárez MR<sup>(1)</sup>, Céspedes-Cruz A<sup>(2)</sup>, Zeferino-Cruz M<sup>(2)</sup>, Torres-Jiménez A<sup>(2)</sup>, Velázquez-Cruz A<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente de segundo año de reumatología en pediatría, <sup>(2)</sup>Médico adscrito a reumatología en pediatría, <sup>(3)</sup>Residente de primer año de reumatología en pediatría

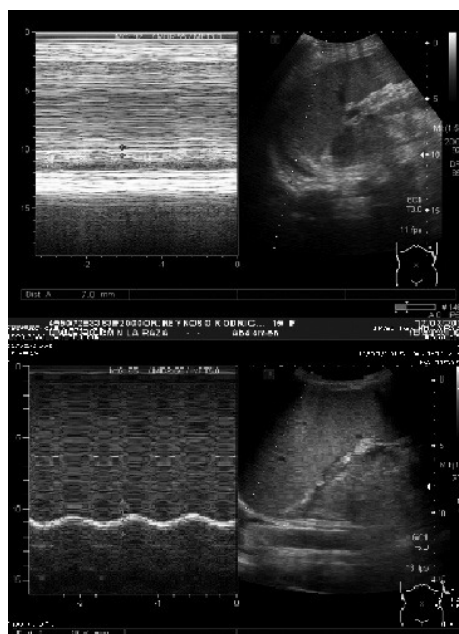
Las manifestaciones pulmonares en LES se presentan en 60 a 80% y es el síndrome de pulmón encogido una complicación poco frecuente (0.5%), manifestada por tos irritativa y disnea. Se presentan dos casos con síndrome de pulmón encogido en diagnóstico del LES.

**Caso 1:** Paciente femenino de 15 años, con hipotiroidismo adquirido. Inicia dos meses previos con mialgias, artralgias, pérdida de peso, tos seca y dificultad respiratoria progresiva; por laboratorio revela anemia hemolítica, leucolinfopenia, hipocomplementemia, ANA y anti-DNA positivos; Rx y TAC de tórax muestran derrame pleural masivo izquierdo; USG de tórax delinea hipomotilidad diafragmática izquierda (fig. 1); se realiza toracocentesis que drena 6 600 ml.

Se trata con corticosteroides y ciclofosfamida con mejoría de los síntomas pulmonares.

**Caso 2:** Paciente femenino de 15 años, inicia 15 días antes con edema de miembros pélvicos, úlceras bucales, fotosensibilidad, artralgias, cefalea, pérdida de peso, fiebre de 38°C, dificultad respiratoria, tos irritativa y dolor pleurítico; a la exploración: artritis MCF e IFP, ascitis; por laboratorio: linfopenia, trombocitopenia, ANA y anti-DNA positivos, hipocomplementemia; la radiografía de tórax delinea seis espacios intercostales y elevación del hemidiafragma izquierdo; USG indica hipomotilidad diafragmática y la espirometría patrón restrictivo; recibe corticoesteroide, ciclofosfamida, rituximab y salbutamol con adecuada respuesta. **Conclusión:** El diagnóstico de síndrome de pulmón encogido requiere una alta sospecha clínica, confirmada por estudios de gabinete.

Figura 1. USG de tórax de uno de los pacientes.



**C031**

**Hemorragia alveolar recidivante relacionada con tuberculosis pulmonar en un paciente con lupus eritematoso sistémico**

López-Marquet M, Hernández R, Hernández A, Cordero G, Barile-Fabris L

*Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, IMSS*

**Introducción:** La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una complicación catastrófica del lupus eritematoso sistémico (LES). Se ha notificado una incidencia de 2% a 5%. Es rara en relación con infecciones pulmonares y fármacos. Se presenta un caso con LES y HAD de causa principal incierta.

**Presentación del caso:** Hombre de 25 años con LES desde los ocho. Disnea progresiva de dos meses hasta presentarse en reposo, tos no productiva, estertores crepitantes, taquicardia, sin fiebre. TAC de alta resolución de tórax: vidrio deslustrado y consolidación con broncograma en lóbulo medio derecho. Descenso de hemoglobina >2 G. Recibió metilprednisolona 3 G e inmunoglobulina intravenosa con mejoría. A los dos días presentó disnea, hemoptisis y vidrio deslustrado en TAC-AR. Lavado broncoalveolar: macrófagos con hemosiderina y PCR para *M. tuberculosis*. Se administró segunda dosis de inmunoglobulina, isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. La evolución no fue favorable y el paciente falleció a los 10 días.

**Conclusión:** La hemorragia alveolar en LES requiere descartar infecciones concomitantes. La relación con tuberculosis pulmonar es rara y exige diagnóstico temprano para evitar complicaciones letales.

**C032**

**Prevalencia de infección por tuberculosis en pacientes con lupus eritematoso sistémico del noreste de México**

Colunga-Pedraza IJ<sup>(1)</sup>, Arvizu-Rivera RI<sup>(2)</sup>, Martínez-Moreno A<sup>(2)</sup>, Treviño-Montes DO<sup>(2)</sup>, Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Servicio de Reumatología, Hospital Universitario, UANL, <sup>(2)</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario, UANL

**Introducción:** La prevalencia de tuberculosis (TB) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) varía según sea la región analizada. Se notifica una prevalencia de 2.5% a 13.8% en zonas endémicas, con predominio de infección extrapulmonar. El objetivo del presente estudio es informar la prevalencia de TB en sujetos con LES del noreste de México.

**Métodos:** Se diseñó un estudio transversal y descriptivo. Se incluyó a pacientes con diagnóstico de LES que acudieron a la consulta de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, en Monterrey, Nuevo León, de mayo de 2014 a octubre de 2015. Se recolectó la información de los expedientes clínicos. Se tomó como caso de TB aquel registrado en el expediente por el médico tratante, tanto pulmonar como extrapulmonar. Se excluyó a pacientes con síndromes de sobreposición.

**Resultados:** Se incluyó a 123 pacientes en el análisis final, de los cuales 110 (89.43%) eran mujeres. Se informó infección por TB en siete casos (5.69%): tres (2.44%) casos de TB pulmonar, tres (2.44%) de TB extrapulmonar (pleural, meníngea y cutánea) y uno (0.81%) de TB latente (tabla 1).

**Conclusiones:** La prevalencia de TB en una muestra de pacientes con LES en un área endémica del noreste de México es de 5.69%. Es importante la búsqueda sistematizada de infección por TB en esta población debido a las características propias de la enfermedad y fármacos utilizados en el tratamiento, de manera independiente al empleo del tratamiento biológico.

**Tabla 1.** Características demográficas.

Edad, media ± DE	34.39±12.49
Mujeres, n (%)	110 (89.43%)
Duración de la enfermedad, media ± DE	5.52±4.62
Diabetes mellitus, n (%)	3 (2.44%)
Enfermedad renal crónica, n (%)	5 (4.07 %)
Infección por TB, n (%)	7 (5.69%)
TB pulmonar, n (%)	3 (2.44%)
TB extrapulmonar, n (%)	3 (2.44%)
TB latente	1 (0.81%)
	n=123

**C033**

**Síndrome de pulmón encogido relacionado con lupus eritematoso sistémico tratado exitosamente con rituximab: informe de caso**

Pérez-Bañuelos A<sup>(1)</sup>, Morales-Gutiérrez O<sup>(1)</sup>, Cepeda-Pérez AS<sup>(1)</sup>, Díaz-Jouanen E<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Residencia Hospital Ángeles Lomas, <sup>(2)</sup>Reumatología, Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** El síndrome del pulmón encogido (SPE) es una manifestación poco frecuente del lupus eritematoso sistémico (LES), caracterizado por presencia de disnea y dolor torácico tipo pleurítico no explicados por otra causa, acompañado de elevación diafragmática, trastorno ventilatorio tipo restrictivo y debilidad de los músculos respiratorios. Se sugiere el uso de glucocorticoides sistémicos como tratamiento de primera línea, si bien en casos refractarios el tratamiento no está bien definido en la actualidad.

**Caso clínico:** Se notifica el caso de una paciente de 18 años de edad con antecedente de LES, que desarrolló SPE grave al encontrarse en remisión bajo tratamiento con esteroides orales. A su ingreso se encuentra con disnea progresiva, dolor pleurítico y saturación de oxígeno de 88%. Se observa elevación de hemidiafragma de forma bilateral por radiografía de tórax, hipertensión arterial pulmonar moderada a grave por ecocardiografía y espirometría con patrón restrictivo grave con CVF de 27%, VEF1 de 29%, VEF1/CVF de 108%, fracción de complemento C3 de 78 y C4 de 16.2. Se inició tratamiento con rituximab, dos dosis de 1 g con intervalo de dos semanas y se observa una mejoría notable de su condición clínica y pruebas de función respiratoria, con incremento de la CVF de 65%, VEF1 de 38% y VEF1/CVF de 103% un mes después.

**Conclusiones:** Es posible alcanzar recuperación casi completa de la función pulmonar en pacientes con SPE relacionado con LES con el uso de inmunosupresores como rituximab, pero es necesario realizar más estudios al respecto para definir el tratamiento en casos refractarios.

**C034**

**¿Desde cuándo comenzó a morir? Daño acumulado, actividad y enfermedad crítica en el lupus eritematoso sistémico: un caso clínico**

Mora-Saucedo GD, Pérez-Mejía J, Echeverría-González G, Castro-Lizano N

*Centro Médico Nacional de Occidente*

**Introducción:** El daño acumulado en el LES incrementa el riesgo de muerte. El número de recaídas, cualquiera que sea la gravedad, eleva el riesgo de acumular daño. La tasa de muerte aumenta 0.13 por año. Después de cinco años, la mortalidad está determinada por comorbilidades como hipertensión arterial y dosis acumulada de esteroides.

**Caso:** Mujer de 40 años. LES a los 18, fundamento mucocutáneo, articular, hemólisis, ANA, anti-DNA y anti-Ro positivos. Tuvo tuberculosis intestinal, catarata bilateral e hipertensión arterial. Tratada con FARME a dosis subterapéuticas y esteroide, sin antipalúdicos. En 2015 sufrió recaída con proteinuria, livedo racemoso, neuropatía e hipocomplementemia; inició ciclofosfamida y metilprednisolona. Después se hospitalizó por choque séptico; requirió intubación y vasopresores. Desarrolló empiema bilateral e infarto esplénico masivo (>50%). Se realizó esplenectomía; el histopatológico confirmó *¿infartos e inflamación aguda purulenta?*; hemocultivos con *Stenotrophomonas maltophilia*; ecocardiograma transesofágico: *¿endocarditis mitral, vegetación sobre valva anterior, perforación, insuficiencia grave, efecto de Coanda?* Se documentó hemólisis, trombocitopenia y requirió inmunoglobulina intravenosa. Concluyó con lesión renal aguda, CID, sangrado pulmonar y defunción.

**Conclusiones:** La paciente presentó tres complicaciones que desencadenaron en el mismo desenlace, la muerte. Las infecciones son la segunda causa de mortalidad en LES y la principal causa para requerir cuidados críticos. LES activo y enfermedad grave aumentan la mortalidad. Los mestizos experimentan afección más grave. Hipertensión, SLEDAI y uso de esteroides incrementan el riesgo de acumular daño. Los antipalúdicos reducen el riesgo de acumular daño y adquirir infecciones. Los pacientes comienzan a morir al acumular daño; las hospitalizaciones anticipan la muerte.

## Co35

### Lupus eritematoso sistémico y eritema multiforme: simulando un síndrome de Rowell

Batún-Garrido JAJ, Hernández-Núñez É, Olán F, Arteaga-García UG

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

**Introducción:** El síndrome de Rowell (SR), descrito por primera vez en 1963, se caracteriza por tres criterios mayores: lupus eritematoso sistémico (LES), eritema multiforme, anticuerpos antinucleares con patrón moteado; y criterios menores: anticuerpo anti-Ro y anti-La, eritema pernio y factor reumatoide positivo. El diagnóstico se establece con la presencia de tres criterios mayores o dos mayores y uno menor.

**Presentación del caso:** Mujer de 35 años, con diagnóstico de LES (eritema malar, úlceras bucales, artritis, anticuerpos antinucleares, patrón moteado 1:320), diagnóstico de nefritis lúpica tratada con glucocorticoide, micofenolato de mofetilo, tacrolimus, azatioprina, pulsos de ciclofosfamida y tres pulsos de rituximab; experimenta reacción alérgica en el último pulso (dérmica). Inició su padecimiento después del consumo de metotrexato y presentó lesiones eritematosas y pruriginosas en extremidades superiores, por lo que acudió a hospitalización. A la exploración física se observó dermatosis aguda diseminada, localizada en boca, extremidades superiores e inferiores, caracterizadas por algunas pápulas eritematosas y vesículas de contenido claro que formaban un patrón anular eritematoso y centro blanquecino. Paraclínicos: leucocitos,  $8.0 \times 10^3/\mu\text{l}$ ; neutrófilos,  $7.1 \times 10^3/\mu\text{l}$ ; creatinina, 0.73 mg/dl. Se realizó biopsia de piel que informó ampolla epidérmica, degeneración de la capa basal epidérmica, fibrosis dérmica e infiltrado mononuclear perivasculoso. Se suspende metotrexato y se inicia administración de prednisona a dosis de 1 mg/kg de peso, con lo que presentó respuesta exitosa.

**Comentario y conclusiones:** La paciente cumplió criterios para SR, pero no se consideró como tal, ya que el eritema multiforme fue secundario al metotrexato y no idiopático.

## Co36

### Presentación atípica de linfoma no Hodgkin y lupus eritematoso sistémico

Santiago-Manzano ME, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Rosales-Don Pablo VM, Muñoz-López S, Guillén-Durán CA, Sandoval-Cabrera DV, García-López CL

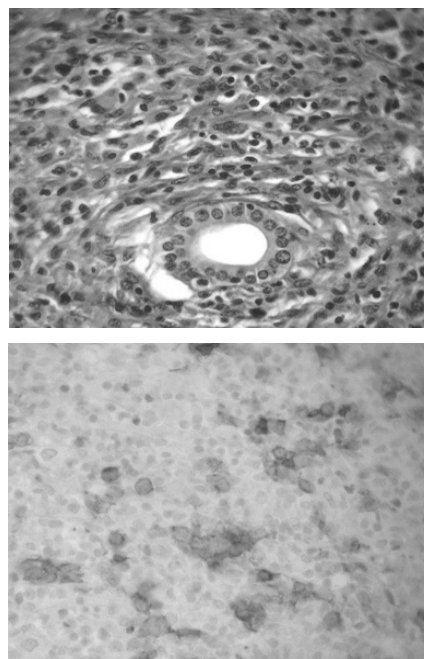
CMN 20 de Noviembre

En pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) ocurren neoplasias hasta en 4.5%, entre ellas linfoma Hodgkin (LH) y no Hodgkin, displasia cervical, carcinoma bronquial y cáncer de mama. El LH se presenta en 0.3% de estos pacientes. Se presenta un caso de fiebre de origen a determinar con diagnóstico final de LH.

**Caso clínico:** Mujer de 59 años, tabaquismo positivo, diagnóstico de LES en 1987 con manifestaciones mucocutáneas, articulares y hematológicas, nefropatía renal III; recibió tratamiento con esteroide e inmunosupresores (ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo), con adecuado control desde 2012. Infecciones de repetición en 2014. En marzo de 2015 acude por fiebre recurrente acompañada de diaforesis vespertina de un mes de evolución; exploración física sin datos de actividad de lupus, sin adenomegalias palpables, ni visceromegalias; estudios de laboratorio de ingreso: BH, QS, PFH normales; C3 de 160 y C4 de 54; EGO normal. Se abordó como fiebre de origen desconocido y se descartaron actividad e infecciones, incluidas tuberculosis y oportunistas. TAC toracoabdominopélvica: sin evidencia de ganglios ni otra alteración. En etapa 4 de estudio se realiza laparotomía exploradora con biopsia hepática que identifica LH, variante de celularidad mixta CD30+, vesícula biliar y ganglio cístico con infiltración neoplásica (fig. 1).

**Comentario:** En LES, la sobreexpresión BAFF/APRIL, apoptosis aberrante y alteración del ciclo celular produce estimulación antigénica crónica, sobreactivación y proliferación de linfocitos B (LB), que puede favorecer la mayor incidencia de LH (las células Reed-Sternberg derivan de LB). Además, influyen el proceso inflamatorio crónico y el uso de inmunosupresores (ciclofosfamida RR 2.80 y glucocorticoides RR 2.57).

Figura 1. Biopsia hepática.



C037

**Actividad lúpica de difícil control: a propósito de un caso**

Tobar-Marcillo MA<sup>(1)</sup>, Santiago-Ramírez R<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Médico Residente de Medicina Interna, Hospital Adolfo López Mateos, <sup>(2)</sup>Médico Internista Reumatólogo, Hospital Adolfo López Mateos

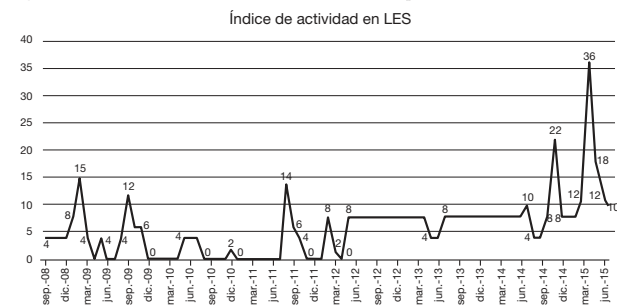
**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES), una enfermedad sistémica autoinmunitaria, de curso crónico, puede afectar a cualquier órgano, con presencia de brotes y afectación de múltiples sistemas, cuyo tratamiento es dinámico y presenta diferentes tipos de respuesta, incluida la refractaria con alto índice de actividad.

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 20 años, con diagnóstico de LES en septiembre de 2008, afectación articular y hematológica caracterizada por anemia y trombocitopenia, además de anticuerpos antinucleares DNA de doble cadena; durante su evolución presenta variaciones en índice de actividad Sledai.

Actividad leve cuatro años; recaída a nivel renal en 2012, tratamiento con micofenolato de mofetilo, remisión parcial, y después sufre nueva recaída en 2014 caracterizada por albuminuria de 5 701 mg/24 h y sedimento activo, hipocomplementemia y trombocitopenia moderada; se realiza biopsia renal con informe de nefropatía lúpica estadio IV, índice de actividad 18/24, índice de cronicidad 9/12. Esquema de inducción y anti-cd20; en 2015 sufre neumonitis lúpica y se administra gammaglobulina como tratamiento de tercera línea con adecuada respuesta; persiste con proteinuria y sedimento activo.

**Discusión:** No existe una definición universal aceptada de LES refractario; la Sociedad Española de Reumatología recomienda definirlo para cada órgano afectado. La nefropatía lúpica refractaria se define como aquella que no ha respondido a dosis altas de corticoides y al menos uno de los siguientes inmunosupresores: ciclofosfamida, micofenolato de mofetilo o ácido micofenólico; dichos esquemas se aplicaron además de rituximab basados en un estudio lunar; la paciente se halla sin control actual de enfermedad con índice Sledai de 10 puntos.

Figura 1. Índice de actividad de LES a través del tiempo.



C038

**Embarazo con lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido: caso anecdótico**

Barrera-Rodríguez AA, Sabido-Sauri RA, Loeza-Güemez RA

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

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) y el embarazo presentan un mayor número de complicaciones maternofetales, relacionadas con la actividad de la enfermedad y morbimortalidad fetal.

**Caso:** Mujer de 31 años de edad, con embarazo de 31 semanas de gestación (SDG), gesta 2 y una cesárea secundaria a preeclampsia grave nueve años antes que requirió transfusión sanguínea. Hipertensión arterial crónica posterior al embarazo en control con captoprilo (25 mg c/12 h) y actualmente con  $\alpha$ -metildopa (500 mg c/8 h). Cuadro de dos semanas de evolución, caracterizado por prurito en palmas y plantas, seis horas con cefalea, palpitaciones y síntomas generales, con adición de acúfenos, fosfenos y dactilitis; a su ingreso a ginecología, presión arterial de 170/100 mmHg y TTP de 37"; uroanálisis con microalbuminuria (300 mg/L) y plaquetas (60 000), por lo que se interrumpe el embarazo por preeclampsia grave, con neonato de 33 SDG. VDRL positivo, anticoagulante lúpico de 3.27 R, anticuerpo anticardiolipina IgG de 291.0 y anticuerpo antibeta 2-glicoproteína 1 IgG de 235 U/ml, anticuerpo anti-DNAs de 34.9 IU/ml, Coombs directo e indirecto positivos; C3, 71.80 mg/dl y C4, 8.98 mg/dl.

**Discusión:** Se presenta caso anecdótico, al documentar LES en una mujer embarazada, sin tratamiento médico, con alto riesgo de muerte fetal y triple positividad para síndrome antifosfolípido, ya que su presencia no lleva a desenlaces satisfactorios en el binomio.

C040

**Coexistencia de seudooclusión intestinal recurrente y enteropatía perdedora de proteínas en una paciente con lupus eritematoso sistémico**

Hernández-Bedolla A, Portela-Hernández M, López-Marquet M, Ricafío-Rocha R, Barile-Fabris L

Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** Las manifestaciones gastrointestinales atribuibles al lupus eritematoso sistémico (LES) se presentan hasta en el 30% de los pacientes; su detección se ha incrementado con la evolución de los auxiliares diagnósticos. La incidencia de enteropatía perdedora de proteínas (LUPLE) es de 3.2% y de la seudooclusión intestinal (POI) sólo se han notificado series pequeñas de casos.

**Presentación del caso:** Mujer de 31 años, con diagnóstico de LES en 2011 (hematológico, mucocutáneo, gastrointestinal con POI, signos inmunológicos). Inició un mes previo con diarrea acuosa, intolerancia a la vía oral, dolor abdominal intermitente, pérdida ponderal de 12 kg en dos meses, caída de cabello y eritema malar. Exploración física: eritema malar, caída de cabello a la tracción, deshidratación de mucosas, hipoperistalsis, sin ascitis, edema de miembros inferiores. Laboratorios: anemia normocítica, hipoalbuminemia, elevación de reactantes de fase aguda, elevación de ant-iDNA, hipocalcemia, hipopotasemia; EGO con leucocituria y urocultivo negativo. Radiografía de abdomen: dilatación de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos; ultrasonido: líquido libre en cavidad abdominal e hidronefrosis bilateral. TAC: líquido libre en cavidad abdominal, adenomegalias inflamatorias, edema de asas intestinales e hidronefrosis bilateral. Gammagrama marcado con Tc99, positivo. Se concluyó seudooclusión intestinal, enteropatía perdedora de proteínas y desnutrición proteicoenergética. Se inició tratamiento hidroelectrolítico, dosis altas de esteroides e inmunoglobulina intravenosa con adecuada respuesta clínica.

**Conclusión:** Las manifestaciones gastrointestinales por LES son un reto diagnóstico por los múltiples diagnósticos diferenciales, la prevalencia de LUPLE y POI baja; no se ha informado anteriormente la coexistencia; el diagnóstico y tratamiento oportuno son factores pronósticos.

C041

**Lupus eritematoso sistémico familiar: informe de un caso**

Arellano-Valdez CA, Guijarro-Sánchez I, Vázquez-Saldaña MP, Díaz-Díaz PA, García-Montalvo A

UMAE, Hospital de Pediatría CMNO, IMSS

El lupus eritematoso sistémico familiar (LESF), también conocido como lupus eritematoso sistémico autosómico recesivo, se define como una familia con uno o más hermanos diagnosticados con lupus; es una entidad rara con una prevalencia aproximada de <1/1 000 000. Algunos pacientes con lupus tienen familiares que han desarrollado afecciones similares como artritis reumatoide o una variedad de enfermedades inmunológicas, pero es raro que en la misma familia exista más de un paciente con lupus. Se ha notificado que sólo el 4% de los hijos de pacientes con lupus desarrolla esta enfermedad. Las investigaciones demuestran que el lupus por sí solo no es hereditario, pero existe una susceptibilidad en el paciente, que es hereditaria, a una función anormal del sistema inmunológico cuyo proceso puede activarse por factores medioambientales.

**Descripción del caso:** Se trata de un paciente masculino de 14 años que inicia con lupus, con determinación de anticuerpos positivos desde los ocho años, madre con un aborto, padre asintomático con anticuerpos positivos; hermana diagnosticada a los 10 años y finada a los 11 años por complicaciones de lupus; hermana de 16 años diagnosticada a los nueve años, actualmente con lupus en control; abuela paterna con artritis reumatoide; tío paterno con síndrome antifosfolípidos; primo hermano con esclerodermia.

Es importante dar a conocer el caso de esta familia, ya que no hay casos notificados en el país; asimismo, es relevante el estudio de familiares de individuos con lupus en busca de su relación con otras enfermedades autoinmunitarias para integrar diagnóstico de enfermedad familiar autoinmunitaria.

#### Co42

### Subclasificación de anticuerpos antifosfolípidos y correlación en pacientes con síndrome antifosfolípido

Benítez-Cabrera A<sup>(1)</sup>, Viveros-Sandoval ME<sup>(2)</sup>, Fenton-Navarro B<sup>(3)</sup>, Álvarez-Guerrero MA<sup>(4)</sup>, Gutiérrez S<sup>(4)</sup>, Álvarez-Aguilar C<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>HGR ISSSTE Morelia, <sup>(2)</sup>Estudios de Posgrado, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez, Laboratorio de Biología Vascular y Hemostasia, <sup>(3)</sup>Estudios de Posgrado, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez, <sup>(4)</sup>HGR No. 1 IMSS

**Introducción:** El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por trombosis, abortos de repetición y producción de anticuerpos antifosfolípidos (AFL). Su prevalencia es variada: 0.3% a 1%. Tiene grandes efectos pues se presenta en pacientes jóvenes, en edad reproductiva y productiva, y puede dejar graves secuelas y morbimortalidad. El conocimiento de AFL ayuda a identificar a grupos de riesgo.

**Objetivo:** Subclasificación en triple, doble y monopositivo de AFL y su relación con SAF.

**Material y métodos:** Cohorte prolectiva. Pacientes con criterios de SAF del Hospital ISSSTE de Morelia, Michoacán. Grupos: SAF primario y SAF secundario a LES. Se describen los anticuerpos antifosfolípidos (tomados mediante ELISA y coagulometría) y las características clínicas de los pacientes.

**Resultados:** 35 pacientes, 21 con SAF primario y 14 con SAF secundario. SAF primario: 80.9% del género femenino, edad media de 41±2.7 años. El 57.1% tuvo episodios trombóticos y el 28.6% abortos. SAF secundario: 90.2% femenino, con una edad media de 41±3.8 años. El 28.6% tuvo trombosis. Correlación de trombosis con AFL: SAF triple positividad ( $p=0.004$ ) y anti-β2GPI ( $p=0.002$ ). RR triple positivo ( $p=0.005$ ) en ambos grupos (RR, 2.9; IC, 1.75-4.7) y anti-β2GPI ( $p=0.001$ ) con RR, 2.9 y IC, 1.44-4.75.

**Discusión y conclusiones:** Los resultados en este estudio muestran una clara relación de trombosis con la triple positividad y con los anticuerpos anti-β2GPI como factores de riesgo, lo que sin duda ayuda a tomar mejores decisiones terapéuticas en estos pacientes y prevenir complicaciones graves y reducción de la morbimortalidad global.

#### Co43

### SAF catastrófico en mujer con uso de inhibidor del factor Xa

Esparza-Holguín HE, Almanza-Huante E, Rangel-Botello AN, Moreno-Valdés R, Abud-Mendoza C

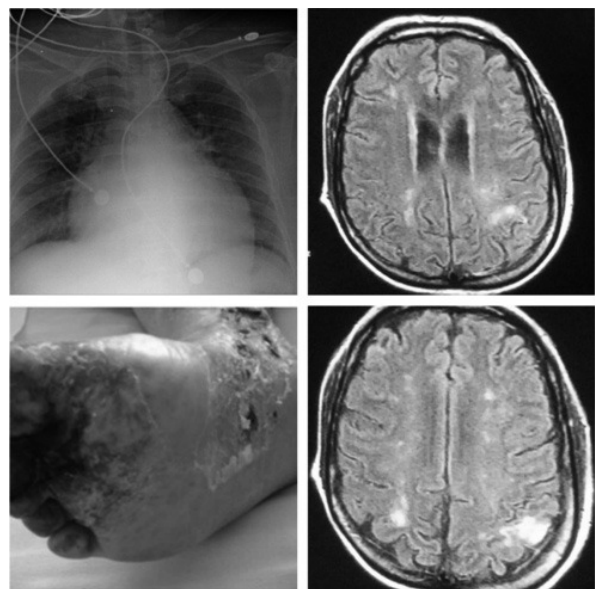
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP

**Introducción:** El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos catastrófico (SAFc) es una manifestación rara pero de elevada morbimortalidad (0.8%). La infección es el factor precipitante más frecuente.

**Descripción del caso:** Paciente femenino de 47 años, gesta 4, partos 2, abortos 2, trombosis venosa profunda a los 24 años, úlceras crónicas en extremidades; tratamiento: acenocumarina. SAF de tres meses de diagnóstico [anticardiolipina IgG, 87.4 (0-23), anti-B<sub>2</sub> glucoproteína I IgG, 15.7 (0-5), antifosfatidilserina IgG, 21.9 (0-10)], tratada con rivaroxabán, hidroxycloquinina y ácido acetilsalicílico. Padecimiento de seis días con intolerancia a la vía oral y lenguaje incoherente; se hospitaliza y presenta letargia, edema, hipertensión arterial (hasta 246/120 mm/Hg), oliguria, disminución de soplo vesicular, S3, úlcera crónica en región tibial derecha, orfejos derechos 1-3: áreas necróticas; pulsos presentes. Sobresalen anemia microcítica (10 g/dl), trombocitopenia (31 400/mm<sup>3</sup>), prolongación de TP y TTP, creatinina de 2.14, TGO y TGP: 152 y 392 U/L, proteinuria (1 g/día), leuco/eritrocituria, cilindros eritrocitarios; cultivo de úlcera: *E. coli*. Imagen: cardiomegalia G III, redistribución de flujo; extremidad derecha: trombosis femoral superficial y vena tibial posterior; episodio vascular cerebral isquémico (fig. 1). Tratamiento: antihipertensivo, antiaritmico, mPDN, gammaglobulina, anticoagulación. Continuó mala evolución con posos de café, fibrilación auricular; ecocardiograma: dilatación de cavidades, hipocinesia generalizada, disfunción sistólica y diastólica, FEVI de 20%, hipertensión arterial pulmonar moderada, insuficiencia moderada a grave: aorta, mitral y tricúspide; se agregó levosimendán. Al sexto día hospitalario evolucionó de modo favorable y al egreso persistencia de desorientación y trombocitopenia.

**Discusión:** Llama la atención el cambio reciente a inhibidor de factor Xa y la presentación del cuadro descrito. La anticoagulación como parte fundamental del tratamiento en este caso representa un reto debido a los factores de riesgo para sangrado; la miocardiopatía *takotsubo* puede acompañar al SAFc.

Figura 1. Radiografía de tórax, pierna derecha y tomografía de cráneo.





**Co44**

**Neuromielitis óptica como manifestación inicial del síndrome antifosfolípido en una paciente puérpera**

Vera-Lastra OL<sup>(1)</sup>, Peralta-Amaro AL<sup>(1)</sup>, Juárez H<sup>(2)</sup>, Saavedra MA<sup>(3)</sup>, Jará LJ<sup>(3)</sup>, Medina G<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, <sup>(2)</sup>Departamento de Neurología, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, <sup>(3)</sup>Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

**Introducción:** La neuromielitis (NMO) como manifestación del síndrome antifosfolípido (SAF) es muy rara, por lo que se informa un caso de NMO como manifestación inicial de SAF en una mujer de 23 años en puerperio mediato.

**Descripción del caso:** AGO: GII, A0, P: II (12-06-2015). Inició el 20-06-2015 con disminución de la agudeza visual de ojo derecho hasta la amaurosis. Se agregó incontinencia vesical, disminución de fuerza muscular de miembros inferiores y parestesias. El 26-06-2015: tromboembolia pulmonar (TEP), después se agregó deterioro del estado de conciencia hasta el estado de coma y requirió control ventilatorio de la vía respiratoria. EF: antes de la intubación: TA, 120/80 mmHg, taquicárdica, trombosis venosa (TV) en pierna izquierda. Extremidades: fuerza muscular 1/5, nivel sensitivo T12, ROT ausentes. La paciente mejoró en su estado de conciencia y se extubó; conservó sólo secuelas de cuadriparesia 2/5, con recuperación parcial de la visión de OD.

Laboratorio: creatinina, 0.85 mg/dl; DHL, 706 U/I; TP, 15 seg; TTP, 45 seg; HB, 11 g/L; leuco, 13 700; linfo, 35%; plaquetas, 90 000. ANA, anti-DNA y ENA negativos, complemento normal, AL positivo moderado, aCL positivas. EGO: eritrocituria. Tratamiento: trombectomía-angioplastia, pulso de metilprednisolona tres días; plasmaféresis (cinco sesiones), inmunoglobulina IV (cinco dosis). RM de cráneo inicial: edema cerebral y dos semanas después lesiones hiperintensas en médula y tallo cerebral. EEG: disfunción cortical generalizada, con características estructurales de predominio en hemisferio izquierdo.

**Conclusión:** Paciente con criterios para SAF grave con TEP, TV y anticuerpos antifosfolípidos positivos, cuya manifestación inicial fue una neuromielitis óptica, encefalopatía y, a pesar del tratamiento radical, persistencia de cuadriparesia.

**Co45**

**Índices ecocardiográficos de función diastólica del ventrículo izquierdo y prevalencia de disfunción diastólica en pacientes con esclerosis sistémica y función sistólica conservada**

Sepúlveda-Delgado J<sup>(1)</sup>, Vera-Lastra OL<sup>(2)</sup>, Gómez-León J<sup>(3)</sup>, Gómez-Cruz R<sup>(4)</sup>, Jara-Quezada LJ<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna del Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud, <sup>(2)</sup>Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, <sup>(3)</sup>Cardiólogo ecocardiografista, Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, <sup>(4)</sup>Cardiólogo, Hospital Regional de Alta Especialidad, Ciudad Salud, <sup>(5)</sup>Dirección de Educación e Investigación en Salud, Centro Médico La Raza

**Antecedentes:** La disfunción diastólica (DD) es frecuente en esclerosis sistémica (SSc) y es un marcador temprano de daño miocárdico. La ecocardiografía es un método sensible para la detección de esta complicación.

**Objetivos:** Medir la prevalencia de DD y notificar los principales índices de función diastólica del ventrículo izquierdo (IFDVI) en una población aleatoria de pacientes con SSc y función sistólica conservada (FSC).

**Métodos:** Se diseñó un estudio transversal que incluyó a pacientes mayores de 18 años, con SSc y FSC del CMR y el HRAE, Ciudad Salud. El muestreo se realizó por aleatorización simple. Los IFDVI se midieron por ecocardiografía Doppler y Doppler tisular. La DD se categorizó en leve, moderada y grave de acuerdo con las guías ASE/EAE del 2009.

**Resultados:** Se incluyó a 125 sujetos y 25 no pudieron clasificarse; la edad fue de 49.43 (DE, 9.7) años, el tiempo de evolución de SSc fue de nueve años (0.5-30), 38% con variedad difusa y 62% con variedad limitada; la prevalencia de DD fue del 61%. Los IFDVI se muestran en la tabla 1 de acuerdo con gravedad de DD.

**Conclusión:** La prevalencia de DD fue mayor que la informada en otras casuísticas; el 20% de los pacientes no puede clasificarse con los IFDVI propuestos por la guía ASE/EAE 2009. La ecocardiografía es un estudio accesible para la detección de DD y su uso sistemático se debe considerar en todo paciente con SSc. En sujetos no clasificables debe considerarse el empleo de otras técnicas de imagen.

**Tabla 1.** Índices de función diastólica del ventrículo izquierdo de acuerdo con la gravedad (n=100).

Grado de disfunción diastólica			
Variable	Sin disfunción (n= 39)	Disfunción leve (n= 33)	Disfunción moderada y grave (n=28)
Velocidad E (cm/seg)*	79 ± 21.54	57.60 ± 13.92	87.75 ± 17.83
Velocidad A (cm/seg)*	67.27 ± 20.27	85.84 ± 22.91	57.38 ± 13.70
E/A*	1.27 ± 0.47	0.704 ± 0.23	1058 ± 0.47
Tiempo de desaceleración (DT) [mseg]*	223.1 ± 79	229.2 ± 43.03	172.3 ± 33.02
Fracción de expulsión del VI (%)	67.43 ± 4.76	66.81 ± 7.97	68.21 ± 5.82
Cambio en la razón E/A durante la maniobra de Valsalva (ΔE/ A)*	0.30 ± 0.058	0.407 ± 0.053	0.63 ± 0.135
Doppler pulsado tisular			
Velocidad e´ septal (cm/seg)*	10.1 ± 2.03	6.04 ± 1.25	6.65 ± 0.95
Velocidad e´ lateral (cm/seg)*	12.74 ± 2.43	8.13 ± 1.35	8.44 ± 1.08
Velocidad a´ septal (cm/seg)*	9.80 ± 3.09	10.01 ± 2.40	7.25 ± 2.08
Velocidad a´ lateral (cm/seg)*	11.57 ± 3.02	11.61 ± 2.50	9.07 ± 2.19
Razón E/ e´*	7.91 ± 2.32	10.19 ± 3.50	14.33 ± 3.26
Duración de la velocidad auricular reversa (Ar-A) [mseg]**	1.78 [(-8)-15]]	3.6 [(-10)-35]]	99.17 [(33-345)]

\*Las medidas de tendencia central y dispersión se expresaron de acuerdo con el tipo de distribución (media/desviación estándar para distribución normal y mediana/rango para distribución no paramétrica).

\*p<0.05 (ANOVA de una vía con prueba de Bonferroni); \*\* p<0.05 (prueba de Kruskal-Wallis).

**Co46**

**Derrame pericárdico masivo en esclerosis sistémica: una entidad poco frecuente**

Zamora-Tehozol EA, Portela-Hernández M, Barile-Fabris LA

Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Especialidades

La esclerosis sistémica puede provocar manifestaciones pericárdicas, aunque la prevalencia se desconoce, y en muchas ocasiones es asintomática; el derrame pericárdico significativo con expresión clínica se ha notificado en 5% a 10% de los casos y es más frecuente en la variedad limitada (30%) que en la difusa (16%). Por ecocardiograma puede encontrarse como hallazgo en 41% de los pacientes y en necropsias hasta en 71%. El derrame pericárdico masivo es excepcional y existen pocos casos informados en las publicaciones médicas.

**Caso clínico:** Mujer de 41 años de edad, con diagnóstico de esclerosis sistémica desde 2013, tratada con prednisona (15 mg/día) y metotrexato (17.5 mg/sem). Evaluada en el servicio de reumatología por disnea y dolor precordial de inicio subagudo.

Rx. tórax: corazón en garrafa; ingreso para protocolo de estudio. Exploración física: ingurgitación yugular grado III, reflujo de Rondot, ruidos cardiacos de intensidad disminuida, soplo de esclerosis aórtica, esclerodactilia y Raynaud en fase cianótica. Ecocardiograma: FEVI conservada, PSAP de 50 mmHg, hiperdinámico, derrame pericárdico circunferencial calculado en 1 300 ml, consistente con taponamiento subagudo. Se realizó pericardiocentesis y se obtuvo trasudado xantocrómico, con anticuerpos antinucleares (1:320) y patrón centromérico; PCR para tuberculosis negativo y cultivo sin desarrollo, carga viral para CMV no detectada. Posterior a la pericardiocentesis presentó mejoría clínica del 90%. Se inició tratamiento con micofenolato (1.5 g/día) y nifedipina (60 mg/día).

**Conclusión:** Esta relación es muy poco frecuente; el pronóstico es sombrío, con respuesta parcial al tratamiento y elevada probabilidad de recurrencia. Se presenta el primer caso descrito tratado con micofenolato, con respuesta clínica significativa a tres meses de tratamiento.

**Co47**

**Reducción porcentual del vaciamiento gástrico a sólidos con 99 MTC- sulfuro coloidal en relación con el tiempo de evolución y subtipo de esclerosis sistémica**

Cruz-Domínguez MP<sup>(1)</sup>, Cabezas-Ortiz C<sup>(1)</sup>, García-Collinot G<sup>(2)</sup>, Carranza-Muleiro RA<sup>(1)</sup>, Saavedra-Salinas MA<sup>(1)</sup>, Vera-Lastra OL<sup>(1)</sup>, Jara-Quezada LJ<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital de Especialidades CMN La Raza, <sup>(2)</sup> Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Xalapa

**Antecedentes:** La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmunitaria que se relaciona con fibrosis cutánea-visceral y afección gastrointestinal en 70% a 90%.

**Objetivos:** Evaluar alteraciones del vaciamiento gástrico con gammagrama y síntomas con la escala NIH<sup>®</sup> PROMIS GI en una cohorte de pacientes mexicanos.

**Métodos:** Estudio transversal en pacientes con ES, según los criterios de la ACR/EULAR 2013. Se realizó gammagrama gástrico con Tc99 para evaluar la retención gástrica a sólidos. Se usó el cuestionario NIH<sup>®</sup> PROMIS GI para evaluar ocho síntomas gastrointestinales (reflujo gastroesofágico, disfagia, diarrea, incontinencia intestinal, náusea y vómito, estreñimiento, dolor abdominal, distensión abdominal y flatulencia) de acuerdo con la clasificación de asintomático, insignificante, leve, moderado y grave.

**Resultados:** Se incluyó a 37 pacientes, 21 con lsSSc, 16 con dsSSc. La gastroparesia se presentó en 3/21 (14%) en lsSSc y 5/16 (31%) en dsSSc. En general, los síntomas más frecuentes fueron reflujo gastroesofágico, distensión y dolor abdominal ( $p < 0.05$ ), con mayor frecuencia en hipogastrio (47.2%). Los pacientes con gastroparesia ( $n=8$ ) presentaron con mayor gravedad reflujo gastroesofágico, disfagia, dolor abdominal y flatulencia (tabla 1).

**Conclusión:** Las manifestaciones gastrointestinales se presentaron con la misma frecuencia en ambos subtipos con un tiempo de evolución similar. La gastroparesia se acompañó de mayores síntomas gastrointestinales.

**Tabla 1.** Porcentaje de retención gástrica en los pacientes.

		lsSSc n=21 (%)	dsSSc n=16 (%)	Valor de p
Evolución (años)		14.52 ± 11.2	10.81 ± 9.22	0.815
<b>Gastroparesia</b>		<b>3 (14)</b>	<b>5 (31)</b>	<b>0.643</b>
<b>Retención gástrica (%)</b>	1 hr	1 (5) 53.8% ± 18	1 (6) 60.1% ± 14.8	0.843
	2 hr	2 (10) 21.3% ± 17	3 (19) 31% ± 25.42	0.416
	3 hr	0 (0) 15.2% ± 23	4 (25) 3.88% ± 28.27	0.015*
	4hr	1 (5) -40.3% ± 24	1 (6) -30.8% ± 21.07	0.843

\*Significancia estadística ( $p < 0.05$ ). Tomado de: World J Gastro 2013 Nov 7;19(41):7062-68.

**Co48**

**Síndrome de Reynolds (SR): presentación de un caso**

Gargallo-Olivar A, Olán F, Hernández-Núñez E, Arteaga-García UG, Batún-Garrido JA

Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo A. Rovirosa Pérez

**Introducción:** En 1971 Reynolds describió una entidad caracterizada por insuficiencia hepática (consistente con cirrosis biliar primaria [CBP]), telangiectasias, fenómeno de Raynaud y esclerodermia (síndrome de Reynolds).

**Caso clínico:** Mujer de 48 años, con cambios en la coloración en extremidades de 10 años de evolución, así como úlceras recidivantes. Presentó prurito, disfagia, aparición de telangiectasias en cara y endurecimiento de la piel, ojos y boca seca por lo que acude a hospitalización. A la exploración física se encontró nariz afilada, telangiectasias en cara, lengua despapilada, máculas de sal y pimienta en escote y dorso de pies, esclerodactilia, cicatrices en pulpejos de los dedos y dorso de pie, fenómeno de Raynaud, esclerosis de antebrazos, brazos, piernas y cara; Rodman modificado de 25 puntos. Paraclínicos: plaquetas, 61 000/ $\mu$ L; AST, 88 UI/L; fosfatasa alcalina, 158 U/L; globulina, 6.4 g/dl; inversión de la relación albúmina/globulina; VSG, 60 mm/h; ultrasonido abdominal: esplenomegalia y hepatopatía crónica; endoscopia alta: varices esofágicas pequeñas, gastropatía hipertensiva portal grave; anticuerpos anticentromérico, 84.78 UAE (0.00-25.00 UAE); anticuerpos antimitocondriales positivos. Se inició tratamiento con micofenolato de mofetil, ácido ursodesoxicólico, antagonista del calcio y doble esquema de diurético, con respuesta favorable.

**Discusión:** La CBP y CREST (calcinosis, Raynaud, trastornos de motilidad esofágica, esclerodactilia, telangiectasias) es poco frecuente (<2%). Esta paciente presentó características clínicas y bioquímicas de un CREST incompleto, Sjögren secundario y CBP. Como es característico de esta combinación, los pacientes presentan menos actividad de esclerodermia, lo cual retarda el diagnóstico y suelen tener mal pronóstico debido a la insuficiencia hepática, como fue este caso.

C049

**Babesiosis como causa de anemia hemolítica en una paciente con esclerosis sistémica: informe de un caso**

Vázquez-Gómez DJ, Aranda-Baca LE, Murillo-García MC, Ramos-Sánchez MA

IMSS, UMAE 25, Monterrey, NL

**Introducción:** La esclerosis sistémica progresiva es una enfermedad del tejido conjuntivo caracterizada por depósito excesivo de colágeno en la piel y diferentes órganos, como pulmón, tracto gastrointestinal y sistema musculoesquelético. La babesiosis humana es una enfermedad causada por parásitos protozoarios intraeritrocitarios, que puede ser asintomática o una enfermedad grave que puede llegar a ser letal.

**Presentación:** Paciente femenino 26 años de edad, soltera, sin antecedentes de importancia. Inició cuatro meses antes de su ingreso con fiebre, pérdida de 18 kg de peso, disfagia a sólidos y luego a líquidos, fenómeno de Raynaud y esclerodactilia. Se agregó debilidad muscular, disnea de medianos esfuerzos. Valorada en el servicio de reumatología de UMAE, Hospital de Especialidades No. 25; en sus estudios iniciales se encontró elevación de enzimas musculares, anticuerpos anticentromeros y anemia; se realizó biopsia muscular y se indicó tratamiento con pulsos de metilprednisolona y se transfundió un paquete globular. Presentó insuficiencia respiratoria con hipercapnia, por lo que requirió apoyo ventilatorio. Desarrolló neumonía por *Acinetobacter baumannii* relacionada con ventilación mecánica, multiresistente; progresó a SIRA, por lo que se ingresa a UCI. Luego inició con elevación de transaminasas, DHL, bilirrubinas, leucocitosis y anemia hemolítica, con Hb hasta de 4.7 g/L. Coombs directo negativo. En frotis de sangre periférica se observan eritrocitos con parásitos intracelulares tipo *Babesia spp.* Se inició tratamiento con clindamicina IV. Presentó insuficiencia orgánica múltiple y falleció.

**Discusión:** Este caso ilustra que deben considerarse otras causas de anemia hemolítica en el diagnóstico diferencial en pacientes con enfermedades autoinmunitarias y tratamiento inmunosupresor, individuos con antecedente de transfusión reciente, aun en sitios donde la babesiosis no es endémica.

C050

**Síndrome de Barraquer-Simons como diagnóstico diferencial de esclerosis sistémica**

Pérez-Cruz PJ, González-Rosas L, Aguilar-Arreola JE, Ávila-Armengol H, Vázquez del Mercado-Espinoza M

Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

**Introducción:** El síndrome de Barraquer-Simons es un síndrome de causa desconocida que se caracteriza por lipodistrofia adquirida rostrocaudal. Tiene baja frecuencia ya que existen sólo 250 casos notificados. Se presenta cuatro veces más en mujeres que en hombres. Tiene dos puntos máximos de presentación: infancia-adolescencia y entre la cuarta y quinta décadas de la vida. En la fisiopatología intervienen alteraciones de la regulación de adipocinas, sobre todo leptina, adiponectina y resistina. Las manifestaciones clínicas son parecidas a las de la esclerosis sistémica, por lo que conocer esta entidad abre una perspectiva más al diagnóstico diferencial. El tratamiento es sintomático y quirúrgico plástico.

**Presentación del caso:** Mujer de 41 años que ingresó por presentar desde 15 años antes lesiones dérmicas consistentes en placas induradas con atrofia del tejido celular subcutáneo, en cara y región proximal de extremidades superiores, cuello y tórax (fig. 1). Un mes antes de su ingreso inició con disfagia de sólidos y líquidos con pérdida de peso de 7 kg. A la exploración física, además de las lesiones cutáneas, presentó alopecia circunscrita en

región frontoparietal izquierda; abertura bucal normal. Estudios de laboratorio: ANA (-), anti-DNA (-) y anti-scl70 (-). La biopsia piel demuestra atrofia de tejido celular subcutáneo.

**Trascendencia:** Se considera relevante informar este caso porque el síndrome de Barraquer-Simons es un diagnóstico diferencial de esclerosis sistémica. La distinción se establece por la pérdida parcial o completa del tejido adiposo subcutánea cefalocaudal en placas.

Figura 1. Aspecto de las lesiones cutáneas en la cara.



C051

**Función de la respuesta Th1 y Th17 en los pacientes con enfermedad humana por aplicación de sustancias modeladoras**

Medrano-Ramírez G<sup>(1)</sup>, García-León ML<sup>(2)</sup>, Burgos-Vargas R<sup>(1)</sup>, Priego-Blancas R<sup>(3)</sup>, Wong-Chew RM<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de México, <sup>(2)</sup>Unidad de Investigación en Medicina Experimental, UNAM, Departamento de Inmunología e Infectología, <sup>(3)</sup>Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital General de México

La enfermedad humana por aplicación de sustancias modeladoras es una gama de manifestaciones heterogéneas, desde inflamación de diversa intensidad hasta enfermedades sistémicas autoinmunitarias. El componente inflamatorio se ha descrito sólo en parte.

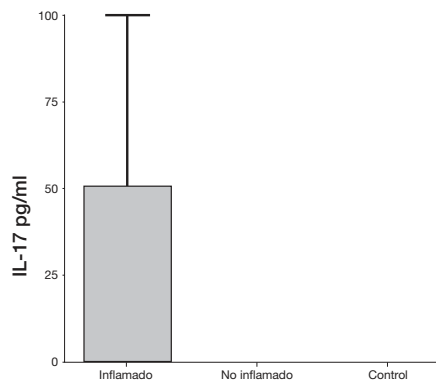
**Objetivo:** Caracterizar la reacción inmunitaria Th1/Th17/Th2 en los pacientes con enfermedad humana por aplicación de sustancias modeladoras, inflamados y no inflamados.

**Métodos:** Se incluyó a pacientes con enfermedad humana por aplicación de sustancias modeladoras vírgenes al tratamiento y sujetos infiltrados asintomáticos. Se tomó una muestra de sangre periférica de la que se separaron células mononucleares por medio de un gradiente con *Ficoll-hypaque*; se realizó tinción para la identificación del fenotipo linfocitario Th17 (CD3+/CD4+/CD196+/CD161+, e-Bioscience). Se midió la producción de citocinas Th1/Th2/Th17 en sobrenadantes de MNSP estimulados con CytoStim<sup>®</sup> por cuatro horas con perlas (Citometric Bead Array, Beckton Dickinson). Ambos métodos medidos por el citómetro FacsCanto II y uso de los software FACS Diva y FCAP array, respectivamente.

**Resultados:** Se incluyó a 14 pacientes inflamados, 11 no inflamados y ocho controles, de los cuales 27.3% es del género masculino y 72.7% del femenino. La frecuencia de sustancias infiltradas fue de 21% para aceite mineral, 13% para biopolímeros y 12% para mezcla de sustancias; el 27% no se conoció. Los pacientes inflamados comparados con los no inflamados presentaron un incremento en TNF- $\alpha$  306 vs. 87 pg/ml ( $p=0.05$ ), IFN- $\gamma$  20 vs. 0 pg/ml e IL-17 de 43 vs. 0 pg/ml ( $p<0.05$ ), respectivamente (fig. 1 y tabla 1). Se observa en algunos pacientes inflamados una población de Th17.

**Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad humana por sustancias moladoras presentan un patrón de citocinas proinflamatorio y en algunos sujetos se observa fenotipo Th17.

**Figura 1.** Concentración de IL-17 en pacientes y controles.



**Tabla 1.** Concentración de diversas citocinas en pacientes y controles.

	No inflamados Media (DS)	Inflamados Media (DS)	Control Media(DS)	p
N	30	28	6	
IL-17	0.00 (0.00)	43.01 (160.13)	0.00 (0.00)	0.05
INFg	0.00 (0.00)	20.28 (87.34)	0.00 (0.00)	0.38
TNFa	87.33 (87.78)	306.74 (506.91)	137.97 (200.71)	0.05
IL-10	28.19 (112.50)	0.00 (0.00)	0.00 (0.00)	0.35
IL-6	8048.32 (15325.43)	3625.87 (2357.42)	2183.87 (2015.78)	0.21
IL-4	9.08 (5.94)	9.00 (5.86)	10.09 (6.03)	0.91
IL-2	31.13 (12.45)	32.63 (28.66)	26.17 (10.39)	0.79

## C052

### ASIA posvacunal

Gómez-López CE<sup>(1)</sup>, Paredes-Casillas P<sup>(2)</sup>, Landeros-Navarro E<sup>(3)</sup>, Gutiérrez-Ureña S<sup>(1)</sup>, Martínez-Bonilla G<sup>(1)</sup>, González-Díaz V<sup>(1)</sup>, De la Cruz-Rodríguez KI<sup>(1)</sup>, Cerpa-Cruz S<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(2)</sup>Epidemiología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(3)</sup>Medicina Interna, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** En México se aplican alrededor de 100 millones de vacunas y se informan en promedio 1 508 episodios adversos por año; se han descrito efectos adversos que ocurren después de la vacunación, desde reacciones locales hasta efectos sistémicos autoinmunitarios.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia y características clínicas de los episodios autoinmunitarios posvacunales.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, realizado de 1998 a 2013. Se analizaron 68 expedientes consecutivos del servicio de epidemiología. Se utilizó estadística descriptiva y se aplicó la prueba de correlación de Pearson.

**Resultados:** En total se incluyó a 63 pacientes, 44% hombres y 56% mujeres. Las vacunas más aplicadas fueron influenza estacional (22%), DPT (14%) y rotavirus (11%). La media del día de aparición del episodio fue de seis días. Los episodios neurológicos representaron 48% (n=30), de los cuales 83% fueron graves, con predominio femenino de 60%; correlación Rho de 0.789 (p=0.03). El 65% cumplía criterios clínicos de ASIA y se identificaron fiebre (87%), manifestaciones neurológicas (74%) y mialgias (54%).

**Conclusiones:** El mayor número de episodios notificados fue moderado a grave, con predominio neurológico y género femenino; en el caso de los pacientes identificados con ASIA se cumplieron los criterios preliminares propuesto por Schoenfeld. El número de episodios informados en 15 años pareciera ser significativo para esta unidad, sin olvidar que es un centro de concentración; sin embargo, en comparación con el número de vacunas aplicadas por año en México, no es al parecer una entidad frecuente.

## C053

### Relación del polimorfismo CT60 G/A en el gen CTLA-4 con los niveles solubles en pacientes con síndrome de Sjögren primario

Badial-Hernández MF<sup>(1)</sup>, Hernández-Martínez MA<sup>(1)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(1)</sup>, Palafox-Sánchez CA<sup>(1)</sup>, Carrillo-Ballesteros FJ<sup>(1)</sup>, Orozco-Barocio G<sup>(2)</sup>, Oregon-Romero E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de Occidente, SSJ, Zapopan, Jalisco, México

**Introducción:** El antígeno 4 relacionado con linfocitos T citotóxicos (CTLA-4) es una molécula transmembranal que juega un papel fundamental durante la regulación de los linfocitos T. Se han relacionado varios polimorfismos con cifras elevadas de CTLA-4 soluble (sCTLA-4) con susceptibilidad a desarrollar autoinmunidad, como en el síndrome de Sjögren primario (SSp); el polimorfismo CT60G/A (rs3087243) es uno de ellos.

**Objetivo:** Relacionar el polimorfismo CT60 G/A del gen CTLA-4 con los niveles solubles y susceptibilidad en pacientes con síndrome de Sjögren primario.

**Material y métodos:** El estudio incluyó a 117 pacientes (del servicio de reumatología del Hospital General de Occidente) y 122 controles (CCS). Para la genotipificación se utilizó la técnica de PCR-RFLP y los valores de sCTLA-4 se cuantificaron con una presentación comercial de ELISA. El análisis estadístico se realizó mediante los paquetes Pasw statistics 18 y GraphPad prism 5.

**Resultados:** El polimorfismo CT60 G/A se encontró en equilibrio de Hardy-Weinberg. En ambos grupos, el genotipo más frecuente fue el heterocigoto (GA) en pacientes (40.17%) y en CCS (52.45%) (p=0.25828; OR=0.716; IC 95%, 0.401-1.279) sin observar diferencias significativas entre los grupos. De igual manera, los niveles de sCTLA-4 no mostraron diferencias significativas entre pacientes y controles (1.83 ng/ml vs. 2.03 ng/ml, respectivamente); no obstante, los pacientes portadores del genotipo polimórfico mostraron niveles de sCTLA4 ligeramente mayores que el genotipo silvestre (2.21 ng/ml vs. 1.73 ng/ml).

**Conclusiones:** El polimorfismo CT60G/A no se relaciona con susceptibilidad a síndrome de Sjögren primario, si bien el genotipo polimórfico sí lo hace con mayor expresión de sCTLA-4.

## C054

### Análisis del polimorfismo -319 C/T en el gen CTLA-4 en el síndrome de Sjögren primario en pacientes del occidente de México

López-Villalobos EF<sup>(1)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(1)</sup>, Palafox-Sánchez CA<sup>(1)</sup>, Vázquez-Villamar M<sup>(1)</sup>, Orozco-Barocio G<sup>(2)</sup>, Oregon-Romero E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas (IICB), Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de Occidente, SSSJ, Zapopan, Jalisco, México

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) se caracteriza por un infiltrado linfocitario de las glándulas exocrinas, incluidos los linfocitos T. El *CTLA-4* es una glucoproteína encargada de la regulación de células T activadas, por lo cual es crucial en la regulación y el mantenimiento de la tolerancia. En la región promotora del gen *CTLA-4* se encuentra el polimorfismo -319 C/T, que afecta la transcripción y produce un incremento de la expresión del *CTLA-4* soluble (sCTLA-4).

**Objetivo:** Relacionar el polimorfismo -319 C/T en el gen *CTLA-4* con susceptibilidad al síndrome de Sjögren primario en pacientes del occidente de México.

**Materiales y métodos:** Se incluyó a 124 pacientes con SSp del Servicio de Reumatología del Hospital General de Occidente, SSSJ, y 128 sujetos clínicamente sanos como grupo control (CCS). La genotipificación se realizó por la técnica PCR-RFLP. Los niveles de sCTLA-4 se cuantificaron por el método de ELISA. El análisis estadístico se efectuó con los softwares Pasw statistics 18, GraphPad prism 5.

**Resultados:** El genotipo más frecuente fue CC (92.74% para pacientes y 91.41% para CCS) sin encontrar diferencias significativas. Se observaron mayores niveles de sCTLA-4 en los individuos portadores del genotipo CT (2.80 ng/ml) respecto de los CC (1.76 ng/ml) ( $p=0.014$ ).

**Conclusiones:** El polimorfismo *CTLA-4* -319 C/T no se relaciona con susceptibilidad para SSp, pero los pacientes portadores del genotipo heterocigoto CT muestran mayores valores de sCTLA-4 respecto de los homocigotos CC. Es necesario ampliar la muestra y estudiar otros polimorfismos para analizar el efecto sobre la expresión de CTLA-4.

## C055

### Nivel de relación entre interleucinas/quimiocinas séricas y en lágrima de pacientes con síndrome de Sjögren primario y actividad de la enfermedad

Castillo-Ortiz AA<sup>(1)</sup>, Tzecz-Pérez AA<sup>(1)</sup>, Barbosa-Cobos RE<sup>(1)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(1)</sup>, Lugo-Zamudio GE<sup>(2)</sup>, Lima-Gómez V<sup>(3)</sup>, Moreno-Eutimio MA<sup>(4)</sup>, Nieto-Velázquez NG<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>División de Medicina, Hospital Juárez de México, <sup>(3)</sup>Servicio de Oftalmología, Hospital Juárez de México, <sup>(4)</sup>División de Investigación, Hospital Juárez de México, <sup>(5)</sup>División de Medicina, Laboratorio de Inmunobiología, Hospital Juárez de México

**Objetivo:** Evaluar la relación entre los niveles séricos y en lágrima de las interleucinas Th1/Th2/Th17 y quimiocinas con la actividad del síndrome de Sjögren primario (SS), determinada por ESSDAI (*EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index*).

**Material y métodos:** Estudio de casos y controles; se incluyó a 19 pacientes con SS y 13 controles sanos. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante ESSDAI; se cuantificaron los valores de IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17, IP10, MCP1, MIG y RANTES e IL-8 por ELISA. Se utilizó U de Mann-Whitney y coeficiente de correlación de Spearman, y se consideraron con significancia estadística valores de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Los niveles en lágrima de TNF- $\gamma$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IP-10, MCP-1, RANTES e IL-8, entre los grupos, presentaron una  $p < 0.005$ . En los casos se identificó una correlación positiva entre las concentraciones de IL-6 sérica con IL-2 y 4 séricas; IL-2 sérica con IP-10

sérica e IL-2, IL-8, IP-10 y MIG en lágrimas; IL-4 sérica con IL-8 y MIG en lágrimas; IP-10 sérica con MIG y RANTES séricas e IP-10 en lágrima; MIG sérica con RANTES sérico e IL-17 en lágrima; RANTES sérico con IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IP-10, MCP-1 y MIG en lágrimas ( $r > 0.500$ ,  $p < 0.005$ ).

**Conclusiones:** En la muestra estudiada no se identificó relación entre los niveles de interleucinas/quimiocinas con ESSDAI.

## C056

### Hipopotasemia y acidosis tubular distal como primera manifestación del síndrome de Sjögren

Hernández-Roque L<sup>(1)</sup>, Rachner-Chávez A<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología del CM Lic. Adolfo López Mateos, Toluca, <sup>(2)</sup>Nefrología del CM Lic. Adolfo López Mateos, Toluca

**Caso:** Paciente femenino de 56 años, que inicia nueve meses antes con debilidad muscular progresiva y llega a clase funcional IV, con hiporexia, estreñimiento, síndrome seco e intolerancia a la vía oral.

Paraclínicos: Hb, 10 mg/dl; urea, 65 mg/dl; Cr, 3.5 mg/dl; K, 2.4 mmol/L; gasometría: pH, 7.3; HCO<sub>3</sub>, 13.5, brecha aniónica normal; EGO densidad: 1.010; proteinuria, 300; sedimento: leucocitos, 80 a 90 por campo; eritrocitos incontables; depuración de Cr de 24 h, 28 ml/min; proteinuria de 24 h, 2.2 g; VSG, 52; anti-DNAc: negativos; ANA negativos; anti-SSA/Ro, 160.8; anti-SSB-La negativo.

Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa endocapilar y extracapilar por complejos inmunitarios; epitelio tubular: cambios regenerativos, infiltrado linfocítico y células plasmáticas con fibrosis tubular intersticial (fig. 1).

En el síndrome de Sjögren (SS) puede presentarse daño no exocrino; el riñón se afecta 4.3% al 5%, por infiltración epitelial en el 70%, mediado por dos mecanismos:

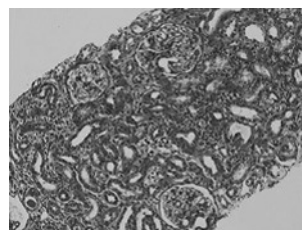
1. Epitelial: infiltración mononuclear linfocítica manifestada por nefritis tubointersticial (NTI) con acidosis tubular distal (ATD)
2. No epitelial: por complejos inmunitarios, manifestado por glomerulonefritis (GN).

En la NTI hay creatinina elevada, EGO con hipostenuria, pH alcalino, con ATD, hipopotasemia, proteinuria  $>0.5$  g/día y sedimento activo.

La ATD completa se caracteriza por pH  $\geq 5$ , HCO<sub>3</sub> bajo, brecha aniónica normal y, en la incompleta, HCO<sub>3</sub> normal, sin acidificación de orina, K bajo y fatiga muscular.

Histopatología: NTI, hay infiltrado tubulointersticial linfocítico, predominio de CD4+ y a nivel tubular de CD8+, que provocan daño tubular y pueden formarse granulomas y fibrosis intersticial.

Figura 1. Biopsia renal.



## C057

### Afección neurológica grave en paciente con síndrome de Sjögren primario y respuesta a inmunoglobulina intravenosa

Torres-Valdez E, Pérez-Cristóbal M, Hernández-Bedolla A, Ricaño-Rocha R, Barile-Fabris L

Hospital de Especialidades CMN SXXI

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmunitaria caracterizada por inflamación y disfunción de las glándulas exocrinas. La afección neurológica es muy poco frecuente como manifestación inicial.

**Caso:** Paciente femenino que inició a los 26 años con pupila de Adie-Holmes. A los 28 años pérdida de peso de 65 kg en tres años; se descartó enfermedad gastrointestinal y neoplásica, con diagnóstico de intolerancia a la vía oral desencadenada por tos no productiva emetizante. Presentó polineuropatía axonal en piernas y lateropulsión de la marcha, además de hipotensión ortostática, hipohidrosis de tronco, acidosis tubular renal tipo 1 y diarrea crónica sin material patológico. A los 30 años se agregó síndrome seco con prueba de Schirmer positiva, biopsia de glándula salival menor con Greenspan 4; complemento bajo, ANA, anti-Ro y anti-La positivos a títulos altos y se diagnosticó SSp. Se trató con prednisona (1 mg/kg) y azatioprina (100 mg/día). Remitió la diarrea y la intolerancia gastrointestinal, pero sin mejoría de síntomas neurológicos y con leucopenia como efecto adverso relacionado con azatioprina. Por la afectación neurológica grave y leucopenia se iniciaron pulsos de metilprednisolona (1 g/día por tres dosis) y gammaglobulina intravenosa mensual (2 g/kg dosis total por seis meses) con mejoría significativa y como tratamiento de mantenimiento micofenolato de mofetilo (3 g/día).

**Discusión y conclusión:** La afectación extraglandular en el síndrome de Sjögren primario es poco frecuente; en el caso presentado la mayor afección fue neurológica grave que requirió tratamiento inmunosupresor intenso y en este caso tratamiento alternativo con IGIV y se obtuvo respuesta favorable.

## Co58

### Enfermedad relacionada con hiper-IgG 4 como diagnóstico diferencial del síndrome de Sjögren: informe de un caso

Hernández Cabrera MF<sup>(1)</sup>, Gómez-Plata E<sup>(2)</sup>, García-Nava M<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Centro Médico ISSEMyM, <sup>(2)</sup>Servicio de Patología, Centro Oncológico Estatal ISSEMyM, <sup>(3)</sup>Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ISSEMyM

**Caso:** Se presenta el caso de una mujer de 45 años de edad que inició con un cuadro caracterizado por aumento progresivo del volumen de región submaxilar bilateral, xerostomía y xeroftalmía leve, edema palpebral, prurito periorbitario derecho y después aumento de volumen bilateral de las parótidas. En estudio tomográfico se identificó aumento de volumen de glándulas parotídeas, submandibulares y lagrimales, exoftalmos, adenopatías múltiples con diámetro inferior a 1 cm y pansinusitis. El valor sérico de inmunoglobulina G total resultó elevado (18.7 g/L), al igual que la proteína C reactiva (35.99 mg/L). El factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, anti-Ro y anti-La se encontraron negativos. Mediante análisis histológico de glándula submandibular se documentó sialoadenitis crónica intensa, sialometaplasia, infiltrado abundante de células plasmáticas, fibrosis esteriforme e inmunohistoquímica positiva para CD3, CD20, BCL2 en patrón reactivo. Se consideró el diagnóstico de enfermedad relacionada con hiper-IgG-4. Se decidió tratamiento con hidroxiquina, metotrexato y rituximab con buena respuesta clínica y normalización de las cifras séricas de IgG total y los reactantes de fase aguda. Para el diagnóstico de esta entidad, denominada también enfermedad de Mikulicz, son necesarios los datos clínicos relacionados con los hallazgos histológicos o los niveles séricos elevados de IgG4. Se requiere un alto grado de sospecha clínica para diferenciarla de otras entidades que producen síntomas sicca y adenopatías, y limitar la disfunción orgánica que puede resultar de la fibrosis secundaria a la inflamación crónica.

## Co59

### Prevalencia del síndrome de Sjögren y síndrome sicca relacionado con pacientes mexicanos con esclerosis sistémica

Treviño-Tello F<sup>(1)</sup>, Mecinas Peláez-Montiel J<sup>(2)</sup>, Peña-Torres M, Gómez-Campos G<sup>(3)</sup>, Cruz-Domínguez MP<sup>(4)</sup>, Vera-Lastra O<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Universidad Anáhuac México Norte, <sup>(2)</sup>Departamento de Cirugía Maxilofacial, <sup>(3)</sup>Departamento de Anatomía Patológica, CMN La Raza, <sup>(4)</sup>Departamento de Reumatología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, <sup>(5)</sup>Departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) y el síndrome de Sjögren (SS) son enfermedades autoinmunitarias, coexistentes con síndrome sicca debido a la acumulación de colágeno o inflamación crónica de las glándulas exocrinas. La prevalencia de SS en relación con ES es de 4% a 60%.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de SS y síndrome sicca en pacientes mexicanos con ES.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal. Participaron 77 pacientes estudiados con ES en un hospital de tercer nivel. Se utilizaron los criterios del *American European Consensus Group* para SS. Se realizó biopsia de glándula salival menor a todo paciente y los resultados se agruparon de acuerdo con la clasificación de Tarpley. Se cuantificaron anticuerpos anti-Ro y anti-La en 34 pacientes con resultados histológicos positivos para SS. Se realizó la prueba de Schirmer I a pacientes con criterios de SS.

**Resultados:** Se incluyó a un total de 77 pacientes (93.5% mujeres, edad media de 52.7). Hasta 71% presentó síndrome sicca, de los cuales 34 (44%) se atribuyeron a infiltrado por colágena por ES y 21 (27%) a infiltrado linfocitario por SS. Se encontró xerostomía aislada en 22% y xeroftalmía aislada en 7%. Se identificaron autoanticuerpos anti-Ro o anti-La en 28.5% de pacientes con SS. La prueba de Schirmer I mostró: grado 2, 19%; grado 3, 57.14%; y grado 4, 23.8%.

**Conclusiones:** La prevalencia de síndrome sicca relacionado con infiltración por colágeno fue de 44% y del SS relacionado con ES de 27%, por lo que se debe identificar a estos pacientes e instituir un tratamiento oportuno para disminuir su morbilidad y prevenir complicaciones graves como el linfoma no Hodgkin.

## Co60

### Fiabilidad de la ultrasonografía para detectar lesiones elementales de gota

Ventura-Ríos L<sup>(1)</sup>, Hernández-Díaz C<sup>(1)</sup>, Gómez-Ruiz C<sup>(2)</sup>, Gallegos-Nava S<sup>(3)</sup>, Rodríguez-Henríquez P<sup>(4)</sup>, Sánchez-Bringas G<sup>(5)</sup>, Vázquez-Mellado J<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Ultrasonido Musculoesquelético, Instituto Nacional de Rehabilitación LGII, <sup>(2)</sup>Hospital General de México, <sup>(3)</sup>Hospital Darío Fernández ISSSTE, <sup>(4)</sup>Hospital General Manuel Gea González, <sup>(5)</sup>Servicio de Columna, Instituto Nacional de Rehabilitación LGII

**Antecedentes:** El doble contorno (DC) visto por ultrasonografía (US) se incluyó en fecha reciente en los criterios de clasificación de gota, aunque esta lesión y otras como tofo, agregados hiperecóticos intraarticulares o intratendinosos, y erosiones óseas no se han validado.

**Objetivo:** Evaluar la fiabilidad de la US para detectar lesiones elementales de gota.

**Pacientes y métodos:** Se incluyó a nueve pacientes con gota, diagnóstico establecido por demostración de cristales de urato monosódico, evaluados por cinco ultrasonografistas, en dos rondas, para detectar tofos, agregados

hiperecoicos, doble contorno y erosiones óseas, de acuerdo con definiciones OMERACT(1), en recesos articulares de rodilla y 1ª metatarsfalángica (MTF), tendones, cuádriceps, rotuliano y aquileo bilateral. La variabilidad intraobservador e interobservador se estableció con la kappa de Cohen.

**Resultados:** Pacientes con edad media de 48+10 años y 10+6 años de evolución de gota. La kappa interobservador fue buena para DC en rodilla y 1ª MTF (0.87; IC 95%, 0.577-1.170;  $p=0.000$ ), y en agregados hiperecoicos en receso parapatelar, cuádriceps y rotuliano (inserción distal) y 1ª MTF (0.71; IC 95%, -1.064-2.834;  $p=0.0001$ ), moderado para rotuliano inserción proximal (0.46; IC 95%, NA-NA;  $p=0.168$ ), excelente para tofo en tendones y 1ª MTF (0.82; IC 95%, 0.366-1.270;  $p=0.000$ ) y para erosión en 1ª MTF (0.83; IC 95%, 0.349-1.000;  $p=0.0003$ ). La fiabilidad intraobservador fue buena ( $K=0.80$ ; IC 95%, 0.758-0.852;  $p=0.0000$ ).

**Conclusiones:** La US es confiable para detectar lesiones elementales de gota en rodilla y 1ª MTF.

**Co61**

**Gota secundaria a insuficiencia renal crónica en un paciente con síndrome de Alport ligado a X dominante**

García-Méndez S<sup>(1)</sup>, García-Olivera I<sup>(2)</sup>, Olvera-Sumano V<sup>(3)</sup>, Reyes-Loeza JA<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Subdirección de Enseñanza e Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, <sup>(3)</sup>Servicio de Genética Médica, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, <sup>(4)</sup>Servicio de Nefrología, Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

**Introducción:** Las causas de la gota secundaria incluyen a la insuficiencia renal crónica (IRC) y las nefropatías hereditarias. El síndrome de Alport (SA) ocurre por mutaciones en el colágeno tipo IV con afectación de las membranas basales y se caracteriza en clínica por nefropatía progresiva, lesiones oftálmicas e hipoacusia sensorial. A continuación se presenta el caso de un paciente con nefropatía por SA ligado a X dominante, IRC y gota secundaria.

**Caso clínico:** Hombre de 28 años cuya madre tiene SA. Inició a los 18 años con queratocono, catarata bilateral e insuficiencia renal crónica; dos años después se agregó hiperuricemia e inició tratamiento con alopurinol. En los últimos tres años presentó episodios de podagra de siete a 10 días de duración, y luego oligoartritis (podagra, tobillos y rodilla derecha) con eritema, hipersensibilidad al tacto y limitación funcional articular, acmé de dolor <24 h y periodos intercríticos aproximados de un mes. La evaluación articular fue normal y no tenía tofos. Laboratorio: hiperuricemia, hiperglucemia, dislipidemia y proteinuria (tabla 1); radiografías normales. Inició alopurinol (450 mg/día), colchicina (1 mg/día) y AINE. En la última valoración estaba asintomático, sin crisis agudas en los últimos cuatro meses y se documentó gota con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2015 (<http://goutclassificationcalculator.auckland.ac.nz>).

**Discusión:** El SA es una causa rara de IRC; la hiperuricemia es frecuente en pacientes con IRC terminal aunque la prevalencia de gota es baja (6.5%) e incluso disminuye en pacientes en diálisis. El deterioro de la función renal puede limitar el uso de alopurinol por su relación con episodios adversos graves.

**Tabla 1.** Laboratorio de la visita inicial y subsecuente.

Estudio	Visita inicial	Visita subsecuente
Glucosa, mg/dl	102.0	103.0
BUN, mg/dl	48.0	55.0
Urea, mg/dl	102.7	117.7
Creatinina, mg/dl	1.9	2.0
Ácido úrico, mg/dl	11.3	10.2

Colesterol total, mg/dl	138.0	109.0
Triglicéridos, mg/dl	244.0	254.0
Colesterol HDL, mg/dl	25.0	20.0
MDRD, ml/min/1.73 m <sup>2</sup>	45.0	42.5

**Co62**

**Prevalencia de hallazgos radiográficos y ultrasonográficos en osteoartritis de rodilla temprana, en pacientes con y sin síndrome metabólico**

Sánchez-González A, Valerio-Morales IA, Lozada-Pérez CA, Espinosa-Morales R, Guzmán-Sánchez I, Cházaro-Estañol E

Instituto Nacional de Rehabilitación

**Introducción:** La osteoartritis (OA) es la artritis más prevalente en el mundo; una de las posibles causas de la OA es el síndrome metabólico (SM); el aumento de esta entidad se ha relacionado con una mayor tasa de OA y OA de rodilla (OAR).

**Objetivo:** Describir la prevalencia de los hallazgos radiológicos (RX) y ultrasonográficos (USG) de OA de rodilla temprana (OART) sintomáticos, de un grupo de pacientes con y sin SM.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal y observacional, y se analizaron datos de pacientes con OART pertenecientes a la cohorte de estudio de sujetos con OA y SM; los individuos cumplieron criterios para OA según el ACR y se excluyó a pacientes con OA secundaria o enfermedad autoinmunitaria; los enfermos con SM cumplieron criterios según el ATP-III, la evaluación radiológica se basó en los criterios establecidos por OARSI y la evaluación USG en lo surgido por OMERACT.

**Resultados:** El número total de pacientes analizados fue de 154, de los cuales 103 no tenían SM (67%) y 51 sí (33%); hubo una mayor prevalencia de osteofitos por RX y USG en los pacientes con SM y OART, hasta alcanzar significancia estadística; el resto de los parámetros valorados sólo fueron tendencias ( $p$  no significativa) (tabla 1).

**Conclusiones:** Hay una mayor prevalencia de osteofitos en pacientes con OART y SM; se necesitan estudios para determinar el vínculo fisiopatológico entre estas dos entidades.

**Tabla 1.** Comparación de la evaluación radiológica por OARSI y ecográfica por OMERACT de pacientes con OA temprana de rodilla.

Variable	Sin SM	Con SM	p-value
N	103	51	0.483
Hombre n(%)	12 (11.65%)	8 (15.69%)	
Mujer n(%)	91 (88.35%)	43 (84.31%)	
Edad	47.09 (29.25-56.22)	51.51 (28.69-56.11)	0.0044
Educación	12 (1-17)	10 (0-17)	0.0068
<b>Radiológica</b>	<b>53</b>	<b>31</b>	
Rodilla derecha dolorosa n			
Osteofitos			
Osteofito femoral lateral derecho	15 (28.3%)	17 (54.8%)	0.017
Osteofito tibial medial derecho	25 (47.17%)	6 (19.36%)	0.004
Esclerosis			
Esclerosis femoral lateral derecho	10 (18.87%)	1 (3.32%)	0.048

Rodilla izquierda dolorosa n			
Osteofitos	52	18	
Osteofito femoral medial izquierdo	9 (17.3%)	10 (55.56%)	0.002
Osteofito total medial izquierdo	18 (34.62%)	12 (66.67%)	0.048
Esclerosis			
Esclerosis tibial medial izquierdo	50 (96.15%)	13 (72.22%)	0.010
<b>Ecográfica</b>	53	33	
Rodilla derecha dolorosa n			
Osteofitos tibial			
Osteofito tibial medial derecho	20 (38.46%)	20 (60.06%)	0.040
Osteofito tibial lateral derecho	22 (42.31%)	23 (69.77%)	0.010

### Co63

#### La relación de polimorfismos de AKNA con la osteoartritis de rodilla sugiere la importancia de la coestimulación de las células del sistema inmunitario en la enfermedad

Martínez-Nava GA<sup>(1)</sup>, Fernández-Torres J<sup>(1)</sup>, Espinoza-Morales R<sup>(2)</sup>, Gutiérrez M<sup>(1)</sup>, Pineda-Villaseñor CJ<sup>(3)</sup>, Granados J<sup>(4)</sup>, Vicente-Madrid M<sup>(5)</sup>, López-Reyes AG<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Sinovioanálisis Molecular, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra, Secretaría de Salud, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra, Secretaría de Salud, <sup>(3)</sup>Director de Investigación, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra, Secretaría de Salud, <sup>(4)</sup>División de Inmunogenética, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Secretaría de Salud, <sup>(5)</sup>Área de Infecciones Crónicas y Cáncer, Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud

**Introducción:** La osteoartritis (OA) cursa con un estado inflamatorio que condiciona el proceso degenerativo del cartilago articular; las citocinas proinflamatorias y el estrés oxidante son factores que determinan el estadio crónico de esta enfermedad. En fecha reciente se ha evidenciado la participación de *AKNA* como regulador transcripcional de CD40 y CD154.

**Objetivo:** Determinar la participación de las variantes génicas de *AKNA* en la OA de rodilla.

**Metodología:** En 188 pacientes con diagnóstico de OA de rodilla y 60 controles sanos se genotipificaron dos polimorfismos del gen *AKNA* (rs10817595 y rs3748176). Se evaluó la relación de los polimorfismos con OA mediante modelos de regresión logística multivariados y se analizó su nexo con parámetros clínicos de inflamación de los pacientes mediante modelos de regresión lineal.

**Resultados:** Se encontró una relación positiva estadísticamente significativa entre la OA de rodilla y el ser homocigoto A/A para el polimorfismo rs10817595 (RM, 5.48; IC 95%, 1.00-30.12), así como con el homocigoto A/A del polimorfismo rs3748176 (RM, 5.66; IC 95%, 1.20-26.69) (tabla 1). El número de leucocitos circulantes se vinculó con el genotipo A/A del polimorfismo rs10817595 (beta, 0.74; IC 95%, -0.17-1.64).

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que los polimorfismos de *AKNA* podrían estar influidos por el desarrollo de la OA de rodilla mediante la alteración de su regulación transcripcional o función proteica, y por lo tanto afectan el proceso inflamatorio que subyace a la enfermedad. Futuros estudios funcionales revelarán el papel de *AKNA* en la OA y otras enfermedades inflamatorias.

**Tabla 1.** Relación de los polimorfismos de *AKNA* y osteoartritis.

Polimorfismos	N Controles/ casos (60/184)	RM*(IC95%)
-1372 C>A (rs10817595)		
C/C	12/46	1.00
C/A	43/97	0.42 (0.14-1.27)
A/A	5/36	<b>5.48 (1.00-30.12)</b>
Modelos de herencia		
C/A + A/A	48/133	0.69 (0.25-1.91)
A/A <sup>a</sup>	5/36	<b>10.00 (2.15-46.37)<sup>c</sup></b>
Alelos		
C (0.54)	67/189	1.00
A (0.46)	53/169	1.42 (0.78-2.55)
Pro624Leu (rs3748176)		
G/G	10/41	1.00
G/A	42/58	0.31 (0.09-1.07)
A/A	8/71	<b>5.66 (1.20-26.69)<sup>b</sup></b>
Modelos de herencia		
G/A + A/A	50/129	0.78 (0.26-2.35)
A/A <sup>a</sup>	8/71	<b>13.35 (3.65-48.88)<sup>c</sup></b>
Alelos		
G (0.44)	62/140	1.00
A (0.56)	58/200	<b>2.20 (1.18-4.09)<sup>c</sup></b>
Haplotipos (-1372C>A y Pro624Leu)		
CG	62/137	1.00
CA	5/37	<b>4.44 (1.10-17.92)</b>
AA	53/131	<b>1.97 (1.04-3.73)<sup>bc</sup></b>

El texto en negritas indica significancia estadística. <sup>a</sup>Razón de momio ajustada por edad, género, IMC, y lugar de nacimiento. <sup>b</sup>Valor de P de tendencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). <sup>c</sup>Razón de momios estadísticamente significativo tras el remuestreo por *bootstrap*. <sup>a</sup>Modelo de herencia recesivo; el grupo de referencia está constituido por los genotipos C/A y C/C o G/A y G/G para cada polimorfismo, respectivamente.

### Co64

#### Elementos diferenciales de la composición corporal entre pacientes con osteoartritis de rodilla temprana (OART) y avanzada (OARA)

Valerio-Morales IA<sup>(1)</sup>, Sánchez A<sup>(1)</sup>, Evia A<sup>(2)</sup>, Ilizaliturri V<sup>(2)</sup>, Espinosa R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Instituto Nacional de Rehabilitación, <sup>(2)</sup>Reconstrucción Articular de Cadera y Rodilla, Instituto Nacional de Rehabilitación

**Introducción:** La obesidad participa en la progresión de OAR y predice reemplazo articular. El aumento de la masa musculoesquelética reduce la progresión de la OAR. Elementos diferenciales de la composición corporal (CC) en estadios tempranos o avanzados de OAR podrían influir en desenlaces informados por pacientes (DRP) (calidad de vida, función articular).

**Objetivo:** Determinar el papel diferencial de los elementos de composición corporal en dos poblaciones con OAR primaria y sus implicaciones clínicas.



**Materiales y métodos:** Estudio transversal. Se incluyó a pacientes adultos con diagnóstico de OAR según criterios de ACR, clasificados por Kellgren y Lawrence como OART y OARA. Se excluyeron OA secundarias y fibromialgia. Se realizó una entrevista clínica estructurada y se obtuvieron datos epidemiológicos, CC por bioimpedancia estandarizada (InBody 720®), cuestionarios de calidad de vida, funcionalidad y dolor. Se realizó análisis descriptivo y bivariado con pruebas estadísticas apropiada con el paquete STATA13®

**Resultados:** Se evaluó a 110 pacientes (56 OART/54 OARA) pareados por género; 71.8% mujeres y 28.2% hombres; población más joven en grupo OART, mediana de 48.5 vs. 65.5 años; las variables diferenciales se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1.** Elementos diferenciales de composición corporal en OART vs OARA.

Variable	OAR	OARA	Valor p
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Mujer	29.8 (22.2-45.6)	0.43
	Hombre	28.3 (24.3-40.1)	0.58
Magra Masa Total (kg)	Mujer	35 (18-36)	0.001
	Hombre	27.6 (19-38.5)	0.71
Índice Masa Magra (kg/m <sup>2</sup> )	Mujer	9.9 (8.1-12.8)	0.001
	Hombre	10.2 (8.4-13.3)	0.71
Masa grasa total (kg)*	Mujer	28.4(14-60)	0.14
	Hombre	26(13-48)	0.71
Índice masa grasa* (kg/m <sup>2</sup> )	Mujer	11.2 (4.7-24.3)	0.005
	Hombre	10.2(5-17.8)	0.71
Masa magra apendicular en rodilla Derecha Sintomática (kg)	Mujer	6.57 (4.84-9.81)	0.009
	Hombre	7.28(5.31-8.64)	0.508
Masa magra apendicular en rodilla Izquierda Sintomática (kg)	Mujer	6.44(4.59-8.75)	0.008
	Hombre	7.39(6.95-10.41)	0.819
WOMAC (Dominios)		7 (0-20)	0.008 <sup>§</sup>
	Dolor*	2.7 (1.70)	0.1471 <sup>§</sup>
	Rigidez*	22.3(12.8)	0.001 <sup>§</sup>
	Físico^	31.6(16.8)	0.001 <sup>§</sup>
	Total^		
EuroQol*		0.493 (0.1748-0.7902)	0.018*
		0.5942 (0.1703-1)	
Lequesne^	13.8 (3.6)	8.6(3.59)	0.001 <sup>§</sup>

\*Mediana (Rango), ^Media (DS), §Prueba T, \*Mann-Whitney, <sup>§</sup>Pearson-Chi

## Co65

### Utilidad del tocilizumab en las manifestaciones clínicas de la osteoartritis erosiva de las manos

Sánchez-Huerta JM, Gálvez-Romero JL, López-Rodríguez W

Hospital Regional ISSSTE Puebla

La osteoartritis erosiva (OAE) es una forma de afectación grave de la osteoartritis en las manos, caracterizada por inflamación de la sinovial de las articulaciones interfalángicas proximales (IFP) y distales (IFD); estas últimas son las más afectadas y en forma simétrica.

La inhibición de la interleucina 6 (IL-6) en las articulaciones con osteoartritis ayuda a mejorar la producción de la matriz cartilaginosa y las microfracturas del cartilago articular.

**Objetivo:** Conocer si la aplicación de TCZ es útil para el control de las manifestaciones clínicas de la OAE de las manos.

**Método:** Se estudió a 24 pacientes con OAE, 18 mujeres y seis hombres, cuya edad fluctuó entre 42 y 72 años, con un tiempo de evolución de cuatro a 30 años. La aplicación de TCZ fue intravenosa (8 mg/kg de peso cada mes).

Se evaluó el dolor articular en las IFP y distales por la escala análoga visual (0 a 10) y el dolor articular (0 a 50), rigidez matinal (0 a 10), y la limitación funcional (0 a 90) por el índice AUSCAN.

**Resultados:** La EAV mostró mejoría del 30% (0% al 100%). El índice AUSCAN mostró mejoría del dolor (16.2), rigidez matinal (0.6) y limitación funcional (17.5). Disminución de la VSG, PCR y niveles de I-6 menores de 1.56 a 59.1 pg/ml.

**Conclusiones:** El tocilizumab IV es útil para el control de las manifestaciones clínicas de la OAE de las manos. Es necesario realizar estudios más precisos para evaluar la mejoría de la matriz cartilaginosa en la OAE mediante TCZ.

## Co66

### Los polimorfismos 89G>A, 90T>C y 92G>C y el haplotipo funcional GTG del gen PADI4 son marcadores de susceptibilidad para artritis reumatoide en el sur de México

Baños-Hernández CJ<sup>(1)</sup>, Navarro-Zarza JE<sup>(2)</sup>, Parra-Rojas I<sup>(1)</sup>, Vázquez-Villamar M<sup>(3)</sup>, Reyes-Castillo Z<sup>(3)</sup>, Torres-Carrillo NM<sup>(3)</sup>, García-Arellano S<sup>(3)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad Académica de Ciencias Químico Biológicas, Universidad Autónoma de Guerrero, Chilpancingo, Guerrero, México, <sup>(2)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General de Chilpancingo Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo, Guerrero, México, <sup>(3)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por inflamación crónica de la sinovial, destrucción progresiva de las articulaciones e incapacidad funcional. En la actualidad, los polimorfismos en el gen peptidil arginina desaminasa tipo 4 (PADI4) y su conformación en haplotipos se han sugerido como marcadores de susceptibilidad para AR.

**Objetivo:** Relacionar los polimorfismos 89G>A, 90T>C y 92G>C y el haplotipo funcional GTG del gen PADI4 con la susceptibilidad para AR.

**Materiales y métodos:** Se incluyó a 200 pacientes con AR y 200 sujetos control (SC). En el grupo con AR se determinaron los índices de actividad clínica (DAS-28), discapacidad funcional (HAQ-DI) y evaluación clínica; en ambos grupos se determinó VSG, pCr, FR y anti-CCP. La genotipificación de los SNP se realizó por PCR-RFLP. El análisis estadístico se efectuó con el software STATA v.11.

**Resultados:** El alelo G del polimorfismo PADI4 89G>A es el más frecuente en pacientes (OR, 1.34; IC 95%, 1.00-1.78; p=0.04), el alelo T del polimorfismo PADI4 90T>C (OR, 1.35; IC 95%, 1.01-1.80; p=0.03), y el alelo G del polimorfismo PADI4 92G>C (OR, 1.34; IC 95%, 1.00-1.78; p=0.04). En la comparación entre individuos con AR y SC se demostró que el haplotipo GTG se relaciona con AR (OR, 1.36; IC 95%, 1.02-3.32; p=0.03). Se identificó una relación consistente al analizar el haplotipo de susceptibilidad en su forma homocigota GTG/GTG vs. ACC/ACC (OR, 2.27; IC 95%, 1.18-4.41; p=0.008).

**Conclusión:** Los polimorfismos (89G>A, 90T>C, 92G>C) y el haplotipo funcional (GTG) del gen PADI4 son marcadores de susceptibilidad para AR en población del sur de México.

C067

**Comparación de concentraciones séricas de omentina 1 en mujeres con artritis reumatoide, con y sin síndrome metabólico**

Flores-Chávez A<sup>(1)</sup>, Trujillo-Trujillo X<sup>(2)</sup>, García-Cobián TA<sup>(3)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(4)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(3)</sup>, Totsuka-Sutto SE<sup>(3)</sup>, González-López L<sup>(5)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, México; <sup>(2)</sup>Posgrado de Maestría en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(3)</sup>Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>División de Investigación en Salud de la UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, <sup>(5)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital Regional General 110, IMSS, Guadalajara, México

**Introducción:** La omentina 1 es una adipocina identificada en fecha reciente que parece tener una función relevante al disminuir la resistencia a la insulina, hipertensión y dislipidemia que conforman el síndrome metabólico (SM) en personas sin enfermedades autoinmunitarias. En la artritis reumatoide (AR) no hay datos concluyentes de la relación entre omentina 1 y SM.

**Objetivo:** Comparar los valores séricos de omentina 1 en AR con y sin SM.

**Material y método:** Estudio transversal. Se evaluó a mujeres adultas con AR; 30 mujeres se clasificaron con SM según criterios del NCEP-ATPIII y se parearon con 30 mujeres de similar edad sin SM. Se evaluaron características clínicas, epidemiológicas y actividad de enfermedad (DAS28). Las concentraciones séricas de omentina 1 se determinaron con ELISA.

**Resultados:** Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes, con y sin SM en índice de masa corporal (IMC) ( $p=0.001$ ). Los niveles séricos de omentina 1 no fueron estadísticamente diferentes entre AR, con y sin SM (794 vs. 941 ng/ml, respectivamente;  $p=0.15$ ). Las cifras de omentina 1 se correlacionaron con presión arterial diastólica ( $r=0.25$ ,  $p=0.02$ ) y con niveles de colesterol HDL ( $r=0.20$ ,  $p=0.05$ ). Después de realizar el análisis ajustado por edad y tiempo de evolución de la enfermedad, el IMC fue factor de riesgo para AR con SM (OR, 1.46; IC 95%, 1.06-1.99;  $p=0.02$ ), pero no los niveles de omentina 1.

**Conclusiones:** No se observaron diferencias significativas en concentraciones séricas de omentina 1 en pacientes con AR, con y sin SM. Sin embargo, los niveles en suero de omentina 1 se correlacionaron de forma positiva con colesterol-HDL y presión arterial diastólica. Es necesario continuar con estudios para evaluar la influencia de esta adipocina sobre factores de riesgo cardiovascular.

C068

**Los pacientes con artritis reumatoide presentan valores incrementados del receptor CRACC y su proteína relacionada SAP en células citolíticas**

Domínguez-Zúñiga D<sup>(1)</sup>, Xibillé-Friedmann DX<sup>(2)</sup>, Cruz-Muñoz ME<sup>(1)</sup>, Montiel-Hernández JL<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Facultad de Medicina, UAEM, Cuernavaca Morelos, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de Cuernavaca, Morelos, SSA, <sup>(3)</sup>Facultad de Farmacia, UAEM, Cuernavaca, Morelos

**Introducción:** Se ha sugerido la participación de las células citolíticas (NK) en el desarrollo de la artritis reumatoide (AR), pero se desconoce el mecanismo de acción. Los receptores activadores de la familia SLAM, tales

como CRACC y su proteína relacionada SAP, estimulan las acciones de NK aunque se desconoce si sus niveles podrían modificarse durante el curso de la enfermedad.

**Objetivo:** Comparar los valores de CRACC y SAP en células NK de donadores sanos y pacientes con AR.

**Metodología:** Se incluyó a pacientes con AR del Hospital General de Cuernavaca y muestras de donadores del banco de sangre. Para la evaluación del porcentaje de células y el nivel de expresión de CRACC y SAP (citometría de flujo) en células NK (CD56+/CD3-) se emplearon células mononucleares de sangre periférica. Se empleó estadística descriptiva para evaluar diferencias entre los grupos.

**Resultados:** Se incluyó a 50 donadores sanos y 50 pacientes, que mostraron diferencias en edad (30.4±9.1 vs. 46.8±10.9, respectivamente). Un 86% de pacientes fue positivo a FR y un 52% a anti-CCP. Los porcentajes de NK fueron similares entre ambos grupos, pero el porcentaje de células NK CRACC+ fue mayor en los pacientes (30.3% vs. 15.5%). Por su parte, las cifras de SAP fueron mayores en células NK CRACC- de pacientes (MFI: 63.25 vs. 31.23), pero no así en las células CRACC+. También las células CD56+CD3+ de pacientes presentaron mayores niveles de CRACC/SAP.

**Conclusiones:** Esto sugiere que las NK, así como las NKT, de pacientes presentan un incremento en su perfil de receptores activadores.

C069

**Diferencias clínicas y metabólicas de pacientes con artritis reumatoide de dos regiones geográficas de México**

Xibillé-Friedmann D<sup>(1)</sup>, Montejano-del Prado M<sup>(2)</sup>, Covarrubias-Cobos A<sup>(3)</sup>, Álvarez-Nemegyei J<sup>(4)</sup>, López-Villanueva R<sup>(5)</sup>, Carrillo-Vázquez S<sup>(6)</sup>, Montiel-Hernández JL<sup>(7)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Hospital General de Cuernavaca/Facultad de Farmacia, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, <sup>(2)</sup>Universidad Latinoamericana, Cuernavaca, <sup>(3)</sup>Reumatología, Centro Médico Las Américas, Mérida Yucatán, <sup>(4)</sup>Reumatología, Hospital Star Médica, Mérida, Yucatán, <sup>(5)</sup>Reumatología, Hospital Regional 1, ISSSTE, Mérida, Yucatán, <sup>(6)</sup>Reumatología, Hospital 1 de Octubre, ISSSTE, México, DF, <sup>(7)</sup>Facultad de Farmacia, Universidad Autónoma del Estado de México

**Introducción:** La prevalencia de la artritis reumatoide (AR) ha mostrado diferencias que dependen de la región geográfica que se estudie. Mientras que en el centro del país la prevalencia es de 1%, la península de Yucatán muestra una prevalencia de 2.8%. Se ha sugerido que uno de los factores condicionantes de esta diferencia es el peso de los pacientes.

**Objetivo:** Comparar parámetros clínicos y metabólicos relacionados con AR en pacientes de Cuernavaca (CVA), Morelos, y Mérida (MID), Yucatán.

**Métodos:** Pacientes consecutivos con AR del HG Cuernavaca y tres hospitales de Mérida, Yucatán. Todos contaban con historia clínica, perfil de lípidos, % de grasa corporal y visceral (bioimpedancia), FR, VSG, PCR. Se evaluó la medida terapéutica. Se calculó el riesgo cardiovascular mediante tres escalas (Framingham, RRS, ACC/AHA). Se utilizó estadística descriptiva para las variables demográficas y las diferencias entre grupos mediante T de Student.

**Resultados:** Se analizaron los datos de 65 pacientes de Cuernavaca y 100 pacientes de Mérida, la mayoría mujeres (94.5%). Casi todos los pacientes de Mérida recibieron tratamiento biológico; en Cuernavaca ninguno. Los grupos mostraron diferencias significativas en la actividad de la enfermedad por DAS28 (CVA, 4.16; MID, 3.62), TA media (CVA, 84.2; MID, 88.9 mm/Hg), grasa corporal (CVA, 51.9; MID, 41.6), colesterol (CVA, 181.9; MID, 382.4 mg/dl), triglicéridos (CVA, 135.8; MID, 251 mg/dl), LDL (CVA, 111.6; MID, 74.9 mg/dl). No se observaron diferencias en otras variables y el riesgo cardiovascular fue similar en ambas poblaciones.

**Conclusiones:** Existen diferencias metabólicas significativas entre los pacientes de Cuernavaca y Mérida. La actividad de la AR fue significativamente menor en pacientes de Mérida sometidos a tratamiento biológico.

C070

**Relación de la exposición al humo de leña con anticuerpos anti-CCP en pacientes con artritis reumatoide del sur de México**

Navarro-Zarza JE<sup>(1)</sup>, Baños-Hernández CJ<sup>(2)</sup>, Fuentes-Arellano B<sup>(1)</sup>, Vázquez-Villamar M<sup>(2)</sup>, Guzmán-Guzmán IP<sup>(2)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina-Interna-Reumatología, Hospital General de Chilpancingo Dr. Raymundo Abarca Alarcón, Chilpancingo, Guerrero, México, <sup>(2)</sup>Unidad Académica de Ciencias Químico Biológicas, Universidad Autónoma de Guerrero, Chilpancingo, Guerrero, México, <sup>(3)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria que se caracteriza por inflamación crónica de las articulaciones. En su etiología participan factores ambientales, hormonales y genéticos; de los factores ambientales el tabaquismo se ha considerado como uno de los más importantes. Sin embargo, un estudio reciente observó que la exposición al humo de leña podría aumentar en grado significativo los niveles de anti-CCP.

**Objetivo:** Relacionar el índice de humo de leña con los niveles de los anticuerpos anti-CCP en pacientes con AR del sur de México.

**Materiales y métodos:** Se incluyó a 200 pacientes con AR, clasificados de acuerdo con los criterios del ACR/EULAR 2010. Se determinaron los índices de actividad clínica (DAS-28), discapacidad funcional (HAQ-DI) y variables clínicas. Se cuantificaron VSG, pCr, FR y anti-CCP. El índice de exposición a humo de leña se calculó de acuerdo con Pérez-Padilla *et al.* en 1996 (número de horas por años de exposición). El análisis estadístico se efectuó con el software STATA v.11.

**Resultados:** Se observó que el 60% (n=120) de los pacientes ha estado expuesto al humo de leña. De manera interesante se encontró una relación entre el índice del humo de leña y valores de anti-CCP y FR (p=0.0090, p=0.0464, respectivamente). Además, se identificó que las cifras de anti-CCP se correlacionan de forma positiva con marcadores de inflamación pCr (r=0.16 y p=0.02) y FR (r=0.41 y p<0.001).

**Conclusiones:** Los resultados sugieren que la exposición al humo de leña se relaciona con el incremento de anticuerpos anti-CCP en pacientes con AR del sur de México.

C071

**Factores relacionados con enfermedad pulmonar intersticial difusa en artritis reumatoide (EPID-AR)**

Rojas-Serrano J<sup>(1)</sup>, Mobayed-Vega FN<sup>(2)</sup>, Buendía-Roldán I<sup>(3)</sup>, Falfán-Valencia R<sup>(3)</sup>, Rodríguez-Henríquez P<sup>(4)</sup>, Mejía M<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Enfermedades Intersticiales del Pulmón y Reumatología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, <sup>(2)</sup>Servicio de Neumología, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, <sup>(3)</sup>Unidad de Investigación, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, <sup>(4)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, <sup>(5)</sup>Unidad de Enfermedades Intersticiales del Pulmón, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

La EPID-AR puede aparecer hasta en el 19% de los pacientes con AR. Es una causa importante de morbilidad y mortalidad y no existe consenso acerca de la forma de tratar esta manifestación de la AR. Es fundamental tener un adecuado conocimiento de los factores relacionados con la EPID-AR para poder diseñar medidas de prevención y tratamiento.

**Objetivo:** Estimar la fuerza de relación de factores vinculados con EPID-AR.

**Pacientes y métodos:** Se comparó a pacientes con EPID-AR confirmada con tomografía computarizada de tórax de alta resolución, evaluados y manejados en el INER, y pacientes consecutivos con AR atendidos en el Hospital Manuel Gea González como controles. Todos los controles se evaluaron con pruebas de la mecánica pulmonar, caminata y radiografía de tórax. En caso de encontrar anomalías, estos pacientes se evaluaron con TCAR. Se analizaron variables epidemiológicas, ambientales (cuestionario Platino), antecedente de consumo de medicamentos y presencia de HLA DRB1\*04. Se estableció la fuerza de relación con la RM (IC95%) y se realizó un análisis multivariado con las variables relacionadas en el univariado.

**Resultados:** Se incluyó a 113 pacientes, 51 casos y 61 controles. Las variables que guardaron relación con la presencia de EPID-AR fueron el sexo masculino, el antecedente de tabaquismo y el uso acumulado de metotrexato en años; esta última variable fue protectora. En la tabla 1 se comparan algunas de las variables relacionadas y se describe la fuerza de vinculación. En el análisis multivariado de tres variables (sexo masculino, tabaquismo y uso acumulado de metotrexato en años), la RM ajustada (RMA) de sexo masculino fue de 6.64 (IC 95%, 1.55±28.16), RMA de tabaquismo de 2.7 (IC 95%, 0.7±6.13), RMA de uso acumulado de metotrexato de 0.85 (0.74±0.96).

**Conclusiones:** Las variables relacionadas con EPID-AR son el sexo masculino y el uso acumulado de metotrexato. Esta última variable es protectora ya que los controles tuvieron mayor exposición a este fármaco.

**Tabla 1.** Comparación entre casos y controles. La razón de momios de las variables independientes continuas se calculó con regresión logística univariada. La razón de momios indica el cambio en el riesgo por cada unidad de cambio de la variable independiente.

Variable	Casos n: 51	Testigos n:62	P RM (IC 95%)
Edad en años	57.59 ± 13.32	50.04 ± 11.95	< 0.002 1.04 (1.01 – 1.08)
Sexo masculino	15 (29.4%)	3 (5%)	< 0.0005 8.14 (2.07 – 46.36)
Antecedente de tabaquismo	27 (24%)	8 (13%)	< 0.004 4.007 (1.45 – 11.73)
Antecedente de humo de leña	18 (35.29%)	17 (27.42%)	0.39 1.44 (.64 -3.2)
Antecedente de exposición a aves	9 (17.65%)	10 (16.13)	0.83 1.11 (.36 -3.36)
HLA DRB1	22 (43.14%)	36 (58%)	<0.13 0.54 (0.24 – 1.23)
Uso acumulado de metotrexato en años, mediana (IIC).	1 (.4 – 4)	3.8 (2 -7)	< 0.006 0.85 (0.76 - .95)

C072

**Relación del polimorfismo 5606InsA en IGFBP-3 con valores séricos de TNF-α y grosor de íntima media carotídea en pacientes con artritis reumatoide**

Martín-Márquez BT<sup>(1)</sup>, Sandoval-García F<sup>(1)</sup>, Rocha-Muñoz AD<sup>(2)</sup>, Gómez-Bañuelos JE<sup>(1)</sup>, Navarro-Hernández RE<sup>(1)</sup>, Madrigal-Ruiz PM<sup>(1)</sup>, Martínez-García EA<sup>(1)</sup>, Vázquez del Mercado.Espinoza M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUGS, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>CUTonalá, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La aterosclerosis es una de las principales causas de mortalidad en pacientes con artritis reumatoide (AR) y se relaciona con el aumento del grosor de la íntima media carotídea (cIMT). Se tiene evidencia de que miembros de los factores de crecimiento tipo insulínico, en especial IGFBP-3,

se encuentran ligados a daño cardiovascular. Cifras elevadas de IGFBP-3 se vinculan con aumento de cIMT y niveles bajos, con supresión de su efecto antiinflamatorio. Algunos estudios han relacionado al genotipo AA del polimorfismo 5606InsA con valores disminuidos de IGFBP-3, por lo que se sugiere que variaciones genéticas pueden afectar la transcripción del factor.

**Objetivo:** Analizar la relación del polimorfismo 5606InsA en IGFBP-3 con niveles de TNF- $\alpha$  y grosor cIMT en pacientes con AR.

**Materiales y métodos:** Estudio transversal. Se incluyó a 47 pacientes con AR (ACR 1987) sometidos a cuantificación de niveles séricos de TNF- $\alpha$ , cIMT y el polimorfismo 5606InsA por PCR-RFLP. Comparación de variables cuantitativas por T de Student, cualitativas por  $\chi^2$  y ANOVA para comparar valores séricos de TNF- $\alpha$  y cIMT entre genotipos. Se consideró una significancia  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se obtuvieron las siguientes frecuencias genotípicas: NN (10.5%), NA (53.2%) y AA (36.2%). Al realizar la comparación entre genotipos y niveles séricos de TNF- $\alpha$  (pg/ml) y cIMT (mm) se encontró NN (125.34 $\pm$ 18.39; 0.68 $\pm$ 0.1), NA (24.01 $\pm$ 10.731; 0.56 $\pm$ 0.01) y AA (25.84 $\pm$ 10.072; 0.54 $\pm$ 0.04), ANOVA=0.000,  $p_1=0.00$ ,  $p_2=0.00$ .

**Conclusiones:** Los pacientes con AR portadores del genotipo NN del polimorfismo 5606InsA en IGFBP-3 presentan grados elevados de TNF- $\alpha$  y aumento de cIMT, por lo que presentan riesgo de aterosclerosis.

## C073

### Índice aterogénico en una población de pacientes con artritis reumatoide

Batún-Garrido JAJ, Radillo-Alba HA, Hernández-Núñez É, Olán F, Arteaga-García UG

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

**Introducción:** Los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen dos a tres veces mayor riesgo cardiovascular, lo cual se debe en parte al patrón de los lípidos, que aumentan el índice aterogénico.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, observacional y prospectivo. Se incluyó a 126 pacientes con AR, se calculó el índice aterogénico, se comparó la relación de éste con el índice de masa corporal (IMC), el índice de actividad, los niveles de proteína C reactiva (PCR) y el factor reumatoide (FR) positivo. Se empleó Graphpad software para el análisis de variables con determinación de un intervalo de confianza del 95%.

**Resultados:** Predominó el género femenino (96.8%), edad promedio de 56.6 años y la frecuencia de dislipidemia fue del 57.3%. Se encontró relación entre la positividad de FR (titulación >20 UI/dl) y aumento del índice aterogénico según el índice de Castelli con punto de corte > 3.5 ( $p=0.021$ ), índice de Kennel con punto de corte > 3 ( $p=0.031$ ) e índice de relación triglicéridos/colesterol HDL con punto de corte > 3 ( $p=0.039$ ). Se identificó un nexo del IMC > 30.0 con aumento de los índices de aterogenicidad de Castelli ( $p=0.03$ ), Kennel ( $p=0.01$ ) e índice de triglicéridos/colesterol HDL ( $p=0.09$ ). La relación entre el índice aterogénico y la PCR, e índice aterogénico e índice de actividad (DAS-28-PCR) no fue significativa.

**Conclusiones:** Se encontró mayor índice aterogénico en los pacientes con FR positivo e IMC elevado. Existe un nexo entre el FR con diferentes aspectos del metabolismo lipoproteico, con un predominio de lipoproteínas aterogénicas.

## C074

### Estudio molecular del factor de von Willebrand como biomarcador de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide

García-Quezada L, López-Castañeda SE, García-Larragoiti NI, Viveros-Sandoval ME

Laboratorio de Hemostasia y Biología Vascular, Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

**Introducción:** Las afecciones cardiovasculares son la principal causa de morbimortalidad en artritis reumatoide (AR), enfermedad que confiere un estado inflamatorio crónico sistémico, en el que se han encontrado concentraciones plasmáticas elevadas del factor de von Willebrand (FvW). El FvW es una proteína de coagulación identificada como factor de riesgo no tradicional para enfermedad cardiovascular, cuya estructura multimérica se ha relacionado con tendencia trombótica, si bien los estudios del FvW en AR se han limitado al análisis de concentraciones plasmáticas sin abordar su estructura, la cual determina su potencial trombogénico.

**Objetivo:** Estudiar las concentraciones plasmáticas y estructura multimérica del FvW como biomarcador de riesgo cardiovascular en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Se incluyó a 30 pacientes con diagnóstico de AR, sin afecciones adjuntas y 20 individuos sanos como grupo control. Determinación plasmática del FvW por ELISA y análisis de la estructura multimérica con énfasis en multímeros de elevado peso molecular del FvW mediante Western Blot.

**Resultados:** Al ser un grupo de pacientes con AR sin comorbilidad cardiovascular, no se encontraron diferencias significativas en las concentraciones plasmáticas de FvW, grupo AR (122.9 $\pm$ 33.1) vs. grupo control (113.7 $\pm$ 24.8)  $p=0.231$ ; sin embargo, el análisis de la estructura multimérica del FvW muestra presencia de multímeros de alto peso molecular en los pacientes con AR.

**Conclusiones:** Los individuos con AR sin riesgo cardiovascular aparente, a pesar de presentar concentraciones plasmáticas normales del FvW, poseen una estructura molecular alterada de éste, con presencia de multímeros de elevado peso molecular, lo cual los coloca en riesgo protrombótico y cardiovascular.

## C075

### Comorbilidades basales en una cohorte de artritis reumatoide temprana

Pérez-Barbosa L, Colunga-Pedraza IJ, Riega-Torres JC, Arvizu-Rivera RI, Martínez-Moreno A, Garza-Elizondo MA

Departamento de Medicina Interna, Servicio de Reumatología, Hospital Universitario, UANL

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) temprana se define como aquella con menos de 12 meses de inicio de síntomas. Es importante la detección de comorbilidades desde el momento del diagnóstico de artritis temprana. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es conocer las comorbilidades de una cohorte de artritis temprana.

**Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, en una clínica de artritis temprana del noreste de México. Se incluyó a pacientes con inicio de síntomas y diagnóstico de AR  $\leq$  12 meses.

**Resultados:** Se analizó a 51 pacientes. El promedio de inicio de síntomas fue de seis meses. Un 97% del género femenino. Las comorbilidades más encontradas fueron sobrepeso/obesidad: 57%; hipertensión arterial, 19,6%; TB latente, 15,68%; diabetes mellitus, 11,6%; dislipidemia, 9,8%; dispepsia, 3,92%.

**Conclusiones:** Es importante desde el momento del diagnóstico detectar las comorbilidades en estos pacientes, incluidos aquéllos con AR temprana.

## C076

### Efecto de la fibromialgia en la escala visual análoga del paciente sobre el DAS28-VSG en individuos con AR

González-Padilla KA, Vega-Morales D, Garza-Elizondo MA, Arana-Guajardo AC, Skinner-Taylor CM, Negrete-López R, Esquivel-Valerio JA, Villarreal-Alarcón MA

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** El DAS28 es una de las herramientas clínicas más utilizada en el seguimiento de pacientes con AR. Es parte de los índices de actividad de la estrategia T2T. Existen informes sobre el efecto de la FM en el DAS28 y los puntajes de funcionalidad.

**Objetivo:** Determinar el efecto de las afecciones periarticulares y articulares no inflamatorias en la evaluación del DAS28.

**Material y métodos:** Estudio observacional y descriptivo de las consultas de pacientes con AR con DAS28-VSG. Se analizó y el efecto sobre el estado de actividad de las enfermedades no articulares en la calificación. Todos los pacientes se sometieron a recuento articular, estudios de laboratorio y se determinaron las comorbilidades relacionadas con AR.

**Resultados:** Se analizó a 395 pacientes, 360 mujeres (91.1%), edad media de 51.1 (DE 12.7). En la tabla 1 se describen las características clínicas y de actividad de los pacientes. En el análisis bivariado se halló que la presencia de una EVA > 40 mm se relacionaba con un DAS28 > 2.6 (RM, 12.47; IC 95%, 5.2-29;  $p=0.001$ ), y que la presencia de la fibromialgia era el predictor de un EVA > 40 mm (RM, 3.49; IC 95%, 1.72-7.08;  $p=0.0001$ ). El resto de las variables analizadas no influyó.

**Conclusión:** La presencia de fibromialgia se relaciona con el EVA del paciente, el cual modifica el puntaje del DAS28; es importante tomarla en cuenta en las decisiones de aumento o cambio de tratamiento.

Tabla 1. Características clínicas de actividad y funcionalidad de los pacientes con AR.

RAM presente <i>n</i> ,%	136, 34.4
¿Puede vestirse sin dificultad? <i>n</i> ,%	246, 62.3
¿Puede salir de la cama sin dificultad? <i>n</i> ,%	373, 94.4
¿Puede llevar un vaso a su boca sin dificultad? <i>n</i> ,%	354, 89.6
¿Puede bañarse sin dificultad? <i>n</i> ,%	372, 94.2
¿Puede recoger ropa del suelo sin dificultad? <i>n</i> ,%	360, 91.1
¿Puede abrir/cerrar la llave del agua? <i>n</i> ,%	380, 96.2
¿Puede entrar/salir del automóvil? <i>n</i> ,%	378, 95.7
Dolor nocturno ausente, <i>n</i> ,%	20, 5.1
Clase funcional I, <i>n</i> ,%	302, 76.5
Fibromialgia, <i>n</i> ,%	39, 9.9
OA rodilla, <i>n</i> ,%	72, 18.2
Tendinopatía, <i>n</i> ,%	19, 4.8
EVA paciente > 40 mm, <i>n</i> ,%	69, 17.5
DAS28-VSG mediana, RIQ	2.65, 1.54
VSG mediana, RIQ	29, 18

## Co77

### Correlación entre porcentaje de masa grasa y grado de actividad de la enfermedad en la artritis reumatoide

Mendoza-Vázquez G<sup>(1)</sup>, Espinoza-Gómez F<sup>(2)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(3)</sup>, González-López L<sup>(4)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(5)</sup>, Nava-Zavala AH<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de

Occidente, Guadalajara, México, Programa de Posgrado en Ciencias Médicas, Centro Universitario de Investigac, <sup>(2)</sup>Programa de Posgrado en Ciencias Médicas, Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas (CUIB), Universidad de Colima. Colima, México, <sup>(3)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, México, <sup>(4)</sup>Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, México, <sup>(5)</sup>División de Investigación en Salud. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, México, <sup>(6)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, México, Programa Internacional, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara

**Introducción:** La evaluación de la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide (AR) es la clave para establecer tratamiento y pronóstico. Se ha reconocido en AR que la masa grasa (MG) y el índice de masa corporal (IMC) conservados o aumentados son factores que pueden acelerar la morbilidad y mortalidad en AR.

**Objetivo:** Evaluar la correlación entre los valores de masa grasa y los de la actividad de la enfermedad en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Se evaluó a 80 pacientes femeninas con diagnóstico de AR (ACR, 1987). Se determinó la masa grasa por medio de análisis de bioimpedancia (BIA) y la actividad de la enfermedad por el índice de actividad de la enfermedad de 28 articulaciones (DAS28).

**Resultados:** La edad media fue de 59.11±9.92 años, con una evolución promedio de la enfermedad de 14.13±10.13 años. El valor medio de DAS 28 fue de 3.08±1.08. El índice de masa corporal promedio fue de 28.17±3.94 kg/m<sup>2</sup> y 72.6% de los pacientes con sobrepeso y obesidad. El 85% presentó porcentaje de grasa corporal elevada. La correlación de Pearson mostro  $r=.035$  y  $p=0.76$  entre los valores del DAS28 y de la masa grasa, lo cual no se modificó al ajustarla por edad, tiempo de evolución de la enfermedad y medicamentos. El 93.8% de las pacientes con FARME (93.8%) y el 10% con biológicos.

**Conclusión:** Los niveles de DAS28 no se correlacionaron con el porcentaje de masa grasa; se necesitan más estudios para aclarar los diversos factores que podrían modificar estos niveles.

## Co78

### Modificación de la actividad de la artritis reumatoide por efecto de la administración complementaria de vitamina D

Sandoval-Cabrera DV, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Rosales-Don Pablo VM, Muñoz-López S

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria, inflamatoria, crónica y sistémica que puede causar discapacidad física. Se ha informado la deficiencia de vitamina D (VD) con desarrollo de la enfermedad (por su interacción con genes, células y moléculas del sistema inmunitario), su actividad, riesgo cardiovascular y osteoporosis.

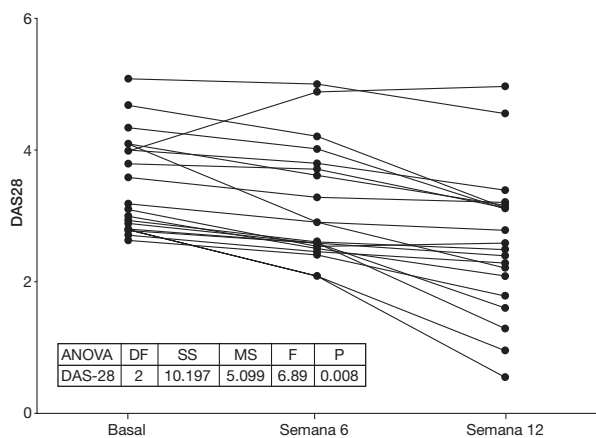
**Objetivo:** Evaluar la modificación de la actividad de la enfermedad por administración complementaria de VD en pacientes con AR y niveles bajos de ésta.

**Método:** Estudio prospectivo; se estudió a 30 pacientes adultos con AR que acudieron a la consulta del servicio de reumatología del CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, y se determinaron los valores séricos de VD. Se incluyó sólo a pacientes con niveles deficientes de VD a los que se administró VD oral (1 600 UI/día) durante 12 semanas. Se registraron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y tratamiento.

**Resultados:** Hasta 26 pacientes presentaron nivel (13.63±6.18 ng/mL) de déficit de VD, Después de la complementación de VD durante 12 semanas, la concentración se informó en 27.87±6.36 ng/ml ( $p < 0.0001$ ). Se observaron modificaciones en los niveles de VSG, PCR, así como en los valores de DAS 28 (fig. 1).

**Conclusiones:** Aunque es una muestra pequeña de pacientes, los niveles de VD se modificaron de manera significativa luego de 12 semanas de complementación oral y fue posible evidenciar disminución de la actividad. La medida de administrar VD en aquellos pacientes con deficiencia de ella puede ser una herramienta adicional en el intento de lograr la mejor respuesta terapéutica en AR.

**Figura 1.** Modificación de la actividad de la artritis reumatoide por efecto de la administración suplementaria de Vitamina D. Actividad de la artritis reumatoide según evaluación DAS 28.



Co79

**Diagnóstico de placa carotídea por cuatro escalas de riesgo cardiovascular en artritis reumatoide**

Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>, Colunga-Pedraza IJ<sup>(1)</sup>, Azpiri-López JR<sup>(2)</sup>, Elizondo-Riojas G<sup>(3)</sup>, Cárdenas-de la Garza JA<sup>(4)</sup>, Vera-Pineda R<sup>(5)</sup>, García-Colunga J<sup>(3)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Servicio de Reumatología, Hospital Universitario UANL, <sup>(2)</sup>Departamento de Medicina Interna, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario UANL, <sup>(3)</sup>Departamento de Radiología e Imagen, Hospital Universitario UANL, <sup>(4)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario UANL, <sup>(5)</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario UANL

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la principal causa de muerte en artritis reumatoide (AR). Existen diversas calculadoras de riesgo cardiovascular (RCV) para la población general, como la escala Framingham IMC (FRS-IMC) y lípidos (FRS-Lip), ACC/AHA 2013 (OMNIBUS) y QRISK2. La evaluación de la arteria carótida por ultrasonido es una herramienta útil para detectar aterosclerosis subclínica.

**Material y métodos:** Estudio transversal, observacional y analítico. Se definió placa carotídea (PC) como engrosamiento focal > 50% que la pared circundante o un espesor de la íntima media mayor >1.2 mm. Se calculó el RCV mediante cuatro diferentes escalas. Se evaluó el desempeño diagnóstico con curvas ROC. Áreas bajo la curva > 0.5 con  $p < 0.05$  se consideraron significativas.

**Resultados:** Se incluyó a 97 pacientes. Las características demográficas se muestran en la tabla 1. Se presentó PC en 40 sujetos (41.2%). Los pacientes con PC se clasificaron como bajo riesgo por FRS-Lip en 60% de los casos, QRISK2 en 50%, OMNIBUS y FRS-IMC en 42.5%. Las curvas

ROC mostraron áreas bajo la curva bajas, sin diferencia significativa entre ellas ( $p < 0.05$ ). El mejor punto de corte para OMNIBUS fue 2.05%, 5% para FRS-Lip, 4.95% para FRS-IMC y 2.9% para QRISK2 (tabla 2).

**Conclusiones:** Las calculadoras de RCV no son adecuadas para detección de PC en AR. Ninguna escala de medición de RCV demostró mayor utilidad para predecir el riesgo al compararse con presencia de placa carotídea. La mayoría de los pacientes con PC se estratifica con bajo riesgo por los algoritmos actuales.

**Tabla 1.** Características demográficas.

Mujeres, n (%)	88 (90.7)
Edad (años), media ± DE	56.3 ± 9.6
Duración de la enfermedad (años), media ± DE	12.78 ± 8.2
Fumador activo, n (%)	25 (25.8)
Antecedente familiar de IAM, n (%)	9 (9.3)
Dislipidemia, n (%)	26 (26.8)
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	14 (14.4)
Tratamiento antihipertensivo, n (%)	36 (37.1)
Colesterol total (mg/dl), media ± DE	187.59 ± 33.6
Colesterol HDL (mg/dl), media ± DE	55.75 ± 15.6
Colesterol LDL (mg/dl), media ± DE	101.2 ± 29.4
VSG, media ± DE	26.49 ± 13.9
IMC, media ± DE	28.12 ± 4.96
Presión arterial sistólica (mmHg), media ± DE	124.7 ± 14.3
OMNIBUS, mediana (p25 – p75)	3.8 (1.6 – 7-05)
FRS lípidos, mediana (p25 – p75)	7.1 (4.6 – 10.6)
FRS IMC, mediana (p25 – p75)	9.4 (4.95 – 14.7)
QRISK2, mediana (p25 – p75)	7 (2.9 – 13.3)
Espesor de la íntima media, mediana (p25 – p75)	.08 (.07 – .09)

**Tabla 2.** Curvas ROC y Desempeño Diagnóstico.

Escala de RCV	OMNIBUS	FRS Lípidos	FRS IMC	QRISK2
Área bajo la curva ± DE	.690 ± .053	.681 ± .054	.671 ± .055	.677 ± .054
Valor de P	.001	.002	.004	.003
Valor de Corte Sugerido	2.05%	5%	4.95%	2.9%
Sensibilidad	.900	.900	.900	.900
Especificidad	.473	.386	.350	.350
Valor Predictivo Negativo	.871	.846	.833	.833

Co80

**Artritis reumatoide y placa carotídea: mortalidad a 10 años**

Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>, Muñoz-De Hoyos JL<sup>(2)</sup>, Ornelas G<sup>(3)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(1)</sup>, Colunga-Pedraza IJ<sup>(1)</sup>, Cárdenas-de la Garza JA<sup>(2)</sup>, Arvizu-Rivera RI<sup>(2)</sup>, Serna-Peña G<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Servicio de Reumatología, Hospital Universitario, UANL, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario, UANL, <sup>(3)</sup>Departamento de Radiología e Imagen, Hospital Universitario, UANL, <sup>(4)</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario, UANL

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la principal causa de muerte en pacientes con artritis reumatoide (AR). El objetivo

de este estudio es determinar la mortalidad en una cohorte de pacientes con AR del noreste de México seguida por 10 años, y su relación con la presencia ultrasonográfica de placa carotídea (PC) en la evaluación basal.

**Métodos:** Se diseñó un estudio observacional, longitudinal y analítico. Se incluyó a pacientes que cumplieran criterios de clasificación ACR 1987. Se aplicó un cuestionario telefónico a pacientes o familiares para determinar la morbi-mortalidad cardiovascular. Se analizó la supervivencia con curvas de Kaplan-Meier (fig. 1) y se comparó a pacientes con y sin PC por la prueba Log-Rank.

**Resultados:** Se incluyó a 124 pacientes en la cohorte inicial, de los cuales se logró obtener información de 72 (58.06%) (tabla 1). En la cohorte inicial se detectó PC en 44 (61.11%). Se notificaron 11 muertes (15.3%), siete (9.7%) debido a enfermedad cardiovascular aterosclerótica. En el grupo con PC se informaron ocho (18%) muertes, en tanto que en el grupo sin PC se encontraron tres (10.7%). Pese a que la mayoría de las muertes ocurrió en pacientes con PC, no hubo diferencia significativa en la mortalidad ( $p=0.373$ ).

**Conclusión:** La enfermedad cardiovascular aterosclerótica fue la causa más frecuente de muerte en esta cohorte con 10 años de seguimiento. No se encontró diferencia significativa en mortalidad en relación con la presencia de PC en pacientes con AR. Son necesarios estudios prospectivos con una muestra mayor para corroborar este hallazgo.

Figura 1. Supervivencia en los pacientes con o sin PC.

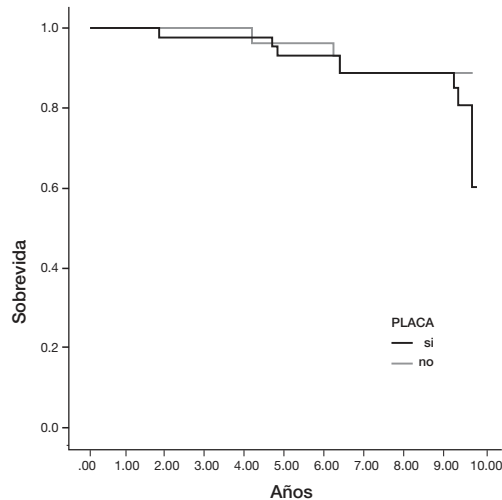


Tabla 1. Características demográficas iniciales: comorbilidades iniciales y en el seguimiento a 10 años.

Mujeres; n (%)	68 (94.4)
Edad; media ± DE	55.35 ± 11.99
Duración de la enfermedad; media ± DE	11.87 ± 9.92
Placa carotídea al inicio; n (%)	44 (61.11)
Diabetes mellitus tipo 2 al inicio; n (%)	12 (16.7)
Hipertensión al inicio; n (%)	6 (8.3)
Dislipidemia al inicio; n (%)	12 (16.7)
Tabaquismo al inicio; n (%)	29 (40.3)
Velocidad de sedimentación globular; media ± DE	26.09 ± 11.17
Colesterol total al inicio (mg/dl); media ± DE	191.4 ± 35.7
Colesterol HDL al inicio (mg/dl); media ± DE	55.6 ± 12.9
Diabetes mellitus tipo 2 al seguimiento; n (%)	6 (10.16)
Hipertensión al seguimiento; n (%)	24 (39.34)
Dislipidemia al seguimiento; n (%)	12 (25)
	n= 72

## Co81

### Síndrome metabólico en mujeres con artritis reumatoide y su relación con autoanticuerpos ACPAS

Ponce-Guarneros JM<sup>(1)</sup>, Rocha-Muñoz AD<sup>(2)</sup>, Fajardo-Robledo NS<sup>(3)</sup>, Enríquez-Luna A<sup>(4)</sup>, Bonilla-Lara D<sup>(5)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(6)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(7)</sup>, González-López L<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Medicina Familiar 106, IMSS, San Martín de Bolaños, Jalisco, <sup>(2)</sup>Centro Universitario de Tonalá, U de G, Tonalá Jalisco, <sup>(3)</sup>Programa Posdoctoral CONACyT-Universidad de Colima, <sup>(4)</sup>Carrera de Médico Cirujano y Partero, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(5)</sup>Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara, <sup>(6)</sup>División de Investigación en Salud de la UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, <sup>(7)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, <sup>(8)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara

**Introducción:** El síndrome metabólico (SM) incluye hipertrigliceridemia, hipertensión, niveles disminuidos de colesterol HDL, obesidad central y resistencia a la insulina, los cuales representan factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. En artritis reumatoide (AR) se ha informado la prevalencia de SM hasta en 40% de los pacientes. Hasta la fecha pocos informes han identificado niveles de anticuerpos ACPAS: anti-CCP y anti-vimentina citrulinada mutada (anti-VCM) en AR con SM.

**Objetivo:** Investigar si pacientes con SM en AR tienen diferentes niveles de ACPAS (anti-CCP o anti-VCM) en comparación con pacientes con AR sin SM.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Se incluyeron AR con SM y sin SM. Se evaluaron características sociodemográficas y clínicas de la enfermedad. Determinación de anti-CCP y anti-VCM por ELISA. Comparación de variables con T de Student y  $\chi^2$ . Significancia  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se evaluó a 82 pacientes femeninos con AR, 30 con SM y 52 sin SM. Se observaron en individuos con SM niveles más elevados de anti-CCP (71.09 vs. 53.57,  $p=0.05$ ), y anti-VCM (167.88 vs. 87.51,  $p=0.03$ ); asimismo, en el puntaje de HAQ-Di (0.66 vs. 0.57,  $p=0.04$ ); en estadio radiológico 3-4 de Steinbrocker [18/23 (78.3%) vs. 9/36 (25%),  $p=0.04$ ] al compararlo con los pacientes sin SM. No hubo relación con edad, evolución de la enfermedad y puntaje DAS-28.

**Conclusiones:** Se observó que los pacientes con AR más SM tienen mayores títulos de ACPAS (anti-CCP y anti-VCM). Futuros estudios de seguimiento deben identificar si los pacientes con títulos más altos de estos autoanticuerpos tienen un riesgo mayor para desarrollar SM.

## Co82

### Factores relacionados con la funcionalidad de la mano en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR) temprana: efectos de la actividad de la enfermedad

Romero-Guzmán AK, Menchaca-Tapia V, Contreras-Yáñez I, Pascual-Ramos V

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Las deformidades de las manos son características de los pacientes con AR y comprometen su función (FM).

**Objetivos:** Evaluar la FM en esta cohorte, compararla con la de controles e identificar factores relacionados con deterioro.

**Métodos:** De febrero de 2014 a junio del 2015 se incluyó a 139 pacientes; se determinó la actividad de la enfermedad (DAS28), se aplicaron los cuestionarios validados MHQ y DASH y se midió la fuerza de tres pinzas y la de prensión. La FM se evaluó también en 32 controles pareados por edad y sexo. Se aplicó estadística descriptiva, apropiada a la distribución de las variables y modelos de regresión. Pacientes y controles firmaron consentimiento informado.

**Resultados:** Los sujetos fueron en su mayoría mujeres (89.2%) de edad media (44.1±31.1 años), con media de duración de la enfermedad de siete años; al momento de la evaluación, 91 pacientes tenían remisión, 16 baja actividad, 23 moderada y nueve individuos alta actividad. Los controles tuvieron mejor FM que los pacientes con (alta, moderada y baja) actividad; los sujetos en remisión presentaron similar FM que los controles salvo cuando ésta se evaluó por MHQ. La actividad se relacionó de manera consistente con pobre FM; otros factores relacionados fueron la edad, el sexo y la presencia de comorbilidad.

**Conclusiones:** Los pacientes con AR en remisión tuvieron una FM similar a la de los controles, excepto cuando ésta se evaluó por el cuestionario MHQ. La actividad de la enfermedad fue el factor más consistentemente relacionado con FM anormal.

### Co83

#### ¿Se subestima la enfermedad del tobillo en la artritis reumatoide? Resultados preliminares de un estudio multicéntrico de ultrasonido

Gutiérrez M<sup>(1)</sup>, Saldarriaga-Rivera LM<sup>(1)</sup>, Raffiner B<sup>(2)</sup>, Cazenave T<sup>(3)</sup>, Vreju F<sup>(4)</sup>, Innac N<sup>(5)</sup>, delle-Sedie A<sup>(6)</sup>, Pineda C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto Nacional de Rehabilitación, <sup>(2)</sup>Rheumatology Unit, Department of Medicine, Ospedale di Bolzano, Italy, <sup>(3)</sup>Instituto de Rehabilitación Psicosfísica, Buenos Aires, Argentina, <sup>(4)</sup>Rheumatology Department, University of Medicine and Pharmacy Craiova, Romania, <sup>(5)</sup>Rheumatology Department, Marmara University, Istanbul, Turkey, <sup>(6)</sup>Rheumatology Department, University of Pisa, Italy

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria y crónica con características sistémicas. La afección del tobillo es común en la AR. Se ha informado que más de 90% de los pacientes desarrolla síntomas en el tobillo en el curso de la enfermedad.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de enfermedad del tobillo subclínica evaluada por ecografía en pacientes con AR.

**Métodos:** Se incluyó a 216 pacientes con AR y se incluyó a 200 controles sanos. Para cada tobillo se evaluaron receso tibio-astragalino, tendón tibial anterior, tendón extensor del hálux, tendón extensor común de los dedos, tendón tibial posterior, tendón flexor común, tendón flexor del hálux, peroné largo y corto, tendón de Aquiles y fascia plantar. Se consideraron los siguientes hallazgos: sinovitis, tenosinovitis, bursitis, entesopatía y rotura. Se calculó el IMC, DAS28 y se obtuvieron resultados de VSG y PCR.

**Resultados:** Se estudiaron 432 tobillos con AR y 400 tobillos sanos. En 188 (87%) de los pacientes con AR hubo alteraciones en el tobillo, mientras que en el grupo control se encontraron en 57 (28.5%) ( $p=0.01$ ). La anomalía ecográfica más frecuente en los pacientes con AR fue tenosinovitis del tendón tibial posterior (69/216) (31.9%), seguido de tenosinovitis del peroné largo (58/216) (26.9%), sinovitis del receso tibio-astragalino (54/216) (25%), tenosinovitis del peroné corto (51/216) (23.6%), entesopatía del tendón Aquiles (41/216) (19%) y bursitis del tendón de Aquiles (22/216) (10.2%). No se halló una correlación significativa entre los resultados de ecografía con la edad, duración de la enfermedad, IMC, DAS28, VSG y PCR.

**Conclusiones:** El presente estudio proporciona evidencia sobre la prevalencia de afección de tobillo subclínica en pacientes con AR comparados con el grupo control.

### Co84

#### Prevalencia, tipo y gravedad de los trastornos temporomandibulares en pacientes con artritis reumatoide u osteoartritis

Porquillo-Salgado MA<sup>(1)</sup>, Espinosa-de Santillana IA<sup>(1)</sup>, Sánchez-Huerta JM<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, <sup>(2)</sup>Hospital Universitario de Puebla

**Introducción:** Los trastornos temporomandibulares (TTM) afectan a las articulaciones temporomandibulares y la musculatura masticatoria. Por lo regular se relacionan con afecciones articulares crónicas como artritis reumatoide (AR) y osteoartritis (OA).

**Objetivo:** Determinar la prevalencia, tipo y gravedad de los TTM en pacientes con artritis reumatoide u osteoartritis del Hospital Universitario de Puebla (HUP).

**Materiales y método:** Estudio observacional descriptivo. Después de su consentimiento informado, se incluyó a 74 pacientes: 54.1% con AR y 45.9% con OA diagnosticados por especialista (reumatólogo del HUP). Edad media de 58.1±11.8 años y 87.8% de mujeres. Previa capacitación, el investigador estableció el diagnóstico y tipo de TTM con los criterios v19 diagnósticos (CD/TTM) dentro del HUP. La gravedad de los TTM se calculó con el índice temporomandibular (ITM). Se calculó estadística descriptiva (programa SPSS).

**Resultados:** Los pacientes con AR presentaron media de diagnóstico en meses de 160.1±126.4 y los de OA con media de 58.7±66.2 meses. La prevalencia de TTM en AR fue del 97.5% y en OA del 100%. En los pacientes con AR, el 5% fue muscular, 27.5% articular y 65% combinado. En OA, el 11.8% fue muscular, el 17.6% articular y el 70.6% combinado. La gravedad del ITM fue mayor en articular en ambos grupos: AR de 0.50 y OA de 0.47.

**Conclusiones:** La prevalencia de TTM en los pacientes con AR y OA es alta; prácticamente la totalidad de ellos cursó con dicho padecimiento. El tipo más frecuente fue el combinado y la gravedad relacionada con el padecimiento fue moderada.

### Co85

#### Diferencias clínicas entre pacientes con artritis reumatoide de acuerdo con seropositividad de anticuerpos carbamilados

Eguía-Bernal M<sup>(1)</sup>, Vega-Morales D<sup>(1)</sup>, Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>, Esquivel-Valerio JA<sup>(1)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(1)</sup>, Salinas-Carmona MC<sup>(2)</sup>, Loredó-Alanis SA<sup>(1)</sup>, Negrete-López R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, <sup>(2)</sup>Departamento de Inmunología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** Existe una demanda de nuevos biomarcadores para estratificar a los pacientes con artritis reumatoide (AR) de acuerdo con los fenotipos de su enfermedad. En fecha reciente se ha descrito la prevalencia de anticuerpos anticarbamilados (anti-CarP) en pacientes con AR.

**Objetivo:** Determinar la delta de disminución de la escala de actividad de la enfermedad (DAS28-VSG) al año, según el estado de carbamilación, así como la tasa de remisión al año y dosis acumulada de fármacos en pacientes con AR establecida.

**Métodos:** Cohorte observacional de la consulta de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Se determinó DAS28-VSG basal y seguimiento a un año. Se utilizó estadística descriptiva y analítica.



**Resultados:** Se incluyó a 74 pacientes con AR establecida, 69 (92%) mujeres y media de edad de 49 años. Un total de 18 pacientes (25%) tenía anticuerpos anti-CarP positivos. No se encontró diferencia estadística entre la mediana de DAS28-VSG según positividad a anticuerpos anti-CarP (3.3 vs. 2.6;  $p=0.11$ ); delta de 0.51 vs. 0.19 puntos ( $p=0.6$ ). Dosis acumulada de prednisona mayor en grupo de positivos (3.6 vs. 2.1;  $p=0.04$ ).

**Conclusiones:** En pacientes con AR establecida en un seguimiento clínico, el estado de anticuerpos carbamilados no mostró diferencias clínicas aunque sí tendencias significativas y sólo se vio reflejada estadísticamente en mayor dosis acumulada de prednisona. Primera cohorte mexicana, que debe ampliarse para generar mayor conocimiento de la enfermedad.

**Co86**

**¿Es útil la determinación de los tres isotipos del factor reumatoide para mejorar la detección de artritis reumatoide? Una perspectiva del laboratorio clínico**

Garza-Alpírez A, Garza-Elizondo MA, Vega-Morales D, Skinner-Taylor CM, Treviño-Montes DO, Pérez-Barbosa L, Ramírez-Morales RJ, Mendiola-Jiménez A

*Servicio de Reumatología, Hospital Universitario*

**Introducción:** El diagnóstico de artritis reumatoide (AR) incluye la determinación de autoanticuerpos y su presencia representa 33% (2/6) a 50% (3/6) de los criterios del ACR/EULAR. La AR tiene tres isotipos, de los cuales IgM es el más utilizado.

**Objetivo:** Evaluar el desempeño de los isotipos del FR solos y en combinación con el antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP) en el diagnóstico de AR.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y analítico. Se seleccionaron todos los resultados del FR y CCP enviados al laboratorio de marzo de 2014 a marzo de 2015 con sospecha de artritis inflamatoria. Se estableció el diagnóstico final del expediente clínico y se clasificó a los pacientes. Los isotipos del FR se cuantificaron por ELISA con un valor de corte >20 y anti-CCP2 por ELISA con corte de >25 IU. Se realizó un análisis descriptivo de la seropositividad de acuerdo con las diferentes enfermedades. Después se efectuó un análisis de sensibilidad y especificidad con los AC solos y en diferentes combinaciones para el diagnóstico de AR.

**Resultados:** Se incluyó a 62 (44.3%) de pacientes con AR, 10 (7.1%) con SS, cinco (3.5%) con LEG y 52 (37.1%) con OA. Se describieron las frecuencias de los AC de acuerdo con las diferentes enfermedades. La sensibilidad y especificidad se muestran en la tabla 1.

**Conclusiones:** La combinación de los cuatro autoanticuerpos incrementó la sensibilidad para la detección de AR, aunque se observó una disminución de la especificidad de la prueba.

**Tabla 1.** Sensibilidad y especificidad de acuerdo con los anticuerpos y sus combinaciones para la detección de AR.

Prueba	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
IgG RF	49.4	89.7
Anti-CCP	49.4	96.2
IgA RF	54	90.6
IgM RF	62.1	90.6
IgA, IgG	65.1	83
CCP, IgA	66.3	86.8
CCP, IgG	67.4	84.9

CCP, IgM	68.6	86.8
IgM, IgA	69.8	83
IgM, IgA, IgG	76.7	77.4
IgM, IgA, IgG, CCP	81.4	73.6

**Co87**

**Factores relacionados con la elección del tratamiento inicial en pacientes con diagnóstico reciente de artritis reumatoide**

Vega-Morales D<sup>(1)</sup>, Wah-Suárez MI<sup>(2)</sup>, Treviño-Montes DO<sup>(1)</sup>, Arana-Guajardo AC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, <sup>(2)</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** Existen múltiples guías clínicas de tratamiento para los pacientes con AR. No se conocen las variables que definen cuál FARME utilizar y sus posibles combinaciones.

**Objetivo:** Determinar los factores relacionados con la elección de tratamiento en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de las consultas de pacientes con diagnóstico de AR de marzo de 2014 a marzo de 2015.

**Resultados:** Se revisaron 6 279 consultas de la cohorte de enfermedades reumáticas del Hospital Universitario; 854 (13.6%) fueron consultas de primera vez. Hasta 101 consultas tenían diagnóstico de primera vez de AR. La media de edad fue de 53.2 años (DE, 12.7), con 91 mujeres (90.1%). Presentaban una mediana de 12 meses (RIQ 42) del inicio de síntomas al diagnóstico. Un total de 67 tenía el FR positivo (66.3%) y 32 (31.7 %) los anti-CCP. Se informaron 77 pacientes con al menos una comorbilidad (76.2 %); 16 con DM (15.8%), 26 hipertensos (25.7%) y 13 hipotiroideos (12.9%). La mediana del DAS28 VSG fue de 2.37 (RIQ 2.01). En la tabla 1 se describen los diferentes tratamientos. La mediana de la edad en años de los pacientes que utilizaron sólo MTX fue de 59.5 (RIQ 21) contra MTX en combinación de 52 (RIQ 17) ( $p=0.028$ ). La presencia de al menos una comorbilidad guardó relación con el uso de metotrexato como monoterapia (35 vs. 12.5%;  $p=0.027$ ; RM, 3.78; IC 95%, 1.03-13.8). El resto de las variables no influyó en esta decisión.

**Conclusión:** La edad y la presencia de comorbilidades determinaron la decisión de usar MTX, solo o en combinación.

**Tabla 1.** Frecuencias del tratamiento en monoterapia o combinación.

	n	%
MTX solo o en combinación	86	85.1
MTX, monoterapia	30	29.7
LFN	10	9.9
MTX + LFN	7	6.9
HCQ	20	19.8
CQ	31	30.7
MTX + HCQ/CQ	48	47.5
SSZ	25	24.8
MTX + SSZ	20	19.8
AZA	1	1
PDN	61	60.4

Biológico	3	3
MTX en combinación	68	67.3

**Co88**

**Estudio de genes killer inmunoglobulin-like receptors 2DL2 y 2DS2 como marcadores genéticos en la respuesta al tratamiento con metotrexato en artritis reumatoide**

Velarde-de la Cruz EE<sup>(1)</sup>, Sánchez-Hernández PE<sup>(2)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(3)</sup>, Palafox-Sánchez CA<sup>(3)</sup>, Graciano-Machuca O<sup>(1)</sup>, García-Iglesias T<sup>(2)</sup>, Montoya-Buelna M<sup>(2)</sup>, Ramírez-Dueñas MG<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Doctorado en Ciencias Biomédicas, Orientación Inmunología, Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Inmunología, Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Instituto de Investigación de Ciencias Biomédicas, Departamento de Biología Molecular y Genómica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmunitaria, considerada como un síndrome heterogéneo que diferencia a cada individuo en la progresión de la enfermedad y respuesta al tratamiento con DMARD. De forma previa se describió la relación de genes KIR con AR, por lo que es posible que participen en dicha heterogeneidad.

**Objetivo:** Determinar las frecuencias de los genes *KIR2DSL2/2DS2* en fenotipos de AR y su respuesta al tratamiento.

**Materiales y métodos:** A 69 pacientes con diagnóstico de AR se les determinó el DAS28 (inicial, seis y 12 meses) y factor reumatoide (FR). Se tipificaron 16 genes *KIR* mediante PCR-SSP. Se clasificaron como respondedores y no respondedores a metotrexato (MTX). Se realizó el análisis estadístico por  $\chi^2$ , considerando una diferencia significativa de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** En los grupos de AR respondedores y no respondedores al tratamiento a MTX, las frecuencias génicas y genotípicas de *KIR* presentaron diferencias significativas. Los pacientes vírgenes a tratamiento, *KIR2DL2+* o *KIR2DS2+*, tres seis meses de tratamiento con MTX, mostraron un DAS28 disminuido. Aunque se observó un comportamiento similar en los pacientes *KIR2DL2-* y *KIR2DS2-*, el efecto es más notorio en los *KIR2DL2+* y *KIR2DS2+* ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** La disminución del DAS28 a los seis y 12 meses se relacionó con pacientes respondedores a MTX y con la presencia de genes o genotipo *KIR2DL2+/2DS2+*, lo que sugiere una posible remisión o una actividad baja de la AR.

**Co89**

**Elevación de aminotransferasas por dosis diaria de metotrexato en cohorte de pacientes con artritis reumatoide**

Martínez-Martínez MU, Rangel-Botello AN, Bazua-Gerez A, Cárdenas-Hernández AM, Domínguez-Salgado LA, Espinoza-Martínez JE, García-González HB, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

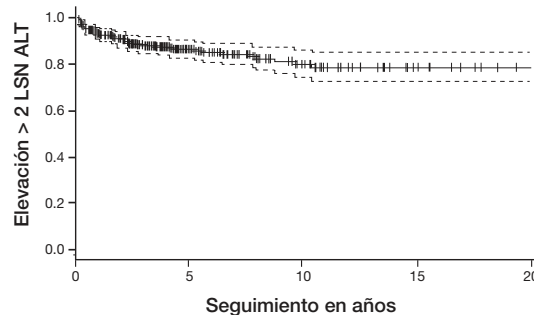
**Introducción:** De acuerdo con algunos autores, el metotrexato (MTX) regular se ha relacionado con mayor toxicidad, sin contar con estudios clínicos que lo ratifiquen. En este centro, el uso de MTX regular es la regla desde hace tres décadas. Se presenta el informe de una cohorte ambispectiva de pacientes con AR que se encuentran bajo tratamiento con metotrexato cotidiano y la frecuencia de elevación de enzimas hepáticas.

**Métodos:** Durante un mes se estudió a todos los pacientes que acudieron a consulta con diagnóstico de AR de acuerdo con criterios del ACR, además de consumo actual o previo de MTX. Se evaluó el expediente en forma retrospectiva y se registraron elevaciones de más de dos veces el valor normal de aminotransferasas (ALT) y factores demográficos. Se efectuó análisis no paramétrico y multivariado por regresión logística.

**Resultados:** Se incluyó a 395 pacientes con AR y consumo de MTX regular, 91.6% de mujeres, edad promedio de 51.1 años y 6.2 años de evolución de la AR. Los 395 tuvieron en promedio 4.3 años de uso de MTX, con dosis promedio de 13.3 mg/sem y dosis acumulada promedio de 3 g (máximo, 18.6 g). Hasta 52 pacientes (13.2%) desarrollaron elevación de la ALT >2 veces de LSN, lo que traduce 3.1 por 100 pacientes año (fig. 1). La curva de Kaplan-Meier muestra el seguimiento y el porcentaje de pacientes que desarrollaron la toxicidad hepática por MTX. En la búsqueda de factores relacionados con elevación de ALT no se encontró ninguno.

**Conclusiones:** En este seguimiento retrospectivo de más de 1 600 pacientes-año se demostró la seguridad a nivel hepático del MTX cotidiano.

Figura 1. Frecuencia de elevación > 2LSN ALT a lo largo del tiempo.



**Cogo**

**El dilema de la PPD en el escrutinio para seguimiento del tratamiento biológico (TBiol): contraste entre la lectura cutánea, anticuerpos antimicobacterium TB (AcTB) y otros parámetros**

Bañuelos-Ramírez DD

Consulta especializada en reumatología, HEP, Unidad Médica Alta Especialidad, IMSS, Puebla

**Introducción:** Los criterios para inclusión/eliminación de pacientes en esquemas de TBiol comprenden la realización de diversas pruebas de escrutinio para reducir al mínimo complicaciones y efectos deletéreos. Estas pruebas incluyen: panel viral, Rx de tórax y realización de PPD (reacción cutánea a tuberculina). El programa torre control II para la autorización institucional obliga a contar con estos resultados, pese a la pobre disponibilidad y variabilidad de la prueba.

**Objetivo:** Presentar y revisar los resultados y significados de la PPD solicitada en una cohorte en tratamiento y continuación de TBiol.

**Materiales y métodos:** Hasta 70 pacientes adultos con tratamiento biológico que para su seguimiento se sometieron a PPD en condiciones no homogéneas. Otorgaron consentimiento y la mayoría sufragó los costos. La PPD se realizó en cinco sitios diferentes acreditados y con certificación de sus procesos. Lectura positiva (>4 mm); se realizaron BAAR (expectoración y orina) y determinación de AcTB, más valoración de neumólogos e infectólogos.

**Resultados:** Un total de 12 pacientes tuvo informe de lectura positiva a la intradermorreacción; sin embargo, las determinaciones complementarias fueron negativas para TB activa en cualquier localización en todos, menos un paciente en quien se confirmó TB intestinal. Un paciente con TB cutánea había tenido todos los resultados negativos.

**Conclusiones:** Los falsos positivos son mayores que los falsos negativos en este estudio al valorar PPD; la variabilidad de unidades aplicadas, el reactivo, técnica y cuidados posteriores a la prueba pueden influir en los resultados. Ante falta de homogeneidad de las condiciones enunciadas, ¿cuál puede ser el valor real de la PPD además de la mera norma institucional/privada?

**C091**

**Experiencia con el uso de certolizumab pegol en artritis reumatoide: informe de 11 casos**

García-Cerda D, García-Valladares I, García-De La Torre I

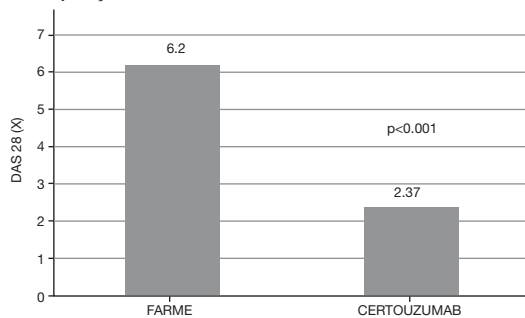
*Departamento de Inmunología y Reumatología, Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud, Jalisco, y Universidad de Guadalajara, Zapopan, Jalisco*

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, de causa desconocida y de naturaleza autoinmunitaria, que se caracteriza por producir inflamación en la membrana sinovial. En la actualidad, para el tratamiento inicial de este padecimiento, se utilizan los fármacos modificadores de la enfermedad (FARME). Cuando hay una respuesta inadecuada con estos medicamentos, se sugiere el uso de compuestos biológicos para tratar de inducir la remisión.

Uno de los biológicos más recientes es el certolizumab pegol (CZP), un fármaco anti-TNF formado por el fragmento Fab de un anticuerpo monoclonal murino humanizado, unido a polietilenglicol. En este trabajo se revisa la experiencia con el uso de este medicamento en 11 pacientes con diagnóstico de AR. Nueve sujetos eran mujeres y dos varones, con edad promedio de 52.8 años. Nueve pacientes se trataron de modo inicial con la combinación de metotrexato/hidroxicloroquina, y dos con leflunomida/hidroxicloroquina. Tres individuos habían recibido además otros biológicos con falta de respuesta. La respuesta clínica se evaluó con el DAS28. Al inicio del tratamiento, el DAS28 fue de  $4.42 \pm 8.38$  ( $X=6.20$ ). Después de la tercera dosis de CZP, la mayoría de los pacientes (10 de 11) mostró mejoría clínica significativa (fig. 1), con un DAS28 en promedio de 2.37 (intervalo, 1.4 - 5.6) ( $p < 0.0001$ ) (prueba U de Mann-Whitney). El CZP se ha tolerado bien y no se han observado episodios adversos graves.

**Discusión:** El CZP ha demostrado ser eficaz en este grupo de pacientes, ya que se ha logrado una disminución considerable de la actividad inflamatoria de la enfermedad, sin presentar episodios adversos de consideración.

**Figura 1.** DAS28 en 11 pacientes con artritis reumatoide al inicio del tratamiento con FARME y después de tres dosis de CZP.



**C092**

**Eficacia y seguridad del rituximab en pacientes con artritis reumatoide**

Santiago-Manzano ME, Rosales-Don Pablo VM, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Muñoz-López S, Guillén-Durán CA, Sandoval-Cabrera DV

*CMN 20 de Noviembre*

**Introducción:** El rituximab (RTX) representa una alternativa terapéutica para los pacientes con artritis reumatoide (AR) que no responden al tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME).

**Objetivo:** Evaluar eficacia y seguridad a largo plazo en la práctica diaria en pacientes con AR tratados con cursos repetidos de RTX, en relación con FARME sintéticos.

**Material y método:** Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico de pacientes con AR (ACR/EULAR 1987 o 2010) del 1 de enero de 2010 al 31 de diciembre de 2015. De este registro de pacientes se incluyó a aquellos que cumplían con cinco ciclos, tras evaluar parámetros clínicos, de laboratorio y seguridad. Se realizó estadística descriptiva e inferencial con T de Student y  $\chi^2$ .

**Resultados:** Se incluyó a 218 pacientes, de los cuales 60 cumplieron todos los criterios; de éstos, 96.67% correspondió a mujeres, con edad promedio de 60.4 años y tiempo de evolución promedio de 20.18 años. Se utilizó como primera línea en 51.6% y como segunda en 48.3%. Relacionados con metotrexato, 25%; leflunomida, 21.6%; tratamiento combinado, 18.3%, y triple esquema, 35%. La eficacia se mantuvo a través del tiempo medida por DAS 28 y CDAI. Los episodios adversos durante la infusión fueron prurito, hipotensión transitoria, hipotermia en 8.33% de los pacientes y se presentaron infecciones no graves en 21.66% de los pacientes y por oportunistas en 1.6%.

**Conclusiones:** El rituximab es un biológico bien tolerado a largo plazo, con un perfil de eficacia y seguridad que coincide con lo informado en las publicaciones médicas.

**C093**

**Efectos adversos en pacientes con artritis reumatoide bajo tratamiento con anti-TNF del Hospital de Especialidades 5 de Mayo, ISSSTEP**

Torres-Jiménez A, Holguín-Dorador IG, Rodríguez-Galán L

*Hospital de Especialidades 5 de Mayo, ISSSTEP*

**Introducción:** La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, crónica y autoinmunitaria. Una opción terapéutica son los fármacos biológicos, que consisten en anticuerpos monoclonales dirigidos a moléculas específicas como el factor de necrosis tumoral (anti-TNF). Los anti-TNF tienen como principal efecto adverso (EA) las infecciones.

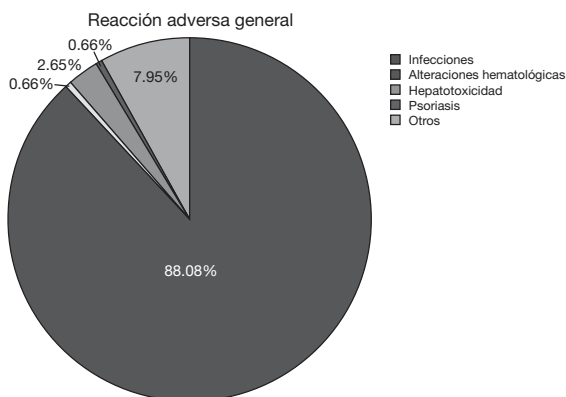
**Objetivo:** Conocer los EA de pacientes con artritis reumatoide tratados con anti-TNF.

**Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo-prospectivo y longitudinal en un periodo de 36 meses. Mediante aprobación del comité de enseñanza e investigación se incluyó a 398 pacientes y se excluyó a 43. Se realizaron cuestionarios y estudios de gabinete al inicio y cada seis meses. Se determinaron edad, tiempo de uso del biológico, comorbilidades y EA. Se dividieron en tres grupos: a) etanercept, b) adalimumab y c) infliximab, y éstos a su vez en tres subgrupos: 1) monoterapia, 2) con metotrexato y 3) con leflunomida.

**Resultados:** Las edades de los grupos A, B y C fueron de  $53.9 \pm 13.1$ ,  $53 \pm 14.7$  y  $53 \pm 8.8$  años, respectivamente. La principal comorbilidad fue la hipertensión arterial sistémica (64.2%). Los EA más frecuentes fueron: grupo A, infecciones (90%); grupo A1, infección de vías respiratorias altas (IVRA) (20%); grupo A2, abscesos dentarios (50.8%); grupo A3, infección de vías urinarias (76%); grupo B, infecciones (88%); grupo B1, IVRA (34.2%); grupo B2, IVRA (23.8%) y conjuntivitis (23.8%); grupo C2, transaminasemia (100%); el grupo C1 no presentó EA. El grupo A2 presentó psoriasis (5%). Tres pacientes (2%) requirieron hospitalización (dos del grupo A3 y 1 del grupo B2) (fig. 1).

**Conclusión:** Los EA más comunes fueron las infecciones y de éstas las IVRA, que respondieron de modo favorable al tratamiento.

**Figura 1.** Frecuencia de efectos adversos.



**Tabla 1.** Frecuencia de comorbilidades y efectos adversos de acuerdo al tipo de tratamiento.

	Número (%) Pacientes	Comor- bilidades	Tiempo de tratamiento con Anti-TNF (años)	Efectos adversos	Efecto ad- verso p (IC 95%)
<b>Etanercept</b>	<b>169 (47%)</b>	<b>69 (19%)</b>	<b>4.6±3.7</b>	<b>83 (49.4%)</b>	<b>0.921</b>
Monoterapia	73 (43%)	25 (34%)	6.1±2.9	35 (47%)	0.404
Metotrxate	72 (42%)	12 (16%)	3.3±4.1	34 (47%)	0.452
Leflunomida	24 (14%)	12 (50%)	4±3.7	0.14 (58%)	0.559
<b>Adalimumab</b>	<b>150 (42%)</b>	<b>36 (24%)</b>	<b>3.6±3</b>	<b>38 (25.3%)</b>	<b>0.094</b>
Monoterapia	90 (60%)	24 (26%)	3.6±3.3	22 (24%)	0.025
Metotrxate	60 (40%)	12 (20%)	3.6±2.6	16 (20%)	0.018
Leflunomida	0	0	0	0	0
<b>Infliximab</b>	<b>36 (10%)</b>	<b>6 (17%)</b>	<b>4.3±2.8</b>	<b>7 (19.49%)</b>	<b>0.009</b>
Monoterapia	16 (45%)	2 (12%)	4±2.8	3 (18%)	0.004
Metotrxate	20 (55%)	4 (20%)	4.6±2.9	4 (20%)	0.001
Leflunomida	0	0	0	0	0

**C094**

**Switch por obligación en el tratamiento biológico institucional. ¿Qué sucede y qué sucederá?**

Bañuelos-Ramírez DD

Reumatología, HEP, UMAE, IMSS, Puebla, México

**Introducción:** Existe el consenso de denominar *switch* de tratamiento biológico (STBiol) a la situación observada cuando un paciente que no responde a una terapéutica anti-TNF debe cambiarse a un compuesto alternativo. Otras indicaciones de cambio pueden ser la falla de la eficacia esperada, efectos secundarios, intervenciones quirúrgicas, y otras. En los últimos dos años, el STBiol tiene lugar en forma obligada en la medicina institucional.

**Objetivo:** Evaluar la situación clínica de pacientes objeto de STBiol en una UMAE.

**Material-métodos:** Se incluyó a 33 pacientes en tratamiento con anti-TNF original durante cuando menos dos años previos, que cambian a anti-TNF bioequivalente por ser el existente en la institución; de éstos se registran EVA, NAD, NAI, CF, PCR y VSG y evaluación global paciente-médico. Los individuos contaban con FARMES, AINE y dosis baja de prednisona que no tuvieron ninguna sustitución. El seguimiento registró otros aspectos cualitativos. El contraste para mostrar existencia o no de diferencias se efectúa con c2, prueba de McNemar y contraste de promedios; estadística descriptiva adicional.

**Resultados:** Se refirió respuesta pobre en las dos a seis semanas siguientes al cambio; la puntuación DAS 28 de actividad aumentó a los seis meses y el grado de satisfacción decreció. No hubo posibilidad de nuevo cambio por razones institucionales. De acuerdo con la estadística empleada, las diferencias pueden ser medianamente significativas.

**Conclusiones:** El STBiol es una situación real; desde el punto de vista de la academia, debe analizarse y convendría un enfoque y postura del COL-MEX-Reuma. La sustitución de fármacos sí muestra diferencias clínicas considerables.

**C095**

**Mortalidad hospitalaria de los pacientes con AR: experiencia de un hospital universitario, 1998-2014**

Valdés-Mancha AJ, Vega-Morales D, Esquivel-Valerio JA, Skinner-Taylor CM, Galarza-Delgado DA, Villarreal-Alarcón MA, Negrete-López R, Vázquez-Fuentes BR

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** Las causas de mortalidad hospitalaria en pacientes con artritis reumatoide están escasamente descritas.

**Objetivo:** Determinar los diagnósticos que producen mortalidad en pacientes con artritis reumatoide en un hospital universitario y evaluar la tendencia a través del tiempo.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y analítico de los diagnósticos de egreso del sistema de captura de egresos hospitalarios del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL, en Monterrey, Nuevo León. Según las claves diagnósticas de la artritis reumatoide del CIE-10, se recabaron los internamientos y egresos desde 1998 hasta 2014.

**Resultados:** Se presentaron 496 internamientos en el periodo evaluado. Hasta 383 pacientes eran del sexo femenino (82%) En la tabla 1 se registra la distribución por año. La incidencia acumulada de mortalidad fue de 24 (5.1%). La edad media al internamiento fue de 53 años (DE, 17) y la media de días de estancia hospitalaria fue de siete (DE, 7). En la tabla 2 se describen las causas registradas de las 24 defunciones.

**Conclusión:** Se encontró una mortalidad hospitalaria del 5.1% en 16 años de registros, sin observarse un predominio en años; es necesaria una comparación con otros nosocomios y otras enfermedades.

**Tabla 1.** Internamientos hospitalarios y mortalidad por año.

Año	Frecuencia	%	Defunciones	%
1998	6	1.3	0	0.00
1999	12	2.6	3	25.00
2000	22	4.7	0	0.00
2001	14	3	0	0.00
2002	17	3.6	0	0.00
2003	26	5.6	0	0.00
2004	33	7.1	1	3.03

2005	28	6	1	3.57
2006	27	5.8	0	0.00
2007	34	7.3	0	0.00
2008	40	8.6	2	5.00
2009	28	6	0	0.00
2010	24	5.1	7	29.17
2011	27	5.8	0	0.00
2012	31	6.6	2	6.45
2013	41	8.8	6	14.63
2014	40	8.6	2	5.00
2015	17	3.6	0	0.00
Total	467	100	24	5.14

**Tabla 2.** Diagnósticos por causa de muerte.

Sepsis por gramnegativos	6
Arritmia cardiaca	1
Secuencia de enfermedad cerebrovascular	2
Enfermedad pulmonar intersticial	1
Insuficiencia respiratoria	7
Choque cardiogénico	1
Causa desconocida	4
Luxación de columna cervical	2
Total	24

**C096**

**Primer estudio de certolizumab pegol en combinación con metotrexato en pacientes con artritis reumatoide temprana, no tratados antes con FAME que condujo a respuesta clínica sostenida e inhibición de la progresión radiográfica a las 52 semanas: C-EARLY, estudio de fase 3, aleatorizado, doble ciego y controlado**

Emery P<sup>(1)</sup>, Bingham C<sup>(2)</sup>, Bykerk V<sup>(3)</sup>, van der Heijde D<sup>(4)</sup>, La Villa G<sup>(5)</sup>, Moreno A<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Universidad de Leeds, UK, <sup>(2)</sup>Universidad Johns Hopkins, USA, <sup>(3)</sup>Hospital para Cirugía Especial, Nueva York, USA, <sup>(4)</sup>Centro Médico Leiden, Holanda, <sup>(5)</sup>UCB, México

**Objetivo:** Evaluar la eficacia y seguridad de CZP+MTX contra PBO+MTX en la inducción y el mantenimiento de una respuesta clínica sostenida e inhibir el daño radiográfico en pacientes con AR grave, activa, progresiva y no tratados antes con FAME.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, doble ciego, aleatorizado (NCT01519791) en el que se eligió a pacientes sin tratamiento previo con FAME y con artritis reumatoide grave, activa, progresiva y con factores de mal pronóstico. Se aleatorizó a 660 pacientes al grupo CZP+MTX y 219 al PBO+MTX. Las características basales fueron equivalentes entre ambos grupos. El punto primario de eficacia era la proporción de pacientes en remisión sostenida (DAS28(VSG) <2.6) y en baja actividad de la enfermedad (DAS28(VSG) <3.2) en las semanas 40 y 52. **Conclusiones:** Se muestra que los pacientes del grupo CZP+MTX en comparación con MTX+Placebo (MTX en dosis óptimas) tuvieron mayor proporción de remisión sostenida y baja actividad de la enfermedad; mejoría más notoria en signos y síntomas de AR, incluida la función física, y mayor inhibición del daño estructural. El perfil de

seguridad de CZP fue aceptable sin datos diferentes a los ya conocidos. La incidencia de infecciones graves fue similar entre ambos grupos y el perfil de CZP+MTX está en línea con el de los demás anti-TNF.

**C097**

**Velocidad de la marcha y su relación con la discapacidad en la artritis reumatoide**

Ramírez-Villafañá M<sup>(1)</sup>, Vásquez-Villegas ML<sup>(2)</sup>, Flores-Chávez A<sup>(3)</sup>, Fajardo Robledo NS<sup>(4)</sup>, Huerta-Viera M<sup>(5)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(6)</sup>, Gámez-Nava J<sup>(7)</sup>, González-López L<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS; Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(2)</sup>Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, UDG; Unidad Médica Familiar 4, IMSS, <sup>(3)</sup>Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad de Colima; Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(4)</sup>Programa de Estancia Posdoctoral CONACYT-Universidad de Colima, <sup>(5)</sup>Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(6)</sup>División de Investigación en Salud de la UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS; Guadalajara, Jal, <sup>(7)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(8)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) puede llevar a un deterioro de la capacidad funcional y rendimiento físico, importantes contribuyentes de comorbilidades. La velocidad de la marcha habitual a 6 m (VM) es una medición indirecta de la función osteomuscular.

**Objetivo:** Evaluar la relación de la velocidad de la marcha con variables clínicas en AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal, que incluyó a 44 mujeres con AR; se excluyó a pacientes con prótesis, artrosis grave, proceso inflamatorio de rodilla, caderas o tobillo. Se evaluaron evolución de la enfermedad, puntaje DAS-28 y HAQ-Di, escalas análogo-visuales (dolor, rigidez y actividad), reactantes de fase aguda y fuerza prensil (dinamometría). Composición corporal mediante DXA y rendimiento físico mediante VM (6 m/tiempo).

**Resultados:** VM promedio de 0.73±0.3 m/seg y se consideró al 77.3% de AR con bajo rendimiento. Se observó que a menor VM, mayor edad ( $r=-0.43$ ;  $p=0.004$ ), DMO de antebrazo ( $r=-0.38$ ;  $p=0.01$ ), índice de Framingham ( $r=-0.33$ ;  $p=0.03$ ), escala análoga visual de rigidez ( $r=-0.31$ ;  $p=0.04$ ) y articulaciones dolorosas ( $r=-0.33$ ;  $p=0.04$ ) y, a mayor VM mayor fuerza prensil ( $r=0.48$ ;  $p=0.004$ ) y DMO de cadera ( $r=0.38$ ;  $p=0.01$ ). En la comparación entre pacientes con y sin rendimiento bajo se observó una fuerza muscular disminuida y un puntaje HAQ-DI y DAS-28 elevado en el grupo con bajo rendimiento; se halló así mayor prevalencia de discapacidad (52.9% vs. 10%) y actividad (67.6% vs. 20%), respectivamente.

**Conclusiones:** La VM se relaciona con mayor discapacidad y actividad en AR. Por su fácil aplicabilidad, futuros estudios deberán evaluar su efecto en el pronóstico funcional de AR.

**C098**

**Relación entre discapacidad funcional con factores epidemiológicos y clínicos en mujeres con artritis reumatoide**

Hernández-Cuervo P<sup>(1)</sup>, Rodríguez-Jiménez NA<sup>(2)</sup>, Contreras-Haro B<sup>(3)</sup>, Celis-de la Rosa A<sup>(4)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(5)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(3)</sup>, Vera-Navarrete EY<sup>(2)</sup>, González-López L<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara (CUCS, UDG). Unidad de Investigación

en *Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS*, <sup>(2)</sup>*Doctorado en Farmacología (CUCS, UDG)*, <sup>(3)</sup>*Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS (HE, CMNO, IMSS)*, <sup>(4)</sup>*División de Disciplinas para el Desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud (CUCS, UDG)*, <sup>(5)</sup>*División de Investigación en Salud HE, CMNO, IMSS*, <sup>(6)</sup>*Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS*

**Introducción:** Una elevada frecuencia de discapacidad funcional (DF) se observa en la artritis reumatoide (AR) de larga evolución en relación con mayor gravedad de la enfermedad, retardo o respuesta insuficiente al tratamiento. Factores epidemiológicos pueden contribuir a la DF, aunque los tamaños de muestra son limitados con frecuencia para identificar estos factores.

**Objetivo:** Identificar la relación entre variables epidemiológicas y DF en mujeres con AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal que incluyó a 366 mujeres con AR (ACR1987). Se evaluaron variables epidemiológicas y clínicas: tiempo de evolución de la enfermedad, DAS-28 y HAQ-Di, factor reumatoide (FR) y proteína C reactiva (PCR). Análisis estadístico: análisis bivariado (T de Student para comparar medias,  $\chi^2$  para comparar proporciones), y regresión múltiple para identificar el peso de factores epidemiológicos y clínicos en la DF.

**Resultados:** El promedio de edad fue de 56±11 años, con tiempo de evolución de la enfermedad de 12±10 años, puntaje DAS-28 de 4.1±1.5, HAQ-DI de 0.61±0.58, FR de 135.3±344.1 UI/ml y PCR de 18.9±28.3 mg/L. HAQ-Di 1 se observó en el 77.6%. En el análisis de regresión múltiple ajustado por edad, tiempo de evolución e IMC se observó una relación entre el deterioro en HAQ-Di, con mayor actividad de AR por DAS-28 ( $p<0.001$ ); EVA, rigidez y actividad ( $p<0.001$ ); niveles elevados de PCR ( $p=0.01$ ); menores niveles de VSG ( $p=0.002$ ); mayores síntomas de depresión ( $p=0.004$ ) y sedentarismo ( $p=0.001$ ).

**Conclusiones:** El deterioro funcional en AR se ve influido por factores clínicos y epidemiológicos como sedentarismo y comorbilidades, en particular depresión. Estos factores deben tomarse en cuenta como medidas del tratamiento y control de la actividad de la enfermedad.

## C099

### Fracaso en la evaluación del fenómeno de inercia clínica debido a deficiencias en las notas médicas según NOM-004 y clinimetría durante el proceso de atención de pacientes con artritis reumatoide

Castillo-Ortiz JD<sup>(1)</sup>, Garagarza-Mariscal H<sup>(1)</sup>, Ramírez-Gómez A<sup>(1)</sup>, Barajas-Ochoa Z<sup>(1)</sup>, Valdivia-Nuno JJ<sup>(1)</sup>, Mora-Saucedo D<sup>(1)</sup>, Brambila-Barba V<sup>(1)</sup>, Ramos-Remus C<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>*Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico Degenerativas*, <sup>(2)</sup>*Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico Degenerativas y Coordinación de Investigación Clínica Universitaria, Universidad Autónoma de Guadalajara*

**Introducción:** La inercia clínica (IC) es el fenómeno de no tomar acciones terapéuticas a pesar de identificar comorbilidades o cambios en el estado de una enfermedad.

**Objetivo:** Evaluar la IC en la atención de pacientes con AR por reumatólogos en un centro de alta especialidad del sector público. La IC se estableció cuando no hubo acción terapéutica a pesar de nuevas comorbilidades o cambios en la actividad de AR.

**Métodos:** Se analizaron tres notas médicas previas de pacientes con AR atendidos durante junio del 2015 a través de una guía diseñada *ex profeso* según lineamientos de la NOM-004, índices de actividad de AR (CDA, SDAI, DAS-28) y cambios en el tratamiento de acuerdo con el estado de la enfermedad o comorbilidades. Se cegaron y codificaron los

datos de identificación del paciente y médico responsable. Se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se auditaron 597 notas de 199 pacientes; la duración promedio de la AR fue de 18±11 años. Sólo el 3% de las notas tenía los requerimientos mínimos según la NOM-004 y 11% notificó datos para evaluación del estado de la AR. La deficiencia de las notas médicas impidió analizar el fenómeno de IC.

**Conclusiones:** Éste es un estudio fallido debido a la pobre información de las notas médicas según normativas legales y estándares internacionales de evaluación de la enfermedad. Al parecer, los reumatólogos tratantes tuvieron poca atención para cumplir la parte administrativa-legal del proceso de atención médica.

## C100

### Respuesta temprana como predictor de remisión a largo plazo en pacientes con artritis reumatoide grave, activa, progresiva y sin tratamiento previo con FAME tratados con certolizumab pegol en combinación con metotrexato

Weinblatt M<sup>(1)</sup>, Furst D<sup>(2)</sup>, Mariette X<sup>(3)</sup>, La Villa G<sup>(4)</sup>, Moreno A<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>*Hospital Brigham & Women's, USA*, <sup>(2)</sup>*Universidad de California, USA*, <sup>(3)</sup>*Universidad de París, Francia*, <sup>(4)</sup>*UCB México*

**Objetivos:** Examinar la relación entre la respuesta a certolizumab pegol más metotrexato (CZP+MTX) en la población del estudio C-EARLY para observar la mejoría o falta de ella a partir de la determinación basal con DAS28 (VSG) en la semana 12° y su correlación con remisión en la semana 52°.

**Métodos:** Se incluyó a pacientes sin tratamiento previo con FAME y que tuvieran artritis reumatoide activa, grave y progresiva, con menos de un año a partir de la fecha del diagnóstico hasta el momento de la inclusión al estudio, y que cumplieran con los criterios ACR/EULAR. Se aleatorizó a 879 pacientes, 3:1 a CZP (400 mg en las semanas 0, 2 y 4, y después 200 mg cada dos semanas hasta la semana 52° más MTX [ $n=660$ ]) o placebo+MTX cada dos semanas ( $n=219$ ). El MTX se inició a dosis de 10 mg/sem y se incrementó hasta 25 mg/sem en la semana 8°. Se optimizó la dosis con el máximo tolerado por paciente y dicha dosis se mantuvo hasta la semana 52°. Los análisis de predictibilidad consistieron en la posibilidad de alcanzar remisión en la semana 52° después de haber observado respuesta en la semana 12°.

**Resultados:** En la semana 52°, el 42.6% de pacientes de CZP+MTX en comparación con el 26.8% de pacientes con PBO+MTX alcanzó la remisión (DAS28 [VSG]<2.6).

**Conclusión:** Los pacientes sin tratamiento con FAME previo, con artritis reumatoide activa, grave y progresiva que no alcanzaron mejoría en cuanto a DAS28 (VSG) en la semana 12° de tratamiento con CZP+MTX tuvieron muy pocas posibilidades de alcanzar la remisión en la semana 52°. Estos hallazgos son consistentes con informes previos.

## C101

### Información en internet sobre pacientes con artritis reumatoide (AR)

Castillo-Ortiz JD<sup>(1)</sup>, Valdivia-Nuno JJ<sup>(1)</sup>, Gallegos-Ríos C<sup>(1)</sup>, Ramírez-Gómez A<sup>(1)</sup>, Mora-Saucedo D<sup>(1)</sup>, Garagarza-Mariscal H<sup>(1)</sup>, Flores-Hernández G<sup>(1)</sup>, Ramos-Remus C<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>*Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico Degenerativas*, <sup>(2)</sup>*Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico Degenerativas y Coordinación de Investigación Universitaria, Universidad Autónoma de Guadalajara*

**Introducción:** La educación es un determinante mayor de salud y uno de los predictores independientes de desenlace en AR. El uso de internet por pacientes ha crecido en forma exponencial en la última década.

**Objetivo:** Evaluar las características de la información disponible en internet en relación con la AR.

**Métodos:** Se buscó en Google la frase artritis reumatoide. Se evaluaron los resultados de las primeras 30 páginas de acuerdo con un formato diseñado *ex profeso* (relevancia, autoría, tipo de publicación e interés financiero); la extracción de datos se realizó por médicos pasantes y la evaluación se efectuó por consenso.

**Resultados:** Se obtuvieron 323 *hits*, pero sólo 63% fue relevante; 80% de éstos correspondió a sitios de información (71% revisaba de modo exclusivo AR, 44% tratamiento convencional y 12% terapéuticas alternativas). Un 12.5% tenía interés financiero. En el área de autoría, el 60% se creó por organizaciones no lucrativas y 6% por universidades y asociaciones; las únicas mexicanas fueron: Universidad Autónoma de Guadalajara en la posición 42°, Universidad Autónoma de Nuevo León en la 112° y el Colegio Mexicano de Reumatología en la 118°; en realidad, las asociaciones extranjeras se posicionan mejor en español (*Arthritis Foundation* en la posición 4°, Sociedad Española de Reumatología en la 9° y *American College of Rheumatology* en la 10°).

**Conclusión:** Existe riesgo de desinformación para los pacientes con AR que utilizan la web. Se identifica además la oportunidad para instituciones académicas y centros de reumatología de tener una mayor participación social en la educación del paciente.

C102

**Validación del cuestionario MISS (puntaje de gravedad de la intolerancia al metotrexato) en pacientes con artritis reumatoide**

Rangel-Botello AN, Martínez-Martínez MU, Bazua-Gerez A, Cárdenas-Hernández AM, Domínguez-Salgado LA, Espinoza-Martínez JE, García-González HB, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Introducción:** Para poder aplicar un cuestionario es necesario comprobar sus mediciones adecuadamente y que éstas se mantengan constantes o sean consistentes en las mismas circunstancias en tiempos diferentes. Los episodios adversos gastrointestinales en consumidores de metotrexato son frecuentes. El cuestionario MISS se validó con anterioridad para evaluar la intolerancia gástrica con dosis semanales de MTX en pacientes con artritis idiopática juvenil y en adultos con AR, pero sólo en inglés.

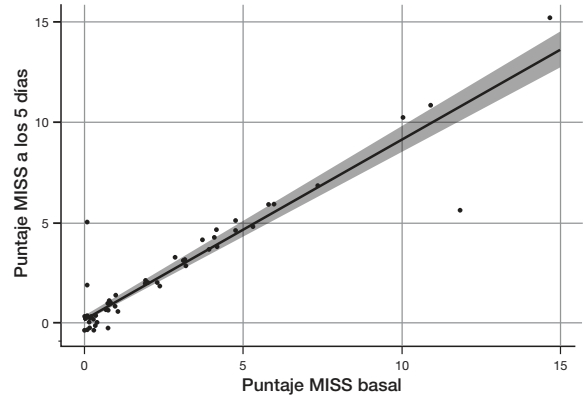
**Objetivo:** Validar el cuestionario MISS con dosis cotidianas de MTX en pacientes mexicanos con artritis reumatoide.

**Métodos:** La validación se realizó en 80 pacientes con AR. Se realizó traducción-retrotraducción por personas bilingües, la revisaron dos evaluadores y se usó en estudio piloto. Los cuestionarios incluyeron dominios relacionados con la intolerancia gástrica, además de síntomas conductuales. Se aplicaron los cuestionarios en la visita basal y a los cinco días. La validación interna se realizó mediante la consistencia interna alpha de Chonbach y la estabilidad del cuestionario con el coeficiente de correlación interclase (CCI).

**Resultados:** Se aplicó el cuestionario a 85 pacientes; la mayoría tuvo un puntaje MISS < 5 en la evaluación basal y a los cinco días, como se puede observar en la figura 1. La consistencia interna fue aceptable con un alpha de Cronbach de 0.7668. La estabilidad del cuestionario fue buena con un CCI de 0.95 (IC 95%, 0.92-0.97;  $p < 0.0001$ ).

**Conclusión:** El cuestionario MISS es una herramienta apropiada para determinar la intolerancia gástrica en esta población.

Figura 1. Puntaje MISS basal y a los 5 días.



C103

**Factores relacionados con tolerancia gastrointestinal con dosis habituales de metotrexato en pacientes con artritis reumatoide**

Rangel-Botello AN, Martínez-Martínez MU, González-Rivera ON, Hernández-de la Cruz GG, Magaña-Ávila GR, Martínez-Rojas MA, Moctezuma-Dávila M, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Introducción:** El metotrexato (MTX) es la piedra angular del tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Los episodios adversos gastrointestinales (GI) son comunes (45 a 60%) con dosis semanales.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia de intolerancia al MTX y sus factores relacionados en pacientes con AR que reciben dosis regular de MTX.

**Métodos:** Aplicación del cuestionario del puntaje de gravedad de intolerancia gástrica al metotrexato (MISS) a pacientes con AR, previamente validado. El MISS se conforma con cuatro dominios: dolor abdominal, náusea, vómito y síntomas conductuales. La intolerancia al MTX se definió con  $\geq 6$  puntos. Se determinó la frecuencia de síntomas individuales e intolerancia a MTX de acuerdo con el puntaje. La intolerancia al MTX se comparó con otras variables, con la prueba de Fisher y  $\chi^2$ ; las variables continuas con análisis paramétrico o no paramétrico según correspondiera. Se realizó un modelo de regresión logística de intolerancia al MTX con variables relevantes.

**Resultados:** De 395 pacientes con AR no seleccionados, 362 (91.6) fueron mujeres, con  $74.5 \pm 87.9$  meses (media) de evolución de AR; 142 (47.9%) tuvieron algún episodios adverso GI: intolerancia de 9.4% con  $p < 0.0001$  (tabla 1). En análisis bivariado para relación con intolerancia al MTX, sin significancia estadística. Al utilizar corte  $\geq 3$  en el puntaje MISS en análisis bivariado, sólo el uso de cloroquina se relacionó con la intolerancia gástrica.

**Discusión:** La frecuencia de episodios adversos GI en este estudio es similar a la descrita en estudios previos. La frecuencia de intolerancia GI a MTX en dosis habituales fue menor al compararse con diversos estudios anteriores con dosis semanal (11%) y no hubo relación con otros factores.

Tabla 1. Frecuencia de episodios adversos.

	Todos los pacientes	Tolerantes al MTX	Intolerantes al MTX
Intolerancia gástrica, punto de corte $\geq 6$	31 (9.4)	0 (0)	31 (9.4)
Dolor abdominal	78 (23.6)	51 (17.1)	27 (87.1)
Náusea	62 (18.8)	40 (13.4)	22 (71)

Vómito	15 (4.5)	4 (1.3)	11 (35.5)
Síntomas conductuales	90 (27.3)	62 (20.7)	28 (90.3)

Los valores son números (%) de pacientes.

### C104

#### Enfermedad pulmonar intersticial en artritis reumatoide de inicio reciente

Zaragoza-Valdez D<sup>(1)</sup>, González-Díaz V<sup>(1)</sup>, Figueroa-Sánchez M<sup>(2)</sup>, Ortiz-Peregrina R<sup>(3)</sup>, Tejeda-Andrade JC<sup>(2)</sup>, Cerpa-Cruz S<sup>(1)</sup>, Gutiérrez-Ureña S<sup>(1)</sup>, Martínez-Bonilla G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(2)</sup>Departamento de Radiología e Imagen del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(3)</sup>Departamento de Neumología y Fisiología Pulmonar del Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) tiene manifestaciones extraarticulares, incluida la enfermedad pulmonar intersticial (ILD), con una frecuencia notificada en estudios de 1 a 58%. La difusión de monóxido de carbono (DLCO) parece ser el parámetro más sensible; la tomografía de alta resolución (TACAR) ha demostrado alta sensibilidad y puede no relacionarse con la clínica, radiografías o pruebas de función pulmonar. Se desconoce esta afectación en pacientes al inicio de la enfermedad.

**Objetivo:** Evaluar la enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con AR de reciente inicio para detección de ILD subclínica.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal. Pacientes con diagnóstico de AR según criterios ACR 2010, <3 años de inicio de los síntomas, sin incluir diagnóstico previo de ILD, sobreposición con otra enfermedad autoinmunitaria, neoplasia, radioterapia o quimioterapia, embarazo, enfermedad pulmonar, exposición ambiental a silicón y asbesto; se registraron datos clínicos, demográficos, estudios de laboratorio; TACAR, DLCO, Rx PA tórax y DAS28-VSG.

**Resultados:** Estudio piloto de 28 pacientes, 93% mujeres, promedio de edad de 39.6 años (17-58), con duración promedio de inicio de enfermedad de 20 meses (5.5-34 meses); 24/25 (96%) FR(+); 22/26 (84.6%) ACCP(+); ningún paciente con manifestaciones extraarticulares; actividad moderada de 3.05 (DAS28-VSG); 8/15 espirometrías alteradas (cinco con patrón restrictivo, dos con obstructivo, uno con mixto); 2/15 (13.3%), DLCO con disminución de la difusión; TACAR, 9/25 (36%) alteradas (todas con afectación menor al 25%).

**Conclusiones:** Los resultados preliminares en esta población muestran que 36% y 13.3% tienen TACAR y DLCO alterados, respectivamente, lo que sugiere que los pacientes con AR pueden presentar afectación pulmonar desde el inicio de su enfermedad.

### C105

#### Comparación de inicio del tratamiento con estatinas según ATP-III, guías ACC/AHA y presencia de placa carotídea por ultrasonido en pacientes con artritis reumatoide

Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>, Colunga-Pedraza IJ<sup>(1)</sup>, Azpiri-López JR<sup>(2)</sup>, Elizondo G<sup>(3)</sup>, García-Colunga J<sup>(3)</sup>, Vera-Pineda R<sup>(4)</sup>, Cárdenas-de La Garza JA<sup>(5)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Servicio de Reumatología, Hospital Universitario, UANL, <sup>(2)</sup>Departamento de Medicina Interna, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario, UANL, <sup>(3)</sup>Departamento de Radiología e Imagen, Hospital Universitario, UANL, <sup>(4)</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario, UANL, <sup>(5)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario, UANL

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular aterosclerótica es la principal causa de muerte en pacientes con artritis reumatoide (AR). Las guías del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón (ACC/AHA) 2013 difieren respecto de las del ATP-III (*Adult Treatment Panel-III*). La presencia ultrasonográfica de placa carotídea (PC) constituye una indicación para iniciar tratamiento con estatinas.

**Objetivo:** Comparar la indicación de inicio de estatinas según las guías ACC/AHA 2013, ATP-III y la presencia ultrasonográfica de PC.

**Metodología:** Estudio transversal y comparativo con reclutamiento prospectivo. Se incluyó a pacientes con AR, de 40 a 70 años, sin tratamiento previo con estatinas, que cumplieran criterios de clasificación ACR 1987 o ACR/EULAR 2010. Se excluyeron los síndromes de sobreposición, enfermedad cardiovascular previa, dislipidemia previa y embarazo. Se multiplicó por 1.5, según las recomendaciones EULAR 2010.

**Resultados:** Se incluyó a 62 pacientes (tabla 1). Se recomendó iniciar tratamiento con estatinas por ATP-III en ocho pacientes (12.9%); ACC/AHA 2013 en 24 (37.1%) y por presencia ultrasonográfica de PC en 28 (45.2%). La prueba de McNemar reveló diferencia entre presencia de PC y guías ATP-III ( $p < 0.001$ ), así como entre guías ACC/AHA 2013 y ATP-III ( $p < 0.001$ ). No se encontró diferencia entre presencia ultrasonográfica de PC y guías ACC/AHA 2013 ( $p = 0.332$ ).

**Conclusión:** En esta cohorte se demostró variación entre las diferentes guías y la detección de PC. No se encontró diferencia entre las guías ACC/AHA 2013 y la presencia de PC. Las guías ACC/AHA 2013 podrían representar una mejor opción para el control del riesgo cardiovascular en pacientes con AR.

Tabla 1. Características demográficas.

Edad; media ± DE	56.40 ± 9.74
Mujeres; n (%)	55 (88.7)
Duración de la enfermedad; media ± DE	11.46 ± 9.73
Tratamiento antihipertensivo; n (%)	22 (35.5)
Antecedente familiar de enfermedad coronaria; n (%)	6 (9.7)
Tabaquismo; n (%)	16 (25.8)
Positividad de anticuerpo antipeptido cíclico citrulinado o factor reumatoide; n (%)	45 (72.6)
Índice de masa corporal; media ± DE	28.63 ± 5.57
Presión arterial sistólica (mmHg); mediana (Q1-Q3)	120 (116.75-135.25)
Presión arterial diastólica (mmHg); media ± DE	78.65 ± 13.89
Remisión por DAS28-VSG; n (%)	33 (53.2)
Colesterol LDL (mg/dl); media ± DE	105.41 ± 9.74
Colesterol HDL (mg/dl); media ± DE	55.17 ± 9.74
Riesgo cardiovascular a 10 años por la escala de riesgo de Framingham de lípidos; mediana (Q1-Q3)	7.86 (4.70-14.06)
Riesgo cardiovascular a 10 años por la ecuación ACC/AHA 2013; mediana (Q1-Q3)	4.00 (1.60-12.91)
Recomendación de tratamiento por las guías ATP-III; n (%)	8 (12.9)
Recomendación de tratamiento por las guías ACC/AHA 2013; n (%)	23 (37.1)
Placa carotídea; n (%)	28 (45.2)
	n = 62

### C106

#### Uso de abatacept como primer biológico en pacientes con artritis reumatoide

Sandoval-Cabrera DV, Muñoz-López S, Irazoque-Palazuelos F



Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

**Introducción:** El abatacept bloquea al receptor CD28, señal coestimuladora para la activación completa del linfocito T. Está indicado en el tratamiento de artritis reumatoide (AR) moderada a grave con respuesta inadecuada a tratamiento previo con uno o más FARME no biológicos o un anti-TNF- $\alpha$ .

Se presenta una cohorte de pacientes con AR *náïve* para tratamiento biológico, en los cuales se decidió por aspectos de seguridad utilizar abatacept.

**Resultados:** Participaron 16 mujeres, con edad media de 43.9 años y media de enfermedad de 4.7 años. Hasta 11 individuos (69%) tenían metotrexato con dosis media de 15 mg/sem y cinco (31%) prednisona a dosis media de 9.3 mg/día. FR positivo en 15 casos (93.8%), anti-CCP positivo en 15 (93.8%). Valor medio de VSG al inicio de abatacept: 35.8 mm/h y PCR de 5.1 mg/dl. DAS-28 al inicio de abatacept con valor medio de 5.36 (DE, 0.67); a seis meses de tratamiento disminuyó a 1.92 (DE, 0.74) y al año a 1.63 (DE, 0.41). La reducción de valores medios de DAS-28 entre el valor basal y a seis meses fue de 3.44 (IC 95%, 2.86-4.01;  $p=0.000$ ), al año de 3.73 (IC 95%, 3.29-4.17;  $p=0.000$ ). No hubo diferencia significativa en la reducción de valores medios DAS-28 entre los pacientes que recibieron monoterapia con abatacept 3.78 (DE, 0.81) y los que tuvieron combinación con metotrexato (3.78 vs. 3.71;  $p=0.55$ ). Episodios adversos: tres casos (19%) con infecciones respiratorias y un caso (6%) con infección urinaria.

**Conclusiones:** El abatacept en monoterapia o combinado con metotrexato es alternativa en la AR moderada a grave. A pesar del número pequeño de pacientes se observó una respuesta adecuada y baja frecuencia de episodios adversos.

### C107

#### Miocarditis en artritis reumatoide: ¿manifestación extraarticular o miocardiotoxicidad por rituximab?

Aguilar-Manuel MX, Mota-Mondragón BA, Rebollo-Hurtado V, Rodríguez-Somarriba ME, Muñoz-Monroy OE

Hospital Central Militar

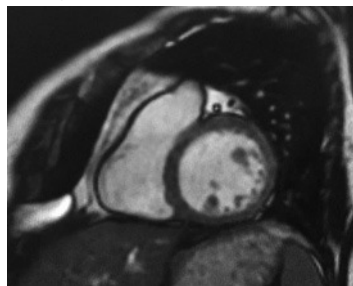
**Introducción:** La miocarditis en la artritis reumatoide (AR) puede ser granulomatosa o intersticial, es poco frecuente, se relaciona con la enfermedad articular activa y otras manifestaciones extraarticulares.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 50 años con antecedentes de AR de 15 años, tratamiento previo con fármacos modificadores de enfermedad reumática, inhibidores de factor de necrosis tumoral y rituximab durante siete años. En el 2014 inició con datos de proteinuria subnefrótica, disnea y edema generalizado. Se realizó ecocardiograma que notificó fracción de expulsión de 31% para el ventrículo izquierdo y 32% para el derecho, hipocinesia global, disfunción sistólica y diastólica moderada. Debido al contexto de artritis reumatoide, proteinuria subnefrótica e insuficiencia cardiaca se sospechó amiloidosis secundaria y se realizó resonancia magnética de corazón que indicó miocarditis aguda con fibrosis lineal en mesocardio y epicardio de la pared inferolateral del ventrículo izquierdo, sin datos de derrame pericárdico (fig. 1). Se inició tratamiento para la insuficiencia cardiaca, se suspendió el rituximab y se continuó tratamiento de mantenimiento con leflunomida hasta que mejoró su función ventricular.

**Discusión:** La miocarditis puede ocurrir como manifestación extraarticular de la AR, en la cual la causa es similar al proceso fibrótico que ocurre con la formación de los nódulos subcutáneos. La miocardiotoxicidad por rituximab no se ha descrito, pero en el presente caso se considera como una posibilidad.

**Conclusión:** Se concluye que la miocarditis en este caso particular se debió a miocardiotoxicidad por rituximab debido a que la función ventricular se recuperó al suspender este tratamiento biológico y documentarse disminución de la zona hiperintensa laminar por resonancia magnética.

Figura 1. Resonancia magnética del corazón.



### C108

#### Alteraciones electrocardiográficas sugerentes de isquemia en pacientes con artritis reumatoide del Hospital General Dr. Manuel Gea González

Rivera-Terán V, Rodríguez-Henríquez P, Reyes-Muciño F

Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es la artritis inflamatoria más común cuyas manifestaciones sistémicas son muy diversas; dentro de ella destaca la afección cardiaca y es una causa mayor de morbimortalidad en pacientes con AR.

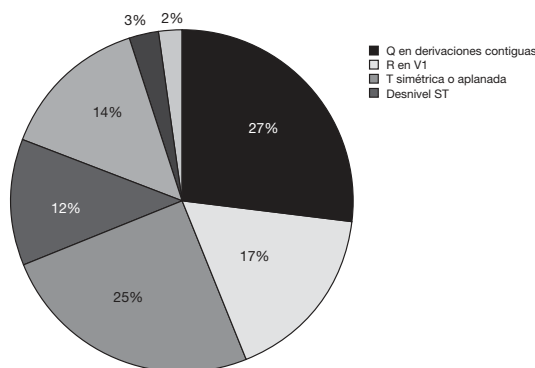
**Objetivo:** Conocer la frecuencia de las alteraciones electrocardiográficas indicativas de isquemia en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide del servicio de reumatología del HGDMMG.

**Material y métodos:** Es un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con AR del HGDMMG y se incluyó a todos los pacientes que contaran con un ECG.

**Resultados:** Se revisaron 198 expedientes de los cuales 98 incluían un ECG. De ellos, 61 presentaron cambios sugerentes de isquemia con la frecuencia de presentación descrita en la figura 1.

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que los hallazgos de isquemia miocárdica por medio de ECG es muy frecuente en la AR, por lo que es necesario un seguimiento más estrecho en este grupo de pacientes.

Figura 1. Alteraciones sugerentes de isquemia en pacientes con Artritis Reumatoide.



### C109

#### Switch fenotípico: de la autoinmunidad a la autoinflamación en un síndrome sistémico de disregulación inmunitaria, un caso clínico

Mora-Saucedo GD, Pérez-Mejía J, Echeverría-González G, Castro-Lizano N

Centro Médico Nacional de Occidente

**Introducción:** La autoinmunidad se genera ante la pérdida de tolerancia hacia autoantígenos y produce diversos fenotipos clínicos. La artritis reumatoide (AR) tiene múltiples vías patogénicas; el bloqueo terapéutico en esas cadenas fundamenta los tratamientos biológicos (FARME-B). Se ha evaluado la respuesta al retiro de FARME-B con resultados variables, pero no se han informado cambios en el fenotipo clínico.

**Caso:** Hombre de 40 años. AR desde 2005, tratada con metotrexato. Se incorporó a estudio clínico con tocilizumab que recibió durante cinco años y alcanzó la remisión; al término del estudio suspendió FARME y continuó en remisión. En 2015 presentó durante seis semanas exantema macular en tórax y extremidades (proximal), fiebre en puntas >38°C, poliartritis y odinofagia. Hemocultivos y mielocultivo para bacterias, micobacterias, hongos sin patógenos; PCR, *Mycobacterium tuberculosis* negativa; biopsia de hueso y aspirado de médula ósea sin malignidad; tomografía sin tumoraciones; ecocardiograma normal; anti-CCP, FR, ANA negativos; ferritina >3 000 ng/ml; leucocitos, 18 000 cel/μL; neutrófilos >80%; VIH, CMV y VEB negativos; PCR >200 mg/L; DHL >2 000 U/L. Clasificado por Yamaguchi y Fautrel para enfermedad de Still (ES). Inició tocilizumab y ha mejorado.

**Conclusiones:** Se documenta el cambio del fenotipo clínico en un síndrome sistémico de disregulación inmunitaria. Destaca uso previo de FARME-B. La IL-6 participa en la patogenia de AR y ES. Es posible que el bloqueo terapéutico en las vías inflamatorias modifique las asas de retroalimentación y mecanismos de amortiguamiento inmunitario desatados durante un estado patológico; la suspensión del bloqueo puede generar un cambio en el fenotipo clínico de la enfermedad.

## C110

### Artritis reumatoide en síndrome de Marfan: informe de un caso

Pérez LF, Vargas A

Instituto Nacional de Cardiología

**Introducción:** El síndrome de Marfan (SM) es un trastorno del tejido conjuntivo con herencia autosómica dominante. Afecta a ~1:5 000 personas, 25% por mutaciones *de novo*. Son escasos los casos notificados en relación con lupus o artritis reumatoide (AR).

**Presentación del caso:** Paciente femenino de 30 años, sin antecedentes de importancia. SM diagnosticado a los 21 años, de acuerdo con criterios de Ghent 2010 (fenotipo marfanoides, hiper movilidad articular, subluxación del cristalino y aneurisma de la raíz aórtica). Inició seis meses antes con artralgias y artritis simétrica en codos, hombros y rodillas; rigidez matutina de dos horas y caída del cabello. Pobre respuesta al tratamiento con AINE, con incremento de los síntomas hasta ser incapacitantes. La exploración reveló artritis simétrica en hombros, carpos, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y tobillos. Resultados de laboratorio: FR, 117 UI; PCC >250 U/L; PCR, 33.5 mg/L; VSG, 18 mm/h; AAN, 1:640 homogéneo; antinucleosomas positivos (21 UI). Radiografías de manos y pies: aumento de volumen de tejidos blandos, osteopenia yuxtaarticular, erosiones en trapezometacarpiana derecha. Se diagnosticó AR con DAS 28 inicial de 5.1. Se inició metotrexato (hasta 20 mg/sem), hidroxiquina (200 mg/día) y prednisona (10 mg/día, con disminución paulatina hasta suspensión). Persistió con artritis y actividad moderada a los cuatro meses (DAS 28 de 4.5) por lo que se agregó leflunomida (20 mg/día). Evolucionó hacia la mejoría, hoy en día con DAS28 de 2.5.

**Comentarios:** La AR afecta aproximadamente al 2% de la población. Son escasos los casos de SM relacionados con AR y en general con enfermedades

autoinmunitarias. La artritis no es una manifestación habitual en SM y su presencia debe llevar a investigar causas adjuntas. Dado el sólido efecto cardiovascular de ambas enfermedades, se debe vigilar de forma estrecha este sistema.

## C111

### Rectorragia profusa recurrente relacionada con el empleo de metotrexato en paciente con artritis reumatoide

Ramírez-Rodríguez C<sup>(1)</sup>, Cuevas-Orta E<sup>(2)</sup>, Rangel-Botello A<sup>(3)</sup>, Solana-Senties S<sup>(4)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Estudiante de Medicina General, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, SLP, <sup>(2)</sup>Médico Adscrito a Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, <sup>(3)</sup>Médico Residente de Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, <sup>(4)</sup>Médico en Gastroenterología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, <sup>(5)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP

El metotrexato (MTX) es el fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) empleado como piedra angular en el tratamiento de la AR. El MTX puede relacionarse con frecuencia con diversos efectos adversos, entre los que destacan por su frecuencia los que afectan al tracto gastrointestinal. La mucositis, en particular de la cavidad bucal, y la dispepsia son causa habitual de reducción de la dosis o suspensión temporal del fármaco. La hemorragia gastrointestinal profusa relacionada con el empleo de MTX se ha descrito en pocas ocasiones.

Se describe el caso de paciente masculino de 67 años de edad con hemorragia gastrointestinal profusa recurrente por MTX.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 67 años de edad con antecedente de DM tipo II, HTA y fibrilación auricular paroxística bajo tratamiento regular con metformina, losartán, amlodipina, metoprolol, propafenona y dosis bajas (DB) de ácido acetilsalicílico (100 mg/día). Se presentó por dolor e inflamación poliarticular con afectación de grandes y pequeñas articulaciones, simétrica de carpos, MCF e IFP. Se documentaron reactantes de fase aguda elevados y títulos altos de factor reumatoide y anti-CCP. Inició tratamiento con MTX (15 mg/sem), ácido fólico (5 mg cada tercer día), deflazacort (9 mg/día), diclofenco (50 mg VO cada 12 h), además de omeprazol (20 mg/día). Tres meses después acudió a revisión por rectorragia profusa en varias ocasiones, síndrome anémico agudo e hipotensión arterial; se realizó panendoscopia con evidencia de úlceras pequeñas inespecíficas en varios segmentos del colon, sin úlcera péptica ni otra causa aparente de sangrado. Se incrementó la dosis de ácido fólico y se suspendió MTX, diclofenco y ácido acetilsalicílico. Cuatro meses después por reactivación de su enfermedad articular reinició MTX (12.5 mg por semana), sin empleo de AINE ni ácido acetilsalicílico. Seis semanas después regresó a consulta con rectorragia profusa, síndrome anémico agudo e hipotensión. La panendoscopia con hallazgos similares a la anterior. Se suspendió en forma definitiva MTX.

**Conclusión:** El MTX puede provocar hemorragias de mucosas (bucal, vesical), pero se relaciona de forma excepcional con hemorragia profusa de aparato digestivo bajo, tal vez por daño a la mucosa gastrointestinal (mucositis) consecuencia del mecanismo de acción del MTX al interferir con la síntesis de ADN y la replicación celular.

## C112

### Rotura del músculo gastrocnemio (pierna del tenista) en pacientes con artritis reumatoide: diagnóstico diferencial con quiste de Baker

Vargas-Avilés AS<sup>(1)</sup>, Paz-Viscarra AA<sup>(2)</sup>, Arriaga-Caraza HA<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Clínica Integral Médica Xola, <sup>(2)</sup>Centro de Reumatología e Infusión Roma A.C., <sup>(3)</sup>Radiología e Imagen Diagnóstica del Sur-Roma

**Introducción:** La rotura en la unión musculotendinosa de la cabeza medial del gastrocnemio (pierna del tenista [PT]) ocurre por sobreestiramiento del músculo, secundaria a la dorsiflexión del tobillo con extensión total de la rodilla.

**Etiología:** Traumatismos, infecciones, aneurismas, tumores y artritis reumatoide. El diagnóstico se establece con ultrasonido (US) o resonancia magnética.

Se notifican dos casos de PT en pacientes con AR.

**Caso 1:** Mujer de 70 años de edad con AR de 40 años de evolución, en remisión, tratada con leflunomida (20 mg) y deflazacort (6 mg/día). Presentó súbitamente dolor intenso y aumento progresivo de volumen en hueso poplíteo derecho que se extendió al tercio medio de la pierna junto con incapacidad para deambular. El US Doppler mostró rotura de gastrocnemio en su porción medial sin evidencia de trombosis venosa.

**Caso 2:** Mujer de 62 años de edad con AR de más de 10 años de evolución, en remisión, tratada con leflunomida (20 mg/día). Tras tropezar de forma accidental y sin perder plano de sustentación, inició con dolor intenso y aumento de volumen en hueso poplíteo derecho, progresó a edema generalizado en pierna e incapacidad para deambular. El US Doppler revela quiste de Baker no roto, desgarras parciales en gastrocnemio lateral, desgarrado completo y hematoma secundario en el medial, además de efecto compresivo sobre vena femoral.

**Discusión:** La PT puede ocurrir en pacientes con AR. Dado que origina dolor, tumoración en hueso poplíteo y porción posterior de la pierna, debe considerarse en el diagnóstico diferencial del quiste de Baker roto.

## C113

### Enfermedad de Still del adulto, síndrome de activación macrofágica y aspergilosis pulmonar: informe de un caso

Salinas-Saldívar S, Hernández-Cabañas S, Bañuelos-Ramírez D

Hospital de Especialidades, UMAE, IMSS, Puebla

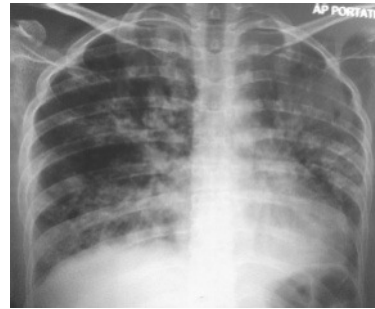
**Introducción:** El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una entidad poco frecuente y grave, caracterizada por una excesiva activación y proliferación de macrófagos y linfocitos T, desencadenada por infecciones y enfermedades autoinmunitarias como enfermedad de Still y aspergilosis, motivo de la presentación del caso. Es un gran desafío para el médico debido a que los signos, síntomas y datos de laboratorio de estas entidades se superponen.

**Presentación del caso:** Mujer de 29 años de edad con diagnóstico de enfermedad de Still seis años antes en tratamiento con prednisona, metotrexato y ácido fólico.

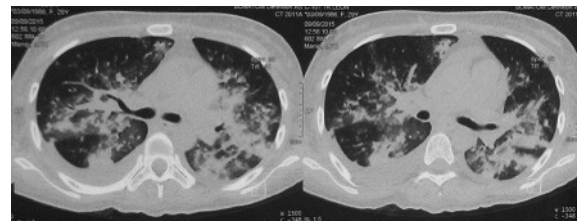
Inicia padecimiento (14/07/15) con fiebre en elevaciones, odinofagia, fatiga, lesiones maculopapulares en cuello y extremidades; recibió tratamiento con antibióticos con mejoría y con posterioridad presenta artritis, reaparición de fiebre y disnea; se considera reactivación de la enfermedad, se indica tratamiento con bolos de metilprednisolona y azatioprina; estudios de gabinete y laboratorio: derrame pleural izquierdo con infiltrado nodular difuso (figs. 1 y 2), pancitopenia, aspirado de médula ósea con registro de hemofagocitosis. Ferritina de 155,484.10 ng/ml; prueba de galactomanano positiva (4.42). Se inicia tratamiento con bolos de metilprednisolona; gammaglobulina, 1 g/kg; ciclosporina A y voriconazol, con evolución favorable. Control de ferritina, 800 ng/L; Hb, 10.3; plaquetas, 236 000; leucos, 21.9; neutros, 16 000, egresada con prednisona (50 mg) y ciclosporina A; hoy en día en remisión.

**Discusión:** Se describe el caso de paciente con enfermedad de Still, SAM y aspergilosis. El motivo de presentación es destacar la rareza de la relación clínica de las tres entidades en un mismo paciente y que comparten signos, síntomas y datos de laboratorio que hacen difícil su diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Figura 1.** Radiografía de tórax AP, Julio 2015, Fiebre en picos, disnea.



**Figura 2.** 09.09.15 Tomografía simple y contrastada de tórax: Persistencia de fiebre, disnea y alcalosis respiratoria.



## C114

### Enfermedad de Still: informe de un caso

González-Rosas L, Pérez-Cruz PJ, Valencia-Zamora A, Gómez-Bañuelos JE, Vázquez del Mercado-Espinoza M

Hospital Civil Nuevo de Guadalajara Juan I. Menchaca

**Introducción:** La enfermedad de Still es una enfermedad de tipo inflamatorio sistémico y representa el 10% de los casos de artritis idiopática juvenil; tiene causa desconocida y se manifiesta con elevaciones agudas de temperatura, artritis y artralgiás, y erupción maculopapular evanescente. A menudo hay linfadenopatías, serositis y hepatoesplenomegalia. No existe una prueba de laboratorio patognomónica, pero hay leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis y anemia con aumento de reactantes de fase aguda. La presentación en la edad es excepcional, por lo que es interesante la presentación del caso.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de un año ocho meses que ingresa por presentar fiebre vespertina de dos meses de evolución, con aparición de exantema maculopapular en tronco y región proximal de extremidades inferiores, que desaparece al disminuir la fiebre; adenopatías en región occipital, cervical e inguinal. A la exploración física se identifican adenopatías en región cervical, occipital e inguinal, derrame pericárdico, exantema maculopapular en tronco y cintura pélvica (fig. 1), hepatoesplenomegalia y sinovitis en rodilla derecha. Pruebas de laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, trombocitosis y anemia hipocrómica microcítica. VSG, 46 mm/h; PCR, 213 mg/L; FR y ANA negativos; ferritina, 1 500 µg/L, reacciones febriles, perfil TORCH, Epstein-Barr, anticuerpos antitoxoplasma, herpes virus, parvovirus, PPD, cultivo de Ziehl-Nielsen negativo, aspirado de médula ósea negativo a malignidad. Biopsia de ganglio, hiperplasia sinusal y folicular; negativo a tumor maligno.

**Trascendencia:** Las manifestaciones clínicas de AIJ son variables, la edad de presentación es variable y en esta edad hay pocos casos notificados. La enfermedad de Still juega un papel importante en el diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido.

Figura 1. Exantema máculopapular en el tronco.



C115

**Manifestaciones reumáticas del virus chikungunya: informe de casos fuera de los sitios epidémicos**

Bañuelos-Ramírez DD

Unidad Médica de Alta Especialidad HEP, Consulta especializada de reumatología

**Introducción:** Chikungunya significa literalmente doblarse y, en efecto, los sujetos se doblan, se encogen, se contraen; la enfermedad la produce el mosquito que también transmite el dengue, es originaria de África y en fecha reciente se identificó en México. En algunos estados del sureste de la República (Guerrero, Chiapas, Oaxaca) se la considera epidémica y se la reconoce con facilidad; en otros suele pasar inadvertida y no ha suscitado interés en algunos profesionales médicos.

**Objetivo:** Presentar cuatro casos atendidos fuera de la región endémica con manifestaciones articulares no atribuibles a otras causas, más que a la infección por virus chikungunya.

**Presentación casos:** Cuatro adultos: un hombre y tres mujeres con antecedente de viajes a alguno de los estados con brote epidémico del virus; cuadro clínico febril, dolor articular, manifestaciones cutáneas, cefalea y bajo tratamiento convencional (AINE+complejo B) en su atención inicial. Cuatro semanas después (VM) desarrollan manifestaciones reumáticas evidentes, con marcadores séricos negativos (ANA, ACCP, otros, FR, PCR, Rx). Se resumen en la tabla 1.

**Comentarios:** Serológica y radiológicamente no fue posible demostrar positividad para algún marcador o hallazgos considerados como característicos de enfermedades reumáticas. Los cultivos en medios habituales no identificaron bacterias y no es posible demostrar virus en forma sistemática en el laboratorio. Es necesario vigilar y determinar si el chikungunya se convertirá en una de las artritis reactivas.

Tabla 1. Resumen de casos de chikungunya y manifestaciones reumáticas.

Caso	Manifestaciones reumáticas demostrables con serología y Rx negativa
1. Varón; no AHF, APP, PP +	Tendinitis de codo, bicipital y entesitis aquilea
2. Mujer, IQ previa CCL 6 meses	Derrame sinovial de 15 cm <sup>3</sup> ; citoquímico, cultivo y resto negativos
3. Mujer, no antecedentes +	Derrame sinovial de 10 cm <sup>3</sup> , elevación CK
4. Mujer, no antecedentes +	Artritis bilateral en muñecas

Tomado de: HEPCMNMACUMAE 2015 DDBR.

C116

**Serie de casos con poliartritis por chikungunya en el sur del país: panorama clínico y bioquímico**

Hernández-Núñez E<sup>(1)</sup>, Batún-Garrido JAJ<sup>(1)</sup>, Olán F<sup>(1)</sup>, Arteaga-García UG<sup>(1)</sup>, Morales-Ramos Z<sup>(1)</sup>, Radillo-Alba HA<sup>(1)</sup>, Izquierdo-Guzmán LC<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, <sup>(2)</sup>SSA Centro de Salud Ixtacomitán, 2da sección, Villahermosa, Tabasco

**Introducción:** La fiebre por chikungunya (postura encorvada) es una enfermedad viral transmitida por el vector *A. aegypti* o *albopictus*. Se caracteriza por fiebre >39°, exantema, cefalea, artralgias, leucopenia y linfopenia. En forma reciente se ha informado poliartritis simétrica y distal, hiperalgesia y limitación funcional.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de 11 pacientes que acudieron a la consulta entre el 1 de febrero y el 30 de septiembre de 2015. Se empleó STADIS. Se realizó un análisis comparativo de pacientes con dengue.

**Resultados:** Predomino del género femenino con 81.8%; edad media de 42 años. El 45.4% era de Chiapas. El 100% presentó fiebre >39° y exantema en tronco. El 100% consultó por poliartritis simétrica y distal, y cervicalgia. La media de evolución fue de 31 días. El 100% manifestó postura encorvada y limitación funcional, 72.6% presentó edema acral y 64% adenopatía cervical posterior. El 72.6% presentó linfopenia, 45.4% trombocitopenia, 36.3% transaminasemia y 27.4% leucopenia. El 90.8% y el 54.5% presentaron niveles elevados de VSG y PCR, respectivamente. La serología para dengue se realizó en 91% y chikungunya en 45.4%. Todos usaron acetaminofeno en 81.7% un AINE, un 45.4% con glucocorticoide, 63.6% neuromoduladores y ácido tióctico. Con la analgesia multimodal se alcanzó respuesta clínica parcial en el 45.4% y total en el 45.4%.

**Conclusiones:** Las características clínicas específicas fueron poliartritis simétrica distal y cervicalgia. La postura encorvada, edema acral y adenopatía cervical posterior son los signos clínicos característicos. No existe tratamiento específico, pero la analgesia multimodal es una buena opción terapéutica.

C117

**Artritis por flavovirus (chikungunya): reto terapéutico ante la infección emergente en México**

Sandoval-Cabrera DV, Bonilla-Gudiño ID, Irazoque-Palazuelos F

Hospital Ángeles Mocol

**Introducción:** En México se habían registrado, hasta mayo 2015, 1 256 casos confirmados de infección por el virus chikungunya. En etapas tempranas se

caracteriza por exantema maculopapular generalizado, fiebre >39°C, artritis simétrica de pequeñas articulaciones y rigidez. Luego persisten sólo las manifestaciones articulares que pueden permanecer de 12 semanas a tres años hasta en el 30% de los pacientes. El tratamiento inicial es sobre todo sintomático; en la fase crónica se han empleado esteroides, aunque puede haber reactivación de las manifestaciones reumatológicas tras su retiro. Los antipalúdicos podrían ser eficaces en etapas tempranas porque reducen la carga viral. Algunas series de casos refieren respuesta hasta del 70% con sulfasalazina y metotrexato.

**Objetivo:** Se presentan 12 casos de pacientes con chikungunya que evolucionaron con cuadro articular mayor de 12 semanas.

**Resultados:** De los 12 pacientes, 10 mujeres y dos hombres, sin diagnóstico de enfermedad reumática previa, todos ellos con prueba serológica positiva y con cuadro clínico de mialgias y poliartritis asimétrica. A todos se les administró AINE, FARME sintético (metotrexato o sulfasalazina), y en cuatro de ellos dosis bajas de esteroide. Un paciente requirió FARME combinado. Todos mostraron mejoría de los síntomas.

**Comentario:** La infección por chikungunya puede desarrollar artritis crónica con patrón clínico similar al de la artritis reumatoide. Estos pacientes tuvieron respuesta favorable con el uso de FARME sintéticos. Aunque no existe consenso sobre la duración del tratamiento, se sugiere su manejo como artritis reactiva.

## C118

### Descripción de la mortalidad y factores de riesgo relacionados en pacientes con enfermedades reumáticas hospitalizados en el servicio de reumatología del Hospital General de México (HGM) entre febrero y junio del 2015

Soto-Vera LM, Álvarez-Hernández E, Escalante-Penagos CR

Hospital General de México

**Introducción:** La mortalidad es un indicador confiable de gravedad de una enfermedad. Los estudios de sobrevida en enfermedades reumáticas han demostrado que su mortalidad es mayor respecto de la población general.

**Objetivo:** Determinar las causas de mortalidad en pacientes con enfermedad reumática hospitalizados en el HGM de febrero a junio del 2015.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal y analítico. Incluyó a pacientes hospitalizados y fallecidos, a cargo de reumatología del HGM con diagnóstico de enfermedad reumática de febrero de 2015 a junio de 2015.

**Resultados:** Se incluyó a 71 hospitalizados, con siete muertes. Mujeres en 85.7%, con media de 36.2 años, todos con lupus eritematoso sistémico; la mediana de tiempo de evolución fue de 36 meses. Todos recibían tratamiento; AINE, >80% glucocorticoide y >50% FARME sintético. Hasta 85.7% tenía actividad grave y 14.3% actividad moderada. La hospitalización tuvo una media de 22+15 días. Cuatro pacientes en choque requirieron UTI, con media de 5+15 días. La causa de muerte en 40% fue infecciosa. Los días de estancia en UTI fueron estadísticamente relevantes ( $p=0.002$ ), con fallecimiento de 57.1%. El 57.1% con datos de choque al ingreso falleció ( $p=0.013$ ), con OR de 6.5 (IC 95%, 1.6-25.5).

**Conclusión:** Los factores de riesgo relacionados fueron: datos de choque al ingreso, estancia en terapia intensiva y actividad moderada a grave de la enfermedad.

## C119

### Apolipoproteínas en suero de pacientes reumáticos: significados por buscar

Bañuelos-Ramírez DD<sup>(1)</sup>, Tecpanecatí-Xihuitl S<sup>(2)</sup>, Cedillo-Ramírez ML<sup>(2)</sup>, Yáñez-Santos JA<sup>(2)</sup>, Santellán MR<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>HEP, UMAE, IMSS, Puebla, Pue.; México Reumatología, <sup>(2)</sup>Centro de Detección Biomolecular, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

**Introducción:** Las apolipoproteínas (Apos) son moléculas anfipáticas que solubilizan lípidos no polares y constituyen el medio principal de lípidos de la sangre. Existen por lo menos 12 Apos, nombradas alfabéticamente de la A a la L. La presencia en altas o bajas concentraciones o la ausencia de algunas Apos, como la A o B, se han relacionado con riesgo cardiovascular. En cambio, la Apo E 4 se ha vinculado con diabetes mellitus, betatalasemia, artritis reumatoide, Alzheimer, esquizofrenia y psicosis.

**Objetivo:** Determinar la presencia y valores de la Apo E y subtipos en pacientes con enfermedades reumáticas + pacientes control.

**Material y métodos:** Se incluyó a 44 pacientes + 12 controles adultos en quienes se determinó genotipo de apolipoproteínas E. Las muestras de sangre se tomaron en pacientes del IMSS; la determinación de Apo E y subtipos de ésta se efectuó en el CDBBUAP con uso de PCR, con amplificación PCR, obtención de fragmentos del gen Apo E, en geles de poliacrilamida y corridas de 9 cm (VM).

**Resultados:** Se concentran en la tabla 1.

**Conclusiones:** La Apo E encontrada con más frecuencia es la 3,3; el grupo más afectado es AR, aunque sin significado clínico actual; cabría la posibilidad futura de que estos pacientes presenten una aterosclerosis acelerada que deberá contrastarse con la población general. Se han ideado ya algunas prescripciones dietéticas para reducir al mínimo los riesgos. No se halló relación clínica por la estadística empleada con otras alteraciones entre enfermedades reumáticas y trastornos como Alzheimer, esquizofrenia, AR y otras que sí se relacionan con los genes Apo.

Tabla 1. Apolipoproteínas y enfermedades reumáticas.

Dx	Apo E 2,4	Apo E 3,4	Apo E 3,3	Apo E 2,3
AR	1	6	25	
EA			1	
Sx metabólico			1	
A reactiva			3	
Neumonía			1	
LEG		1	4	1
Controles		1	10	1

Tomado de: HEPUMAECDB 2015/DDR

## C120

### Frecuencia de anticuerpos anti-DFS70 en enfermedades reumáticas autoinmunitarias y no autoinmunitarias, y en individuos sanos

González-Bello Y<sup>(1)</sup>, García-Cerda D<sup>(2)</sup>, Cárdenas-Anaya A<sup>(2)</sup>, Nava-Zavala AH<sup>(1)</sup>, García-Valladares I<sup>(2)</sup>, Hou H<sup>(3)</sup>, Fritzler MJ<sup>(3)</sup>, García-de la Torre I<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Universidad de Guadalajara, Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco, <sup>(2)</sup>Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco, <sup>(3)</sup>University of Calgary, Calgary, Alberta, Canadá

Los anticuerpos antinucleares (AAn) son un marcador de las enfermedades reumáticas autoinmunitarias y se detectan por inmunofluorescencia indirecta (IFI) en células HEp-2, método considerado el estándar de oro para su detección. Desde hace unos 20 años se ha descrito un patrón de fluorescencia "moteado fino denso acompañado de positividad en los cromosomas en metafase". El blanco de estos autoanticuerpos es una proteína de 70 kD (DFS70) que se encuentra con baja frecuencia en algunas enfermedades reumáticas y en individuos sanos.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia de AAn y anti-DFS70 en pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias y no autoinmunitarias, y en individuos sanos.

**Métodos:** Se estudió a 141 pacientes con diversas enfermedades autoinmunitarias y no autoinmunitarias y 60 individuos sanos. Los AAn se detectaron por IFI (Inova HEp-2 NovaView), y el anti-DFS70 por quimioluminiscencia (BioFlash, Inova Diagnostics Inc).

**Resultados:** Se muestran en la tabla 1. Puede observarse que la frecuencia de AAn es similar a lo informado en las publicaciones médicas. En relación con el anticuerpo anti-DFS70, se identificó en una proporción baja de pacientes con artritis reumatoide (2.8%) y en lupus eritematoso generalizado (1.4%). En los sujetos sanos la frecuencia de este anticuerpo fue de 8.3%.

**Conclusiones:** Primer estudio mexicano sobre la frecuencia de anti-DFS70 en enfermedades reumáticas e individuos sanos en el que se muestra que la frecuencia del anticuerpo es un poco mayor en sujetos sanos (8.3%) que en individuos con enfermedades reumáticas (4.2%). Estos anticuerpos pueden servir como marcador para excluir una enfermedad autoinmunitaria cuando es el único anticuerpo que se detecta.

**Tabla 1.** Resultados de AAn y anti-DFS70 en diversas enfermedades autoinmunitarias y no autoinmunitarias, y en individuos sanos.

Diagnóstico	Total n=%	AAn n=%	Anti-DFS70 n=%
Enfermedades total	141	88 (62)	6 (4.3)
Artritis reumatoide	89 (63.1)	56 (62.3)	4 (2.8)
Lupus eritematoso	14 (9.9)	14 (100)	2 (1.4)
Esclerodermia	4 (2.8)	4 (100)	0
Miopatías inflamatorias	3 (2.1)	3 (100)	0
Sjögren primario	3 (2.1)	2 (66)	0
Osteoartritis	13 (9.2)	2 (15)	0
Espondiloartropatías	4 (2.8)	1 (25)	0
Fibromialgia	3 (2.1)	1 (33.3)	0
Hipotiroidismo	2 (1.4)	1 (50)	0
Enf. indif. del tejido conjuntivo	1 (0.7)	1 (100)	0
Vitiligo	1 (0.7)	1 (100)	0
Hepatitis	1 (0.7)	1 (100)	0
Pitiriasis rubra pilaris	1 (0.7)	1 (100)	0
Uveítis	1 (0.7)	0	0
Gota	1 (0.7)	0	0
Sanos	60 (100)	27 (45%)	5 (8.33)

**C121**

**Satisfacción sexual en pacientes con enfermedades reumáticas**

Garza-Alpírez A<sup>(1)</sup>, Vega-Morales D<sup>(1)</sup>, Salazar-Hernández GJ<sup>(2)</sup>, Arana-Guajardo AC<sup>(1)</sup>, Armenta-González AE<sup>(1)</sup>, León-Valdez F<sup>(1)</sup>, Valdés-Mancha AJ<sup>(1)</sup>, Orzua-de la Fuente WM<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, <sup>(2)</sup>Unidad de Medicina Familiar No. 26 IMSS

**Introducción:** La sexualidad puede alterarse en enfermedades reumáticas por dolor, incapacidad física o depresión. La insatisfacción sexual tiene efecto en la calidad de vida, provoca falta de apego al tratamiento y descontrol de la enfermedad. Los puntajes de la encuesta del índice de funcionalidad sexual

femenina (IFSF) descritos con anterioridad en población sana a los 35 a 40 años (29.1±4.9) caen progresivamente hasta los 55 a 59 años (21±6).

**Objetivo:** Analizar la satisfacción sexual en pacientes con enfermedades reumáticas por medio de la IFSF.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal en 143 mujeres de la consulta del Hospital General de Zona 17 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Monterrey. Se registró edad, diagnóstico y se aplicó la encuesta IFSF.

**Resultados:** Edad promedio: 50.5±10.5 años (intervalo, 26 a 92 años). Las enfermedades representativas fueron artritis reumatoide (59.4%), lupus eritematoso sistémico (10.5%) y artritis psoriásica (6.3%). Puntaje promedio de IFSF: 14.6±7.9.

Según el percentil 75 del IFSF se dividieron en grupos para el análisis bivariado y de regresión logística. Un grupo con <22 puntos y edad promedio de 52±10 años, comparado con el grupo > 22 puntos y promedio de 46±9 años, con diferencia estadísticamente significativa (p<0.05). En > 45 años se incrementa 2.6 veces el riesgo de tener bajo IFSF. No hubo diferencia al comparar el tipo de enfermedad reumática en ninguna de ellas (tabla 1).

**Conclusiones:** El puntaje de IFSF, en pacientes con enfermedades reumáticas, se encontró significativamente disminuido en comparación con el puntaje de mujeres sanas de 50 a 54 años de estudios previos (24.9±5.1).

**Tabla 1.** Cambios de la función sexual femenina por dominio y grupo de edad.

Grupo de edad	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción
20-29 años	3.5 ± 0.6	3.0 ± 2.0	3.4 ± 2.3	3.3 ± 2.2	2.7 ± 1.3
30-39 años	4.0 ± 1.0	2.5 ± 1.6	3.1 ± 1.6	2.8 ± 1.0	2.1 ± 1.3
40-49 años	4.5 ± 1.0	1.9 ± 1.9	2.1 ± 1.9	1.9 ± 1.0	2.1 ± 1.1
50-59 años	4.8 ± 0.9	2.0 ± 2.0	2.1 ± 2.0	1.8 ± 0.9	2.4 ± 1.3
60-69 años	5.2 ± 1.3	0.4 ± 1.1	0.4 ± 1.2	0.5 ± 1.3	1.7 ± 1.0
70-70 años	5.2 ± 1.3	0.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	0.0 ± 1.3	1.6 ± 0.0
90-99 años	6.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	0.0 ± 0.0	0.8 ± 0.0
Total	4.7 ± 1.1	1.8 ± 1.9	1.9 ± 2.0	1.8 ± 1.8	2.2 ± 1.2
Grupo de edad	Dolor		Puntaje total		
20 -29 años	3.8 ± 2.5		19.9 ± 9.3		
30-39 años	3.4 ± 2.2		18.2 ± 6.5		
40-49 años	2.4 ± 2.3		15.2 ± 7.9		
50-59 años	2.1 ± 2.4		15.5 ± 8.2		
60-69 años	0.7 ± 1.8		8.9 ± 5.4		
70-70 años	0.0 ± 0.0		6.7 ± 1.3		
90-99 años	0.0 ± 0.0		6.8 ± 0.0		
TOTAL	2.1 ± 2.4		14.7 ± 7.9		

**C122**

**Efecto del síndrome metabólico sobre la actividad de la enfermedad y calidad de vida de pacientes con artritis psoriásica**

Torres-Valdez E, Pérez-Cristóbal M, Portela-Hernández M, Hernández-Bedolla A, Ricaño-Rocha R, Ramírez-Pérez A, Barile-Fabris L

Hospital de Especialidades CMN SXXI

**Introducción:** En México no se ha estudiado la posible relación entre actividad de la enfermedad y calidad de vida o una mayor mortalidad por la coexistencia de síndrome metabólico (SM) y artritis psoriásica (AP).

**Objetivo:** Determinar el efecto del SM en la calidad de vida y la actividad de la enfermedad en pacientes con AP.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo, prolectivo y analítico. Incluyó a pacientes con diagnóstico de AP que cumplieron criterios de CASPAR entre el 1 de abril de 2015 y el 31 julio del 2015. Se revisaron expedientes y se evaluó la presencia o ausencia de SM; se formaron dos grupos: grupo 1 (G1), AP con SM, y grupo 2 (G2), AP sin SM. La calidad de vida (QoL) se midió mediante la escala europea de calidad de vida (EuroQol) y para cuantificar actividad de la enfermedad se utilizó ASDAS. Con los resultados se determinó el efecto del SM sobre los desenlaces.

**Resultados:** Se encontró alta actividad en el G1 con SM en comparación con moderada actividad en el G2, con  $p=0.04$ . En QoL medida por Euro-QoL, el G1 tuvo siete pacientes (53.8%) con baja QoL respecto del G2 con dos pacientes (11.7%) con baja QoL, con  $p=0.001$ . Al comparar a los pacientes con mejor QoL, el G1 tuvo seis pacientes (46.10%) contra G2 con 15 pacientes (88.23%) y  $p=0.002$ .

**Conclusiones:** Estos resultados apoyan la existencia de un efecto negativo del SM sobre actividad y QoL de pacientes con AP; sin embargo, son necesarios estudios con una muestra poblacional mayor.

**C123**

**Las respuestas clínicas en articulaciones y piel, así como los resultados informados por los pacientes, se relacionan con un incremento de la productividad laboral y en el hogar en los pacientes con artritis psoriásica tratados con certolizumab pegol**

Kavanaugh A<sup>(1)</sup>, Van der Heijde D<sup>(2)</sup>, Gladman D<sup>(3)</sup>, La Villa G<sup>(4)</sup>, Moreno A<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Universidad de California San Diego, USA<sup>(2)</sup>Centro Médico de Leiden, Holanda, <sup>(3)</sup>Universidad de Toronto, Canadá, <sup>(4)</sup>UCB de México

**Objetivos:** Evaluar la relación entre las respuestas clínicas y los resultados informados por los pacientes (PRO) y las mejoras en cuanto a la productividad laboral y en el hogar en enfermos con artritis psoriásica (AP) tratados con certolizumab pegol (CZP).

**Métodos:** Se usaron datos de la semana 24 de los pacientes originalmente aleatorizados al grupo de certolizumab pegol (CZP) del estudio RAPID-PsA (NCT01087788) respecto de los PRO (MCID para HAQ-DI, EVA para dolor y fatiga) y la productividad laboral y del hogar. Se evaluaron también la respuesta clínica (ACR20/50, PsARC, PASI75) y la remisión con DAS28 (DAS28<2.6). Se compararon los datos entre respondedores y no respondedores (respuesta clínica y PRO) a la semana 24 con la productividad laboral y del hogar mediante una encuesta validada. Se aleatorizó a 273 pacientes en el grupo de CZP (60.8% de los pacientes estaba empleado). En la determinación basal, el 60.8% de los pacientes tenía compromiso en piel  $\leq 3\%$  de la superficie corporal total,

así como una notable carga de la enfermedad en cuanto a la productividad y participación social.

**Conclusiones:** Los pacientes que alcanzaron mejores respuestas clínicas y alivio de sus síntomas articulares y en piel después del tratamiento con CZP también notificaron mayores mejorías en cuanto a su productividad laboral y en el hogar, así como mejor participación social. La respuesta clínica fue significativa, además de la mejoría en dolor, fatiga, función física, productividad y participación social. Los resultados sugieren que una medida efectiva de tratamiento puede tener efectos sociales positivos y lograr que los pacientes tengan vidas sociales y productivas activas.

**C124**

**Anormalidades por imagen de resonancia magnética en pacientes con psoriasis y dolor lumbar inflamatorio: estudio piloto**

León-Valdez F<sup>(1)</sup>, Flores-Alvarado DE<sup>(1)</sup>, Ocampo-Candiani J<sup>(1)</sup>, Gómez-Flores M<sup>(2)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(1)</sup>, Garza-Garza R<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, <sup>(2)</sup>Servicio de Dermatología; Hospital Universitario José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** La psoriasis es una enfermedad poligénica, inflamatoria, crónica y multisistémica. El compromiso axial puede ser asintomático, con aparición de síntomas en la mitad de los pacientes con afectación espinal radiográfica (11 a 37% de los pacientes). La resonancia magnética es la modalidad más sensible para la valoración de estructuras críticas en la evolución de la enfermedad inflamatoria y permite el diagnóstico temprano de artritis psoriásica al identificar enfermedad activa (inflamación) y lesiones estructurales (crónicas).

**Objetivo:** Describir las anomalías por imagen de resonancia magnética en pacientes con psoriasis y dolor lumbar inflamatorio.

**Material y métodos:** Estudio transversal en pacientes con psoriasis; se realizó exploración física completa y se aplicaron ToPAS, PLSI, PDI y DLQI. Los pacientes con datos de lumbalgia inflamatoria (al interrogatorio o a la exploración física) se sometieron a resonancia magnética de sacroiliacas en T1 y STIR (resonancia de alto campo Intera MR 1.5 Teslas cerrada).

**Resultados:** Se incluyó a 75 pacientes con diagnóstico de psoriasis con una media de edad de 44.6±14.5 años. Un total de 33 pacientes correspondió al sexo femenino (44%). Veinte pacientes obtuvieron un PASI moderado a grave (27%) y 34 (45.3%) presentaron afección ungueal. Se detectó a siete (9%) pacientes con dolor lumbar inflamatorio (tabla 1) y sólo uno mostró anomalías inflamatorias.

**Conclusión:** Es importante reconocer las causas no inflamatorias en pacientes con dolor lumbar inflamatorio con una afección en riesgo (psoriasis). Es necesario evaluar el pronóstico articular de los pacientes detectados a largo plazo.

**Tabla 1.** Datos de los 7 pacientes con dolor lumbar inflamatorio.

#	Sexo Edad	DLQI	Hallazgos en resonancia magnética	Ev. años	Var Psor	Área de presentación inicial	Afección ungueal	IMC	PASI	NAPSI
3	F55	14	Se observa pequeña zona hiperintensa en el iliaco derecho hacia el extremo inferior de la articulación de tipo subcondral. En el resto de articulación y en la opuesta no hay evidencia de edema o erosión. En evaluación lumbar: protrusiones discales con deshidratación en L4-L5, L5-S1.	25	Placa	EI	Si lecho y matriz	26.9	4.4	8
5	M35	1	Sin datos que sugieran cambios inflamatorios en las articulaciones sacroiliacas. En evaluación lumbar: cambios en intensidad del disco intervertebral L5-S1 en relación con cambios por deshidratación, así como protrusión de anillo fibroso con rotura parcial de éste.	2	Placa	PC	Si lecho y matriz	23.6	4.6	41

10	M37	11	Sin datos que sugieran cambios inflamatorios en las articulaciones sacroiliacas. En evaluación lumbar: disminución de la intensidad de señal del disco intervertebral L5-S1 en relación con cambios por deshidratación, así como pequeña protrusión con componente posterior y central que oblitera de forma parcial el espacio peridural anterior.	2	Placa	ES	Si lecho y matriz	26.8	15.1	29
13	M37	5	Sin datos que sugieran cambios inflamatorios en las articulaciones sacroiliacas. Disco intervertebral L5-S1 con pérdida de su altura e intensidad de señal en relación con cambios por deshidratación; discreta protrusión discal central y posterior con tendencia a la migración caudal sin obliteración de los neuroforámenes.	5	Placa	PC	Si lecho y matriz	24.4	3.5	17
38	F27	3	Sin datos que sugieran cambios inflamatorios en las articulaciones sacroiliacas. Degeneraciones discales y protrusiones del anillo fibroso a nivel de L4-L5 y L5 S1.	10	U	Uñas	Si lecho y matriz	23.2	0.6	27
62	M58	6	Las articulaciones sacroiliacas muestran cambios en intensidad de señal bilateral que identifican cambios por esclerosis y discreto aumento de su espacio en la articulación sacroiliaca derecha, además de cambios en intensidad de señal con disminución de ésta adyacente al borde óseo de la región sacra adyacente. La articulación sacroiliaca izquierda muestra aumento de la intensidad en sus bordes articulares, a considerar cambios inflamatorios agudos. En la evaluación lumbar se identifica disminución de la intensidad de señal del disco intervertebral L5-S1 en relación con cambios por deshidratación, además de imagen de protrusión discal con rotura del anillo fibroso que demuestra componente posterior y central a este nivel.	9	P	Tronco	Si lecho y matriz	28.6	4.8	28
74	F27	2	Sin datos que sugieran cambios inflamatorios en las articulaciones sacroiliacas. Evaluación lumbar con tendencia a la rectificación de la lordosis lumbar en los primeros segmentos lumbares, a considerar cambios por componente de espasmo muscular.	1	I,U	Uñas	Si matriz, lecho	18.8	0	12

C125

**Concentraciones séricas de Dickkopf-1 con presencia de sindesmofitos y puentes óseos en columna vertebral en espondilitis anquilosante**

García-Barriga C<sup>(1)</sup>, Díaz-González V<sup>(2)</sup>, Domínguez-Sánchez H<sup>(3)</sup>, Vázquez del Mercado-Espinoza M<sup>(4)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(5)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(6)</sup>, González-López L<sup>(7)</sup>, Rocha-Muñoz AD<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro Universitario de Tonalá (CUTonalá), U de G, Tonalá, Jalisco, <sup>(2)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente (HE-CMNO), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Guadalajara, Jalisco, <sup>(3)</sup>Servicio de Radiología e Imagen, Hospital General Regional de zona No. 180, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, <sup>(4)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo Esquelético, CUCS, U de G, Guadalajara, Jalisco, <sup>(5)</sup>Departamento de Fisiología, CUCS, U de G, Guadalajara, Jalisco, <sup>(6)</sup>División de Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad, HE-CMNO, IMSS, Guadalajara, Jalisco, <sup>(7)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, Guadalajara, Jalisco, <sup>(8)</sup>Centro Universitario de Tonalá (CUTonalá), U de G, Tonalá, Jalisco

**Introducción:** Identificar en espondilitis anquilosante (EA) la relación entre concentraciones de DKK-1 con gravedad del daño estructural radiográfico en la columna vertebral.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Se evaluaron características clínicas de la enfermedad y presencia de sindesmofitos espinales mediante radiografías digitales. Comparación de variables cuantitativas con T de Student y ANOVA, cualitativas con  $\chi^2$ , correlación de Pearson y regresión logística. Significancia  $p \leq 0.05$ .

**Resultados:** En EA con sindesmofitos y puentes óseos se identificaron niveles más bajos de DKK-1 en comparación con EA, con sólo sindesmofitos ( $p=0.03$ ) o en comparación con EA sin daño espinal radiográfico ( $p<0.001$ ). Niveles más elevados de DKK-1 se observaron en EA con sólo sindesmofitos en comparación con los que desarrollaron puentes óseos ( $p=0.03$ ). En análisis de regresión logística, la EA con sindesmofitos espinales tuvo menor DKK-1 (OR, 1.19; IC 95%, 1.06-3.75;  $p=0.05$ ).

No hubo diferencias significativas en concentraciones de DKK-1 entre géneros ( $p=0.86$ ). No hubo correlación entre DKK-1 con edad ( $p=0.87$ ), duración de la enfermedad ( $p=0.68$ ), BASDAI ( $p=0.94$ ), BASFI ( $p=0.94$ ), HAQ-S ( $p=0.88$ ), BASMI ( $p=0.35$ ).

**Conclusiones:** Se observó disminución de concentraciones de DKK-1 en EA con sindesmofitos y puentes óseos. Estudios longitudinales deberán evaluar si el DKK-1 se desempeña como biomarcador de pronóstico de daño espinal a largo plazo.

C126

**Relación entre el tipo de composición corporal y el nivel de la actividad clínica en la espondiloartritis**

Álvarez-Nemegyei J<sup>(1)</sup>, Loeza-Güemez RA<sup>(2)</sup>, Barrera Rodríguez AA<sup>(3)</sup>, Ángulo-Ramírez AV<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán. Mérida, Yuc, <sup>(2)</sup>Curso de Especialización en Medicina Interna, Hospital General Agustín O'Horán SS, Mérida, Yuc, <sup>(3)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General Agustín O'Horán SS, Mérida, Yuc, <sup>(4)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, Mérida, Yuc



**Antecedentes:** Existe un real vacío de conocimientos en el estudio de la relación entre el tipo de composición corporal y el estado clínico de los pacientes con espondiloartritis.

**Objetivo:** Evaluar el grado de relación entre el nivel de actividad inflamatoria y la composición corporal en pacientes con espondiloartritis.

**Material y métodos:** Estudio transversal prolectivo que incluyó a sujetos con espondiloartritis axial/espondilitis anquilosante de acuerdo con criterios ASAS/Roma, y con espondiloartritis periférica/artritis psoriásica según los criterios ASAS/CASPAR. En todos se determinó la composición corporal mediante IMC, circunferencias de cintura y cadera, índice cintura/cadera y electrobioimpedancia. En las formas axiales se evaluó actividad inflamatoria (BASDAI) y capacidad funcional (BASFI); en las formas periféricas se determinó actividad inflamatoria (DAS-28 y DAPSA) y capacidad funcional (HAQ-Di).

**Resultados:** Se incluyó a 20 pacientes (11 hombres/nueve mujeres) de 45.6±11.5 años de edad y 8.0±6.2 años de evolución; 13 presentaron las formas axiales y siete las periféricas. El subgrupo con las formas axiales presentó correlación positiva significativa entre porcentaje de masa grasa por electrobioimpedancia y las calificaciones BASDAI ( $r=0.52$ ;  $p=0.03$ ), además de una clara tendencia hacia una correlación positiva entre circunferencia de cadera y las calificaciones BASFI ( $r=0.47$ ;  $p=0.05$ ). No se encontró ninguna correlación entre actividad inflamatoria o capacidad funcional y composición corporal en los pacientes con espondiloartritis periférica/artritis psoriásica.

**Conclusiones:** Estos resultados sugieren que un mayor contenido de masa grasa modula el estado clínico en espondilitis anquilosante/espondiloartritis axial, ya que se acompañó de mayores niveles de actividad inflamatoria y discapacidad física.

## C127

### Las respuestas clínicas y mejorías en los resultados informados por los pacientes se relacionan con un aumento de la productividad laboral y en el hogar en pacientes con espondiloartritis axial tratados con certolizumab pegol

Van der Heijde D<sup>(1)</sup>, Braun J<sup>(2)</sup>, Kavanaugh A<sup>(3)</sup>, La Villa G<sup>(4)</sup>, Moreno A<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro Médico de Leiden, Holanda, <sup>(2)</sup>Centro Reumatológico, Herne, Alemania, <sup>(3)</sup>Universidad de California San Diego, USA, <sup>(4)</sup>UCB México

**Objetivo:** Evaluar la relación entre las mejorías en los resultados notificados por los pacientes (PRO) y los resultados clínicos con las mejorías en la productividad laboral y en casa en los pacientes con espondiloartritis axial (incluidas espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial no radiográfica) tratados con certolizumab pegol.

**Métodos:** Se usaron datos de la semana 24 de los pacientes originalmente aleatorizados al grupo de certolizumab pegol (CZP) del estudio RAPID-axSpA (NCT01087762) respecto de los PRO (MCID para BASFI, Dolor, ASQoL) y la productividad laboral y del hogar. Se evaluó también la respuesta clínica (ASAS40, ASDAS-MI). Se compararon los datos entre respondedores y no respondedores (respuesta clínica y PRO) a la semana 24 con la productividad laboral y del hogar mediante una encuesta validada. Se aleatorizó a 218 pacientes en el grupo de CZP (121 para espondilitis anquilosante y 97 para espondiloartritis axial no radiográfica). Las características basales eran semejantes entre las poblaciones.

**Conclusiones:** Los pacientes que alcanzaron mejores respuestas clínicas y alivio de sus síntomas después del tratamiento con CZP también señalaron mayores mejorías respecto de su productividad laboral y en el hogar, así como mejor participación social. La relación entre la respuesta al tratamiento y la mejoría en la productividad (laboral y en el hogar) se observó en ambas subpoblaciones (espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial no radiográfica); los resultados sugieren que una medida efectiva de tratamiento puede tener un efecto social positivo, al lograr que los pacientes tengan vidas sociales y productivas activas.

## C128

### Búsqueda de entesitis asintomática en pacientes con psoriasis y ToPAS negativo

Armenta-González AE<sup>(1)</sup>, Flores-Alvarado DE<sup>(1)</sup>, Ocampo-Candiani J<sup>(2)</sup>, Gómez-Flores M<sup>(2)</sup>, García-Pompermayer MR<sup>(1)</sup>, Garza-Garza R<sup>(2)</sup>, Silva-Luna K<sup>(1)</sup>, De la Cruz-Becerra LB<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL, <sup>(2)</sup>Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

**Introducción:** La entesis se considera el órgano blanco de la inflamación en las espondiloartritis; la prevalencia de entesitis en artritis psoriásica no es fácil de determinar por la ausencia de signos inflamatorios visibles.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de entesitis subclínica en pacientes con psoriasis sin signos clínicos de artritis psoriásica y cuestionario *Toronto Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire* (ToPAS) negativo, atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

**Material y métodos:** Estudio transversal de marzo de 2013 a octubre de 2014. Se incluyó a 27 pacientes con psoriasis, asintomáticos, y cuestionario ToPAS negativo. A todos se les realizó ultrasonido musculoesquelético (dos evaluadores) el mismo día de la evaluación clínica.

**Resultados:** Quince (55%) eran hombres, con edad media de 45.3 años (DE 12.7), 81.5% utilizaba esteroide tópico, 11.1% metotrexato y 3 a 7% anti-TNF.

A la exploración musculoesquelética, tres pacientes presentaron entesitis (11.1%). El primer evaluador encontró entesitis por ultrasonido en 22.2% y el segundo en 55.6% ( $P=0.013$ ;  $k=0.33$ ). La entesitis definida sólo por Doppler positivo se observó en 48.1% y 59.3%, respectivamente ( $k=0.77$ ).

**Conclusiones:** El ultrasonido musculoesquelético detecta un número considerable de entesitis subclínica; las diferencias entre los evaluadores no difieren de lo informado en las publicaciones médicas. Éste es el primer estudio en pacientes con psoriasis sin signos clínicos de artritis, con ToPAS negativo y ultrasonido musculoesquelético.

## C129

### Conversión y reversión tuberculínica en pacientes con espondiloartritis (SpA) tratados con inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF- $\alpha$ )

Aké-Uc MA<sup>(1)</sup>, Burgos-Vargas R<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>HGZ 1 IMSS, Durango, México, <sup>(2)</sup>Hospital General de México

**Introducción:** Las SpA y la tuberculosis (TB) son prevalentes. La conversión de la prueba de tuberculina (PPD) en usuarios de anti-TNF se ha informado en otras afecciones reumatológicas.

**Objetivo:** Determinar la conversión y reversión tuberculínica en pacientes con SpA tratados con anti-TNF e identificar factores predisponentes.

**Métodos:** Estudio retrospectivo. Pacientes consecutivos >16 años con SpA tratados con anti-TNF- $\alpha$  (12 meses). Escrutinio para TB mediante PPD y radiografía de tórax. Se excluyeron expedientes incompletos, TB curada o activa, uso previo de isoniazida, inmunosupresores y VIH/sida. Se determinó la frecuencia de conversión y reversión y se identificaron factores predisponentes. Análisis descriptivo bivariado y regresión logística binaria.

**Resultados:** Se incluyó a 79 pacientes con SpA. La conversión y reversión en SpA ocurrieron en 18 (22.8%) y cinco (6.3%) casos, espondilitis anquilosante (EA) en 11 (27.5%) y dos (5%), y espondiloartritis indiferenciada

(SpA-I) en seis (20.7%) y tres (10.3%), respectivamente. Hasta 33 (41.77%) recibieron isoniazida a los 12 meses. El uso de isoniazida ( $p < 0.000$ ) se relacionó con la reversión y la actividad basal (BASDAI) ( $p < 0.000$ ) con la conversión. Los tiempos de tratamiento ( $p = 0.005$ ) y uso de anti-TNF- $\alpha$  ( $p = 0.004$ ) fueron mayores en la conversión. El tiempo con anti-TNF se relacionó con reversión ( $p = 0.025$ ), no con conversión ( $p = 0.110$ ). No se identificaron factores predisponentes.

**Conclusión:** En pacientes con SpA tratados con anti-TNF se observó conversión en 22.8% y reversión en 6.3%, con EA 27.5% y 5%, y en SpA-I 20.7% y 10.3% respectivamente. La reversión se presentó con menor tiempo de uso de anti-TNF. No se documentaron factores predisponentes para la conversión y reversión.

## C130

### Sacroileítis tuberculosa como forma de presentación de tuberculosis extrapulmonar

Castro-Colín Z<sup>(1)</sup>, Pérez-Pérez M<sup>(1)</sup>, Vásquez Jiménez EC<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General de Zona Número 27, <sup>(2)</sup>UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza

**Introducción:** La sacroileítis tuberculosa es una entidad poco frecuente y no supone más del 10% de todos los casos de tuberculosis osteoarticular y ésta es unilateral.

**Caso:** Paciente masculino de 56 años, con pérdida de peso de 17 kg, dolor lumbar 5/10 que se irradia hacia pierna derecha y produce incapacidad de la marcha; fiebre de 40°; se valora por ortopedia y se establece hernia discal L5-S1 que exige fisioterapia, sin mejoría; continúa con fiebre intermitente por cuatro meses y se realizan los siguientes estudios: cultivos negativos, VDRL-, ag HBS-, ac Hbc-, HCV negativo; serología para *Brucella* negativa, ELISA VIH -, PCR 256. VSG: 47 mm/1 h; leucos, 8.9x10<sup>3</sup>; Hb, 12.3 g/dl; plt, 484x10<sup>3</sup>; glucosa, 103 mg/dl; creat, 0.9 mg/dl; AST, 37 U/L; ALT, 29 U/L; FA, 180 U/L; GGT, 204 U/L; DHL, 224 U/L; FR, 10 UI/ml; ANA negativos; HLA 27 negativo. EMG: potenciales de acción muscular compuestos con amplitud disminuida para nervio tibial derecho; IRM: aumento de espacio articular sacroiliaco derecho, con extenso edema subcondral y medular con franca irregularidad de las superficies articulares; incremento difuso y heterogéneo de los músculos y tejido blando adyacente a la articulación sacroiliaca derecha; TEP/TC: espondilodiscitis a nivel L3-L4 con afectación de psoas derecho, en relación con incremento del metabolismo, degeneración a nivel de sacroiliaca derecha, acompañada de aumento del metabolismo de tipo inflamatorio, ganglios retroperitoneales, mesentéricos e iliacos bilaterales con incremento del metabolismo no mayores de 8 mm, PPD de 12 mm, PCR sérica para TB negativa, por lo que se realiza biopsia abierta articular teñida con Ziehl-Neelsen y cultivo en medio de Lowenstein-Jesen y se aísla *Mycobacterium tuberculosis* por lo que se concluye sacroileítis tuberculosa; se inicia tratamiento antifímico por 12 meses con remisión de síntomas.

**Conclusión:** Un diagnóstico temprano y definitivo de sacroileítis tuberculosa es extremadamente difícil debido a la evolución insidiosa y síntomas inespecíficos y el 92% de estos pacientes se trata como lumbalgia o ciática al inicio del cuadro. El diagnóstico se basa en la experiencia clínica, imágenes y laboratorio que apoyen la sospecha. La IRM y TC son métodos complementarios durante el diagnóstico, clasificación, valoración quirúrgica y evaluación del pronóstico. La quimioterapia antifímica es la piedra angular del tratamiento.

## C131

### Eritema nodoso como primera manifestación de polimiositis

González-Rosas L, Pérez-Cruz PJ, Aguilar-Arreola JE, Gómez-Bañuelos JE, Vázquez del Mercado-Espinoza M

Hospital Civil Nuevo de Guadalajara Juan I Menchaca

**Introducción:** El eritema nodoso es una reacción cutánea considerada una respuesta inmunológica inespecífica determinada por un amplio espectro de múltiples agentes etiológicos; las infecciosas son las más comunes. En menor porcentaje puede ser secundario a enfermedades inflamatorias (lupus eritematoso sistémico y sarcoidosis). Existen pocos casos notificados secundarios a polimiositis. Consiste en la aparición de nudosidades dolorosas en superficies de extensión de las piernas.

**Presentación del caso:** Hombre de 33 años. Ingresó por presentar aumento de volumen en dorso en ambas manos, con eritema y lesiones tipo nódulo de color violáceo en extremidades inferiores y superiores, dolorosas (fig. 1). Tres meses después presenta debilidad muscular proximal, en cintura escapular y pélvica. Laboratorio: leucocitosis, PPD negativo, serologías VHB, VHC y VIH, PCR para *Borrelia burgdorferi* negativo, marcadores tumorales negativos; VSG, 90 mm/h; PCR, 227 mg/L; C3, 166 mg/dl; C4, mg/dl; ANA, FR, p-ANCA y C-ANCA negativos; procalcitonina negativa; TGO, 144 UI/L; TGP, 73 U/L; GGT, 26 UI/L; FA, 52 U/L; creatininfosfocinasa 5 276 U/L; aldolasa, 12; radiografía de tórax normal; electromiografía: trastorno miopático crónico.

**Trascendencia:** Existen muy pocos casos informados de eritema nodoso como primera manifestación de la polimiositis.

**Figura 1.** Lesiones cutáneas en el miembro inferior izquierdo.



## C132

### Tenosinovitis, una manifestación musculoesquelética rara en la dermatomiositis: informe de caso y revisión de las publicaciones médicas

Ordano-López FE<sup>(1)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(1)</sup>, Barbosa-Cobos RE<sup>(1)</sup>, Rodríguez-Henríquez PJ<sup>(2)</sup>, Lugo-Zamudio GE<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, <sup>(3)</sup>División de Medicina, Hospital Juárez de México

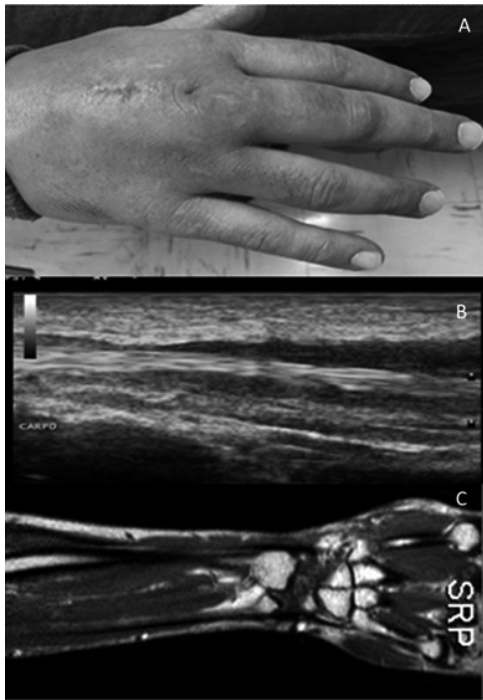
**Introducción:** La tenosinovitis en mano es una manifestación poco frecuente en la dermatomiositis; se describen causas proliferativas, secundarias a depósito de calcio e infecciones por micobacterias; en las

publicaciones médicas se informan casos en pacientes con lesiones ulcerativas en manos y calcinosis.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 53 años, con cinco meses de evolución, lesiones cutáneas, debilidad muscular proximal 3/5 en cuatro extremidades, artritis en metacarpofalángicas, carpos y codos. Estudios de laboratorio: CPK, 112 U/L; ANA, 1:160 moteado grueso; anti-Jo-1: 8.5 U/ml; cANCA y pANCA, 1:40; anti-PR3, 5.6 U; marcadores tumorales: antígeno prostático específico, CA15-3, ACE y CA 19-9, negativos; EMG: potencial de unidad motora polifásico de baja amplitud que afecta a cuatro extremidades; biopsia cutánea consistente con dermatomiositis; biopsia muscular sin cambios inflamatorios. Durante evolución se agregan úlceras digitales y disnea de esfuerzo. TCAR tórax: neumopatía intersticial inespecífica y quiste en lóbulo inferior derecho; broncoscopia: cultivo para hongos y micobacterias, negativos. Cursó con inflamación dorsal de mano derecha y limitación de la extensión; ultrasonido, RMN y biopsia de vaina tendinosa: tenosinovitis proliferativa de tercer extensor (fig. 1). Tratamiento con ciclofosfamida y prednisona, con mejoría.

**Discusión:** En este caso, la tenosinovitis relacionada con dermatomiositis se consideró secundaria al proceso inflamatorio sistémico; en el abordaje diagnóstico se descartó nexos con infecciones o neoplasias. Se considera relevante evaluar manifestaciones tendinosas en los pacientes con miopatías inflamatorias para determinar la prevalencia.

**Figura 1. A)** Mano derecha con inflamación dorsal. **B)** Ultrasonido, tenosinovitis del tercer extensor. **C)** RMN mano derecha con engrosamiento de la vaina del tendón extensor del tercer dedo.



C133

### Creatina fosfocinasa sanguínea elevada asintomática: ¿signo de enfermedad reumática o estigma hereditario? A propósito de un caso

Ricárdez-Puente HA<sup>(1)</sup>, García-Figueroa JL<sup>(2)</sup>, De la Madrid-Cernas AA<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General de Zona No. 46 Dr. Bartolomé Reynes Berezaluce, IMSS; Unidad de Reumatología del Sureste, Villahermosa, Tabasco, <sup>(2)</sup>Unidad de Reumatología

del Sureste, Villahermosa, Tabasco, <sup>(3)</sup>Unidad de Artritis y Reumatismo, Colima, Colima

**Introducción:** La creatina fosfocinasa sanguínea elevada asintomática se define como el incremento persistente de las concentraciones séricas de creatina fosfocinasa (CPK), sin manifestaciones clínicas, electromiográficas o histológicas. De curso benigno a largo plazo y en muchos casos idiopático, puede generar incertidumbre al pronóstico pues algunas enfermedades tienen un desenlace grave, si bien no requiere seguimiento continuo al carecer de efecto clínico.

**Caso clínico:** Mujer de 23 años; AHF: abuela con LES, madre con LES y Sjögren, expresión de neumopatía intersticial, hermana con microadenoma hipofisiario; APP: microadenoma hipofisiario a los 10 años, talla baja (1.48 m), alérgica a sulfas, actividad física regular; el resto sin relevancia. Desde los 11 años cifras elevadas de CPK por arriba de 1 000 U, aumento relacionados con ejercicio y regresión por encima de dicha cifra, múltiples determinaciones de CPK elevada. En clínica sólo fotosensibilidad, fuerza conservada, marcha normal, neurológico *ad integrum*, sin manifestaciones dérmicas ni otros estigmas de enfermedad reumática. Estudios de laboratorio: perfil tiroideo, prolactina, HL, TSH, estradiol, progesterona, BHC, química sanguínea, transaminasas, VDRL, factor reumatoide, ANA, anti-DNAs, Sm, C3, C4, panel viral, normales o negativos. EMG de extremidades sin criterios para afección muscular. Se encuentra sin medicación y sólo bajo vigilancia semestral por antecedentes.

**Discusión:** El síndrome de creatina fosfocinasa sanguínea elevada asintomática incluye un amplio espectro de causas genéticas y no genéticas; realizar el abordaje diagnóstico es difícil ante ausencia sintomática y estudios normales. En este caso los antecedentes y carga genética juegan un papel importante ante la posibilidad de ser una manifestación latente en espera de un estímulo medioambiental que pueda desencadenar una entidad reumática.

C134

### Calcinosis atípica en paciente con dermatomiositis del adulto

Damián-Ábrego GN, Hernández-Huirache HG, Flores-Franco JI, Sandoval-Illiescas M

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

**Introducción:** La calcinosis es una manifestación presente hasta en el 40% de la dermatomiositis juvenil y rara en la dermatomiositis del adulto. Esta complicación se describe en fases avanzadas de la enfermedad, en sitios de estrés físico crónico o postraumático.

**Objetivo:** Mostrar un caso de calcinosis grave y atípica en un paciente con dermatomiositis del adulto.

**Caso clínico:** Mujer de 42 años, con diagnóstico de dermatomiositis cuatro años previos, cuando presentó debilidad muscular proximal de miembros superiores e inferiores, artralgias, mialgias, eritema en heliotropo, pápulas de Gottron, eritema difuso en la parte superior del tórax y hombros. Se realizó biopsia de músculo vasto externo consistente con miopatía inflamatoria; de los estudios de laboratorio destacó creatina fosfocinasa: 874 U/ml; DHL: 1 345 U/ml; TGO: 456 U/ml; TGP: 658 U/ml. Se inició tratamiento con prednisona, metotrexato a dosis variables e hidrocortisona con mejoría. Ha permanecido en remisión hasta el momento actual. Hace dos años se documentó calcificación en región lumbar de 3 cm de diámetro; se indicó alendronato (70 mg/sem), pero la calcificación progresó en tamaño hasta ser incapacitante para la inclinación pélvica posterior y flexión lumbar. En la exploración física se encuentra a la digitopresión zona indurada, nodular, en región lumbar y glútea externa bilateral, simétrica; en cuadrante superior externo de glúteo derecho se identifica piel eritematosa y fistula con secreción serosa. Se realizó radiografía anteroposterior de la pelvis y lumbar que muestra calcificaciones múltiples de forma

reticulada, que cubren parte superior de ambos huesos ilíacos que se unen a nivel de la quinta vértebra lumbar; la tomografía con reconstrucción 3D muestra calcificación multinodular en bloque simétrico que se extiende por parte superior de huesos ilíacos con unión a nivel lumbar similar a alas de mariposa.

**Conclusión:** La calcinosis hoy en día es todavía una complicación grave para la función y un reto terapéutico.

## C135

### Dermatomiositis refractaria tratada con abatacept: informe de un caso

Batún-Garrido JA], Olán F, Hernández-Núñez E, Arteaga-García UG, Morales-Ramos Z

*Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez*

**Introducción:** El tratamiento de la dermatomiositis consiste en glucocorticoides e inmunosupresores. Un número considerable de pacientes es refractario al tratamiento tradicional. Se registran concentraciones elevadas de interleucinas proinflamatorias (TNF, IL-1, IL-6) y de moléculas relacionadas con la coestimulación de los linfocitos T, lo que hace razonable el uso de compuestos biológicos.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 30 años, con diagnóstico de dermatomiositis; recibió tratamiento con metotrexato, azatioprina, hidroxicloroquina, prednisona, micofenolato de mofetilo y pulsos de metilprednisolona, sin presentar incremento de la fuerza muscular ni disminución de valores de creatinina cinasa (CK), aldolasa y deshidrogenasa láctica (DHL). Por lo tanto se administraron seis pulsos de ciclofosfamida sin remisión, continuando con valores séricos de CK elevados (2 053 U/L); se indican dos dosis de rituximab (1 g), pero continúa con fuerza muscular 3/5 y cifras altas de CK (1 191 U/L) y DHL (233 U/L); después de seis meses de la administración de anti-CD20 continúa con disminución de la fuerza muscular y aumento de los niveles de CK (3 364 U/L), a pesar de dosis altas de inmunosupresores, por lo que se decidió administrar 125 mg subcutáneos de abatacept semanal (hoy en día cinco dosis), con lo que experimentó recuperación de la fuerza muscular y disminución de los valores de CK (387 U/L) y continuó con seguimiento en la consulta externa.

**Discusión:** Los agentes biológicos pueden tener un papel importante en las miopatías inflamatorias refractarias a tratamiento convencional; el tratamiento anti-CD20 es el más prometedor. El abatacept podría ser una opción beneficiosa para el tratamiento de la dermatomiositis refractaria.

## C136

### Miopatías refractarias con respuesta a Mabthera®: presentación de tres casos

Ruiz-López IK, Cruz-Hernández FH

*Hospital General de México*

**Caso 1:** Paciente femenino de 15 años de edad atendida dos meses antes de su ingreso hospitalario por la consulta externa en la que se establece diagnóstico de dermatomiositis; se inicia tratamiento con metotrexato/hidroxicloroquina y esteroides orales, tratamiento que no se administra y llega al servicio de terapia intensiva en clase funcional IV y proceso neumónico; requiere apoyo con ventilación mecánica, antibióticos intravenosos y esteroides.

**Caso 2:** Paciente femenino de 16 años de edad que satisfizo criterios para diagnóstico de polimiositis; inició tratamiento a base de metotrexato

y esteroides orales. Un mes después ingresa por deterioro de la clase funcional por lo que recibe pulsos de esteroides y gammaglobulina y egresa con clase funcional III con metotrexato y azatioprina; ya no acude a consulta externa de reumatología. Sin adecuada adherencia terapéutica, ocho meses después llega al servicio de terapia intensiva en clase funcional IV, deterioro ventilatorio que exigió ventilación mecánica.

**Caso 3:** Paciente femenino de 16 años de edad que ingresa al servicio de urgencias con clase funcional III; cumple criterios de clasificación para dermatomiositis y se ingresa para administración de pulsos de esteroides, con deterioro respiratorio de rápida progresión por cuadro de neumonía que requiere traslado a terapia intensiva para apoyo ventilatorio.

En los tres casos se administraron pulsos con esteroides, ciclofosfamida y gammaglobulina sin respuesta; continúa con ventilación mecánica. Por imposibilidad para la decanulación y persistencia de inmovilidad se realiza traqueostomía en los tres casos y gastrostomía en los casos 1 y 2. En los tres casos se administró Mabthera® (1 g, dos dosis) con el que se observa mejoría clínica, descenso de enzimas musculares y retiro de la ventilación mecánica.

En la actualidad, las pacientes continúan bajo tratamiento con metotrexato + azatioprina; las pacientes 1 y 2 caminan con ayuda de andadera; la paciente 3 se encuentra en clase funcional II y ya se retiró la traqueostomía.

## C137

### Análisis de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo y anticuerpos contra blancos menores en pacientes con vasculitis de vasos pequeños: relación con manifestaciones clínicas y serológicas

Hinojosa-Azaola A, Núñez-Álvarez CA, García-Hernández JL, Alcocer-Varela J

*Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*

**Introducción:** Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) contra PR3 y MPO son los principales anticuerpos en vasculitis relacionadas con ANCA (VAA). Otros anticuerpos de neutrófilos no se determinan de forma sistemática y se desconoce su importancia como marcadores de inflamación, correlación con actividad y manifestaciones clínicas.

**Objetivo:** Analizar ANCA y anticuerpos contra blancos menores de neutrófilos e investigar si existen relaciones con manifestaciones clínicas.

**Material y métodos:** Se incluyó a 50 pacientes con VAA y 43 controles (LEG, vasculitis sistémicas, infecciones, sanos). Se determinó actividad de la enfermedad (BVAS), evaluación global del médico (PGA), estudios de laboratorio y tratamiento; ANCA-IFI y anticuerpos por ELISA (MPO, PR3, catepsina G, lisozima, lactoferrina, BPI y elastasa). Estadística descriptiva, T de Student, U de Mann-Whitney,  $\chi^2$ , exacta de Fisher, regresión logística y correlación.

**Resultados:** Los pacientes tuvieron mayor edad ( $p < 0.001$ ), ANCA+ ( $p < 0.001$ ) y anti-PR3+ ( $p < 0.0001$ ) vs. controles. Pacientes activos con VAA tenían mayor dosis de PDN ( $p = 0.003$ ), anti-PR3+ ( $p = 0.02$ ) y PGA ( $p < 0.001$ ). PGA fue factor independiente (OR, 2.2; IC 95%, 1.3-3.8;  $p = 0.002$ ) en pacientes activos. Los pacientes ANCA+ tuvieron con más frecuencia anti-MPO+ ( $p = 0.001$ ), anti-PR3+ ( $p < 0.0001$ ) y elastasa ( $p = 0.01$ ) en comparación con los ANCA-. Hubo correlación entre PGA y BVAS ( $r = 0.83$ ,  $p < 0.0001$ ), PCR y BVAS ( $r = 0.51$ ,  $p = 0.03$ ), PCR y PGA ( $r = 0.66$ ,  $p < 0.0001$ ), síntomas constitucionales y PGA ( $r = 0.56$ ,  $p = 0.004$ ).

**Conclusiones:** La positividad para ANCA diferencia entre vasculitis de vasos pequeños y enfermedades autoinmunitarias e infecciones; la reactividad contra PR3, MPO y elastasa es la más frecuente en pacientes ANCA+. No se encontraron relaciones entre los anticuerpos determinados y manifestaciones clínicas.

C138

**Utilidad diagnóstica de los anticuerpos antiproteína 3 de alta sensibilidad (anti-PR3-AS) en pacientes mexicanos con vasculitis relacionadas con anticuerpos anticito plasma del neutrófilo (VAA)**

Núñez-Álvarez CA, García-Hernández JL, Baños-Laredo ME, Huerta-García MT, Martínez-Castillo A, Hernández-Ramírez DF, Alcocer-Varela J, Hinojosa-Azaola A

*Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán*

**Introducción:** Las pruebas serológicas para el diagnóstico de VAA incluyen a los ANCA-IFI, anti-MPO y anti-PR3. Estos últimos reconocen epítopes conformacionales y se han propuesto nuevos métodos con mejor utilidad diagnóstica.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad diagnóstica de los anti-PR3-AS en VAA y compararlos con los métodos tradicionales.

**Métodos:** Se incluyó a 50 pacientes con VAA [80% granulomatosis con poliangitis; actividad por BVAS/GPA 1 (0-14); duración de la enfermedad de tres años (0-36)], y 45 controles sanos. Pruebas realizadas: ANCA-IFI y anti-PR3 [INOVA, Orgentec y AS]. Los valores de referencia y la utilidad se establecieron con curvas ROC o tablas de contingencia, Spearman para correlación, análisis bivariados y de regresión logística.

**Resultados:** Los valores de referencia establecidos fueron: INOVA (7.6 U); Orgentec (3.1 U/ml) y AS (5.2 U/ml). Los anti-PR3-AS mostraron la mejor área bajo la curva (0.99), seguido de los anti-PR3-Orgentec (0.93) y anti-PR3-INOVA (0.60). La seroprevalencia observada fue: anti-PR3-AS (86%), anti-PR3-INOVA (46%) y anti-PR3-Orgentec (58%). Los anti-PR3-AS tuvieron el mejor desempeño (S:96%, E:94%; VPP:98%, VPN:86%), seguidos de anti-PR3-INOVA (S:46%, E:98.1%; VPP:96%, VPN:64%) y anti-PR3-Orgentec (S:66%, E:91.7%; VPP:91%, VPN:67%). Los anti-PR3 tuvieron correlación con la determinación de ANCA-IFI [anti-PR3-AS ( $r=0.60$ ,  $p<0.01$ ), anti-PR3-Orgentec ( $r=0.63$ ,  $p<0.01$ ) y anti-PR3-INOVA ( $r=0.54$ ,  $p<0.01$ )]. La positividad anti-PR3-INOVA mostró nexo con manifestaciones en vías respiratorias (OR, 15.5; IC 95%, 1.4-163.7;  $p=0.02$ ), y anti-PR3-Orgentec con BVAS/GPA (OR, 1.5; IC 95%, 1.01-2.3;  $p=0.04$ ); anti-PR3-AS no mostró relación.

**Conclusiones:** Es importante establecer valores de referencia en esta población para los distintos anticuerpos y conocer su utilidad diagnóstica. Los anticuerpos anti-PR3-AS tienen adecuada utilidad diagnóstica pero su valor clínico en pacientes con VAA es limitado.

C139

**Prevalencia de manifestaciones neurológicas en pacientes con granulomatosis con poliangitis. Experiencia en un centro hospitalario de tercer nivel de atención en la Ciudad de México**

Hernández-Bedolla A, Portela-Hernández M, Pérez-Cristóbal M, Ricano-Rocha R, López-Marquet M, Torres-Valdez E, Barile-Fabris L

*Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, IMSS*

**Introducción:** La granulomatosis con poliangitis (GPA) es una enfermedad inflamatoria vascular multisistémica; la prevalencia de manifestaciones neurológicas es variable (15-45%) y representan manifestaciones de gravedad que a menudo son refractarias al tratamiento convencional.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de las manifestaciones neurológicas en estos pacientes con GPA y su relación con actividad y daño.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y analítico. Se recolectó a partir del expediente clínico de pacientes con GPA del HE CMN Siglo XXI de enero de 2011 a mayo de 2015; se recabaron las manifestaciones clínicas durante su evolución. Se determinaron con herramientas de clinimetría para GPA la actividad inicial y el daño. Se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se incluyó a 51 pacientes, 66.6% (34) hombres y 33.3% (17) mujeres, y se excluyó a 22 pacientes por expediente clínico incompleto. Las manifestaciones neurológicas se presentaron en el 86.2% (44) de los pacientes y predominó sistema nervioso periférico en el 90.9% (40); la neuropatía sensitiva fue la más frecuente 54.5% (24). Las manifestaciones de sistema nervioso central aparecieron en 11.3% (cinco). Se presentaron como manifestación inicial en el 86% (38), se relacionaron con una media de BVASgpa de 16±6 y media de VDI en su última valoración de 3±1.

**Conclusiones:** Las manifestaciones neurológicas en GPA son frecuentes en esta población y se relacionaron con alta actividad y daño. Existe poca información sobre incidencia, prevalencia y desenlace de las manifestaciones neurológicas en GPA; hasta el momento, las series descritas son anteriores al uso de fármacos biológicos y ninguna de éstas en población latinoamericana.

C140

**Análisis histológico en granulomatosis con poliangitis (GPA): ¿el estándar de oro?**

Arana-Ruiz JC<sup>(1)</sup>, Ruiz N<sup>(1)</sup>, Luna C<sup>(2)</sup>, Rivera Rosales RM<sup>(2)</sup>, Flores-Suárez LF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Vasculitis Sistémicas Primarias, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, <sup>(2)</sup>Anatomía, INER

**Introducción:** Se presenta a un hombre de 20 años, con afectación rinosinusal grave de difícil diagnóstico clínico e histopatológico.

**Caso clínico:** Sin antecedentes relevantes, inició en enero de 2015 con fiebre intermitente hasta 39°C, diaforesis, rinorrea purulenta y halitosis. Recibió varios antibióticos con mejoría relativa hasta que en mayo aparecieron súbitamente hipoacusia derecha, otalgia, pérdida ponderal de 5 kg, dolor pansinusal y adenopatías submandibulares dolorosas. En su hospital regional se realizó sinusectomía derecha. La biopsia obtenida fue consistente con GPA. Por persistencia de síntomas y epistaxis grave fue referido al centro de los autores. Una nueva biopsia volvió a ser consistente con GPA con inmunohistoquímica (IHQ) negativa. Los ANCA fueron negativos (ambos métodos). Se inició metotrexato (20 mg/sem) y prednisona (1 mg/kg), pero la evolución fue mala con aumento de dolor y tamaño de tumoración en pilar amigdalino derecho que impidió deglución. Otra biopsia de ese sitio mostró linfoma NK. Fue referido a centro oncológico donde falleció por obstrucción total de vía respiratoria.

**Discusión:** Los linfomas NK son más frecuentes entre la sexta y séptima décadas de la vida y los de bajo grado son los que más síntomas rinosinusales tienen. En México representan 10% de los linfomas malignos. Este caso se diagnosticó de modo inicial como GPA por la histología consistente (dos ocasiones) con IHQ negativa para linfocitos NK CD56+. En casos con progresión rápida de la enfermedad es necesario replantear el diagnóstico e incluir nuevas biopsias, sobre todo si los ANCA son negativos, algo poco frecuente en GPA con grave compromiso rinosinusal.

C141

**Arteritis de Takayasu y embarazo**

Rangel-Botello AN, Esparza-Holguín HE, Moreno-Valdés R, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Introducción:** La arteritis de Takayasu, vasculitis que se caracteriza por afección de grandes vasos, predominantemente aorta y sus ramas principales y de predominio en jóvenes, se expresa con lesiones estenóticas descubiertas con frecuencia después de varios años de la enfermedad. Los síntomas reflejan isquemia y daño a órgano. El embarazo por sí solo puede conducir a lesiones vasculares y episodios cardiovasculares y cerebrovasculares y agravar los ya existentes.

**Descripción del caso:** Paciente femenino de 21 años con antecedentes de hipertensión arterial desde los 15 años en tratamiento con enalapril. Abordaje de hipertensión secundaria; ecocardiograma y Doppler renal normales; no continuó con seguimiento. Antecedente de claudicación de miembros inferiores. Referida por descontrol hipertensivo y embarazo de 33 SDG, abordada como preeclampsia. Por la hipertensión de difícil control se interrumpió el embarazo por vía abdominal sin complicaciones. Recibió alfametildopa, amlodipina, metoprolol, enalapril, prazosina y minoxidilo. En la exploración física destacó soplo aórtico plurifocal con diferencia de tensión arterial en extremidades (brazo derecho, 160/76 mmHg; izquierdo, 145/76 mmHg; inferiores: derecho, 100/61 mmHg; izquierdo, 100/70 mmHg). Estudios con anemia normocítica-normocrómica y PCR elevada; resto sin alteraciones. La tomografía toracoabdominal con alteraciones características del tipo V (fig. 1). Inició prednisona a 1 mg/kg, y estatina y rituximab a 500 mg.

**Discusión:** La arteritis de Takayasu ocurre en mujeres en edad reproductiva. Algunos estudios destacan el efecto nocivo de la hipertensión arterial en el desenlace de embarazo. Se observa hipertensión de inicio o empeoramiento hasta en el 26%. Las complicaciones obstétricas ocurren en el segundo y tercer trimestres. La actividad de la AT se presenta al margen del embarazo.

Figura 1. Tomografía tóracoabdominal.



C142

### Arteritis de Takayasu en paciente con artritis reumatoide

Rangel-Botello AN, Almanza-Huante E, Esparza-Holguín HE, Santillán-Guerrero E, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

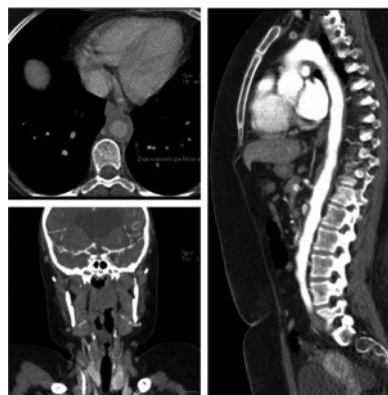
**Introducción:** La arteritis de Takayasu (AT) se caracteriza por afectar a la aorta y ramas principales. Predomina en mujeres en edad reproductiva y las complicaciones son isquémicas. Existen informes de relación con otras enfermedades autoinmunitarias.

**Descripción del caso:** Paciente femenino de 29 años que en enero de 2007 acudió por antecedente de artritis, fenómeno de Raynaud, púrpura palpable, uveítis y luego escleritis nodular. Anti-CCP (-), FR de 195.5 U/L y ANA de 1:30 moteado. Se inició azatioprina, cloroquina y prednisona. Ultrasonido de manos: artropatía erosiva. Hospitalización en 2010 por episodio vascular cerebral; soplo aórtico, carotídeo; disminución de pulsos

periféricos. Estudio de imagen con estenosis de carótida común e interna por hiperplasia de la íntima y media (fig. 1). Recibió esteroide y completó 3 g de ciclofosfamida (CFM). Seguimiento con tratamiento a base de azatioprina, cloroquina, micofenolato de mofetilo, prednisona y antihipertensivos. Marzo de 2014 recibe CFM y rituximab por actividad. En abril de 2015, por episodios de síncope, mareo e inestabilidad, se sometió a derivación aortocarotídea derecha y fallece por complicaciones.

**Discusión:** Existen pocos casos de la presencia concurrente de AT y AR; tanto en la membrana sinovial de la AR como en la pared arterial en la AT hay infiltración de linfocitos T citotóxicos y liberación de citocinas proinflamatorias como TNF, pero la relación entre AR y AT es rara. Algunos informes sugieren que la edad de diagnóstico de AT en pacientes con AR es mayor en comparación con pacientes con AT aislada (55 años vs. 28 años en serie de 20 casos). La paciente recibió inmunosupresores, a pesar de lo cual tuvo curso progresivo, con actividad continua como ocurre en el 25% de los pacientes.

Figura 1. Estudio de imagen.



C143

### Síncope recurrentes como manifestación de arteritis de Takayasu

Flores-Franco JI, Damián-Ábrego GN, Hernández-Huirache HG, Sandoval-Illiescas M

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

**Introducción:** La arteritis de Takayasu (AT) constituye una vasculitis de grandes vasos poco frecuente, caracterizada por una panarteritis granulomatosa crónica de la aorta y sus principales ramas. El proceso inflamatorio culmina con estenosis arterial o formación de aneurismas. Se manifiesta al inicio con síndrome constitucional y de forma tardía con manifestaciones vasculares. El diagnóstico se ve retrasado en un promedio de 17.5 meses a partir del inicio de los síntomas por su presentación inespecífica.

**Objetivo:** Describir un caso de AT con manifestación clínica de síncope recurrentes.

**Caso clínico:** Mujer de 20 años sin antecedentes de importancia. Inició a los 14 años con disnea de pequeños esfuerzos, palpitaciones, episodios de cianosis distal en extremidades superiores y síncope recurrentes de características vasovagales. Acudió con múltiples médicos sin concluir diagnóstico. Al ingreso a este hospital se documentó soplo carotídeo holosistólico bilateral con irradiación a región subclavia con pulsos radial y cubital filiformes. Se realizaron: 1) electrocardiograma, con datos de hipertrofia del ventrículo izquierdo; 2) ecocardiograma transtorácico con insuficiencia aórtica secundaria a prolapso parcial de las cúspides de grado ligero, FEVI del 62%, hipertensión arterial pulmonar (PSAP, 40 mmHg), aorta ascendente y arco aórtico a la izquierda sin evidencia de obstrucción; 3) USG

Doppler dúplex, con hiperplasia mediointimal con medición de 2.5 mm en carótida común e imagen de estenosis de un 30% a nivel del bulbo derecho; 4) angiografía contrastada, datos de estenosis del segmento inferior de la carótida común izquierda a 15 mm de su origen, con segmento que demuestra paso del flujo filiforme, y estenosis del segmento inferior de tronco braquiocefálico a 12 mm de su origen.

**Conclusiones:** La AT es una afección difícil de sospechar en etapas tempranas; es importante considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales de síncope recurrentes de pacientes jóvenes.

#### C144

### Disnea respiratoria o cardiaca en granulomatosis con poliangeítis

Ruiz-Gómez NI, Flores-Suárez LF, Arana-Ruiz JC

INER, Clínica de Vasculitis Sistémicas Primarias

**Introducción:** La insuficiencia aórtica (IAo) es efecto de alteraciones estructurales de las válvulas sigmoideas. El compromiso valvular en GPA es raro y secundario a infiltración.

**Caso clínico 1:** Hombre de 30 años tratado con diagnóstico de GPA. MTX, 22.5 mg/sem. Presentó fatiga, poliuria, dolor torácico, disnea y palpitaciones de un mes de evolución. EF: soplo diastólico aórtico, PCR elevada y EGO con eritrocituria y cilindros granulosos. Un ECOTT mostró disfunción diastólica grave, dilatación e insuficiencia de valva aórtica graves. Se inició prednisona a 1 mg/kg y ciclofosfamida (seis bolos). Se dejó tratamiento con MTX de 25 mg/sem. En la actualidad en espera de cirugía.

**Caso clínico 2:** Hombre de 28 años, con GPA activa, PDN de 20 mg/día y MTX de 25 mg/sem en remisión. En lapso de tres semanas presentó soplo diastólico aórtico y leucocitosis, se aumentó el MTX a 30 mg qd, con adecuada respuesta a los dos meses. Se inició disminución de PDN y MTX de 25 mg/sem. Un año después de alcanzar remisión presentó disnea progresiva y se encontraron lesiones nodulares en piel, nuevo soplo diastólico aórtico y hematuria. Se aumentó PDN a 1 mg/kg y MTX a 30 mg/sem. Se realizó ECOTT con disfunción diastólica e insuficiencia valvular aórtica. Hoy en día, MTX de 25 mg/día y sin PDN. Persistencia del soplo, pero con criterios de remisión desde hace un año.

**Discusión:** La insuficiencia valvular es una complicación rara de la GPA, que puede producir aneurismas aórticos. Como tratamiento médico se indican corticosteroides y ciclofosfamida para evitar la progresión, pero no evitan complicaciones (disección aórtica). Se sugiere cirugía cuando la enfermedad se encuentra inactiva.

#### C145

### Síndrome pulmón-riñón secundario a poliangeítis microscópica: informe de un caso

Barrera-Rodríguez AA<sup>(1)</sup>, Sabido-Sauri RA<sup>(2)</sup>, Loeza-Güemez RA<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatólogo, Hospital General Dr. Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán, <sup>(2)</sup>Residente de segundo año de Medicina Interna, Hospital General Dr. Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán, <sup>(3)</sup>Residente de cuarto año de Medicina Interna, Hospital General Dr. Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán

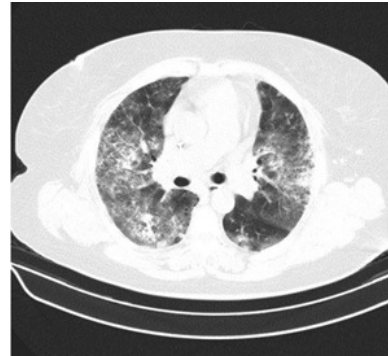
**Introducción:** El síndrome pulmón-riñón es una combinación de hemorragia alveolar y glomerulonefritis de rápida progresión. Las vasculitis sistémicas primarias y el síndrome de Goodpasture son las causas más frecuentes.

**Caso:** Mujer de 49 años con dolor articular y disnea que se ingresa al presentar hemoptoicos. Al inicio muestra creatinina de 6.66 mg/dl, acidosis metabólica (pH, 7.1; HCO<sub>3</sub>, 12; pCO<sub>2</sub>, 18), anemia grave (6.5 g/dl), uroanálisis

(densidad, 1.020); eritrocitos, 10-15 por campo; cilindros granulosos, 5 por campo, proteínas de 800 mg/dl, depuración de proteínas de 24 h de 3.4 g; radiografía de tórax: infiltrados alveolares difusos en ambas bases; tomografía axial computarizada pulmonar sugerente de hemorragia alveolar (fig. 1). C3, 79 U/ml; C4, 14 U/ml, los anticuerpos antimembrana basal glomerular (Ac-AMBG) fueron negativos. Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) muestran patrón perinuclear, 1:640. La biopsia renal señaló glomeruloesclerosis, semilunas y depósitos de IgM y C3. Se concluyó síndrome pulmón-riñón secundario a poliangeítis microscópica y se trató con esteroides, inmunosupresores y hemodiálisis.

**Conclusión:** El síndrome pulmón-riñón es una entidad poco frecuente con la que, por su elevada tasa de mortalidad y complicaciones, el clínico debe estar familiarizado. El diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, radiológicos, de laboratorio e histológicos; el tratamiento temprano con esteroides e inmunosupresores disminuye la morbilidad y mortalidad. Se desconocen sus causas; se presenta el caso ya que aún no se puede comprender la epidemiología regional.

Figura 1. Tomografía de tórax.



#### C146

### Aspergilosis pulmonar invasiva en un paciente con granulomatosis con poliangeítis

De la Cruz-Castillejos JC, Castillo-Ortiz AA, Barbosa-Cobos RE, Becerril-Mendoza LT, Vargas-Avilés AS

Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La aspergilosis pulmonar invasiva (API) es una infección oportunista grave que ocurre en pacientes inmunosuprimidos. Los pacientes con granulomatosis con poliangeítis (GP) en tratamiento inmunosupresor son susceptibles.

**Descripción del caso:** Mujer de 50 años con GP: púrpura palpable, proteinuria, eritrocituria y polineuropatía periférica. Biopsia de piel: vasculitis leucocitoclástica; tomografía pulmonar de alta resolución (TACAR): neumopatía intersticial inespecífica; anticuerpos cANCA de 1:640 U y anti-PR3 de 200 U. Tratamiento de inducción, ciclofosfamida y mantenimiento, prednisona y azatioprina. Abandonó seguimiento y continuó con prednisona de 20 mg/día. Ingresó por fractura coxofemoral izquierda y se diagnosticó diabetes mellitus 2. Valorada en reumatología por síndrome febril y tos con expectoración mucopurulenta. Estudios de laboratorio: glucosa sérica de 542 mg/dl; galactomanano, 15 ng/ml; PPD y cultivos para tuberculosis negativos. Telerradiografía de tórax y TACAR de tres cavernas; broncoscopia, cambios inflamatorios agudos y crónicos, tejido necrótico, celularidad de 95% polimorfonucleares y microorganismos consistentes con *Aspergillus*. Cultivos de material bronquial, *Aspergillus fumigatus*. Recibió tratamiento con caspofungina y luego voriconazol. Evolucionó a sepsis y síndrome de dificultad respiratoria aguda, que provocan el deceso. La necropsia señaló aspergilosis pulmonar invasiva sin evidencia de vasculitis activa.

**Discusión:** Diferenciar entre actividad de vasculitis y API implica un reto diagnóstico y es necesario descartar la coexistencia.

C147

### Colangitis como primera manifestación de vasculitis

García A<sup>(1)</sup>, Morales L<sup>(2)</sup>, Cruz E<sup>(3)</sup>, Juárez M<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, Hospital General ISSSTE, La Paz, BCS, <sup>(2)</sup>Endoscopia, Hospital General ISSSTE, La Paz, BCS, <sup>(3)</sup>Patología, Hospital General ISSSTE, La Paz, BCS, <sup>(4)</sup>Radiodiagnóstico Especializado, La Paz, BCS

Las vasculitis inician por lo general con síntomas poco específicos, tales como mialgia y malestar general, para después presentar el cuadro clínico más característico. Los síntomas gastrointestinales son poco frecuentes y de éstos la afección de la vía biliar es rara.

**Descripción del caso:** Paciente femenina de 40 años que inicia tres meses antes con dolor intermitente en epigastrio y fiebre con sudoración nocturna. Antecedente de colecistomía alitiásica. Laboratorio inicial normal. Ultrasonograma: dilatación de vías biliares intrahepáticas. Se presenta anemia moderada, leucocitos normales, trombocitosis marcada, deshidrogenasa láctica elevada con bilirrubinas, fosfatasa alcalina y transaminasas normales. Se diagnostica colangitis. Tratamiento por dos semanas con quinolonas y cefalosporinas sin mejoría de los síntomas. Colangiorresonancia: colangitis intrahepática. Se realiza CEPRE con esfinterotomía. Se administran quinolonas de cuarta generación por dos semanas sin mejoría. Laboratorio sin cambios, con PCR y VSG muy elevados y anticuerpos antinucleares, antimitocondriales, antiproteína 3 y antimieloperoxidasa negativos. En clínica se presentan lesiones vasculíticas y *livideo reticularis* en piernas, fenómeno de Raynaud monofásico en manos. Se inicia con trimetoprim/sulfametoxazol durante dos semanas. Desaparece la fiebre y el dolor; persisten sudoración nocturna. La biopsia de piel muestra vasculitis. Se inicia con esteroides y hay mejoría de los síntomas y normalización de las alteraciones de laboratorio.

Hasta la fecha sólo se han registrado cuatro casos de colangitis como primera manifestación de vasculitis. Los estudios de laboratorio para autoinmunidad fueron negativos y el diagnóstico se estableció por clínica tardía y biopsia de piel lesional. El uso de trimetoprim/sulfametoxazol tuvo éxito en el presente caso.

C148

### Síndrome de MAGIC con nódulos pulmonares

Arana-Ruiz JC<sup>(1)</sup>, Ruiz N<sup>(1)</sup>, Ramírez-Assad MC<sup>(1)</sup>, Rivera Rosales RM<sup>(2)</sup>, Flores-Suárez LF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Clínica de Vasculitis Sistémicas Primarias, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, DF, <sup>(2)</sup>Anatomía patológica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, México, DF

**Introducción:** Se presenta el caso de una paciente con manifestaciones infrecuentes en el síndrome de MAGIC.

**Caso clínico:** Mujer de 47 años, con úlceras bucales y de vulva, recurrentes y dolorosas, adenomegalias cervicales, pérdida ponderal, fiebre intermitente, uveítis anterior, artritis en manos, leucocitosis, anemia, trombocitosis, VSG y PCR elevados desde 2010. ANCA, AAN, anti-CCP, FR negativos. HLAB-35 bialélico. Biopsia de mucosa nasal compatible con Behçet. En agosto del 2010 se hallaron incidentalmente nódulos pulmonares cuya biopsia mostró infiltrado por linfocitos, macrófagos y células gigantes multinucleadas CD68+; se descarta neoplasia. Cultivos negativos. Se ha tratado con prednisona (PDN) a dosis altas, azatioprina, metotrexato, ciclofosfamida y micofenolato de

mofetilo (MMF) con periodos de remisión variables, pero con recurrencias. En agosto de 2015 (en tratamiento con MMF de 2 g qd y PDN de 7.5 mg qd) presentó inflamación auricular izquierda (fig. 1), artralgias en manos y úlceras en mucosas bucal y esofágica que impidieron deglución incluso de líquidos. La biopsia esofágica no mostró vasculitis.

Se indicaron tres pulsos de metilprednisolona, colquicina (0.5 mg bid) y MMF (3 g qd), con lo que ha mejorado. Se ha planteado inicio de anti-TNF o rituximab ante ausencia de remisión sostenida.

**Discusión:** Destacan en el caso la evolución desfavorable con curso refractario a múltiples fármacos y la aparición de nódulos pulmonares (presentado en 2013), que en la enfermedad de Behçet son infrecuentes (1-1.5%) y no se han notificado en MAGIC, síndrome al cual evolucionó con posterioridad. Los macrófagos CD68+ se han descrito en vasculitis y se acompañan de lesiones destructivas locales.

Figura 1. Tomografía de tórax e inflamación auricular izquierda.



C149

### Queratitis ulcerativa periférica y escleritis nodular como manifestación inicial de granulomatosis con poliangeítis

Castillo-Ortiz AA<sup>(1)</sup>, Barbosa-Cobos RE<sup>(1)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(1)</sup>, Vargas-Avilés AS<sup>(1)</sup>, Lugo-Zamudio GE<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>División Medicina, Hospital Juárez de México

Mujer de 22 años, inició con ojo rojo doloroso bilateral y se diagnosticaron queratitis ulcerativa periférica (QUP) y escleritis nodular; se trató con glucocorticoides con respuesta favorable. Cinco meses después ingresó y la valoró el servicio de reumatología por disminución ponderal de 15 kg, tos productiva con expectoración hialina por disminución de sangre, estertores crepitantes infraescapulares y lesiones nodulares necrosantes confluentes en miembros pélvicos y torácicos (fig. 1). Tomografía de alta resolución de tórax y patrón nodular en árbol en gemación. Biopsia de piel, vasculitis aguda leucocitoclástica pauciumunitaria y necrosis epidérmica difusa. cANCA de 1:160 y anticuerpos anti-PR3 de 133.3 U. Se diagnosticó granulomatosis con poliangeítis.

**Discusión:** La QUP puede ser la manifestación inicial de las vasculitis relacionadas con ANCA en 8 a 16% de los casos y la escleritis nodular se puede presentar en el 10%.



Figura 1. Lesiones nodulares necrosantes en las manos.



## C150

### Síndrome similar a vasculitis por intoxicación aguda por metales pesados

Aguirre-Gómez J, Aldeco-Galván P, Vázquez-Vidaurre M, Barrera-Rodríguez A

IMSS HGR 1, Yucatán

**Introducción:** Las vasculitis son enfermedades causadas por múltiples procesos (virales y bacterianos crónicos), que desencadenan una gran reacción inmunológica y cuando ésta no se controla genera múltiples manifestaciones, aunque existen otros procesos que pueden semejar una vasculitis.

**Caso:** Hombre de 67 años, herrero, inicio súbito durante sus actividades laborales y con curso clínico progresivo de una semana con fiebre intermitente de 38.5°C, mialgias, poliartralgias, petequias localizadas, prurito generalizado, adenopatías cervicales anteriores, estertores crepitantes bilaterales, disnea, dolor abdominal, llenado capilar 5", creatinina de 1.9 mg/dl, leucocitos de 14 500, neutrófilos de 82%, hemoglobina de 11.1 g/dl, plaquetas de 15 000, deshidrogenasa láctica de 726 U/L, albumina de 1.9, BT, 2.3 BD, 1.1; uroanálisis: eritrocitos dismórficos de 5-10 por campo; proteínas, 900 mg/dl; pH, 5.0; densidad, 1.020. Empeora disnea a ortopnea, descenso de hemoglobina de 6.1 g/dl en dos días, sin sangrado activo, aumento de creatinina a 5.6 mg/dl; radiografía de tórax: infiltrados alveolares difusos; tomografía pulmonar: intersticio pulmonar con engrosamiento difuso, derrame pleural bilateral del 10%; líquido pleural con características de exudado. Cultivos de secreciones negativos, Coombs indirecto de 1:8; C3, 124 mg/dl; C4, 18 mg/dl; PCR, 1.16 mg/dl; VSG, 15 mm/h; ANA, 0.053; anti-DNA, 0.075 U/ml; anti-Sm, 0.32; ANCA-c, 0.18 U/ml; ANCA-p, 0.24 U/ml. Nivel sérico: plomo, 100 µg/100 ml; níquel, 7 µmol/L; cromo, 40 nmol/L; aluminio, 800 µmol/L. Se inició tratamiento con esteroide, hidratación y oxígeno complementario, con remisión de la lesión renal y mejoría de la respuesta sistémica inflamatoria.

**Conclusión:** La exposición crónica a metales pesados (aluminio y plomo) desencadena una toxicidad que semeja una enfermedad autoinmunitaria, que con el abordaje adecuado y tratamiento correcto induce una respuesta favorable, sin necesidad de inmunosupresores ni tratamientos quelantes.

## C151

### Lesiones nodulares encefálicas en granulomatosis con poliangeítis (GPA) de curso refractario a tratamiento convencional

Ruiz-Gómez NI, Flores-Suárez LF, Arana-Ruiz JC

*Clínica de Vasculitis Sistémicas Primarias, INER*

**Introducción:** Las manifestaciones neurológicas centrales en GPA son raras (7-11%). El hallazgo de áreas de sustancia blanca de alta intensidad en T2 sugiere vasculitis en SNC.

**Caso clínico:** Mujer de 36 años que inició en 2010 con lesiones nodulares en cara, artralgias, cefalea, úlceras, fistulas bucales y eritrocituria. Se diagnosticó GPA con PR3-ANCA positivos). Se trató con CFM (siete bolos), PDN de 60 mg/qd y MTX de 15 mg/sem. Tres meses después, disnea progresiva. Se internó por fiebre y se hallaron nódulos pulmonares y vasculitis en biopsia endotraqueal. Se indicó de forma heterodoxa MTX de 25 mg/sem, AZA de 125 mg/qd y PDN de 60 mg (en reducción). Después de nueve meses aparecieron inestabilidad, nistagmo y vómito incoercible. RMN: lesión en vermis cerebeloso, captación homogénea del contraste. Se tomó biopsia que identifica ependimoma. Se volvió a aumentar PDN a 60 mg/qd, mas al llegar a 25 mg reaparecían síntomas neurológicos, fiebre y crisis convulsivas. Otra RMN: aparición de nuevas lesiones, paquimeningitis (PM). Cushing grave. Se indicó levetiracetam (500 mg/bid), PDN (30 mg/qd) y rituximab (2 g). A los seis meses, RMN mostró reducción significativa de las lesiones y la PM; hoy en día paciente en remisión y suspensión de PDN y MTX.

**Conclusión:** El tratamiento con rituximab fue eficaz para inducir remisión en este caso grave, inusual y refractario. Se necesitan más datos para saber si es la primera opción en lesiones intraparenquimatosas como las observadas.

## C152

### Síndrome poliglandular 3-C relacionado con síndrome de sobreposición: informe de caso

Zataráin-Rodríguez EE, Irazoque-Palazuelos F, Andrade-Ortega L, Rosales-Don Pablo VM, Muñoz-López S

CMN 20 de Noviembre

El síndrome poliglandular autoinmunitario tipo 3-C (SPA-3C), de acuerdo con la clasificación de Neufeld y Blizzard, corresponde a la relación de enfermedad autoinmunitaria tiroidea con otra enfermedad también autoinmunitaria, con excepción de la insuficiencia suprarrenal.

La relación de varias afecciones autoinmunitarias deriva de factores comunes genéticos, hormonales y ambientales que intervienen en su etiopatogenia. Se ha notificado la relación de LES con miastenia grave (MG) en 8% y con tiroiditis autoinmunitaria (TAI) en 6.9%. Sin embargo, la presencia simultánea de LES, MG y tiroiditis autoinmunitaria se ha descrito sólo en un informe de caso y no hay ninguno en el síndrome de sobreposición.

**Descripción del caso:** Mujer de 41 años con síndrome de sobreposición (dermatomiositis con lupus eritematoso sistémico) de 11 años de evolución, en buen control con dosis bajas de esteroide y metotrexato. Inició seis años antes con debilidad muscular proximal, ptosis y diplopía, sin respuesta a incremento de esteroides e inmunosupresor; se descarta actividad de la miopatía y se diagnostica miastenia grave por prueba de estimulación repetitiva positiva y electromiografía con trastorno de placa neuromuscular, así como tiroiditis autoinmunitaria por anticuerpos antitiroglobulina (2 267 U/ml) y antiperoxidasa tiroidea (811 U/ml), con distiroidismo por TSH (32.3 mU/L), T4L (44 nmol/L); se inician piridostigmina y levotiroxina, con remisión de los síntomas.

En pacientes con enfermedades difusas de tejido conectivo aumenta la posibilidad de coexistencia con otros trastornos autoinmunitarios como la miastenia grave o la tiroiditis autoinmunitaria, lo que justifica su búsqueda intencionada. No existen otros informes de síndrome de sobreposición en relación con síndrome poliglandular tipo 3C.

C153

**Sarcoidosis, un diagnóstico a considerar en el adulto joven con artralgiyas y artritis**

Chiapas-Gasca K<sup>(1)</sup>, Soto-Abraham V<sup>(2)</sup>, Vargas-Guerrero A<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, <sup>(2)</sup>Patología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, <sup>(3)</sup>Reumatología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Introducción:** La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria sistémica y granulomatosa que predomina en adultos jóvenes. Una proporción de 70 a 80% remite y ~20% se torna crónica.

**Caso:** Paciente femenino de 31 años, con carga genética para diabetes, hipertensión y cáncer de mama. COMBE positivo, tabaquismo ocasional; varicela a los 19 años; apendicectomía en 2013. Ovario poliquístico tratado con hormonal no especificado de los 18 a 19 años.

Inició en enero de 2013 con dolor en cintura pélvica, recibió complejo B/betametasona con mejoría parcial. Persistió el dolor de predominio nocturno, se agregaron artralgiyas en rodillas y tobillos; y artritis en tobillo izquierdo. Un reumatólogo diagnosticó espondilitis anquilosante e indicó AINE. Presentó fiebre por cinco días (38.5-39°C) sin predominio de horario ni diaforesis; eritema malar y pérdida de peso (5 kg en cinco días) y eritema nodoso en miembros pélvicos. En mayo de 2013 se reconoce tumoración mediastínica en radiografía de tórax. TAC: múltiples adenomegalias. Se realizó mediastinoscopia (junio de 2013). Informe histopatológico: granulomas compactos, homogéneos, con proliferación fibroblástica periférica y células gigantes multinucleadas, sin necrosis caseosa ni absceso. Grocott, PAS y ZN negativos. Consistente con sarcoidosis. Se descartaron neoplasias y otras enfermedades autoinmunitarias adjuntas.

Se inició azatioprina (100 mg/día) y prednisona (suspendida en octubre de 2014).

En la actualidad asintomática y en remisión, cursa su primer embarazo de 14 semanas por ultrasonido, en seguimiento junto con obstetricia.

**Discusión:** La sarcoidosis es una enfermedad poco frecuente que debe considerarse sobre todo en el diagnóstico diferencial en mujeres de 20 a 40 años. Suele tener buen pronóstico y deben descartarse enfermedades reumatológicas y neoplásicas adjuntas. En este caso se encuentra en remisión durante el embarazo, si bien se ha señalado que puede recurrir en el posparto.

Tabla 1. Análisis de laboratorio.

Hemoglobina	13.8 g/dl
Hematócrito	42.2 %
Leucocitos	6700 x 10 <sup>3</sup> /µl
Plaquetas	267 mil
Proteína C reactiva	0.35 mg/dl
Velocidad de sedimentación globular	22 mm/h
Anticuerpos antinucleares	Negativos
Factor reumatoide	8
C3	107 mg/dl
C4	21.9 mg/dl
Glucosa	82.1 mg/dl
Bun	11 mg/dl
Creatinina	0.77 mg/dl
Examen general de orina	Sin alteraciones

C154

**Hemorragia alveolar difusa en enfermedades autoinmunitarias: informe de siete casos y revisión de las publicaciones**

Bordenave-Gamarra LG<sup>(1)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(1)</sup>, Barbosa-Cobos RE<sup>(1)</sup>, Lugo-Zamudio GE<sup>(2)</sup>, Vargas-Avilés AS<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>División de Medicina, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La hemorragia alveolar difusa (HAD) en las cohortes de lupus eritematoso sistémico (LES) tiene una prevalencia de 0.63% a 5.4%; en la vasculitis relacionada con ANCAS es de 8% a 36%. La mortalidad de HAD relacionada con enfermedades reumatológicas es de 60% a 90%.

**Presentación:** Se incluyó a los siete pacientes del servicio de reumatología con el diagnóstico de HAD. Las características de los casos se describen en la tabla 1. Las variables cuantitativas se expresaron en medidas de tendencia central y dispersión; las variables cualitativas nominales en porcentajes. Se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para evaluar la diferencia entre los casos.

**Discusión:** En esta serie de casos los diagnósticos relacionados con HAD fueron LES (57%), GPA (29%) y PAM (11%). La mortalidad fue del 72% y en estos casos hubo una mayor frecuencia de afección renal con tratamiento sustitutivo, apoyo mecánico ventilatorio e infecciones nosocomiales, acorde a lo ya notificado en series previas. No se observó una diferencia estadísticamente significativa entre los casos de defunciones y sobrevivientes.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Variables	Sobrevivientes n (2)	Defunciones n (5)	Total
Edad (promedio, años)	36.5	28	30 (DS 7.2)
Sexo n (%)	H 1(14) M 1 (14)	H 1 (20) M 4 (80)	H 2 (28) M 5 (72)
Lupus eritematoso sistémico (%)	1	3	4 (57)
Poliangitis microscópica (%)	0	1	1 (11)
Granulomatosis con poliangitis (%)	19%	1	2 (29)
Tiempo diagnóstico (meses)	8.5	2	48
Recaídas (%)	0	40	2 (22)
Hemoglobina (g/dl)	7.8	7.8	7.8
Afectación renal (%)	0	80	4 (56)
Hemodíalisis (%)	0	80	3 (43)
Metilprednisolona (%)		80	6 (86)
Ciclofosfamida (%)	50	40	3 (43)
Rituximab (%)	0	40	2 (14)
Plasmaféresis (%)	0	60	3 (43)
Ventilación mecánica (%)	0	80	3 (43)
Infecciones nosocomiales (%)	100	60	6 (86)
Mortalidad			5 (72)

C155

**Poliartritis paraneoplásica en carcinoma renal de células claras**

Irazoque-Palazuelos F, Sandoval-Cabrera DV, Marroquín-Torres VM

Hospital Angeles Mocel

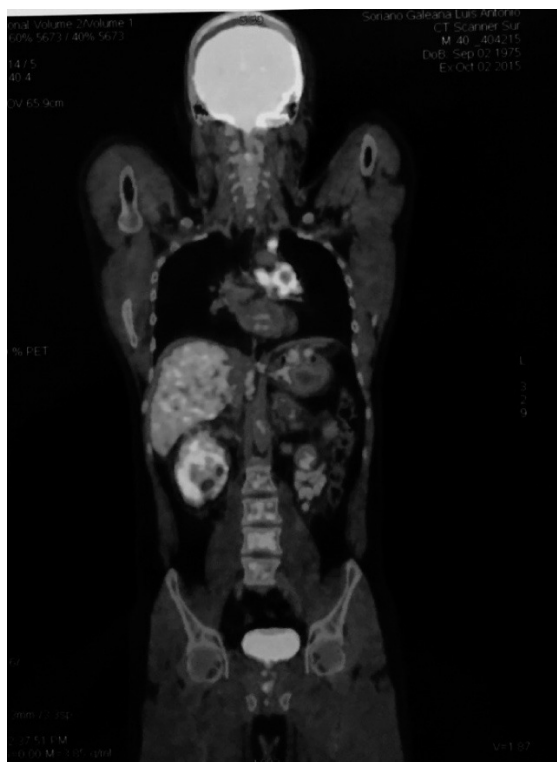
**Introducción:** Los síndromes paraneoplásicos reumáticos son raros y pueden ser primer signo de afección maligna oculta; su reconocimiento temprano es crítico para el diagnóstico y tratamiento oportunos de cáncer. Se presenta el caso de un paciente con carcinoma renal de células claras y manifestación articular paraneoplásica.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 40 años que inicia en enero de 2015 con poliartalgias y poliartrosis asimétrica, de interfalángicas proximales, carpos y codos; factor reumatoide negativo. Se diagnostica artritis reumatoide (AR) con mejoría discreta a AINE, metotrexato (10 mg/día). En agosto de 2015 se agrega dolor lumbar transitorio, de intensidad 8/10 sin irradiaciones, sin mejorar con AINE. El 03/09/2015 acude a atención médica; radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico izquierdo; TAC torácica: conglomerado ganglionar paraaórtico izquierdo necrótico, lesión expansiva de 7° cuerpo vertebral, nódulos pulmonares sugestivos de proceso metastásico (fig. 1). Biopsias de ganglio paraaórtico y tejido óseo: neoplasia maligna de células poligonales mal conservadas consistente con carcinoma; tejido óseo con metástasis de carcinoma de células claras.

TAC abdominal: tumoración renal derecha. TEP: proceso neoplásico primario de polo inferior renal derecho, adenomegalias mediastínicas e hilar izquierda, lesión lítica en T7 indicativa de depósitos metastásicos (fig. 1).

**Comentario:** La poliartrosis paraneoplásica es una manifestación rara de tumores sólidos o hematológicos, la mayoría en relación con adenocarcinomas, en especial carcinoma broncogénico, menos frecuente el colónico y más raro el renal, laríngeo o mamario. Consiste en monoartrosis o poliartrosis asimétrica, no deformante, migratoria, aditiva, no erosiva de grandes articulaciones (rodilla en >50%), síntomas constitucionales, con reactantes de fase aguda elevados, factor reumatoide positivo y más frecuente en ancianos. Siempre debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de un paciente sin respuesta al tratamiento establecido para AR.

Figura 1. Tomografía tóracoabdominal.



C156

### Osteocondromatosis múltiple relacionada con osteocondrosarcoma en el paciente geriátrico: informe de un caso

Rojas-Domínguez AS<sup>(1)</sup>, Álvarez-Hernández E<sup>(1)</sup>, Castillo-Ortiz AA<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General de México, <sup>(2)</sup>Hospital Juárez de México

**Introducción:** La osteocondromatosis múltiple es una displasia esquelética poco frecuente en el medio, con una predilección por el sexo masculino (7:1) en el que se presentan las manifestaciones clínicas más graves; evoluciona de forma simultánea con el crecimiento y cesa con la madurez esquelética; los osteocondromas adoptan por lo general una distribución simétrica en metáfisis proximales y distales de huesos largos. La complicación más grave es la degeneración maligna hacia osteocondrosarcoma. Se presenta un caso en el que coincide el retraso diagnóstico con la evolución natural de la enfermedad y la aparición de manifestaciones malignas.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 77 años sin antecedentes de importancia. Inicia en 2004 con poliartalgias y mialgias generalizadas, debilidad muscular, pérdida de peso (11 kg), parestesias y dolor de miembros inferiores. Se identifica tumoración que mide 2 x 2 x 2 cm de diámetro, no móvil, adherida a planos profundos en tercio distal de fémur izquierdo. Refiere deformidad en huesos largos y talla baja desde adolescencia. En rayos X se observan datos consistentes con osteocondromatosis múltiple (fig. 1). En el 2009 se realiza biopsia excisional de la tumoración referida y se registran lesiones consistentes con osteocondroma.

**Conclusiones:** La osteocondromatosis múltiple es una enfermedad de carácter benigno. Su malignización se calcula hasta en 25% en mayores de 40 años de edad; para la detección oportuna de lesiones malignas se sugieren controles radiológicos periódicos.

Figura 1. Radiografías de los miembros pélvicos.



C157

### Alteraciones glucémicas y hemodinámicas en pacientes tratados con pulsos de esteroide

Herrera-van Oostdam DA, Abud-Mendoza C, Martínez-Martínez MU

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

**Introducción:** Los esteroides sintéticos tienen efectos inmunológicos, hemodinámicos y metabólicos. El uso de pulsos de esteroides se ha relacionado con descontrol hipertensivo y metabólico. Las diversas potencias, mineralocorticoides o glucocorticoides, podrían producir diferencias en episodios adversos.

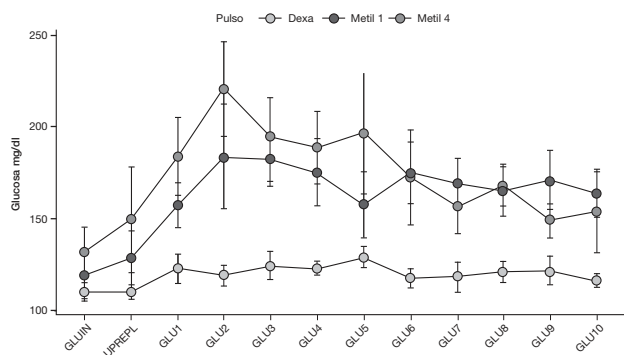
**Objetivo:** Evaluación de cambios glucémicos y cifras de TA en pacientes con enfermedades autoinmunitarias que requerían pulsos de esteroide con tres diferentes esquemas: metilprednisolona (250 mg IV cada 6 h), metilprednisolona (1 g IV cada 24 h) o dexametasona (200 mg IV en monodosis).

**Métodos:** Se incluyó hasta el momento de forma prospectiva a 29 pacientes que por diversas afecciones autoinmunitarias graves requerían pulsos de esteroides. Se aleatorizaron en tres grupos: 1 g de metilprednisolona (MPDN) en dosis única, 250 mg IV cada 6 h o 200 mg de dexametasona por tres días consecutivos. Se realizaron mediciones de glucosa capilar y tensión arterial al ingreso hospitalario, 1 h antes de administrar el pulso y luego cada 8 h durante tres días consecutivos. Se analizaron otras comorbilidades como la presencia de hipertensión, DM2 y tabaquismo. Análisis estadístico: modelos mixtos multivariados en el programa R 3.0.2.

**Resultados:** Se aleatorizó a 29 pacientes, cuatro con antecedente de hipertensión y uno de DM2; 12 pacientes han recibido pulsos de dexametasona, ocho metilprednisolona en dosis única (Met1) y nueve metilprednisolona (1 g cada seis h) (Met4). El modelo mixto multivariado para glucosa, que incluyó la presencia de diabetes mellitus, el tipo de pulso y el tiempo de la glucemia, resultó estadísticamente significativo para la glucemia basal ( $p=0.0002$ ), el tipo de pulso ( $p<0.0001$ ), y el tiempo o la medición ( $p<0.00001$ ), pero no para la presencia de diabetes (fig. 1). Los modelos de regresión para TA sistólica y diastólica no mostraron diferencias estadísticamente significativas para el tipo de pulso.

**Conclusiones:** Los pulsos con dexametasona producen menor hiperglucemia en comparación con la metilprednisolona.

**Figura 1.** Cambios en el tiempo de glucemia de acuerdo con los diferentes tipos de pulsos.



GLUIN, glucosa inicial; GLUPREPL, glucosa antes de pulsos; GLU, glucosa.

### C158

#### Uso de inmunoglobulina intravenosa (IVIG) en la práctica clínica reumatológica

Ricaño-Rocha R<sup>(1)</sup>, Pérez-Cristóbal M<sup>(2)</sup>, Barile-Fabris L<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente de Reumatología, CMN SXXI, IMSS, <sup>(2)</sup>Adscrito a Reumatología, CMN SXXI, IMSS, <sup>(3)</sup>Departamento de Reumatología, CMN, SXXI, IMSS

**Introducción:** La IVIG es un producto sanguíneo preparado a partir del suero de un gran número de donantes; en fecha reciente se ha incrementado su uso para tratar múltiples enfermedades autoinmunitarias, si bien con número limitado de indicaciones precisas.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de IVIG en enfermedades reumáticas (experiencia de un centro de tercer nivel).

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo; se informa el uso de IVIG en la práctica clínica, respuesta y efectos adversos. Se incluyó a pacientes con enfermedades reumáticas que se les aplicó IVIG del año 2012 al 2015; la información se extrajo de expedientes clínicos.

**Resultados:** Total de 35 pacientes, 19 mujeres y 16 hombres, 18 con lupus, 15 con miopatía autoinmunitaria, uno con Sjögren y uno con poliarteritis nodosa.

La indicación más común fue infección que contraindicaba el uso de inmunosupresor en 17 pacientes, cuatro con enfermedad refractaria, tres con nefritis lúpica, cinco con insuficiencia respiratoria por miopatía autoinmunitaria, cuatro hemorragia pulmonar, dos con neurolypus, seis con disfagia por miopatía, dos con neuropatía refractaria y dos con trombocitopenia refractaria. Las escalas de actividad disminuyeron con aplicación de IVIG. Se redujo la dosis de esteroides y sólo tres pacientes tuvieron efectos adversos no graves.

**Discusión:** La IGIV resultó un tratamiento alternativo eficaz ante la contraindicación de tratamiento convencional; es un recurso costoso y debe utilizarse en casos particulares bien seleccionados.

**Conclusiones:** En esta experiencia, la administración de IVIG, en casos adecuadamente seleccionados, es eficaz y con un buen perfil de seguridad.

Algunas de sus limitaciones son su costo y la necesidad de su aplicación frecuente.

### C159

#### Tuberculosis extrapulmonar en enfermedades reumáticas inflamatorias: serie de casos clínicos y revisión de las publicaciones médicas

Polanco-Cruz J, González-Díaz V, Martínez-Bonilla GE, Cerpa-Cruz S, Zaragoza-Valdez DL, Arroyo-Prado I, Gómez-López CE, Gutiérrez-Ureña S

<sup>(1)</sup>Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** En el momento actual más de la tercera parte de la población general está infectada por tuberculosis (TB), según la OMS. En fecha reciente se ha notificado mayor incidencia en relación con otras enfermedades como las reumáticas. Estos pacientes reciben tratamiento inmunosupresor: glucocorticoides, metotrexato, azatioprina, micofenolato de mofetilo, ciclofosfamida y anti-TNF, con aumento del riesgo de desarrollar infecciones oportunistas.

**Objetivo:** Describir una serie de casos clínicos de TB extrapulmonar en enfermedades reumáticas inflamatorias en el Hospital Civil de Guadalajara y revisión de las publicaciones médicas.

**Conclusión:** En esta población fue más frecuente la forma extrapulmonar; esta afectación es de mayor gravedad y con menor sobrevida respecto de la población general y hay un retraso en el diagnóstico por lo que es necesario sospechar TB.

**Tabla 1.** Características de los pacientes con TB extrapulmonar.

Edad/ Género	Fecha enf. reumática y diagnóstico	Tratamiento	Diagnóstico y sitio TB	Cuadro clínico
F, 32	2013 LES NL clase IV	PDN	2015 Pulmonar renal	Fiebre, tos, disnea, artralgias, pérdida de peso

F, 27	2015 LES	DEXA	2015 TB miliar SNC (tuberculoma)	Fiebre, tos, hemoptisis, artralgias, cefalea
F, 20	2014 LES	MEP, PDN, AZA	2009 TB miliar meníngea	Fiebre, cefalea
F, 22	2012 AR	PDN, MTX	2014 TB meníngea	Fiebre, cefalea, alteración estado alerta
M, 29	2000 AR	PDN, MTX	2001 TB pulmonar meníngea	Fiebre, alteración estado alerta
M, 41	2013 ESP	PDN, MTX, CFM, MMF	2014 TB pulmonar	Fiebre, tos, disnea
M, 35	2015 EA	MTX	2015 miliar articular	Fiebre, tos, odinofagia, pérdida peso
F, 27	2011 DM	PDN, MTX, AZA, biológico	2015 cutánea	Fiebre, tos, disnea, pérdida peso

**C160**

**Frecuencia de patógenos causales de infección en pacientes hospitalizados en servicio de reumatología: registro de tres años**

Casasola-Vargas JC, Huerta-Sil G, Salazar-Hernández VH, Lino-Pérez L

Servicio de Reumatología, Hospital General de México

Las infecciones son todavía una causa importante de morbilidad y mortalidad en la población general y en pacientes con enfermedades del tejido conectivo y otros trastornos inflamatorios musculoesqueléticos.

**Objetivo:** Determinar los patógenos causales más frecuentes de infección y los esquemas de tratamiento establecidos en pacientes hospitalizados del servicio de reumatología durante un periodo de tres años.

**Métodos:** Se registraron los datos clínicos y de laboratorio de los pacientes que ingresaron, con sospecha de infección, al servicio de reumatología durante un periodo de tres años; se registraron variables demográficas, clínicas y en especial los resultados de cultivos, la sensibilidad antimicrobiana y el tratamiento con antibióticos utilizados durante su internamiento.

**Resultados:** Se analizaron los registros de 700 pacientes que ingresaron al servicio de reumatología entre los años 2011 y 2014. El diagnóstico más frecuente fue lupus (62%). Las infecciones respiratorias y urinarias fueron las más frecuentes. Los gérmenes, las sensibilidades y el tratamiento empírico utilizado se muestran en la tabla 1.

**Conclusión:** Los principales sitios de infección fueron los tractos respiratorio y urinario, los microorganismos más frecuentes fueron *S. aureus* y *E. coli*; el tratamiento empírico que se utilizó no correspondió con el resultado de la sensibilidad bacteriana en el cultivo.

**Tabla 1.** Frecuencia de los microorganismos informados en el cultivo, la sensibilidad bacteriana a los tres principales fármacos y el tratamiento empírico utilizado.

Microorganismo, n (%)	Sensibilidad 1 (n)	Sensibilidad 2 (n)	Sensibilidad 3 (n)	TTO empírico
<i>S. aureus</i> , 43 (17)	Clindamicina (12)	Ciprofloxacina (10)	Moxifloxacina (4)	Ceftria, clinda, dicloxa

<i>E. coli</i> , 48 (19)	Imipenem (14)	Ertapenem (11)	Amikacina (5)	Ceftria, cipro, amika
<i>M. morgani</i> , 2 (0.8)	Meropenem (1)	Ciprofloxacina (1)	Levofloxacina (1)	Cipro, trimetoprim
<i>E. coli</i> ESB, 17 (6.9)	Imipenem (7)	Amikacina (3)	Ceftazidima (2)	Cipro, imipenem, tige
<i>Candida</i> , 19 (7.8)	Anfotericina (7)	Fluconazol (7)	Flucitosina (6)	Fluconazol, cipro
<i>S. viridans</i> , 4 (1.6)	Clindamicina (1)	Moxifloxacina (1)	Oxaciclina (1)	Ceftriaxona
<i>S. epidermidis</i> , 11 (4.5)	Moxifloxacina (5)	Tigeciclina (3)	Ciprofloxacina (1)	Ceftria, claritro
<i>K. pneumoniae</i> , 5 (2.05)	Amikacina (3)	Ciprofloxacina (1)	Ertapenem (1)	Ceftriaxona
<i>S. hominis</i> , 8 (3.2)	Ciprofloxacina (3)	Daptomicina (1)	Gentamicina (1)	Clindamicina
<i>E. cloacae</i> , 6 (2.4)	Ceftriaxona (1)	Ciprofloxacina (1)	Gentamicina (1)	Ceftria, levo, amoxi

**C161**

**Autoinmunidad en inmunodeficiencia primaria. Policondritis recidivante, psoriasis y déficit selectivo de IgG: informe de un caso**

Ricaño-Rocha R<sup>(1)</sup>, Vázquez-Zaragoza MA<sup>(2)</sup>, Hernández-Bedolla A<sup>(1)</sup>, Torres-Valdez E<sup>(1)</sup>, Barile-Fabris L<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente de Reumatología CMN SXXI, IMSS, <sup>(2)</sup>Adscrito a Reumatología, CMN SXXI, <sup>(3)</sup>Departamento de Reumatología, CMN SXXI, IMSS

**Introducción:** Las inmunodeficiencias primarias pueden desarrollar fenómenos de autoinmunidad. Se presenta el caso de una paciente con déficit selectivo de IgG, psoriasis y policondritis recidivante.

**Descripción del caso:** Mujer de 42 años. Hidrosadenitis supurativa de repetición de seis años de evolución con pobre respuesta a antimicrobianos, que desarrolla múltiples abscesos cutáneos que requirió drenajes quirúrgicos. Dos años antes se realizó diagnóstico de déficit selectivo de IgG, tratada con inmunoglobulina intravenosa cada 21 días. Se logró control de la hidrosadenitis y abscesos cutáneos.

Un año después del diagnóstico de déficit de IgG aparecen lesiones cutáneas, hiperqueratosis, eritema y prurito en superficies extensoras y tórax posterior; se diagnosticó psoriasis vulgar. De forma concomitante inició con dolor intenso, eritema y edema en ambas orejas y nariz, en relación con disfonía progresiva. Dentro del protocolo de estudio se descartó proceso infeccioso adjunto; por las características clínicas se diagnosticó policondritis recidivante. El tratamiento inicial incluyó metotrexato y prednisona con poca respuesta y se cambió de inmunosupresor a micofenolato con buena respuesta.

**Conclusión:** Las inmunodeficiencias primarias se relacionan con diversos fenómenos de autoinmunidad. En la inmunodeficiencia común variable se desarrolla autoinmunidad hasta en el 35% de los casos; son frecuentes en este nexo las enfermedades reumatológicas, como lupus, artritis reumatoide y vasculitis.

La combinación de policondritis recidivante, psoriasis y déficit selectivo de IgG es en extremo raro, sin existir un caso informado en las publicaciones médicas.

**C162**

**Isquemia intestinal en paciente con enfermedad relacionada con IgG4 y mastocitosis cutánea y múltiples comorbilidades**

Perales-Ortega YG, Martínez-Martínez MU, Solís-Armenta R, Herrera-Van Oostdam D, Abud-Mendoza C

Departamentos de Medicina Interna y Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina UASLP, San Luis Potosí, SLP, México

**Introducción:** Las enfermedades relacionadas con IgG4 (IgG4 RD) conforman diversas afecciones de gran interés, con múltiples manifestaciones clínicas.

Se presenta el caso de paciente con antecedente de mastocitosis cutánea, con lesiones nodulares y masas pulmonares con histología positiva a enfermedad relacionada con IgG4, con aparición posterior de isquemia intestinal, entidades con amplio diagnóstico diferencial.

**Caso clínico:** Mujer de 82 años de edad con antecedente de tabaquismo intenso, hipertensión arterial sistémica de larga evolución, fibrilación auricular, angina inestable en tratamiento, tuberculosis pulmonar 40 años antes, mastocitosis cutánea variedad teangiectásica dos años antes y osteoartritis. Con padecimiento motivo de presentación de un año, con tos sin expectoración, disnea y sibilancias; tomografía de tórax: múltiples nódulos pulmonares; TEP: cuatro a cinco nódulos bilaterales, sólidos, con aumento del metabolismo, sin evidencia de adenopatías o lesiones extrapulmonares. Ante la sospecha de enfermedad metastásica se sometió a biopsia pulmonar con histopatología de infiltración intersticial por células plasmáticas e inmunohistoquímica con positividad para IgG4; el tejido pulmonar enviado a cultivo y PCR para tuberculosis fueron negativos, por lo que al final se estableció el diagnóstico de IgG4-RD. Recibió tratamiento con prednisona y metotrexato, con remisión de cuadro clínico. Un mes antes de último ingreso, la paciente manifiesta dolor abdominal, con latido palpable, angiogramografía de aorta abdominal con lesión crítica ostial en mesentérica superior y renal izquierda, oclusión total de renal derecha y aorta abdominal con trombo mural (fig. 1); el diagnóstico diferencial incluyó aortitis por IgG4-RD y embolismo por la fibrilación auricular entre otros; se realizó angioplastia con colocación de prótesis intravascular.

**Conclusiones:** Se describió a mujer en la novena década de la vida, con morbilidades múltiples que inicia con diversos fenómenos de autoinmunidad, al principio con lesiones cutáneas típicas de mastocitosis cutánea, nódulos pulmonares como expresión de IgG4-RD y por último síntomas típicos de isquemia intestinal y daño renal, en la cual la aterosclerosis podría no ser el principal protagonista y coparticipar otra expresión de IgG4-RD.

Figura 1. Angiotomografía de aorta abdominal.



## C163

### Efecto de la aplicación de parafina y asistencia a talleres ocupacionales en el rango de movimiento de pacientes con enfermedades reumáticas de una asociación civil

Bernard-Medina AG<sup>(1)</sup>, Jiménez-Carrillo PM<sup>(2)</sup>, Méndez-Magaña AC<sup>(3)</sup>, Espinosa-Sandoval S<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(2)</sup>Universidad Vizcaya de las Américas, <sup>(3)</sup>Universidad de Guadalajara, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(4)</sup>Una Sonrisa al Dolor A.C.

**Introducción:** Las enfermedades reumáticas causan dolor, rigidez, hinchazón y limitación de la movilidad y función de las articulaciones. Esta inflamación crónica causa a mediano o largo plazo discapacidad e invalidez en quienes las padecen, por lo que se requieren intervenciones con terapia física que disminuyan el problema.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la aplicación de parafina y asistencia a talleres ocupacionales en el rango de movimiento de los pacientes con enfermedades reumáticas de una asociación civil.

**Material y métodos:** Se realizó una intervención mediante la medición del rango de movilidad con goniometría y luego se aplicó parafina por 15 min y después se realizaron actividades manuales por una hora (música, pintura y tejido) y al final se volvió a medir el rango de movimiento. Los rangos de movimiento evaluados fueron flexión (flex), extensión (ext), desviación radial (DR), desviación cubital (DC), flexión metacarpofalángica (FMC), flexión interfalángica proximal (Flex IFP), flexión interfalángica distal (Flex IFD) y aducción (ADD) y abducción (ABD). El análisis de resultados se obtuvo mediante la comparación de medias tomando  $p < 0.05$  como estadísticamente significativa.

**Resultados:** Los rangos de movimiento modificados por la intervención fueron DR ( $p < 0.001$ ), DC ( $p < 0.001$ ), FMC ( $p < 0.001$ ), Flex IFP ( $p < 0.001$ ), Flex IFD ( $p < 0.001$ ) y, ADD y ABD ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** La intervención combinada de aplicación de parafina y asistencia a talleres ocupacionales mejora el rango de movimiento de pacientes con enfermedades reumáticas. La promoción y difusión de éstos podría ser un auxiliar útil en el tratamiento de la enfermedad.

## C164

### Significado clínico del livedo reticular en la fibromialgia

Martínez-Martínez LA, Chacón-Pérez M, Martínez-Lavín M

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Antecedentes:** El livedo reticular se ha relacionado con padecimientos trombogénicos como el síndrome antifosfolipídico y el lupus. El nexo de livedo y fibromialgia es poco reconocido.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de livedo reticular en mujeres con fibromialgia y explorar su vínculo con otras manifestaciones clínicas.

**Pacientes y métodos:** Se estudió a 50 mujeres con fibromialgia que cumplían los criterios diagnósticos del ACR 1990, sin enfermedades autoinmunitarias concomitantes. A todas ellas se les interrogó de manera directa acerca de la presencia de 26 síntomas multisistémicos relacionados con la fibromialgia. Livedo reticular se definió como la presencia de una coloración cianótica de la piel con un patrón retiforme.

**Resultados:** La edad promedio de las pacientes fue de  $44 \pm 09$  años (promedio  $\pm$  desviación estándar). La puntuación del FIQ fue de  $62.4 \pm 17.9$ . Cuarenta y dos por ciento de las pacientes presentó livedo reticular. La presencia de éste se acompañó de dolor faríngeo ( $p = 0.026$ ). A compararlas con el resto del grupo, las pacientes con livedo reticular tuvieron un número

mayor de manifestaciones multisistémicas ( $22 \pm 4$  vs.  $19 \pm 4$ ,  $p=0.020$ ) y años de evolución del padecimiento ( $7.1 \pm 5.6$  vs.  $4.4 \pm 4.4$ ,  $p=0.024$ ).

**Conclusiones:** El livedo reticular es muy frecuente en las personas con fibromialgia y se relaciona con el número de manifestaciones multisistémicas y con la longevidad del padecimiento.

## C165

### Las habilidades de comunicación y el método para establecer el punto de corte modifican el desempeño de los aspirantes a la certificación en reumatología. Consejo Mexicano de Reumatología, A. C.

Pascual-Ramos V, Arce-Salinas CA

Consejo Mexicano de Reumatología, A. C.

**Introducción:** El Consejo Mexicano de Reumatología (CMR) certifica cada año a reumatólogos mediante evaluación teórica (ET) y práctica, la cual desde el 2012 consiste en un ECOE.

**Objetivo:** Determinar si el método para establecer el punto de corte del ECOE y las habilidades de comunicación de los aspirantes (HC) modifican su desempeño durante la certificación en reumatología.

**Métodos:** Cuarenta y tres aspirantes presentaron un ECOE compuesto por 15 estaciones (11 dinámicas, con paciente) y una ET. El punto de corte para acreditar el ECOE se definió por criterio (PCC) ( $<6$ , máximo 10) y por el método del desempeño límite (MDL). Los pacientes y evaluadores calificaron las HC en cada estación mediante una escala de Likert; los evaluadores calificaron cada estación mediante una lista de cotejo y una escala de Likert de desempeño global. Se calculó la calificación del ECOE como el promedio de los valores de las 15 estaciones.

**Resultados:** La calificación promedio del ECOE fue de  $7.4 \pm 0.6$ ; ningún aspirante obtuvo calificación reprobatoria de acuerdo con el PCC mientras que 21 (48.8%) obtuvieron calificación reprobatoria ( $<7.4$ , máximo de 10) cuando se evaluaron por el MDL. El anterior varió para cada estación de 4.5 a 9.5. La ET mostró correlación con el ECOE ( $r$  de Pearson= $0.67$ ,  $p=0.001$ ). Las HC se correlacionaron con las calificaciones de las estaciones ( $r=0.31$  a  $0.73$ ,  $p<0.001$ ), no así con la ET.

**Conclusiones:** Las HC y el método para establecer el punto de corte del ECOE determinan el desempeño de los aspirantes a la certificación en reumatología.

## C166

### Relación entre el uso empírico de antibióticos y el desenlace de las infecciones en pacientes hospitalizados con enfermedades reumáticas en el Hospital General de México entre febrero y junio de 2015

Escalante-Penagos CR, Soto-Vera LM, Álvarez-Hernández E

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Se desconoce si el tratamiento antibiótico empírico es eficaz en el control de infecciones en pacientes con enfermedades reumáticas y si la evolución clínica y resultados de estudios de laboratorio, gabinete y cultivos modifican esta intervención durante la estancia intrahospitalaria.

**Objetivo:** Determinar la utilidad del tratamiento antibiótico empírico para los pacientes hospitalizados con enfermedades reumáticas y sospecha o infección confirmada.

**Material y métodos:** Estudio observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo. Incluyó a pacientes mayores de 18 años de edad con estancia intrahospitalaria mayor de 24 horas a cargo del servicio de reumatología con diagnóstico previo o realizado durante esta hospitalización de enfermedad reumática definida con base en criterios de clasificación para cada entidad y sospecha o infección documentada.

**Resultados:** Participaron 71 pacientes, la mayoría mujeres, con edad media de 34 años. El 69% enfermos con LES, 8.5% con MII y 5.6% con AR, mediana del tiempo de evolución de la enfermedad de 12 meses. La mayoría recibió tratamiento previo e ingresaron con actividad moderada o grave. La actividad al egreso disminuyó. La mayoría de los pacientes ingresó por actividad o infección. La causa de egreso fue mejoría en 64 pacientes y hubo siete defunciones. En 53 pacientes se sospechó o confirmó infección. El sitio más común: urinario. El diagnóstico se basó en sospecha clínica en 59 casos. Se tomaron cultivos en el 68% de los casos. El total de cultivos tomados fue de 154 con una media por paciente de  $4.2 \pm 4$ . La sospecha clínica de infección se confirmó en 17 casos. El desenlace de las infecciones fue mejoría en el 67%, empeoramiento en el 23% y muerte en el 10%. El apego a las guías se observó en la mitad de los casos. Los microorganismos aislados presentaron resistencia al antibiótico empírico en el 73%. No se encontraron diferencias en las características basales ni de tratamiento entre pacientes con o sin infección. No hubo diferencias en el desenlace final de la infección entre pacientes que recibieron antibióticos empíricos y los que recibieron tratamiento dirigido por cultivo.

**Conclusión:** A pesar de la escasa frecuencia con que se aíslan agentes microbianos y su alta resistencia a los antibióticos empíricos, su uso conlleva buen pronóstico.

## C167

### Micoplasmas y otras bacterias en líquido sinovial: búsqueda por PCR en pacientes reumáticos

Santellán MR<sup>(1)</sup>, Bañuelos-Ramírez DD<sup>(2)</sup>, Salinas-Saldívar S<sup>(2)</sup>, Tecpanecatí- Xihuitl S<sup>(1)</sup>, Yáñez-Santos JA<sup>(1)</sup>, Cedillo-Ramírez ML<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro de Detección Biomolecular, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, <sup>(2)</sup>Reumatología, HEP UMAE, IMSS, Puebla

**Introducción:** Las enfermedades reumáticas cursan con inflamación y una expresión de ésta son los derrames sinoviales (DS), aunque existen otras condicionantes de aumento de la cantidad de líquido sinovial (LS). El LS se ha estudiado y clasificado desde hace décadas y continuará aportando datos. Dado que es un trasudado del plasma es posible continuar la búsqueda de nuevos hallazgos. En este trabajo colaborativo se buscó identificar micoplasmas y otras bacterias en LS.

**Objetivo:** Identificar mediante la técnica de PCR micoplasmas y otras bacterias aerobias y anaerobias en LS.

**Material y métodos:** Pacientes reumáticos con DS en quienes mediante punción se obtuvo LS, del cual se efectuaron cultivos, y la técnica de PCR en el CDB. La técnica de PCR para detección de micoplasmas se ha estandarizado en el CDB y ya ha mostrado resultados. Los cultivos utilizaron medios adecuados para gérmenes aerobios, anaerobios G+ y G-. Los pacientes otorgaron su consentimiento y tuvieron información previa de la naturaleza del estudio, el cual se registró ante el comité correspondiente.

**Resultados:** En un periodo de dos meses se obtuvieron 41 LS (38/AR:2/AREac;1/OA). De los pacientes con AR, uno tuvo *Mycoplasma sp* y otro *Mycoplasma pneumoniae*. Todos los cultivos fueron negativos. El 76% de los pacientes correspondió a mujeres, todos adultos, y no hubo relación entre la identificación de micoplasma con algún cuadro infeccioso previo u otros hallazgos.

**Comentarios:** La identificación de algunos gérmenes en LS puede ser difícil; la técnica de PCR permite la certeza de su presencia.

C168

**Positividad de autoanticuerpos en pediatría**

García-Rodríguez F, Salinas-Encinas DR, Lara-Herrera PB, Villarreal-Treviño AV, Acevedo-Silva N, Maldonado-Velázquez MR, Faugier-Fuentes E

Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** La decisión de realizar o no determinación de autoanticuerpos no siempre es bien fundamentada y eso hace que se realicen de forma irrestricta.

**Objetivo:** Describir los resultados de autoanticuerpos de acuerdo con el servicio solicitante.

**Material y métodos:** Se revisaron los resultados de determinación de ANA y anti-DNA, ambos por inmunofluorescencia, realizados en el Laboratorio de Inmunología del Hospital Infantil de México Federico Gómez de enero de 2012 a julio de 2014, los cuales se compararon según el servicio que solicitó el estudio.

**Resultados:** Se realizaron 1 204 estudios de determinación de anti-DNA, de los cuales 77 (6.4%) fueron positivos. Respecto de la procedencia, 259 (21.5%) fueron solicitados por reumatología, 834 (69.3%) por otras especialidades del hospital y 111 (9.2%) por instituciones externas, con positividad de 7.3, 5.5 y 10.8% ( $P=.079$ ). Por otro lado, se solicitaron 1 370 determinaciones de ANA, 520 (38%) positivos, 329 (24%) de reumatología, 903 (65.9%) de otras especialidades y 138 (10.1%) externos, con resultado positivo en 46.5, 34 y 43.5% ( $P<0.001$ ). Los patrones identificados con más frecuencia fueron moteado fino (34.3%), moteado grueso (33.9%) y homogéneo (18.5%).

**Conclusiones:** La baja tasa de positividad de estas determinaciones señala el sobreuso de estos estudios, lo que se incrementa cuando se solicitan por especialidades con poca experiencia en su utilidad. Se requieren estudios posteriores para describir la utilidad que tuvieron estos autoanticuerpos en la práctica clínica.

C169

**Dermatomiositis juvenil, características clínicas y pronóstico en pacientes mexicanos**

Villarreal-Treviño AV<sup>(1)</sup>, Maldonado-Velázquez R<sup>(2)</sup>, Faugier-Fuentes E<sup>(3)</sup>, Acevedo N<sup>(4)</sup>, García-Rodríguez F<sup>(4)</sup>, Salinas-Encinas D<sup>(4)</sup>, Lara-Herrera P<sup>(4)</sup>, Rodríguez A<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente de Reumatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, <sup>(2)</sup>Jefe de Reumatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, <sup>(3)</sup>Adscrito al Departamento de Reumatología Pediátrica, <sup>(4)</sup>Residente de Reumatología Pediátrica

**Introducción:** La dermatomiositis juvenil es la miopatía inflamatoria más común en la edad pediátrica. No hay estudios sobre el curso clínico y factores predictores del curso de la enfermedad en pacientes mexicanos. Se realizó un estudio sobre las características clínicas y curso de la enfermedad en una corte de pacientes mexicanos con diagnóstico de dermatomiositis juvenil.

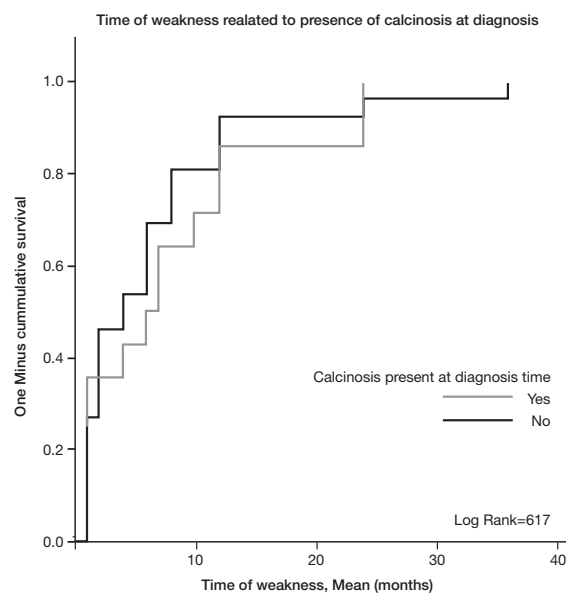
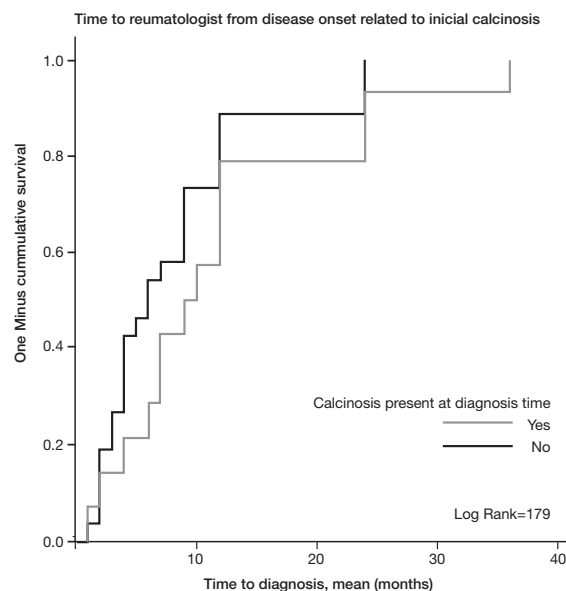
**Objetivo:** Describir las características clínicas y evolución en relación con la presencia de calcinosis inicial en los pacientes mexicanos con diagnóstico de dermatomiositis juvenil.

**Material y métodos:** Se efectuó un estudio de cohorte, transversal y comparativo en 40 pacientes con diagnóstico de dermatomiositis juvenil durante un periodo de 24 meses del 2013 al 2015. Se utilizaron pruebas paramétricas, análisis descriptivo y gráficas de Kaplan-Meier para el análisis del tiempo y evolución de la enfermedad.

**Resultados:** La media de edad al diagnóstico fue de 8.1 años (DE 3.7), 57% femeninos, todos mexicanos; la presentación de calcinosis al inicio de la enfermedad se encontró en 35% y 45% la desarrolló durante los primeros seis meses. El 5% presentó un patrón amiopático sin elevación de enzimas musculares. La mediana de la creatinina fosfocinasa al inicio de la enfermedad fue de 1 005 mg/dl y 374 para la deshidrogenasa láctica. Se encontró afección gastrointestinal en el 25% al diagnóstico, 15% con afección pulmonar y 32.5% con disfagia o disfonía referida como síntoma inicial. La biopsia muscular se realizó en el 27.5%. 24 pacientes recibieron metilprednisolona inicial en un número de seis (DE 3.1), seis pacientes recibieron tratamiento biológico, casi siempre rituximab. No se encontró relación entre calcinosis al diagnóstico y debilidad.

**Conclusiones:** El presente estudio conducido en pacientes con diagnóstico de dermatomiositis juvenil observó que la población mexicana no presenta el mismo curso y pronóstico relacionado con la presencia de calcinosis informada en las publicaciones mundiales.

Figura 1





C171

### Síndrome de Sjögren: características clínicas en pacientes del Hospital Infantil de México Federico Gómez

Acevedo-Silva N, Maldonado-Velázquez MR, Faugier-Fuentes E, García-Rodríguez F, Salinas-Encinas DR

*Hospital Infantil de México Federico Gómez*

**Introducción:** El síndrome de Sjögren es una enfermedad crónica autoinmunitaria poco frecuente en la población pediátrica, con una incidencia informada de 5.1 por cada 100 000 individuos. En niños no hay un estudio actual que muestre las características clínicas más frecuentes, por lo que se realiza este estudio.

**Objetivo:** Describir las características clínicas más frecuentes en la población pediátrica y la presencia de anticuerpos relacionados.

**Material y métodos:** Se utilizó la información recabada de los expedientes clínicos de los pacientes con este diagnóstico de enero de 2014 a julio 2015, para conformar un estudio descriptivo y retrospectivo.

**Resultados:** Se encontró un total de cuatro pacientes con el diagnóstico de síndrome de Sjögren, tres de sexo femenino (75%) y uno de sexo masculino (25%), con edad al diagnóstico de 10 a 15 años. El 75% fue primario y el 25% secundario. Hasta 75% presentó xerostomía, xeroftalmía y parotiditis; 100% se relacionó con artritis; 25% mostró afección pulmonar. Una proporción de 50% presentó anemia, el 75% elevación de VSG, 25% aumento de PCR, 100% se acompañó de ANA 1:320, 75% con anti-Ro positivo, 25% con anti-La positivo y 25% con factor reumatoide positivo.

**Conclusiones:** Puede observarse que en la población del Hospital Infantil de México Federico Gómez las manifestaciones clínicas son consistentes con las publicaciones actuales, así como su relación con la presencia de anticuerpos ANA y sobre todo anti-Ro. Todos los pacientes tuvieron inmunomodulación con hidroxilcloroquina y presentaron mejoría clínica y paraclínica, a excepción del síndrome de Sjögren secundario que presentó mala respuesta.

C172

### Validación de cuestionario acerca de educación sexual en pacientes adolescentes con enfermedades reumatológicas

Salinas-Encinas DR<sup>(1)</sup>, Maldonado-Velázquez MR<sup>(2)</sup>, Faugier-Fuentes E<sup>(3)</sup>, García-Rodríguez F<sup>(1)</sup>, Lara-Herrera PB<sup>(1)</sup>, Villarreal-Treviño AV<sup>(1)</sup>, Acevedo-Silva N<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente de Reumatología Pediátrica, <sup>(2)</sup>Jefa del Servicio de Reumatología Pediátrica, <sup>(3)</sup>Adscrito del Servicio de Reumatología Pediátrica

**Antecedentes:** Las enfermedades reumatológicas son crónicas, pero el conocimiento de la salud reproductiva es escaso.

**Objetivo:** Validar un instrumento capaz de medir el conocimiento acerca del embarazo, aborto y métodos anticonceptivos, y poder evaluar deficiencias, que deberán reforzarse.

**Material y métodos:** Cuestionarios a adolescentes de reumatología con lupus eritematoso sistémico (LES), esclerodermia, dermatomiositis juvenil (DMJ), artritis idiopática juvenil (AIJ) y fenómeno de Raynaud acerca de salud reproductiva, previo piloto en otra consulta. Tabulación con el programa SPSS 22.0.

**Resultados:** Se incluyó a 40 pacientes de 13 a 18 años de edad; 85% de sexo femenino y edad al diagnóstico de dos a 16 años. La mitad de los pacientes con diagnóstico de LES (52.5%). El 32.5% utiliza un medicamento para la enfermedad reumatológica y el 15% hasta cuatro. Pese a que muchos indican conocer acerca del embarazo, desconocen su interacción con la enfermedad reumatológica de base, e incluso consideran que podría

transmitirse al producto (70%), y hasta el 67% suspendería el tratamiento al confirmarse un embarazo; el 25% menciona considerar el aborto. Queda mucho trabajo en salud reproductiva, ya que los resultados son dispersos y reflejan conocimientos aprendidos por costumbre. La educación sexual en estos adolescentes es precaria e insuficiente.

**Conclusiones:** La población de la consulta de reumatología tiene características especiales por los fármacos utilizados y la complejidad de las enfermedades estudiadas; la salud reproductiva se infraevalúa y es necesario considerarla de modo sistemático en adolescentes de la consulta para poder reforzar conocimientos, disipar dudas y solucionar errores predecibles.

C173

### Síndrome de activación de macrófagos como complicación de artritis idiopática juvenil poliarticular y espondilitis anquilosante: informe de dos casos

Villarreal-Treviño AV<sup>(1)</sup>, Maldonado-Velázquez R<sup>(2)</sup>, Faugier-Fuentes E<sup>(3)</sup>, Acevedo N<sup>(4)</sup>, García-Rodríguez F<sup>(4)</sup>, Lara-Herrera P<sup>(4)</sup>, Salinas-Encinas D<sup>(4)</sup>, García A<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente de Reumatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, <sup>(2)</sup>Jefa, Reumatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, <sup>(3)</sup>Adscrito al Departamento de Reumatología Pediátrica, <sup>(4)</sup>Residente de Reumatología Pediátrica

**Introducción:** El síndrome de activación de macrófagos es una complicación inusual, potencialmente letal, de pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunitarias, notificado más a menudo en pacientes pediátricos con diagnóstico de artritis idiopática juvenil sistémica y lupus eritematoso sistémico. Es una entidad clínico-patológica caracterizada por la activación de histiocitos con hemofagocitosis prominentes en médula ósea y otros sistemas reticuloendoteliales.

**Casos clínicos:** Se trata de dos pacientes con diagnóstico de enfermedad reumatológica, ninguno con artritis idiopática juvenil sistémica, el primero con espondilitis anquilosante y el segundo con AIJ poliarticular; ambos presentaron características clínica y de laboratorio de síndrome de activación de macrófagos, corroborado mediante biopsia de médula ósea y elevación del receptor soluble de IL-2. Los dos pacientes desarrollaron este síndrome posterior al inicio de sulfasalacina. El primer paciente recibió tratamiento con dexametasona oral y ocho semanas de etopósido como inmunosupresor. La segunda paciente recibió cinco bolos de metilprednisolona (30 mg/kg/día) e inició tratamiento con ciclosporina A vía oral a una dosis de (5 mg/kg/día). Ambos pacientes presentaron una adecuada respuesta al inicio de inmunosupresión radical con altas dosis de esteroides, ciclosporina y etopósido, con evidente aumento de cifras de hemoglobina, leucocitos totales y plaquetas, así como disminución de cifras de proteína C reactiva y ferritina sérica.

**Discusión:** La importancia de dar a conocer el síndrome de activación de macrófagos radica en la necesidad de establecer un diagnóstico temprano y un tratamiento radical inicial con el objetivo de disminuir el 30% de la mortalidad notificada en pacientes pediátricos con afección autoinmunitaria subyacente.

C174

### Confiable de la ultrasonografía para detectar lesiones elementales de artritis idiopática juvenil

Hernández-Díaz C<sup>(1)</sup>, Ventura-Ríos L<sup>(1)</sup>, De la Cruz L<sup>(2)</sup>, Barzola L<sup>(3)</sup>, Rodríguez-García A<sup>(4)</sup>, Sánchez-Bringas G<sup>(1)</sup>, Roth J<sup>(5)</sup>, Faugier-Fuentes E<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Ultrasonido Musculosquelético, Instituto Nacional de Rehabilitación LGII, <sup>(2)</sup>Hospital San José, Monterrey, <sup>(3)</sup>Hospital Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina, <sup>(4)</sup>Hospital Infantil de México, <sup>(5)</sup>Children's Hospital of Eastern Ontario, University of Ottawa, Canadá

**Antecedentes:** La evaluación clínica tiene limitaciones para detectar inflamación en AIJ. La ultrasonografía (US) es útil para identificar inflamación en diversas artropatías, aunque en la población infantil aún no se ha validado para la detección de sinovitis (derrame [DS] e hipertrofia sinovial [HS]), erosiones, tenosinovitis (TNS) y daño del cartílago.

**Objetivo:** Evaluar la confiabilidad de la US para detectar sinovitis en carpo y metacarpofalángicas de pacientes con AIJ.

**Pacientes y métodos:** Se incluyó a siete pacientes con AIJ de acuerdo con criterios ILAR, que se evaluaron por US por cinco ultrasonografistas para determinar sinovitis, erosiones, TNS y cartílago en carpo, segunda y tercera metacarpofalángica bilateral en dos rondas en un mismo día. La variabilidad intraobservador e interobservador se estableció con la kappa de Cohen, de acuerdo con la clasificación de Landis y Koch.

**Resultados:** La edad media de los niños fue de nueve años y duración de la enfermedad de cinco años. La concordancia interobservador para DS, HS, TNS y erosiones fue buena a excelente (K, 0.88; IC 95%, 0.5889-1.0;  $p=0.0000$ ) y moderada para cartílago (K, 0.43; IC 95%, 0.0545-0.8964;  $p=0$ ). La variabilidad intraobservador fue buena (0.71; IC 95%, 0.591-0.8498;  $p=0.0000$ ).

**Conclusiones:** La US es confiable para evaluar la presencia de sinovitis, tenosinovitis y erosiones, así como el cartílago de manos en pacientes con AIJ.

## C175

### Artritis idiopática juvenil en paciente con síndrome de Silver-Russell

Pablo-Olivares L<sup>(1)</sup>, Noyola-García ME<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>HGR 1 Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro, IMSS, <sup>(2)</sup>Hospital de Especialidades, CMN SXXI, IMSS

**Introducción:** El síndrome de Silver-Russell (SR) es una enfermedad que cursa con retraso de crecimiento intrauterino y deficiencia de crecimiento posnatal y resulta en estatura corta, cara triangular, clinodactilia o braquidactilia y asimetría lateral y parcial de extremidades. Su prevalencia es de 0.8/100 000 casos al nacimiento. Se presenta el caso de una paciente con SR que manifiesta artritis idiopática juvenil (AIJ).

**Caso:** Paciente femenino de 15 años con SR, referida por dolor y aumento de volumen de rodilla derecha de un año de evolución, con adición de dolor en codos, manos, hombros y tobillos, tratada con diclofenaco, con limitación en la deambulación; es referida a reumatología. En clínica: talla, 1.50 m; peso, 38 kg; SC, 1.27 m<sup>2</sup>; asimetría facial, micrognatia, movimientos de cuello y hombros normales, codos con contractura en flexión bilateral y sinovitis crónica, dolor en carpos, segunda y tercera metacarpofalángica bilateral, clinodactilia, rodilla derecha con artritis, acortamiento de miembro pélvico derecho. Factor reumatoide, 311 UI/ml; antinucleares negativos; creatinina, 0.55 mg/dl; leucocitos, 7 900/dl; Hgb, 13.1 g/dl; Hct, 38.7%; plaquetas, 337 000/dl; PCR, 5.8 mg/dl; VSG, 40 mm/h. Radiografías de manos con osteopenia yuxtaarticular. Se diagnostica artritis idiopática juvenil poliarticular, factor reumatoide positivo, y se inicia tratamiento con metotrexato (10 mg/m<sup>2</sup> SC).

**Discusión:** Las manifestaciones de SR a nivel articular y óseo pueden dificultar el diagnóstico oportuno de la AIJ. En esta paciente, el dolor fue atribuido a la asimetría lateral de extremidades y no a la actividad de la AIJ. No se halló informe de la coexistencia de estas dos entidades; de ahí la importancia de notificarlo.

## C176

### Artritis idiopática juvenil como manifestación inicial de inmunodeficiencia común variable

Méndez-Núñez M, Carvajal-Alonso HL, Arellano-Valdez A

## IMSS CMNO Pediatría

La inmunodeficiencia común variable (IDCV) es la inmunodeficiencia con mayor prevalencia, constituida por un grupo de trastornos heterogéneos caracterizados por hipogammaglobulinemia e infecciones recurrentes que afectan al tracto respiratorio y gastrointestinal. Cerca de 20 a 30% de los pacientes con IDCV presentan como manifestación inicial alteraciones autoinmunitarias y las más frecuentes son artritis idiopática juvenil (AIJ) y citopenias autoinmunitarias.

**Descripción del caso:** Paciente masculino de tres años que inició a los 12 meses con artritis de pequeñas articulaciones, codos y rodillas; FR negativo; se concluyó diagnóstico de AIJ poliarticular, con base en criterios ILAR. Inició tratamiento con metotrexato (10 mg/sem), AINE y complemento de folatos, con mala respuesta; cuatro meses después inició tratamiento anti-TNF: adalimumab a 25 mg/m<sup>2</sup>/quincenal. Evolución insidiosa, se agregan episodios de evacuaciones líquidas, fiebre de 38°C intermitente, pérdida de peso y citopenias. Aspirado de medula ósea e inmunofenotipo negativo y se descarta enfermedad maligna hematológica. Cursó con infección de tejidos blandos que respondió al manejo antimicrobiano. Paraclínicos: Hb, 8.9 g; plaquetas, 240 000; leucocitos, 5 580; linfocitos, 3 292; neutrófilos, 1 060; IgG, 6.86; IgA, 24.5; IgM, 17.8; IgE, 17. Relación CD4/CD8: 2.62; linfocitos, CD8:1200; linfocitos CD4:3145; CD 20: 1%; CD 19: 1%; CD56: 4% Se estableció diagnóstico de IDCV e inició sustitución de gammaglobulina.

La autoinmunidad puede considerarse una de las manifestaciones iniciales en los pacientes con IDCV por lo que debe explorarse el sistema inmunológico humoral, sobre todo en aquellos pacientes con infecciones de repetición.

## C177

### Artritis idiopática juvenil y polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, una relación excepcional: remisión completa con rituximab

Ramírez-Rodríguez C<sup>(1)</sup>, Cuevas-Orta E<sup>(2)</sup>, Esparza-Holguín HE<sup>(3)</sup>, Orozco-Narváez A<sup>(4)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí; <sup>(2)</sup>Médico Adscrito de Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP; <sup>(3)</sup>Médico Residente de Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP; <sup>(4)</sup>Médico Adscrito de Neurología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP; <sup>(5)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la artropatía crónica inflamatoria más común en la infancia; la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) es muy rara en este grupo de edad. Ambas entidades poseen una base autoinmunitaria en su fisiopatogenia, pero su relación es excepcional. Se describe el caso de un adolescente de 15 años con AIJ que ocho meses después inició con debilidad en las cuatro extremidades y arreflexia consistente con CIDP, ambas con excelente respuesta al rituximab.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 15 años de edad quien acudió en febrero del 2014 por dolor poliarticular bilateral simétrico de manos, codos, rodillas, tobillos, tarsos y MTF; cursaba con VSG, 24 mm/h (<15 mm/h); PCR, 8 mg/dl (<0.5 mg/dl); FR, 326.3 (<16 UI/ml); y AAN negativos. Se inició tratamiento con metotrexato (15 mg VO c/sem), ácido fólico (5 mg/día), deflazacort (3 mg/día) y meloxicam (7.5 mg/día). Ocho meses después se agregó sensación de debilidad en las cuatro extremidades, dificultad para subir escaleras y presentó caídas de su propia altura. Al estudio clínico se corroboró la disminución simétrica de la fuerza proximal y distal con ausencia de reflejos osteotendinosos. La EMG/VCN es consistente con polineuropatía desmielinizante simétrica. Se inició tratamiento con gammaglobulina IV (Ggl) a razón de 2 g/kg, con mejoría objetiva en la fuerza muscular, pero un mes después presentó disminución de la fuerza

muscular y se readministró Ggl, con mejoría de los síntomas. Al mes reinició reducción simétrica de la fuerza y se administra rituximab (1 g) con mejoría sostenida de la fuerza; en la actualidad ha recibido tres aplicaciones cuatrimestrales de rituximab y se mantiene con fuerza muscular normal.

De forma adicional se le diagnosticó hipotiroidismo primario tratado con levotiroxina (75 µg/día).

**Conclusión:** Se presenta el caso de un joven con poliautoinmunidad, con dos padecimientos relativamente frecuentes y uno excepcional, con respuesta al rituximab.

## C178

### Artritis idiopática juvenil y sarcoma de Ewing: presentación de un caso y revisión de las publicaciones médicas

Hernández-Huirache HG, Damián-Abrego GN, Pérez-Zárate NP, Becerril-López NS, Andrade-Águila AE

*Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío*

**Introducción:** Las manifestaciones musculoesqueléticas en niños conforman un complejo sindromático que implica diversas causas, desde infecciones hasta neoplasias.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 15 años de edad con diagnóstico a los 13 años de artritis idiopática juvenil (AIJ) poliarticular seronegativa, manifestada por dolor, aumento de volumen y limitación a la flexoextensión en ambos codos, muñecas, rodillas y tobillos, tratado con prednisona y metotrexato, hasta lograr la remisión. Un año después inicia con lumbalgia y se considera la posibilidad de espondilitis anquilosante, ya que el factor reumatoide estaba negativo; se solicita HLA B27 y resonancia magnética (RM) de columna lumbar y sacroiliaca; acude a urgencias con pérdida de la fuerza muscular y reflejos osteotendinosos en miembros pélvicos; RM: lesión que sugiere proceso infeccioso en T12-L1. Biopsia de lesión con datos consistentes con sarcoma de Ewing; se inicia quimioterapia con vincristina y ciclofosfamida.

**Discusión:** El dolor e inflamación articulares pueden ocurrir en los pacientes con leucemia; aunque no se consideran manifestaciones paraneoplásicas de sarcoma de Ewing medular, debe considerarse la posibilidad de neoplasia como diagnóstico diferencial de AIJ, si bien también existe la posibilidad, aunque mínima, de que coexista enfermedad reumática con neoplasia; se han notificado casos aislados. En ocasiones, la neoplasia se relaciona con el tratamiento de la enfermedad reumática.

## C179

### Síndrome de Tjalma (seudoseudo-Meigs) como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil

Torres-Jiménez AR, Solís-Vallejo E, Céspedes-Cruz A, Zeferino-Cruz M, Ramírez- Juárez MR, Velázquez-Cruz A

*Reumatología pediátrica, Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza*

La presencia de tumor ovárico (fibroma primario, tecoma, tumor de Brenner), derrame pleural y ascitis se denomina síndrome de Meigs. Cuando los mismos hallazgos se relacionan con tumores diferentes a los originalmente descritos se utiliza el término síndrome de pseudo-Meigs. El síndrome de Tjalma o pseudo-Meigs es una entidad clínica que se presenta con derrame pleural, ascitis y elevación de CA-125 sin la existencia de tumor ovárico maligno o benigno en un paciente con LES. Sólo hay seis casos notificados en las publicaciones médicas y éste es el único en la población pediátrica.

**Descripción del caso:** Paciente femenino de 14 años que inicia padecimiento en noviembre de 2014, con edema de extremidades inferiores, fotosensibilidad, úlceras bucales, cianosis, pérdida de peso, fiebre; diagnóstico de

pielonefritis. Persisten los síntomas y acude al hospital dos semanas después y se identifican artritis, ascitis, palidez, anemia; plaquetas, 340 000; leucocitos, 5 900; linfocitos, 870; creatinina, 1.66; urea, 164; BUN, 76; albúmina, 2.14; C3, 53; C4, 3.9; ANA homogéneo, 1:160; antiDNA >240, examen de orina con eritrocituria, cilindros+; se diagnostica LES con SLEDAI inicial de 26. Inicia pulsos de metilprednisolona (30 mg/kg/día) cinco dosis y evoluciona con dificultad respiratoria, radiografía de tórax con derrame pleural izquierdo. Evoluciona con fiebre, anemia, insuficiencia renal aguda, trombocitopenia, hipertensión arterial, alteraciones neuropsiquiátricas, frotis de sangre periférica con esquistocitos, hipomotilidad diafragmática en USG torácico y pruebas de función respiratoria con patrón restrictivo grave; se establece diagnóstico de síndrome de pulmón encogido y púrpura trombocitopénica trombótica (PTT); se indica tratamiento con infusión de plasma, ciclofosfamida y rituximab (1.5 g). A pesar de tratamiento recibido persiste con ascitis que exige paracentesis; presenta edema agudo pulmonar, paso a fase III de ventilación, paro cardiopulmonar, evoluciona a insuficiencia renal aguda que requiere hemodiálisis. Se extuba una semana después, pero persisten la insuficiencia renal, ascitis y PTT; tratamiento con plasmaféresis, cinco sesiones; remite la PTT. Dada la ascitis refractaria con derrame pleural persistente y USG con aumento de volumen de anexo izquierdo se sospecha síndrome de Meigs, resultado de CA-125 elevado en 59 UI/ml. Por laparotomía se descarta tumoración ovárica y se establece el diagnóstico de síndrome de Tjalma. Por la refractariedad de la ascitis se decide tratamiento con esteroide intraperitoneal (dexametasona, 12 mg/dosis, dos dosis con espacio de un mes). Suspende hemodiálisis tres meses después. El tratamiento actual incluye ciclofosfamida mensual (nueve dosis) y prednisona. Última determinación de CA 125 en 23 UI/ml (n 0-35 UI/ml).

## C180

### Artropatía de la fibrosis quística en la infancia

Méndez-Núñez M, Carvajal-Alonso HL, Arellano-Valdez A

*IMSS-CMNO Pediatría*

La artropatía relacionada con fibrosis quística (FQ) se encuentra en el 2 a 9% de los pacientes, en la mayoría de los casos relacionada con exacerbación pulmonar de la enfermedad. Los dos principales trastornos son la artritis episódica y osteoartropatía hipertrófica pulmonar y es más frecuente su presentación en pacientes adultos.

Paciente masculino de 10 años con diagnóstico de FQ al mes de edad con mutación alfa-delta 508; tratamiento: nebulizaciones con alfa-adornasa, esteroide inhalado y salbutamol. Inició con accesos de tos productiva, secreciones respiratorias de características viscosas, hiporexia, halitosis y saturación de 86%.

Exploración física: estertores roncantes difusos, crépitos alveolares bilaterales, extremidades inferiores con acropaquias, artritis en tobillos y rodillas. Se concluyó diagnóstico de aspergilosis broncopulmonar alérgica y sinusitis maxilar; inició tratamiento con voriconazol y esteroide sistémico; resolución de manifestaciones articulares a las dos semanas. Un mes después presentó nueva exacerbación pulmonar leve secundaria a infección por B cepacia, además de artritis de rodillas, que se resolvió al término del tratamiento antimicrobiano y con esteroide sistémico.

Se ha descrito que los episodios de artritis son episódicos y suelen resolverse sólo con control sintomático; la progresión se relaciona con las exacerbaciones de la enfermedad y el deterioro de la función respiratoria. El tratamiento inmunosupresor se vincula con mayor riesgo de episodios infecciosos con escaso beneficio de las manifestaciones articulares.

## C181

### Síndrome de pulmón encogido como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico juvenil: informe de dos casos

Ramírez-Juárez MR<sup>(1)</sup>, Céspedes-Cruz A<sup>(2)</sup>, Zeferino-Cruz M<sup>(2)</sup>, Torres-Jiménez A<sup>(2)</sup>, Velázquez-Cruz A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente de segundo año de reumatología pediátrica, <sup>(2)</sup>Médico adscrito de reumatología pediátrica

Las manifestaciones pulmonares en LES se presentan en 60 a 80%; el síndrome de pulmón encogido es una complicación poco frecuente (0.5%) manifestada por tos irritativa y disnea.

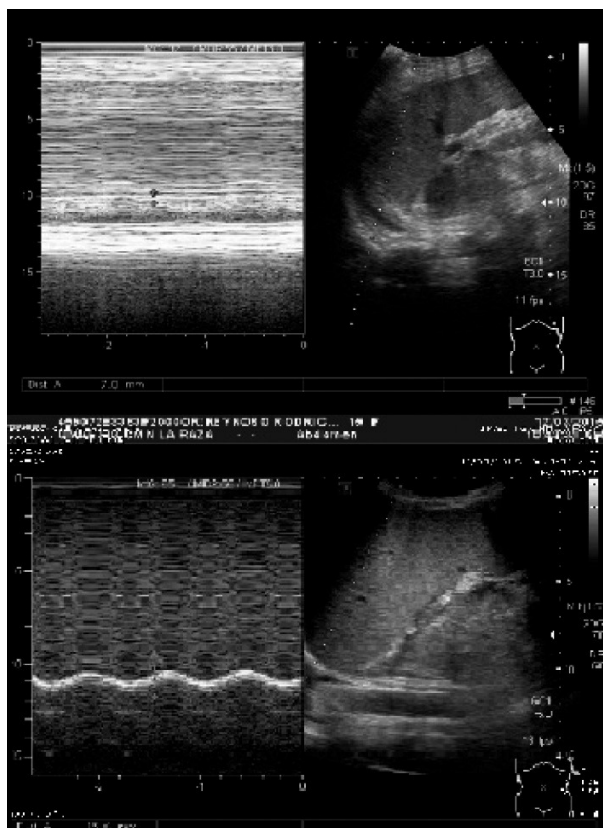
Se presentan dos casos con síndrome de pulmón encogido al diagnóstico del LES.

**Caso 1:** Paciente femenino de 15 años, con hipotiroidismo adquirido. Inicia dos meses previos con mialgias, artralgias, pérdida de peso, tos seca y dificultad respiratoria progresiva; por laboratorio: anemia hemolítica, leucolinfopenia, hipocomplementemia, ANA y anti-DNA positivos; Rx y TAC de tórax con derrame pleural masivo izquierdo, USG de tórax con hipomotilidad diafragmática izquierda; se realiza toracocentesis que drena 6 600 ml. Se atiende con corticosteroides y ciclofosfamida con mejoría de los síntomas pulmonares.

**Caso 2:** Paciente femenino de 15 años; inicia 15 días antes con edema de miembros pélvicos, úlceras bucales, fotosensibilidad, artralgias, cefalea, pérdida de peso, fiebre de 38°C, dificultad respiratoria, tos irritativa, dolor pleurítico; a la exploración, artritis MCF e IFP, ascitis; por laboratorio, linfopenia, trombocitopenia, ANA y anti-DNA positivos, hipocomplementemia; radiografía de tórax, con seis espacios intercostales y elevación del hemidiafragma izquierdo, USG con hipomotilidad diafragmática, espirometría con patrón restrictivo, recibe corticosteroide, ciclofosfamida, rituximab y salbutamol con adecuada respuesta.

**Conclusión:** El diagnóstico de síndrome de pulmón encogido requiere una alta sospecha clínica, confirmada por estudios de gabinete.

Figura 1. Ultrasonido torácico.



C182

Enteritis lúpica en edad pediátrica: informe de un caso

Basulto-May FC, Yáñez-Sánchez P, Cuatecontzi-Romero A, Velázquez-Castillo A

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI

La enteritis lúpica es la manifestación gastrointestinal más grave; la prevalencia en adultos es de 0.2% a 9.7% con una mortalidad mayor del 50%. En población pediátrica se desconoce su prevalencia.

Paciente femenino de 12 años, con diagnóstico de LES de dos años de evolución y manifestaciones articulares, hematológicas, renales (proteinuria, 128 mg/día), C3 y C4 bajos, ANA +, patrón homogéneo 1:1 280, anti-DNA +. Presentó pancreatitis en octubre de 2014.

Inicia dos semanas antes de su ingreso con dolor abdominal generalizado, evacuaciones disminuidas en consistencia, sin moco ni sangre, vómitos de contenido gastrointestinal y síntomas de pielonefritis; se trató con antimicrobianos sin mejoría. EF: TA, 130/90; FC, 110x'; FR, 24x'; Temp, 36.6°C, distensión abdominal, peristalsis ausente, dolor a la palpación, rebote positivo. Paraclínicos: Hb, 14 g/dl; plaquetas, 510 000; leucocitos, 18 200/ml; linfocitos, 1 500/m; C3, 58 mg/dl; C4, 7 mg/dl; anti-DNA +; proteinuria, 857.62 mg/día; EGO, leucocitos incontables; eritrocitos, 20-25/campo; 90% dismórficos. AL y aCL negativos. SLEDAI: 20. El ultrasonido abdominal mostró edema de pared intestinal con engrosamiento de la pared 7 mm; la angio-TAC abdominal señala vasculatura mesentérica con imagen en cepillo, engrosamiento de pared vesical e intestinal de 9 mm (fig. 1). Se diagnosticó enteritis lúpica, se inicia tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida.

La enteritis lúpica es una complicación rara y grave de LES. Se han notificado en las publicaciones factores predictores de recurrencia, como el grosor de pared >9 mm, afección del colon o del tracto urinario. Esta paciente presentó manifestaciones graves gastrointestinales con factores de recurrencia, lo que obligó al tratamiento inmunosupresor radical.

Figura 1. Angiotomografía abdominal.



C183

### Insensibilidad congénita al dolor tipo IV: informe de caso

Zeferino-Cruz M, Torres-Jiménez AR

Centro Médico Nacional La Raza, Hospital General

**Introducción:** La insensibilidad congénita al dolor IV (ICD) es una neuropatía hereditaria sensitivo-autonómica caracterizada por insensibilidad al dolor, retraso mental, automutilación, disfunción autonómica y anhidrosis.

**Objetivo:** Presentar un caso con ICD.

**Descripción del caso:** Masculino de nueve años sin afección perinatal, desde edad temprana, con elevaciones térmicas sin causa aparente, retraso psicomotor y conducta autolesiva (mordisqueo frecuente de labios y manos hasta la amputación de falanges), diagnosticado a los cuatro años con trastorno por déficit de atención con hiperactividad; se trató con metilfenidato, risperidona y ácido valproico.

Se añade cuadro de artritis en rodillas de dos meses de evolución y fue remitido por posible síndrome de Lesh-Nyhan (SLN).

Al ingreso se corroboran conducta irritable y autolesiva, facies característica, piel áspera, seca e hiperqueratósica en manos, amputación distal de índice y medio izquierdos (fig. 1), extremidades inferiores con múltiples cicatrices, hipotrofia muscular, fuerza muscular 4/5, insensibilidad al estímulo doloroso y artritis de rodillas con valgo bilateral.

Durante su abordaje, la determinación sérica de ácido úrico (4.2 mg/dl) y la ausencia de cristales de urato en líquido sinovial descartaron el SLN.

Se considera artritis postraumática ante los hallazgos de líquido sinovial hemático con lípidos abundantes, estudio radiológico con microfracturas de cóndilo femoral y datos de neuropatía corroborada por electromiografía.

La ausencia de tratamiento farmacológico para la ICD hace de la rehabilitación y del tratamiento ortopédico las principales herramientas terapéuticas.

**Conclusión:** Las alteraciones ortopédicas son las principales complicaciones en la ICD. En niños con automutilación y artritis, además del síndrome de Lesh Nyhan, debe descartarse insensibilidad congénita al dolor.

Figura 1. Aspecto de la mano izquierda.



C184

### Hemorragia de aparato digestivo de origen oscuro en paciente con lupus eritematoso generalizado

Solis-Armenta R, Abud-Mendoza C, Martínez-Martínez MU, Perales-Ortega Y, Alcaraz-Cruces M

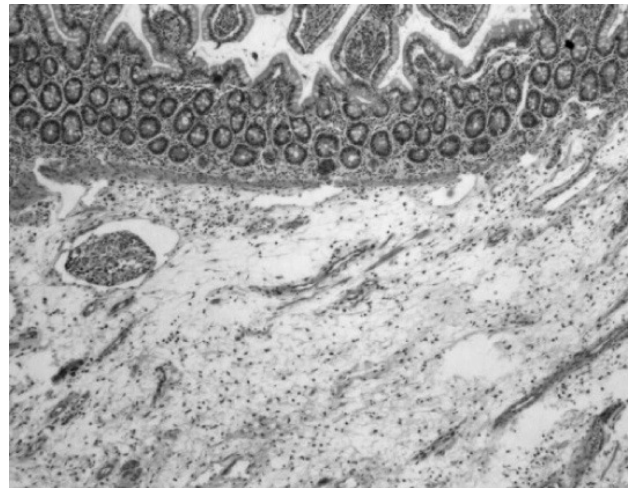
Departamentos de Medicina Interna y Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina UASLP, San Luis Potosí, SLP México

El lupus eritematoso generalizado (LEG), padecimiento de expresión diversa, incluye las manifestaciones digestivas, dentro de ellas serositis y vasculitis, así como complicaciones y comorbilidades. Se describe un caso clínico de un joven con LEG y hemorragia gastrointestinal de dificultad diagnóstica con diferenciales de actividad, neoplasia e infecciones.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 15 años de edad, con diagnóstico de LEG de cinco años de evolución, con nefropatía lúpica proliferativa, la cual desde un año antes del ingreso requirió tratamiento renal sustitutivo. Se presentó a urgencias con cuadro de una semana de evolución con dolor abdominal en hipogastrio, hematoquezia, hasta cuatro evacuaciones al día, síndrome anémico con hemoglobina de 2.39 g/dl, normocítica y normocrómica. La endoscopia superior con gastropatía eritematosa prepilórica y colonoscopia con hemorragia activa sin precisar origen. Continuó hematoquezia, requerimientos de transfusiones y descenso de hemoglobina, en ausencia de datos clínicos o bioquímicos de actividad lúpica, SLEDAI de 4 puntos. La angiotomografía de abdomen revela anomalía de arteria ileocólica derecha, cuyo diagnóstico diferencial incluía vasculitis, sin evidencia de sitio de sangrado; se decide laparotomía exploradora que mostró tumor en íleon con apariencia de tuberculosis y fue resecado, con anastomosis, así como toma de biopsia de ganglios; informe histopatológico con ileítis y linfadenitis crónica granulomatosa caseosa consistente con la causa (fig. 1). Se inició tratamiento con Dotbal®; el paciente mostró evolución favorable.

**Conclusiones:** La hemorragia digestiva de origen oscuro representa un reto diagnóstico para el internista. En paciente con LEG, los diagnósticos diferenciales son amplios. La tuberculosis es una causa rara de sangrado de tubo de origen oscuro que debe considerarse, más en padecimientos reumatológicos, que cursan con supresión inmunitaria, tanto por la enfermedad y sus complicaciones como por la inmunosupresión terapéutica.

Figura 1



C185

**Afección intestinal grave como manifestación inicial de poliarteritis nodosa (PAN) en un paciente pediátrico**

Cuatecontzi-Romero A, Yáñez-Sánchez P

UMAE, Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI

La poliarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis segmentaria focal y necrosante que afecta arterias de mediano y pequeño calibre en diferentes órganos. En PAN juvenil, la afección gastrointestinal ocurre en un 41%; de éstos, 10% presenta hematoquezia y 4% isquemia o perforación intestinal.

Paciente masculino de nueve años, con PA de cuatro meses de evolución con dolor abdominal, astenia, fiebre, nodulaciones en palmas, cianosis distal del tercer dedo de mano derecha, pérdida ponderal de 7 kg; en una ocasión hematoquezia; se sospecha enfermedad inflamatoria intestinal (EII); la colonoscopia delinea úlcera en mucosa colónica. En esta unidad persiste dolor que sugiere apendicitis. En el posoperatorio hay exacerbación del dolor, hipertensión arterial y deterioro hemodinámico; se somete a laparotomía con hallazgo de hemoperitoneo de 500 ml y sangrado en lecho quirúrgico; en terapia intensiva presenta hipertensión arterial maligna (280/180 mmHg), se atiende con nitroprusiato, esmolol e hidralazina; muestra necrosis distal del tercer dedo, se sospecha vasculitis sistémica. Ecocardiograma: hipertrofia ventricular izquierda que sugiere hipertensión arterial crónica, angio-TAC abdominal: infarto en bazo, riñones y páncreas, colección periesplénica por hematoma, hallazgos de vasculitis de pequeño y mediano calibre con aneurismas y microaneurismas de vasos abdominales y renales (fig. 1), EMG: mononeuropatía múltiple axonal sensitivo-motora, biopsia de apéndice: necrosis fibrinoide. Se inicia tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida (CFA) IV; al tercer pulso, el paciente presenta hematoquezia y elevación de PCR; se realiza panendoscopia que mostró estenosis del 60% en sigmoides, con inflamación crónica inespecífica en biopsia.

La PAN en edad pediátrica es una vasculitis rara, grave, de inicio insidioso y presentación clínica variable, con riesgo notable de morbilidad a largo plazo. Las recaídas ocurren con mayor frecuencia al existir afección gastrointestinal grave. Una dosis alta acumulada de CFA se ha relacionado con menor riesgo de recaídas. Se ha sugerido que el diagnóstico de PAN debe considerarse en pacientes con dolor abdominal agudo sin causa aparente, por lo que también es importante una historia clínica cuidadosa.

Figura 1. Angiotomografía abdominal.



C186

**Granulomatosis con poliangitis (Wegener) en paciente de 26 meses de edad. Caso más joven descrito en las publicaciones en México y el más joven en los anales mundiales que no culmina en deceso**

Córdova-Gurrola RA<sup>(1)</sup>, Ibarra-Gutiérrez EA<sup>(2)</sup>, Ruiz-Pedraza MD<sup>(1)</sup>, Rivas-Medina A<sup>(1)</sup>

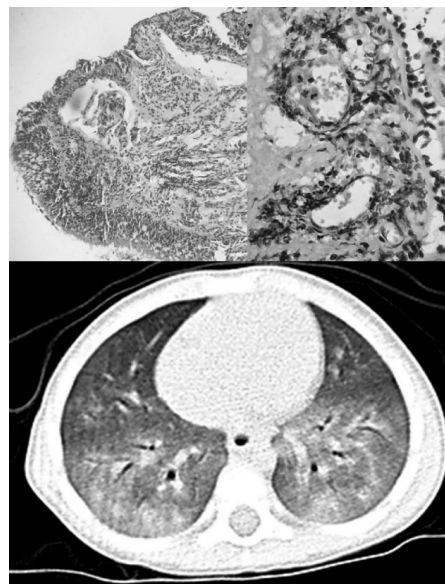
<sup>(1)</sup>Servicio de Neumología Pediátrica, Unidad Médica de Alta Especialidad 34, Hospital de Cardiología, IMSS, Monterrey, Nuevo León, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología Pediátrica, Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad, SSNL, Monterrey, Nuevo León

**Introducción:** La granulomatosis con poliangitis es una vasculitis infrecuente en niños. Aparece entre los seis y 17 años con una mortalidad del 90% sin tratamiento. El caso más joven a nivel mundial fue un niño de un año y falleció. Aquí se notifica el caso de un paciente de 26 meses, el más joven en México, el segundo más joven a nivel mundial y el primero de esa edad que no falleció.

**Presentación:** Paciente masculino de 26 meses, dos meses de evolución con cianosis, sibilancias y dificultad respiratoria, catalogado como bronquiolitis. Por evolución tórpida ingresó a estudio y se descartan procesos infecciosos, neoplásicos, metabólicos, anatómicos, vasculares y genéticos. En estudios de imagen se demostró imagen de vidrio despolido sugestiva de enfermedad pulmonar intersticial (fig. 1). Por hallazgos se sospechó lupus. Se encontró ANA en 1:1 260, pero con anti-DNA negativo y complemento normal. Se solicitó opinión a reumatólogo pediatra, quien sugirió una granulomatosis con poliangitis. Sugirió determinación de ANCA y buscar compromiso sinusal para documentar criterios de EULAR/Pres. Éstos fueron positivos con patrón citoplasmático y se encontró sinusitis. La biopsia pulmonar demostró infiltrado de PMN aguda y crónica grave con vasculitis (fig. 1). Sugirió tratamiento con metilprednisolona más ciclofosfamida. Se corroboró que sí reunió los criterios y hoy en día, luego de tres pulsos combinados, se encuentra estable y en tratamiento ambulatorio.

**Discusión:** Es una enfermedad infrecuente, que se desarrolló antes de la edad habitual. Se contó con apoyo de reumatólogo pediatra para orientar el diagnóstico y tratamiento a tiempo consiguiendo una respuesta adecuada. Es el caso más joven informado que sobrevive.

Figura 1. Biopsia pulmonar y tomografía de tórax.



C187

**Presentación de enfermedad de Kawasaki por segunda ocasión: informe de un caso**

Hernández-Huirache HG, Damián-Abrego GN, Becerril-López NS, Andrade-Águila AE, Pérez-Zárate NP

*Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío*

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki (EK), una vasculitis sistémica de vasos pequeños y medianos, es un proceso inflamatorio agudo, autolimitado, potencialmente grave por complicaciones cardíacas. Raras veces presentada por segunda ocasión, se informa en 2% de la población.

**Caso clínico:** Niña de dos años seis meses de edad con antecedente de hospitalización a los 15 meses por EK; reúne todos los criterios y es tratada con inmunoglobulina intravenosa a dosis de 2 g/kg y ácido acetilsalicílico, con remisión de los síntomas; 15 meses después presenta otra vez fiebre de 39°C de difícil control, de seis días de evolución, labios y lengua fisurados y eritematosos, inyección conjuntival, edema en manos y pies, artralgias y conglomerado ganglionar en la cadena cervical derecha. Paraclínicos con reactantes de fase aguda elevados, así como trombocitosis; se inicia tratamiento con inmunoglobulina intravenosa (2 g/kg) y ácido acetilsalicílico (80 mg/kg/día). A las tres semanas presenta descamación en manos y pies y plaquetas de 718 000. Ecocardiograma sin dilatación o aneurismas coronarios.

**Discusión:** La EK se presenta con extraña frecuencia en más de una ocasión; se ha investigado la posibilidad de una predisposición genética. Existen informes de estudios realizados en búsqueda de polimorfismos genéticos relacionados con varios aspectos de esta afección.

El reconocimiento y tratamiento de la enfermedad son cruciales, así como tener en mente el porcentaje casi inexistente de pacientes con doble presentación, ya que las complicaciones cardíacas son comunes y más aún cuando el diagnóstico y tratamiento se realizan de manera tardía.

C188

**Enfermedad de Kawasaki (EK) y poliarteritis nodosa (PAN), dos vasculitis sistémicas diferentes que comparten algunas similitudes: presentación de un caso en paciente pediátrico**

Velázquez-Castillo A, Yáñez-Sánchez P, Cuatecontzi-Romero A, Basulto-May F

*Hospital de Pediatría CMN SXXI, IMSS*

La enfermedad de Kawasaki (EK) es la vasculitis sistémica más frecuente en pediatría y puede ocasionar complicaciones graves sin un diagnóstico y tratamiento oportunos. La poliarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis necrosante sistémica rara que puede afectar la vasculatura gastrointestinal y renal, sin glomerulonefritis ni anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo.

Paciente masculino de cinco años de edad, con nueve días de evolución de astenia, adinamia, fiebre, adenopatías cervicales dolorosas de 10 cm de diámetro, lesiones maculopapulares confluentes en tórax y extremidades, inyección conjuntival, fisuras labiales, lengua aframbuesada, edema y descamación en manos y pies, mioartralgias y dolor abdominal intenso. Se diagnostica EK; ecocardiograma sin señalar aneurismas; se inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico, inmunoglobulina intravenosa (Ig IV), 2 g/kg/dosis, con mejoría parcial, aunque se necesita una segunda dosis. Persistió fiebre y dolor abdominal intermitente; se notificaron leucocitosis, neutrofilia, trombocitosis, PCR de 262 mg/L, VSG de 12 mm/h, policultivos negativos, depuración de creatinina normal, proteinuria de 105 mg/día. Se consideró refractariedad al tratamiento convencional. Se realizó angio-TAC abdominal para descartar PAN por dolor abdominal y mioartralgias, que

mostró vasos irregulares, estenosis y aneurisma de 4 mm en segmento yeyunal de mesenterio (fig. 1); la electromiografía revela mononeuropatía motora axonal. Se diagnostica PAN e inicia tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida IV, con remisión de síntomas.

La EK y la PAN son dos enfermedades distintas que pueden compartir características clínicas; diversas publicaciones informan casos en que coexisten síntomas de ambas e incluso se ha propuesto que pueden ser la misma alteración, lo cual sugiere que el tratamiento debe enfocarse en la gravedad y persistencia de las manifestaciones clínicas.

**Figura 1.** Angiotomografía abdominal.



C189

**Arteritis de Takayasu, miocardiopatía dilatada y tuberculosis: presentación de un caso**

Murillo-García MC<sup>(1)</sup>, Álvarez del Castillo-Araujo AL<sup>(1)</sup>, Rincón-Narváez SC<sup>(2)</sup>, González-Carrillo LE<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad #25, IMSS, <sup>(2)</sup>Reumatología Integral, <sup>(3)</sup>Doctor's Hospital

**Introducción:** La vasculitis de Takayasu es una arteritis inflamatoria crónica, oclusiva de la aorta y ramas principales. Se ha relacionado con el antígeno leucocitario humano y tuberculosis.

**Presentación:** Paciente femenino de nueve años de edad. Combe positivo. Inicio con astenia, adinamia, disnea de medianos esfuerzos, fiebre e hiporexia y un mes después disnea a pequeños esfuerzos y tos; se diagnostica miocardiopatía dilatada, con ectasia de aorta descendente, FEVI de 18%; se trata con digoxina, diuréticos y enalapril; se realiza biopsia de adenopatía cervical y se hospitaliza por crisis hipertensiva, fiebre, pérdida ponderal y disnea; a la exploración, palidez, reforzamiento de segundo ruido cardíaco, disminución de pulsos de extremidades inferiores y soplo abdominal. Laboratorios: hemoglobina, 10; plaquetas, 414 000; leucocitos, 9 000; creatinina, 0.52; velocidad de sedimentación globular, 64; proteína C reactiva, 14.2; examen general de orina, normal. Angiotomografía abdominal: estenosis aórtica extensa de segmento supradiaphragmático y abdominal, en arteria renal derecha, con estenosis significativas y dilataciones postestenóticas (fig. 1). Se concluye tuberculosis y arteritis de Takayasu; se inicia tratamiento con isoniazida, rifampicina, etambutol y priazinamida,

esteroides y metotrexato; informe de biopsia posterior a inicio de tratamiento: granulomas con necrosis central caseosa y células gigantes tipo Langhans; hoy en día miocardiopatía en resolución y en tratamiento con metotrexato y dosis bajas de esteroides.

**Discusión:** Paciente con arteritis de Takayasu y antecedente de Combe positivo que orientan a tratarla como portadora de tuberculosis antes de confirmarla; se logra mejoría de miocardiopatía, así como estabilidad de cifras de tensión arterial y hasta el momento sin evidencia de progresión.

Figura 1. Angiotomografía tóracoabdominal.



C190

### Esclerodermia localizada en niños: informe de un caso con tres formas de presentación

Arellano-Valdez CA, Carvajal-Alonso HL, Guijarro-Sánchez I, Cervantes-Amador S, Méndez-Núñez M

UMAE Pediatría, CMNO, IMSS

**Introducción:** La esclerodermia es un trastorno inflamatorio crónico, que afecta de manera característica a la piel y también tubo digestivo, corazón, pulmón, riñón y tejido sinovial. La lesión cutánea puede aparecer como placas focales (morfea), lineal, o con una distribución simétrica y generalizada (esclerodermia sistémica). En niños es más frecuente la morfea o lineal. La esclerodermia localizada puede comenzar en cualquier momento de la infancia y seguir una progresión lenta e impredecible, o tender a la remisión. Las niñas se afectan más que los varones; no se conoce la predisposición familiar. Su causa es desconocida. El síndrome de Parry-Romberg o hemiatrofia facial progresiva es una degeneración lenta unilateral de los tejidos faciales, que afecta al tejido subcutáneo, grasa y conectivo, piel, músculo y hueso. Entre el 36.6% y 53.6% de los pacientes con Parry-Romberg presentan golpe de sable, sobre todo frontal, por lo que se ha postulado que estas dos entidades pueden ser variantes clínicas de la misma enfermedad. Su histología es similar. Los escasos informes en las publicaciones médicas citan más dos formas de presentación simultánea de esclerodermia.

**Caso clínico:** Paciente masculino de cinco años. Inicia a los dos años con atrofia progresiva de hemicara derecha, lesión lineal hundida frontal con hipopigmentación y dos zonas de atrofia, endurecimiento e hiperpigmentación en muslo derecho. Se establece diagnóstico de esclerodermia en golpe de sable, morfea en placas y Parry-Romberg.

**Discusión:** Es relevante presentar casos clínicos de afecciones de baja prevalencia, con presentación inusual, para facilitar su reconocimiento temprano y manejo oportuno, que favorezcan su resolución.

C191

### Enfermedad de Rosai-Dorfman en lactante mayor

Esparza-Holguín HE<sup>(1)</sup>, Rangel-Botello AN<sup>(1)</sup>, Herrera-van Oostdam D<sup>(2)</sup>, Calderón-Neville J<sup>(3)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(4)</sup>

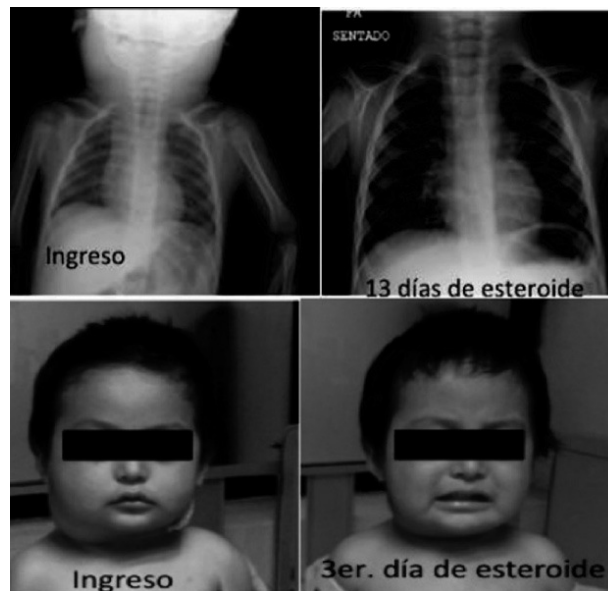
<sup>(1)</sup>Médico Residente de Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, <sup>(2)</sup>Médico adjunto de Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, <sup>(3)</sup>Médico Residente de Patología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP, <sup>(4)</sup>Reumatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP

**Introducción:** Le enfermedad de Rosai-Dorfman o histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva se presenta de forma característica entre los siete y 24 años de edad, con fiebre, linfadenopatía cervical no dolorosa y leucocitosis. La afección extranodal ocurre en el 40% de los casos, sobre todo piel y tejidos blandos; es menos frecuente la forma intratorácica (2%).

**Caso clínico:** Paciente masculino de un año con tres meses de edad, sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento con fiebre, aumento de volumen cervical (fig. 1) y tos seca, aquélla no registrada termométricamente, continua y monomodal; el aumento de volumen cervical es progresivo y además hay adenopatías submaxilares y preauriculares de 3 x 3 cm y retroauricular de 3 x 4 cm, fijas, no dolorosas, de consistencia ahulada. Destaca hemoglobina, 11.9 g/dl; plaquetas, 519 mil/mm<sup>3</sup>; TGO, 83 U/L; TGP, 54 U/L; DHL, 372 U/L. Rx de tórax: aumento de tejido blando en cuello y ensanchamiento mediastínico (fig. 1). USG de cuello: aumento de tejido blando en mediastino y cuello. Biopsia de adenopatía cervical: emperipolesis histiocitaria; inmunohistoquímica: PS 100 policlonal positiva, CD68 de macrófagos positivo, CD1a negativo, langerina negativa: consistente con enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD). Recibió tratamiento con prednisona (1 mg/kg), con remisión de fiebre y disminución en tamaño de adenopatías al tercer día, con posterior normalización.

**Discusión:** La ERD es poco frecuente, más aún la afección intratorácica; el diagnóstico diferencial es amplio e incluye proceso neoplásico sólido y hematológico malignos, enfermedades infecciosas agudas, subagudas y crónicas.

Figura 1. Radiografías de tórax y aspecto clínico del paciente al ingreso y después de unos días de tratamiento.



C192

### Corea relacionada con anticuerpos antifosfolípido

Céspedes-Cruz AI, Zeferino-Cruz M, Torres JA, Ramírez JM, Velázquez CA



UMAE, Hospital General CMN La Raza

La corea relacionada con anticuerpos antifosfolípido se informa con una prevalencia de 1.3; el órgano blanco se encuentra a nivel de los ganglios basales aunque sólo en <16% es posible documentar la isquemia con estudios de gabinete.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 11 años, quien inicia en julio de 2015 con la presencia de parestesias en brazo y pierna derechos, que cede de forma espontánea en menos de cinco minutos; se agregan movimientos coreiformes en lengua, manos y pie derecho, motivo por lo cual se inicia estudio por neurología que encuentra a la exploración física marcha con base de sustentación amplia, lenguaje disártrico, vértigo, fotofobia, fonofobia, nistagmo horizontal, dismetría, temblor de intención, REM ++, respuesta plantar flexora bilateral, Romberg +. Se realizan electroencefalograma normal; TA-CAR de cráneo normal; laboratorio: trombocitopenia y TTP prolongado por lo que se solicita valoración por reumatología que identifica, además de lo neurológico, livedo reticular; trombocitopenia, 88 000; TTP, 128 seg, exudado faríngeo sin desarrollo, antiestreptolisinas negativas, anticardiolipinas IgG >280 U/ml, IgM de 16, anticoagulante lúpico +, C3 y C4 normal, ANA y ENA negativos, por lo que se establece el diagnóstico de corea relacionada con anticuerpos antifosfolípidos. Recibe pulsos con metilprednisolona y micofenolato de mofetilo y la alteración neurológica remite con recuperación de plaquetas.

**Conclusión:** La relación de corea y anticuerpos antifosfolípidos positivos, con exclusión de otras causas adquiridas, sugiere el diagnóstico de síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

### C193

#### Enfermedad de Degos: diagnóstico diferencial en reumatología pediátrica

García-Rodríguez F, Villarreal-Treviño AV, Salinas-Encinas DR, Faugier-Fuentes E, Maldonado-Velázquez MR

Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** La enfermedad de Degos es una vasculopatía rara que afecta los vasos sanguíneos de medianos y pequeños vasos, con afectación del tracto gastrointestinal y sistema nervioso central.

**Caso clínico:** Paciente femenina de tres años que inició 10 meses antes con hipotonía, irritabilidad, regresión de hitos del desarrollo y nódulos subcutáneos en cabeza y extremidades. Se agregan alteraciones para deglutir que la llevan a gastrostomía. A la exploración se encuentra sin hiporreactividad, hiperreflexia a estímulos táctiles, Babinski bilateral, múltiples nódulos subcutáneos dolorosos, esplenomegalia y fiebre. Los estudios de laboratorios mostraron anemia leve, reactantes de fase aguda elevados y autoanticuerpos negativos, sin alteraciones en función renal o hepática. Se realiza biopsia de músculo que señala cambios consistentes con mitocondriopatía y biopsia de piel con infiltrado linfocítico atípico con angioinvasión y necrosis tisular focal, sin datos de enfermedad linfoproliferativa ni de tejido conectivo. Se establece diagnóstico de enfermedad de Degos y se inicia tratamiento con deflazacort (0.75 mg/kg/día) sin mejoría. Se considera actividad considerable de la enfermedad y se administra metilprednisolona (30 mg/kg/dosis) en cinco dosis y se egresa metotrexato (15 mg/m<sup>2</sup>/sem) y prednisona (2 mg/kg/día con descenso hasta 0.3 mg/kg/día).

La paciente presenta mejoría notoria de los síntomas, con desaparición de nódulos, mayor interacción con el medio y aumento de tono muscular.

**Discusión:** Las opciones de tratamiento para esta enfermedad son escasas; este caso mostró mejoría posterior a la administración de bolos altos de esteroide y FARME, aunque el pronóstico es malo. Ésta es una afección rara que puede confundirse con otras enfermedades comunes en reumatología pediátrica.

### C194

#### Valor predictivo de Osteorisk sin la medición de la densidad mineral ósea para identificar a mujeres aptas para tratamiento antirresortivo

Morales-Vargas J<sup>(1)</sup>, Morales-Torres J<sup>(2)</sup>, Hernández-Cuevas CB<sup>(1)</sup>, Veloz-Aranda JA<sup>(1)</sup>, González-Fonseca BE<sup>(1)</sup>, Padilla-Romo ME<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Morales Vargas Centro de Investigación, <sup>(2)</sup>Hospital Aranda de la Parra

El estándar de oro para el diagnóstico de la osteoporosis es la densitometría dual de rayos X (DXA). El acceso a ella es aún limitado en México. Es prioritaria la investigación para identificar a personas que necesiten tratamiento con herramientas que puedan usarse en ausencia de DXA. Osteorisk (peso y edad) puede ser uno de estos instrumentos.

**Objetivo:** Determinar el valor predictivo de los índices de riesgo Osteorisk, sin la medición de la densidad mineral ósea por DXA para identificar a mujeres elegibles para tratamiento antirresortivo.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de 1 429 mujeres del Hospital Aranda de la Parra referidos para densitometría de columna y cadera. Se analizaron los factores de riesgo, peso y talla y se obtuvieron sus valores de Osteorisk y Frax para identificar a aquellos sujetos aptos para recibir tratamiento antirresortivo por tener un *T-Score* en alguna de las regiones estudiadas de >2.5. Se utilizó un análisis de regresión logística para determinar el valor predictivo para identificar a individuos elegibles para recibir fármacos antirresortivos con base en el índice de Osteorisk.

**Resultados:** La edad promedio de las participantes fue de 62.8 años (n=1 429). Las clasificadas por Osteorisk como "normales" tuvieron un riesgo relativo de requerir tratamiento antirresortivo de 25.99. En las de riesgo moderado y alto, el valor predictivo fue de 54.91 y 80.86, respectivamente.

**Conclusiones:** Osteorisk puede predecir la necesidad de requerir tratamiento antirresortivo de forma simple y barata.

### C195

#### Efecto de la osteoporosis en África: demografía cambiante, riesgo creciente

Morales-Torres J<sup>(1)</sup>, Adebajo AO<sup>(2)</sup>, Maghraoui A<sup>(3)</sup>, Kalla AA<sup>(4)</sup>, Romero-Ibarra J<sup>(5)</sup>, Hernández-Cuevas CB<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Aranda de la Parra, Morales Vargas Centro de Investigación, <sup>(2)</sup>University of Sheffield Medical School, Sheffield, UK, <sup>(3)</sup>Military Hospital Mohammed V, Rabat, Morocco, <sup>(4)</sup>Department of Medicine, Division of Rheumatology, University of Capetown, Capetown, South Africa, <sup>(5)</sup>Morales Vargas Centro de Investigación

Las principales enfermedades en África son las transmisibles, problemas perinatales y deficiencias nutricionales. La información sobre la osteoporosis es limitada en la mayor parte del continente.

**Objetivo:** Revisar el efecto de la osteoporosis en África por medio de una revisión de las publicaciones e información disponible y evaluar los cambios esperados en esos efectos, a la luz de los recientes cambios demográficos.

**Métodos:** Se colecta información de 54 países de África de diversas fuentes.

**Resultados:** En 2015, la población proyectada de África es 1 152 millones de diversos orígenes étnicos. La esperanza de vida media es de 59.2 años en África subsahariana y 75.8 años en países norafricanos. La población ≥65 años es el 3.7 % del total en África (5.81% en África del Norte). La esperanza de vida aumentó 6.06% en África del Norte y 17.3% en países subsaharianos desde 2005. La tabla 1 muestra prevalencia de osteoporosis,

fractura vertebral e incidencia de fracturas de cadera, donde existe dicha información. Destacan los informes recientes de fractura vertebral. Empiezan a aparecer estudios de costos, hipovitaminosis D y guías de tratamiento de osteoporosis en algunos países.

**Conclusiones:** Los aún escasos informes de osteoporosis y fracturas por fragilidad muestran todavía mayor efecto en países norafricanos, pero el riesgo puede ir en aumento en la zona subsahariana por el significativo aumento de la esperanza de vida.

**Tabla 1.** Marcadores de salud ósea en países africanos con estudios.

País	Prevalencia osteoporosis mujeres $\geq$ 50 años. Columna/cadera	Incidencia fracturas cadera Mujeres/hombres/ 100 000 $\geq$ 50 años	Prevalencia fractura vertebral Mujeres/hombres $\geq$ 50 años
Camerún	ND	14.9 / 12.45	ND
Egipto*	22.1 / 30.9 %	ND	12% / ND
Marruecos	37.9 / 6.7 %	80.7 / 58.5	25.6% / 29.6%
Nigeria	ND	3.9 / 11.6	ND
Túnez	23.3 / 17.3 %	58 / 41	16% / ND
Sudáfrica	12.5 / 2 %	20 / 17	7 % / ND

\* $\geq$ 60 años