

# XLV Congreso Mexicano de Reumatología

## Carteles

### Coo1

#### Listeriosis en el embarazo en paciente con Lupus eritematoso sistémico (LES) activo, reporte de caso

Rodríguez-Romo RM, Rodríguez-Sandoval R, Saad A, Cajigas-Mendoza JC

Hospital Español de México

**Introducción:** La aspergilosis puede presentarse en pacientes con inmunosupresión, como es el caso del LES. Hasta el momento no se había reportado esta entidad en una paciente embarazada con LES activo.

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 30 años de edad, con diagnóstico de LES desde 2006. En mayo de 2016 presenta fiebre (38-39°C), mal estado general y tos productiva. Ingresa a hospitalización con posible neumonía y leucocitosis (neutrofilia y bandemia). La paciente se encuentra en la semana 28 de gestación con el LES bajo control. En este evento con exantema facial eritematoso, poliartritis y úlceras orales. Se inicia tratamiento con prednisona, 60 mg/día, y ceftriaxona. Su evolución es tórpida en las 48 horas siguientes, persiste con fiebre, se agrega deterioro súbito del estado neurológico, rigidez de nuca y convulsiones. Se traslada a UTI. LCR con pleocitosis; hemocultivos con *Listeria monocytogenes*. Se cambia antibióticoterapia: ampicilina + gentamicina. Comienza con edema e HAS, se practica cesárea por la eclampsia. Al 5° día, presencia de insuficiencia respiratoria aguda con infiltrado difuso retículo-nodular en la radiografía de tórax compatible con neumonitis lúpica. Se inician bolos de metilprednisolona, con mejoría del cuadro pulmonar en las siguientes 72 horas. Estabilización del LES y el cuadro infeccioso. La paciente es egresada de UTI 4 días después.

**Discusión:** Se han reportado previamente casos de aspergilosis en presencia de lupus eritematoso generalizado; sin embargo, hasta el momento no se había descrito la coexistencia con embarazo y eclampsia, como en este caso.

### Coo2

#### Podocitopatía asociada a lupus. Reporte de caso

Crespo-Morfin PB<sup>(1)</sup>, Villaseñor-Jasso J<sup>(1)</sup>, Soto Abraham V<sup>(2)</sup>, López-García JA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General de León, Guanajuato, <sup>(2)</sup>Hospital General de México

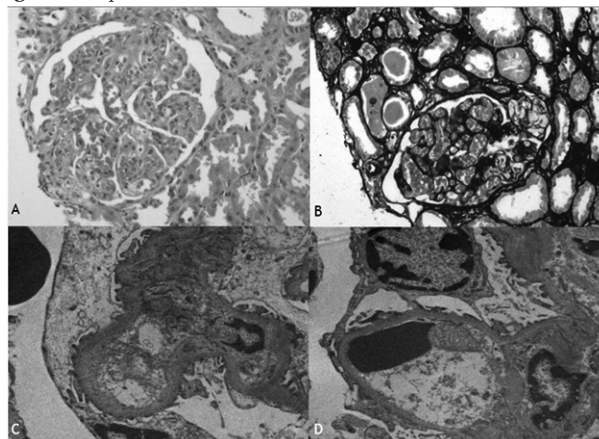
**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) causa afección renal en aproximadamente un tercio de los casos; la clasificación histopatológica actual para nefritis lúpica (ISN/RPS) reconoce cinco variedades de la misma,

dentro de las cuales no se incluyen las podocitopatías; sin embargo, existen en la literatura cada vez más reportes de casos de pacientes con lupus y enfermedad de cambios mínimos o glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GSFyS) lo cual hace sospechar, más que una asociación entre dos patologías diferentes, una relación causal de las mismas.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 35 años que cursó con edema de miembros inferiores el cual progresó de manera ascendente, refiriendo además caída de cabello, mialgias y artralgias. El examen físico reveló anasarca, síndrome de derrame pleural bilateral y síndrome anémico; normotensa. Laboratorios: Hb 5.8 g/dl, leucocitos de 7,000 por mm<sup>3</sup>, linfocitos 700 por mm<sup>3</sup>, creatinina 1.3 mg/dl, albúmina sérica 1.2 g/dl. El análisis de orina de 24 horas reveló proteinuria de 30.82 g; sedimento urinario blando. La serología fue negativa para hepatitis B, C, VIH-1 y VIH-2. Título de ANA era 7.6 (0-1.5), anti-DNA, anti-cardiolipina, β-2 glucoproteína dentro de parámetros normales; C3 y C4 discretamente bajos; reticulocitos normales y Coombs directo negativo. Sin antecedentes de uso de nefrotóxicos. Se realizó un diagnóstico de LES y síndrome nefrótico, por lo que se tomó biopsia renal (**Figura 1**). El diagnóstico final reportó podocitopatía de tipo esclerosis focal y segmentaria variedad de la punta, agregada a una lesión por complejos inmunes. La paciente recibió tratamiento con esteroides con excelente respuesta; la proteinuria descendió hasta 0.8 g en un lapso de 8 semanas.

**Discusión:** En pacientes con diagnóstico de LES, el síndrome nefrótico suele ser secundario a nefritis clase IV o V de la clasificación ISN /SRP; sin embargo, recientemente se han descrito cada vez más casos de podocitopatías asociadas a lupus con un comportamiento clínico, serológico e histopatológico muy similar al de nuestra paciente. Lo anterior ha hecho plantear a algunos autores la necesidad de revisar la clasificación actual de nefritis lúpica para evaluar la integración de la "podocitopatía lúpica" a la misma. Los clínicos debemos tomar en cuenta esta posible asociación ya que su correcta identificación tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Figura 1. Biopsia renal



### Co03

#### Osteoporosis y fracturas vertebrales en pacientes con lupus eritematoso sistémico: revisión sistemática y meta-análisis

Mendoza-Pinto C<sup>(1)</sup>, Rojas-Villarraga A<sup>(2)</sup>, Molano-González N<sup>(2)</sup>, Soto-Santillán P<sup>(3)</sup>, Robles-Sánchez V<sup>(3)</sup>, García-Carrasco M<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital General Regional 36-CIBIOR, IMSS, <sup>(2)</sup>Centro para la Investigación de Enfermedades Autoinmunes, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, <sup>(3)</sup>Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

**Objetivo:** Evaluar la relación entre lupus eritematoso sistémico (LES), y densidad mineral ósea (DMO), y la presencia de fracturas vertebrales (FV) por medio de una revisión sistemática y meta-análisis.

**Métodos:** Se identificaron artículos en bases de datos electrónicas (PubMed, Embase, VHL, SciELO y The Cochrane Library). La búsqueda fue dirigida usando terminología Mesh, operadores booleanos y palabras claves. Se incluyeron estudios transversales y longitudinales. Dos revisores extrajeron la información acerca de características del estudio, resultados de interés y riesgo de sesgos. Análisis estadístico: la DMO se registró como media  $\pm$  desviación estándar evaluada por absorciometría de energía dual de rayos X (DXA), tanto de casos con LES como controles, tratamiento, estado menopáusico y fracturas. Se realizó análisis de meta-regresión ajustado por región anatómica (paquete Metafor in R 3.0.2 version).

**Resultados:** se identificaron y analizaron 49 artículos (12,593 casos LES/seis regiones anatómicas y 14,235 controles/seis regiones anatómicas). Las mujeres con LES, pero no los hombres con LES, tuvieron una DMO menor que los controles sanos ( $p < 0.0001$ ). En pacientes con LES, la DMO no fue significativamente diferente entre pacientes con y sin terapia con glucocorticosteroides (GCT). Las pacientes con LES posmenopáusicas tuvieron menor DMO comparadas con pacientes premenopáusicas ( $p < 0.0001$ ). La DMO no difirió entre pacientes con y sin FV.

**Conclusiones:** Esta revisión sistemática y análisis de meta-regresión mostró que las mujeres con LES tuvieron menos DMO que los controles sanos. La terapia con GCT no parece tener un impacto sobre la DMO, ni la DMO sobre la presencia de FV.

### Co04

#### Prevalencia de infecciones en pacientes con enfermedades reumáticas tratados con fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) sintéticos y biológicos

Díaz-Ceballos Moreno MA<sup>(1)</sup>, Ponce-Rosas ER<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro, ISSSTE, <sup>(2)</sup>División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM

**Introducción:** Los FARME sintéticos y biológicos se asocian con un riesgo mayor de desarrollo de infecciones. Con el uso de metotrexato el riesgo es mínimo, aunque hay controversia aún si la terapia con FARME sintético solo, combinado o la combinación de FARME biológico + sintético pudieran aumentar el riesgo de infecciones severas.

**Objetivo:** Comparar la prevalencia y tipo de infecciones en pacientes con enfermedades reumáticas tratados con FARME sintético + biológico vs. FARME sintéticos.

**Metodología:** Estudio retrospectivo, transversal y comparativo. Se revisaron, de forma aleatoria simple y representativa, 109 expedientes de pacientes con

artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica y artritis idiopática juvenil del Servicio de Reumatología del Hospital General Darío Fernández, (ISSSTE) de abril a diciembre de 2015. Se los dividió en dos grupos: 1) los tratados con FARME sintéticos y 2) los tratados con FARME biológico + sintético. La variable desenlace fue la presencia de datos clínicos o de laboratorio compatibles con infección, tipo de tratamiento y tipo de infección. Para el análisis estadístico se aplicó estadística descriptiva e inferencial.

**Resultados:** El 83.5% lo constituyeron mujeres, edad promedio  $52 \pm 13$  años. Los pacientes con FARME biológico + sintético tuvieron un porcentaje significativamente mayor de infecciones de vías urinarias (54.2% vs. 26.9%,  $p < 0.05$ ) e infecciones de vías respiratorias altas (46.9% vs. 23.0%,  $p < 0.05$ ) en comparación con el grupo de FARME sintético.

**Conclusiones:** Nuestros resultados sugieren que el uso de FARME biológico + sintético se asocia con una mayor frecuencia de aparición de infección de vías urinarias e infección de vías respiratorias altas.

### Co05

#### Impacto del ultrasonido músculo-esquelético en la decisión sobre el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR)

Sifuentes-Cantú C<sup>(1)</sup>, Saldarriaga-Rivera L<sup>(2)</sup>, Lozada AC<sup>(2)</sup>, Contreras-Yáñez I<sup>(1)</sup>, Gutiérrez M<sup>(2)</sup>, Pascual-Ramos V<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(2)</sup>División de Enfermedades Musculoesqueléticas y Enfermedades Reumáticas, Instituto Nacional de Rehabilitación

**Introducción:** El ultrasonido músculo-esquelético (UME) tiene utilidad en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con AR; su impacto en la propuesta final del tratamiento (PT) no ha sido evaluado en la práctica clínica habitual.

**Objetivo:** Definir la proporción de pacientes en quienes la PT se modificó tras el UME y explorar diferencias de acuerdo con la experiencia del reumatólogo o la actividad de la AR.

**Métodos:** Se incluyeron a 85 pacientes externos, consecutivos, con AR. Primero, un reumatólogo experimentado (RE) y un residente de reumatología (RR) realizaron de manera cegada evaluación clínica y dieron PT. Después, a todos los pacientes se les realizó UME por un especialista cegado, quien definió actividad por este método. Finalmente, los pacientes regresaron con ambos evaluadores, los cuales incorporaron la información del UME, definieron su utilidad mediante una Escala Visual Análoga (EVA) y reevaluaron el tratamiento previamente propuesto. El RE informó la PT final. Se usó estadística descriptiva. Los pacientes firmaron consentimiento informado.

**Resultados:** En 34 (20%) de las 170 evaluaciones clínicas (85/evaluador) el UME modificó la PT, la cual se incrementó en 24 (70.6%). Tras el UME, el RR modificó más frecuentemente la PT que el RE (71% vs. 29%,  $p = 0.01$ ); el impacto del UME fue similar en los diferentes grados de actividad de la AR. El RR calificó más útil el UME que el RE,  $8.38 \pm 1.25$  mm vs.  $7.2 \pm 0.92$  mm,  $p = 0.01$ .

**Conclusiones:** El UME produjo cambios en la PT en una de cada cinco evaluaciones. Esta herramienta impactó más al RR que al RE.

### Co06

#### Fractura vertebral: AIJ vs. LLA a propósito de un caso clínico

Ramírez-Miramontes JR<sup>(1)</sup>, Martínez-Vidaurre R<sup>(2)</sup>, Sandoval A<sup>(3)</sup>, Hernández-Sánchez M<sup>(4)</sup>

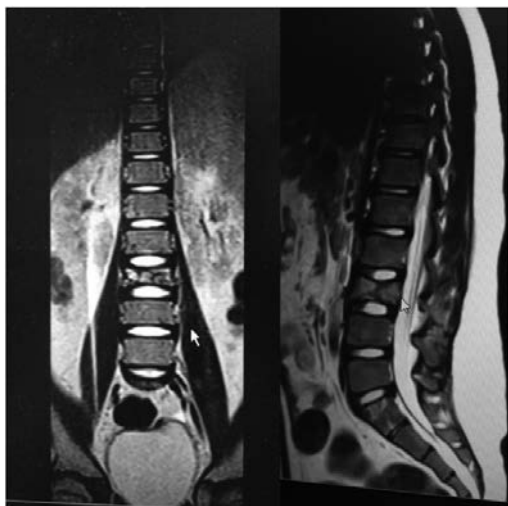
<sup>(1)</sup>Servicio de Pediatría, Hospital de Traumatología y Ortopedia 21, IMSS, <sup>(2)</sup>Servicio de Columna, Hospital de Traumatología y Ortopedia 21, IMSS, <sup>(3)</sup>Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica, Hospital Regional de Especialidades 25, IMSS, <sup>(4)</sup>Servicio de Pediatría, Hospital de Traumatología y Ortopedia 21, IMSS

**Introducción:** Las fracturas vertebrales se presentan en enfermedades malignas hematológicas, enfermedades neuromusculares y otras, además de las enfermedades reumáticas.

**Caso clínico:** Masculino de 10 años diagnosticado de artritis idiopática juvenil hace 7 meses; tratamiento: prednisona 0.2 mg/kg/día, MTX 12.6 mg/mSC/semana y ácido fólico. Inicia padecimiento hace 1 mes con dolor lumbar súbito, sin antecedente traumático ni predominio de horario, que se incrementa paulatinamente e impide la deambulación, astenia, adinamia, mialgias, artralgias sin artritis y pérdida de peso de 2 kg; se agrega conjuntivitis derecha. En cita con reumatología se detecta fractura de L3 y es referido a Hospital de Traumatología y Ortopedia, donde se recibe al paciente postrado con palidez ++/++++, coloración terrosa, edema facial, edema bipalpebral derecho, hiperemia y quemosis de conjuntiva tarsal sin secreciones, adenopatías axilares izquierdas menores de 1 cm, hepatomegalia 5-5-4 y esplenomegalia 2-2, sin articulaciones inflamadas ni limitadas, dolor a la palpación de región lumbar (L3), fuerza muscular 4/5 y sensibilidad 2/2 en las cuatro extremidades, anemia normocítica normocrómica, leucocitos normales, predominio de neutrófilos, plaquetas 112,000, VSG 62, PCR 328.4.

Evolución con mialgias, dolor óseo no articular vespertino y nocturno, fiebre nocturna menor de 39°C, persistencia de anemia, inversión de relación neutrófilos/linfocitos (2,210/5,270), plaquetas normales bajas, fosfatasa alcalina y DHL ligeramente elevadas; Debido a la evolución y a que el mayor riesgo de fracturas vertebrales se encuentra en pacientes con formas poliarticulares y sistémicas con inflamación articular persistente y que requieren dosis altas de FARME y esteroides, se realiza protocolo diagnóstico con diagnóstico final de leucemia linfoblástica aguda de células B.

Figura 1. Resonancia magnética del paciente



**Coop7**

**Efecto del tratamiento regular sobre la discapacidad en pacientes con gota. Cohorte GRESGO**

Vázquez Mellado J<sup>(1)</sup>, López-López CO<sup>(2)</sup>, Gómez-Ruiz C<sup>(1)</sup>, Álvarez-Hernández E<sup>(1)</sup>, Peláez-Ballestas I<sup>(1)</sup>, Vázquez Mellado A<sup>(1)</sup>, Burgos-Vargas R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de México, <sup>(2)</sup>Servicio de Rehabilitación, Hospital General de México

**Objetivo:** Determinar prevalencia, características, factores asociados a discapacidad en la visita basal (B) y efecto del tratamiento regular en pacientes con gota.

**Métodos:** Analizamos los datos B y a los 6, 12 y 18 meses de pacientes con gota (ACR/EULAR) de la cohorte GRESGO (n = 445), que acuden por primera vez e inician tratamiento regular. Variables: demográficas, clínicas, bioquímicas, HAQ, EUROQoL y EVA (dolor y estado de salud). Discapacidad = pacientes que en B requieren auxiliares para el movimiento (silla de ruedas, bastón, muletas o andadera) (G + D); el resto de la cohorte (GNoD). Análisis estadístico: t, Ji cuadrada y regresión logística.

**Resultados:** El 97% de hombres, edad al inicio y actual 33.4 (12.7) y 47.5 (12) años; duración de la enfermedad 13.1 (10.7) años; 68% tofos. G + D: n = 89 (20%); 26% requerían ≥ 2 auxiliares (48% bastón, 10% silla de ruedas, 15% otros). GNoD: 356 pacientes (80%). G + D: < nivel económico y escolaridad y >% enfermedad grave, nefropatía y cardiopatía (Tabla 1); sin diferencias en edad y duración de la enfermedad. G + D, 6 m: mejoró la condición clínica de 57%; 18 aún con auxiliares y 25% pérdidas. 18 m, 40% aún con buena función. G+D: > articulaciones dolorosas, inflamadas, limitadas, tofos; > HAQ, EUROQoL, pérdida laboral en 6 meses, EVA de dolor y estado general de salud. Nueve fallecieron durante el seguimiento 3 (3.4%) G + D y 6 (1.7%) GNoD.

**Conclusiones:** En B, 20% tiene discapacidad asociada con < edad y nivel socioeconómico, enfermedad grave activa, otras enfermedades y probablemente mayor mortalidad. Con el tratamiento adecuado mejora la función en 40%.

Tabla 1.

n=100	DC	E	T	A	Derrame/Hipertrofia /Doppler
1MTF	5	44	33	5	4/1/16
Rodillas	23	1	1	1	2/2/3
Otra*	1	3	7	3	1/3/9
R + 1MTF	55	8	9	6	17/12/1
1MTF + otra*	0	6	13	17	9/8/5
Rodilla + otra*	6	0	1	5	4/5/0
R +1MTF + otra*	8	2	1	13	13/15/0
Rodilla +1MTF + otras 2	2	1	2	48	50/53/2
Total	100	65	67	98	100/99/36

\* Otras articulaciones del pie diferente de MTF

**Coos8**

**Correlación entre el ESSPRI (EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index) y la audición medida por audiometría de altas frecuencias en pacientes con síndrome de Sjögren primario**

Riega-Torres J<sup>(1)</sup>, Hinojosa-Ríos Y<sup>(2)</sup>, Treviño-González JL<sup>(2)</sup>, Esquivel-Valerio JA<sup>(1)</sup>, Pérez-Barbosa L<sup>(1)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(1)</sup>, Vega-Morales D<sup>(1)</sup>, Skinner-Taylor C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, <sup>(2)</sup>Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SS) se ha asociado con diversas manifestaciones, incluida disminución de la agudeza auditiva.

**Objetivo:** Correlacionar la audición con el nivel de actividad de la enfermedad, medida por ESSPRI en pacientes con SS.



**Métodos:** Estudiamos a 76 pacientes. Se realizaron audiometrías de alta frecuencia y timpanogramas.

**Resultados:** 3 hombres y 73 mujeres. Media de edad 52.5 años (23-81). La actividad por ESSPRI fue leve en 20, moderada en 31 y grave en 25 pacientes. La audición para tonos puros (PTA) en el oído derecho fue de 18.72 dB (SD11.6) y en el oído izquierdo 20.72 dB (SD12.19) para el rango de frecuencias de 500 a 3 000 Hz. Las comparaciones entre grado de enfermedad y la PTA en oídos izquierdo y derecho,  $p = 0.359$  y  $p = 0.399$ , respectivamente. La PTA en frecuencias 4 000 a 8 000 Hz en oído derecho 29.34 dB (SD5.18) y en oído izquierdo 31.40 dB (SD 17.68),  $p = 0.115$  y  $p = 0.198$ , respectivamente. La PTA en frecuencias 10 000-16 000 Hz en oído derecho fue 55.82 dB (SD18.10) y en oído izquierdo 55.17 dB (SD19.58),  $p = 0.134$  y  $p = 0.180$ , respectivamente. Un timpanograma tipo A se observó en 73.7% y 67.1% en oídos derecho e izquierdo, respectivamente; el tipo As en 13.2% y 10.5% en oído derecho e izquierdo, respectivamente; y el reflejo acústico en 89.5%. Más de 90% de pacientes tiene algún grado de pérdida auditiva (**Tabla 1**).

**Conclusión:** La actividad de la enfermedad no se correlacionó con el nivel de audición en pacientes con SS primario.

**Tabla 1.** Prevalencia de pérdida auditiva\* en pacientes con síndrome de Sjögren primario

Frecuencia evaluada en Hertz (Hz)	N = 76
Oído derecho	
500-3 000	8 (10.5)
4 000-8 000	32 (42.1)
10 000-16 000	62 (94.7)
Oído izquierdo	
500-3 000	18 (23.7)
4 000-8 000	41 (53.9)
10 000-16 000	69 (90.8)

\*Evaluación realizada en una cámara a prueba de sonidos Acoustic Systems modelo RE-142 con un audiómetro Interacoustic AC40 calibrado para frecuencias de 125-16 000 Hz y para umbrales de conducción ósea en frecuencias de 500-4 000 Hz. Las audiometrías de tonos puros fueron conducidas midiendo los umbrales para la discriminación al habla y el reconocimiento de las palabras. Pérdida auditiva se consideró si el umbral auditivo fue igual o mayor de 20 dB.

## Coop

### Respuesta al tratamiento con metotrexato en pacientes con artritis reumatoide y su asociación con genotipos del polimorfismo -829 C-T en el gen DHFR

Valdivinos-Maravilla JP<sup>(1)</sup>, Hernández-Preciado MR<sup>(2)</sup>, Dávalos-Rodríguez IP<sup>(2)</sup>, Morán-Moguel MC<sup>(2)</sup>, Díaz-Pérez AL<sup>(1)</sup>, Silva-Castro DE<sup>(1)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(1)</sup>, González-López L<sup>(3)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(2)</sup>Centro de Investigación Biomédica de Occidente, IMSS, <sup>(3)</sup>Hospital General Regional 110, IMSS

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es un trastorno inflamatorio, autoinmune sistémico caracterizado por inflamación crónica de las articulaciones y destrucción ósea. El metotrexato (MTX) es un fármaco de primera línea en el tratamiento de la AR y actúa inhibiendo la enzima dihidrofolato reductasa (DHFR).

**Objetivo:** Analizar los genotipos del polimorfismo -829 C-T del gen DHFR con la respuesta al tratamiento con MTX en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Se obtuvo el DNA genómico de 60 pacientes mexicanos con AR (ACR 1987): 26 tuvieron una buena respuesta al tratamiento

con MTX (DAS28  $\leq 3.2$ ) y 34 fueron considerados como fracaso del tratamiento con MTX (DAS28  $> 3.2$ ). Las frecuencias genotípicas y alélicas se obtuvieron por conteo directo y se realizó *Ji cuadrada* para comparar ambos grupos. Se consideró significancia estadística  $p < 0.05$ .

**Resultados:** La distribución y la frecuencia de genotipos en pacientes respondedores fueron: 6 CC (0.23), 16 CT (0.61) y 4 TT (0.15); y en no respondedores: 15 CC (0.44), 17 CT (0.50) y 2 TT (0.05). Las frecuencias alélicas en respondedores fueron: 26 C (0.43) y 40 T (0.66); y en no respondedores: 26 C (0.43) y 22 T (0.36). La comparación de frecuencias genotípicas y alélicas no mostró diferencias entre ambos grupos ( $p = 0.18$  y  $p = 0.11$ , respectivamente).

**Conclusiones:** La identificación genotípica en DHFR no explica la respuesta al tratamiento con MTX en pacientes con AR, por lo que es necesaria la secuenciación del gen *miRNA24* que regula la expresión de DHFR al unirse a 14 pares de bases del polimorfismo.

**Tabla 1.** Distribución y frecuencia genotípica del polimorfismo -829 C-T

Genotipos	Respondedor a MTX	No respondedor a MTX	Significancia
CC	6 (0.23)	15 (0.44)	$p = 0.18$
CT	16 (0.61)	17 (0.50)	
TT	4 (0.15)	2 (0.05)	

**Tabla 2.** Distribución y frecuencias alélicas del polimorfismo -829 C-T

Alelos	Respondedor a MTX	No respondedor a MTX	Significancia
C	26 (0.43)	26 (0.43)	$p = 0.11$
T	40 (0.66)	22 (0.36)	

Distribución genotípica y alélica del polimorfismo -829 C-T del gen DHFR en pacientes con artritis reumatoide y tratamiento con metotrexato.

RxC Mark P. Miller 1997

## Co10

### Manejo de inmunosupresión combinada en paciente con enfermedad por modelantes en cara: ¿son necesarias las cirugías cruentas? Reporte de caso

Benavides-Brito H, Gallegos-Trinidad J

Hospital General Dr. Daniel Gurría Urgell, ISSSTE

**Introducción:** La inyección de materiales extraños con fines estéticos es causa de complicaciones destructivas locales, enfermedad por modelante, y sistémicas, como el síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes con la generación de diferentes tipos de autoanticuerpos.

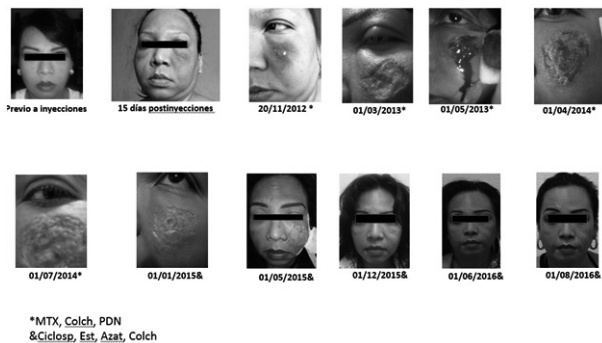
El manejo actual comprende el uso de esteroides, colchicina e inmunosupresores a dosis moderadas en apoyo a cirugías cruentas que dejan seria modificación del aspecto. Presentamos a una paciente manejada con triple esquema inmunosupresor clásico en postrasplante renal (**Figura 1**).

**Caso:** Femenino de 47 años de edad inicia en 2012 después de la inyección de modelante en líneas de expresión facial, con posterior reacción inflamatoria con zonas de ulceración y fistulas. Se manejó por Reumatología en tercer nivel con metotrexato, 15 mg semanales, colchicina, 1 mg diario, y prednisona, 30 mg diarios, con evolución tórpida hasta noviembre de 2014, cuando sustituimos el triple esquema inmunosupresor con cuatro pulsos mensuales de metilprednisolona, prednisona oral diaria, 1 mg/kg descendente, ciclosporina, 3 mg/kg/día, azatioprina, 2 mg/kg/día, con lo que presentó disminución progresiva del volumen en las zonas afectadas, así como granulación y posterior

cicatrización con resolución de zonas fistulosas. Al momento mantenida con prednisona, 12.5 mg diarios, dosis estable de azatioprina y ciclosporina. Ha presentado mialgias que ceden con pregabalina, 75 mg diarios, hiperprolactinemia con RMN de hipófisis y órbitas normal, controlándose con cabergolina.

**Discusión:** Considerando los aceptables resultados de la triple terapia inmunosupresora en el trasplante renal, azatioprina, esteroides y ciclosporina, suponemos que la supresión de la respuesta TH-1 en pacientes con enfermedad por modelantes puede inhibir el rechazo al material extraño y evitar cirugías cruentas.

Figura 1



\*MTX, Colch, PDN  
&Ciclosp, Est, Azat, Colch

**Co11**

**Poliartritis asociada a virus de hepatitis C**

Lendecky-Velázquez M, Torruco-García U

Centro de Alta Especialidad del Estado de Veracruz Rafael Lucio

**Introducción:** La artritis por virus de hepatitis C (VHC) es una manifestación que se presenta en 5% de los casos de infección por el virus.

**Caso:** Hombre de 73 años con antecedente de transfusión en 1976. En 1993 le realizaron diagnóstico de infección por VHC sin recibir tratamiento. En mayo de 2016 inició con poliartralgias de pequeñas y medianas articulaciones. A la exploración: artritis de carpos, interfalángico-proximales, metacarpo-falángicas, rodillas y tobillos. Con base en los hallazgos clínicos y estudios (Tabla 1), realizamos el diagnóstico de artritis por virus de hepatitis C. Se inició tratamiento con prednisona, 15 mg/día, con lo cual tuvo mejoría parcial de los síntomas articulares a la cuarta semana, por lo que se agregó hidroxycloquina 200 mg/día. Recibió tratamiento con ledipasvir y sofosbuvir durante 1 mes después de los síntomas articulares, alcanzando carga viral indetectable en la semana 4. Actualmente (semana 8 de tratamiento antirretroviral) toma hidroxycloquina, 200 mg/día, y está asintomático.



**Discusión:** Existen pocos casos reportados de artritis asociada a virus de hepatitis C. En nuestro paciente, el virus de hepatitis C permaneció latente durante muchos años; la artritis fue la manifestación que nos llevó a buscar actividad del virus. El diagnóstico se integró por virus de hepatitis C activo, poliartitis, ausencia de factor reumatoide y anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados, así como radiografías de manos y pies sin erosiones. No tuvo otra manifestación reumatológica que nos llevara a buscar síndrome crioglobulinémico. En el abordaje de artritis no debemos olvidar las enfermedades infecciosas crónicas con tropismo articular.

Tabla 1.

Estudios de laboratorio/gabinete	Resultado	Valor de referencia
Carga viral del virus de hepatitis C (día 0)	15 700 000	Indetectable
Carga viral del virus de hepatitis C (semana 4 de tratamiento)	Indetectable	Indetectable
Genotipo del virus de hepatitis C	1 <sup>a</sup>	
Aspartato aminotransferasa	30 U/L	0-40 U/L
Alanino aminotransferasa	27 U/L	0-41 U/L
Fosfatasa alcalina	81 U/L	30-128 U/L
Factor reumatoide	9.2 UI/ml	0-14 UI/ml
Anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados	< 7 U/ml	0-17 U/ml
Velocidad de sedimentación globular (al diagnóstico)	11 mm/h	0-15 mm/h
Proteína C reactiva (al diagnóstico)	14 mg/l	0-6 mg/l
Examen general de orina	Sin proteínas ni eritrocitos	
Fibroscan	F0 (sin fibrosis)	
Radiografías de manos y pies	Sin erosiones	

**Co12**

**Artritis reumatoide y esclerosis múltiple: coincidencia o consecuencia**

Zamora-Tehozol EA, Velázquez-Verdugo MA, Catana-Hernández R, Vázquez-Zaragoza MA, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** Describimos el caso de un paciente con artritis reumatoide establecida en tratamiento con Adalimumab, tras 7 años de presentación y enfermedad en remisión, acude al servicio de urgencias con paraparesia y trastorno de la marcha.

**Presentación clínica:** Hombre de 31 años de edad sin antecedentes heredo-familiares de importancia. Inició con debilidad de miembros pélvicos y desviación de la comisura labial, dificultad para la marcha, vértigo y periodos intermitentes de diplopía horizontal. A la exploración: marcha claudicante, lateropulsión derecha, disartria escandida, ptosis derecha, nistagmo agotable horizontal a la levo y dextroversión, nistagmo upbeat a la superversión, fuerza muscular 4+ en hemicuerpo derecho. Serología viral y bioquímica inmunológica sin alteraciones; en las imágenes por resonancia magnética se encontraron lesiones desmielinizantes y potenciales evocados con latencias absolutas corticales en componente P100 prolongadas. Se estableció el diagnóstico de esclerosis múltiple.

**Conclusión:** La ocurrencia de artritis reumatoide y esclerosis múltiple puede tratarse de una coincidencia o consecuencia del tratamiento anti-TNF o interferón beta, cual sea el caso. Tousirot y colaboradores reportaron 85.7% de mujeres con ambas enfermedades y en la mayoría la esclerosis múltiple precedía la presentación de la artritis. Esta situación conlleva mayor incapacidad, deterioro de la calidad de vida y alteraciones psicológicas graves en el paciente. El presente caso resalta la importancia de la sospecha y asociación de estas patologías con el fin de prevenir un efecto deletéreo.

C013

**Síndrome anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia y enfermedades reumatológicas: presentación de dos casos**

Ruiz-Vela NM, Céspedes-Cruz A, Rodríguez-Maldonado MG, Zeferino-Cruz M, Torres-Jiménez A, Villezas-Carbajal JO, Velázquez-Cruz A

Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** El síndrome de anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia (LAHS) se caracteriza por déficit adquirido del factor II de coagulación y la presencia de anticoagulante lúpico; se describen menos de 100 casos en la literatura internacional. El LAHS se asocia con infecciones virales y enfermedades autoinmunes; clínicamente hay diátesis hemorrágica (epistaxis, equimosis, hematuria, hemorragias digestivas e intracraneales). Como parte del tratamiento se han empleado corticosteroides más inmunosupresores.

**Caso 1:** Femenino de 12 años que inicia padecimiento en abril 2016 con astenia, adinamia, pérdida de peso, caída de cabello, cefalea holocraneana, intensidad 7/10, frecuencia 4/7, duración 1 hora, que remite espontáneamente; 1 mes después se agrega hematuria macroscópica, petequias, epistaxis, Coombs positivo 1:16, linfopenia 1 310, hemoglobina 8.2, trombocitopenia 75 000, TP 40.1/14, TTP +120 seg, porcentaje de actividad del factor II 3.9%, ANA positivo 11.7, ADN positivo 47.2. C3 20, C4 12, anticoagulante lúpico 1.92. Se integra diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y síndrome de anticoagulante lúpico con hipoprotrombinemia; recibe metilprednisolona y ciclofosfamida mensual. Actualmente asintomática.

**Caso 2:** Femenino de 13 años con padecimiento de 4 meses de evolución con astenia, adinamia, hiporexia, artralgias; se agrega polimenorrea que amerita transfusión de hemoderivados. Por laboratorio: TP 23.5/14, TTP 43.5/30, anticardiolipinas Ig G 200 y M 5.9, anticoagulante lúpico 2.66, porcentaje de actividad de factor II 6.2. Se establece diagnóstico de síndrome de anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia y anticuerpos antifosfolípidos y se trata con esteroide, ácido acetilsalicílico y ciclofosfamida. Actualmente asintomática.

C014

**Supervivencia de inhibidores del factor de necrosis tumoral en pacientes con artritis reumatoide comparados con espondilitis anquilosante**

Fajardo-Hermosillo LD, López-Ramírez MKL, Fajardo-Hermosillo JA

Hospital Regional 110, IMSS

**Introducción:** La supervivencia de inhibidores del factor de necrosis tumoral (iFNT) depende de diversos factores, además de presentar diferencias entre enfermedades reumáticas y el tipo de iFNT utilizado [biotecnológico innovador (BI) o biocomparable (biosimilar, BB)]. Existe escasa información del efecto de BB en la supervivencia de los iFNT en artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EA).

**Objetivo:** Comparar la supervivencia y las causas de la suspensión de iFNT en AR y EA.

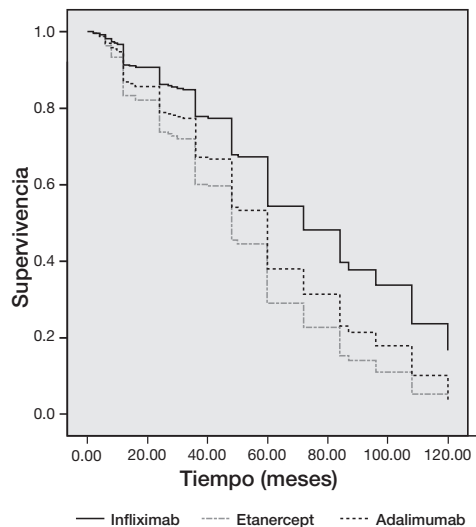
**Métodos:** La supervivencia y suspensión de iFNT en una cohorte de pacientes con AR y EA durante 5 años se analizó por Kaplan-Meier. Las causas de suspensión de iFNT se valoraron por análisis de regresión de Cox.

**Resultados:** Se incluyeron 277 pacientes: 151 con AR y 126 con EA; 138 pacientes con etanercept (ETA), 80 con adalimumab (ADA) y 59 con infliximab (IFX). Se usó BB en 112 casos, que representan 81.2% del total de ETA. La supervivencia (en meses) para ETA (53.55 ± 3.01, IC 95% 47.6-59.5) fue menor que para ADA (55.19 ± 5.62, IC 95% 44.1-66.2) e IFX (77.38 ± 7.07, IC 95% 63.5-91.2) (p = 0.01). La supervivencia para iFNT fue menor en EA (58.06 ± 4.6, IC 95% 49.1-67.1) que en AR (63.64 ± 3.6,

IC 95% 56.6-70.6) (p = 0.003). Las causas asociadas con la suspensión de iFNT fueron ineficacia (HR 3.87, IC 95% 2.68-5.61, p < 0.001), uso de esteroides (HR 1.91, IC 95% 1.32-2.76, p < 0.001) y de BB (HR 1.81, IC 95% 1.24-2.63, p = 0.002) (Figura 1).

**Conclusiones:** Este estudio demuestra la disminución de la supervivencia de ETA con la introducción de BB.

Figura 1.



C015

**Neumoperitoneo espontáneo secundario a pneumatosis cystoides intestinalis como complicación gastrointestinal de enfermedad mixta de tejido conectivo**

Lamuño-Encorrada M, Montes-Yáñez A

Hospital General Zona Norte de Puebla

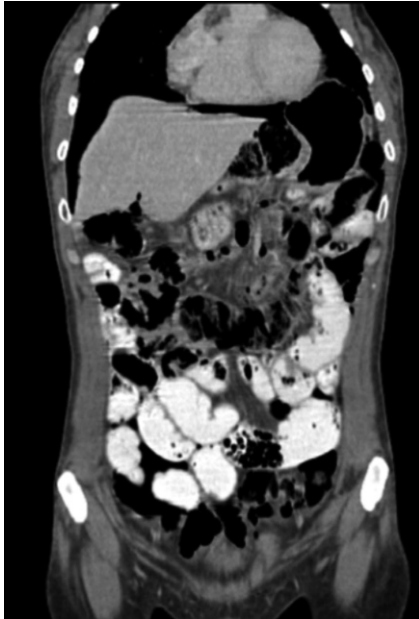
**Introducción:** *Pneumatosis cystoides intestinalis* (PCI) fue descrita en 1783 por Du Vernoi. Es una patología rara que se ha asociado con enfermedades autoinmunitarias como esclerosis sistémica (ES), enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), lupus eritematoso sistémico (LES) y dermatomiositis (DM). No se ha descrito prevalencia. Definida por la presencia de gas dentro de la pared de intestino delgado o grueso, puede cursar desde asintomática hasta con dolor abdominal significativo, diarrea o esteatorrea. La ruptura de los quistes produce neumoperitoneo usualmente estéril. El tratamiento incluye oxigenoterapia, antibióticos y raramente resección quirúrgica.

**Presentación de caso:** Femenino de 41 años, antecedente LES reciente, fuera de nuestro hospital, tratada con prednisona, micofenolato, hidroclicloroquina. Desconocemos criterios diagnósticos iniciales. Hipotiroidismo primario. Inicia 1 mes previo con tos no productiva, aumento de temperatura corporal no objetivado, dolor abdominal difuso. Admitida a urgencias; radiografía de tórax PA (postero-anterior) presenta aire subdiafragmático, TAC (tomografía axial computarizada) abdominal con neumoperitoneo y quistes aéreos a lo largo de pared de intestino delgado y colon (Figura 1). Examen físico con disminución de apertura oral, esclerodactilia, fenómeno de Raynaud, facies de "ratón", disfagia a sólidos. Endoscópicamente sin perforación visceral. Anticuerpos anti-RNP 85 U/dl; se concluye EMTC.

**Discusión:** Se comenta un caso de paciente con EMTC que presenta un neumoperitoneo espontáneo secundario a PCI, como hallazgo incidental, datos objetivos de desnutrición y uso crónico de esteroides. Cuadro crónico de tos y datos imagenológicos de neumatosis intersticial difusa. Factores

mecánicos juegan un rol como causa de PCI en este caso. Se decidió dar manejo conservador con buenos resultados.

Figura 1



**Co16**

**Dermatomiositis juvenil, características clínicas y factores predictores de respuesta a primera línea de tratamiento en pacientes mexicanos**

Villarreal-Treviño AV, Acevedo Silva N, Díaz-Prieto T, Ramírez-Loyola Y, Faugier-Fuentes E, Maldonado-Velázquez R

*Servicio de Reumatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez*

**Introducción:** La dermatomiositis juvenil es la miopatía inflamatoria más frecuente. No contamos con estudios en población mexicana sobre factores pronósticos de respuesta al tratamiento de primera línea.

**Objetivo:** Describir los factores pronósticos de respuesta al tratamiento de primera línea de dermatomiositis Juvenil.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en 41 expedientes clínicos en el Servicio de Reumatología Pediátrica en un periodo de 2 años. Se utilizó la prueba de correlación de Pearson (**Tabla 1**) y se llevó a cabo un estudio multivariado para investigar la relación entre variables e identificar las variables pronósticas de respuesta al tratamiento; se elaboraron gráficas de Kaplan-Meier.

**Resultados:** La presencia de afección gastrointestinal se reportó en 31.7%. La presencia de afección gastrointestinal se identificó como factor pronóstico de mala respuesta al tratamiento de primera línea, con odds ratio de 12.9 (IC 95% 1.37-121.8).

**Discusión:** El análisis multivariado identificó como factor pronóstico de mala respuesta al tratamiento de primera línea la presencia de afección gastrointestinal, lo que se traduce una mayor probabilidad de fracaso para lograr la remisión a los 6 meses del inicio del tratamiento de primera línea.

**Conclusiones:** La presencia de afección gastrointestinal inicial es un factor pronóstico negativo de respuesta al tratamiento de primera línea; ello sugiere, en la identificación de estos pacientes, el uso de fármacos de segunda línea

de manera inicial con el objetivo de disminuir el tiempo de uso de corticoesteroides.

**Tabla 1.** Prueba de correlación entre variables

Variables	Correlación de Pearson	Significancia /valor de p)
Remisión-Edad	-0.61	0.706
Remisión-Sexo	0.15	0.925
Remisión-Tiempo de evolución	-0.09	0.955
Remisión-Tiempo de debilidad	0.08	0.959
Remisión-Halo Heliotropo	-.163	0.308
Remisión-Afección Gastrointestinal	-.328	0.036*
Remisión-Afección Cardíaca	-0.220	0.168
Remisión-Calcinosis al diagnóstico	-0.144	0.386
Remisión-Afección Pulmonar inicial	-0.203	0.203
Afección Pulmonar-Afección Gastrointestinal	0.416	0.007*
Afección Pulmonar-Afección Cardíaca	0.424	0.006*

**Co17**

**Tratamiento exitoso con etanercept en síndrome de activación de macrófagos refractario secundario a lupus eritematoso sistémico juvenil. Presentación de un caso**

Villarreal-Treviño AV, Acevedo-Silva N, Díaz-Prieto T, Ramírez-Loyola Y, Faugier-Fuentes E, Maldonado-Velázquez R

*Servicio de Reumatología Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez*

**Introducción:** El síndrome de activación de macrófagos (SAM) es una complicación grave y potencialmente fatal de trastornos inflamatorios sistémicos de la infancia como lupus eritematoso sistémico (LES). Casos resistentes a los esteroides o las formas más graves de SAM requieren la adición de ciclosporina A; se han estudiado otros regímenes terapéuticos tales como gammaglobulina, etopósido y plasmaféresis.

Se discute un caso de una paciente de 16 años con lupus eritematoso sistémico y SAM refractario a corticoides sistémicos, plasmaféresis, gammaglobulina, ciclosporina A y etopósido. El etanercept se ha descrito anecdóticamente como un tratamiento para SAM.

**Caso clínico:** Adolescente de 16 años de edad con diagnóstico reciente de LES que desarrolló SAM al mismo tiempo. Al ingreso con fiebre continua, hepatoesplenomegalia, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia, hipofibrinogenemia y receptor soluble de IL-2 22 838 U/ml, hemofagocitos en médula ósea y presencia de citopenias persistentes. Inicia tratamiento con metilprednisolona, sin respuesta clínica, 15 sesiones de plasmaféresis y dos dosis de gammaglobulina IV. Posteriormente inicia ciclosporina a dosis altas, sin respuesta clínica. Se añade etopósido sin respuesta después de 3 meses de tratamiento. Se inicia etanercept, 0.4 mg/kg/dosis, durante 5 semanas, con adecuada respuesta clínica y normalización de parámetros de laboratorio.

**Discusión:** El diagnóstico de SAM secundario a LES es difícil debido a las características comunes. Hasta ahora, el pilar de la terapia han sido corticoesteroides y ciclosporina A. Se describe a un paciente con SAM



secundario a LES tratado con éxito con el agente anti-TNF. El resultado en este paciente sugiere que etanercept podría ser un agente terapéutico eficaz en SAM.

## Co18

### Dosis reducidas de rituximab en el tratamiento de enfermedades reumatológicas

Rubio-Pérez NE, García-Rodríguez F, De la O-Cavazos ME

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

**Introducción:** La respuesta a rituximab (RTX) no depende de su concentración en sangre, así que dosis reducidas pudieran ser una alternativa.

**Caso 1:** Femenina de 11 años con LES (trombocitopenia y artritis) manejada con AZA y MMF sin mejoría. Recibe RTX (2 dosis de 500 mg) que se repite 6 meses y 1 año después (2 dosis de 100 mg), con mejoría progresiva de plaquetas y artritis.

**Caso 2:** Femenina de 14 años con LES (trombocitopenia, artritis y cutáneo) que logra remisión con AZA. Presenta recaída sin respuesta a CFM y MMF. Recibe RTX (4 dosis de 100 mg) que se repite 6 meses y 1 año después. La paciente mejora pero continúa con leucolinfopenia.

**Caso 3:** Femenina diagnosticada a los 2 años con DMJ, sin respuesta a MPD, MTX, CyA y AZA. Recibe RTX (4 dosis de 100mg) que se repite a los 6 meses sin respuesta.

**Casos 4, 5 y 6:** Femenina de 17 años con LES (artritis, GMN, anemia hemolítica y vasculitis), masculino de 15 años con LES (Sd. Evans y GMN) y femenina de 12 años con LES (artritis y afección a SNC) en remisión con CFM y MMF. Todos presentaron recaída a pesar de tratamiento y recibieron RTX (4 dosis de 100 mg) con resolución de los síntomas.

**Discusión:** Se necesitan estudios comparativos para establecer la utilidad de dosis reducidas de RTX en reumatología pediátrica; sin embargo, la respuesta fue favorable en la mayoría de los pacientes en esta serie.

## Co19

### Determinación de genes y genotipos KIR en sujetos con esclerodermia sistémica del estado de Guerrero

Machado-Sulbarán AC<sup>(1)</sup>, Navarro-Zarza JE<sup>(2)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(3)</sup>, Ramírez-Dueñas MG<sup>(1)</sup>, Baños-Hernández CJ<sup>(4)</sup>, Sánchez-Hernández PE<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Inmunología, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Hospital General Dr. Raymundo Abarca Alarcón, <sup>(3)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>Laboratorio de Investigación de Obesidad y Diabetes, Universidad de Guerrero

**Introducción:** La esclerodermia es una enfermedad crónica, autoinmune, multisistémica caracterizada por disfunción vascular y fibrosis. Células T, B, NK y macrófagos participan en la progresión de la enfermedad. Los KIR (*killer-cell immunoglobulin-like receptors*) son receptores de linfocitos NK y subpoblaciones de células T codificados por 16 genes. Dependiendo del contenido de genes se clasifican en genotipos AA y Bx. Algunos genes *KIR* se han asociado con patologías autoinmunes.

**Objetivo:** Asociar genes y genotipos *KIR* con esclerodermia en sujetos de Guerrero.

**Métodos:** Se obtendrá el DNA de sangre periférica de 50 sujetos con esclerodermia (ES) y 50 controles sanos (CS) para identificar genes *KIR* por

PCR-SSP. Las diferencias entre las frecuencias génicas y genotipos *KIR* se analizarán mediante la prueba de Fisher, considerando  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se han captado 29 pacientes con ES (4 con la variante difusa y 25 con limitada) y 29 CS. La media de edad es de 49.5 y 49.7 años, respectivamente. No hubo diferencias entre las frecuencias génicas *KIR*. Sin embargo, la frecuencia de *KIR2DS4del* fue mayor en ES ( $p = 0.060$ ). En ES, el genotipo Bx fue el más frecuente (72.4%) y en CS, el genotipo AA (51.7%). Se identificaron cuatro genotipos no descritos previamente.

**Conclusiones:** La variante limitada es la más frecuente. Es posible que *KIR2DS4del* esté implicado en el desarrollo de la ES; es necesario completar la "n" para evaluar su correlación. La frecuencia del genotipo Bx fue mayor en ES que en CS, lo cual se ha reportado en otras enfermedades autoinmunes.

## Co20

### Angioedema equimótico en un paciente con lupus eritematoso sistémico juvenil

Velázquez-Cruz A, Céspedes-Cruz AI, Torres-Jiménez AR, Zeferino-Cruz M, Rodríguez-Maldonado MG

Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** La vasculitis urticarial hipocomplementémica es una manifestación cutánea de lupus eritematoso sistémico; en 50% de los casos se asocia con angioedema y es una manifestación rara en pacientes pediátricos.

**Caso clínico:** Femenino de 15 años de edad, inicia en octubre 2014 con lesiones urticariales en brazos y miembros pélvicos, pruriginosas y dolorosas; reporte de biopsia de lesión compatible con vasculitis urticarial; artralgias y pérdida de peso de 4 kg en 9 meses; laboratorios con linfopenia, positividad para antinucleares (ANA) y anti-DNA e hipocomplementemia. Se establece diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con afección cutánea, articular y serológica; se inicia prednisona, 50 mg/día, cloroquina, 150 mg/día, y micofenolato de mofetilo, 1 g/día.

**Mayo 2016:** fiebre de 38°C, reporte de ecocardiograma con derrame pericárdico de 1000 ml sin colapso diastólico y falla renal aguda, SLEDAI 10, anemia microcítica hipocrómica, hipocomplementemia, ANA y anti-DNA positivos. Recibe cinco pulsos de metilprednisolona, furosemida, transfusión de concentrado eritrocitario; egresada con prednisona, 55 mg/día, ciclofosfamida 500 mg/m<sup>2</sup> SC/dosis, ácido fólico, 5 mg/día, y sulfato ferroso, 200 mg/día.

**Julio 2016:** incremento de volumen de labio inferior y edema bipalpebral, sensación de cosquilleo laríngeo y tos, aparición de lesiones urticariales pruriginosas en tórax, abdomen, extremidades pélvicas, lesiones equimóticas en mejillas, surcos nasolabiales y párpados, plaquetas y tiempos de coagulación normales, anticardiolipinas IgG e IGM negativas, hipocomplementemia, ANA y anti-DNA positivos. Diagnóstico de angioedema equimótico por probable presencia de inhibidor de C1q. Recibe cinco pulsos de metilprednisolona, prednisona, 40 mg/día, cloroquina, 150 mg/día, ciclofosfamida, 3er pulso 1000 mg/m<sup>2</sup> SC/dosis, con lo que mejora.

**Conclusiones:** En pacientes pediátricos con LES, vasculitis hipocomplementémica y angioedema equimótico se debe sospechar la presencia de inhibidor de C1q.

## Co21

### Vasculitis cerebral en un paciente con artritis reumatoide en tratamiento con biológico anti-TNF alfa

Arévalo-Martínez FG<sup>(1)</sup>, Badia-Flores JJ<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Ángeles Metropolitano, <sup>(2)</sup>Hospital Ángeles Mocol



**Introducción:** Las vasculitis pueden ser primarias o asociadas con enfermedades del tejido conjuntivo, infecciones, drogas y neoplasias. Se ha documentado vasculitis asociada con biológicos anti-TNF alfa.

**Objetivo:** Presentar un caso de vasculitis cerebral en un paciente con artritis reumatoide (AR) tratado con biológico anti-TNF alfa.

**Caso clínico:** Masculino de 45 años, diagnóstico de AR hace 5 años tratado con combinaciones de FARME (hidroxicloroquina, sulfasalazina, metotrexato y leflunomida) por 6 meses y sin mejoría. Se inicia adalimumab más metotrexato con buena respuesta hasta hace 2 meses, al presentar sinovitis persistente en manos, muñecas y tobillos; se inicia etanercept más metotrexato con mejoría. Hace 1 mes presenta cefalea universal, parestesia y paresia en hemicuero izquierdo. Se realiza angiografía y angiorresonancia cerebral y se encuentra evento vascular cerebral isquémico biparietal, de predominio en arteria cerebral media derecha, con imagen en rosario de dicha arteria. Estudios de gabinete: BH con ligera leucocitosis, elevación de VSG y PCR. ANCA, anticuerpos antinucleares, anti-DNA, anti-fosfolípidos, anticoagulante lúpico, C3, C4, TP, TTP, anti-B2 glicoproteína I, crioglobulinas, panel viral y marcadores tumorales negativos o normales. USG Doppler carotídeo y angioTAC toracoabdominal normales. Se suspendió etanercept y se inició metilprednisolona IV por 3 días y ciclofosfamida IV; actualmente recibe dos bolos mensuales, con mejoría progresiva y completa de las manifestaciones neurológicas.

**Comentario:** En este caso la vasculitis cerebral podría ser secundaria a la AR, primaria intercurrente o yatrógena por el anti-TNF alfa. La coincidencia con el inicio de etanercept sugeriría que este pudo ser el factor desencadenante.

**C022**

**Comparación de la utilidad de los índices de actividad de la enfermedad en el síndrome de Sjögren primario (SSP)**

Rodríguez-Salinas CI, Álvarez-Hernández E

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El SSP es una enfermedad autoinmune caracterizada por infiltración linfocítica y destrucción progresiva de glándulas exocrinas y manifestaciones sistémicas en el 20-40%. Se han creado índices para medir la actividad de la enfermedad. No se conoce cuál tiene mejor rendimiento al aplicarlos en población abierta.

**Objetivo:** Comparar la utilidad de los índices de actividad en SSP: ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index), SSDAI (Sjögren' Syndrome Disease Activity Index) y SCAI (Sjögren's Syndrome Clinical Activity Index).

**Metodología:** Se aplicaron los índices mencionados. Se recabaron datos sociodemográficos y clínicos. Se realizaron la prueba de Schirmer y la prueba de la oblea, y se aplicaron los cuestionarios HAQ-DI, EuroQol 5D y EVA de actividad del médico (EVAm). Se midió la validez de apariencia, contenido, consistencia, análisis factorial y validez de constructo.

**Resultados:** Se incluyeron 85 pacientes con SSP (54.7 ± 12.6 años y 98.8% mujeres) y 13 pacientes con síndrome sicca (56.69 ± 9.6 años y 100% mujeres). Todos los índices presentan adecuada validez de apariencia y contenido. Ninguno fue unidimensional. En todos los cuestionarios los ítems de actividad extraglandular tuvieron poca variabilidad. La correlación entre los tres índices fue de moderada ( $r > 0.6$ ,  $p > 0.000$ ); el resto de características se observa en la **Tabla 1**.

**Conclusión:** ESSDAI muestra mejor desempeño para medir la actividad en SSP, al tener una consistencia interna moderada y adecuada validez de constructo. Estos índices están diseñados y han sido probados para pacientes de cohortes con actividad importante, pero en la vida real estas manifestaciones son menos prevalentes, por lo que su utilidad estaría limitada.

**C023**

**Asociación del polimorfismo VNTR de 86 pb en el gen del antagonista del receptor de interleucina 1 (IL1RN) con la actividad de la enfermedad en artritis reumatoide**

Ramírez-Pérez SJ<sup>(1)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(2)</sup>, De la Cruz-Mosso U<sup>(1)</sup>, Martínez-Bonilla GE<sup>(3)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La identificación de nuevos marcadores genéticos para determinar susceptibilidad en artritis reumatoide (AR) ha tomado gran relevancia. Estudios previos han asociado el polimorfismo VNTR de 86 pb en el intrón 2 del gen *IL1RN* (rs2234663) con susceptibilidad en AR.

**Objetivo:** Asociar el polimorfismo rs2234663 con susceptibilidad y actividad de la enfermedad en pacientes con AR procedentes del occidente de México.

**Pacientes y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional analítico en el que se analizaron 350 pacientes con AR (ACR/EULAR 2010) y 307 de sujetos control (SC). A partir del gDNA se realizó la identificación del polimorfismo rs2234663 por la técnica PCR de punto final y la visualización de los productos amplificados se hizo en geles de poliacrilamida al 6% teñidos con AgNO3 al 0.2%. Los resultados fueron analizados por medio del software STATA 9.0 y Graphpad Prism 5.

**Resultados:** El análisis de las frecuencias genotípicas del polimorfismo rs2234663 entre casos y controles mostró diferencias significativas ( $p < 0.05$ ). El genotipo heterocigoto A1/A2 se asoció con susceptibilidad en AR (OR = 1.45; IC 1.02-2.05;  $p = 0.03$ ). Las frecuencias genotípicas del polimorfismo se encontraron en equilibrio génico de Hardy-Weinberg ( $p = 0.244$ ). Los sujetos portadores de los genotipos A2/A2 presentaron una

**Tabla 1.** Características clinimétricas de los índices de actividad en SSP (C022)

Cuestionario	Alfa Cronbach	Dimensiones	% Varianza	Correlación HAQ	Correlación EuroQol 5D	Correlación con EVAm
ESSDAI	0.50	1. Articular/glandular/cutáneo 2. Biológico 3. Hematológico	73.5	r = .311 p = .002	r = -.353 p = .0001	r = .912 p = .0001
SSDAI	0.45	1. Articular/glandular/cutáneo 2. Hematológico/fatiga	66.8	r = .286 p = .004	r = -.453 p = .0001	r = .81 p = .0001
SCAI	0.12	1. Fatiga/articular 2. Cutáneo/glandular/hematológico	48.3	r = .352 p = .001	r = -.426 p = .0001	r = .617 p = .0001

mayor actividad de la enfermedad evaluada por el índice DAS28 comparados con los demás genotipos presentes en el grupo de AR ( $p < 0.05$ ).

**Conclusión:** El genotipo A1/A2 se asocia con susceptibilidad genética en pacientes con AR del occidente de México y el genotipo homocigoto A2/A2 se asocia con una mayor actividad de la enfermedad.

## Co24

### Artropatía inflamatoria en pacientes con Vogt-Koyanagi-Harada (VKH). Presentación de dos casos

Ramos-Bello D, Aguilera-Barragán-Pickens G, Rangel-Botello AN, Santillán-Guerrero E, Abud-Mendoza C

*Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*

**Introducción:** La enfermedad de VKH representa un reto de diagnóstico y tratamiento; es responsable de 13% a 27% de los casos de uveítis.

**Caso clínico 1.** Hombre de 36 años que 2 semanas previas a su consulta presenta ojo rojo, pérdida de la agudeza visual (AV) progresiva e hipoacusia bilateral. En la exploración física (EF) se encontró AV 20/200, desprendimiento seroso de retina bilateral y poliosis aunada a sinovitis en carpo derecho. Un ultrasonido mostró sinovitis con señal Doppler en ambos carpos y MCF 2º, 3º y 4º derechas. El factor reumatoide (FR), los anticuerpos anti-CCP y la proteína C reactiva (PCR) fueron negativos.

**Caso clínico 2.** Mujer de 20 años que presenta ojo rojo, epífora y disminución de la AV bilateral de 30 días de evolución. En la EF se encuentra AV 20/200 y ausencia de sinovitis. El ultrasonido evidenció sinovitis con señal Doppler en carpos, 2º, 3º MCFD, 2º, 3º y 4º MCFI. El FR, los anti-CCP y la PCR fueron negativos; la sedimentación globular de 39.

**Discusión:** La presencia de artropatía inflamatoria en pacientes con VKH sólo se ha descrito en un caso; a pesar de lo excepcional, proponemos que la poliartropatía puede representar parte del espectro de la enfermedad, procesos que comparten susceptibilidad genética e incluyen HLA-DR4, CTLA-4 y STAT4.

## Co25

### Dolor abdominal como primera manifestación de artritis idiopática juvenil sistémica (AIJs) con respuesta favorable a tocilizumab

Ramos-Bello D, Martínez-Flores G, Rangel-Botello AN, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

*Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*

**Introducción:** Los pacientes con AIJs presentan manifestaciones gastrointestinales en 39-50%.

**Caso clínico:** Femenino de 3 años de edad que acude por padecimiento de 8 días caracterizado por dolor abdominal de tipo cólico, difuso y muy intenso, fiebre persistente de 40° C, exantema eritematoso maculopapular en abdomen y extremidades inferiores, no pruriginoso, y artralgiás en rodillas y carpos. En la exploración se encontró bien hidratada, exantema eritematoso maculopapular en abdomen y miembros inferiores que se incrementaba durante los episodios febriles, abdomen blando, doloroso a la palpación media y profunda, rebote positivo generalizado, peristaltismo presente (2-3 ruidos/min), dolor y flogosis en carpos, rodillas y tobillos. Exámenes con hemoglobina 11 g/dl, leucocitosis 22 000, 18 000 neutrófilos, 195 000 plaquetas, eritrosedimentación 24, PCR 21 ( $< 0.5$ ), albúmina de 2.4 g/dl,

ferritina 16 000 y ANA negativos. Rx de abdomen con distensión y edema interasas, TAC: dilatación difusa con edema de pared intestinal. Ante la ausencia de respuesta a metotrexato, 10 mg/kg, y prednisona, 1 mg/kg, se administró tocilizumab, 12 mg/kg cada dos semanas, con lo que se obtuvo remisión después de la primera dosis.

**Conclusión:** Aparentemente es el primer paciente con afectación gastrointestinal como primera manifestación en AIJs.

## Co26

### Vasculitis mesentérica en niña con lupus eritematoso generalizado (LEG)

Ramos-Bello D, Martínez AJP, Herrera-van Oostdam DA, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

*Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*

**Introducción:** El compromiso gastrointestinal en niños con LEG ocurre en 19% de los pacientes y hasta 45% de aquellos con LEG y dolor abdominal cursa con vasculitis mesentérica.

**Caso clínico:** Femenino de 13 años con diagnóstico de LEG de 1 año caracterizado por fotosensibilidad, alopecia, artritis, proteinuria y ANA+ 1:640 patrón homogéneo. Inició con dolor abdominal, náusea y vómito, 1 semana después se agregó diarrea e intolerancia a la vía oral. A la exploración física destacó abdomen blando, doloroso a la palpación en los cuatro cuadrantes, peristaltismo disminuido, no hepatoesplenomegalia y rebote positivo. Los análisis informaron hemoglobina de 13.1 g/dl, 4 000 leucocitos, 620 linfocitos, 224 000 plaquetas, PCR 0.1 (0.5), C3 0.57 (0.9-1.8), C4 0.07 (0.1-0.4), anti-dsDNA 269UI ( $< 30$ ). La TAC abdominal mostró dilatación de las asas intestinales, engrosamiento de la pared intestinal, signo de tiro al blanco y atenuación de la grasa mesentérica. Con diagnóstico presuntivo de vasculitis mesentérica se inició metilprednisolona, 30 mg/kg, y ciclofosfamida, 500 mg/m<sup>2</sup>, observándose mejoría de la sintomatología y tolerancia de la vía oral 72 horas después de haberlo iniciado.

**Discusión:** El dolor abdominal en paciente con LEG representa un reto de diagnóstico y en el diferencial destaca la patología asociada con el padecimiento, el tratamiento y los procesos intercurrentes no relacionados. Carecemos de criterios para orientar el diagnóstico de vasculitis mesentérica, situación que en ocasiones retrasa su diagnóstico y tratamiento adecuados y oportunos.

## Co27

### Henoch-Schönlein: presentación con proteinuria masiva y afección a sistema nervioso central

Aguilera-Barragán Pickens G, Luna-Zúñiga TA, Ramos-Bello D, Martínez-Galla D, Abud-Mendoza C

*Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*

**Introducción:** La vasculitis sistémica con afección de pequeños vasos más común en la infancia es la púrpura de Henoch-Schönlein (PHS). La proteinuria/hematuria ocurre en 30-50% habitualmente leves, pero el 20% cursa con síndrome nefrítico/nefrótico. La afección neurológica es excepcional.

**Reporte de caso:** Masculino de 4 años con cuadro de 10 días con púrpura palpable en extremidades inferiores, edema facial, artralgiás; posteriormente dolor abdominal, hematoquecia, disnea y sospecha de neumonía. Cursó con hipertensión de difícil control, anuria, duplicación de creatinina sérica y

mayor dificultad respiratoria, por lo que requirió intubación orotraqueal. Presentó síndrome nefrótico (proteinuria 28.5 g/L), eritrocituria + cilindros eritrocitarios, edema cerebral occipital (compatible con encefalopatía posterior reversible) con hemorragia intraparenquimatosa occipital izquierda; ANA y ANCA negativos, complemento sérico normal. Recibió antibióticos, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, metilprednisolona, 1 mg/kg/día, mofetil micofenolato, 900/mg/m2/día, tacrolimus, 0.05/mg/kg/día, ciclofosfamida, 0.5g/m2, y estatinas. Biopsia renal: glomerulonefritis con proliferación endocapilar por inmunocomplejos; depósitos IgA, IgG, C3. Compatible con nefritis por IgA. Extubado 4 días después, mejor control tensional, recuperación función renal y uresis; egreso. Último seguimiento: no secuelas neurológicas, función renal conservada, proteinuria 300 mg/L.

**Discusión:** En PHS el síndrome nefrítico-nefrótico presenta hipertensión y falla renal en 44%; hasta 50% de ellos progresa a enfermedad renal crónica con riesgo de enfermedad renal terminal. En proteinuria masiva se ha observado proliferación endocapilar en 67%. Los inmunomoduladores no muestran eficacia concluyente. Se han descrito anomalías en neuroimagen en pacientes con/sin hipertensión, entre ellas hemorragia intracerebral y edema subcortical posterior, el cual es más común en pacientes hipertensos.

## Co28

### Fracturas vertebrales y absceso vertebral en paciente con espondilitis anquilosante

Aguilera-Barragán Pickens G, Luna-Zúñiga TA, Martínez-Flores G, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** En pacientes con espondilitis anquilosante (EA), las lesiones de Anderson se presentan en 1.8-28%. La espondilodiscitis infecciosa, observada en 0.5-2.5 casos por 100 000 habitantes en población general, raramente se ve en EA.

**Caso clínico:** Masculino de 44 años con EA diagnosticada 5 años antes y cifosis avanzada, con episodio de fiebre (38.3°C) 7 días previos al ingreso y exacerbación de lumbalgia posterior a traumatismo, intensidad 10/10 y exámenes con leucocitosis con neutrofilia, monocitosis, trombocitosis, elevación de PCR y VSG. Radiográficamente: lesiones osteolíticas anteriores en T12-L1 con ensanchamiento de espacio intervertebral; resonancia magnética: hiperintensidades en espacio intervertebral y mismas vértebras en T2. Se realizó biopsia percutánea guiada por tomografía. Cultivo vertebral y hemocultivo evidenciaron crecimiento de *Staphylococcus aureus*. Se administró vancomicina y AINE con remisión de respuesta inflamatoria y sintomatología. Requiere manejo conservador con colocación de corsé toracolumbar.

**Discusión:** La lesión de Anderson, también conocida como espondilodiscitis aséptica, se atribuye a inflamación aséptica o estrés mecánico; sin embargo, la coparticipación de proceso infeccioso vertebral/discal sólo se ha reportado en dos casos. En espondilodiscitis piógena, cuyo agente causal más común es *Staphylococcus aureus*, el cuadro clínico suele ser sutil, insidioso e inespecífico. Aunque la RM en espondilodiscitis aséptica y piógena es similar, la morfología, la extensión del edema óseo, el reforzamiento con contraste y señal de intensidad en secuencias T2 y la supresión grasa suelen diferenciar ambos procesos.

## Co29

### Paciente con Graves, exoftalmopatía, tratamiento antitiroideo y amaurosis bilateral

Martínez AJP, Luna-Zúñiga T, Aguilera-Barragán Pickens G, Rangel-Botello A, Abud-Mendoza C

Hospital General Ignacio Morones Prieto y Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** La exoftalmopatía tiroidea representa un reto diagnóstico y terapéutico; los antitiroideos suelen asociarse con fenómenos y enfermedad autoinmunes que incluyen vasculitis sistémica. Presentamos un paciente con historia de enfermedad de Graves, exoftalmopatía, tratamiento antitiroideo y amaurosis bilateral con poliangeítis granulomatosa (PAG).

**Presentación de caso:** Hombre de 55 años con antecedente de hipertiroidismo tratado con tiamazol, 30 mg/día, durante los últimos 6 años. En 2015, episodio de eritema ocular transitorio y disminución de agudeza auditiva izquierda, rinorrea ocasional con estriás sanguinolentas. En abril de 2016 presenta epiescleritis, 1 mes después disnea de grandes esfuerzos y 2 meses subsecuentes escleritis nodular. Clínicamente con proptosis en ojo derecho, exposición de úvea y parálisis de IV y VI nervios craneales (Figura 1). Tomografía de órbita con lesiones retrobulbares inflamatorias. Tele y tomografía de tórax con macronódulos y vidrio desdoblado, cANCA 1:40. Se inician pulsos de metilprednisolona 3 días, ciclofosfamida, 500 mg. Se consideró la posibilidad excepcional de vasculitis inducida por tiamazol. Actualmente asintomático, con visión mínima por OD.

**Discusión:** La exoftalmopatía tiroidea puede ser muy grave y habitualmente se relaciona con disfunción tiroidea; el diagnóstico con otras enfermedades debe realizarse. La afección ocular ocurre en 58% de pacientes con PAG, 15-20% con afección a órbita, pérdida visual en 8% y en 7% afección escleral. En pacientes con vasculitis asociada con ANCA debemos excluir formas fármaco-inducidas de la enfermedad (antitiroideos, cocaína, etc.). El diagnóstico y el tratamiento oportunos disminuyen la morbilidad y la mortalidad.

Figura 1



## Co30

### Estado oral de una cohorte de pacientes con artritis reumatoide de una comunidad indígena: estudio exploratorio

Carrasco-Moctezuma AO<sup>(1)</sup>, Hernández-Aguas JY<sup>(2)</sup>, Salazar-Salas TL<sup>(1)</sup>, Zepeda-González DF<sup>(1)</sup>, De la Garza-Ramos MA<sup>(2)</sup>, Arana-Guajardo AC<sup>(3)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, <sup>(2)</sup>Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León, <sup>(3)</sup>Servicio de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

**Introducción:** El rol de la salud periodontal en la etiología y gravedad de pacientes con artritis reumatoide (AR) se encuentra en estudio.

**Objetivo:** Evaluar la presencia de patógenos en cavidad oral en pacientes indígenas con AR.

**Métodos:** Estudio observacional, exploratorio y transversal, realizado en la clínica de Esquipulas, Chiapas en junio de 2016. Se incluyeron pacientes con AR. Se realizó historia clínica y exploración física utilizando sonda periodontal OMS. Se tomaron muestras de placa dentobacteriana en tubos de 1.5 microlitros con caldo de tripticaseína de soya y se almacenaron en refrigeración para su traslado en hielo. Se practicó la prueba molecular de PCR punto final y se analizaron las muestras con gel de agarosa al 2%.

**Resultados:** Se valoraron 27 pacientes; 92.6% pertenecía al género femenino, con una media de edad de 46.8 (DE 13.6) años. Todos los pacientes analizados tenían algún tipo de enfermedad periodontal de moderada a avanzada. Se observó positividad de anticuerpos anti-PCC en 14 (51.9%) y de factor reumatoide IgG en 4 (14.8%), IgM en 16 (59.3%) e IgA en 14 (51.9%) pacientes. Los patógenos presentes fueron: *H. pylori* en 19 (70.4%), *P. gingivalis* en 1 (3.7%), *P. intermedia* en 1 (3.7%) y *T. forsythia* en 22 (81.5%) pacientes.

**Conclusión:** Primer estudio exploratorio de una cohorte indígena con AR, en el que se encontró evidencia de bacterias periodontales que pueden estar involucradas en el desarrollo y la severidad de la enfermedad. Son necesarios estudios prospectivos para conocer las implicaciones clínicas de las observaciones encontradas.

**Agradecimiento:** Fundación Esquipulas, AC.

### C031

#### Sinoviodesis con itrio 90 para tratamiento de hemartrosis. Estudio colaborativo hematología-reumatología

Bañuelos-Ramírez DD<sup>(1)</sup>, Gutiérrez-Gurrola B<sup>(2)</sup>, Pérez-Lozano W<sup>(2)</sup>, Portillo-Sampedro R<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Hospital de Especialidades, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS, <sup>(2)</sup>Hematología, Hospital de Especialidades, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS, <sup>(3)</sup>Medicina Nuclear, Hospital de Especialidades, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS

**Introducción:** Los derrames articulares se presentan con relativa frecuencia en enfermedades reumáticas autoinmunes u otras; su abordaje terapéutico incluye maniobras de evacuación y fármacos de depósito. La hemartrosis consecutiva a hemofilia A o B requiere tratamiento sustitutivo con factores de coagulación y otras medidas. El manejo por ortopedia y rehabilitación pueden ser insatisfactorio. Recientemente se ha optado por la intervención de reumatología en un estudio colaborativo.

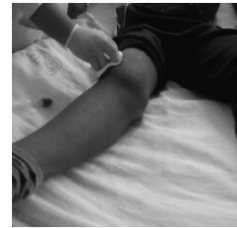
**Objetivo:** Presentar la experiencia en 30 casos de hemartrosis consecutivos a hemofilia, tratados con itrio 90 intraarticular.

**Material y métodos:** 30 pacientes varones, con Dx de hemofilia (A-B) sin inhibidor, con episodios recurrentes de hemartrosis y tratamientos previos por ortopedia-rehabilitación, utilización de concentrados factores sustitutivos y respuesta considerada insatisfactoria en cuanto a hemartrosis. Se registró protocolo ante comité de ética; se obtuvo consentimiento informado de pacientes candidatos a sinoviodesis. El itrio se aplicó intraarticularmente, en sitios afectados previa aplicación factores concentrados. Estancia hospitalaria de 24-48 horas según requerimientos.

**Resultados:** 30 varones, rango de edad 13/33 años; episodios de hemartrosis 3-6 por mes; sitios afectados: rodilla 22, codo 4 y tobillo 6; unilaterales o bilaterales y con posibilidad de afectación de los tres sitios posibles descritos en más de un paciente; 4 pacientes enviados no se consideraron candidatos por daño clínico, Rx severo y estar en fase de secuelas sin inflamación o derrame evidente ni espacio articular posible para aplicación. La mejoría se calificó de 90% en los siguientes 6 meses (paciente-hematólogo-reumatólogo). La utilización factores faltantes se redujo al 50%.

**Conclusión:** El itrio 90 intraarticular fue útil en los pacientes del estudio.

Figura 1.



### C032

#### Espondiloartropatías en mujeres: cuadro clínico y criterios completos... poco visibles para la mayoría ¿por qué? Incidencia de 10 casos en 10 meses en una consulta especializada

Bañuelos-Ramírez DD<sup>(1)</sup>, Ramírez-Palma MM<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, HEP, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS, <sup>(2)</sup>Unidad de Medicina Familiar 01, IMSS Puebla

**Introducción:** Las espondiloartropatías (EA) no son infrecuentes en la población general y pueden ir aparejadas a la de la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, como regla general se sospecha AR y las EA se subdiagnostican aun en la especialidad de reumatología. Esta circunstancia no sólo retrasa el diagnóstico, sino que incrementa costos, insatisfacción y se adiciona a mala evolución y falta de apego al tratamiento. El dx (de primera intención) de EA no es frecuente en mujeres, salvo condiciones particulares.

**Objetivo:** Presentar serie de casos de reciente diagnóstico, con criterios completos ECGG-ASAS en mujeres y efectuar algunas consideraciones que pudiesen ser relevantes para la oportunidad diagnóstica temprana.

**Casos:** 10 pacientes de género femenino, rango de edad 17 a 58 años, sin AHF de EA, con práctica deportiva, no toxicomanías ni otros de importancia. Los resultados se resumen en la **Tabla 1**.

**Discusión y comentarios:** "Dudo...luego pienso; o dudo, luego acierto", podría ser una paráfrasis en reumatología. El cuadro clínico florido de las EA no es frecuente. Ante ausencia de inflamación, sinovitis o flogosis no se pueden descartar las enfermedades reumáticas. Las manifestaciones axiales y la entesitis son orientadoras. No considerar fibromialgia como sinónimo de dolores difusos en mujeres es fundamental. La utilización de criterios ASAS es reutilizable.

Tabla 1

Característica	Entesitis más de 3 sitios	Derrame sinovial	Síntomas generales prominentes	HLA B 27 + RNMM u Gammagrama +
Número	9	4	10	9
%	90	40	100	90

### C033

#### Eficacia de abatacept en artritis idiopática juvenil sistémica refractaria a tratamiento

Luna-Zúñiga TA, Cuevas-Orta E, Martínez AJP, Ramos-Bello D, Abud-Mendoza C

Hospital Central Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí



**Introducción:** La artritis idiopática juvenil de inicio sistémico (AIJs) representa 5-10% de todos los casos de AIJ y su diagnóstico constituye un verdadero reto, particularmente con tuberculosis, enfermedad endémica en México que puede cumplir criterios para diagnóstico de AIJs. El tratamiento de elección para AIJs incluye antagonistas de IL-1 e IL-6; el empleo de abatacept se prefiere para AIJ poliarticular. Es conocido que los pacientes con AIJs tienen mayor riesgo de síndrome de activación macrofágica y procesos infecciosos intercurrentes.

**Objetivo:** Describir a un paciente masculino ya conocido con AIJs, Tb ganglionar, linfocitosis hemofagocítica y síndrome febril persistente.

**Caso clínico:** Masculino de 12 años con diagnóstico de AIJs desde 2007. En 2014 ingresó por síndrome febril, poliartrosis y adenomegalias, biopsia de ganglio cervical con *Mycobacterium tuberculosis*. Ingreso actual por síndrome febril persistente, dolor poliarticular, pérdida de peso, exantema evanescente y adenomegalias. Paraclínicos con leucocitosis, neutrofilia, trombocitosis e hiperferretinemia, tomografía toracoabdominal con adenomegalias cervicales y hepatomegalia. Al no poder excluirse tuberculosis activa se inició tratamiento antifímico y se incrementaron dosis de inmunosupresores. Ante la persistencia de síndrome febril semanas después del inicio de antifímicos y síntomas articulares se decidió, con base en su perfil de seguridad, el empleo de abatacept, 125 mg SC semanalmente. Después de varias dosis, se logró remisión de sintomatología y normalización de parámetros de laboratorio incluyendo niveles de ferritina.

**Discusión:** El empleo de abatacept puede ser excelente opción en pacientes con AIJs y riesgo alto de infección.

**C034**

**Lupus en varones: no infrecuente, pero retrasada su consideración aun en especialistas**

Bañuelos-Ramírez DD<sup>(1)</sup>, Ramírez-Palma MM<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, HEP, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS Puebla, <sup>(2)</sup> Unidad de Medicina Familiar 01, IMSS Puebla

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) no es infrecuente en la población mexicana y el conocimiento y la difusión de sus características clínicas se van incrementando tanto en la práctica clínica y la educación médica continua como en la formación curricular de los futuros médicos y próximos especialistas. Aun así, parece que sospecharlo en varones no es usual y se llega a su confirmación sólo por descarte.

**Objetivo:** Presentar cinco casos de LES en pacientes masculinos diagnosticados de novo en un lapso de 8 meses en una consulta médica especializada y centro de referencia del centro-sur de la República Mexicana, en quienes los médicos tratantes consideraron diagnósticos diferentes.

**Casos:** Cinco varones, edad media 25 ± 7 años, con seropositividad a ANA, manifestaciones articulares, fiebre, alteraciones cutáneas, mínima

alopecia y sólo dos úlceras orales, en los que se consideraron posibilidades diagnósticas distintas a la autoinmunidad, con tiempo medio envió de 1 año 2 meses antes de sospechar enfermedad reumática autoinmune. La semiología adecuada y la integración de hallazgos de BH, EGO, ANA, A-DNA, el reinterrogatorio y la exploración física permitieron la unidad clínica de la entidad LEG con base en criterios vigentes y el manejo consecutivo. Se presenta **Tabla** con datos concentrados de los cinco casos.

**Discusión y comentarios:** El LES no es infrecuente entre la población mexicana por razones de mestizaje y etnográficas. Considerarlo en varones debería estar en los diagnósticos diferenciales de situaciones en que concurren bicitopenia, fiebre, síntomas generales y articulares, y afección visceral, sobre todo por la rentabilidad de los tratamientos oportunos.

**C035**

**Sinovitis villonodular pigmentada (SVP): el caso de una presentación atípica y su abordaje-resolución**

Bañuelos-Ramírez DD<sup>(1)</sup>, Ramírez-Palma MM<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, HEP, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS Puebla, <sup>(2)</sup> Unidad de Medicina Familiar 01, IMSS Puebla

**Introducción:** La SVP no es una entidad frecuente: se calcula uno a dos pacientes por millón de la población general. Tiene predilección por rodillas, cadera y tobillo, y generalmente no se asocia con enfermedades reumáticas definidas, por lo que aún hay aspectos por describir. En la práctica de la especialidad hemos documentado cuatro casos, todos en rodillas, y ahora presentamos el caso de una paciente con afección en hombro de SVP.

**Caso:** Femenino de 34 años, con Dx de LEG con criterios completos y manejo por 5 años con buena respuesta; tuvo afección renal que remitió completamente (demostración por biopsia y rebiopsia). Labora normalmente y en abril/16 refiere dolor en hombro dominante, limitación funcional y aumento de volumen; es tratada por ortopedia con punción e infiltración en dos ocasiones y extracción de 10 cc de LS con cultivos negativos; mejoría relativa y recaída (a los 3 meses) con incremento de datos anteriores; se punciona en reumatología con extracción de 70 cc, cetrino. Ante sospecha de SVP se efectúa US y RNM, y se le propone radiosinovio-desis por rechazo del tratamiento quirúrgico. Se efectúa y el seguimiento tras 6 meses es satisfactorio.

**Discusión y comentarios:** La frecuencia de SVP es menor que la de otras entidades con derrame sinovial; asociada con enfermedades reumáticas y de localización en hombro también es infrecuente y por ello efectuamos la presentación de este caso y revisión de la literatura. Pensarla y manejarla de manera no quirúrgica cabe en el ámbito de la reumatología.

**C036**

**Miocarditis aguda como presentación inicial de lupus eritematoso generalizado (LEG)**

**Tabla 1.** Concentración datos de 5 pacientes varones con Dx de Lupus eritematoso y retraso en reconocimiento (C034)

Caso	Tiempo evolución	S generales	Reinterrogatorio + para LEG	BH, EGO	ANA	A-DNA	Dx previos
1	8 meses	Fiebre Pérdida peso, fatiga, baja rendimiento	Manifestaciones articulares, mucocutáneas, viscerales, neurológicas	Bicitopenia, proteinuria, cilindros 3 series ↓ FG	+	+	Artritis Reumatoide
2	2 años				-	+	Fibromialgia
3	1.6 a				+	+	Leucemia
4	1 a				+	+	Linfoma
5	1.4 a				+	+	Leucemia

Luna-Zúñiga TA, Martínez-Flores G, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C, Moreno-Valdez R

Hospital Central Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** La afección cardíaca ocurre en 50% de los pacientes con LEG; la prevalencia sintomática es de 5-10% y conlleva riesgo elevado de alteraciones en la conducción, miocardiopatía dilatada y falla cardíaca.

**Caso clínico:** Femenino de 39 años, sin enfermedad autoinmune conocida, antecedente de fenómeno de Raynaud, úlcera en pierna derecha de 1 mes y 3 semanas con disnea de grandes a pequeños esfuerzos, edema de miembros inferiores y ortopnea. A la exploración con hipertensión, taquicardia, taquipnea y estertores inspiratorios. Troponina y péptido natriurético elevados. Electrocardiograma con rectificación de ST y aplanamiento de onda T. Ecocardiograma con ventrículo izquierdo dilatado, hipertrofia concéntrica moderada, disfunción diastólica y FEVI 40%. En resonancia magnética cardíaca en secuencia de realce tardío se observa hiperintensidad leve a moderada inferolateral subepicárdica e intramiocárdica. Se estableció diagnóstico de miocarditis y como parte del protocolo se excluyeron causas infecciosas, farmacológicas y tiroideas. Con AAN por HEP2 1:640 patrón homogéneo, anti-DNAbs y CH50 normales; linfopenia. La paciente fue tratada con nitroglicerina, furosemida, enalapril y digoxina, y ante sospecha de miocarditis lúpica se inició prednisona, 1 mg/kg/día, y ciclofosfamida, con mejoría hemodinámica y control ecocardiográfico con FEVI de 55%.

**Discusión:** La miocarditis lúpica aguda es rara, pero constituye una manifestación grave que puede comprometer la vida. Con inmunosupresores y apoyo cardiovascular, los resultados a largo plazo son generalmente favorables.

## C037

### La fase de farmacovigilancia de la terapia biológica: biosimilares, bioequivalentes y originales. ¿Qué tenemos con el anti-TNF etanercept en las instituciones?

Bañuelos-Ramírez DD, Salinas-Saldívar S

Reumatología, HEP, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS Puebla

**Introducción:** El desarrollo de productos farmacológicos innovadores conlleva varias fases precedentes a su comercialización y uso generalizado. En épocas recientes diversas circunstancias –principalmente competencia económica y políticas de los sistemas de salud– favorecen el “salto” de las fases de investigación y comercialización. Por lo tanto, hay ahora productos originales y copias para la utilización institucional y privada. ¿Qué está ocurriendo y qué experiencia puede extraerse en los centros donde se manejan biológicos?

**Objetivo:** Comunicar la experiencia de una consulta especializada de reumatología en relación con el manejo de productos biológicos anti-TNF originales y copias en una cohorte de pacientes.

**Metodología:** Revisión de los perfiles de eficacia, seguridad y satisfacción en una cohorte de pacientes reumáticos que han recibido de forma alterna y arbitraria productos anti-TNF etanercept distintos. Retrospectivamente se revisan registros y se comparan estado basal, escalas DAS, EVA, HAQ y RFA, más clase funcional, satisfacción y alteraciones notables en clínica y laboratorio. Dado que otros biológicos no han sido sustituidos por copias, no se consideraron para incluirse en este estudio.

**Resultados:** 54 pacientes adultos cumplieron los requisitos de recibir etanercept original o copia de manera alterna en un lapso de 1 año: AR n = 48; EA n = 6; EVA inicial, DAS y CF + HAQ mejoría ≥ 50% con original y menor con copia. Seis casos de efectos adversos reportados a Cofepris; entre ellos picnosis y cariorexis nuclear; pérdida de eficacia en 15 casos y necesidad de sustitución por recaída seria. En revisión de la literatura encontramos poco soporte.

**Conclusiones:** La farmacovigilancia como fase no final, sino necesaria en la utilización de agentes biológicos está incompleta en nuestro país y en la práctica de los reumatólogos.

## C038

### Asociación de gota en hiperparatiroidismo primario

Martínez-Flores G, Ramos-Bello D, Luna-Zúñiga TA, Martínez-Martínez MU, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario se caracteriza principalmente por hipercalcemia asintomática; en ocasiones se asocia con manifestaciones reumatológicas que incluyen dolor musculoesquelético, enfermedad por cristales de pirofosfato de calcio y rara vez gota.

**Caso clínico:** Masculino 27 años, antecedentes heredo-familiares de litiasis renal y gota. Cuatro años con poliartralgias bajo tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. Hospitalizado por fractura patológica en cuello femoral, así como presencia de dolor súbito en primera metatarsofalángica bilateral y tarsos. Exploración con poliartritis de predominio en miembros inferiores, particularmente primera metatarsofalángica derecha; con ácido úrico 7.69, fosfatasa alcalina 557, calcio 14, creatinina 1.6, TFG 41.3 mL/min, hormona paratiroidea 1 271 pg/mL (15-85). Radiografías de rodillas con presencia de condrocalcinosis y radiografías de ambos pies con lesiones en sacabocado (**Figura 1**). US: nefrocalcinosis medular. Densitometría ósea con osteoporosis en columna y cuello femoral. Diagnóstico de hiperparatiroidismo primario, enfermedad ósea metabólica, osteoporosis y artropatía por cristales. Se realizó corrección quirúrgica de fractura patológica y paratiroidectomía. Manejo médico con bifosfonatos, colchicina y prednisona.

**Discusión:** La condrocalcinosis se asocia con hiperparatiroidismo; es menos frecuente en la hiperuricemia y gota, las que pueden tener diversos mecanismos para su presentación.

Figura 1.



## C039

### Diferencia de respuesta entre dos formas de tratamiento para nefritis lúpica. Serie de casos contrastada

Bañuelos-Ramírez DD<sup>(1)</sup>, Ramírez-Palma MM<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, HEP, Unidad Médica de Alta Especialidad, IMSS Puebla, <sup>(2)</sup>Unidad de Medicina Familiar 01, IMSS Puebla

**Introducción:** La nefritis lúpica (NL) es una entidad delimitada, con características, tratamiento, pronóstico y clasificación determinados; sin embargo, el abordaje por los diferentes especialistas relacionados puede variar y la no uniformidad en el abordaje y seguimiento puede, paradójicamente, ser una constante. Ésta parece ser la situación últimamente entre reumatólogos y nefrólogos en la región centro-oriente. Ello motiva este trabajo.

**Objetivo:** Contrastar dos grupos de pacientes con Dx de LEG y NL comprobado cuyo tratamiento y seguimiento fue otorgado por nefrología o reumatología.

**Casos:** Seis mujeres jóvenes (19-28 años) y dos varones (17 y 21 años) con Dx de LEG de 2 años evolución fuera de la unidad y referidos a Reumatología vs. 10 mujeres con Dx de LEG tiempo similar de diagnóstico y confirmación afección NL por clínica, paraclínicos e histopatología. En la **Tabla 1** se presenta un resumen de los casos

**Discusión:** El manejo ambulatorio con estancias hospitalarias mínimas y menores dosis de mofetil micofenolato, así como de corticosteroides, orientación e información sobre el padecimiento e inicio más temprano de MPDS + CFDA, es predominante en el enfoque de reumatología. La respuesta es diferente. Situaciones no estrictamente médicas parecen influir sobre algunas tomas de decisiones.

**Tabla 1.**

Puntos destacables en el manejo de NL	Dosis de corticoides	Dosis de micofenolato	Inicio de metilprednisolona + ciclofosfamida	Internamientos, información, RMP, otros
Nefrología	Altas, divididas	Altas, 3 tomas	Tardío	Estancias prolongadas, > frecuentes
Reumatología	Medias, únicas	Medias y bajas, 1-2 tomas	Temprano	Casi ambulatorio

#### Co40

### Validación al español de una prueba computarizada para valoración de deterioro cognitivo en pacientes con lupus eritematoso generalizado

Hernández-Galarza JJ<sup>(1)</sup>, Ilizaliturri-Guerra O<sup>(2)</sup>, De la Rosa-Galarza D<sup>(3)</sup>, Galarza-Molina DA<sup>(3)</sup>, Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, <sup>(2)</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, <sup>(3)</sup>Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León

**Introducción:** El deterioro cognitivo (DC) en los pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) es una de las manifestaciones neuropsiquiátricas más frecuentes de esta enfermedad; se caracteriza por disminución de las funciones cognitivas con respecto a un nivel previo. A pesar de la frecuencia y el impacto en la calidad de vida, raramente se detecta y se trata. Hay pocas herramientas para valorar DC, por lo que el objetivo de este estudio es validar el Automated Neuropsychological Assessment Metrics (ANAM) para detectar esta manifestación.

**Objetivos:** El objetivo primario es validar el ANAM para la valoración de DC en pacientes con LEG de habla hispana; como objetivo secundario se valoró la prevalencia de DC en las pacientes con LEG del Hospital Universitario de la UANL.

**Métodos:** Se diseñó un estudio transversal, de aplicación de encuesta, en el que se comparó la validez del ANAM con las pruebas neuropsicológicas estándar.

**Resultados:** Se analizaron 52 pacientes de los cuales sólo 23 completaron las dos valoraciones. Se encontró que el ANAM tiene una sensibilidad de 81% pero una especificidad de 68%; además, al correlacionarlo con Spearman el resultado fue de -0.098, con un valor de p = 0.65. En cuanto al objetivo secundario de identificar la prevalencia se encontró que es de 69.2%.

**Conclusión:** Como prueba inicial el ANAM tiene buena sensibilidad para detectar deterioro cognitivo; sin embargo, al ser una prueba computarizada, se debe analizar la población a la que se va a aplicar ya que 37% de los pacientes se negó a usarla.

#### Co41

### Fleboectasia digital dorsal en manos en un caso de poliangeítis microscópica con polineuritis periférica

Badía-Flores JJ<sup>(1)</sup>, Arévalo-Martínez FG<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Ángeles Mocol, <sup>(2)</sup>Hospital Ángeles Metropolitano

**Introducción:** El compromiso neurológico periférico en la poliangeítis microscópica (PAM) suele manifestarse como mononeuritis múltiple (MNM), sensitiva o mixta, en ocasiones con distribución simétrica distal en extremidades.

**Caso clínico:** Paciente masculino de 56 años, casado, jubilado, procedente de medio semirural. Tabaquismo (cinco cigarrillos/día), tos escasamente productiva con flemas amarillentas, desde 1 año antes de hospitalización el 23/09/12, por cuadro seudogripal febril (38°C) de 3 semanas; posteriormente, parestia e hipoestesia en dedos de manos y pies, con limitación funcional e ingurgitación y flexuosidad de venas dorsales de dedos 2° al 4° de ambas manos; rash petequeal. EMG: mononeuritis múltiple. Pruebas virales e inmunológicas negativas, excepto pANCA 1:160, gammaglobulina 32.2%, C3 y C4 subnormales. HB 9.7 g/dL, VSG 26 mm/h, PCR 80.42 U (<5.0), albuminuria 505 mg/24 h con eritrocituria 20 pcm. Depuración de creatinina 49.2 mL/min, urea 93.8 mg/dL. Biopsia sural: inflamación focal inespecífica. TAC de tórax: granuloma basal pulmonar de 8 mm. Con diagnóstico de PAM se inicia prednisona, 80 mg/día, azatioprina, 150 mg/día, y pulso de ciclofosfamida, egresándose el 25/10/12 por mejoría. Recuperación lenta pero de más de 90%; después de 47 meses la parestia distal ha desaparecido, persistiendo discreta disestesia digital, la fleboectasia es mínima, pANCA negativo. Albuminuria 190 mg/24 h con depuración de creatinina 108 mL/min, VSG y PCR normales. Tratamiento actual: prednisona, 5 mg/día, y azatioprina, 75 mg/día.

**Conclusión:** Es probable que la fleboectasia digital reversible sea resultado de disautonomía por vasculitis de vasa *nervorum* y podría ser un signo a considerar en el estudio clínico de casos semejantes.

#### Co42

### Análisis de los factores asociados a remisión clínica en lupus eritematoso generalizado de inicio juvenil

Bartnicki-Navarrete I<sup>(1)</sup>, Gómez-Martín D<sup>(2)</sup>, Romo-Tena J<sup>(2)</sup>, Cárdenas-Cortés MC<sup>(1)</sup>

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

**Introducción:** El lupus eritematoso generalizado (LEG) afecta a mujeres jóvenes y se caracteriza por brotes de actividad seguidos de inactividad o remisión clínica. Aproximadamente 20% se diagnostica antes de los 18 años; entonces se denomina LEG de inicio juvenil (LEGIJ). La remisión clínica se asocia con mejoría en el curso de la enfermedad.

**Objetivos:** Evaluar las características demográficas, clínicas y serológicas de los pacientes con LEGIJ que se relacionan con la presencia de remisión clínica durante su seguimiento en esta institución.

**Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes de 18 años que ingresaron al INCMNSZ entre 2003-2007 con seguimiento > 6 años desde la actividad (SLEDAI2K ≥ 4) o manifestaciones graves. Se estudiaron variables demográficas, clínicas y serológicas a los 3, 6 y 12 meses y al final del seguimiento. Se definió remisión completa como SLEDAI-2K = 0 >1 año sin tratamiento inmunosupresor.

**Resultados:** 89 pacientes cumplieron los criterios de inclusión: 77 (85.51%) fueron mujeres, edad promedio 19.13 ± 1.29 años con seguimiento promedio de 109.19 ± 2.01 meses. Se documentó remisión clínica en 52.8% de los pacientes. Las variables asociadas con remisión clínica tras ajustar por inmunosupresores y otras variables clínicas relevantes fueron el SLEDAI2K al año (HR 0.763, IC 95% 0.676-0.861, p < 0.001) C4 bajo al inicio (HR 0.487, IC95% 0.242-0.981, p = 0.036), presencia de anti-β2-glicoproteína IgG (HR 0.285, IC 95% 0.100-0.818, p = 0.007) y linfopenia al año (HR 0.406, IC 95% 0.206-0.800, p = 0.006).

**Conclusión:** La remisión clínica se presentó con mayor frecuencia que en LEG adultez (52.8% vs. 17%). Los factores clínicos y serológicos asociados con la ausencia de remisión clínica son SLEDAI2K al año, C4 bajo al inicio, anti-β2-glicoproteína IgG positivo y linfopenia al año. Nuestros hallazgos resultan clínicamente relevantes para fomentar el tratamiento inmunosupresor y el seguimiento estrecho completo de estos pacientes para ajustar los tratamientos, así como para fines pronósticos en la presentación de la enfermedad.

**Co43**

**Hallazgos de imagen por resonancia magnética (IRM) en granulomatosis con poliangeitis (GPA): paquimeningitis (PM) e implicaciones en la calidad de vida**

Higuera-Ortiz V<sup>(1)</sup>, Ruiz N<sup>(1)</sup>, Carrillo D<sup>(2)</sup>, Reynoso A<sup>(2)</sup>, Delgado-Hernández RD<sup>(2)</sup>, Flores-Suárez LF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, <sup>(2)</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** La PM se reporta en 0.6-8% en GPA. La información de factores asociados, pronóstico y calidad de vida de PM en GPA es escasa.

**Objetivo:** Describir afección del SNC en GPA y presencia de PM e implicaciones en la calidad de vida.

**Material y métodos:** 40 pacientes incluidos; clasificados con criterios del ACR y/o la definición de la nomenclatura del Consenso de Chapel Hill 2012. Se realizó IRM cerebral con gadolinio independientemente de síntomas en SNC en búsqueda de PM (reforzamiento meníngeo difuso o focal para diagnóstico). Se crearon subgrupos con base en presencia de PM y síntomas en SNC. Se compararon características clínicas, serológicas, neuroimagen y tratamiento. La capacidad funcional y la calidad de vida se evaluaron por Escala de Karnofsky y SF-36. Análisis univariado para proporciones con medias ± DS y medianas; bivariado para comparación de grupos. Prueba t de Student para variables continuas y Ji cuadrada con Yates para corrección categórica de variables.

**Resultados:** 10 pacientes con enfermedad generalizada. Rango de edad de 8-72 años. Las principales diferencias entre grupos con o sin PM y de acuerdo con síntomas y hallazgos por IRM se describen en la **Tabla 1**. Encontramos PM en 19 (47.5%) pacientes e independientemente de los síntomas en 1/3.

**Conclusiones:** Encontramos valores menores de SF-36 en pacientes asintomáticos con PM indicando disminución de la calidad de vida. A pesar de que PM es más frecuente en la enfermedad localizada, no significa que sea menos grave que en la enfermedad generalizada. La detección de afección del SNC en GPA, incluso en ausencia de síntomas, podría ser útil, ya que implica deterioro de la calidad de vida.

**Tabla 1.** Descripción de diferencias de acuerdo con presencia de síntomas de afección en sistema nervioso central (SNC) y presencia de paquimeningitis (PM).

Diferencias significativas de acuerdo con la presencia de síntomas de SNC			
Variable	Sintomáticos (n-20)	Asintomáticos (n-20)	Valor de p
Parálisis de nervio craneal	5/20	0/20	< 0.009
PM	13/20	6/20	0.05
Actividad grave de la enfermedad*	9/20	0/20	0.001
Remisión (al tiempo de IRM)	3/20	17/20	0.001
Escala visual análoga (EVA)	3.61 ± 2.3	0.6 ± 1.2	< 0.009
Diferencias significativas de acuerdo con la presencia de PM en IRM			
Variable	PM presente (n-19)	PM ausente (n-21)	Valor de p
Parálisis de nervio craneal	5/19	0/21	0.02
Mialgias	4/19	0/21	0.04
Actividad grave de la enfermedad*	9/19	0/21	< 0.009
Remisión	4/19	15/21	0.003
BVAS-GW =	2.7 ± 2.7	0.1 ± 0.5	0.002
SF-36 <sup>§</sup>	21.5 (0-65)	50 (43-60)	0.001
Estenosis subglótica (ES)	3/19	14/21	0.002

\*Definida como compromiso de la vida o función de órgano vital; =medias ± DS; § medianas (intervalos).

**Co44**

**Enfermedad de Kikuchi, reto diagnóstico**

Martínez-Flores G, Aguilera-Barragán Pickens G, Martínez AJP, Gutiérrez-Gill MC, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Universidad Autónoma San Luis Potosí

**Introducción:** La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) o linfadenitis histiocítica necrosante es muy rara: su importancia radica también en el diagnóstico diferencial. Su etiología es desconocida, aunque se ha asociado sobre todo con algunos tipos de virus y enfermedades autoinmunes, en especial lupus eritematoso generalizado (LEG).

**Caso clínico 1:** Masculino de 48 años con LEG 2015 por fiebre hética, poliartritis, linfopenia, fotosensibilidad y AAN 1:640 patrón moteado grueso, presentó psicosis y abundantes cuerpos citoides bilaterales. Tres meses antes de su última hospitalización, inició con dolor y aumento de volumen cervical derecho, limitación a movimientos de cuello, fiebre 40°C, masa en región submaxilar y cervical lateral derecha de 12 cm, ahulada y no móvil. Imagenología con masa probablemente ganglionar con calcificaciones y necrosis. Biopsia: linfadenitis necrosante consistente con EKF. Adecuada respuesta terapéutica.

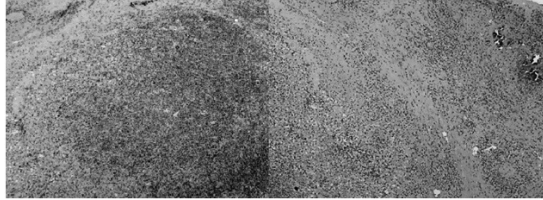
**Caso clínico 2:** Masculino de 52 años, artritis reumatoide 2012, con poliartritis, FR 736, anti-CCP 15.6, PCR 208, bajo tratamiento con tocilizumab. Aumento de volumen a nivel de ganglios axilares bilateral y región inguinal derecha de 7 cm y consistencia variable corroborado por ultrasonido, con reporte histopatológico de adenitis necrosante tipo EKF. Aunque con mejoría ostensible, semanas después presentó choque séptico y falla orgánica múltiple secundaria a gastroenteritis infecciosa.

**Discusión:** La linfadenitis en lupus y artritis reumatoide puede asociarse con elevaciones de IL-6, más que de IgG4. La EKF cursa con ataque al



estado general y linfadenopatía, habitualmente benigna, con tratamiento sintomático y beneficio de inmunomodulación.

Figura 1.



## Co45

### Asociación del tipo de composición corporal con el estado clínico y la capacidad funcional en osteoartritis de las manos

Álvarez-Nemegyei J<sup>(1)</sup>, Pacheco-Pantoja EL<sup>(2)</sup>, Valladares-García J<sup>(2)</sup>, Perera-Solís A<sup>(3)</sup>, Rodríguez-Magaña FE<sup>(2)</sup>, Ramírez-Angulo A<sup>(4)</sup>, López-Rivas V<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán, <sup>(2)</sup>Escuela de Medicina, Universidad Anáhuac-Mayab, <sup>(3)</sup>Escuela de Nutrición, Universidad Anáhuac-Mayab, <sup>(4)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

**Antecedentes:** Gran cantidad de evidencias demuestran el efecto deletéreo del estado de hiperadiposidad sobre riesgo, estado clínico y pronóstico en osteoartritis de caderas y rodillas. En OA de las manos (OAM) hay escasa información al respecto.

**Objetivos:** Evaluar el grado de asociación entre el volumen de masa grasa con el estado clínico y capacidad funcional en OAM.

**Material y métodos:** Encuesta prolectiva en pacientes con OAM (ACR, 1990) en quienes se comparó el número de articulaciones afectadas, dolorosas y capacidad funcional (HAQ-M) con el tipo de composición corporal por métodos antropométricos: IMC, circunferencias de cintura, cadera y brazo, relación cintura-cadera, electro-bioimpedancia y plicometría tricripital.

**Resultados:** Participaron 66 pacientes (60 mujeres; edad:  $62.2 \pm 10.8$  años; evolución:  $54.6 \pm 87.0$  meses). De acuerdo con el IMC (OMS) 7 (10.6%) presentaron normopeso, 27 (40.9%) sobrepeso y 32 (48.5%) obesidad. No hubo diferencias por número de articulaciones afectadas y dolorosas, pero los obesos presentaron menor discapacidad HAQ-M ( $0.30 \pm 0.32$  vs.  $0.48 \pm 0.46$ ,  $p = 0.04$ ) que los de normopeso/sobrepeso. Encontramos correlación significativa negativa entre número de articulaciones afectadas y circunferencia de brazo ( $r = -0.27$ ,  $p = 0.01$ ) y pliegue tricripital ( $r = -0.25$ ,  $p = 0.03$ ); y entre calificación HAQ-M e IMC ( $r = -0.22$ ,  $p = 0.03$ ), circunferencia de cadera ( $r = -0.29$ ,  $p = 0.01$ ) y pliegue tricripital ( $r = -0.28$ ,  $p = 0.02$ ).

**Conclusiones:** En OAM, mayor volumen de masa grasa evaluado por circunferencia de brazo y pliegue tricripital se asoció con menor número de articulaciones afectadas; adicionalmente, mayor volumen de masa grasa por IMC, circunferencia de cintura y pliegue tricripital se asoció con mejor capacidad funcional. Estos hallazgos deben corroborarse y explicarse en el contexto del fenómeno de relación entre tipo de composición corporal y enfermedades reumáticas.

## Co46

### Correlación de los niveles séricos de neuropéptido Y con factores de riesgo cardiovascular en artritis reumatoide

Ramírez-Villafaña M<sup>(1)(2)</sup>, Pérez-Guerrero EE<sup>(3)(4)</sup>, Fajardo-Robledo N<sup>(5)</sup>, Totsuka-Sutto SE<sup>(6)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(7)</sup>, Gámez-Nava J<sup>(3)</sup>, González-López L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(2)</sup>Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(3)</sup>Unidad de Investigación Biomédica 02 (Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica), UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(4)</sup>Posgrado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(5)</sup>Laboratorio de Investigación y Desarrollo Farmacéutico, Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingenierías, Universidad de Guadalajara, <sup>(6)</sup>Instituto de Terapéutica Experimental y Clínica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(7)</sup>División de Investigación en Salud, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Introducción:** En artritis reumatoide (AR), 50% de las muertes están relacionadas con enfermedades cardiovasculares. El neuropéptido Y (NPY) es una proteína neuroendocrina implicada en la regulación cardiovascular con efectos vasoconstrictores relacionados con aparición temprana de enfermedades coronarias. Actualmente existe poca información respecto a la asociación de NPY y factores de riesgo cardiovascular en AR.

**Objetivo:** Evaluar la correlación de las concentraciones de NPY con factores de riesgo cardiovascular en AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Se evaluaron variables clínicas. Los factores de riesgo cardiovascular se evaluaron mediante: a) índice de Framingham para desarrollo de un evento cardiovascular a 10 años: se definió riesgo elevado > 5%; y b) índice aterogénico: bajo riesgo < 4.5, moderado 4.5-7 y alto > 7. NPY se cuantificó mediante ELISA. En la correlación entre NPY y variables de interés se utilizó la prueba de Pearson.

**Resultados:** Incluyó a 110 mujeres con AR (ACR 1987) con duración promedio de la enfermedad de  $14 \pm 10$  años, 62.7% presentó actividad de la enfermedad. De acuerdo con el índice aterogénico, 75.5% presentó bajo riesgo cardiovascular y 23.6% moderado riesgo; 66.4% presentó riesgo elevado de desarrollar enfermedad cardiovascular a 10 años (índice de Framingham). NPY se correlacionó con el índice aterogénico ( $r = -0.23$ ,  $p = 0.02$ ) y las concentraciones de HDL ( $r = 0.25$ ,  $p < 0.001$ ). No se observó correlación entre NPY y el puntaje del índice de Framingham ( $r = 0.01$ ,  $p = 0.7$ ).

**Conclusión:** Las concentraciones séricas de NPY se asocian con menor índice aterogénico. Estos datos exploratorios requieren estudios longitudinales para identificar si los niveles de NPY son un biomarcador útil para predecir enfermedad cardiovascular en AR.

## Co47

### El uso de antimaláricos protege contra el daño acumulado en pacientes con síndrome de Sjögren primario

Hernández-Molina M<sup>(1)</sup>, Atisha-Fregoso Y<sup>(2)</sup>, Valim V<sup>(3)</sup>, Secco A<sup>(4)</sup>, Guerra E<sup>(4)</sup>, Adrover M<sup>(4)</sup>, Lage-Santos AJ<sup>(3)</sup>, Catalán-Pellet A<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(2)</sup>Departamento de Medicina Interna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(3)</sup>Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil, <sup>(4)</sup>Hospital Rivadavia, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** El uso de antimaláricos es frecuente en el síndrome de Sjögren primario (SSP).

**Objetivo:** Evaluar el impacto del uso de antimaláricos en el daño acumulado en SSP.

**Métodos:** Se incluyeron 377 pacientes con SSP de tres países: Argentina ( $n = 110$ ), Brasil ( $n = 49$ ) y México ( $n = 218$ ). Se registraron variables demográficas y clínicas, y uso de antimaláricos (duración e indicación). La actividad se calificó mediante ESSDAI acumulado y el daño mediante SSDDI en la última cita.

**Resultados:** 190 pacientes (50.3%) utilizaron antimaláricos por un promedio de  $43.5 \pm 40$  meses; las indicaciones fueron: artritis (65.2%), crecimiento

parotídeo (6.3%), sólo síntomas sicca (19.4%) y otras causas (8.9%). Al comparar a pacientes con y sin uso de antimaláricos, los primeros fueron más jóvenes ( $46.6 \pm 11.7$  vs.  $51.3 \pm 13.1$ ,  $p = 0.0001$ ), con mayor duración de la enfermedad (mediana 7 vs. 4 años,  $p = 0.0001$ ), mayor uso PDN (44.5% vs. 33.3%,  $p = 0.002$ ) e inmunosupresores (44% vs. 30.6%,  $p = 0.007$ ) y menor SSDDI ( $2.4 \pm 1.7$  vs.  $2.9 \pm 1.8$ ,  $p = 0.01$ ). Al comparar a pacientes con SSDDI  $\geq 3$  vs. SSDDI  $< 3$ , los primeros tuvieron mayor seguimiento (6 vs. 5 años,  $p = 0.04$ ) y ESSDAI acumulado ( $12.4 \pm 9.3$  vs.  $6.7 \pm 6.2$ ,  $p = 0.0001$ ) y menor uso de antimaláricos (42.9% vs. 57%,  $p = 0.007$ ). En el análisis multivariado ajustado por país y duración de la enfermedad, los antimaláricos (RM 0.58, IC 95% 0.36-0.93,  $p = 0.02$ ) y el ESSDAI acumulado (RM 1.1, IC 95% 1.07-1.15,  $p < 0.001$ ) se asociaron con el daño acumulado.

**Conclusión:** El 50% de los pacientes utilizó antimaláricos y su uso se asoció con menor daño acumulado independientemente de la duración y actividad de la enfermedad.

### Co48

#### Impacto de vida por la enfermedad en pacientes con vasculitis asociadas a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo (ANCA)

Hinojosa-Azaola A<sup>(1)</sup>, Jiménez-González A<sup>(1)</sup>, Alcocer-Castillejos N<sup>(2)</sup>

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

**Introducción:** Las vasculitis asociadas a ANCA (VAA) son enfermedades crónicas relacionadas con recaídas y morbilidad. Manifestaciones como depresión, ansiedad, alteraciones del sueño y discapacidad se vinculan con una pobre calidad de vida.

**Objetivo:** Explorar los factores clínicos y psicológicos que impactan en la vida de los pacientes con VAA.

**Material y métodos:** Estudio observacional en el que se recabaron datos demográficos, comorbilidades, variables clínicas, laboratorio y tratamiento. Se aplicaron las siguientes escalas: calidad de vida (SF-36), discapacidad (HAQ), calidad de sueño (Pittsburg), depresión y ansiedad (HADS), deterioro cognitivo (Neuropsi) y preguntas abiertas. Análisis estadístico: estadística descriptiva (n (%), mediana, rango mínimo-máximo); rho de Spearman (Bonferroni).

**Resultados:** Se incluyeron 46 pacientes: 87% GPA, 59% mujeres, edad 53 años (23-75), tiempo de evolución de enfermedad 63 meses (6-453), BVAS/GPA 2 (0-16) y VDI 3 (0-5) (Tabla 1). Las manifestaciones principales fueron: vías aéreas (39%), renal (30%) y neurológica (24%). La prevalencia de alteraciones del sueño fue 63%, deterioro cognitivo 35%, ansiedad 30% y depresión 20%; HAQ de 0.25 (0-2.8). Las funciones cognitivas más afectadas fueron: ejecutivas, conceptuales y motoras (43%), y lenguaje (26%). Las áreas de mayor impacto fueron: actividades diarias (76%), ámbito laboral (41%), visitas hospitalarias (39%); manifestaciones clínicas específicas (7-17%). No se encontró correlación entre estos desenlaces y manifestaciones clínicas específicas, índices de actividad o daño.

**Conclusiones:** Las alteraciones del sueño, el deterioro cognitivo, la depresión y la ansiedad son frecuentes en VAA. Estas manifestaciones y los desenlaces reportados por los pacientes deben considerarse con igual relevancia que las variables clínicas.

Tabla 1. Características de la enfermedad

Variable	N (%)
Diagnóstico	
GPA	40 (87)
PAM	5 (11)
Vasculitis limitada a riñón	1 (2)

Tiempo de evolución, meses*	63 (6-453)
Número de recaídas*	1 (0-9)
Dosis acumulada de CFM, g*	6 (0-122)
Tiempo total de uso de PDN, meses*	35 (3-150)
Tratamiento actual	
Prednisona	29 (63)
Metotrexato	7 (15)
Azatioprina	28 (61)
Ciclofosfamida	3 (7)
Dosis actual de medicamentos*	
Prednisona, mg/d	5 (0.4-70)
Metotrexato, mg/semana	7.5 (5-25)
Azatioprina, mg/d	100 (25-175)
Ciclofosfamida, g mensuales	1 (0.5-1.2)
Laboratorio*	
Leucocitos x 103/mm3	5.9 (3-13)
Neutrófilos x 103/mm3	3.8 (1.5-10)
Linfocitos x 103/mm3	1.8 (0.7-9.6)
Hemoglobina, g/dL	13.6 (7.4-18.2)
Plaquetas, K/mL	251 (89-415)
Albumina, g/dL	4.1 (3-5.1)
VSG, mm/h	10 (1-54)
PCR, mg/dL	0.3 (0-11)
Creatinina sérica, mg/dL	1.1 (0.6-14.8)
Tasa de filtrado glomerular (MDRD), mL/min	61 (5-179)
BVAS/GPA*	2 (0-16)
BVAS/GPA > 1	34 (74)
VDI*	3 (0-10)
Involucro neurológico (ever)	17 (37)
Evaluación global del médico (0-100)*	6.5 (0-62)
Evaluación global del paciente (0-100)*	20 (0-100)

\* Mediana (mínimo-máximo)

### Co49

#### Factores asociados a hiperglucemia e hipertensión en pacientes con enfermedades autoinmunes que reciben "pulsos" de glucocorticoides

Herrera-van Oostdam DA, Acevedo-Castañeda ES, Abud-Mendoza C, Martínez-Lozano J, Martínez-Martínez MU

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

**Introducción:** Los "pulsos" de glucocorticoides (GC) con metilprednisolona y dexametasona tienen eficacia similar; sin embargo, el perfil de seguridad metabólica podría ser distinto<sup>1</sup>.

**Objetivos:** Evaluar los cambios en glucemia y presión arterial en pacientes que reciben pulsos de GC.

**Métodos:** Se incluyeron a pacientes que recibieron 3 días "pulso" GC (dexametasona o metilprednisolona) por alguna enfermedad autoinmune. Se registraron la glucemia y la tensión arterial basales y posterior tratamiento. Se realizó regresión logística con el programa R versión 3.0.2.

**Resultados:** Incluimos a 127 pacientes; 118 recibieron pulsos con metilprednisolona y 9 con dexametasona. Mediante regresión se identificó que el antecedente de diabetes ( $p = 0.01$ ) y el uso de dosis fraccionada de los pulsos ( $p = 0.009$ ) fueron factores asociados con hiperglucemia (ajustado para creatinina, albumina, sexo y enfermedad renal crónica) (Tabla 1). Con respecto a los pacientes que recibieron pulsos en dosis única/día, tuvieron menor probabilidad de desarrollar descontrol glucémico (OR 0.41, IC

95% 0.18-0.89,  $p = 0.02$ ). Los pacientes que desarrollaron hipertensión diastólica posterior a la administración de los pulsos tuvieron mayor mortalidad (9.1% vs. 1.4%,  $p = 0.083$ ).

**Conclusiones:** La terapia de "pulsos" con metilprednisolona dosis única/día tuvo menor asociación con hiperglucemia que las dosis divididas (Figura 1). Pacientes con diabetes previa fueron más susceptibles a la hiperglucemia. Hubo mayor mortalidad en los pacientes hipertensión diastólica.

**Referencia**

1. Sinha A. A and B. Pulse Steroid Therapy. Indian J Pediatr. 2008;75(10):1057.

**Tabla 1**

	Hiperglucemia		Normoglucemia		Valor de p
	n	%	n	%	
Edad, IQR	33.5	21.8	31	21	0.32
Femenino, %	45	72.6	44	67	0.54
Hipertensión, %	7	11.3	9	13.8	0.66
Diabetes Mellitus, %	10	16.1	2	3.1	0.01
Enfermedad renal crónica, %	1	1.6	5	7.7	0.2
Albumina, SD	3.5	0.9	3.6	0.8	0.44
Creatinina, IQR	0.7	0.7	0.7	0.4	0.86
Uso preventivo de esteroides, %	18	29	14	21.5	0.33
"Pulsos" dosis única, %	21	33.9	36	55.4	0.01
"Pulsos" dosis fraccionada, %	41	66.1	28	44.6	0.009
Metilprednisolona, %	59	95.2	59	90.8	0.49
Dexametasona, %	3	4.8	6	9.2	0.49
Mortalidad, %	5	9.1	1	1.4	0.083

**Co50**

**Frecuencia, tratamiento y evolución clínica de las estenosis traqueobronquiales (ETB) en granulomatosis con poliangiitis (GPA) en un centro de referencia respiratorio. Análisis retrospectivo**

Marroquín-Fabián E, Mena-Zúñiga J, Ruiz-Gómez NI, Flores-Suárez LF

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

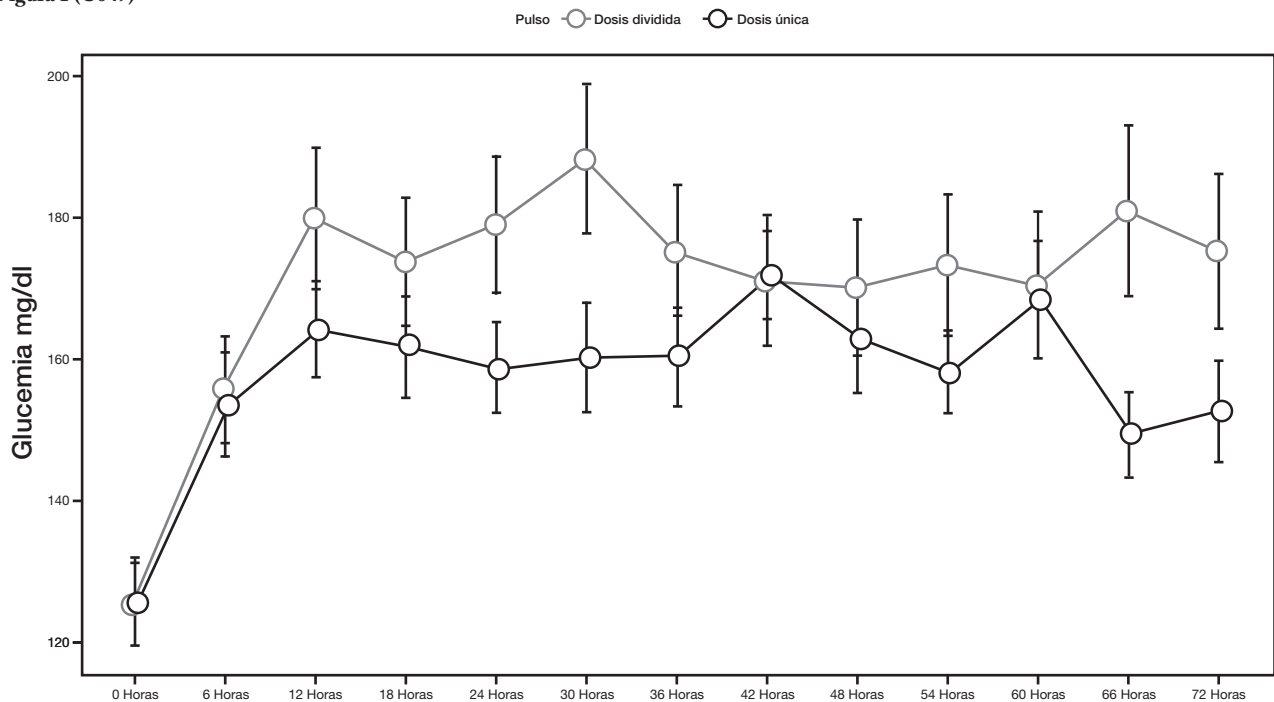
**Introducción:** La granulomatosis con poliangiitis (GPA) cursa con estenosis traqueobronquiales (ETB) en 10-20% de casos. En nuestro centro es muy relevante conocer su frecuencia dadas las características del mismo.

**Objetivo:** Describir frecuencia, manifestaciones y tratamiento de ETB en GPA.

**Metodología:** Se analizaron las características demográficas, clínicas, paraclínicas y terapéuticas de dichos pacientes y sus comorbilidades. Se efectuó análisis mediante estadística descriptiva (medidas de tendencia central).

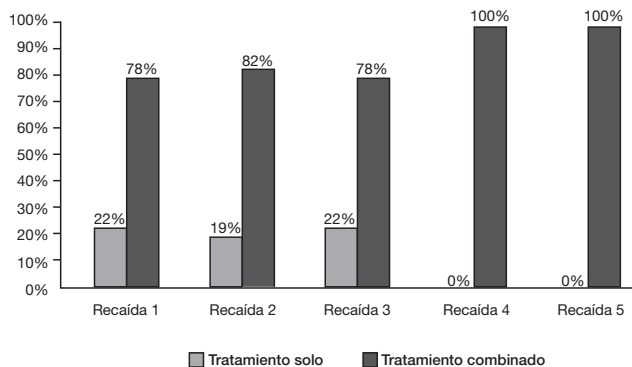
**Resultados:** Hubo afección traqueobronquial en 29/150 pacientes (19.3%) con edad media de 42 años ( $\pm 12$ ); en 20 fue la causa de atención inicial. Síntomas principales: disfonía 25 (86%), disnea y estridor 23 (79%), afección rinosinusal 26 (87%), musculoesqueléticas 16 (55%), ocular 13 (45%), pulmonar 12 (41%), renal 8 (27%), mucocutánea 5 (17%), neurológica 4 (13%). En 16/29 pacientes se obtuvo biopsia, con los siguientes hallazgos: inflamación aguda y/o crónica 14 (48%), 2 (7%) vasculitis, 1 (3.5%) granulomas. Todos tuvieron involucramiento traqueal y 12 (41.3%), afección bronquial adicional. La mayoría fueron mujeres (75.8%). Predominó la GPA limitada ( $n = 20$ , 69%). En 58% se empleó tratamiento farmacológico y quirúrgico; en el resto sólo tratamiento quirúrgico (Figura 1). Las recaídas en ETB son frecuentes: 18 (62%) tuvieron una, 11 (38%) dos, 9 (31%) tres y hubo 2 (6.8%)  $\geq 4$  recaídas.

**Figura 1 (C049)**



**Conclusiones:** Las ETB son una complicación seria y pueden aparecer a pesar de GPA en remisión y con adecuado tratamiento médico. Esto es reconocido internacionalmente, y por tanto deben identificarse condicionantes de su aparición, con el fin de mejorar su diagnóstico, seguimiento y terapia, lo que constituye una situación no resuelta.

**Figura 1.** Tratamiento en recaídas



**Tabla 1.** ETB en GPA

	ETB en GPA				
	C-ANCA	P-ANCA	PR3-ANCA	MPO-ANCA	
Serología	17 (59%)	8 (28%)	16 (59%)	8 (30%)	
	ETB inicial (n= 29)	1er recaída (n= 18)	2da recaída (n= 11)	3er recaída (n= 9)	>4 recaídas (n= 2)
Actividad GPA	16 (55%)	9 (31%)	5 (45%)	2 (22%)	0
Tipo de terapia	9 (31%)	14 (78%)	9 (82%)	7 (78%)	2 (100%)
Farmacológico	12 (41%)	18 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	2 (100%)
Solo Quirúrgico					

**Co51**

**Asociación entre Tannerella forsythia, actividad PAD oral y actividad clínica de pacientes con artritis reumatoide anti-CCP positivos**

Montiel-Hernández JL<sup>(1)</sup>, Martínez-Rivera JI<sup>(2)</sup>, Xibillé-Friedmann DX<sup>(3)</sup>, De la Garza-Ramos MA<sup>(4)</sup>, Domínguez-Zúñiga D<sup>(5)</sup>, Carrillo-Vázquez SM<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Facultad de Farmacia, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, <sup>(2)</sup>Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública, <sup>(3)</sup>Servicios de Salud de Morelos, <sup>(4)</sup>CIDICS/Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León, <sup>(5)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, <sup>(6)</sup>Hospital Regional 1° de Octubre, ISSSTE

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre la actividad de PAD oral, los niveles de aCCP, presencia bacteriana y la actividad clínica de pacientes con AR.

**Metodología:** Pacientes con AR (ACR/EULAR 2010), aCCP+ y en tratamiento con FARME, evaluados clínica y periodontalmente; categorizados de acuerdo con DAS28 en remisión, actividad baja, moderada y alta. El estado periodontal se evaluó mediante el índice PSR (Periodontal Screening Recording). La actividad de PAD oral fue determinada por ensayo colorimétrico. La presencia de *P. gingivalis*, *T. forsythia* y *P. intermedia* fue determinada por PCR. Las diferencias fueron evaluadas por Mann-Whitney, la asociación por OR, ajustando para variables serológicas y la correlación por la prueba de Spearman.

**Resultados:** 132 pacientes fueron incluidos en el estudio. En un análisis multivariado y después de ajustar por edad, tiempo de inicio de síntomas, FR y VSG, se observó una asociación entre periodontitis severa y movilidad dental con actividad moderada/alta de AR (OR 4.4 [1.8-14.0], p = 0.04 y 3.4 [1.1-13.4], p = 0.03, respectivamente). Se confirmó la asociación de *P. gingivalis* con actividad moderada, pero también observamos que *T. forsythia* se asoció con el grupo de actividad alta de AR (4.4 [1.2-10.9], p < 0.05). También se observaron diferencias en actividad PAD y una correlación positiva entre la actividad de PAD oral y DAS28, pero no con aCCP.

**Conclusiones:** La actividad de AR se asocia con periodontitis severa, PAD oral y la presencia de *T. forsythia* y *P. gingivalis*, lo que sugiere que el microambiente oral global juega un papel en la actividad inflamatoria de la AR.

**Co52**

**Síncope y disautonomía como manifestación inicial de vasculitis aislada del sistema nervioso central. Reporte de un caso**

Jiménez-Jiménez X, González-Mora MP, Rosales-Don Pablo VM, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

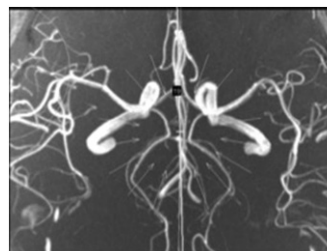
**Introducción:** La vasculitis primaria del sistema nervioso central (SNC) constituye 2% de todas las vasculitis primarias. Es diagnóstico de exclusión y de curso fatal sin tratamiento.

**Objetivo:** Presentamos un caso de vasculitis aislada del SNC documentado por angiorresonancia y cuya manifestación inicial fue síncope y disautonomía.

**Caso clínico:** Femenina de 55 años, sin antecedentes crónico-degenerativos, ni toxicomanías. Inicia con síncope, cefalea holocraneana pulsátil, deterioro cognitivo, hipotermia, bradicardia, hipotensión, trastorno del ánimo y ataque al estado general. Sin documentar patología cardíaca. Cuatro meses después desarrolla hemiparesia fasciocorporal derecha y se ingresa para estudio. Con tomografía computarizada y líquido cefalorraquídeo sin alteraciones, incluyendo cultivos para hongos, micobacterias y bacterias; la resonancia magnética (RMN) de encéfalo demostró imágenes hiperintensas en la secuencia T2/FLAIR subcorticales sin una distribución de territorio vascular y la RMN de medula espinal fue normal, lo que descartó neoplasia y enfermedad desmielinizante. Se nos solicita interconsulta para descartar enfermedad autoinmune. Los anticuerpos antinucleares, anti-DNA, anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-RNP, complemento, perfil de inmunoglobulinas, anticuerpos antitiroideos, antifosfolípidos fueron negativos. La angiorresonancia reportó arrosamiento de arteria cerebral, tronco basilar y comunicante posterior (**Figura 1**). Por lo que se inició manejo con pulsos de metilprednisolona, 3 g, posteriormente con prednisona, 1 mg/kg peso, cuatro pulsos mensuales de ciclofosfamida (0.6 mg/kg peso), evolucionando satisfactoriamente. Actualmente asintomática con azatioprina. Angiorresonancia de control con mejoría.

**Conclusión:** La vasculitis de SNC siempre plantea un desafío diagnóstico. Es importante que éste sea oportuno para iniciar tratamiento y así prevenir mortalidad y/o secuelas significativas.

**Figura 1.**





C053

**Hemorragia alveolar difusa más glomerulonefritis rápidamente progresiva en lupus eritematoso sistémico. Tratamiento exitoso con inmunosupresión secuencial**

Jiménez-Jiménez X, González-Mora MP, Andrade-Ortega L, Irazoque-Palazuelos F

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

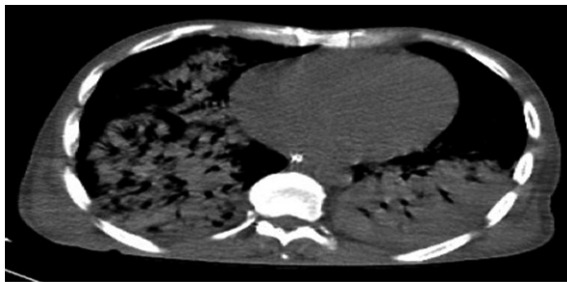
**Introducción:** La hemorragia alveolar difusa (HAD) y la glomerulonefritis rápidamente progresiva (GMNRP) son manifestaciones graves del lupus eritematoso sistémico (LES), poco frecuentes (1-5%) y con alta mortalidad (95%), por lo que requieren detección temprana y tratamiento intensivo.

**Objetivo:** Presentamos el caso de una paciente con LES con estas manifestaciones con inmunosupresión secuencial exitosa.

**Caso clínico:** Femenina de 18 años con diagnóstico de LES desde el 2014. Inicia 2 meses previos a su ingreso con afección renal rápidamente progresiva, actividad hematológica y articular. Recibió tratamiento con bolos de metilprednisolona (MPD) (12 a 14.08.16), gammaglobulina (15.08.16) y rituximab (17.08.16), a pesar de lo cual desarrolló insuficiencia respiratoria aguda, hemoptisis y desaturación hasta del 70%, ameritando asistencia mecánica ventilatoria, cursando con síndrome de distrés respiratorio agudo severo; fue enviada a este hospital. A su ingreso se diagnostica HAD y falla renal, por lo que requiere manejo integral con ventilación mecánica y hemodiálisis en UTI. Debido a la severidad, se continúa manejo con nuevos bolos de MPD (22 al 24.08.16), dos sesiones de plasmáferesis (27.08.16 y 1.09.16), ciclofosfamida mensual (28.08.16) y dosis secuencial de gammaglobulina (2.09.16). La evolución fue hacia la mejoría de la función respiratoria, hematológica y renal; lográndose extubación el 2.09.16, egreso a piso y posterior a domicilio, con recuperación total de función renal. Continúa manejo con prednisona, 30 mg/día, gammaglobulina y ciclofosfamida mensual y oxígeno suplementario.

**Conclusión:** Tanto la HAD como la GMNRP son manifestaciones muy graves, con alta mortalidad en LES. En este caso el binomio de diagnóstico precoz con esquema de tratamiento inmunosupresor secuencial determinó una respuesta adecuada que culminó en un buen desenlace.

Figura 1



C054

**El mantenimiento del cartílago articular se asocia con las variantes génicas de la vía de señalización del factor inducible de hipoxia 1α (HIF-1α)**

Fernández-Torres J<sup>(1)</sup>, Martínez-Nava G<sup>(1)</sup>, Zamudio-Cuevas Y<sup>(1)</sup>, Pineda C<sup>(1)</sup>, Gómez-Quiroz LE<sup>(2)</sup>, Gutiérrez-Ruiz MC<sup>(2)</sup>, Blancas-Meza F<sup>(1)</sup>, López-Reyes A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Líquido Sinovial, Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Fisiología Celular, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana

**Introducción:** El sello distintivo de la osteoartritis (OA) es la destrucción del cartílago articular, el cual es avascular, aneural y alinfático; esta condición genera un microambiente hipóxico (0.5 a 10% de oxígeno). El factor inducible de hipoxia-1α (HIF-1α) es un factor de transcripción que regula las funciones metabólicas bajo condiciones hipóxicas de varios tejidos como el cartílago articular. La activación de HIF-1α y sus productos se ven afectados por la presencia de polimorfismos de un solo nucleótido (SNPs) en sus genes, generando cambios al desarrollo de OA.

**Material y métodos:** Se comparó el ADN de 92 pacientes con OA de rodilla y 89 individuos sin signos ni síntomas de OA, utilizando un arreglo de 42 polimorfismos genéticos (en 22 genes) relacionados con la vía de señalización de HIF-1α. Adicionalmente, se incluyeron 9 SNPs como marcadores de ancestría mexicana para caracterizar a los grupos de estudio. La discriminación alélica se realizó por PCR en tiempo real empleando la plataforma QuantStudio.

**Resultados:** Los dos grupos de estudio se encontraron en equilibrio de Hardy-Weinberg (p > 0.05) y el perfil de ancestría mexicana también fue homogéneo (p > 0.05). Mediante un análisis de regresión logística multivariado, se identificaron 11 polimorfismos de la vía de señalización de HIF-1α relacionados con la homeostasis del cartílago articular (Tabla 1).

**Conclusiones:** La vía de señalización de HIF-1α se ve afectada por la presencia de polimorfismos genéticos, teniendo un efecto benéfico en el mantenimiento del cartílago articular.

Tabla 1

Gen	SNP	Genotipo o alelo asociado	Casos n = 92 (%)	Controles n = 89 (%)	Pa
PIK3	rs3730089	G	111 (70.0)	95 (61.0)	0.05
HIF1A	rs11549467	G	138 (100)	171 (97.1)	0.05
HIF1AN	rs1054399	C	157 (88.2)	139 (79.9)	0.02
HIF1AN	rs11292	A/A	64 (82.0)	48 (60.0)	< 0.01
HIF1AN	rs11292	A	128 (82.0)	111 (69.3)	< 0.01
HIF1AN	rs11190613	T/T	70 (79.5)	55 (64.7)	0.05
HIF1AN	rs11190613	T	151 (85.8)	133 (78.2)	0.05
VEGF	rs1570360	G/G	46 (62.1)	39 (46.9)	< 0.01
VEGF	rs3025039	C/C	39 (46.9)	44 (55.0)	< 0.01
VEGF	rs729761	G	160 (89.8)	137 (80.5)	0.01
NOS2	rs1060826	C/C	26 (29.2)	43 (49.4)	0.02
IGF1	rs35767	G/G	36 (44.4)	49 (64.4)	0.01
IGF1	rs2288377	A/A	46 (58.9)	65 (81.2)	< 0.01

<sup>a</sup> = valor de p calculado por la prueba exacta de Fisher.

C055

**Trombosis mesentérica como manifestación inicial de síndrome antifosfolípido (SAAF) en paciente pediátrico con hemangioendoteloma**

Gallegos-Hernández O<sup>(1)</sup>, Morales-Irazoque MF<sup>(2)</sup>, Andrade-Ortega L<sup>(1)</sup>, Muñoz-López S<sup>(1)</sup>

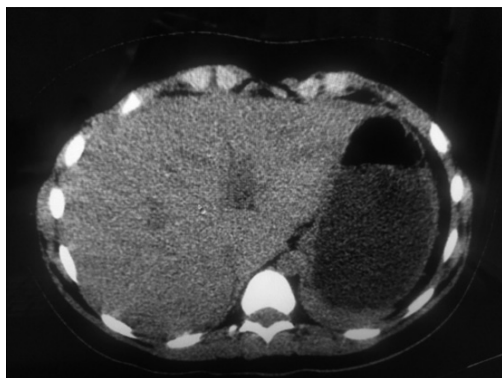
<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, <sup>(2)</sup>Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Introducción:** El SAAF es poco frecuente en población pediátrica, con una incidencia del 3%. Las trombosis arteriales a nivel abdominal son excepcionales. Se presenta el caso de una niña de 12 años que debutó con cuadro de abdomen agudo secundario a trombosis mesentérica asociado con un hemangioendotelioma.

**Caso:** Femenino de 12 años que inicia en abril 2016 con abdomen agudo, fiebre 39°C, hepatomegalia y ascitis. Se realiza LAPE encontrando hepatomegalia granular con biopsia que reportó hemangioendotelioma; en manejo conservador. En el protocolo de estudio se evidenció: anticardiolipinas positivas (IgG 76 UI/mL, IgM 212 UI/mL, anti -2GP-1 IgG 35.6 UI/mL, IgM 159 UI/mL), sin datos de trombosis a ningún nivel. En junio ingresa nuevamente con cuadro de abdomen agudo, fiebre, leucocitosis, trombocitopenia y TPT prolongado; por LAPE con evidencia de necrosis del íleon demostrando por histología trombosis mesentérica. Nueva determinación de antifosfolípidos confirmó diagnóstico de SAAF. Se descartaron otras trombofilias primarias. Se inició anticoagulación formal. Con buena respuesta y evolución.

La trombosis mesentérica ocurre en menos del 1% de los SAAF de inicio juvenil y es excepcional como manifestación inicial. El hemangioendotelioma es el tumor vascular hepático más frecuente en la infancia, tiene carácter benigno y resolución espontánea. Es multicéntrico hasta en 40% de los casos y se asocia con ruptura vascular espontánea. Destacamos en este caso la asociación de SAAF que debutó con trombosis mesentérica y hemangioendotelioma, ya que no encontramos ningún otro caso reportado en la literatura.

Figura 1



C056

**Estandarización de los anticuerpos antinucleares en pacientes con lupus eritematoso sistémico juvenil (LESJ) en el Hospital de Pediatría, CMN SXXI**

Cuatecontzi-Romero A<sup>(1)</sup>, Yáñez-Sánchez P<sup>(1)</sup>, Rivas-Ruiz R<sup>(2)</sup>, Núñez-Enriquez JC<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, <sup>(2)</sup>Coordinación de Investigación en Salud, IMSS

**Introducción:** La determinación de los anticuerpos antinucleares (ANA) inició con su identificación en pacientes con LES en 1948, lo que llevó al desarrollo de técnicas empleando anticuerpos conjugados con moléculas fluorescentes (inmunofluorescencia indirecta). Los títulos de ANA de 1:40 pueden existir en el 20-30% de la población sana y 10-20% puede tener títulos de 1:80, pero sabemos que estos títulos pueden presentarse en pacientes con otros diagnósticos bien definidos de autoinmunidad, lo cual demuestra la importancia de establecer valores de ANA tomando en cuenta grupo étnico, patrón observado, sensibilidad y especificidad en LESJ.

**Objetivos:** Se determinó el punto de corte óptimo para los ANA en pacientes con LESJ y se evaluó si existe variación para hombres y mujeres, y el tipo de patrón prevalente.

**Métodos:** Estudio transversal, retrospectivo, observacional, analítico tipo prueba diagnóstica; se incluyeron todos los pacientes que ingresaron al HP CMN SXXI de forma consecutiva y en protocolo de estudio se determinó ANA (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales comparativas de la población con y sin lupus

Variable	Pacientes				p
	no- LES		LES		
	n	%	n	%	
Sexo					
Hombre	206	42.7	10	14.1	< 0.001
Mujer	277	57.3	61	85.9	
Edad del paciente (años)					
< 5	65	13.8	1	1.4	< 0.001
05 a 10	163	34.6	9	13	
11 a 14	162	34.4	26	37.7	
≥ 15	81	17.2	33	47.8	
Rash malar	0	0	11	15.5	< 0.0001
Rash discoide	3	0.6	3	4.2	0.03
Fotosensibilidad	14	2.9	17	23.9	< 0.001
Úlceras orales	0	0	16	22.5	< 0.001
Artritis	39	8.1	42	59.2	< 0.001
Serositis	5	1	14	19.7	< 0.001
Pleuritis	4	0.8	9	12.7	< 0.001
Pericarditis	1	0.2	9	12.7	< 0.001
Alteraciones renales					
Proteinuria	60	12.4	55	77.5	< 0.001
Sedimento urinario	60	12.4	57	80.3	< 0.001
Afección neurológica	19	3.9	6	8.5	0.116
Convulsiones	19	3.9	6	8.5	0.116
Psicosis	0	0	0	0	
Alteración hematológica					
Anemia hemolítica	5	1	3	4.2	0.07
Leucopenia	25	5.2	37	52.1	< 0.001
Linfopenia	25	5.2	56	78.9	< 0.001
Trombocitopenia	37	7.7	13	18.3	0.007
Alteración inmunológica					
Anti-DNA	5	1	62	87.3	< 0.001
Anti-Sm	2	0.4	18	25.4	< 0.001
Anticardiolipinas	16	3.3	16	22.5	< 0.001
Anticoagulante lúpico	13	2.7	16	22.5	< 0.001
VDRL	13	2.7	7	9.9	0.008
Anticuerpos antinucleares	119	24.6	71	100	< 0.001
Centromérico	1	0.2	0	0	< 0.001
Homógeno	53	11	44	62	
Moteado	50	10.4	23	32.4	
Moteado fino	8	1.7	3	4.2	
Nucleolar	7	1.4	1	1.4	

**Resultados:** Se analizaron 554 expedientes, en 12.8% se concluyó diagnóstico de LES (ACR), con mediana de 11 años (RIQ 8-14), el 85.9% corresponde al sexo femenino, el patrón homogéneo fue el de mayor prevalencia. El título de 1:320 presenta sensibilidad de 57.97% y especificidad de 94.68%. No se encontró diferencia en ambos sexos.

**Conclusión:** El patrón homogéneo a título de 1:320 es el que mejor representa a la población pediátrica con LESJ del HP; a partir de este valor o títulos superiores deben hacer sospechar al clínico la existencia de enfermedad autoinmune.

## C057

### Bradicardia sinusal persistente en recién nacido (RN) de madre con anticuerpos anti-Ro positivos

Suárez-Larios LM, Manzo-Ríos MA, Ochoa-López JM

Hospital Infantil del Estado de Sonora

**Introducción:** El lupus neonatal (LN) se produce debido al paso transplacentario de anticuerpos anti-Ro de la madre al feto. Las manifestaciones del LN son variadas; las cardíacas son las de mayor relevancia e incluyen bloqueo cardíaco (BC), intervalo QTc alargado, fibroelastosis endocárdica y bradicardia sinusal. Los hijos de madres con anticuerpos positivos tienen riesgo elevado de presentar BC congénito.

**Presentación del caso:** Mujer de 23 años. Embarazo normo-evolutivo, sin ingesta de medicamentos ni tóxicos. Sin datos de enfermedad reumática. A las 37 semanas de gestación se realiza cesárea por bradicardia fetal, obteniendo RN femenino, Apgar 8/9, peso 2 900 g. Bradicardia 70 latidos por minuto (lpm). Electrocardiograma: bradicardia sinusal, ondas P, intervalo PR y complejos QRS normales. Ecocardiograma descartó anomalía estructural. Se descartaron alteraciones hidroelectrolíticas, hipoxemia y metabólicas. Se solicitaron anticuerpos al binomio, resultando positivos: anti-Ro, anti-La y antinucleares. A los 3 meses de vida la frecuencia cardíaca se mantenía en 90-100 lpm.

**Discusión:** Mazel y colaboradores reportaron la asociación de bradicardia sinusal con autoanticuerpos en modelos experimentales. Brucato y colaboradores observaron hallazgos similares en humanos; de 24 RN hijos de madres con anticuerpos positivos, cuatro presentaron bradicardia sinusal, con resolución espontánea dentro de los primeros 10 días de vida, sin secuelas. No se tiene una explicación precisa para este fenómeno. Se plantea reacción cruzada de los anticuerpos con canales de calcio, interfiriendo con la actividad del nodo sinoauricular. Existe sólo un caso en la literatura con persistencia de la bradicardia hasta los 4 meses de vida; en nuestro caso persiste la bradicardia hasta los 3 meses de vida y será evaluado próximamente con anticuerpos.

## C058

### Efecto antiinflamatorio y antioxidante del resveratrol y la polidatina en modelos in vitro de artropatías microcristalinas

Oliviero F<sup>(1)</sup>, Zamudio-Cuevas Y<sup>(2)</sup>, Andretto L<sup>(1)</sup>, Scanu A<sup>(1)</sup>, Spinella P<sup>(3)</sup>, Ravagnan GP<sup>(4)</sup>, López-Reyes A<sup>(2)</sup>, Punzi L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Rheumatology Unit, Department of Medicine-DIMED, University of Padova, Italy, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Líquido Sinovial, Dirección de Investigación, Instituto Nacional de Rehabilitación, <sup>(3)</sup>Clinical Biochemistry, Department of Medical Diagnostic Sciences and Special Therapies, University of Padua, Italy, <sup>(4)</sup>GLURES, Academic SPIN-OFF, Ca' Foscari University of Venice, Italy

**Introducción:** El resveratrol (RES) y la polidatina (PD) contenidos en la cáscara de la uva han mostrado efectos antioxidantes y antiinflamatorios a

nivel sistémico; sin embargo, en artropatías microcristalinas su efecto es desconocido.

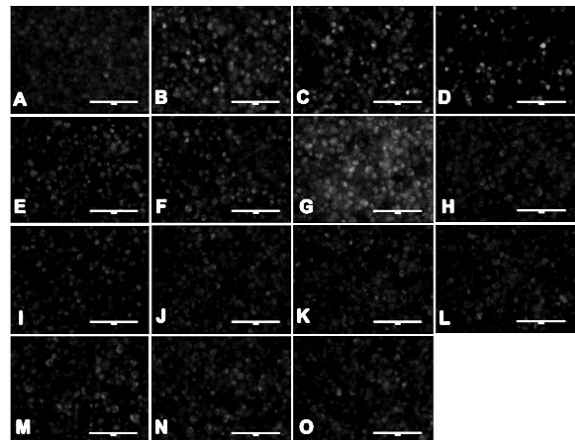
**Objetivo:** Estudiar los efectos del RES y PD en un modelo *in vitro* de inflamación y estrés oxidante inducido por cristales de pirofosfato de calcio (CPP) y de urato monosódico (MSU).

**Material y métodos:** Monocitos THP-1 fueron activados con forbolmiristato-acetato y estimulados con cristales sintéticos de CPP (25 µg/mL) y de MSU (100 µg/mL) durante 24 h. El efecto del RES (10-100 µM), la POL (100-200 µM) y los cristales fue evaluado por medio de un ensayo de citotoxicidad. Cuantificación de IL-1β e IL-8 con kits de Affimetrix. El índice de fagocitosis fue valorado por la internalización de cristales mediante microscopía de luz polarizada. Especies reactivas del oxígeno (ROS), apoptosis y muerte celular fueron determinadas por citometría.

**Resultados:** CPP y MSU indujeron drásticamente la expresión de IL-1β e IL-8 y su expresión se inhibió cuando fueron tratados con RES y PD (Figura 1). Los MSU produjeron mayores ROS, que los CPP; los cuales fueron neutralizados por el RES y la PD, incluso como pretratamiento. Las células tratadas con RES presentaron mayor efecto antifagocítico con respecto a la PD y un moderado efecto antiapoptótico cuando las células fueron tratadas con PD para los dos tipos de cristales.

**Conclusión:** El RES y la PD pueden ejercer una acción antiinflamatoria y antioxidante en la terapéutica de la gota y pseudogota.

**Figura 1.** RES y PD decrecen la producción de ROS en monocitos THP-1 expuestos a CPP y MSU



A) Detección de ROS (fluorescencia roja) en monocitos no tratados. B) Células tratadas con CPP 24h. C) THP-1 pretratados 3h con PD 100 µM+CPP. D) THP-1 pretratados con PD200µM+CPP. E) THP-1 pretratados con RES10µM+CPP. F) THP-1 pretratados con RES100µM+CPP. G) Células con MSU 24h. H) Células pretratadas 3h con PD100µM+MSU. I) THP-1 pretratados con PD200µM+MSU. J) THP-1 pretratadas 3h con RES10 µM+MSU. K) THP-1 pretratadas 3h con RES100 µM+MSU. L) Células pretratadas 3h con PD100µM. M) THP-1 pretratadas 3h con PD200 µM. N) THP-1 pretratadas 3h con RES10 µM. O) THP-1 pretratadas 3h con RES100 µM. Microscopía de fluorescencia, objetivo de 40x.

## C059

### Frecuencia de osteoporosis y factores asociados en pacientes con artritis reumatoide

Rangel-Botello AN<sup>(1)</sup>, Gallegos-Posada A<sup>(2)</sup>, Jasso-Ávila F<sup>(2)</sup>, Villa-Calderón C<sup>(2)</sup>, Martínez-Martínez M<sup>(1)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, <sup>(2)</sup>Universidad Autónoma de San Luis Potosí



**Introducción:** El riesgo de osteoporosis (OP) en pacientes con artritis reumatoide (AR) se asocia con factores genéticos y ambientales. La actividad de la enfermedad y el empleo de esteroides participan en ello.

**Objetivo:** Investigar la frecuencia de OP y describir los factores de riesgo en pacientes con AR que acuden al Centro Regional Reumatológico.

**Métodos:** Pacientes con AR que contaran con registro de al menos dos densitometrías en su seguimiento. Se recopilaron características demográficas, uso de glucocorticoides (GC), otros medicamentos y perfil de anticuerpos. Las variables se compararon entre grupos con o sin OP. Se calculó la frecuencia de OP de acuerdo al puntaje T-score y se realizó análisis de regresión logística para explorar la asociación de OP y variables relevantes.

**Resultados:** Incluimos 105 pacientes, 96.2% mujeres, con evolución de AR de 7 años (IQR 8). La frecuencia de OP fue: columna 55.2%, cadera 12% y cuello femoral 25.7%. La OP de columna se observó en pacientes con mayor edad (62 vs. 58 años,  $p = 0.13$ ), menor peso (57 vs. 63.8,  $p = 0.00004$ ), con puntajes de FRAX mayores (26.5 vs 115,  $p = 0.004$ ; 8.5 vs 2.4,  $p = 0.02$ ). Los factores asociados fueron: peso (OR 1.09, IC 95% 1.03-1.15,  $p = 0.001$ ), uso de GC (OR 4.36, IC 95% 1.0-19.89,  $p = 0.049$ ) y menopausia (OR 22.78, IC 95% 2.73-190.12,  $p = 0.003$ ). No hubo relación con actividad de la enfermedad (DAS28-VSG) (OR 0.64, IC 95% 0.42-0.96,  $p = 0.049$ ) (Tabla 1).

**Conclusión:** la osteoporosis de columna fue mayor a la reportada en estudios previos (38.9%-50%). Observamos asociación significativa de OP en pacientes con AR con peso, uso de GC y menopausia.

**Tabla 1.** Análisis de regresión logística multivariado de factores de riesgo asociados con osteoporosis en pacientes con AR

	OR	IC 95%	Valor de p
Edad	1.01	0.96-1.07	0.553
Peso	1.09	1.03-1.15	0.001
DAS28-VSG	0.64	0.42-0.96	0.034
Glucocorticoides	4.36	1.00-18.89	0.049
Menopausia	22.78	2.73-190.12	0.003
ACCP	2.00	0.38-10.47	0.409

OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confianza; DAS28-VSG, puntaje de actividad de la enfermedad por VSG; VSG, velocidad de sedimentación globular.

## Co60

### Fibrosis pulmonar como manifestación inicial de vasculitis p-ANCA positiva: reporte de un caso clínico

Marín-Hernández APG, López-Marquet MF, Catana-Hernández R, Barile-Fabris AL

Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

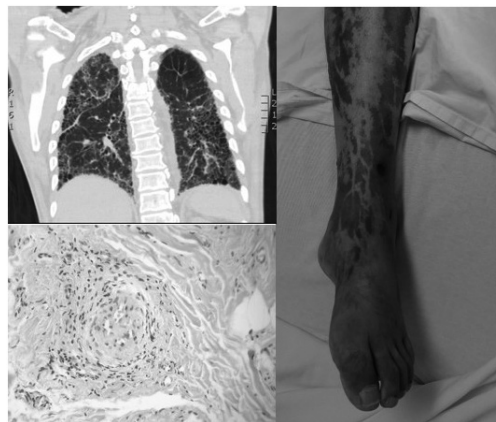
**Introducción:** La poliangeitis microscópica (PAM) condiciona afección pulmonar en 25-30%; la fibrosis pulmonar (FP) es una manifestación rara pero una causa significativa de muerte que puede preceder a otras manifestaciones hasta por 10 años.

**Caso clínico:** Hombre de 66 años que laboró 30 años en metalurgia con índice tabáquico de 3.5 paquetes/año, exposición a biomasa > 200 horas/año y FP diagnosticada hace dos años. Hospitalizado por edema de extremidades inferiores y dolor neuropático de 1 año de evolución; dermatosis maculopapular eritemato-violácea en extremidades, parestesias con debilidad muscular distal de 6 meses y pérdida de 9 kg de peso en 2 meses. Presentó estertores tipo velcro bibasales; pulsioximetría 86%; sopló holosistólico tricuspídeo y reforzamiento del segundo ruido cardiaco; fuerza muscular en

miembros torácicos 3/5 proximal y 1/5 distal; miembros pélvicos 2/5 proximal y 0/5 distal; anestesia en miembros inferiores con hiporreflexia global; hipotermia distal, acropaquias y púrpura retiforme; síndrome nefrítico incompleto, p-ANCA 27.83 U/mL; electroneurografía con polineuropatía sensitiva y motora de patrón axónico; ECOTT HAP 65 mmHg; biopsia de piel, riñón y músculo compatible con PAM.

**Discusión:** La FP es una manifestación poco común en PAM; es ocasionada por capilaritis, hemorragia alveolar crónica oculta y aumento de ácido hipocloroso por estrés oxidativo; genera una lesión intersticial crónica que puede anteceder al diagnóstico de vasculitis sistémica por varios años. Este caso resalta la importancia de la búsqueda de ANCA como sospecha de vasculitis sistémica en pacientes con FP, debido a la alta tasa de mortalidad.

**Figura 1**



## Co61

### Ambroxol en el tratamiento de la fibromialgia. Una observación clínica antes-después

Martínez-Martínez LA<sup>(1)</sup>, Martínez-Lavín M<sup>(1)</sup>, Silveira-Torre LH<sup>(1)</sup>, Muñoz-Monroy OE<sup>(2)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(3)</sup>, Rodríguez-Henríquez PJA<sup>(4)</sup>, Vargas-Guerrero A<sup>(1)</sup>, Acosta-Peña G<sup>(1)</sup>, Pérez-García LF<sup>(1)</sup>, Barrera-Villalpando MI<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, <sup>(2)</sup>Hospital Central Militar, Sedena, <sup>(3)</sup>Hospital Juárez de México, <sup>(4)</sup>Hospital General Dr. Manuel Gea González, <sup>(5)</sup>Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

**Introducción:** Hemos propuesto que la fibromialgia es un síndrome de dolor neuropático y que los canales de sodio de los ganglios de las raíces dorsales juegan un papel fundamental en el dolor fibromiálgico (BMC Musculoskelet Disord. 2012;13:23).

El ambroxol (2-amino-3,5-dibromo-N-[trans-4-hydroxiciclohexil] benzilamina) es un agente secretolítico al que recientemente se le han descubierto potentes propiedades antineuropáticas. *In vitro* es más potente que la lidocaína como bloqueador de canales de sodio (Neurosci Lett. 2006;395:179) y en el modelo animal es recio antineuropático (Pharmacol Biochem Behav. 2010;97:249).

**Objetivo:** Evaluar el efecto terapéutico del ambroxol al añadirlo a la terapia farmacológica regular de la fibromialgia.

**Material y métodos:** Se añadió la dosis usual de ambroxol (30 mg VO cada 8 horas por 30 días) al tratamiento regular. Antes y después del tratamiento se evaluaron: el cuestionario revisado de impacto de fibromialgia (FIQ-R), la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), y los criterios diagnósticos ACR 2010.



**Resultados:** Se estudiaron 26 mujeres (edad 46 ± 10 años). El FIQ-R (62 ± 15.6 vs. 51.6 ± 18.8, p = 0.009), la escala análoga del dolor (76.4 ± 14.4 vs. 56.2 ± 30.4, p = 0.022) y otros parámetros de gravedad disminuyeron significativamente. Los efectos indeseables fueron menores.

**Conclusión:** El uso de ambroxol se asoció con una disminución del dolor y una mejoría de los síntomas de fibromialgia. El diseño del estudio no permite ponderar el efecto placebo. El ambroxol fue bien tolerado. Está indicado un estudio controlado utilizando dosis mayores.

**Co62**

**Relación entre la deformidad del ancho del eritrocito (ADE), la velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína c reactiva (PCR) con la extensión del daño axial en la espondilitis anquilosante**

Jiménez-Balderas FJ, Vázquez-Zaragoza MA, López-Marquet MF, Vargas-Columba MD, Guerrero-Rivera S

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica cuya progresión al daño axial es incierta. La actividad de la EA se mide con clinimetría, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR) y recientemente con el porcentaje del ancho de deformidad del eritrocito (ADE), por lo que detectar los factores clínicos y de laboratorio asociados al daño axial en EA es difícil.

**Objetivo:** Medir la asociación de ESR, PCR y ADE con el daño radiológico axial, coxofemoral (BASRI) y sacro-iliaco (criterios de NY).

**Método:** Se obtuvieron los valores seriados de VSG, PCR y ADE durante un seguimiento en la consulta externa de 8 años (rango de 3-19) de 23 pacientes con EA. La  $\bar{x} \pm DE$  de VSG, CRP y ADE se agruparon con cada grado radiológico obtenido.

**Resultados:** En los pacientes con sacroiliitis grado  $\geq 3$ , la  $\bar{x} \pm DE$  de VSG fue de 14.2 a 19.6 mm/h. La  $\bar{x} \pm DE$  de PCR y ADE en el daño axial grados 3-6 en la cadera fue de 1.1 a 3.6 mg/dL y 13.6 a 14.8% respectivamente. El daño axial grados 7-8 se asoció con una media de ADE de 13.1% (p = NS).

**Conclusiones:** Durante la evolución de la EA, la elevación de la PCR indica inflamación sistémica que afecta la función de la médula ósea (MO) generando un elevado porcentaje de ADE, lo que se asocia con extenso daño radiológico axial y de cadera. La anquilosis ósea sustituye a la MO subcondral, lo que disminuye el porcentaje de ADE.

**Co63**

**Frecuencia de aterosclerosis subclínica por ultrasonido carotídeo en pacientes con artritis reumatoide (AR) del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre**

García-López CL, Muñoz-López S, Irazoque-Palazuelos F, Vázquez J, Rubio Sánchez ME, Zataráin-Rodríguez E, Bonilla ID

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La enfermedad cardiovascular (CV) es la causa más común de mortalidad prematura en pacientes con AR; esto se debe a aterosclerosis acelerada que ocasiona disfunción endotelial. Los puntajes de riesgo subestiman el mismo al no considerar el componente inflamatorio de la enfermedad. El ultrasonido (USG) carotídeo es un método accesible para la detección de aterosclerosis subclínica.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con AR mediante la medición del grosor íntima-media carotídea (GIMc) y presencia de placa aterosclerosa.

**Material y métodos:** Se incluyeron 26 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR y sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, a quienes se les realizó USG carotídeo para medir el GIMc y determinar la presencia de placa. Se estimó el RCV con el modelo ACC/AHA a 10 años.

**Resultados:** La mayoría de los pacientes fueron mujeres (28; 97%), con edad media de 60.7 años. El tiempo de evolución de la AR al estudio fue de 17.2 años. El RCV promedio fue de 6.8%. Nueve pacientes (31%) presentaron riesgo cardiovascular a 10 años > 7.5%. La presencia de placa aterosclerosa por USG fue del 51.7% (15 pacientes) (Tabla 1), el GIMc promedio fue de 1.4 mm, 9 pacientes tuvieron un GIMc > 0.9 mm (31%).

**Conclusiones:** En nuestros pacientes, el riesgo alto estimado con el modelo tradicional tuvo una frecuencia de 31%, mientras que con el ultrasonido carotídeo fue de 51.7%, lo que indica que el modelo tradicional subestimó el riesgo en este grupo particular de pacientes.

**Tabla 1.** Características de los pacientes según la presencia de placa aterosclerosa

Características	Total / n=29	PLACA n=29	
		SI n=15 (51.7%)	NO n=14 (48.3%)
Edad, Media (DE)	60.7 (11.7)	64.5 (8.4)	56.6 (13.6)
Sexo femenino, n (%)	28 (97%)	14 (93.3)	14 (100)
Tensión arterial sistólica, media (DE)	102.4 (16.1)	108.7 (17.7)	95.8 (11.7)
Hipertensión arterial sistémica, n (%)	13 (44.8%)	9 (60)	4 (28.6)
Diabetes mellitus tipo 2, n (%)	6 (20.7%)	2 (13.3)	4 (28.6)
Tabaquismo, n (%)	6 (20.7%)	4 (26.7)	2 (14.3)
Índice de masa corporal, media (DE)	26.7 (6.5)	27.2 (4.4)	26.7 (8.1)
Dislipidemia, n (%)	17 (58.6%)	11 (73.3)	6 (42.9)
Tiempo en años desde el dx, media (DE)	17.2 (10.3)	20.7 (9.1)	13.5 (10.6)
Factor reumatoide, media (DE)	662.7 (1122.1)	780.5 (966.3)	536.4 (1293.6)
Colesterol total, media (DE)	202.9 (46.3)	197.4 (45.8)	208.8 (47.8)
Colesterol de alta densidad (HDL), media (DE)	54.4 (11.7)	56.1 (13.5)	52.6 (9.8)
Colesterol de baja densidad (LDL), media (DE)	128.3 (38.7)	123.1 (38.1)	134.0 (40.0)
Velocidad de sedimentación globular, media (DE)	22.7 (14.8)	24.9 (17.0)	20.2 (12.4)
Proteína C reactiva, media (DE)	4.4 (5.2)	4.7 (6.0)	4.15 (4.5)
Actividad de la enfermedad (DAS), media (DE)	2.8 (1.1)	2.7 (1.0)	2.8 (1.4)
Riesgo cardiovascular, media (DE)	6.8 (6.8)	7.9 (6.3)	5.4 (7.4)

RIESGO CARDIOVASCULAR >7.5%	9 (31.0)	7 (46.7)	2 (40.0)
RIESGO BAJO <7.5%	20 (69.0)	8 (53.3)	12 (85.7)

**Co64**

**Hepatitis autoinmune o lupus eritematoso sistémico: un reto diagnóstico. A propósito de 2 casos**

González-Mora MP<sup>(1)</sup>, Andrade-Ortega L<sup>(1)</sup>, Jiménez-Jiménez X<sup>(1)</sup>, Morales-Iraoque MF<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, <sup>(2)</sup>Universidad La Salle

**Introducción:** El diagnóstico diferencial entre hepatitis lúpica y hepatitis autoinmune (HA) resulta difícil, ya que comparten características clínicas y serológicas casi en su totalidad; puede observarse superposición de las mismas, sobre todo en población pediátrica.

**Objetivo:** Presentamos a dos pacientes con manifestaciones sugestivas de ambas entidades.

**Caso 1:** Femenino de 9 años. Fiebre e insuficiencia hepática aguda, serología anticuerpos antinucleares positivos, anti-dc-DNA 1159. Por sospecha de LES se inició esteroide y azatioprina, con mejoría parcial. Posteriormente anticuerpos anti-músculo liso positivos (176) e histopatología con cirrosis micronodular con infiltrado linfoplasmocitario; se diagnosticó HA.

**Caso 2:** Femenino de 14 años, inició a los 13 años con síndrome hemorrágico, ictericia, trombocitopenia, insuficiencia hepática aguda, hipergammaglobulinemia, ANA, hipocomplementemia, AML 125, anti-ds-DNA1074, anti-Sm, panel viral y TORCH negativo, con presencia de vórices esofágicas e histopatología con cirrosis hepática con plasmocitosis. Se inició tratamiento con prednisona, 1 mg/kg, y micofenolato de mofetilo. Evolución: presenta elevación de transaminasas y falta de respuesta; se administran pulsos de metilprednisolona y se inicia azatioprina a 2 mg/kg/día.

**Conclusiones:** La diferenciación entre hepatitis asociada a lupus y HA es un reto diagnóstico sin duda, ya que tienen características clínicas y serológicas que se superponen; el estudio histológico resulta fundamental pues los hallazgos en la HA son inflamación periportal y necrosis segmentaria con infiltrados linfoides, mientras que el LES muestra inflamación leve lobular sin necrosis segmentaria, aunque varios autores han reportado esta última. Un diagnóstico precoz es importante para ajustar el tratamiento y prevenir la progresión de la enfermedad hepática.

**Co65**

**Evaluación de enfermedad tiroidea autoinmune y su asociación con el fenotipo de síndrome de Sjögren primario**

Girón-Pillado M<sup>(1)</sup>, Atisha-Fregoso Y<sup>(1)</sup>, Astudillo M<sup>(2)</sup>, Cruz-Bautista I<sup>(3)</sup>, Hernández-Molina G<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(2)</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(3)</sup>Departamento de Endocrinología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán,

**Antecedentes:** Se reconoce la coexistencia de enfermedad tiroidea autoinmune (ETA) y síndrome de Sjögren primario (SSP).

**Objetivo:** Determinar si esta superposición es rutinariamente buscada y evaluar el fenotipo de SSP al cual se asocia.

**Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente 223 pacientes con SSP. Se registraron datos demográficos, manifestaciones clínicas, prueba de Schirmer-I, flujo salival, tinción ocular, anticuerpos anti-Ro/La, FR, C3 y C4, así como pruebas de función tiroidea (PFT), anticuerpos anti-tiroideos y diagnósticos tiroideos. Se calificó el ESSDAI acumulado y el SSDDI en la última cita.

**Resultados:** 149 pacientes (66.8%) tuvieron al menos un set de PFT; edad 59.77 ± 14.9 años, 95.2% mujeres, mediana de duración enfermedad 10.4 años. De éstos, 64 pacientes (42.9%) tuvieron enfermedad tiroidea, siendo la principal causa ETA (37.5%). Otras causas fueron hipotiroidismo no autoinmune, bocio multinodular, bocio coloide y nódulo tiroideo único. Al comparar a los pacientes con ETA (n = 24) vs. sin ETA (n = 104) no hubo diferencias demográficas, clínicas, ni en ESSDAI. Los pacientes con ETA, tuvieron menor frecuencia de anti-Ro/SSA (58.3% vs. 88.3%, p = 0.001) y anti-La/SSB (25% vs. 60.6%, p = 0.002) y puntaje SSDDI (2.17 ± 1.2 vs. 2.77 ± 2, p = 0.05). En el análisis multivariado, sólo los anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB permanecieron significativos (RM 0.29, IC 95% 0.10-0.88, p = 0.002 y RM 0.31, 95% IC 0.10-0.92, p = 0.03, respectivamente).

**Conclusión:** En esta cohorte, un tercio de pacientes no fue evaluado para enfermedad tiroidea. Del grupo evaluado, 37.5% tuvo ETA. Estos pacientes tuvieron curso clínico y pronóstico similar que los pacientes sin ETA, pero menor prevalencia de anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB.

**Co66**

**Relación entre amplitud de distribución eritrocitaria y placa carotídea en pacientes con artritis reumatoide: estudio de casos y controles**

Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>, Azpiri-López JR<sup>(2)</sup>, Colunga-Pedraza IJ<sup>(3)</sup>, Arvizu-Rivera RI<sup>(1)</sup>, Martínez-Moreno A<sup>(2)</sup>, García-Colunga JI<sup>(4)</sup>, Elizondo-Riojas G<sup>(4)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, <sup>(2)</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, <sup>(3)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, <sup>(4)</sup>Departamento de Radiología e Imagen, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** La aterosclerosis subclínica puede evaluarse mediante la presencia de placa carotídea (PC) por ultrasonido. Se ha demostrado el valor predictivo de la amplitud de distribución eritrocitaria (RDW) como marcador de enfermedad cardiovascular.

**Objetivo:** Comparar valores de RDW en pacientes con AR con y sin PC, pareados por edad y género.

**Métodos:** 46 pacientes entre 40-75 años con AR con base en criterios ACR/EULAR 2010. Según la presencia de PC, se dividieron en dos grupos (con y sin PC), 23 pacientes en cada uno. La presencia de PC (evaluada por ultrasonido modo B) fue definida como engrosamiento focal 50% mayor que la pared circundante, o un grosor íntima-media ≥ 1.2 mm. Fueron excluidos hombres con hemoglobina (Hb) < 13 g/dL y mujeres con Hb < 12 g/dL, así como pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica previa. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables demográficas. Según distribución, se emplearon pruebas paramétricas y no paramétricas para la comparación de grupos.

**Resultados:** Las características clínicas y demográficas de los grupos se muestran en la **Tabla 1**. No se encontraron diferencias significativas en valores de lípidos ni comorbilidades entre grupos. La media de RDW en el grupo con PC fue de 14.24 ± 1.29, mientras que en el grupo sin PC fue de 14.02 ± 1.25, sin diferencia significativa entre grupos (p = 0.939).

**Conclusión:** En nuestro estudio, el RDW no se encontró elevado en pacientes mexicanos mestizos con AR y PC detectada por ultrasonido. Se necesitan estudios con mayor muestra para corroborar este hallazgo.

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas

	Placa carotídea (n = 23)	Sin placa carotídea (n = 23)	Valor de p
Edad, media ± DE	64.3 ± 7.9	56.1 ± 7.6	0.001
RDW, media ± DE	14.2 ± 1.2	14.0 ± 1.2	0.939
Colesterol total (mg/dL), media ± DE	193.0 ± 30.3	184.0 ± 33.0	0.749
HDL (mg/dL), media ± DE	54.3 ± 13.9	60.3 ± 19.5	0.243
LDL (mg/dL), media ± DE	107.5 ± 27.6	96.8 ± 25.7	0.181
Dislipidemia, n (%)	4 (17.3)	2 (6.8)	0.475
Diabetes, n (%)	3 (14.7)	3 (14.7)	1.000
Remisión de AR (DAS 28-PCR < 2.6), n (%)	7 (30.4)	7 (30.4)	1.000

**Co67**

**Enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico (EDPC): 60 pacientes mexicanos**

Canoso JJ

Centro Médico ABC

**Introducción:** Es llamativa la ausencia de series mexicanas de pacientes con EDPC.

**Objetivos:** Describir la experiencia del autor con la EDPC.

**Material y métodos:** En un estudio observacional y retrolectivo se revisaron los expedientes de 7 200 pacientes valorados de 1995 a 2015. Los casos de EDPC se identificaron con el buscador de Windows utilizando los descriptores LS, líquido sinovial; cristales; CPPD, el acrónimo inglés de pirofosfato cálcico (PC); y condrocalcinosis. Los pacientes se clasificaron de acuerdo con su presentación clínica, hallazgos radiológicos, y documentación personal de cristales de PC en LS. La relación entre sexo y formas clínicas se estudió por la prueba exacta de Fisher.

**Resultados:** Se identificaron 60 pacientes con EDPC, 39 mujeres y 21 varones, con edades medianas de 76 y 71 años, respectivamente. Ocurrió artritis aguda (pseudogota) en 22 pacientes, EDPC más osteoartritis en 20, artritis crónica en 16 y 2 tuvieron derrames asintomáticos con cristales de PC (Tabla 1). En casos de artritis aguda no hubo diferencia entre sexos. Tres pacientes tuvieron artropatía destructiva. En 59 se documentó condrocalcinosis. En 37 de 40 pacientes en quienes se aspiró una articulación se encontraron cristales de PC. En 3, adicionalmente, hubo cristales de urato monosódico. En 5 pacientes se había diagnosticado y tratado erróneamente una artritis reumatoide.

**Conclusiones:** La EDPC ocurre en México y parece predominar en personas de origen europeo. La EDPC debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la poliartritis. Razones étnicas y operativas pueden explicar la ausencia de la EDPC en la literatura mexicana.

**Tabla 1.** Artropatía por EDPC: formas clínicas

	Varones	Mujeres	Total
1 Artritis aguda (pseudogota)	11	11	22
2 Osteoartritis con condrocalcinosis	4	16	20
3 Artritis crónica (pseudorreumatoide)	5	11	16
4 Asintomática	1	1	2

5	Destructiva (pseudoneuropática)	(1* cervical)	(1# cervical y pie, 1 hombro)	-
6	Axial	(1* cervical)	(1# cervical)	-
	Total	21	39	60

\*Denota el mismo paciente, también incluido en artritis crónica.

#Denota la misma paciente, también incluida en OA con condrocalcinosis.

Nota: 1 vs 2 p = 0.043 (test exacto de Fisher).

**Co68**

**Afección hepática grave en lupus eritematoso sistémico, manifestación inusual: reporte de un caso clínico**

Alvarado-Sánchez KA, Velázquez-Verdugo M, Catana-Hernández R, Barile-Fabris A

Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** La afección hepática es común en lupus eritematoso sistémico (LES), a frecuentemente secundaria a medicamentos, enfermedades metabólicas y hepatitis virales; sin embargo, el compromiso grave de dicho órgano por actividad de la enfermedad es inusual.

**Caso clínico:** Mujer de 40 años sin antecedentes de importancia; se hospitalizó por síndrome doloroso abdominal agudo, con pérdida de peso, astenia e hiporexia sin causa aparente; patrón colestásico disociado: TGO 836 U/L, TGP 348 U/L, DHL 2639 U/L, GGT 751 U/L, FA 390 U/L; bilirrubinas, tiempos de coagulación y plaquetas normales; panel de hepatitis B y C no reactivo, IgG 2092 mg/dl, ANA 1:640 patrón homogéneo, anti-ds-DNA 200.4 UI/mL, anti-SM 21.32 UI/mL, p-ANCA 9.28 UI/mL, anti-Ro 70.25 UI/mL (no contamos con SMA y anti-LKM); biopsia hepática con esteato-hepatitis macrovesicular. Cumplió criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología para LES con SLEDAI de 22 puntos (actividad grave) y 6 puntos de los criterios diagnósticos simplificados del Grupo Internacional de Hepatitis Autoinmune; recibió pulsos de metilprednisolona y posteriormente mofetil de micofenolato; dos meses después se encontraba inactiva de LES con pruebas de función hepática normales.

**Discusión:** En esta paciente la biopsia hepática no fue compatible con hepatitis autoinmune concomitante y sin factores de riesgo para daño hepático (medicamentos, alcoholismo, síndrome metabólico ni infecciones), concluimos que se trató de actividad de LES. Los pacientes con LES y afección hepática representan un reto diagnóstico; diferenciar entre la verdadera hepatitis autoinmune o afección hepática no específica es relevante para normar tratamiento, pronóstico y seguimiento.

**Co69**

**Evaluación de los depósitos de uratos en pacientes con gota en un seguimiento de 3 años. Cohorte GRESGO**

Maya A<sup>(1)</sup>, López-López CO<sup>(2)</sup>, Gómez-Ruiz C<sup>(1)</sup>, Álvarez-Hernández E<sup>(1)</sup>, Peláez-Ballestas I<sup>(1)</sup>, Burgos-Vargas R<sup>(1)</sup>, Vázquez-Mellado J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de México, <sup>(2)</sup>Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital General de México,

**Introducción:** “Tophus burden” es una medida de desenlace propuesta por OMERACT para evaluar a pacientes con gota.

**Objetivos:** Evaluar clínicamente el depósito de uratos (DU: tofos clínicamente aparentes) en los pacientes con gota y los cambios durante 3 años.

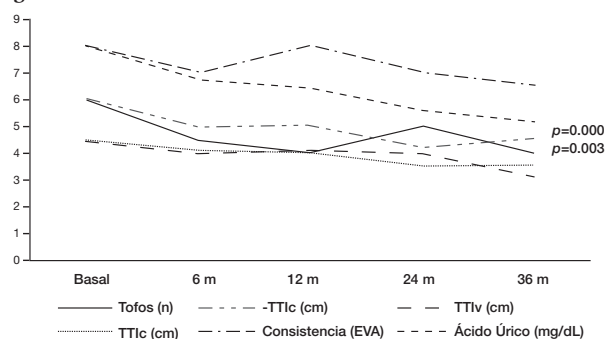
**Métodos:** Pacientes con gota tofácea de la cohorte GRESGO. DU: 1. Número de tofos (T); 2. Tamaño del tofo índice (TTI, cm) de tres formas:

cinta métrica (TTIcm), Vernier (TTIv) y compás (TTIc). Además la consistencia (dureza) del mismo (TId) por EVA. Las mediciones se hicieron en la vista basal y cada 6 meses hasta 36; todos recibieron tratamiento para gota y entidades asociadas. Variables: medidas de DU, demográficas, clínicas y bioquímicas. Determinamos variabilidad inter/intraobservador. Análisis estadístico: prueba de t, Ji cuadrada, r, kappa, ANOVA y correlación múltiple.

**Resultados:** 298 pacientes; 97%, 203 (68%) gota tofácea, edad al inicio y duración de la enfermedad  $32.4 \pm 12.4$  y  $14.7 \pm 9.3$  años. Valores DU (Figura 1). Las tres mediciones de TTI (cm, v y c)  $r > 0.93$  entre ellas y  $< 0.3$  con TId. Correlación inter/intraobservador 0.8 y 0.9. Alopurinol (dosis inicial) 150 mg/d y  $550 \pm 205$  mg/d a los 3 años. Hubo mejoría significativa ( $p < 0.05$ ) en el tamaño y la consistencia de los tofos; también en niveles de AU, núm. de articulaciones dolorosas, inflamadas, limitadas, HAQ, EUROQoL, EVA dolor, estado general de salud (paciente y médico).

**Conclusiones:** Los DU y otras variables de mejoría (OMERACT) mejoraron significativamente durante el seguimiento. Hay buena correlación entre las medidas de DU (TTIcm, v y c) entre sí pero  $<$  con TId.

Figura 1



## C070

### Factores predisponentes para infecciones en pacientes mexicanos con granulomatosis con poliangitis

Mena-Zúñiga J<sup>(1)(2)</sup>, Villa AR<sup>(3)</sup>, Ruiz N<sup>(2)</sup>, Arana-Ruiz JC<sup>(2)</sup>, Flores-Suárez LF<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Escuela de Medicina, Universidad Cuauhtémoc plantel San Luis Potosí, <sup>(2)</sup>Clinica de Vasculitis Sistémicas Primarias, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, <sup>(3)</sup>Facultad de Medicina, División de Investigación, Universidad Nacional Autónoma de México

**Introducción:** Una de las causas principales de mortalidad en granulomatosis con poliangitis (GPA) son las infecciones. No existen datos en nuestra población respecto a factores que intervienen en su presencia.

**Objetivo:** Identificar factores que predisponen a pacientes mexicanos con GPA a infecciones.

**Método:** Estudio observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo de una cohorte de 89 pacientes analizados hasta la aparición de la primera infección mayor entre 2004 y 2016, clasificados de acuerdo con el algoritmo EMA (European Medicines Agency). Se consideró infección mayor la que requirió tratamiento intravenoso u hospitalización. Se investigaron variables sociodemográficas, clínicas, paraclínicas y relacionadas con el tratamiento que influyeron en su presencia. Se empleó estadística descriptiva, t de Student, Mann-Whitney para variables continuas y se calcularon RM e IC de los factores de riesgo (SPSS 23.0 para Windows). Significancia:  $p \leq 0.05$ .

**Resultados:** 61 sujetos (68.5%), 19 hombres y 42 mujeres, con edad promedio de 48.1 años, presentaron infecciones; 50 fueron menores y 11 mayores (4.9% neumonía intrahospitalaria y 3.27% sepsis). Los factores relacionados con su presencia fueron: GPA generalizada ( $p = 0.016$ ) y presencia de

recadas ( $p = 0.033$ ). El tipo de tratamiento, dosis y tiempo no fue significativo ( $p = 0.085$ ).

**Conclusiones:** Los pacientes con enfermedad renal así como los que tuvieron recaídas en el curso del padecimiento fueron más susceptibles de presentar infecciones, lo cual es acorde con lo visto en otras series. Es importante la detección oportuna de la afección renal y un mejor seguimiento que permita identificar tempranamente recaídas y aminorar el riesgo de infecciones por reforzamiento o reintroducción de tratamiento.

## C071

### Identificación del patrón DFS70 mediante inmunofluorescencia (IF) en células HEP-2 en un grupo de pacientes con enfermedades autoinmunes (EAI) y sujetos sanos. Asociación con anticuerpos anti-DFS70

Núñez-Álvarez CA, García-Hernández JL, Baños-Laredo ME, Martínez-Castillo A, Huerta-García MT, Olivares-Martínez E, Hernández-Molina GA, Hernández-Ramírez DF

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

**Introducción:** Recientemente se ha descrito el patrón DFS70 y su especificidad como un marcador de exclusión para EAI. En los consensos internacionales se ha definido como un patrón sencillo de identificar (nivel básico). Los trabajos en nuestra población son escasos.

**Objetivo:** Identificar el patrón DFS70 y evaluar su concordancia con anti-DFS70 en un grupo de pacientes con EAI y sujetos sanos.

**Métodos:** Se analizaron 36 sueros de pacientes con EAI (10 LEG, 10 esclerodermia, 10 Sjögren y 6 miopatías) con serología positiva, 10 sujetos sanos y 10 muestras con características compatibles con el patrón estudianto (anti-cromatina negativos). Se determinaron ANA (IgG; HEP-2) y anti-DFS70 por ELISA.

**Resultados:** Los ANA de pacientes con EAI no presentaron características de tinción compatibles con el patrón DFS70. Los patrones de ANA identificados en EAI fueron principalmente homogéneo en LEG; Scl-70 y centromérico en esclerodermia, moteado fino en Sjögren y miopatías. Los anti-DFS70 en pacientes con EAI fueron del 16.7% (20%, 30%, 10% y 0% respectivamente). En sujetos sanos no encontramos positividad para ANA y anti-DFS70. Los anti-DFS70 fueron mayores en los pacientes con EAI [0.16 UA (0.06-1.1) vs. 0.08 UA (0.05-0.24);  $p = 0.005$ ]. En el grupo de muestras con características del patrón DFS70, encontramos mayores títulos de anti-DFS70 [0.17 UA (0.08-2.4)] y sólo el 40% mostró reactividad anti-DFS70 (kappa 0.2;  $p = 0.20$ ).

**Conclusiones:** En las muestras de pacientes y controles analizadas no detectamos el patrón DFS70. La reactividad anti-DFS70 fue mayor en el grupo de pacientes con EAI y no encontramos concordancia entre el patrón y los anti-DFS70 detectados por ELISA.

## C072

### Función ventricular derecha en artritis reumatoide evaluada con ecografía por rastreo de partículas: estudio de casos y controles

Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>, Azpiri-López JR<sup>(2)</sup>, Colunga-Pedraza IJ<sup>(3)</sup>, Martínez-Moreno A<sup>(2)</sup>, Arvizu-Rivera RI<sup>(1)</sup>, Ramos-Guzmán MA<sup>(2)</sup>, Valdovinos-Bañuelos A<sup>(1)</sup>, Benavides-González MA<sup>(2)</sup>

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



Eleuterio González, <sup>(3)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) conlleva un aumento de 200% de la incidencia de insuficiencia cardiaca congestiva (ICC). La ecocardiografía por rastreo de partículas (STE) puede detectar disfunción ventricular al evaluar la deformación (*strain*) miocárdica. Se ha reportado peor función ventricular derecha en pacientes con AR.

**Objetivos:** Comparar la función ventricular derecha en pacientes con AR con controles pareados evaluada por STE bidimensional.

**Material y métodos:** Se incluyeron 42 pacientes con AR, de 40 a 75 años, que cumplieron criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para AR, y 21 controles pareados por edad, sexo y comorbilidades. Pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica previa y síndromes de superposición fueron excluidos. Se realizó un ecocardiograma transtorácico y STE a cada sujeto, de acuerdo con las guías de la Sociedad Americana de Ecocardiografía, usando transductor lineal de 5 MHz en un equipo Vivid 9.

**Resultados:** Los datos demográficos se encuentran en la **Tabla 1** y los del ecocardiograma en la **Tabla 2**. En el grupo con AR, duración media de la enfermedad 12.22 ± 8.47 años, con DAS28-PCR de 3.06 ± 1.56. No hubo diferencia significativa en *strain* ventricular derecho en los pacientes con AR comparados con controles (-27.45 ± 3.65 vs. -27.95 ± 4.79, p = 0.651).

**Conclusión:** En nuestra cohorte, no se encontró diferencia significativa en el *strain* ventricular entre pacientes con AR y controles. Se necesitan estudios prospectivos para evaluar la influencia de la AR en la función y deformación ventricular derecha.

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas

	Grupo AR (n = 42)	Grupo Control (n = 21)	Valor p
Edad, media ± DE	58.19 ± 9.64	55.0 ± 5.182	0.162
Sexo, n (%)	40 (95.2)	19 (90.5)	0.465
IMC, media ± DE	26.68 ± 6.08	28.20 ± 4.86	0.281
Hipertensión, n (%)	20 (41.6)	2 (9.5)	0.003
Diabetes, n (%)	8 (19.0)	2 (9.5)	0.329

**Tabla 2.** Función ventricular derecha

	Grupo AR (n=42)	Grupo control (n=21)	Valor P
Strain (%), media ± DE	-27.46 ± 3.65	-27.95 ± 4.79	0.651
TAPSE (mm), media ± DE	24.0 ± 2.75	23.39 ± 3.01	0.611
Índice Tei, media ± DE	0.32 ± 0.09	0.31 ± 0.07	0.640
Tiempo de relajación isovolumétrica (ms), media ± DE	50.71 ± 14.4	45.04 ± 18.05	0.407
Periodo efectivo (ms), media ± DE	303.07 ± 30.71	299.52 ± 23.20	0.643
Tiempo de contracción isovolumétrica (ms), media ± DE	52.47 ± 10.38	49.61 ± 8.86	0.285
Velocidad de onda S (cm/s), media ± DE	12.15 ± 1.86	11.61 ± 1.24	0.305

**C073**

**Triquinosis como causa de miopatía en un paciente con lupus eritematoso generalizado**

Valdés-Corona LF, Soberanis-Piña PD, Torres-Pelayo JD, Díaz-Borjón A

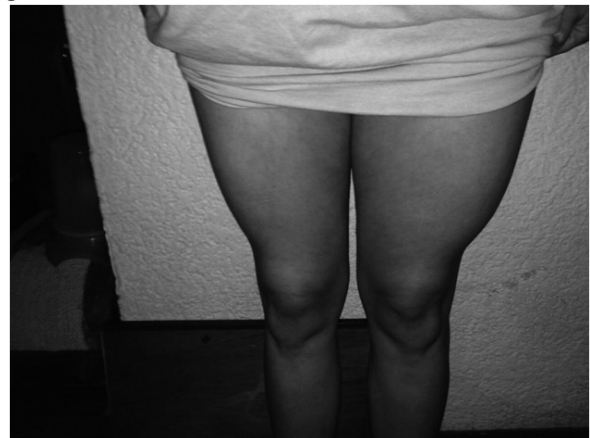
Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** Los pacientes con enfermedades autoinmunes están predispuestos a diversas infecciones con mayor frecuencia, entre las cuales se encuentran las producidas por parásitos. Este trabajo muestra el caso de una paciente con lupus eritematoso generalizado inactivo, con mal apego al tratamiento, quien acudió para valoración por mialgias. Se destaca la infección por triquinosis como una causa rara de mialgias.

**Caso clínico:** Femenino de 30 años de edad con antecedente de lupus eritematoso generalizado diagnosticado en 2009, estable y sin tratamiento desde hace 1 año por mal apego. Acudió a valoración en consulta por dolor en región proximal del miembro pélvico izquierdo en porción anterior del muslo, acompañado de aumento de volumen progresivo, eritema y rubor (**Figura 1**). Negó fiebre, escalofríos, viajes recientes o traumatismos. A la exploración física destacó aumento de volumen y calor local en el vasto externo del muslo en miembro inferior izquierdo, sin dolor a la palpación, pulsos conservados. En los estudios de laboratorio destacó leucocitosis a expensas de eosinofilia (44%); resto normales. El ultrasonido Doppler descartó trombosis venosa profunda, destacando zona hipoecoica indefinida a nivel del músculo vasto externo derecho. Debido a los antecedentes clínicos y hallazgos se solicitaron anticuerpos por ELISA para *Trichinella*, encontrándose positivos. Se le dio manejo con albendazol por 2 semanas con completa resolución del cuadro.

**Discusión:** La triquinosis es una infección parasitaria provocada por nematodos del género *Trichinella*. Se produce principalmente por la ingesta de carne de cerdo cruda o mal cocida que contiene a las larvas enquistadas. Se desarrollan y migran a músculo estriado y se enquistan. El periodo de incubación es de 7 a 30 días, se caracteriza por dos fases: a) intestinal (2-7 días), que suele ser asintomática o presentar dolor abdominal, náusea y diarrea; y b) muscular (más de 7 días), en la cual se presentan los síntomas cardinales como dolor muscular, debilidad y datos de inflamación. Es un diagnóstico diferencial en algunos casos de miopatías inflamatorias y en un paciente con lupus su diagnóstico representa un reto. Afecta con mayor frecuencia muslos, brazos, cuello y hombros. En laboratorios suele haber leucocitosis, eosinofilia y aumento de enzimas musculares. La eosinofilia es un buen marcador y aumenta de 20 a 90% en 3 a 4 semanas. Las pruebas serológicas incluyen ELISA, inmunofluorescencia y aglutinación. Los anticuerpos no son detectables hasta 1 mes después de la infección. El diagnóstico definitivo se realiza con biopsia muscular, pero generalmente no se requiere. En casos no complicados es un cuadro autolimitado, pero en pacientes con síntomas sistémicos se recomienda el uso de antiparasitarios como albendazol o mebendazol.

**Figura 1.**



**C074**

**Anemia hemolítica por crioaglutininas en una paciente con lupus eritematoso generalizado de inicio tardío con adecuada respuesta a rituximab. Reporte de un caso y revisión de la literatura**

Turrent-Carriles A<sup>(1)</sup>, Sánchez-Rodríguez A<sup>(2)</sup>, Neme-Yunes Y<sup>(3)</sup>, Aguirre-de la Fuente LF<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Centro Médico ABC, <sup>(2)</sup>Medicina Interna, Centro Médico ABC, <sup>(3)</sup>Hematología, Centro Médico ABC

**Introducción:** La anemia hemolítica por crioaglutininas en lupus eritematoso generalizado (LEG) es excepcionalmente rara: se han publicado sólo cinco casos previamente.

**Presentación del caso:** Mujer de 64 años con único antecedente relevante de neumonía organizada en 2013. Acude por mareo, astenia, adinamia e ictericia, además de fatiga crónica, pérdida de peso de 5 kg, caída de cabello, úlceras orales, artritis de rodillas, fenómeno de Raynaud e isquemia cerebral transitoria en el año previo. Durante el internamiento sufrió un evento vascular cerebral isquémico de ACMI. Al examen presentaba alopecia con acortamiento frontal, palidez e ictericia, afasia motora, hemiparesia derecha, subcrepitantes basales bilaterales, cianosis digital y derrame articular en rodillas. Los resultados de laboratorio se encuentran en la **Tabla 1**. Se integró el diagnóstico de LEG de inicio tardío por criterios ACR/SLICC 2012 con anemia hemolítica por crioaglutininas. Se iniciaron tres pulsos de 1 g de metilprednisolona, mantenimiento con prednisona, 60 mg/día, rituximab, 375 mg/m<sup>2</sup> semanal por cuatro dosis, adicionalmente clopidogrel e hidroxiquina, con mejora en estado general, alopecia, artritis, Raynaud, marcadores de inflamación, linfopenia y niveles de hemoglobina; se egresó sin complicaciones.

**Discusión:** Los casos de LEG con hemólisis por crioaglutininas han sido tratados de forma anecdótica con rituximab y otros inmunosupresores como azatioprina y ciclofosfamida asociada con corticosteroides con respuesta variable. En el caso presentado observamos buena respuesta en todos los sistemas involucrados utilizando un tratamiento similar.

**Conclusiones:** Presentamos un caso clínico extremadamente raro con tratamiento acorde a lo descrito en la literatura y apoyado en la poca evidencia disponible, que evolucionó favorablemente.

**Tabla 1.** Estudios de laboratorio y gabinete

Estudio	Resultado	Valor de referencia
Leucocitos, células 10 <sup>3</sup> /μL	12.7	< 10 células
Hemoglobina, g/dL	6.6	> 12
Plaquetas, células 10 <sup>3</sup> /μL	561000	150-450
Linfocitos, células 10 <sup>3</sup> /μL	300	1-3.5
Reticulocitos, %	12.9%	0.5-1.5
Haptoglobinas, mg/dL	7	63-273
Coombs directo	Positivo c3b, c3d	Negativo
Bilirrubina total, mg/dL	4.2	0.3-1.3
Bilirrubina directa, mg/dL	0.8	0-0.4
Bilirrubina indirecta, mg/dL	3.4	0-0.8
Deshidrogenasa láctica, U/L	590	101-218
Examen general de orina	Normal	Normal
Serología Legionella, micoplasma, clamidia	Negativas	Negativo
Perfil TORCH	Negativo	Negativo
Perfil de hepatitis B y C	Negativos	Negativo
ELISA VIH	Negativo	Negativo
C3, mg/dL	78	76-181
C4, mg/dL	2.4	13.1-52.4

CH50 U/mL	< 3	30-75
ANA	>1:640 Moteado	Negativo
Anti-DNAc	Negativo	Negativo
SSA/SSB	Negativo	Negativo
Anti-RNP	Positivo 1.2	<0.5
Factor reumatoide/APCC	Negativos	Negativos
AL/aCL/aB2GP1 IgG e IgM	Negativos	Negativos
Hormona estimulante de la tiroides, μUI/mL	3.94	0.45-5
TAC tórax 6/mayo/2016	Infiltrado intersticial bibasal reticular, con patrón en vidrio despolido y áreas de fibrosis. Bronquiectasias inflamatorias y ganglios mediastinales reactivos inflamatorios.	
RMI cráneo 28/mayo/16	Lesión intraaxial de características vasculares isquémicas en estadio subagudo temprano en territorio de arteria cerebral media izquierda, involucra la región frontal de forma parcial, lóbulo temporal, ínsula, núcleo lenticular y cápsula interna del mismo lado; también existe compromiso de forma parcial de territorio limitrofe. Presenta restricción en la difusión, hiperseñal en secuencias T2, sin cambios evidentes en secuencia de ecogradiante. Ausencia de señal y flujo de arteria carótida interna y cerebral media izquierdas; la cerebral anterior de este mismo lado presenta flujo adecuado posiblemente compensado, componente comunicante.	
Doppler carotídeo	Aumento de velocidades en territorios derechos por hiperemia o hiperflujo. Lado derecho se amputa la AC con oclusión total.	

## C075

### Hemocromatosis como causa secundaria de osteoartritis

Soberanis-Piña PD, Valdés-Corona LF, Holling-Martínez AA, Díaz-Borjón A

Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** La artropatía es una de las manifestaciones iniciales y con mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes con hemocromatosis. Presentamos el caso clínico de un paciente sin antecedentes médicos relevantes, quien acudió a valoración por dolor articular generalizado, de predominio en articulaciones de mediano y gran tamaño, con importante discapacidad funcional y limitación en los arcos de movimiento. El abordaje diagnóstico muestra las características clínicas, de laboratorio y radiológicas habituales en los pacientes con hemocromatosis.

**Caso clínico:** Masculino de 64 años de edad quien acudió a valoración por artralgiyas en tobillos, región cervical, carpos y metacarpofalángicas

de 2 años de evolución; se agregó coxartalgia izquierda con limitación en los arcos de movilidad. Fue valorado por fuera y le diagnosticaron tendinopatía postural crónica, por lo que recibió tratamiento conservador con cierta mejoría. Al examen físico destacó dolor a nivel cervical posterior, limitación para los arcos de movimiento de hombros y codos de predominio izquierdo; artralgiás en segunda y tercera metacarpofalángicas bilateral, con limitación a la flexión. La cadera izquierda presentaba dolor y limitación a la movilidad. Columna lumbar con Schöber de 10 a 14 cm. La radiografía de pelvis reportó coxartrosis bilateral de predominio izquierdo, con sacroilitis grado 1-2 bilateral; la radiografía de cuello con discartrosis y rectificación de la misma; radiografía de manos con osteoartritis de predominio en segunda y tercera metacarpofalángicas con osteofitos en gancho (**Figura 1**). De los laboratorios destacó: FR y anti-CCP negativos, HLA B27 positivo, CPK normal, AST, ALT y FA discretamente elevadas. PCR 0.48, hierro sérico 253, TIBC 290, saturación de hierro 87% y ferritina 7 181. Ante la sospecha de osteoartritis por hemocromatosis se complementó con RMN hepática con elastografía, la cual reportó gran distorsión de las ondas en hígado sugerente de sobrecarga de hierro, rebasando el límite de detección técnica, marcada hipointensidad hepática de forma difusa debido a aumento de hierro intrahepático, lo mismo en páncreas, con probables depósitos sideróticos en bazo; perfil de hepatitis viral con memoria para infección por virus de hepatitis A, evidencia de infección previa por virus de hepatitis B, con anticuerpos contra Hbs, antiantígeno E y anticore IgG positivo. La prueba genética de hemocromatosis fue homocigoto para mutación C282Y y mutación H63D negativa. Actualmente recibe manejo médico con sangrías y deferasirox en conjunto con hematología, con lo que su sintomatología ha mejorado.

**Discusión:** La hemocromatosis hereditaria produce sobrecarga de hierro progresiva en el parénquima de órganos sólidos. El diagnóstico temprano y el tratamiento pueden disminuir la morbimortalidad. Actualmente aún es subdiagnosticada al presentarse como artropatía, a pesar del alto impacto que tiene en la calidad de vida. Suele ser una enfermedad heterogénea, pero los pacientes con enfermedad clínicamente manifiesta presentan la mutación del gen C282Y en su forma homocigota. La artritis es una de las manifestaciones iniciales, aunque clínicamente similar a la osteoartritis primaria. Se considera una artropatía muy sugestiva de hemocromatosis si afecta la segunda y tercera articulaciones metacarpofalángicas, aumento de ferritina (> 1 000), elevación de enzimas hepáticas o datos sugestivos de infiltración en órganos, homocigosis para C282Y. Puede ocurrir daño articular progresivo que resulte en la necesidad a largo de plazo de cirugía de reemplazo. Es importante conocer la artropatía como una de las manifestaciones más tempranas de la hemocromatosis y reconocer su asociación ya que damos a los pacientes la oportunidad de prevenir daño orgánico y articular progresivo por la acumulación continua de hierro.

Figura 1



C076

**Polimorfismo rs2073618 del gen TNFRSF11B y densidad mineral ósea baja en pacientes con artritis reumatoide**

Nava-Valdivia CA<sup>(1)</sup>, Corona-Sánchez EG<sup>(2)</sup>, Saldaña-Cruz AM<sup>(3)</sup>, Muriillo-Vázquez JD<sup>(1)</sup>, Hernández-Cuervo P<sup>(4)</sup>, Alcaraz-López MF<sup>(5)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(6)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas, Universidad de Colima, <sup>(4)</sup>Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(5)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 45, IMSS, <sup>(6)</sup>Unidad de Investigación Biomédica, UIEC, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Introducción:** Los niveles de osteoprotegerina (OPG) están asociados con mayor densidad mineral ósea (DMO) debido a que OPG bloquea la actividad de RANKL y lleva a apoptosis de osteoclastos. Los polimorfismos del gen *TNFRSF11B* pueden afectar la síntesis y expresión de OPG disminuyendo la DMO en mujeres posmenopáusicas. A la fecha existe poca información sobre la relación de polimorfismos de OPG y DMO en artritis reumatoide (AR).

**Objetivo:** Evaluar la asociación del polimorfismo rs2073618 de *TNFRSF11B* con la DMO baja en AR.

**Material y métodos:** Casos y controles. Se incluyeron 176 mujeres con AR, mayores de 40 años. Se determinó DMO en columna lumbar y cadera. Las pacientes fueron clasificadas en: a) AR con DMO baja (casos) y b) AR con DMO normal (controles). La genotipificación se realizó por PCR-RFLP.

**Resultados:** La edad promedio fue 60 ± 9 años, con duración de la enfermedad de 13 ± 10 años. La frecuencia observada en casos y controles fue 74.4% y 25.6%, respectivamente. La frecuencia genotípica fue similar entre los casos y controles: GG 76.2 vs. 23.8%, GC 69.4 % vs. 30.6% y CC 80% vs. 20% respectivamente (p = 0.62). No se encontraron diferencias en modelo dominante GG o GC vs. CC (p = 1.0) o modelo recesivo GC o CC vs. GG (p = 0.45). No se encontró riesgo para presentar DMO baja en presencia del polimorfismo (OR = 0.74, IC 95% 0.36-1.51, p = 0.40).

**Conclusión:** El polimorfismo rs2073618 del gen *TNFRSF11B* no confiere incremento del riesgo para DMO baja en AR; otros polimorfismos requieren ser investigados.

C077

**Hipogammaglobulinemia transitoria asociada al uso de sulfasalazina en una paciente con artritis reumatoide**

Valdés-Corona LF, Soberanis-Piña PD, Manjarrez-Lara E, Díaz-Borjón A

Hospital Ángeles Lomas

**Introducción:** La hipogammaglobulinemia se ha reportado en los pacientes con distintas enfermedades autoinmunes, incluida artritis reumatoide. Además, algunos medicamentos también la pueden causar; se ha reportado esta complicación con el uso de sulfasalazina en pocas ocasiones. Presentamos el caso de una paciente joven con diagnóstico reciente de artritis reumatoide en tratamiento con sulfasalazina quien desarrolló infecciones recurrentes e hipogammaglobulinemia, la cual mejoró al suspender el medicamento.

**Caso clínico:** Femenino de 28 años de edad que acudió a valoración de reumatología por poliartralgiás de predominio en manos y rodillas de 8 meses

de evolución. Se automedicó en ocasiones con esteroide intramuscular con mejoría transitoria. A la exploración física destacó sinovitis de muñeca izquierda con dolor, sinovitis de varias articulaciones en metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, sinovitis sin dolor en rodillas. El factor reumatoide y los anticuerpos contra el péptido cíclico citrulinado se encontraron positivos (anti-CCP 203 U/mL). Debido a la edad de la paciente se inició tratamiento con esteroide en dosis bajas y se descendió gradualmente, sulfasalazina a dosis de 500 mg dos veces al día aumentando a 1000 mg dos veces al día, así como suplemento con calcio y vitamina D. La paciente evolucionó de manera favorable respecto a la artritis reumatoide, con DAS 28 1.28, CDAI 0.2 y SDAI 0.4; sin embargo, en las consultas de seguimiento comenzó a manifestar infecciones recurrentes de vías aéreas superiores, infecciones urinarias e infección por VPH en cérvix. Los estudios de laboratorio realizados por la paciente previo al tratamiento mostraron niveles de inmunoglobulinas normales (IgA 119 mg/dL, IgG 956 mg/dL, IgM 101 mg/dL; VR: IgA 63-645, IgG 540-2034, IgM: 22-293); no obstante, asociados con las infecciones durante el tratamiento se documentaron niveles de inmunoglobulinas bajas (IgA 13, IgG 567, IgM 12) (Tabla 1). Se sustituyó sulfasalazina con hidroclooroquina con buen control de los síntomas articulares y resolución de hipogammaglobulinemia, ya sin infecciones recurrentes.

**Discusión:** La hipogammaglobulinemia es un diagnóstico importante que debemos de tener en consideración para cualquier paciente con enfermedades autoinmunes, con mayor frecuencia en pacientes bajo tratamientos que la puedan causar o agravar. Es importante mencionar que 10-30% de los pacientes con este diagnóstico se manifiesta con artritis séptica poliarticular no erosiva, similar a artritis reumatoide. En el caso de nuestra paciente tenía niveles normales de inmunoglobulinas al momento del diagnóstico. De acuerdo con el algoritmo de Naranjo para probabilidad de efectos adversos asociados con fármacos, la sulfasalazina es el medicamento relacionado con el desarrollo de hipogammaglobulinemia en esta paciente.

Tabla 1.

Fecha	Sulfasalazina	Niveles de IgA mg/dl	Niveles de IgG mg/dl	Niveles de IgM mg/dl
25/06/2014	0 mg	119	956	101
05/08/2014	500 mg Bid	45	730	47
30/09/2014	1000 mg Bid	20	327	16
18/12/2014	1000 mg Bid	13	567	12
23/04/2015	1000 mg Bid	11	438	11
19/12/2015	500 mg Bid	19	563	24
10/03/2016	Suspendido	37	981	77
07/07/2016	Suspendido	46	981	34

Valores de referencia: IgA: 63 - 645 mg/dl; IgG: 540 - 2034 mg/dl; IgM: 22 - 293 mg/dl

### C078

#### Disfunción diastólica en pacientes mexicanos con artritis reumatoide: estudio de casos y controles

Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>, Azpiri-López JR<sup>(2)</sup>, Colunga-Pedraza IJ<sup>(3)</sup>, Ramos-Cazares RE<sup>(1)</sup>, Torres-Quintanilla FJ<sup>(2)</sup>, Valdovinos-Bañuelos A<sup>(1)</sup>, Garza-Elizondo MA<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, <sup>(2)</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, <sup>(3)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** La insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) es responsable de 1 de cada 8 muertes en pacientes con artritis reumatoide (AR). La disfunción diastólica (DD) es una manifestación temprana de la ICC; su evaluación

requiere el uso de ecocardiografía. La información sobre DD en pacientes mexicanos con AR es escasa.

**Objetivo:** Comparar la prevalencia de DD en pacientes con AR con controles pareados sin AR.

**Material y métodos:** Se incluyeron 63 pacientes con AR, de 40 a 75 años, que cumplieran criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, y 31 controles pareados por edad, sexo y comorbilidades. Los sujetos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica previa y síndromes de superposición fueron excluidos. Se realizó ecocardiograma transtorácico de acuerdo con las guías de la Sociedad Americana de Ecocardiografía (ASE) usando un transductor lineal de 5 MHz con Vivid 9. Se definió DD según las recomendaciones de la Asociación Europea de Ecocardiografía y la ASE 2009.

**Resultados:** Las características demográficas y clínicas se encuentran en la **Tabla 1**. En el grupo de AR, 40 (63.49%) presentó DD y 21 (35%) en el grupo control, sin significancia estadística ( $p = 0.685$ ). La DD leve fue el grado más prevalente de disfunción en ambos grupos, reportándose en 26 (65%) en el grupo de AR y 17 (80.95%) en controles.

**Conclusión:** En nuestros pacientes no se encontró mayor prevalencia de DD en pacientes con AR en comparación con controles. Se necesitan estudios con un mayor número de individuos para corroborar estos hallazgos.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas

	Grupo AR (n = 63)	Grupo Control (n = 31)	Valor de p
Edad, media ± DE	56.10 ± 9.05	52.83 ± 6.29	0.075
Sexo, n (%)	60 (95.2)	29 (93.5)	0.731
IMC, media ± DE	25.23 ± 6.07	27.41 ± 4.47	0.165
Hipertensión, n (%)	20 (41.6)	2 (9.5)	0.042
Diabetes, n (%)	8 (19.0)	2 (9.5)	0.855
Disfunción diastólica, n (%)	40 (63.49)	21 (35)	0.685

IMC, índice de masa corporal.

### C079

#### Análisis de deformación miocárdica segmentaria mediante ecocardiografía por rastreo de partículas en pacientes mexicanos con artritis reumatoide

Galarza-Delgado DA<sup>(1)</sup>, Azpiri-López JR<sup>(2)</sup>, Colunga-Pedraza IJ<sup>(3)</sup>, Martínez-Moreno A<sup>(2)</sup>, Vera-Pineda R<sup>(1)</sup>, Arvizu-Rivera RI<sup>(1)</sup>, Cárdenas-de la Garza JA<sup>(1)</sup>, Benavides-González MA<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, <sup>(2)</sup>Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, <sup>(3)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

**Introducción:** El análisis de deformidad miocárdica (*strain*) mediante ecocardiografía con rastreo de partículas (STE) es útil para detección precoz de falla cardiaca. La información sobre la función ventricular izquierda en pacientes mexicanos con artritis reumatoide (AR) es escasa.

**Objetivo:** Determinar la influencia de la AR en el *strain* del ventrículo izquierdo (VI) analizando segmentos miocárdicos con STE y compararlo con controles.

**Material y métodos:** Se incluyeron 53 pacientes con AR de 40-75 años que cumplieran criterios de ACR/EULAR2010, así como 27 controles pareados por edad, sexo y comorbilidades. Se excluyeron pacientes con enfermedad cardiovascular previa y síndromes de superposición. Se realizó ecocardiograma



transtorácico, analizando strain de los segmentos basales, medios y apicales del VI con STE bidimensional según las recomendaciones de la Sociedad Americana de Ecocardiografía. Se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables demográficas. Según distribución, se emplearon pruebas paramétricas y no paramétricas en la comparación de grupos.

**Resultados:** Las características clínicas y demográficas se describen en la **Tabla 1**. No se encontraron diferencias significativas en variables demográficas. Los valores de strain se detallan en la **Tabla 2**. Se encontró diferencia significativa en el segmento apical del VI entre ambos grupos (-20.16 ± 5.50 vs. -17.22 ± 2.74, p < 0.001).

**Conclusión:** Encontramos diferencia en el segmento apical del VI entre ambos grupos. No hubo diferencia entre *strain* longitudinal global, segmentos basal ni medial. Se requieren estudios prospectivos para evaluar el impacto de la evaluación con STE bidimensional en la morbimortalidad de pacientes con AR.

**Tabla 1.** Características clínicas y demográficas

	Grupo AR (n = 53)	Grupo Control (n = 27)	Valor p
Edad, media ± DE	55.54 ± 9.11	52.81 ± 6.61	0.172
Mujeres, n (%)	51 (96.2)	26 (96.3)	0.988
Índice de masa corporal, ± DE	27.53 ± 5.85	28.05 ± 4	0.956
Hipertensión, n (%)	18 (33.96)	5 (18.5)	0.149
Diabetes, n (%)	7 (13.2)	4 (14.8)	0.844

**Tabla 2.** Características ecocardiográficas

	Grupo AR (n = 53)	Grupo Control (n = 27)	Valor p
Strain longitudinal, media ± DE	-20.86 ± 2.82	-21.19 ± 2.46	0.620
Segmentos basales, media ± DE	-17.49 ± 2.35	-17.49 ± 2.4	1.000
Segmentos mediales, media ± DE	-20.16 ± 2.35	-20.38 ± 2.23	0.686
Segmentos apicales, media ± DE	-20.16 ± 5.50	-17.22 ± 2.74	<0.001

**Co8o**

**Asociación del fenotipo de cintura hipertriglicéridémica con características clínicas de artritis reumatoide en mujeres mexicanas**

Mendoza-Vázquez G<sup>(1)(2)</sup>, Rocha-Muñoz AD<sup>(3)</sup>, Guadiana-Lozano R<sup>(1)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(4)(5)</sup>, Espinoza-Gómez F<sup>(2)</sup>, Nava-Zavala AH<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación Biomédica 02, UIEC, UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(2)</sup>Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Colima, <sup>(3)</sup>Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>División de Investigación en Salud, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(5)</sup>Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) se asocia con factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, la cual es su principal causa de mortalidad. Entre los factores de riesgo cardiovascular (RCV) están las dislipidemias y la inflamación sistémica. El fenotipo de cintura hipertriglicéridémica

(FCHT) identifica incremento del RCV en múltiples enfermedades. Existe escasa información sobre el FCHT en AR.

**Objetivo:** Evaluar la frecuencia del FCHT y su asociación con variables de RCV en AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Se incluyeron 125 mujeres con AR (criterios ACR1987). Se realizó antropometría, bioimpedancia y se determinaron índice de masa corporal (IMC), DAS28 y HAQ-Di. Se realizó perfil de lípidos, calculando índice aterogénico (IA) (Castelli; CT/HDL). Se definió FCHT como: circunferencia de cintura ≥ 88 cm y triglicéridos ≥ 150 mg/dL. Se efectuó Ji cuadrada y t de Student para comparaciones y análisis multivariado.

**Resultados:** Se encontró FCHT en 38 (30%) pacientes. Al comparar los subgrupos con y sin FCHT observamos mayor frecuencia de HTA (57.9 vs. 37.9, p = 0.04), DM2 (23.7 vs. 8.0, p = 0.02), IMC (29.6 ± 3.1 vs. 26.8 ± 4.3, p < 0.001), masa grasa (39.2 ± 4.8 vs. 34.7 ± 6.7, p < 0.001) e IA (4.6 ± 1.2 vs. 3.7 ± 1.0, p < 0.001). Sin diferencias en DAS28 y HAD-di. La regresión logística ajustada por edad y evolución de enfermedad para evaluar variables asociadas con RCV mostró que el FCHT confiere un OR = 1.16, p = 0.001.

**Conclusión:** La presencia del FCHT se asocia con aumento de RCV en AR y su capacidad predictiva de desenlace deberá estudiarse prospectivamente.

**Co81**

**Evaluación de la calidad de vida en el paciente pediátrico con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico juvenil mediante la aplicación del cuestionario de salud SF-36 del Hospital Infantil de México Federico Gómez**

Acevedo-Silva N, Maldonado-Velázquez R

Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** Además de las características clínicas de la enfermedad, se han identificado síntomas psicológicos, por lo que decidimos evaluar rol físico, emocional, salud mental, vitalidad y rol social.

**Material y métodos:** Se aplicó el cuestionario de calidad de vida SF-36 a pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico de 14 a 17 años 11 meses de edad. Se utilizó como procesador de texto Microsoft Word XP y para el análisis de resultados el programa Statistical Product for the Social Science versión 22.0 (SPSS).

**Resultados:** Se evaluaron niños de ambos sexos que comprenden 20.3% de la población total de estudio, de 15 años (23.4%), 16 años (31.25%) y 17 años (25%). En este trabajo se encontró que en general más de 50% de los pacientes tiene una buena calidad de vida.

**Conclusiones:** Los pacientes evaluados presentan una buena evolución clínica y dentro de lo emocional se ha logrado mantener en general un buen rol emocional y salud mental.

**Co82**

**Lesiones elementales de gota por ultrasonido: caracterización, frecuencia, datos de gravedad y actividad en la cohorte GRESGO**

Gómez-Ruiz C<sup>(1)</sup>, Ventura-Ríos L<sup>(2)</sup>, Álvarez-Hernández E<sup>(1)</sup>, Hernández C<sup>(2)</sup>, Peláez-Ballestas I<sup>(1)</sup>, Burgos-Vargas R<sup>(1)</sup>, Pineda C<sup>(3)</sup>, Vázquez-Mellado J<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de México, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Ultrasonido Musculo-Esquelético y Articular, Instituto Nacional de Rehabilitación, <sup>(3)</sup>Dirección de Investigación, Instituto Nacional de Rehabilitación

**Introducción:** En 2015, OMERACT (US Gout task force) definió las lesiones elementales de gota con ultrasonido (US): doble contorno (DC), erosiones (E), tofos (T) y agregados (A).

**Objetivo:** Determinar frecuencia y características de las lesiones de gota (le.gota) y otros hallazgos por US, y su relación con variables demográficas y clínicas.

**Material y métodos:** Se evaluaron 100 pacientes con gota de la cohorte GRESGO [96 hombres; edad y duración de la enfermedad promedio (DE) 51.9 (13.5) y 13.7 (10.8) años] con US músculo-esquelético. El US fue realizado por una reumatóloga diplomada en US músculo-esquelético en la UNAM. Analizamos además las variables demográficas, clínicas, bioquímicas y clinimétricas. Gravedad por US:  $\geq 2$  DC + E y/o T. Actividad por US: derrame/hipertrofia sinovial y señal Doppler+. Análisis: prueba de  $t$ , *Ji cuadrada*, Mann Whitney,  $r$ , ANOVA.

**Resultados:** Todos tuvieron DC y derrame articular en al menos una articulación. En tejidos blandos, 98% tenía engrosamiento, ruptura, T y/o A en tendones y bursas; 60% tenía datos de cronicidad (daño estructural) como E y T, aunque 19% tenía  $\leq 3$  años de evolución. Los pacientes con gravedad por US tuvieron ( $p < 0.01$ ) > daño estructural (> duración de la enfermedad, número T, tamaño del T índice, articulaciones limitadas y peor estado general de salud) comparados con los demás. En 99% hubo hipertrofia sinovial, con señal Doppler + (articular 36% y 32% en tejidos blandos) aunque solamente 12% tenía clínicamente ataque agudo de gota en ese momento (**Tabla 1**).

**Conclusiones:** El DC y el derrame sinovial se encontraron en todos los pacientes; > 2 DC + E y/o T fueron determinantes de gravedad y se relacionaron con daño estructural. El US detectó mayor actividad que la clínica.

**Resultados:** Ciento cincuenta pacientes, 73.3% mujeres, edad promedio 47.6 (22-83), tiempo medio de la AR de 7.3 años, RAM 5 min (0-20), CF: I 36%, II 54%, III 8% y CF IV 2%. DAS-28 y CDAI con mediana de 2.9 y 12 respectivamente. La remisión por DAS-28 34.6% y actividad grave 6% (> 5.1); por CDAI, 46.67% remisión, baja actividad 22.67% y actividad grave 10%. El FR fue positivo con una mediana de 280 (95.3%) y anti-CCP con una mediana de 520. Se identificaron con guía 97 pacientes con comorbilidades: OA 24.6%, DM2 13.3%, HTA 19.3%, obesidad 15.3%, dislipidemia 4%, FM 2.6%, EVC 0.6%, enfermedad tiroidea 2.6%, depresión 4% ansiedad 2%, cardiopatía 2.6%. MEA: 35 casos: nódulos reumatoides 0.6%, síndrome del túnel de carpo 8%, síndrome de Sjögren 5.3%, citopenias 2%, polineuropatía 1.3%, vasculitis 0.6%, neumopatía intersticial 0.6%. El 92.6% tuvo buen apego al tratamiento.

**Discusión:** La guía facilita la identificación de las MAE y las comorbilidades en AR. Los nódulos reumatoides y la OA son más frecuentes. La baja actividad de la AR se asoció con buen apego al tratamiento.

### Co84

#### Rituximab como tratamiento en nefritis lúpica proliferativa (NLP). Evaluación a 5 años

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

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

**Introducción:** A pesar del resultado de los estudios controlados publicados, rituximab se emplea con frecuencia para manifestaciones moderadas a graves de lupus, entre las que destaca la NLP, con múltiples reportes de buen resultado.

**Objetivo:** Describir la evolución de pacientes con NLP que recibieron rituximab.

**Método:** Estudio descriptivo de la cohorte de pacientes con NLP que recibieron tratamiento con rituximab y vigilados al menos durante 5 años. Se analizaron variables demográficas, clínicas, serológicas, datos histológicos y tratamiento concomitante. Se evaluó repuesta y sobrevida renal.

**Resultados:** 69 pacientes, 56 mujeres, edad  $28.3 \pm 7.04$  años. Asociación con síndrome antifosfolípido, 42 casos. En 32 la nefritis fue manifestación inicial; tipo IV en 24, III en 12, V en 13. Índice de actividad  $5.32 \pm 4.1$  y cronicidad  $2.84 \pm 2.7$ . Rituximab se indicó como tratamiento de inducción a remisión en 14 pacientes, por recaída en 11 y por falla terapéutica en 13, con media de 9 (6-14) cursos administrados. Ocurrió respuesta renal en 65.21% (45) pacientes al año, 78.2% (54) a 2 años y 81.15% (56) a 5 años, con 8 recaídas durante el seguimiento (**Tabla 1**). Cuatro pacientes tuvieron falla renal terminal. Uso de rituximab como terapia inicial, mejoría en proteinuria y sedimento urinario al año fueron factores asociados con respuesta ( $p < 0.05$ ).

**Conclusión:** En nuestra experiencia, rituximab fue útil para mejorar la respuesta renal en pacientes con NLP tanto en esquema de inducción a remisión como en recaídas.

Tabla 1

N = 100	DC	E	T	A	Derrame/hipertrofia/Doppler
1MTF	5	44	33	5	4/1/16
Rodillas	23	1	1	1	2/2/3
Otra	1	3	7	3	1/3/9
R + 1MTF	55	8	9	6	17/12/1
1MTF + otra*	0	6	13	17	9/8/5
Rodilla + otra*	6	0	1	5	4/5/0
R + 1MTF + otra*	8	2	1	13	13/15/0
Rodilla + 1MTF + otras 2	2	1	2	48	50/53/2
Total	100	65	67	98	100/99/36

### Co83

#### Manifestaciones extraarticulares (MAE) y comorbilidad asociadas a artritis reumatoide (AR) en pacientes atendidos en la consulta externa del Servicio de Reumatología del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga (HGMEI)

Estrada-Orozco GF, Moctezuma JF, García C, Casasola J, Álvarez E, Me-drano G, Huerta G, Peláez-Ballestas I

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Objetivo:** Describir las (MAE) y la comorbilidad en AR del Servicio de Reumatología del HGMEI aplicando una guía validada.

**Material y métodos:** Pacientes con AR del HGMEI incluidos por conveniencia con diagnóstico de AR según los criterios de 1987 o de 2010. Variables: sociodemográficas, serológicas, MEA, comorbilidad y apego al tratamiento. Además se registraron: DAS-28, CDAI, RAM, CF.

Tabla 1. Cambio en función renal y actividad global

	Basal	1 año	2 años	5 años
Creatinina mg/dL	2.1 $\pm$ 0.92	1.6 $\pm$ 0.78	1.1 $\pm$ 0.65	1.2 $\pm$ 0.97
VFG mL/min	47.1 $\pm$ 28.7	63.1 $\pm$ 32.8	78 $\pm$ 21.5	77 $\pm$ 27.5
Proteinuria g/24 h	4.2 $\pm$ 3.8	2.8 $\pm$ 1.6	1.8 $\pm$ 2.1	1.2 $\pm$ 1.9
Sedimento activo %	82.6	46.37	18.84	15.9
SLEDAI	11.5 $\pm$ 9.5	7.3 $\pm$ 5.12	4.3 $\pm$ 3.5	3.9 $\pm$ 4.21

Co85

**Dermatomiositis (DM) juvenil asociada a tumor ovárico de células de Sertoli-Leydig. Reporte de caso y revisión de la literatura**

Pérez-Mejía J, Estrada-Villarreal YE, Sibaja-Veloz MJ, Echeverría-González G, Prieto-Parra RE

*Servicio de Reumatología, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS*

**Introducción:** La asociación de DM y cáncer es conocida; en el adulto, hasta 25% (ovario, pulmón y mama); en la DM juvenil sólo casos anecdóticos.

**Caso:** Mujer, 16 años, presentó eritema facial, signo de chal, eritema en heliotropo y pápulas de Gottron, debilidad proximal progresiva y disnea; perdió 20 kg en 2 meses. Diagnosticada con dermatomiositis por criterios clínicos, biopsia muscular, electromiografía y elevación de CPK > 20 000. Recibió inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y pulsos de metilprednisolona, con mejoría parcial; después metotrexato, 20 mg semanales. Ocho meses más tarde, recaída, nueva biopsia muscular de cuádriceps con infiltrado inflamatorio endomisial y perifascicular, linfocitos CD4, EMG con denervación por destrucción de fibras musculares. Presentó elevación de enzimas cardíacas, arritmia sintomática; ECO TT reportó hipertensión arterial pulmonar moderada, cardiopulmonar magnética normal. Recibió IGIV, CFM y rituximab, sin mejoría. En el abordaje se confirmó amenorrea primaria, clítoris de 3 cm, Tanner adecuado para la edad y nódulos tiroideos fríos, BAAF negativa; hormonas sexuales normales, RMN de cráneo normal y ultrasonido pélvico con tumor anexial izquierdo, cariotipo 46XX. Se realizó ooforectomía, histopatológicamente tumor de células de Sertoli-Leydig grado 2. Posterior a la resección presentó menarca, remisión de lesiones dérmicas, normalización de fuerza y enzimas musculares.

**Discusión:** La dermatomiositis juvenil se asocia poco con neoplasias en contraste con la del adulto; esta paciente presentó tumor ovárico virilizante. El tumor de células de Sertoli-Leydig corresponde a < 0.5% de los tumores ováricos funcionales y generalmente es de bajo potencial maligno. No existe reporte en la literatura de dermatomiositis juvenil secundaria a esta neoplasia.

Co86

**Síndrome hemofagocítico secundario a citomegalovirus (CMV) en un paciente con enfermedad indeferenciada del tejido conectivo. Reporte de caso**

Pérez-Mejía J, Estrada-Villarreal YE, Sibaja-Veloz MJ, Echeverría-González G, Prieto-Parra RE

*Servicio de Reumatología, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS*

**Introducción:** El síndrome hemofagocítico (SHF) se caracteriza por activación de histiocitos y hemofagocitos. Se han descrito forma primaria y forma secundaria a procesos infecciosos, neoplásicos y autoinmunes. Enfermedad indeferenciada del tejido conectivo hace referencia a las enfermedades sistémicas autoinmunes que, sin cumplir criterios diagnósticos, presentan rasgos clínicos e inmunológicos que las sugieren.

**Caso:** Masculino de 35 años, 12 años de evolución con astenia, adinamia, alopecia, insuficiencia renal aguda (IRA) con proteinuria en rango nefrótico, trombocitopenia y serositis; biopsia renal no concluyente. Recibió cinco pulsos de ciclofosfamida y mantenimiento con azatioprina y prednisona

por 9 años; durante ese tiempo presentó infecciones urinarias repetitivas y edema generalizado. Laboratorio: ANA 1:320, anticuerpos anti-DNA positivos e hipocomplementemia. En 2015, experimentó aumento del edema, disnea y púrpura, tratado con micofenolato sin mejoría; presentó proteinuria en rango nefrótico e IRA, hidronefrosis bilateral y estenosis uretral. A la permeabilización uretral mejoró la IRA; tuvo ANA, anti-Sm, anti-DNA negativos en tres ocasiones. Presentó pancitopenia, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia y coagulopatía; clasificado como síndrome hemofagocítico; positividad para CMV (IgG, IgM) y PCR más de 50 000 copias. Recibió inmunoglobulina intravenosa y ganciclovir con remisión de los síntomas.

**Discusión:** El SHF asociado a CMV es raro; en la literatura existe un reporte. Este caso presentó criterios para ambos y tuvo respuesta al tratamiento específico; asimismo, las infecciones virales como CMV son imitadoras de lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades de tejido conjuntivo en más de 60%, incluso con seropositividad para ANA y anti-DNA.

Co87

**Factores de riesgo asociados a mala respuesta al tratamiento con pulsos de metilprednisolona (MPL) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y trombocitopenia inmune y beneficio del uso de inmunoglobulina intravenosa (IGIV)**

Pérez-Mejía J, Estrada-Villarreal YE, Sibaja-Veloz MJ, Echeverría-González G, Prieto-Parra RE, Leyva-Torres SD, Castro-Lizano N

*Servicio de Reumatología, UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS*

**Introducción:** La trombocitopenia como manifestación hematológica en LES puede ser grave, lo que aumenta la mortalidad. La primera línea de tratamiento es MPL en pulsos, aunque algunos pacientes presentan refractariedad (20%); esto puede estar asociado con características clínicas y bioquímicas que podrían clasificarse como predictores y orientar las decisiones terapéuticas, como el uso de inmunoglobulina intravenosa.

**Material y métodos:** Se realizó análisis descriptivo de forma retrospectiva de una serie de casos con diagnóstico de LES con trombocitopenia que presentaron falla al tratamiento y recibieron IGIV (2 g/kg) como segunda línea (2013-2016). Registramos características clínicas, variables de laboratorio y antecedentes de tratamiento.

**Resultados:** Un total de 6 pacientes con edad promedio de 32 (± 3) años, tiempo de evolución 8.6 (± 5) años, y predominio del género femenino (83%). Sólo 1 se reportó con mal apego al tratamiento, más de 80% con SLEDAI > 12 puntos, 100% con anticuerpos anti-DNA positivos y linfopenia; hubo reducción de ambas líneas del complemento en 83.3%, afeción renal en 50% y el grado de trombocitopenia fue severo (< 20 000) en 70%. Se documentó proceso infeccioso en más de 60% y sólo 33% había presentado trombocitopenia previamente. Cinco de 6 pacientes tuvieron respuesta a IGIV, de los cuales 30% presentó recaída.

**Conclusión:** La positividad de anti-DNA, el consumo de complemento tanto C3 como C4, linfopenia, puntaje de SLEDAI > 12 puntos y severidad de la trombocitopenia (< 20 000) podrían estar relacionados con la refractariedad al tratamiento de primera línea. En estos pacientes el uso de IGIV es una opción de tratamiento de primera línea.

Co88

**Dermatomiositis e infarto pontino en paciente joven**

Velázquez-Verdugo MA, Alvarado-Sánchez KA, Catana-Hernández R, Ramírez-Pérez AA, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias se asocian con enfermedad cardiovascular independientemente de los factores de riesgo tradicionales. Reportamos el caso de un paciente con dermatomiositis que desarrolló infarto pontino.

**Presentación del caso:** Masculino de 35 años de edad, sin antecedentes de importancia. Cuadro clínico de 5 meses de evolución caracterizado por pápulas de Gottron, eritema en heliotropo, mialgias, debilidad muscular proximal mMRC 2/5 y elevación de CK hasta 9, 00UI/L. Recibió 3 g de metilprednisolona y metotrexato, 25 mg/semana, con pobre respuesta; se agregó rituximab, 2 g, sin mejoría. Un mes después es enviado a nuestra unidad por agregarse disartria, disfagia y endotropía bilateral. Cumplió cuatro criterios de Peter y Bohan, descartamos síndrome miasténico por electromiografía con patrón miopático y resonancia magnética de encéfalo con lesión isquémica en región pontina posterior. Presentó infecciones graves como complicación de la inmunosupresión (abscesos pulmonares y neumonía nosocomial asociada con broncoaspiración crónica secundaria a disfagia). Iniciamos tratamiento con inmunoglobulina humana, antibióticos de amplio espectro y anticoagulación; mantenimiento con ácido micofenólico; 3 meses después con mejoría de la fuerza muscular a mMRC 4/5, paresia del sexto par craneal y resolución de la disartria.

**Discusión:** En nuestro paciente se descartaron diversas causas de trombosis (trombofilia primaria, aterosclerosis, arritmias y alteraciones estructurales cardíacas, anticuerpos antifosfolípidos y neoplasias asociadas). Se sabe que los pacientes con dermatomiositis tienen riesgo cardiovascular elevado con un cociente estimado de riesgo para infarto cerebral de 1.7 respecto a población sana, por lo que concluimos que ésta fue la causa del evento isquémico a pesar de la localización poco frecuente.

## Co89

### Incidencia y factores asociados a inmunoconversión de la prueba cutánea de tuberculina en pacientes bajo tratamiento con fármacos anti-TNF

Barrera-Rodríguez AA<sup>(1)</sup>, Álvarez-Nemegyei J<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General Regional 1, IMSS, <sup>(2)</sup>Unidad de Investigación, Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

**Antecedentes:** El programa "Torre de Control" del IMSS especifica el escrutinio de TB anual en pacientes bajo terapia biológica. Esto permite estudiar el perfil de inmunoconversión en la prueba PPD.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de inmunoconversión para PPD y sus factores asociados en pacientes con terapia anti-TNF.

**Material y métodos:** Seguimiento de resultados de PPD en pacientes asintomáticos para TB con manejo anti-TNF adscritos al HRE 1 (IMSS, Mérida, México). Se consideró positiva una induración  $\geq 5$  mm. Se comparó diagnóstico, sexo, edad, tiempo de evolución y fármaco anti-TNF entre los que presentaron o no positividad a PPD.

**Resultados:** Incluimos a 88 (73 mujeres, 15 hombres) pacientes (AR: 67, espondiloartritis axial: 8, espondiloartritis periférica: 2, artritis psoriásica: 7, AIJ: 2 y uveítis anterior idiopática: 1) de  $46.1 \pm 14.1$  años de edad y  $10.9 \pm 9.2$  años de evolución manejados con adalimumab (25), etanercept (43) e infliximab (20). Veinticuatro (27.3%) presentaron inmunoconversión. No hubo asociación de inmunoconversión con edad, evolución y sexo. Los pacientes con AR (29.9% vs.19.0%) y tratados con etanercept (34.9% vs. 20.0%) presentaron tendencia hacia mayor incidencia de inmunoconversión, mientras que el manejo con infliximab tendió hacia asociación negativa (15.0% vs. 30.9%), pero sin significancia estadística.

**Conclusiones:** Encontramos una alta incidencia de inmunoconversión de PPD en pacientes tratados con agentes anti-TNF. Posiblemente, el pequeño tamaño de la muestra impidió la corroboración de asociación con padecimiento o agente anti-TNF específico. Quedan abiertas las preguntas sobre la procedencia e intervalo de monitorización, así como su significado y manejo en pacientes tratados con agentes anti-TNF a largo plazo con PPD inicialmente negativo.

## Cogo

### Estrategias terapéuticas en nefritis lúpica

Aguilera-Barragán Pickens G, Ruiz-Leija IY, Martínez AJP, Martínez-Flores G, Martínez-Martínez MU, Herrera-van Oostdam D, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** La afección renal (NL) en lupus eritematoso generalizado (LEG) afecta a 40-70% de pacientes, conlleva elevada morbimortalidad y 10-20% requiere terapia de remplazo renal. Los glucocorticoides (GC) constituyen la piedra angular del tratamiento, pero las dosis y el tiempo de administración no son homogéneos y pueden conllevar daño. Las dosis bajas pueden tener las mismas tasas de respuesta, aunque en glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) las dosis altas parecen indispensables. La mezcla de inmunomoduladores incrementa la eficacia y remisión.

- Después del análisis de la literatura (120 estudios), proponemos un esquema terapéutico a compararse con el esquema convencional en un estudio multicéntrico nacional:
- Administración de GC, 0.5 a 1 mg/kg/día, para inducción durante máximo 4 semanas con reducción paulatina subsecuente, asociados con mofetil micofenolato (MMF) y/o tacrolimus (TAC), además de inmunomoduladores no citotóxicos: vitamina D, antipalúdicos y dosis bajas de estatinas; mantenimiento con 2.5 mg prednisona/día con inmunomoduladores. MMF es opción equivalente a CFM como inducción en NL proliferativa, particularmente en hispanos.
- TAC debe considerarse agente de primera línea, sobre todo ante proteinuria masiva. Potencial utilidad en embarazo (seguridad, efectividad).
- La terapia múltiple debe considerarse como alternativa a la terapia de inducción convencional, con potencial eficacia superior y perfil de seguridad comparable; en particular en casos con alto riesgo de falla al tratamiento convencional y/o ante múltiples factores de mal pronóstico para deterioro de función renal. MMF, 1.5 g/día, tacrolimus, 2 mg/día, y prednisona, 0.5 mg/kg, por 4 semanas; valorar descenso posteriormente
- En GNRP posterior a metilprednisolona el paciente debe manejarse con terapia múltiple que incluya TAC, MMF y GC.

## Cog1

### Artritis séptica de cadera por *Streptococcus equi* subsp. *zoepidemicus* en asociación con síndrome nefrótico en adolescente de 13 años

Luna-Zúñiga TA, Martínez-Flores G, Martínez-Galla D, Cuevas-Orta E, Abud-Mendoza C

Hospital Central Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** La glomerulonefritis posinfecciosa (GNPI) se ha descrito en asociación con diversos sitios de infección y múltiples agentes infecciosos.



Clásicamente la infección precede y desaparece ante del desarrollo de glomerulonefritis (GMN); sin embargo, con relativa frecuencia la infección es simultánea al inicio de GMN. La artritis séptica se ha descrito como causa poco frecuente de GNPI; los agentes etiológicos más comunes pertenecen a especies de estafilococos. *Streptococcus equi* subsp. *zooepidemicus* (SZ) es excepcional como causa de artritis séptica. Describimos el caso de una adolescente de 13 años con GMNPI en asociación con artritis séptica de cadera por SZ.

**Caso clínico:** Niña de 13 años hospitalizada para estudio de hematuria-proteinuria. Inició 1 mes previo con fiebre, calosfríos, edema facial y de miembros inferiores, además de dolor intenso en cadera derecha que condicionó limitación para la marcha. Al examen clínico destacó TA 140/90, edema facial y posición antálgica de cadera derecha con dolor intenso al movimiento y restricción de arcos de movilidad. Paraclínicos con leucocitosis (206 00 mm<sup>3</sup>), VSG alta, hematuria y proteinuria nefrótica, AAN-Hep-2 negativos, ultrasonido de cadera con derrame articular, líquido articular con glucosa baja, DHL elevada y cultivo positivo para EZ. Biopsia renal con GMN membranoproliferativa con depósitos escasos de IgM. Se indicó manejo con clindamicina.

**Discusión:** La infección por *S. equi* subespecies *zooepidemicus* se presenta en < 2% de las infecciones por estreptococo; puede relacionarse con GMN y artritis séptica. El diagnóstico de GMNPI puede ser un reto. El patrón histológico de GMNPI más representativo es la proliferativa difusa y menos común GMN membranoproliferativa.

## C092

### Síndrome de Gardner-Diamond. Una enfermedad rara como diagnóstico diferencial de vasculitis y otras enfermedades del tejido conectivo

Maya-Gutiérrez EA<sup>(1)</sup>, Palacios-Astudillo RX<sup>(2)</sup>, Cazarín-Barrientos J<sup>(3)</sup>, Álvarez-Hernández E<sup>(1)</sup>

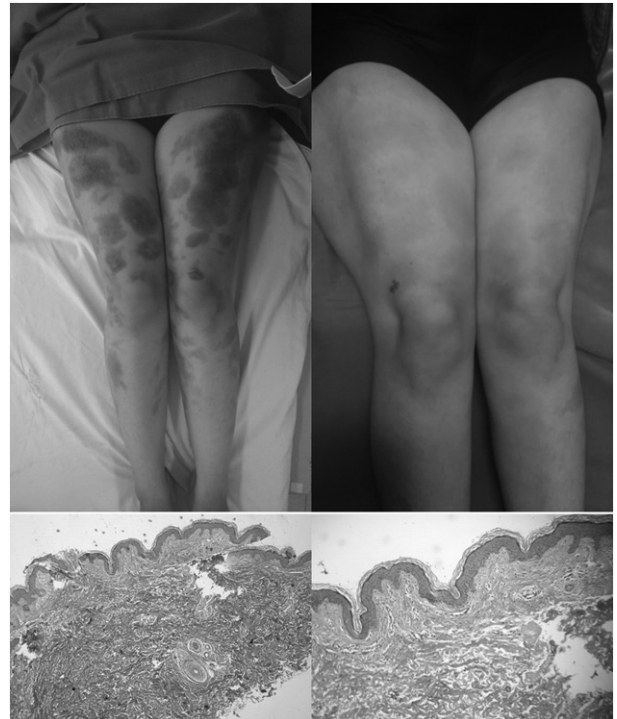
<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, <sup>(2)</sup>Servicio de Patología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, <sup>(3)</sup>Servicio de Dermatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** El síndrome de Gardner-Diamond (síndrome de sensibilización autoeritrocitaria o púrpura psicógena autoinmune) es una enfermedad rara de causa desconocida. Se presenta con equimosis muy dolorosas de causa inexplicable, principalmente en extremidades y cara. Puede cursar con fiebre, hematuria, melena, epistaxis y hasta lágrimas con sangre. No se demuestran alteraciones de la coagulación o afección sistémica en estos pacientes. Es más común en mujeres con estrés emocional y/o alguna enfermedad psiquiátrica. De 1995 a 2015 sólo hay reportados 200 casos. No existe una prueba diagnóstica específica y deben descartarse alteraciones hematológicas, vasculitis, LES y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos entre otros.

**Caso clínico:** Femenino de 19 años, sin antecedentes de importancia, que es enviada por presentar cuadro de 2 semanas de evolución caracterizado por aparición espontánea de equimosis en las extremidades inferiores, acompañadas de dolor intenso de tipo urente. El dolor era tan intenso que no toleraba el roce de la ropa. Sin otra sintomatología (Figura 1). Todos los estudios de laboratorio fueron normales. La biopsia de piel demostró extravasación de eritrocitos, sin vasculitis. Recibió tratamiento con pregabalina y analgésicos. Dos semanas después con remisión del cuadro. No se realizó la prueba de inyección de eritrocitos autólogos, pero debido al cuadro clínico y evolución se concluyó el diagnóstico.

**Discusión:** La causa probable de esta entidad es la sensibilización autoeritrocitaria, precipitada por estrés emocional. A pesar de considerarse benigna, puede tener recaídas. Esta situación puede ser un reto para el clínico y el diagnóstico debe establecerse por descarte.

Figura 1.



## C093

### Angina estable e insuficiencia renal asociada a rabdomiólisis en paciente con tetralogía de Fallot corregida

Martínez AJP, Ramos-Bello D, Martínez-Flores G, Martínez-Galla D, Abud-Mendoza C

Hospital Central Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** La cardiopatía isquémica asociada a Fallot corregida es muy rara, la rabdomiólisis en relación con esfuerzo moderado es rara y la insuficiencia renal subsecuente, excepcional.

**Caso:** Niño de 12 años con antecedente de tetralogía de Fallot corregida (1 a y 5 a). Tres meses con dolor torácico opresivo, irradiado a brazo izquierdo, relacionado con actividad física, acompañado de descarga adrenérgica (diaforesis), que cede con reposo; 3 días antes de ingresar presentó dolor de características similares. Negó debilidad y dolor muscular. A la exploración soplo telediastólico GIII en foco pulmonar, fuerza muscular 5/5. Resaltó "hematuria" macroscópica y posteriormente oliguria. De sus exámenes, creatinina de 5.89 y subsecuente de 11.56; CPK 311 000, CPK MB 7224, troponina I 0.07, PCR 4.4, TGO 3 285, TGP 837, FA 258, BT 0.6. Biopsia renal: depósito y oclusión tubular de mioglobina (nefropatía por pigmentos). EMG: algunos potenciales de fibrilación y ondas agudas positivas. Ultrasonido muscular: edema asimétrico. Electrocardiograma y ecocardiograma: dilatación de cavidades derechas. Ecocardiograma de reto para isquemia: negativo. Posterior a 4 sesiones de hemodiálisis, descendieron azoados. Actualmente con urea, creatinina y enzimas normales.

**Discusión:** La rabdomiólisis en la infancia suele representar un reto de diagnóstico. Podemos dividirla en leve, moderada y grave; la primera con elevaciones de CPK entre 1 000-3 000 U/L asociadas a disfunción tiroidea. Elevaciones importantes además de traumatismo y ejercicio extremo, deben considerarse las miopatías inflamatorias; CPK 50 000-100 000 U/L rara

vez se observa en miopatía necrosante asociada a virus (influenza) y elevaciones mayores deben hacernos considerar defectos enzimáticos.

#### C094

### Poliangitis microscópica y síndrome de Sjögren: un síndrome de superposición inusual

Marroquín-Fabián E, Ruiz-Gómez NI, Soto-Abraham V, Flores-Suárez LF

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Introducción:** La superposición de vasculitis asociada con ANCA (AASV) y síndrome de Sjögren primario (SSP) es rara y no descrita hasta ahora en México.

**Caso:** Hombre de 40 años con tos de 5 años de evolución, poliartralgias y máculas eritematosas en piernas desde hace 18 meses. Por exacerbación de ello, acudió a internamiento. EF: úlceras orales, adenomegalias cervicales, poliartritis de grandes y pequeñas articulaciones, estertores crepitantes bilaterales y púrpura en miembros pélvicos. Lab: anemia microcítica hipocrómica, CrS 1.8 mg/dL, proteinuria nefrótica, sedimento urinario activo, FR 67 U/L, p-ANCA 1:1280, MPO-ANCA > 200 U/L, AAN MF 1:2560, anti-Ro 167 U/L. TACAR: NID tipo NIU, VSG 26, PCr 8.4. Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa extracapilar paucimune con necrosis fibrinoide y esclerosis segmentaria, más nefritis tubulointerstitial con predominio de células plasmáticas. Biopsia y gammagrama de glándulas salivales: diagnósticas de SSP. Tratamiento: PDN 1 mg/kg/día en descenso gradual y CFM 4 pulsos (1 200 mg c/u). A la fecha con reducción de CrS a 1.25 mg/dL, ausencia de artritis y tos; aún en tratamiento de inducción a la remisión.

**Discusión:** La mayor serie de SSP y AASV cuenta con 7 pacientes, que se refiere fueron principalmente p-ANCA con MPO-ANCA, al igual que nuestro paciente. El nuestro es el primer caso reportado en México; podemos determinar que la AASV asociada con síndrome de Sjögren es una presentación rara pero posible. La AASV puede revelar un SSP subyacente o surgir durante su evolución. En este caso, su presencia parece estar correlacionada con manifestaciones extraglandulares de SSP.

#### C095

### Estenosis traqueobronquial (ETB) en granulomatosis con poliangitis (GPA): retos y necesidades no resueltas

Marroquín-Fabián E, Ruiz-Gómez NI, Flores-Suárez LF

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

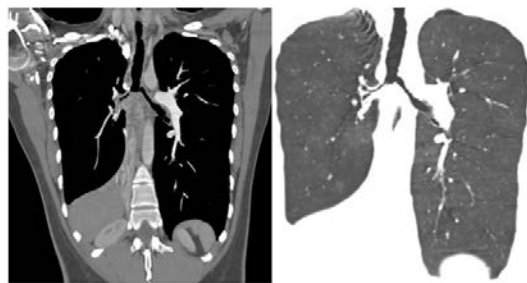
**Introducción:** La ETB es una manifestación aparentemente rara de GPA, mas con alta morbimortalidad y repercusión a largo plazo. Presentamos un caso muy grave de esta complicación.

**Presentación de caso:** Mujer, 27 años, diagnóstico en abril 2008 (sinusitis, disnea, tos y disfonía). Enero 2011: apendectomía en otro centro donde se hizo traqueostomía, complicada con neumotórax izquierdo. Regresó en julio 2011, reinició tratamiento (MTX 20 mg/sem, PDN 1 mg/kg/día a suspensión), entrando en remisión. En 2012 se detectó atelectasia de lóbulo inferior derecho (TACAR) secundaria a estenosis de bronquio inferior correspondiente, además de estenosis de ambos bronquios principales (6 mm). Entre 2011-2016 se sometió a 11 fibrobronoscopias (6 de revisión, 6 terapéuticas). Colocación de *stent* fallida en 2014. Espirometría (julio 2016): FVC 3.6 (99%), FEV1 0.74 (23%) y FEV1/FVC 20.6%. Gammagrama pulmonar: alteraciones perfusorias y ventilatorias lóbulos superior e inferior derechos e hipoventilado todo el izquierdo. Agosto 2016: bilobectomía media e inferior derecha por atelectasias totales. En POP inmediato:

broncoscopia con estenosis crítica que se dilató, dejando bronquio izquierdo con luz de 7 mm. Persiste estenosis de bronquio principal derecho, principal y segmentarios izquierdos.

**Discusión:** En la ETB secundaria a GPA no hay métodos diagnósticos validados y oportunos; tampoco existe consenso acerca del tratamiento óptimo y el seguimiento adecuado en cuanto a procedimientos de evaluación y su periodicidad. Las estenosis agudas e inflamatorias pueden responder al tratamiento inmunosupresor, pero en un tercio de los casos persisten estenosis fibróticas, que secundariamente presentan patrón obstructivo pulmonar e infecciones respiratorias de repetición. Por lo anterior, las ETB en GPA constituyen un problema no resuelto.

Figura 1.



#### C096

### Efectos del uso de hidroxicloroquina sobre el perfil de lípidos en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide

Batún-Garrido JAJ, Hernández-Núñez E, Olán F

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A Rovirosa Pérez

**Introducción:** Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan mayor prevalencia de dislipidemia, influyendo en ello el tratamiento empleado.

**Objetivo:** Determinar el efecto de la hidroxicloroquina sobre el perfil de lípidos en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Se incluyeron 82 pacientes; se les determinó el perfil lipídico. Se empleó *Ji cuadrada* para las variables categóricas y la prueba de Mann-Whitney para las continuas. Se realizó un modelo de regresión logística para determinar la asociación de las variables con la presencia de dislipidemia.

**Resultados:** 54.9% presentó dislipidemia; 26.8% presentó descenso del c-HDL, 24.4% elevación de triglicéridos y 40.2% elevación del c-LDL. La media de los triglicéridos fue 171.9 ± 57.2, la del c-HDL fue 46.8 ± 8.4 y la del c-LDL fue 116 ± 34.6. Se encontró significancia entre la presencia de dislipidemia y factor reumatoide positivo (0.005), obesidad (0.007), remisión de la enfermedad (0.037), PCR ≥ 2 mg/dL (0.024). Se encontró significancia entre la ausencia de dislipidemia y el uso de hidroxicloroquina (0.02). No se encontró diferencia entre la dislipidemia y el uso de metotrexato (0.14), glucocorticoides (0.05), leflunomida (0.79) o azatioprina (0.17). La obesidad (RR 4.79, IC 95% 1.5-5.1, p = 0.008) se asoció independientemente con la presencia de dislipidemia y el uso de hidroxicloroquina (RR 0.31, IC 95% 0.1-0.92, p = 0.035) con la ausencia.

**Conclusiones:** Los pacientes con AR presentan un perfil de lípidos proaterogénico. Se ha observado que el empleo de hidroxicloroquina mejora el perfil de lípidos, con lo cual el riesgo cardiovascular disminuye.

#### C097

### Síndrome metabólico y actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide

Batún-Garrido JAJ, Hernández-Núñez E, Olán F

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

**Introducción:** Existe una alta prevalencia del síndrome metabólico (SM) en los pacientes con artritis reumatoide (AR), la cual participa en el aumento del riesgo cardiovascular (RCV).

**Objetivos:** Determinar la asociación entre la presencia de SM y la actividad de la enfermedad en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Se estudió a 166 pacientes con el diagnóstico de AR. Se evaluó la actividad de la enfermedad mediante DAS-28 PCR y se estableció la presencia de SM según los criterios de NCEP ATP-III.

**Resultados:** El 51.8% presentó SM. Las principales alteraciones fueron aumento del perímetro abdominal (68.1%), hipoalfalipoproteinemia (60.2%) e hipertrigliceridemia (55.4%). Se observó que los pacientes con mayor actividad eran más propensos a tener SM. La actividad de la enfermedad se asoció con la presencia de SM ( $p = 0.007$ ). Se identificó que a mayor actividad, los pacientes tenían mayor número de componentes del SM. Un DAS-28 PCR  $\geq 2.3$  se asoció de manera independiente con el desarrollo de SM (RR 1.23; IC 1.64-2.35,  $p = 0.028$ ) y el uso de metotrexato se asoció de manera independiente con la ausencia de SM (RR 0.43, IC 0.19-0.96,  $p = 0.04$ ). Se encontró diferencia significativa entre la actividad de la enfermedad y la tensión arterial sistólica  $\geq 130$  mmHg ( $p = 0.018$ ), hipoalfalipoproteinemia ( $p = 0.001$ ) e hipertrigliceridemia ( $p = 0.003$ ).

**Conclusiones:** Existe una alta frecuencia de SM en los pacientes con AR, la cual puede asociarse con la actividad de la enfermedad, ya que ésta puede estar relacionada con mayor hipertensión arterial sistólica, hipertrigliceridemia e hipoalfalipoproteinemia.

## C098

### Proteína C reactiva, índice aterogénico y riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide

Batún-Garrido JAJ, Hernández-Núñez E, Olán F

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

**Introducción:** La proteína C reactiva ultrasensible (PCR-US) es un reactante de fase aguda que se ha asociado con el desarrollo de aterosclerosis y con el riesgo cardiovascular (RCV).

**Objetivos:** Determinar la relación de la PCR-US con el RCV y el índice aterogénico en pacientes con artritis reumatoide.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio en 166 pacientes con el diagnóstico de AR. Se determinaron las concentraciones séricas de PCR-US y se compararon con los factores de RCV tradicionales y no tradicionales, y con el tratamiento empleado.

**Resultados:** 54.8% presentó PCR-US  $\geq 10$  mg/L y 45.2%  $< 10$  mg/L; con una PCR-US media de 62.27 mg/L para los pacientes con PCR-US  $\geq 10$  mg/L y 3.02 mg/L para aquéllos con  $< 10$  mg/L. Se encontró diferencia significativa entre concentraciones elevadas de PCR-US y valores elevados de c-HDL ( $< 0.000$ ), edad (0.030), presencia de diabetes mellitus (0.026), factor reumatoide positivo (0.004), triglicéridos ( $< 0.003$ ), mayor actividad de la enfermedad (0.001) y presencia de síndrome metabólico (0.032). Se encontró un RCV de Framingham bajo (0.004) con menores concentraciones de PCR-US y riesgo moderado (0.032) a mayores concentraciones. Se identificó un índice bajo de Castelli (0.009) y de Kannel ( $< 0.000$ ) a menores valores de PCR-US. Los pacientes que emplearon hidroxycloquinina (0.030) y metotrexato (0.026) tuvieron menores concentraciones de PCR-US, ocurriendo lo contrario con el empleo de glucocorticoides (0.012).

**Conclusiones:** La PCR-US es un biomarcador accesible, lo cual nos permite tener una herramienta más para un adecuado control de nuestros pacientes a fin de disminuir el RCV.

## C099

### Factores de riesgo cardiovascular no tradicionales en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Batún-Garrido JAJ, Hernández-Núñez E, Olán F

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

**Introducción:** Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) tienen mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular (RCV) tradicionales, que sumados a la presencia de factores no tradicionales, aumentan la probabilidad de eventos cardíacos.

**Objetivos:** Determinar la importancia de los factores de RCV no tradicionales en pacientes con LES.

**Material y métodos:** Se estudiaron 51 pacientes con el diagnóstico de LES, se calculó el RCV de Framingham. Se realizó la razón de momios para determinar el peso específico de los factores de RCV.

**Resultados:** Factores de RCV no tradicionales: 90.1% tomaba glucocorticoides, 70.6% presentó niveles bajos de C3, 66.7% tuvo PCR  $> 2$  mg/L, 56.9% tenía  $> 4$  puntos de SLEDAI-2K, 41.2% presentó concentraciones bajas de C4, 29.4% tenía más de 10 años de duración de la enfermedad, 25.5% tenía nefritis lúpica. En lo que respecta a la presencia de anticuerpos asociados a RCV, 58.8%, 9.8%, 74.8% y 3.9% presentaron anti-Smith, anti-coagulante lúpico, anti-beta2glicoproteína I y anticardiolipinas positivos respectivamente. Los factores tradicionales con mayor peso de RCV grave de Framingham fueron: edad  $> 40$  años (RR 5.7, IC 2.45-12.5), hipertensión arterial (RR 4.4, IC 1.99-9.7) y colesterol total mayor  $> 200$  mg/dL (RR 3.3, IC 1.2-8.9). En lo que respecta a los no tradicionales se encontró: pesos disminuidos con un SLEDAI 2K (RR 0.22, IC (0.06-0.7); uso de prednisona (RR 0.39, IC (0.19-0.8) y PCR  $> 2$  mg/dL (RR 0.69, IC 0.5-0.97).

**Conclusiones:** Es importante diseñar nuevas estrategias para determinar el RCV en pacientes con enfermedades inflamatorias y con ello disminuir la morbimortalidad.

## C100

### Influencia de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) sobre el perfil lipídico en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Batún-Garrido JAJ, Hernández-Núñez E, Olán F

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

**Introducción:** La dislipidemia es una comorbilidad frecuente en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y es favorecida por la obesidad central, el síndrome nefrótico, los glucocorticoides y los inmunosupresores.

**Objetivo:** Determinar la influencia del tratamiento empleado en pacientes con LES sobre el perfil de lípidos.

**Material y métodos:** Se incluyeron 51 pacientes. Se registró el perfil de lípidos y los fármacos empleados. Se realizó modelo de regresión logística para determinar la asociación de las variables con la presencia de dislipidemia.

**Resultados:** El 68.6% presentó dislipidemia. El 52.9% mostró descenso del c-HDL, 35.3% elevación de triglicéridos y 19.6% elevación del c-LDL. Se encontró diferencia significativa entre la presencia de dislipidemia y nefropatía lúpica (0.02), uso de prednisona  $\geq 20$  mg/día (0.0009). Se observó significancia entre la ausencia de dislipidemia y el empleo de hidroxycloquinina (0.02). No se encontró diferencia entre la dislipidemia y el uso de micofenolato (0.28) o azatioprina (0.17). Los pacientes que emplearon hidroxycloquinina tuvieron medias de c-HDL  $43.6 \pm 11.9$ , triglicéridos de  $187.9 \pm 95.1$  y c-LDL de  $112.3 \pm 51.9$ . Los pacientes que emplearon glucocorticoides  $> 20$



mg/dL tuvieron medias de c-HDL  $37.1 \pm 9.1$  (0.001), c-LDL  $123 \pm 51.1$  (0.38) y de triglicéridos  $216.2 \pm 115.4$  (0.04). El uso de prednisona  $> 20$  mg/día (RR 6.67, IC 1.63-5.67,  $p = 0.036$ ) se asoció independientemente con la presencia de dislipidemia y el uso de hidroxycloloquina (RR 0.18, IC 0.38-0.9,  $p = 0.02$ ) con la ausencia.

**Conclusiones:** Es necesario disminuir en la medida de lo posible el empleo de glucocorticoides y primar el uso de hidroxycloloquina.

## C101

### Relación entre la presencia de anemia y el riesgo de osteoporosis en pacientes con artritis reumatoide

Batún-Garrido JAJ, Hernández-Núñez E, Olán F

Hospital de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez

**Introducción:** Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan mayor prevalencia de osteoporosis.

**Objetivos:** Determinar la asociación entre la presencia de anemia y la densidad ósea en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Se estudiaron 126 pacientes con el diagnóstico de AR. Se determinaron las concentraciones séricas de hemoglobina y la densitometría ósea (DMO) por medio de absorciometría de rayos X de energía dual.

**Resultados:** El 32.5% presentó hemoglobina  $< 12$  g/dL. Media de hemoglobina  $12.6 \pm 1.3$  g/dL. La media del T-Score de columna lumbar fue  $-1.7 \pm 1.5$  y DMO  $0.88 \pm 0.19$ ; 37.3% presentó osteopenia y 32.5% osteoporosis. La media T-Score de fémur fue  $-0.6 \pm 1.4$  y DMO  $0.83 \pm 0.22$ ; 23.8% osteopenia y 12.8% osteoporosis. Se encontró significancia entre concentraciones de hemoglobina  $< 12$  g/dL y menor índice de masa corporal (0.001), PCR-Us (0.004), albúmina (0.017), T-Score de fémur ( $< 0.000$ ) y DMO de fémur (0.006). Se identificó relación entre hemoglobina  $\geq 12$  g/dL y DMO de fémur normal (0.001) y la hemoglobina  $< 12$  g/dL y DMO de fémur con osteoporosis ( $< 0.000$ ). Existió una asociación independiente entre la ausencia de DMO de fémur normal y una hemoglobina  $< 12$  g/dL (RR 0.33, IC 0.12-0.85,  $p = 0.02$ ). Y una asociación independiente entre la presencia de DMO de fémur con osteoporosis y la hemoglobina  $< 12$  g/dL (RR 6.2, IC 1.2-30.6,  $p = 0.025$ ).

**Conclusiones:** Hemos observado que puede existir una probable relación entre las concentraciones de hemoglobina y la DMO.

## C102

### Una auditoría para determinar las características de los síntomas axiales y los estudios de imagen en los niños/adolescentes con espondiloartritis de inicio juvenil/entesitis relacionada con artritis de acuerdo a lo descrito en la literatura

Ortiz-Peyegahud AL, Burgos-Vargas R

Hospital General de México

**Antecedentes:** La escasa información acerca de la afección del esqueleto axial en pacientes con SpA juvenil indica que  $< 20\%$  tiene dolor dorsolumbar o sacroiliaco y sacroileitis radiográfica del tipo visto en la espondilitis anquilosante del adulto. Empero, la información es escasa, poco detallada y ambigua.

**Objetivos:** Identificar los elementos que definen la afección axial en niños y adolescentes con SpA.

**Métodos:** Se extrajo información de síntomas axiales, hallazgos clínicos y estudios de imagen de columna vertebral y sacroiliacas reportada en grupos

de casos, estudios de casos y controles y cohortes recogidos en PubMed 1966-2016.

**Resultados:** 34/1 405 artículos mencionan datos clínicos y de imagen acerca de la afección axial en niños y adolescentes que evolucionan a espondilitis anquilosante. La mayoría de los artículos no describe características de las manifestaciones, tiempo que transcurre entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico de espondilitis anquilosante, lo que hace imposible establecer el valor diagnóstico de datos clínicos y de imagen para la clasificación de estos pacientes. Los escasos artículos con metodología adecuada establecen que  $< 20\%$  de los pacientes tiene manifestaciones clínicas y radiográficas en los primeros años de la enfermedad y que los datos definitivos aparecen 5 a 10 años después del inicio de los síntomas periféricos.

**Conclusión:** La información reportada en la literatura es insuficiente para describir las características de la afección axial en pacientes con SpA juvenil. En este contexto, parece que la búsqueda de métodos más sensibles para detectar la inflamación del esqueleto axial en niños tendrá un éxito limitado.

## C103

### Coexistencia de lupus eritematoso sistémico juvenil y colitis ulcerativa: presentación de un caso

Céspedes-Cruz AI, Ruiz-Vela N, Rodríguez-Maldonado MG, Zeferino-Cruz M, Torres-Jiménez A, Villezas-Carbajal J, Velázquez-Cruz A

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico y la colitis ulcerativa son enfermedades sistémicas secundarias a una respuesta inmune anormal; la coexistencia de estas dos enfermedades es muy rara (0.04%) y frecuentemente la enfermedad que primero se diagnostica está inactiva al momento en que la segunda se manifiesta.

**Caso clínico:** Femenino de 15 años a quien se le diagnosticó lupus eritematoso sistémico 2 años antes por la presencia de artritis, eritema malar, biopsia renal con glomerulonefritis tipo II, enteropatía perdedora de proteínas, leucocitopenia, ANA y anti-DNA positivos, C3 y C4 disminuidos. Recibe tratamiento con esteroide sistémico, ciclofosfamida 8 ciclos mensuales, posteriormente micofenolato de mofetilo manteniéndose controlada por 2 años. Inicia padecimiento actual en abril 2016 con fiebre hasta  $38.5^{\circ}\text{C}$  en picos, evacuaciones disminuidas de consistencia 5/24 horas, inicialmente sin sangre, ni moco; sin embargo, a los 15 días se agrega sangre fresca, disminución de Hb hasta 6 g y requiere transfusión cada 24 horas. Se descarta proceso infeccioso, ANA en 1.7, anti-DNA negativo, C3 y C4 en rangos normales. Se realiza panendoscopia que reporta úlceras en todo el colon. El reporte de la biopsia con glándulas distorsionadas, dilatadas, úlceras activas, infiltrado inflamatorio agudo, intramural sin vasculitis, por lo que se realiza el diagnóstico de colitis ulcerativa. Recibe tratamiento con metilprednisolona sin respuesta, por lo que se agrega infliximab con adecuada respuesta desde la primera dosis.

**Conclusión:** En pacientes con lupus eritematoso sistémico y hematoquecia se debe descartar colitis ulcerativa. El lupus eritematoso sistémico y la colitis ulcerativa son enfermedades sistémicas secundarias a una respuesta inmune anormal; la coexistencia de estas dos enfermedades es muy rara (0.04%) y a menudo la enfermedad que primero se diagnostica está inactiva al momento en que la segunda se manifiesta.

## C104

### Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) y síndrome de encefalopatía posterior reversible (SLPR) como manifestaciones de lupus eritematoso sistémico (LES). Reporte de un caso



Villarreal-Estrada EY, Pérez-Mejía J, Sibaja-Veloz MJ, Echeverría-González G, Castro-Lizano N

Centro Médico Nacional de Occidente

**Introducción:** El SLPR es una afección de la sustancia blanca en el área posterior cerebral por mecanismos vasogénicos. Está relacionada con enfermedades del tejido conectivo, tratamiento inmunosupresor y anemia hemolítica microangiopática. En los pacientes con LES, la microangiopatía trombótica puede deber a PTT, asociada con mayor mortalidad.

**Caso:** Femenino de 22 años de edad con 6 años de evolución con manifestaciones cutáneas y articulares. Un año previo presentó trombocitopenia y crisis convulsivas, confirmando hemólisis microangiopática, con diagnóstico de PTT. Se inicia manejo con 1 g de metilprednisolona por 5 días, plasmaféresis y rituximab (375 mg/m<sup>2</sup>) por 4 dosis, con lo que se revierten la citopenia y la alteración neurológica. Por proteinuria en rango nefrótico, lesión renal aguda e hipertensión se realizó biopsia renal (glomerulonefritis clase IV). Se clasifica como LES (SLICC 2012). Recibió 4 pulsos de ciclofosfamida (0.6 mg/m<sup>2</sup>). Es reingresada por choque séptico por neumonía adquirida en la comunidad tratada con imipenem/cilastatina por 14 días, aislando *Pseudomonas aeruginosa*. Posteriormente inicia con visión borrosa, cefalea y dos eventos de crisis convulsivas tónico-clónicas. Se solicita resonancia magnética, en la que se observan lesiones de hiperséñal en la sustancia blanca frontal, occipital y cápsula externa, correspondientes a edema vasogénico (LSRP), el cual fue reversible en estudio de imagen posterior.

**Discusión:** Trastornos microangiopáticos en pacientes con LES se encuentran en relación con PTT y síndrome antifosfolípidos catastrófico, con gran mortalidad. La LSRP no es una condición excepcional en pacientes con LES. Debe diferenciarse de neurolupus o causas infecciosas en relación con la inmunosupresión. La evolución clínica y radiológica es rápidamente favorable.

## C105

### Seudotumor ocular y paquimeningitis hipertrófica crónica (PHC) como manifestaciones de granulomatosis con poliangiitis localizada

Villarreal-Estrada EY, Pérez-Mejía J, Sibaja-Veloz MJ, Echeverría-González G, Castro-Lizano N

Centro Médico Nacional de Occidente

**Presentación:** La PHC idiopática es una entidad fibroinflamatoria de la duramadre. Se requiere la exclusión de enfermedades infecciosas, tumorales e inflamatorias. Presentamos un caso de PHC relacionada con vasculitis ANCA positiva como forma de vasculitis limitada al sistema nervioso central.

**Caso:** Masculino de 35 años de edad, con presencia de cefalea, dolor retroorbitario de 2 años de evolución. Presenta afección ocular destructiva derecha, la cual condicionó ceguera total y neuropatía irritativa del trigémino compresiva. Se realizó orbitectomía descompresiva por presencia de tumor orbitario. Se corrobora biopsia de tejido ocular presentando inflamación vascular con granulomas, con C-ANCA:+++; sin manifestaciones renales o pulmonares. Se inicia manejo con ciclofosfamida (0.6 mg/m<sup>2</sup>) 6 pulsos, así como rituximab, 2 g, con buena respuesta. Ocho meses después reinició con cefalea intensa de 8 semanas de evolución, por lo cual se hospitalizó para abordaje. Se descartó neuroinfección. Se realizó resonancia magnética con gadolinio, en la que se observó engrosamiento dural del tentorio con hiperintensidad en T2, realce con gadolinio, característico de PHC, relacionando con enfermedad de base. Por lo anterior se decide iniciar manejo nuevamente inmunosupresor a base de 1 g de metilprednisolona, 3 dosis, con mejoría significativa de la sintomatología. Con posterioridad se decide nuevamente la aplicación de rituximab 2 g, con una buena respuesta al mismo.

**Discusión:** Esta entidad requiere estudio histopatológico. Con el antecedente de poliangiitis granulomatosa localizada a nivel ocular y el descarte de

otras entidades se pudo llegar al diagnóstico, con un tratamiento eficiente para el paciente. Existen pocos casos informados de PHC asociados a ANCA (0.6%) de forma limitada.

## C106

### Síndrome de Evans como manifestación en superposición dermatomiositis/esclerosis sistémica: reporte de caso

Marín-Hernández APG, Cordero-Sánchez G, Tondopo-Guerrero J, Portela-Hernández M, Barile-Fabris AL

Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** El síndrome de Evans, descrito por primera vez en 1951, es un trastorno inmunológico poco frecuente, caracterizado por la combinación simultánea o secuencial de trombocitopenia inmune y anemia hemolítica autoinmune. Puede ser secundario a enfermedades autoinmunes.

**Caso clínico:** Mujer de 55 años con diagnóstico definido de dermatomiositis (5 criterios de Bohan y Peter) en 1987. Posteriormente presentó calcinosis cutis generalizada. En 1993 se diagnosticó esclerosis sistémica difusa por engrosamiento cutáneo en cara, cuello, tórax anterior, antebrazos, brazos, manos y dedos, ocasionando contractura de codos en flexión; lesiones en sal y pimienta, disfagia, fenómeno de Raynaud y enfermedad pulmonar intersticial difusa. En 2011 presentó hemorragia mucocutánea, trombocitopenia (4 000/μL) y anemia hemolítica, Coombs directo positivo con Hb 6.2 g/dL, Hto 19.2%, VCM 86 fl, HCM 28.8 pg, DHL 707 U/L, BI 1.2 mg/dL, reticulocitos 3.8%, concluyendo síndrome de Evans. Recibió dexametasona, inmunoglobulina intravenosa y pulsos de metilprednisolona por falta de respuesta. Gammagrama hepatoesplénico confirmó hipersplenismo. Posteriormente tuvo mejoría parcial. En 2016 ingresó por petequias y equimosis en extremidades inferiores, gingivorragia y otorragia derecha; presentó plaquetas de 3 000/μL. Rodnan modificado 15 puntos. Recibió dexametasona, inmunoglobulina IV, metilprednisolona y rituximab, por no presentar respuesta. Después tuvo respuesta parcial. Se valorará esplenectomía según evolución.

**Discusión:** El síndrome de Evans es un trastorno con morbilidad y mortalidad significativas, tendencia a la cronicidad y recurrencias, así como respuesta variable al tratamiento, en algunos casos refractario. El presente caso es el primer reporte de síndrome de Evans en superposición de esclerosis sistémica y dermatomiositis.

Figura 1



C107

**Hemorragia subaracnoidea por aneurismas fusiformes múltiples en una paciente con lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso**

López-Marquet MF, Pérez-Cristóbal M, Jiménez-Balderas FJ, Barile-Fabris LA

*Departamento de Reumatología, Hospital Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS*

**Introducción:** La incidencia de hemorragia subaracnoidea (HSA) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es mayor que en la población general; los casos reportados son escasos y la mayoría se debe a aneurismas de localización atípica.

**Caso:** Mujer de 27 años de edad con diagnóstico de LES en 2006; ingresó al Servicio de Neurocirugía el 26/01/2016 por cefalea intensa holocraneana, emergencia hipertensiva y pérdida del estado de alerta. Inicialmente se realizó TAC de cráneo simple con HSA Fisher III y posteriormente panangiografía con múltiples aneurismas fusiformes a nivel cerebral (12 en total), yeyunal y renal. Se interconsultó a nuestro servicio, no se documentó actividad sistémica y por sospecha de vasculitis cerebral se inició metilprednisolona, 500 mg cada 24 h por tres dosis. El 10/02/2016 se realizó clipaje de aneurisma pericallosal izquierdo y exclusión de aneurisma de arteria frontopolar. Dicho aneurisma se envió a patología, que reportó pérdida de la lámina elástica interna y engrosamiento de la íntima, sin vasculitis. La paciente tuvo evolución satisfactoria y egresó sin eventualidades. Durante su seguimiento en la consulta externa no se ha documentado actividad por LES pero persiste con múltiples aneurismas con alto riesgo de resangrado.

**Discusión:** Existen pocos casos reportados de HSA aneurismática en LES. Se han planteado múltiples hipótesis sobre su origen, como aterosclerosis, hipertensión arterial y en algunos casos vasculitis; frecuentemente son aneurismas fusiformes de localización inusual. Sin embargo, no siempre se ha logrado detectar vasculitis, por lo que la causa sigue siendo incierta y se convierte en un reto terapéutico.

C108

**Neumonía intersticial rápidamente progresiva como manifestación inicial de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (pulmón dominante)**

Aguilera-Barragán Pickens G, Ramos-Bello D, Cuevas-Orta E, Falcón-Escobedo R, Abud-Mendoza C

*Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto; Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí*

**Introducción:** La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es manifestación frecuente de enfermedades difusas del tejido conectivo (EDTC); puede ser manifestación inicial e incluso preceder a EDTC. No es infrecuente que ocurra en pacientes con datos distintivos de autoinmunidad pero que no cumplen criterios para enfermedad definida, lo que se denomina enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC) con pulmón dominante.

**Reporte de caso:** Mujer de 35 años hospitalizada para estudio de insuficiencia respiratoria hipoxémica. Inició 4 meses previos con tos no productiva, disnea progresiva a mínimos esfuerzos; se documentó síndrome sicca y poliartritis. Tomografía pulmonar: patrón mixto de consolidación pulmonar y vidrio desdoblado sugerente de neumonía organizada. Factor reumatoide positivo a títulos altos, anticuerpos antinucleares 1:640 patrón moteado y anti-Ro positivo. Biopsia pulmonar: fibrosis difusa en panel de abeja e infiltrado inflamatorio linfocitario, sin membranas hialinas. Ante sospecha de Sjögren primario se

tomó biopsia de glándula salival menor: escaso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario. Recibió dosis altas de esteroides, micofenolato de mofetil y leflunomida; posteriormente ventilación mecánica y antimicrobianos de amplio espectro. Evolución subsecuente tórpida con fallecimiento días después de biopsia pulmonar.

**Discusión:** La EPI rápidamente progresiva puede ser manifestación inicial de EDTC. Ante patrones tomográficos de neumonía organizada y neumonía intersticial no específica deben buscarse intencionadamente datos sugerentes de autoinmunidad y su asociación con EDTC. EPI con datos de autoinmunidad (también llamada EITC con pulmón dominante) generalmente conlleva mejor pronóstico que las formas idiopáticas. Nuestra paciente no cumplió criterios para enfermedad definida del tejido conectivo y se clasificó como EITC con pulmón dominante.

C109

**Correlación de niveles séricos de peptidil arginina deaminasa (PAD) 3 y 4 con variables clínicas en artritis reumatoide**

Vera-Navarrete EY<sup>(1)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(2)</sup>, Pérez-Guerrero EE<sup>(1)</sup>, Chávez-García D<sup>(3)</sup>, Zúñiga-Mora JA<sup>(3)</sup>, González-López LC<sup>(4)</sup>

*(1)Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, (2)Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, (3)Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, (4)Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS*

**Introducción:** En la generación de autoanticuerpos ACPA en artritis reumatoide (AR) se involucra la citrulinación de algunas proteínas. Esta citrulinación es catalizada por la enzima peptidil arginina deaminasa (PAD). Distintas isoformas de PAD: PAD4 y PAD3 son también blanco de otro subgrupo de autoanticuerpos (anti-PAD4 y anti-PAD3). Estudiar la asociación de isoformas de PAD con actividad de la enfermedad es interesante para evaluar su potencial utilidad como biomarcadores.

**Objetivo:** Evaluar la posible asociación de los niveles séricos de PAD 3 y 4 con la actividad en AR.

**Material y métodos:** Se incluyeron 40 pacientes con AR (ACR 87). Se realizó clinimetría, incluyendo DAS-28. Las isoformas PAD 3 y 4 se determinaron mediante ELISA; proteína C-REACTIVA y factor reumatoide por nefelometría. Análisis estadístico de PAD3, PAD4 utilizando correlación de Spearman (rho).

**Resultados:** Niveles de PAD 3 correlacionaron significativamente con los de PAD4 (rho=0.665, p<0.001); con severidad de DAS-28 (rho=0.402, p=0.015), severidad de rigidez articular (rho=0.369, p=0.032), e intensidad del dolor (rho=0.363, p=0.035). Niveles de PAD 4, correlacionaron también con DAS-28 (rho=0.355, p=0.034); y tuvieron tendencia a correlación con factor reumatoide sin alcanzar significancia (rho=0.337, p=0.064) o con severidad de dolor (rho=0.313, p=0.072).

**Conclusión:** Niveles de PAD3 y PAD4 correlacionaron de forma significativa con variables de actividad de la enfermedad y pueden ser potenciales biomarcadores de un subgrupo de pacientes con una enfermedad más severa. Futuros estudios deberán evaluar su utilidad como predictores de desenlace.

C110

**Seudotumor retroorbitario (PTO), problema diagnóstico en granulomatosis con poliangeítis (GPA). A propósito de un caso**

López-Marquet MF, Vázquez-Zaragoza MA, Jiménez-Balderas FJ

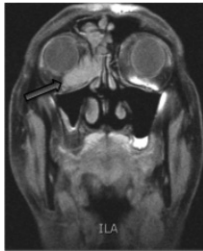
*Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS*

**Introducción:** La infiltración granulomatosa retroorbitaria es la complicación más común de LA granulomatosa con poliangitis (GPA) hasta en 40% de los pacientes. Varias entidades comparten características similares por imagen, como sarcoidosis, tuberculosis, linfoma, hemangioma cavernoso y malformaciones venolinfáticas. El diagnóstico diferencial es imprescindible para el tratamiento definitivo.

**Caso:** A continuación describimos el caso de un hombre de 57 años de edad, con diagnóstico de GPA en el año 2009. Inició en enero de 2016 con sinusitis frontal y maxilar, escleritis no necrosante y diplopía con evolución a oftalmoplejía dolorosa, exoftalmos y sospecha de pseudotumor inflamatorio vs. linfoma por imagen en resonancia magnética (IRM) (Figura 1). Se realizó cirugía nasal funcional con toma de biopsia orbito-nasal derecha. En julio presentó empeoramiento de las manifestaciones oculares, principalmente diplopía y endoftalmos, por lo que fue hospitalizado e inició tratamiento con bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida 500 mg/m<sup>2</sup> SCT. El reporte histopatológico mostró granulomas necrosantes con células gigantes y vasculitis con predominio de neutrófilos "full-house"; con cultivos y PCR para *M. tuberculosis* negativos. Continuó seguimiento en consulta externa sin dolor ocular y con mejoría de diplopía.

**Discusión:** Se descartaron entidades que por imagen suele ser indistinguibles de GPA ya que el paciente presentó la tríada clásica histológica de vasculitis que sólo se observa en 16% de los casos. Sin embargo, el pronóstico es malo como resultado del comportamiento fibrótico orbitario, que en sus estadios finales conlleva a endoftalmos, compresión orbitaria, neuritis óptica isquémica y por lo tanto ceguera.

**Figura 1.** Imagen en T2. Flecha negra. Hipersensibilidad en órbita derecha. Pseudotumor orbitario con desplazamiento de órbita, contigüidad de afectación de senos paranasales.



## C111

### Daño acumulado en lupus eritematoso sistémico en una cohorte mexicana de un centro de tercer nivel de atención

López-Marquet MF, Portela-Hernández M, Pérez-Cristóbal M

Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune de causa multifactorial con periodos recurrentes de actividad que pueden desencadenar daño acumulado. En México existe poca información al respecto, ya que en la práctica clínica habitual se utilizan escalas para medir actividad, pero con poca frecuencia se mide el daño acumulado.

**Objetivo:** Cuantificar el daño acumulado en LES mediante SLICC/ACR-DI (SDI) y analizar los factores asociados en un centro de referencia de tercer nivel de atención.

**Material y/o métodos:** Estudio retrospectivo. Se incluyeron 196 pacientes con más de 6 meses de diagnóstico de LES (criterios ACR), procedentes de la consulta externa de reumatología de diciembre de 2015 a mayo de 2016. La actividad de la enfermedad se midió con SLEDAI 2-K y el daño con SDI.

**Resultados:** Se incluyeron 169 mujeres y 27 hombres, edad promedio de 39 ± 13.5 años y 11.47 ± 8.5 años de diagnóstico de LES, sin diferencias en cuanto a actividad de la enfermedad y al uso de inmunosupresores; 127

pacientes (64.7%) tuvieron puntaje SDI de 1.73 ± 1.1 y 12.5 ± 9.1 años de diagnóstico de LES. Los ítems más afectados fueron el neuropsiquiátrico (22.9%), vascular periférico (14.7%) y diabetes (9.6%). Comorbilidades: 52.5% son hipertensos y 30% con historia de tabaquismo.

**Conclusión:** El 64.7% de los pacientes tuvo SDI > 1. Los ítems más afectados fueron neuropsiquiátrico, vascular y diabetes. Los factores asociados con daño son mayor edad y mayor tiempo de evolución de la enfermedad. Se observó una tendencia a tener más daño en pacientes con mayor dosis acumulada de glucocorticoides.

## C112

### Leucemia mieloide aguda y lupus eritematoso sistémico: ¿diagnóstico concurrente?

Morales-Santaella AL<sup>(1)</sup>, Loaiza-Félix J<sup>(2)</sup>, Vargas-Guerrero A<sup>(2)</sup>, Rojas-Aquino CA<sup>(3)</sup>, Ferrusquía-Toriz DL<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, Hospital General Tláhuac, <sup>(2)</sup>Reumatología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, <sup>(3)</sup>Hematología, Hospital General Tláhuac

**Introducción:** Los fenómenos inmunes en las neoplasias contribuyen a la confusión del diagnóstico diferencial (primario vs. secundario) en el síndrome mielodisplásico (SMD).

**Presentación del caso:** Mujer de 34 años con una hermana con lupus eritematoso sistémico (LES), en estudio por síndrome anémico, fiebre y pérdida de peso, enviada al INCAN con la sospecha de leucemia aguda. Sin diagnóstico concluyente por biopsia de médula ósea, desarrolló caída abundante de cabello y úlceras mucosas. Con anticuerpos antinucleares, anti-DNAc y anti-Sm positivos a títulos altos, se diagnosticó como LES e inició tratamiento con prednisona, cloroquina y 6-mercaptopurina. A las 2 semanas presentó metrorragia por trombocitopenia grave y recibió metilprednisolona y rituximab. Con 16% de células inmaduras en frotis, se atribuyó a SMD secundario a LES. Posterior a inmunoglobulina intravenosa desarrolló fiebre y fue tratada con antimicrobianos y antifúngicos empíricos. Por TAC con hepatoesplenomegalia masiva. Desarrolló prolapso rectal, dolor abdominal y vómito, y en las siguientes horas, choque distributivo y muerte. Del nuevo aspirado de médula ósea se obtuvieron 65% de células granulosas de tamaño pequeño con nucléolos prominentes, cromatina laxa, compatibles con blastos mieloides de tipo 1, con lo que se concluyó leucemia mieloide aguda (LMA) M1.

**Discusión:** En las cohortes evaluadas, SMD/LMA asociada con LES ocurre a edades tempranas y con un tiempo de latencia superior a los 8 años. Las neoplasias hematológicas pueden presentarse con títulos altos de antinucleares y especificidades negativas. La evolución final de la paciente se corresponde con LMA mal diferenciada aunque la edad y los hallazgos serológicos sugieren su asociación con LES.

## C113

### Glomerulonefritis membranosa pura con patrón full-house

Fonseca-González GT, Escobar-Torres O, García-López VH, Calderón-Estrada R, Ferrusquía-Toriz DL

Medicina Interna, Hospital General Tláhuac

**Introducción:** El estudio histopatológico renal con inmunofluorescencia de los pacientes con proteinuria masiva aporta información muy útil.

**Presentación:** Femenino de 48 años, en estudio por anasarca. Tiene una sobrina con lupus eritematoso sistémico (LES) y es portadora de hipertensión arterial sistémica. Inició con astenia, adinamia, pérdida de cabello, anasarca y disnea de esfuerzo. Con creatinina 1.4 mg/dL, albúmina 1.2 g/dL, CT 399 mg/dL, triglicéridos 366 mg/dL, EGO sin hematuria ni cilindros,



proteinuria en orina de 24 horas de 22 g/dL. Ecografía renal normal. TAC toracoabdominopélvica sin evidencia de tumoraciones. Serología para virus de hepatitis B, C y VIH negativas. Por biopsia renal, con depósitos granulares finos en membrana basal glomerular de IgM (+++), IgG (+++), C3, C1q. Anticuerpos antinucleares con patrón homogéneo 1:320.

**Discusión:** Sólo 10-20% de los pacientes con nefritis lúpica presenta la variante membranosa pura. Los afectados se presentan con proteinuria, niveles normales o ligeramente elevados de creatinina sérica con pocas o ninguna otra manifestación de LES. La biopsia renal en pacientes con nefropatía membranosa revela resultados similares a los de la primaria. Sin embargo, la deposición glomerular de IgG, IgM, IgA, C3 y C1q (es decir, un "full house") sugiere fuertemente LES, para incluirla en los criterios de clasificación. Incluso aquellos con serología negativa pueden seroconvertirse o desarrollar otras manifestaciones sistémicas en el seguimiento. Los estudios de pacientes con nefropatía membranosa lúpica pura han sugerido una supervivencia renal de 10 años en 72 a 98%.

### C114

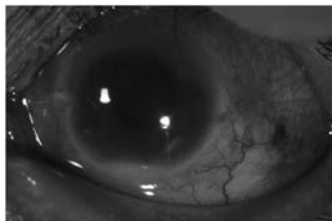
#### Asociaciones de enfermedades reumatológicas en pacientes mestizo-mexicanos con escleritis

Hübbe-Tena CB<sup>(1)</sup>, Concha-del Río LE<sup>(2)</sup>, Azses-Halabe Y<sup>(2)</sup>, Feria-Anzaldo E<sup>(2)</sup>, Cheja-Kalb R<sup>(2)</sup>, Arellanes-García L<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Asociación para Evitar la Ceguera en México, <sup>(2)</sup>Oftalmología, Asociación para Evitar la Ceguera en México, <sup>(3)</sup>Servicio de Enfermedades Inflammatorias Oculares, Asociación para Evitar la Ceguera en México

**Introducción:** La escleritis está caracterizada por edema e infiltración celular de las capas profundas de la esclera. Los pacientes presentan dolor severo y ojo rojo (**Figura 1**); 50% tiene una enfermedad sistémica asociada: artritis reumatoide (AR) (10.3-18.6%), granulomatosis con poliangitis (GPA) (3.8-8.1%), policondritis recidivante (10.3-6.4%), lupus eritematoso sistémico (LES) (1.0-4.1%), enfermedad inflamatoria intestinal (2.1-4.1%), espondiloartritis (0.3-3.5%) y poliarteritis nodosa (0.4-1.1%).

Figura 1



**Objetivo:** Determinar porcentaje, curso clínico y tratamiento de escleritis con etiología reumatológica en nuestra población.

**Método:** Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. Se revisaron los expedientes de pacientes con diagnóstico de escleritis ingresados y con seguimiento en la Asociación Para Evitar la Ceguera en México desde 2013 a la fecha. En el análisis estadístico para las variables categóricas se utilizó la prueba exacta de Fisher; las variables continuas se compararon con la prueba Mann-Whitney. Para valorar las recurrencias se usó el análisis de supervivencia de Kaplan-Meier.

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes; se excluyeron 2 por tener infección: 76% mujeres, media de edad 49 años (89-14); 56% idiopáticas, 31% AR, 10% GPA, 1.7% LES; 13% con diagnóstico sistémico previo, 28% al debutar con escleritis y 28% con el tiempo. Primera manifestación en 10 pacientes; 17.2% con queratitis ulcerativa periférica asociada. Número de episodios: 56% uno, 20% dos, 17% tres y 5% cuatro. El 44% recurrió; de éstos, 92%

tenía tratamiento con esteroide VO y 8% con inmunosupresor. Recurrencias en 30% con escleritis idiopática, 70% con enfermedad autoinmune.

**Conclusión:** La escleritis es una manifestación de múltiples enfermedades reumatológicas. Su pronóstico está asociado con su diagnóstico y tratamiento sistémico.

### C115

#### Escleritis como signo para diagnosticar policondritis recidivante

Hübbe-Tena CB<sup>(1)</sup>, Cheja-Kalb R<sup>(2)</sup>, Concha-del Río LE<sup>(2)</sup>, Lisker-Cervantes A<sup>(2)</sup>, Arellanes-García L<sup>(3)</sup>

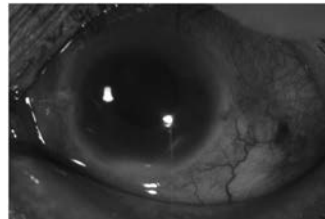
<sup>(1)</sup>Reumatología, Asociación para Evitar la Ceguera en México, <sup>(2)</sup>Oftalmología, Asociación para Evitar la Ceguera en México, <sup>(3)</sup>Departamento de Enfermedades Inflammatorias Oculares, Asociación para Evitar la Ceguera en México

**Presentación:** Alrededor de 50% de los pacientes con escleritis tiene una enfermedad sistémica asociada, como artritis reumatoide (10.3-18.6%), granulomatosis con poliangitis (3.8-8.1%), policondritis recidivante (PR) (10.3-6.4%), lupus eritematoso sistémico (1.0-4.1%), enfermedad inflamatoria intestinal (2.1-4.1%), espondiloartritis (0.3-3.5%) y poliarteritis nodosa (0.4-1.1%).

**Caso clínico:** Paciente masculino de 44 años, quien acudió a la Asociación Para Evitar la Ceguera en México por presentar ojo rojo, dolor ocular periorbitario y prurito en ambos ojos, de 3 meses de evolución (**Figura 1**). Inicialmente un oftalmólogo le indicó gatifloxacino y prednisolona tópica por 1 mes, sin mejoría. Niega antecedentes. Al interrogatorio refiere diaforesis y fiebre nocturna de 2 meses de evolución, hipoacusia bilateral de predominio izquierdo, inflamación del pabellón auricular izquierdo, dolor torácico. Exploración oftalmológica: agudeza visual 20/800, conjuntiva con hiperemia difusa de 360° en ambos ojos que no aclara con fenilefrina, nódulos conjuntivales temporales bilaterales, celularidad en cámara anterior. Se hizo el diagnóstico de esclerouveítis bilateral granulomatosa. Los estudios de laboratorio generales normales; VDRL, PPD, ANCA, anti-MPO y anti-PR3 negativos. Se realizó biopsia de pabellón auricular izquierdo que reporta PR. Inicia tratamiento: metilprednisolona 1g/día por 3 dosis, seguido de prednisona 70 mg/día (1 mg/kg); fue referido al servicio de reumatología. Se estudió la afección sistémica con TACAR, espirometría, EKG, ECO y función renal; fueron normales. Se indicó metotrexato; disminuimos prednisona gradualmente.

La escleritis es una manifestación de múltiples enfermedades reumatológicas. Hasta el 10% se presenta en PR. El 20% de los pacientes con PR debutan con escleritis y hasta 65% en el curso de la enfermedad.

Figura 1



### C116

#### Niveles séricos de osteopontina en pacientes con síndrome de superposición entre artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico

Moreno-Ramírez M, Pérez-García LF, Loaiza-Félix J, Amezcua-Guerra LM

Instituto Nacional de Cardiología Dr. Ignacio Chávez



**Introducción:** La superposición entre artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES) constituye un complejo síndrome de etiología desconocida y patogénesis poco clara, referido frecuentemente como Rhupus. La osteopontina, una proteína no colágena del hueso con actividad de citocina y profundos efectos sobre linfocitos, macrófagos y células citotóxicas, pudiera tener un papel relevante en Rhupus.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal, comparativo y analítico que incluyó a pacientes consecutivos con diagnóstico establecido de AR, LES o Rhupus, así como controles sanos. Se recabaron datos clínicos y se midió la concentración sérica de osteopontina mediante ELISA.

**Resultados:** Se incluyeron 9 pacientes con Rhupus, 9 con LES y 8 con AR, y se compararon con 9 controles. Las características clínicas y demográficas fueron equiparables entre los grupos (Tablas 1 y 2). La concentración promedio de osteopontina fue similar entre los pacientes con Rhupus (5 498 ± 379 pg/mL) y LES (5 316 ± 1 169 pg/mL), pero significativamente mayor que en los pacientes con AR (2 239 ± 2 490 pg/mL; p < 0.05 para ambas comparaciones) o en los controles sanos (222 ± 289 pg/mL; p < 0.005 para ambas comparaciones) (Figura 1).

**Conclusión:** La concentración de osteopontina en suero de pacientes con Rhupus es máxima, lo que sugiere un papel patogénico relevante de esta citocina en la superposición entre LES y AR.

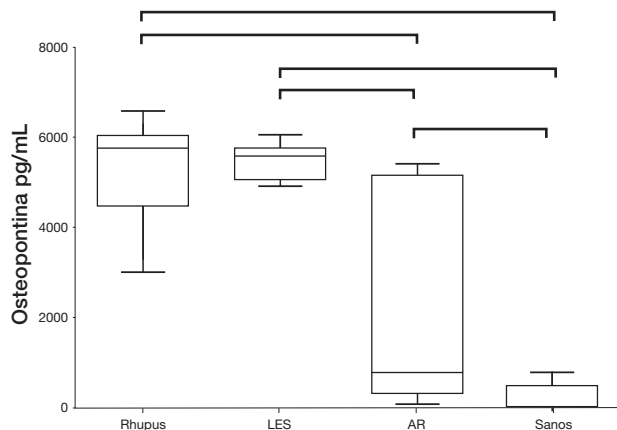
Tabla 1. Características demográficas

Características demográficas	Rhupus (9)	LES (9)	AR (8)	Sanos (9)
Mujeres	8 (88%)	9 (100%)	7 (87%)	5 (55%)
Edad (años)	49 (± 10)	37 (± 12)	49 (± 10)	32 (± 3)
Evolución (años)	13 (± 8)	5.9 (± 4)	10 (± 6)	-
SLEDAI-2K	1.8 (± 2)	0.8 (± 2)	-	-
DAS28-PCR 3	2.06 (± 0)	-	3.42 (± 1.98)	-

Tabla 2. Características clínicas

Manifestaciones clínicas	Rhupus (9)	LES (9)	Artritis reumatoide (8)
Nefropatía	4 (44%)	6 (66%)	0 (0%)
Artritis	4 (44%)	5 (55%)	8 (100%)
Mucocutáneas	4 (44%)	8 (88%)	0 (0%)
Hematológicas	3 (22%)	6 (66%)	1 (12.5%)
Neurológicas	0 (0%)	1 (11%)	0 (0%)
HAP	1 (11%)	0 (0%)	1 (12.5%)
Cardiacas	0 (0%)	1 (11%)	2 (25%)

Figura 1



C117

**Influencia del nivel educativo en la actividad clínica (DAS-28) y la calidad de vida (HAQ-DI) en pacientes con artritis reumatoide (AR) de la Península de Yucatán**

López-Villanueva R<sup>(1)</sup>, Rivas-Caballero ME<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Regional, ISSSTE Yucatán, <sup>(2)</sup>Doctorado en Ciencias de la Educación, SEP

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR), una enfermedad progresiva y destructiva que cursa con exacerbaciones y remisiones, y afecta la capacidad funcional y calidad de vida, se ha reportado con mayor prevalencia en la península de Yucatán.

**Objetivo:** Conocer la influencia del nivel educativo en la actividad, la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con AR de la península de Yucatán

**Material y métodos:** Pacientes con diagnóstico de AR (ACR) del Servicio de Reumatología del Hospital Regional ISSSTE Mérida, Yucatán, en el primer semestre de 2016. Se consideró escolaridad baja ≤ 9 años, media de 10 a 12 años, alta ≥ 13 años de estudios; se determinó actividad de la enfermedad (DAS-28) y calidad de vida (HAQ-DI). Empleamos porcentajes y promedios para análisis descriptivo, correlación de Pearson.

**Resultados:** Estudiamos a 253 pacientes con AR, promedio 53 años de edad, evolución promedio 8 años, 246 mujeres y 7 hombres; provenientes de Yucatán 58%, de Campeche 22% y de Quintana Roo 20%. Escolaridad baja 34%, media 17%, alta 49%. DAS-28 promedio 4.14, HAQ-DI promedio 0.62. Con escolaridad baja tuvieron DAS-28 de 4.2 en promedio y HAQ-DI de 0.71; media DAS -28 de 4.17 y HAQ-DI de 0.74; y alta DAS-28 de 4.0 y HAQ-DI de 0.52.

**Conclusiones:** Encontramos que el nivel educativo no se relacionó con la actividad clínica de la enfermedad pero sí relación negativa, con nivel de significancia de 0.01 con la capacidad funcional y la calidad de vida.

C118

**Prevalencia de afección orgánica grave de acuerdo con la escala de Medsger en una cohorte de pacientes mexicanos con esclerosis sistémica temprana y tardía**

Vera-Lastra O, Guerra-Cabrera K, Cruz-Domínguez MP

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) cursa con evolución clínica variable y diferentes grados de afección multiorgánica. La escala de severidad de Medsger (ESM) puede evaluar la gravedad de la afección orgánica en ES.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de afección orgánica grave de acuerdo con la ESM en una cohorte de pacientes con ES temprana y tardía.

**Material y método:** Estudio retrospectivo en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ES y se dividieron en forma temprana (menos de 3 años) y tardía (mayor a 3 años). Se aplicó la ESM, que consiste en nueve ítems (estado general, vascular periférico, piel, tendón/articulación, músculo, gastrointestinal, pulmón, corazón y riñón). Análisis estadístico: Ji cuadrada.

**Resultados:** Fueron 108 pacientes: 102 mujeres y 6 hombres, edad promedio 55 ± 11 años. La prevalencia de ES difusa (ESd) fue de 57.4% (62 pacientes) y la de ES limitada (ESl) 42.5% (46 pacientes). La afección orgánica grave se observó en 36 pacientes (33.3%): 24 con ESd y 12 con ESl. En el primer grupo los órganos afectados fueron: pulmón 13 (54.1%), estado

general 3 (12.5%), vascular 3 (12.5%), cardíaco 2 (8.3%), renal 2 (8.3%) y gastrointestinal 1 (4.1%). En ESI fueron: vascular 9 (75.0%), estado general 1(8.3%), cardíaco 1 (8.3%) y pulmonar 1 (8.3%). La edad y la manifestación inicial no se asociaron con una mayor severidad.

**Conclusión:** En pacientes con ES la afección grave fue de 33.3%, con predominio pulmonar en ESd y vascular en ESI en fase tardía de la enfermedad.

**C119**

**Comparación de la utilidad de los índices de daño en síndrome de Sjögren primario (SSP)**

Rodríguez-Salinas CI, Álvarez-Hernández E

*Servicio de Reumatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*

**Introducción:** El SSP es una enfermedad autoinmune y sistémica, cuya actividad persistente puede provocar cambios irreversibles. Se han diseñado escalas de daño, aunque no han sido completamente validadas ni aplicadas en población abierta.

**Objetivo:** Comparar la utilidad de los índices de daño en SSP: SSDI (Sjögren's Syndrome Damage Index) y SSDDI (Sjögren's Syndrome Disease Damage Index).

**Metodología:** Se aplicaron las escalas SSDI y SSDDI a pacientes con SSP y un grupo control con síndrome seco (SS). Se recabaron datos sociodemográficos y clínicos. Se realizó la prueba de Schirmer y la prueba de la oblea, y se aplicaron los cuestionarios de HAQ-DI, EuroQol 5D, ESSPRI (EU-LAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index) y EVA de actividad del médico (EVAm). Se midió la validez de apariencia, contenido, consistencia, análisis factorial y validez de constructo.

**Resultados:** Se incluyeron 85 pacientes con SSP (54.7 ± 12.6 años y 98.8% mujeres) y 13 pacientes con SS (edad 56.6 ± 9.6 y 100% mujeres). Los dos índices presentan adecuada validez de apariencia y contenido, ambos tienen consistencia interna baja y no son unidimensionales. La correlación entre los dos índices de daño es moderada (r = 0.638, p < 0.000). Presentan una correlación baja con el ESSPRI y baja divergente con el EuroQol 5D (Tabla 1). El SSDDI tuvo una correlación moderada con las pruebas de Schirmer y de la oblea; el SSDI sólo con la prueba de oblea. Ninguno mostró correlación con los índices de actividad.

**Conclusión:** Ninguno de los dos índices de daño en SSP mostró adecuado desempeño; se necesitaría crear algún otro con mejores propiedades clínicas.

**C120**

**Vasculitis asociada a cocaína contaminada con levamisol. Reporte de seis casos**

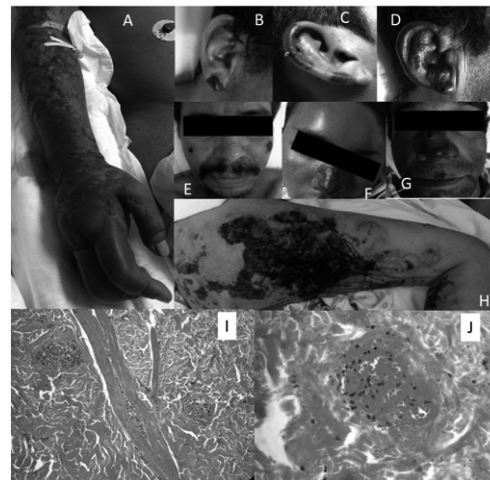
Rojas-Domínguez A, García-García C, Álvarez-Hernández E

*Servicio de Reumatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*

**Introducción:** El levamisol es un medicamento antihelmíntico usado en veterinaria y que se emplea como adulterante en la cocaína, ya sea como agente de carga o incorporado como parte del proceso de purificación. La Agencia de Control de Drogas de Estados Unidos (DEA) estima que 80% de la cocaína está contaminada con levamisol. En México hay un incremento del número de usuarios: de 1.4% en 2002 a 2.5% en 2008. La vasculitis leucocitoclástica asociada con levamisol en usuarios de cocaína contaminada es una entidad relativamente nueva.

**Presentación de casos:** Se describen seis casos clínicos de vasculitis cutánea leucocitoclástica asociada con levamisol en usuarios de cocaína contaminada registrados de 2012 a 2015 en el Hospital General de México. Tres de ellos fueron hombres y 3 mujeres, la edad de presentación fue de 32.2 ± 10.7 años. El 80% de los casos presentó afección de pabellones auriculares, nariz y púrpura retiforme en piernas y antebrazos (Figura 1). Un paciente varón presentó necrosis a nivel de genitales y una mujer en ambas piernas. Los hallazgos histopatológicos fueron principalmente vasculitis leucocitoclástica de pequeños vasos y trombos intravasculares, infiltrado inflamatorio mixto predominantemente de neutrófilos y eosinófilos. La necrosis fibrinoide en las paredes celulares se observó en tejido conectivo perivascular adyacente. Sólo en un paciente (16.7%) se reportó leucopenia y neutropenia. El 60% presentó positividad para p-ANCA. El tratamiento mejoró en la mayoría de los casos con la suspensión de la droga y el uso de glucocorticoides e inmunosupresores.

**Figura 1.**



**Tabla 1. (C119)**

	Alfa Cronbach	Dimensiones	% Varianza	Correlaciones			
				ESSPRI	HAQ	EuroQol 5D	EVAm
SSDDI	0.25	1. Schirmer < 5 mm/ úlceras corneales/ neuropatía periférica/ fibrosis pulmonar 2. Pérdida dental	50.4	r = .250 p = .012	r = .150 p = .137	r = -.245 p = .014	r = .91 p = .000
SSDI	0.15	1. Cicatriz corneal/Schirmer 0 mm/fibrosis pulmonar 2. Inflamación glandular salival/ caries/pérdida dental 3. Cirugía conducto lagrimal/ hipertensión pulmonar 4. Neuropatía periférica/ hipotiroidismo 5. Mononeuritis múltiple/ hipotiroidismo	61.7	r = .301 p = .002	r = .222 p = .027	r = -.232 p = .020	r = .63 p = .000

C121

**Lupus eritematoso sistémico: relación clínico-inmunoserológica en una cohorte dominicana**

Paulino-Acevedo G, Rodríguez-Tejada C, Lugo-Báez A, Tineo C, Gottschalk P, Loyo E

*Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica, Hospital Regional Universitario José Ma. Cabral y Báez, Santiago, Rep. Dominicana.*

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por un amplio espectro de manifestaciones clínicas y serológicas. Lo heterogéneo de la presentación apoya la necesidad de identificar factores que permitan caracterizar el fenotipo de la enfermedad.

**Objetivo:** Identificar los hallazgos clínicos y su relación con grupos de autoanticuerpos en pacientes con LES dominicanos.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 200 pacientes con LES, 87% de sexo femenino, con edad promedio de 34.4 ± 12.2 años. Se identifican dos grupos serológicos de autoanticuerpos y sus manifestaciones clínicas predominantes. El análisis estadístico se realizó mediante *Ji cuadrada*.

**Resultados:** De los pacientes con alteración de C4, 65.2% presentó rash malar y 57.2% rash fotosensible, siendo estadísticamente significativo para ambos (p = 0.025 y p = 0.023). De los pacientes con anticuerpos anti-centrómtero (+), 40% presentó rash maculopapular con una p = 0.023. Se reportó SSA/Ro 70%, dsDNA 68%, Smith (Sm) 62% y RNP 61%. El grupo serológico (Sm/RNP) se asoció directamente con pericarditis. El grupo dsDNA/SSA/SSB se asoció con sinovitis, leucoeritrocituria, pleurodinia, serositis pleural y pericárdica. Ambos grupos con p < 0.05.

**Conclusión:** El análisis de grupos serológicos es útil para definir fenotipos de enfermedad en población dominicana.

C122

**Niveles séricos de quemerina en pacientes con artritis reumatoide con y sin dislipidemia**

González-Ponce F<sup>(1)</sup>, Hernández-Cuervo P<sup>(2)</sup>, Pérez-Guerrero EE<sup>(3)</sup>, Huerta-Viera M<sup>(4)</sup>, Trujillo-Trujillo X<sup>(4)</sup>, Totsuka-Sutto S<sup>(5)</sup>, Rocha-Muñoz A<sup>(6)</sup>, González-López L<sup>(7)</sup>

*(1)Programa de Maestría en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, (2)Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, (3)Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, (4)Unidad de Fisiología, Farmacología y Biomedicina, Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas, (5)Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, (6)Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara (7)Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS; Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara*

**Introducción:** La dislipidemia se presenta en 50-75% en artritis reumatoide (AR). Quemerina es una recientemente evaluada adipocina que en pacientes sin enfermedades reumáticas guarda relación con enfermedades metabólicas. Actualmente se ignora si los niveles de esta adipocina se asocian con dislipidemia en AR.

**Objetivo:** Identificar si los niveles séricos de quemerina se asocian con dislipidemia en AR y con otras variables clínicas.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Se incluyeron 80 mujeres con AR y se investigó la presencia de dislipidemia y variables clínicas. Se clasificaron en dos subgrupos: a) AR con dislipidemia y b) AR con niveles de lípidos

normales. Los niveles de quemerina fueron determinados por ELISA. Análisis estadístico: correlación de Pearson entre quemerina con lípidos y con variables clínicas de AR.

**Resultados:** 56.3% presentó dislipidemia. Las concentraciones séricas de quemerina fueron similares entre los grupos a) con dislipidemia y b) sin dislipidemia (90.4 ± 21 vs. 95.5 ± 34 ng/dl, p = 0.4). Los niveles de quemerina se asociaron con actividad de la enfermedad (p < 0.001) y con uso de cloroquina (p = 0.04). Quemerina no se correlacionó con colesterol (p = 0.9), triglicéridos (p = 0.5), HDL (p = 0.8) o LDL (p = 0.7). Los pacientes con dislipidemia tuvieron menor frecuencia de uso de cloroquina (6.7% vs. 28.6%, p = 0.01). En el modelo ajustado, la dislipidemia se relacionó con mayor IMC (p = 0.003) y menor DAS28 (p = 0.001).

**Conclusiones:** Los niveles de quemerina no se asocian con dislipidemia en AR, pero sí con actividad de la enfermedad y uso de cloroquina. Este hallazgo requiere evaluarse en futuros estudios longitudinales.

C123

**¿Cuáles son los determinantes de la discapacidad física? Evaluación del rendimiento del cuestionario HAQ en población no reumática**

Enríquez-Antonio O<sup>(1)</sup>, Espinosa-Ortega HF<sup>(2)</sup>, Arce-Salinas CA<sup>(1)</sup>

*(1)Medicina Interna, Hospital Central Sur, Pemex, (2)Reumatología, Hospital Central Sur, Pemex*

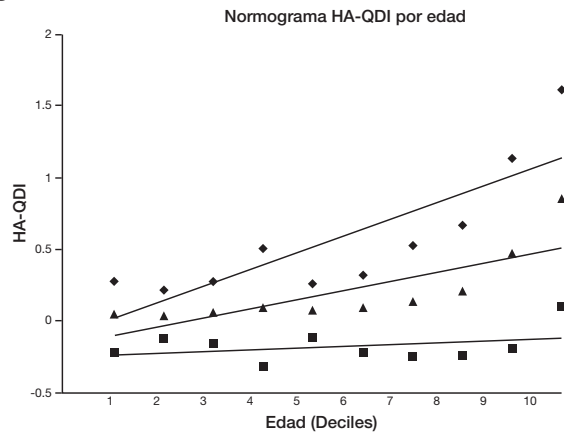
**Introducción:** El cuestionario HAQ-DI se utiliza para medir discapacidad en reumatología. Sin embargo, no discierne los factores de la enfermedad de los inherentes al paciente sobre su desempeño. Más aún, no existe información a este respecto en la población mexicana.

**Objetivo:** Conocer los niveles de discapacidad en población sin condiciones musculoesqueléticas y reconocer sus principales determinantes.

**Métodos:** Se aplicó el cuestionario a 1 506 pacientes; se incluyeron pacientes mayores de 18 años, los pacientes con enfermedades reumáticas y dolor crónico fueron excluidos. Se registraron variables demográficas, conductas de salud (uso de tabaco y ejercicio) y comorbilidades. Se realizaron pruebas de correlación de Spearman; prueba t o de Kruskal Wallis según correspondiera. Se consideró p < 0.05 como estadísticamente significativo.

**Resultados:** La mayoría de los participantes fueron hombres (59%), con edad promedio de 54.7 ± 15.7 años. El valor promedio de HAQ-DI fue 0.17 (IC 95% 0.15-0.19); 25.16 % reportó algún grado de discapacidad (valor > 0.0). La discapacidad correlacionó con edad (rs = 0.4; p < 0.000) (Figura 1), índice de comorbilidad (rs = 0.435; p < 0.001) y nivel educativo (rs = 0.41, p < 0.001). No se encontró correlación con actividad física, IMC ni hábito tabáquico.

Figura 1



**Conclusiones:** Factores propios del paciente, y no de enfermedad reumática, generan incapacidad per se. La edad confiere incremento lineal en la discapacidad. El clínico debe tomar en cuenta tales variables antes de la atribución absoluta de las enfermedades reumáticas a la capacidad funcional del paciente.

## C124

### Correlación de rigidez arterial con variables clínicas en artritis reumatoide

Flores-Chávez A<sup>(1)(2)</sup>, Aceves-Aceves J<sup>(1)(3)</sup>, Trujillo-Trujillo X<sup>(2)</sup>, Cardona-Müller D<sup>(4)</sup>, Salazar-Paramo M<sup>(5)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(5)</sup>, González-López LC<sup>(6)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de investigación Biomédica 02, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(2)</sup>Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Colima, <sup>(3)</sup>Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(5)</sup>División de Investigación en Salud, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(6)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital Regional General 110, IMSS

**Introducción:** La rigidez arterial es factor de riesgo para eventos cardiovasculares, los cuales constituyen la causa principal de mortalidad en AR. La evaluación de la asociación de velocidad de onda de pulso (VOP) es un parámetro confiable para rigidez arterial.

**Objetivo:** Correlacionar la rigidez arterial con variables clínicas en mujeres con AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Se incluyeron 49 mujeres con AR. Se evaluaron características clínicas, epidemiológicas y actividad de enfermedad (DAS28). Rigidez arterial por medio de VOP; se clasificó alterada con punto de corte > 20 m/s.

**Resultados:** Edad promedio de 53.3 ± 11.5 y duración de la enfermedad de 10.9 ± 7.7. La RA se correlacionó positivamente con edad ( $r = 0.34, p = 0.02$ ), años de duración menopausia ( $r = 0.28, p = 0.05$ ), IMC ( $r = 0.3, p = 0.04$ ), circunferencia cintura ( $r = 0.49, p < 0.001$ ), niveles de glucosa en ayuno ( $r = 0.45, p = 0.001$ ), triglicéridos ( $r = 0.34, p = 0.02$ ), colesterol-LDL ( $r = 0.34, p = 0.02$ ), ácido úrico ( $r = 0.46, p = 0.002$ ) y PCR ( $r = 0.35, p = 0.03$ ). Pacientes con rigidez arterial anormal (> 10 m/s) tuvieron mayor duración de enfermedad (12.6 ± 8 vs. 7.7 ± 5.9 años  $p = 0.03$ ), incremento de VSG (28.9 ± 2.1 vs. 19.3 ± 3.3,  $p = 0.014$ ) y niveles de PCR (9.4 ± 2.1 vs. 16.6 ± 1.9,  $p = 0.04$ ), pero no así con mayor puntaje DAS28 (3.2 ± 1.1 vs. 2.7 ± 1.0,  $p = 0.12$ ).

**Conclusión:** Rigidez arterial en AR asociada con múltiples factores de riesgo cardiovascular tradicionales y no tradicionales incluyendo factores relacionados con la actividad de la AR y la duración de la enfermedad. Es importante ajustar por estos factores de confusión de riesgo para entender el significado de la VOP en la evaluación del riesgo cardiovascular en AR.

## C125

### Sarcoidosis y psoriasis, reporte de un caso

Tineo C, Gottschalk P, Paulino G, Rodríguez C, Díaz G

*Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica, Hospital Regional Universitario José Ma. Cabral y Báez, Santiago, Rep. Dominicana*

**Introducción:** La sarcoidosis es una enfermedad crónica de etiología desconocida, multisistémica, caracterizada por la formación de granulomas no caseificantes. Ha sido estudiada en asociación con diferentes enfermedades dermatológicas y sistémicas, entre ellas, la psoriasis; se asume que puede ser

una aparición coincidente o relacionada con la fisiopatología, con la presencia de las células Th17, también involucradas en la patogénesis de la psoriasis.

**Presentación:** Reportamos el caso de un masculino con antecedentes de psoriasis de 10 años de evolución, quien acude a consulta con manifestaciones sistémicas variables, entre las que se incluyen linfadenopatías, fiebre y diplopía, y que luego de realizársele una biopsia ganglionar se diagnostica con sarcoidosis.

**Discusión:** Reportamos este caso por la peculiar asociación entre estas entidades y su forma de presentación, revisando la literatura existente en relación con el mismo.

## C126

### Asociación de niveles séricos de glicoproteína-P con actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide

Pérez-Guerrero EE<sup>(1)</sup>, Reyes-Reyes HA<sup>(2)</sup>, González-López L<sup>(3)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(4)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(5)</sup>, Bonilla-Lara D<sup>(1)</sup>, Aguayo-Ruiz JI<sup>(1)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Programa Nacional de Servicio Social en Investigación, Secretaría de Salud, <sup>(3)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(4)</sup>Departamento de Genética y Biología Molecular, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(5)</sup>Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(6)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Departamento de Radiodiagnóstico y División de Investigación, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Introducción:** Treinta a 40% de los pacientes con artritis reumatoide (AR) es refractario al tratamiento con FARME. La glicoproteína-P (P-gp) se ha asociado con la resistencia al tratamiento. Se desconoce si los niveles séricos de P-gp se relacionan con la actividad a pesar del tratamiento en AR.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre niveles séricos de P-gp y actividad de la enfermedad en pacientes con AR.

**Metodología:** Estudio transversal comparativo en pacientes con AR tratados con ≥ 1 FARME y glucocorticoides por ≥ 6 meses. Se excluyó a pacientes con síndrome de superposición, embarazo o de inhibidores de P-gp. Actividad de la enfermedad por DAS28 y niveles séricos de P-gp por ELISA. Se incluyeron 43 mujeres como grupo control.

**Resultados:** Se incluyeron 79 pacientes mujeres con AR, 75% se encontraba activo según un DAS28 ≥ 2.6; 59% tomaba metotrexato, 38% sulfazasiina, 30% leflunomida, 14% cloroquina, 13% agentes biológicos y 3% D-penicilamina. Los niveles de P-gp fueron mayores en pacientes con AR vs. grupo control (31 ± 29 pg/mL vs. 160 ± 22 pg/mL). Pacientes con actividad moderada/severa presentaron mayores niveles de P-gp comparados con pacientes con actividad leve y en remisión (211 ± 214 pg/mL vs. 84 ± 85 pg/mL vs. 142 ± 217 pg/mL,  $p = 0.043$ ). Los niveles de P-gp se correlacionaron con el puntaje DAS28 ( $r = 0.332, p = 0.003$ ). En el análisis multivariado, los niveles de P-gp permanecieron asociados con una actividad moderada/severa ( $p = 0.031$ ).

**Conclusiones:** Los niveles de P-gp se asocian con la actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con FARME en pacientes con AR. Los niveles de P-gp podrían utilizarse como biomarcador de la actividad en pacientes con AR.

**Financiamiento:** FIS/IMSS/PROT/G14/1296.

## C127

### Bloqueo cardiaco congénito de madre asintomática

Tineo C, Gottschalk P, Paulino G, Rodríguez C, Salas R



*Servicio de Reumatología e Inmunología Clínica, Hospital Regional Universitario José Ma. Cabral y Báez, Santiago, Rep. Dominicana*

**Introducción:** El bloqueo cardíaco congénito se observa a menudo en pacientes de madres conocidas con enfermedades de tejido conectivo, por el traspaso de anticuerpos SSA/Ro y SSB/La en más de 60 y 40% respectivamente. Sin embargo, entre 29 y 66% de las madres están asintomáticas al momento el parto.

**Presentación:** Reportamos el caso de una bebé nacida de madre sana a las 38 semanas, que presentó bloqueo AV completo *in utero* a las 29 semanas de embarazo. Durante el nacimiento no se presentaron complicaciones y en el seguimiento a 1 año no ha presentado síntomas clínicos, a pesar del bloqueo AV completo, sin la colocación de marcapasos permanente. Tampoco la madre ha presentado algún dato clínico de enfermedad de tejido conectivo.

**Discusión:** Reportamos este caso por su peculiar forma de presentación y evolución y revisamos la literatura existente en relación con el mismo.

## C128

### Mantenimiento de la remisión con terapia combinada de etanercept y FARME comparado con FARME únicamente en pacientes latinoamericanos con artritis reumatoide activa

Zerbini CAF<sup>(1)</sup>, Real RM<sup>(2)</sup>, Pedersen R<sup>(2)</sup>, Shen Q<sup>(2)</sup>, Kotak S<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro Paulista de Investigacao Clinica, Brasil, <sup>(2)</sup>Pfizer, Collegetown, PA, EE.UU.

**Objectives:** The aim of this subanalysis was to compare the maintenance of efficacy with etanercept 50 mg / week (ETN50) + methotrexate (MTX) ± other (FARME) vs. placebo (PBO) + MTX ± other (FARME) in patients with moderate to severe RA they had achieved low disease activity (LDA) with ETN50 + MTX ± other (FARME).

**Methods:** In this subanalysis of patients from Latin America, adult patients with active RA who did not respond to MTX. Were treated with ETN50 + MTX ± other (FARME) for 24 weeks (, Period 1 [P1]) The patients achieving LDA (DAS28 -ESR <3.2) at week 24 were randomized and treated with ETN50 + MTX ± other (PBO) + MTX (FARME) or ± (FARME) for 28 weeks (Period 2 [P2]). The primary endpoint was the proportion of patients who maintained LDA at week 52. Comparisons between groups at week 52 were performed using test Cochran-Mantel-Haenszel and ANCOVA.

**Results:** Of the 64 patients in Latin America who were treated in P1, 61 (95.3%) achieved LDA and entered the P2. 13/34 patients (38.2%) in the group with ETN vs. 6/27 (22.2%) in the group with PBO remained in LDA (DAS28-ESR) at week 52.

**Conclusions:** Although this subanalysis post of Latin American patients no statistical power, treatment with ETN seems to result in an LDA maintenance similar to that observed in the entire population of studio.

## C129

### Miastenia gravis imitando miopatía inflamatoria

Santos M, Tineo C, Loyo E

*Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez, Santiago, Rep. Dominicana*

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias y la miastenia gravis (MG) son trastornos autoinmunes que cursan con debilidad muscular. La incidencia anual es de 6 por 100 000 personas-año y 30 por millón por año

respectivamente. La superposición es poco frecuente y la aparición concomitante obedece a un defecto inmunorregulador subyacente; han sido asociadas con HLA-DR3 y HLA-B8, con predisposición genética a ambos trastornos.

**Presentación:** Paciente femenina de 30 años que presenta síntomas y signos de dermatomiositis, con debilidad muscular de cintura pélvica y escapular, y músculos extensores del cuello, elevación de las enzimas musculares, síntomas bulbares y exantema en heliotropo. La biopsia de músculo estriado no reportó cambios inflamatorios y la electromiografía convencional reportó probable neuropatía desmielinizante aguda, no compatible con el cuadro de la paciente. Luego de mejorar levemente con esteroides, empeoró al realizársele gastrostomía. La debilidad de los músculos extraoculares hizo revalorar el diagnóstico, concluyéndose miastenia gravis. Mejoró con el uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa.

**Discusión:** En la literatura hay pocas publicaciones de superposición de miopatías inflamatorias con miastenia gravis. En nuestro caso, la afectación de los músculos extraoculares, que usualmente se respetan en esta entidad, y la mejoría con el tratamiento con piridostigmina y no con esteroides nos hicieron considerar un segundo trastorno. Resaltar también que la debilidad muscular en la MG es agotable y empeora con la actividad, mientras que en la dermatomiositis es constante.

## C130

### Artritis reumatoide (AR) asociada a micosis fungoide (MF). Reporte de caso

Sibaja-Veloz MJ, Pérez-Mejía J, Estrada-Villarreal YE, Echeverría-González G, Leyva-Torres SD

*Centro Médico de Occidente*

**Introducción:** La MF es un subtipo de linfoma cutáneo de células T (LCCT); la incidencia global es de 0.29 casos/100 000 habitantes/año, predomina en mujeres en la quinta década de la vida y se manifiesta por fases de mancha (parche), placas infiltradas o tumor.

**Caso:** Femenino de 50 años de edad que en marzo de 2013 presenta placas eritematosas y pruriginosas en cara, tórax y extremidades; mejoría posterior a tratamiento con antihistamínicos. Tres meses después se agrega artralgia y artritis simétrica de rodillas, muñecas e IFP, disminución de la fuerza muscular con dificultad para formar el puño y rigidez matutina de 30 minutos; luego de 4 meses refiere pérdida de peso de 13 kg. Desde el inicio a la exploración actual, eritema en cuello, pantorrilla y tobillos; sinovitis en muñecas, 2ª y 3ª IFP bilateral, fuerza de prensión disminuida. Laboratorio: PCR: 8 mg/L, VSG: 39 mm/hora, factor reumatoide: 3117 UI/mL, CCP: 196 U/mL. Radiografía de manos con erosiones en 2ª y 3ª IFP mano derecha, mano izquierda 4ª IFP y ambos carpos. DAS-28: 3.7. Biopsia de piel compatible con LC inmunofenotipo T del tipo MF en fase de parche; inmunohistoquímica: CD3 y CD5 positivo, CD 20 negativo. Mejoró con la combinación de FARME más quimioterapia: doxorubicina, vincristina y ciclofosfamida.

**Discusión:** Se ha reportado un caso de la asociación MF con AR, la cual incrementa hasta 70 veces el riesgo de linfoma; la actividad inflamatoria alta es un determinante mayor. Este caso representa un caso de abordaje simultáneo de dos entidades que comparten disparadores oncogénicos.

## C131

### Esclerodermia asociada con tumores primarios múltiples metacrónicos. Reporte de dos casos y revisión de la literatura

Torres-Gudiño NE, Irazoque-Palazuelos F, Muñoz-López S, Andrade-Ortega L, Rubio-Sánchez ME

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La prevalencia de neoplasias en la esclerosis sistémica (ES) se estima entre 3 y 11%; las más frecuentes son: pulmonar, mama, hepático, de piel no melanoma y linfoma. Sin embargo, la ocurrencia de varios tumores en un mismo paciente no es frecuente. En pacientes oncológicos, la incidencia de primarios múltiples es de 4-12%. No existen reportes de incidencia de neoplasias múltiples y ES.

**Caso 1:** Mujer de 63 años con cáncer papilar de tiroides a los 27 años. Diagnóstico a los 57 de esclerosis sistémica difusa (ESCD). En 2013, linfoma de células grandes; recibe quimioterapia. En 2016, diagnóstico por PET-CT de tumor hepático con reporte histopatológico de probable colangiocarcinoma poco diferenciado vs. adenocarcinoma de tipo colangiolar.

**Caso 2:** Mujer de 67 años. Cáncer de mama en 1998, tratada con mastectomía, radioterapia y quimioterapia, con remisión. Diagnóstico de esclerosis sistémica cutánea limitada (ESCL) en 2014 y detección de carcinoma urotelial de alto grado en 2016.

**Discusión:** Si bien la asociación de neoplasias y esclerosis sistémica está descrita, en la literatura solo existen ocho reportes de casos de tumores primarios múltiples y esclerosis sistémica como nuestras pacientes. En estos casos la edad de presentación fue mayor; la presentación principal fue cutánea difusa, con persistencia de fenómeno de Raynaud y fibrosis pulmonar. Las principales neoplasias fueron mama, linfoma y tiroides. En dos casos, al igual que nuestra segunda paciente, el cáncer de mama se asoció con ESCL y precedió a la esclerodermia.

C132

### Disminución de fuerza muscular: relación con actividad

Aceves-Aceves JA<sup>(1)(2)</sup>, Ramírez-Villafaña M<sup>(1)(3)</sup>, Chávez-Flores A<sup>(1)(3)</sup>, Bonilla-Lara D<sup>(1)(3)</sup>, Nava Zavala HA<sup>(4)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(5)(6)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(6)</sup>, González-López L<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(2)</sup>Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(4)</sup>Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(5)</sup>División de Investigación en Salud, UMAE, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(6)</sup>Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** En artritis reumatoide (AR), una gran proporción de pacientes tiene disfuncionalidad. Estas alteraciones en funcionalidad son multicausales y pueden contribuir: la actividad de la enfermedad, las secuelas estructurales y las alteraciones en el sistema muscular. Se requiere información acerca de las alteraciones de fuerza muscular (FM) y las variables asociadas con la misma.

**Objetivo:** Evaluar la correlación de FM con actividad inflamatoria en pacientes con artritis reumatoide.

**Material y métodos:** Estudio transversal. Incluyó a 97 mujeres con artritis reumatoide (ACR1987). Se evaluaron características sociodemográficas, clínicas y de composición corporal por DXA. La actividad inflamatoria se evaluó mediante DAS28, funcionalidad con HAQ-DI y FM por dinamometría (manos); se definió el punto de corte de baja FM < 20 kg. La correlación entre fuerza y variables clínicas se evaluó mediante Pearson.

**Resultados:** Edad media 56.5 ± 12.3, evolución promedio de la enfermedad de 13 años. El 56.4% presentó estado activo y 33% baja FM. Una disminución de FM se correlacionó con: mayor edad ( $r = 0.33$ ,  $p = 0.001$ ), menor masa magra g ( $r = 0.384$ ,  $p < 0.001$ ), DMO ( $r = 0.39$ ,  $p = < 0.001$ ), HAQ-DI ( $r = 0.377$ ,  $p < 0.001$ ) y DAS28 ( $r = 0.37$ ,  $p < 0.001$ ).

**Conclusión:** La disminución de FM se asoció con actividad inflamatoria y con discapacidad funcional. Son necesarios estudios longitudinales que evalúen el impacto del deterioro de la fuerza muscular en el pronóstico de morbilidades en AR.

C133

### Asociación causal del síndrome TAFRO (enfermedad de Castleman-Kojima) con lupus eritematoso sistémico

Espinosa-Ramírez JG<sup>(1)</sup>, Maya-Piña LV<sup>(2)</sup>, Medrano-Ramírez G<sup>(2)</sup>

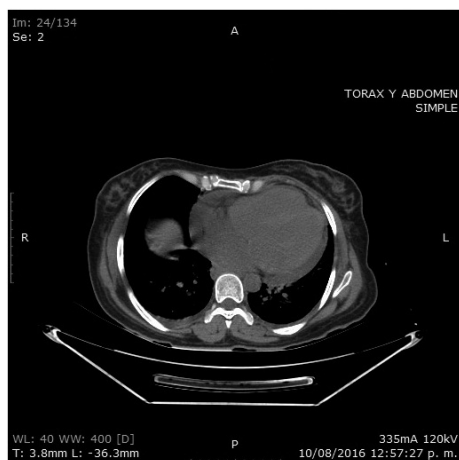
<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna, Hospital General Regional 1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS, <sup>(2)</sup>Departamento de Reumatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Secretaría de Salud

**Introducción:** La proliferación del sistema inmune en relación con la expansión clonal de células plasmáticas activas y producción de inmunoglobulinas es un mecanismo común en los trastornos de origen autoinmune, cuyo origen reside en la sobreexpresión de citocinas proinflamatorias, con énfasis en la interleucina 6, e histológicamente demostrado en el espectro de la enfermedad de Castleman (serositis, organomegalia, mielofibrosis, lesión renal y citopenias [con mayor relevancia trombocitopenia]). A continuación se presenta el desarrollo de la enfermedad de Castleman-Kojima en el contexto de una enfermedad modelo del tejido conectivo.

**Presentación de caso:** Femenino 35 años de edad; diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) con criterios de clasificación ACR 1997 (afección mucocutánea, articular, leucocitopenia, derrame pleural, glomerulonefritis, ANA 1: 5, 120 patrón moteado grueso, anti-DNAbs 138.9 [ $> 46$ ], C3 22.7, C4 1.6, anticardiolipinas IgG 19, IgM 11.1). Completó esquema NIH. En 2015 desarrolló adenomegalias generalizadas; tras biopsia se reporta hiperplasia folicular y menor parafolicular, penetración por vasos sanguíneos y células dendríticas, incremento de células plasmáticas, positividad a marcadores de células plasmáticas maduras y activas; 8 meses posteriores presentó sudoración profusa nocturna, serología HHV-8 negativa, en TAC crecimiento ganglionar en cadenas retroperitoneales, cervicales, mediastínicas e inguinales en conglomerados de 0.8 cm cada uno, organomegalia (hepática, esplénica, renal y cardíaca) y ascitis (**Figura 1**).

**Discusión:** La proliferación angiofolicular linfoide con repercusión clínica en pacientes con manifestaciones clínicas clasificadas como LES es una condición rara. El origen propuesto es la persistencia de la actividad inflamatoria mediada principalmente por IL-6. Sin embargo, la quiescencia del LES da lugar al dominio de la enfermedad de Castleman-Kojima.

Figura 1



C134

**Asociación entre la disminución de la masa muscular esquelética y la presencia de sindesmoftos vertebrales en espondilitis anquilosante**

Dávalos-de la Cruz AP<sup>(1)(2)</sup>, Romero-Moreno JR<sup>(1)(2)</sup>, Rocha-Muñoz AD<sup>(3)</sup>, Trujillo-Trujillo X<sup>(2)</sup>, Trujillo-Hernández B<sup>(4)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(5)</sup>, González-López L<sup>(6)(7)</sup>, Gámez Nava JI<sup>(1)(7)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(2)</sup>Programa de Maestría en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(3)</sup>Centro Universitario Tonalá, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital General de Zona 1, Colima, <sup>(5)</sup>División de Investigación en Salud, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(6)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(7)</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La masa muscular esquelética (MME) es un parámetro relevante de la composición corporal que se relaciona con una mayor morbilidad. En espondilitis anquilosante (EA), la presencia de sindesmoftos es un indicador relevante de daño estructural y se vincula con discapacidad funcional. A la fecha se desconoce si el deterioro de MME en EA podría estar relacionado con la presencia de sindesmoftos vertebrales.

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre disminución de MME y la presencia de sindesmoftos vertebrales en EA.

**Material y métodos:** Estudio transversal, 52 pacientes con EA: 28 con sindesmoftos vs. 24 sin sindesmoftos. Evaluación BASDAI, BASFI. Masa muscular (MM kg) por DXA; los sindesmoftos vertebrales se evaluaron mediante radiografías (vértebras cervicales C1-C7 y lumbares L1-L4). Comparación de variables cuantitativas prueba t de Student, cualitativas con *Ji cuadrada*. Significancia  $p \leq 0.05$ .

**Resultados:** Se observó baja MME en 19%. Los sindesmoftos fueron asociados con: mayor edad vs. sin sindesmoftos ( $53 \pm 9.1$  vs.  $47.7 \pm 7.1$ ,  $p = 0.01$ ); mayor tiempo de evolución ( $15 \pm 10$  vs.  $9 \pm 6$ ,  $p = 0.02$ ) vs. sin sindesmoftos. Puntaje BASDAI y BASFI fueron similares en ambos grupos. Baja MME no se asoció con edad ( $p = 0.99$ ), duración de EA ( $p = 0.29$ ), ni sindesmoftos vertebrales ( $p = 0.45$ ).

**Conclusiones:** No se encontró asociación entre la disminución de MME y la presencia de sindesmoftos vertebrales.

C135

**Vasculitis coronaria y aplasia pura de serie roja en lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil**

Torres-Jiménez AR, Céspedes-Cruz A, Zeferino-Cruz M, Rodríguez-Maldonado G, Velázquez-Cruz A, Sánchez-Jara B

*Hematología Pediátrica, Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS*

**Presentación de caso:** Masculino 3 años de edad, abuela materna con artritis reumatoide. Inicia padecimiento con lesiones tipo roncha, eritema en región malar, fotosensibilidad, diagnóstico de dermatitis alérgica; tratamiento con loratadina. Posteriormente presenta exacerbación de lesiones tipo en región malar, fiebre 39.5°C sin predominio de horario, de dos a tres picos al día. Una semana después, hiperemia conjuntival bilateral, sin secreción, que dura aproximadamente 5 días, rinorrea hialina y epifora; manejo con claritromicina. A las 72 horas de su administración,

exacerbación de lesiones en región malar y aparición de lesiones tipo roncha con fondo eritematoso y centro necrótico en dorso y extremidades inferiores y superiores, y lesiones maculares eritematosas y dolorosas en palmas y plantas. Acude a su HGZ, donde se diagnostica enfermedad de Kawasaki, la cual se maneja con omeprazol, antipirético, prednisona y transfusión de plasma fresco congelado por TTPa prolongado. Egresado con ASA, 100 mg/día. Una semana después presenta fiebre de 39.5°C sin predominio de horario, por lo que acude a esta unidad. Cardiología pediátrica reporta ectasia ductal coronaria derecha 4.5 mm, izquierda 6.5 mm; valorado por nuestro servicio, se solicitan laboratoriales: reporte de Hb 8.8, TTPa 106 seg. ANA más 12 positivo, anti-DNA más 240 positivo, C3 41, C4 1.2, ACL IgG 41.2 positiva moderada, anticuerpo lúpico positivo. Se diagnostica lupus eritematoso sistémico y síndrome de anticuerpos antifosfolípido secundario; inicia manejo con cinco pulsos de esteroide. Cursa con ptosis palpebral, sialorrea derecha, crisis convulsivas; RNM de cráneo con gadolinio reporta múltiples imágenes cortical y subcortical de lóbulo temporal y occipital bilateral en relación con zonas de isquemia. Se inicia tratamiento con ciclofosfamida, rituximab y fenitoína. Posterior a la 2ª dosis quincenal de rituximab se encuentra Hb 7.9, se transfunde concentrado eritrocitario, con Hb de control en 6.7, normocítica, normocrómica reticulocitos 0.14%, Coombs directo positivo 1:4; en cinética de hierro se encuentra sérico y ferritina altos. Por anemia arregenerativa se sospecha aplasia pura de serie roja y se realiza aspirado de médula ósea (26 junio 2016), que se reporta compatible con aplasia pura de serie roja. Se realiza determinación de serología contra parvovirus B19, que se reporta negativo. Se inicia manejo con IGIV, 2 g/kg dosis mensual, y soporte transfusional cada 3 semanas; presenta mejoría en la cuenta de reticulocitos a 1.8% y Hb de 14 en último control. Se suspende IGIV y soporte transfusional. En tratamiento actual con ciclofosfamida, 6 pulsos, prednisona, 1 mg/kg/día, y ácido fólico, 5 mg/día.

C136

**Marcadores genéticos del complejo mayor de histocompatibilidad: identifican a pacientes con artritis reumatoide en riesgo de desarrollar tuberculosis al hacer uso de terapias biológicas**

Lugo-Zamudio GE<sup>(1)</sup>, Barbosa-Cobos RE<sup>(1)</sup>, Delgado Ochoa D<sup>(1)</sup>, López-Gutiérrez E<sup>(1)</sup>, Huerta-Gutiérrez R<sup>(2)</sup>, Granados-Arreola J<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** El factor genético que favorece el desarrollo de tuberculosis (TB) se ha descrito en varias poblaciones; en el caso particular de la enfermedad de Poncet en el mestizo mexicano se ha asociado la presencia de los alelos B27 y DQB1\*0301 como elemento importante para su ocurrencia, lo que apoya el concepto de la susceptibilidad genética para desarrollar TB. Los antecedentes permiten plantear qué parte de la población con AR puede tener susceptibilidad genética al desarrollo de la infección.

**Objetivo:** Evaluar la presencia de determinantes genéticos en pacientes con AR para desarrollar TB.

**Material y métodos:** Estudio de casos y controles que incluyó a 120 pacientes con diagnóstico de AR de acuerdo con los criterios ACR de 1987 y 120 sujetos sanos. Los sujetos de investigación fueron genotipificados para HLA clase I (A y B) y clase II (DRB1\* y DQB1\*) mediante la técnica de PCR-SSP; el análisis estadístico se efectuó con Arlequin software v.3.1 y MedCalc Software® 1993-2015 versión 15.8 modificado.

**Resultados:** En el grupo de casos los alelos A\*24:02, DRB1\*1402, DQB1\*0301 se reportan con  $p < 0.05$ .

**Conclusiones:** 1. DQB1\* 0301 debe considerarse como posible factor genético para el desarrollo de TB en pacientes con AR. 2. Se requiere mayor investigación para validar los resultados.



C137

### Cambios ultrasonográficos tempranos de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis y psoriasis ungueal. Un estudio piloto comparativo con sujetos sin psoriasis

Rodríguez-Henríquez PJ<sup>(1)</sup>, Cárdenas-Hernández ML<sup>(2)</sup>, Lacy-Niebla RM<sup>(2)</sup>, Lammoglia-Ordiales L<sup>(2)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, <sup>(2)</sup>Dermatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Objetivo:** Detectar cambios ultrasonográficos tempranos sugestivos de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis cutánea y psoriasis ungueal.

**Métodos:** Estudio analítico, comparativo y transversal en pacientes con psoriasis cutánea y psoriasis ungueal, y sujetos sanos pareados por edad. Se realizó una evaluación clínica integral y posteriormente evaluación ultrasonográfica de las articulaciones interfalángicas distales de ambas manos. La evaluación ultrasonográfica, realizada por un médico reumatólogo ultrasonografista (Equipo Esaote® MyLab 25 con sonda lineal de 18 MHz), consistió en la detección de sinovitis, entesitis y erosiones según definiciones OMERACT, en escala de grises y Doppler de poder.

**Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes: 8 con psoriasis y 8 con psoriasis ungueal, y 9 sujetos sanos. La media de edad fue de  $55.16 \pm 8.09$  años. En el grupo con psoriasis ungueal la media de años de evolución es de  $20.12 \pm 14.54$  años vs.  $13.37 + 14.45$  años en el grupo con psoriasis ( $p = 0.247$ ). Se encontró sinovitis en 100% de los pacientes con psoriasis (50% grado 2) vs. 37.5% en el grupo con psoriasis ungueal (62.5% grado 1) y 62.5% en el grupo de sujetos sin psoriasis (37% grado 2) ( $p = 0.028$ ) (Tabla 1). No se encontró señal Doppler de poder, erosiones o entesitis.

**Conclusión:** Los pacientes con psoriasis tienen una mayor incidencia de sinovitis en las IFD comparados con sujetos sanos y con psoriasis ungueal. Estos hallazgos pueden considerarse un factor de riesgo para desarrollar artritis psoriásica; se impone un seguimiento estrecho de estos casos.

**Tabla 1.** Presencia de sinovitis en grupo de psoriasis, psoriasis ungueal y sujetos sin psoriasis

	Sinovitis	Grado 1	Grado 2	Grado 3
Sujetos sin psoriasis	62.5%	12.5%	37.5%	12.5%
Psoriasis ungueal	37.5%	62.5%	25%	12.5%
Psoriasis	100%	25%	50%	12.5%

Se realizó Ji cuadrada para la presencia de sinovitis por grupo, obteniendo una  $p = 0.28$ . Se realizó Ji cuadrada para la severidad de sinovitis por grupo, obteniendo una  $p = 0.269$ .

C138

### Miositis orbital de células gigantes. Reporte de caso

Meza-López y Olguín G, Medrano-Ramírez G

Hospital General de México

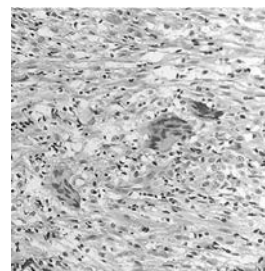
**Introducción:** La miositis orbital (MO) es la inflamación de músculos extraoculares, una condición de inicio súbito, cuadro clínico agudo o crónico, con dolor periocular, edema palpebral, movilidad ocular restringida, que condiciona diplopía o visión borrosa.

**Presentación del caso:** Mujer de 32 años de edad, sin antecedentes de importancia, presenta cuadro clínico súbito con cefalea, diplopía e incremento de volumen de globo ocular izquierdo. Exploración física con eritema y edema palpebral izquierdo, movimientos oculares intactos, pero dolorosos hacia el

lado izquierdo. Se toman estudios bioquímicos sin alteraciones; TC con presencia de pseudotumor. Inicia glucocorticoides, con mejoría. Seis años después presenta proptosis izquierda, incremento de diplopía y visión borrosa; exploración física: eritema, edema palpebral y ptosis izquierda; estudios bioquímicos sin alteraciones, TC de cráneo con hiperdensidad en músculos extraoculares. Se realiza biopsia de músculos recto interno y externo en ojo izquierdo con hallazgo de miositis orbital de células gigantes (Figura 1), iniciando tratamiento con glucocorticoides con mejoría parcial; tras confirmarse diagnóstico se agregó metotrexato, con mejora del cuadro clínico.

**Discusión:** La MO representa 5% de las patologías orbitales. Incluida dentro de las miopatías inflamatorias, se considera una entidad poco frecuente y de mal pronóstico, que necesita uso de inmunosupresores. La biopsia del tejido muscular orbital actualmente se considera el estándar de oro, aunque es poco realizada por las posibles complicaciones. Debido a que esta patología es poco común se deberá tener un alto índice de sospecha, ya que un retardo terapéutico condiciona desenlaces fatales.

Figura 1



C139

### Epidemiología y microbiología de neumonía en pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG)

García G, Ríos-Corzo R, Hernández-Flores J, Jakez-Ocampo J, Carrillo-Maravilla E, Sifuentes-Osornio J, Atisha-Fregoso Y, Fragoso Loyo H

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Una de las principales causas de mortalidad en pacientes con LEG son las neumonías. No se han descrito guías específicas para el tratamiento de neumonía en estos pacientes.

**Objetivo:** Describir las características epidemiológicas, los aislamientos microbiológicos y las complicaciones en pacientes con LEG que presentan neumonía.

**Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de expedientes clínicos de pacientes con LEG (criterios ACR) que fueron atendidos en el servicio de urgencias del Instituto con diagnóstico de neumonía desde enero de 2010 a marzo de 2015. Se recolectaron datos demográficos, actividad de la enfermedad (SLEDAI-2k), tratamiento y los aislamientos microbiológicos. Se definió como desenlace negativo: ventilación mecánica (VM), choque séptico y muerte. Los pacientes fueron seguidos 30 días después del episodio de neumonía.

**Resultados:** Se incluyeron 163 pacientes (121 mujeres, 74%) con 194 episodios de neumonía. La edad promedio fue  $34.6 \pm 12.4$  años, tiempo de evolución del LEG  $7.1 \pm 8.2$  años, puntuación de SLEDAI-2k  $8.0 \pm 5.6$ . La duración de hospitalización fue de  $10.7 \pm 7.2$  días. Se obtuvo aislamiento microbiológico en 58 episodios (29.8%); los microorganismos encontrados se describen en la Tabla 1. Cincuenta y nueve pacientes (29%) presentaron un desenlace negativo: choque séptico en 13 (7%), 50 pacientes (26%) requirieron VM y 12 (6%) murieron.

**Conclusiones:** Observamos una alta incidencia de microorganismos atípicos causantes de los episodios de neumonía en estos pacientes, lo cual debe tomarse en cuenta para la selección del tratamiento antibiótico. Un alto porcentaje presentó desenlaces negativos.



**Tabla 1.** Microorganismos aislados en 58 episodios de neumonía en pacientes con LEG

	n	%
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	4	6.8
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	8	13.7
<i>Aspergillus</i>	7	12
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	5	8.6
<i>Staphylococcus aureus sensible a meticilina</i>	5	8.6
<i>Staphylococcus aureus resistente a meticilina</i>	4	6.8
<i>E. coli</i>	4	6.8
<i>Streptotrophomonas</i>	3	5.1
<i>Enterococcus</i>	2	3.4
<i>Moraxella</i>	2	3.4
<i>E. epidermidis</i>	2	3.4
<i>H. parainfluenza</i>	2	3.4
<i>Enterobacter cloacae</i>	2	3.4
<i>Acinetobacter</i>	2	3.4
<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	1	1.7
<i>Streptococcus agalactiae</i>	1	1.7
<i>Candida albicans</i>	1	1.7
<i>H. influenza</i>	1	1.7
<i>P. jiroveci</i>	1	1.7
<i>Serratia</i>	1	1.7
TOTAL	58	100

**C140**

**Asociación entre lupus eritematoso sistémico (LES) y miastenia gravis (MG): reporte de tres casos**

Cruz-Sánchez JA, Portela-Hernández M, Pérez-Cristóbal M, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** La asociación entre lupus eritematoso sistémico (LES) y miastenia gravis (MG) es infrecuente; puede aparecer de manera simultánea o en diferente momento y se ha informado que la timentomía puede ser factor disparador de LES. Se presentan tres casos.

**Presentación de casos:** Caso 1. Mujer de 27 años con MG desde los 25 años por diplopía, debilidad proximal y electromiografía (EMG)+; a la par cumplió, criterios de clasificación para LES (manifestaciones renales, hematológicas e inmunológicas). Recibió tratamiento con piridostigmina, micofenolato y timentomía. Caso 2. Mujer de 48 años con LES desde los 44 años (manifestaciones mucocutáneas, articulares, hematológicas e inmunológicas); MG a los 47 años por diplopía, debilidad proximal y EMG+. Se realizó timentomía, continuó tratamiento con piridostigmina, prednisona y micofenolato. Caso 3. Hombre de 63 años con LES desde los 45 años (manifestaciones hematológicas, vasculitis, inmunológicas); MG a los 52 años por diplopía, disartría y EMG+. Sin timentomía, se trató con piridostigmina, prednisona y cloroquina. Los tres casos se mantuvieron en control de LES y MG.

**Conclusión:** La asociación entre LES y MG es infrecuente; la importancia clínica de detectarla tempranamente es el posible enmascaramiento entre ambas enfermedades. La MG debe incluirse en el diagnóstico diferencial de LES. En nuestros casos, la realización de timentomía no afectó la evolución de LES.

**C141**

**Enfermedad de Kawasaki refractaria con aneurismas coronarios gigantes tratada con infliximab. Reporte de caso y revisión de literatura**

Maldonado-Velázquez MR, Faugier-Fuentes E, Acevedo-Silva N, Villarreal-Treviño AV, Díaz-Prieto T

Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis sistémica autolimitada de etiología aún desconocida que afecta más frecuentemente a los niños. La principal complicación de esta enfermedad es la afección coronaria, como ectasias y aneurismas, que se presentan hasta en 25% de los pacientes no tratados e incluso pueden derivar en episodios de isquemia miocárdica. El tratamiento con inmunoglobulina intravenosa y ácido acetilsalicílico permite reducir este porcentaje de complicaciones hasta menos de 5% de los casos. Existe 10-20% de pacientes en los que la fiebre se mantiene o recurre, lo que indica la persistencia de la vasculitis, así como riesgo aumentado de desarrollar aneurismas coronarios. En los pacientes que no responden, no está consensuado el tratamiento a seguir; se describe como terapia de segunda línea: nuevas dosis de inmunoglobulina, glucocorticoides e infliximab, entre otros.

**Presentación de caso:** Lactante masculino de 8 meses de edad, con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki refractaria, HARADA de 5 puntos (edad menor de 12 meses, sexo masculino, hematocrito < 35%, proteína C reactiva 3 veces del valor de corte, leucocitos mayores de 12 000U/mL), con desarrollo de aneurismas coronarios gigantes. No respondió a dos dosis de inmunoglobulina intravenosa además de tres bolos de metilprednisolona, por lo que requirió ser tratado con una dosis de 5 mg/kg/dosis de infliximab; se agrega tratamiento preventivo para formación de trombosis con enoxaparina a dosis de 0.1mg/kg/día y presenta buena respuesta clínica posterior.

Figura 1



**C142**

**Lupus eritematoso sistémico complicado con síndrome de activación de macrófagos refractario tratado con etanercept. Reporte de caso y revisión de literatura**

Maldonado-Velázquez MR, Faugier-Fuentes E, Villarreal-Treviño AV, Acevedo-Silva N, Ramírez-Loyola Y

Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** El síndrome de activación de macrófagos (SAM) es una complicación grave y potencialmente fatal de trastornos inflamatorios sistémicos de la infancia. Es más frecuente en la artritis idiopática juvenil variedad sistémica; sin embargo, se ha informado incremento de la asociación con lupus eritematoso sistémico. Es característico de este síndrome la activación excesiva y la proliferación de linfocitos T y macrófagos, con hipersecreción masiva de citocinas proinflamatorias, incluidos IL-1B, IL-6, INT-gamma, TNF-alfa. Las manifestaciones clínicas son fiebre elevada,

pancitopenia, hepatoesplenomegalia, disfunción hepática, afección del sistema nervioso central, alteraciones de la coagulación e incremento en los niveles de ferritina, encontrando en el aspirado de médula ósea presencia de células hemofagocíticas. El objetivo inmediato de la terapia en el SAM es suprimir la hiperinflamación no controlada con agentes inmunomoduladores, inmunosupresores o citotóxicos. En el tratamiento de primera línea se encuentran los glucocorticoides, que son más utilizados en casos leves. Sin embargo, a menudo es necesaria la asociación de otros fármacos como ciclosporina A o etopósido. Presentación de caso: Paciente femenino de 16 años con diagnóstico reciente de lupus eritematoso sistémico complicado con SAM refractario a etopósido y ciclosporina A, sin mejoría posterior a 5 meses de tratamiento, por lo que se inicia manejo con etanercept, 0.4 mg/kg/dosis, 2 veces al día por 5 semanas, con lo que presenta resolución del cuadro.

**C143**

**Composición corporal en pacientes con artritis reumatoide**

Martínez-Martínez MU, Vallín-Orozco CE, Abud-Mendoza C, Bravo-Ramírez AM, Galindo-Rodríguez KG

Unidad de Investigaciones Reumatológicas, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Introducción:** La composición corporal de pacientes con artritis reumatoide (AR) puede ser anormal debido a la actividad de la enfermedad o por el uso de medicamentos que incluyen glucocorticoides y antipalúdicos.

**Objetivo:** Evaluar la composición corporal en pacientes con AR y los factores asociados con anomalías en la masa grasa por medio de impedanciometría.

**Métodos:** Incluimos a pacientes con artritis reumatoide con base en los criterios del ACR, a quienes realizamos impedanciometría para calcular por medio de fórmulas validadas la masa libre de grasa, la masa grasa y el ángulo de fase.

**Resultados:** Incluimos a 130 pacientes, 122 mujeres; las características demográficas y de composición corporal se muestran en la **Tabla 1**. Clasificamos a los pacientes de acuerdo con el índice de masa grasa. Encontramos que 10 pacientes (7.6%) estaban en índice de masa grasa bajo, 34 pacientes normal (26.2%), 53 alto (40.7%) y 33 (25.4%) muy alto. No identificamos factores asociados con índice de masa grasa elevado.

**Conclusiones:** Más de 65% de los pacientes con artritis reumatoide evaluados tiene índice de masa alto o muy alto. Estos datos pudieran tener repercusión en la morbimortalidad asociada con la enfermedad, que incluye causas cardiovasculares.

**Tabla 1.**

Variable	Resultado
Edad	50.5 ± 10.9
Mujeres	122 (93.8%)
FR+	80 (61.5%)
Diabetes mellitus	23 (17.7%)
Hipertensión sistémica	40 (30.8%)
Masa libre de grasa (kg)	45 ± 8.1
Masa grasa (kg)	22.5 ± 9
Ángulo de fase	8.6 ± 2.8

**C144**

**Análisis del polimorfismo (rs352140) del gen de TLR9 en pacientes con lupus eritematoso generalizado y artritis reumatoide**

Lujano-Benítez AV<sup>(1)</sup>, Corona-Sánchez EG<sup>(1)(2)</sup>, Martín-Márquez BT<sup>(1)</sup>, Vázquez-del Mercado M<sup>(1)(3)</sup>, Arreola-Ramírez GA<sup>(1)</sup>, González-López L<sup>(4)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(5)</sup>, Martínez-García EA<sup>(1)(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Departamento de Reumatología, División de Medicina Interna, Hospital Civil Juan I. Menchaca, <sup>(4)</sup>Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(5)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Introducción:** Se ha propuesto que el gen de TLR9 es una región de susceptibilidad para desarrollar enfermedades autoinmunes tales como lupus eritematoso generalizado (LEG) y artritis reumatoide (AR). Específicamente la señalización a través de TLR9 e IgM en células B se ha involucrado con la producción de autoanticuerpos. Sin embargo, en la población mexicana no existen datos de este polimorfismo asociado con la susceptibilidad a desarrollar LEG y AR.

**Objetivo:** Analizar la asociación del polimorfismo G2848A (rs352140) del gen de TLR9 con susceptibilidad a desarrollar LEG y AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal analítico; se analizaron 64 pacientes con LEG, 50 pacientes con AR y 86 sujetos sanos. Se extrajo DNAg para identificar el polimorfismo y su genotipificación por PCR-RFLP.

**Resultados:** Las frecuencias genotípicas en pacientes con LEG, AR y controles fueron: GG = 21 (32.8%), GA = 22 (34.9%), AA = 21 (32.8%); GG = 8 (16%), GA = 28 (56%), AA = 14 (28%); GG = 14 (16.3%), GA = 46 (53.5%) AA = 26 (30.2%), respectivamente. Al comparar las frecuencias genotípicas entre los grupos de estudio se observaron las siguientes diferencias significativas: LEG vs. AR, p = 0.0423; LEG vs. controles, p = 0.0256. Sin embargo, al comparar AR vs. controles no encontramos diferencias significativas (p = 0.9552). El genotipo de susceptibilidad fue GG: LEG vs. Controles, OR 2.51 (IC 95% 1.16-5.45), p = 0.018; AR vs. controles, OR 0.97 (IC 95% 0.38-2.5), p = 0.96; LEG vs. AR, OR 2.56 (IC 95% 1.02-6.4), p = 0.04.

**Conclusión:** Es el primer estudio en México que investiga la asociación de este polimorfismo con la susceptibilidad a desarrollar LEG y AR. Se observó que el genotipo GG confiere susceptibilidad para desarrollar LEG pero no AR.

**C145**

**Alteraciones de la composición corporal e impacto en la afección sistémica en pacientes con esclerosis sistémica progresiva**

Moreno-Gutiérrez J<sup>(1)</sup>, Espinosa-Morales R<sup>(1)</sup>, Vera-Lastra OL<sup>(2)</sup>, Cruz-Domínguez MP<sup>(2)</sup>, Medrano-Ramírez G<sup>(3)</sup>, Santillán-Díaz C<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto Nacional de Rehabilitación, <sup>(2)</sup>Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, <sup>(3)</sup>Hospital General de México

**Introducción:** La esclerosis sistémica(ES) es una patología autoinmune inflamatoria con afección multiorgánica. Estudios discordantes asocian la composición corporal (CC) y la morbimortalidad de la ES, aunque la información es escasa.

**Objetivo:** Describir la prevalencia de alteraciones de la composición corporal mediante bioimpedancia y su impacto sistémico en la ES

**Material y métodos:** Estudio transversal y descriptivo. Pacientes con criterios de clasificación de ES fueron incluidos. Mediante encuesta clínica estructurada se recabaron datos epidemiológicos, malabsorción intestinal y afección sistémica. Se realizó estudio de bioimpedancia eléctrica.

**Resultados:** Evaluamos a 26 pacientes con ES, 24 mujeres (92.3%), edad 55.2 años, evolución 12.2 años. En mujeres, la masa grasa fue menor en la

ES limitada y la masa musculoesquelética fue mayor en la difusa. Los valores de masa grasa, IMC, índice de masa grasa (IMG), índice de masa libre de grasa, grasa visceral (GV) e índice de masa musculoesquelética (IMME) estuvieron aumentados en pacientes sin daño renal. Los pacientes con síndrome metabólico tuvieron valores más elevados en GV (146.4% vs. 98.3%), IMME (16.8 vs. 14.7 kg/m<sup>2</sup>) e IMC (30.7 vs. 23.1 kg/m<sup>2</sup>). En pacientes con malabsorción intestinal, hubo tendencia a mayor grasa visceral, IMG e IMC. Finalmente, el grupo con daño cardiovascular presentó una tendencia a valores elevados en IMG (12.8 vs. 9.35 kg/m<sup>2</sup>), GV (138 vs. 105.4%) e IMC (28.6 vs. 24.7 kg/m<sup>2</sup>).

**Conclusiones:** Resultados preliminares muestran cierta asociación entre alteraciones de CC y mayor daño renal, cardiovascular, metabólico e intestinal. Estamos aumentando el tamaño de muestra. De corroborarse esta asociación, la bioimpedancia podría ser una herramienta predictiva de daño a órgano en pacientes con ES.

**Tabla 1.** Composición corporal en pacientes con y sin síndrome metabólico

Parámetro	c/síndrome m	s/síndrome	p
IMC kg/m <sup>2</sup> (DE)	30.74 (6.04)	23.14 (4.77)	0.0014
Grasa visceral(DE)	146.42 (42.05)	98.13 (37.15)	0.01
IMG kg/m <sup>2</sup> (DE)	13.92 (5.06)	8.44 (3.36)	0.0037
IMME kg/m <sup>2</sup> (DE)	8.91 (1.13)	7.76 (1.22)	0.035
IMLG kg/m <sup>2</sup> (DE)	16.78 (1.84)	14.69 (1.88)	0.02
MLG kg (DE)	38.02 (5.91)	35.68 (4.92)	0.37

**C146**

**Enfermedad de Still, un reto diagnóstico y terapéutico. Reporte y seguimiento de seis casos**

Mendoza-Torres JM, Munguía-Realpozo P, Rodríguez-Delgado LC, Medina-García G, Bustamante R, Cruz-Reyes C, Saavedra-Salinas MA, Jara-Quezada LJ

*Servicio de Reumatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS*

**Introducción:** La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad inflamatoria sistémica que se caracteriza por su complejidad diagnóstica y terapéutica.

**Presentación:** Se incluyeron seis pacientes del Servicio de Reumatología con diagnóstico de ESA. Las características de los casos se describen en la **Tabla 1**. Se realizó un análisis descriptivo con variables demográficas, hallazgos clínicos y bioquímicos. Dos pacientes fueron diagnosticados como LES y uno con enfermedad de Lyme al inicio del trastorno. El promedio de tiempo desde el inicio hasta el diagnóstico fue de 8.1 meses. Uno de los casos se diagnosticó durante el embarazo.

**Discusión:** En nuestra serie, todos los pacientes cumplieron los seis criterios mayores de Yamaguchi. Se establecieron diagnósticos de otras enfermedades autoinmunes e infecciosas al comienzo de la enfermedad en la mitad de los casos, lo que refleja la complejidad del abordaje inicial. En el seguimiento se observó refractariedad al tratamiento combinado de esteroide y FARME en el 50%, mostrando respuesta favorable con el inicio de terapia biológica.

**Tabla 1.** Características de los pacientes

Variables	Casos n = 6 (%)
Edad (Promedio, años)	38.2
Sexo n (%)	H 2 (33.3%), M 4 (66.6%)

Criterios mayores de Yamaguchi al diagnóstico	6 (100)
Fiebre > 39 °C por > 1 semana	6 (100)
Leococitosis Z 10,000	6 (100)
Rash	6 (100)
Artritis	6 (100)
Femina elevada	2 /33.3)
ANA (-) FR (-)	4 (66.6) 5 (83.3)
Glucocorticoide	4 (66.6)
Metotrexato	4 (66.6)
Antimalárico	1 (16.6)
FARME biológico	3 (50)
Tiempo de evolución (promedio)	4.5 años
Tiempo desde el inicio hasta el diagnóstico	8.1 meses

**C147**

**Aortitis manifestada como síndrome doloroso abdominal y oclusión intestinal parcial: presentación de un caso y revisión de la literatura**

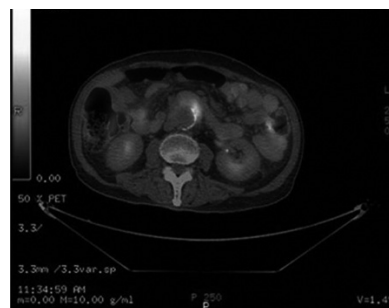
Sánchez-Rodríguez A<sup>(1)</sup>, Turrent-Carriles A<sup>(2)</sup>, Jordán-Ríos A<sup>(3)</sup>, Bozada-Gutiérrez KE<sup>(4)</sup>

*(1)Medicina Interna, Centro Médico ABC, (2)Reumatología, Centro Médico ABC, (3)Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, (4)Hospital General Dr. Manuel Gea González*

**Introducción:** La aortitis abdominal es poco frecuente, su diagnóstico es complejo y se ha complementado con diversas técnicas de imagen.

**Presentación del caso:** Varón de 88 años originario del Reino Unido; antecedentes: agrónomo, tabaquismo, prediabetes e hiperplasia prostática benigna y constipación crónica. Acude por un cuadro de 7 días por mayor constipación, dolor abdominal difuso de predominio en fosa iliaca derecha e hipogastrio, progresivo, sin otros síntomas. A la exploración se encuentra arrítmico con signos vitales normales, dolor en fosa iliaca derecha con dolor a la descompresión y peristalsis abolida. Durante el abordaje, tomografía de abdomen contrastada y PET-CT que documentan aumento de calibre de aorta abdominal, arteria mesentérica superior y sus ramas, sin datos que sugieran isquemia intestinal, asociado con aumento de actividad metabólica limitada a la pared vascular (**Figura 1**). Los estudios de laboratorio se muestran en la **Tabla 1**. Se agrega al tratamiento prednisona, 50 mg al día, presentando mejoría de la clínica abdominal y en marcadores de inflamación; se egresa sin complicaciones.

**Figura 1.** Tomografía por emisión de positrones (PET-CT) con regiones del aumento del metabolismo en toda la extensión de la pared de la aorta abdominal



**Discusión:** Las causas más comunes de aortitis son las vasculitis de grandes vasos como la arteritis de células gigantes (75%), la arteritis de Takayasu y en menor proporción las infecciosas e idiopáticas. El diagnóstico clínico se complementa con estudios de imagen como IRM y PET-CT; los pacientes generalmente responden al tratamiento médico con glucocorticoides e inmunosupresores y en casos complicados con cirugía.

**Conclusiones:** La aortitis es una causa rara de dolor abdominal; la sospecha clínica es fundamental para su diagnóstico.

**Tabla 1**

Estudio	Resultado	Valor de referencia
Leucocitos, células 10 <sup>3</sup> /μL	8.800	<10 células
Hemoglobina, g/dL	13.3	>12
Plaquetas, células 10 <sup>3</sup> /μL	215 000	150-450
Creatinina, mg/dL	0.8	0.4 – 1.4
Deshidrogenasa láctica, U/L	183	101-218
Lactato venoso, mmol/L	0.7	<2.0
Examen general de orina	Normal	Normal
C3, mg/dl	149	76-181
C4, mg/dl	15.2	13.1-52.4
Proteína C reactiva ultrasensible, mg/dL	6.45	<0.5
Velocidad de sedimentación globular, mm/h	55	0-20
ANA	Negativo	Negativo
Anti-DNAc	Negativo	Negativo
SSA/SSB	Negativo	Negativo
Factor reumatoide/APCC	Negativo	Negativos
Hormona estimulante de la tiroides, μUI/mL	3.0	0.45-5
Tomografía de abdomen doble contraste	Aumento de calibre de aorta abdominal, arteria mesentérica superior y sus ramas a expensas de tejido excéntrico sin datos de isquemia intestinal ni zonas de transición	
PET-CT	Aumento de actividad metabólica vascular sin otras áreas de captación	

**C148**

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

Sandoval-Cabrera DV, Irazoque-Palazuelos F, Ramírez-López O, Gallegos-Hernández O, González-Mora MP, Muñoz-López S, Andrade-Ortega L, Rosales-Don Pablo VM

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico dirigido contra la molécula de superficie de linfocitos B (CD20) que ha demostrado seguridad y eficacia en el tratamiento de artritis reumatoide (AR), con tiempos prolongados de remisión en algunos pacientes.

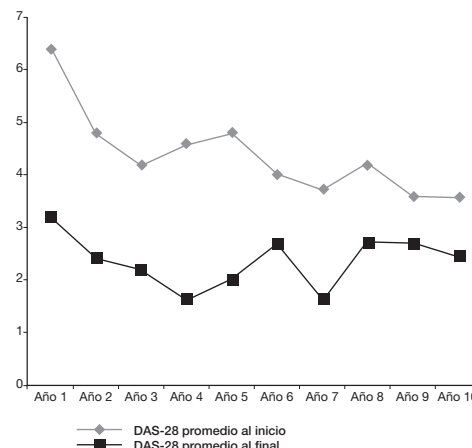
**Objetivo:** Evaluar eficacia, seguridad y línea de tratamiento de rituximab en AR durante 10 años.

**Material y método:** Evaluamos a pacientes con diagnóstico de AR del 01 de enero de 2006 al 01 de enero de 2016 que recibieran cuando menos una infusión de rituximab. Se evaluó uso previo de FARMEb (FARME biológico), uso de primera línea de rituximab, así como FARME concomitantes, o uso como monoterapia; presencia de factor reumatoide y anti-CCP, grado de actividad por DAS-28 (PCR), diferencia de tiempo entre una infusión y otra, aspectos de seguridad durante la infusión y posterior a ella a largo plazo y variables sociodemográficas. Se realizó estadística descriptiva e inferencial con t de Student y Ji cuadrada.

**Resultados:** Se incluyeron 568 pacientes y 277 fueron excluidos por haber recibido una o más dosis de FARMEb biosimilar; 96% de mujeres, media de edad fue 60 años. La edad promedio al diagnóstico de AR fue 40 años, la media del tiempo de evolución de AR fue 20 años, la respuesta por DAS-28 (PCR) disminuyó (**Figura 1**).

**Conclusiones:** Rituximab es un FARMEb eficaz y seguro, que puede utilizarse por tiempo prolongado sosteniendo estas características, asociado con otros FARME o como monoterapia. La tasa de eventos adversos no se modificó con el número de infusiones; los eventos relacionados con la infusión disminuyeron.

**Figura 1.** Respuesta de DAS-28 por PCR a 10 años antes y después de infusión de Rituximab



**C149**

**Medición de cronicidad en pacientes con síndrome antifosfolípidos con la escala validada Damage Index Antiphospholipid Syndrome (DIAPS)**

Sánchez-Rodríguez A<sup>(1)</sup>, Amigo-Castañeda M<sup>(2)</sup>, Turrent-Carriles A<sup>(2)</sup>, Bermúdez-Bermejo PE<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, Centro Médico ABC, <sup>(2)</sup>Reumatología, Centro Médico ABC, <sup>(3)</sup>Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Introducción:** Existe poca información sobre la medición del daño crónico por síndrome antifosfolípidos (SAAF) mediante el instrumento específico para la enfermedad conocido como Damage Index Antiphospholipid Syndrome (DIAPS) en pacientes ambulatorios.

**Objetivo:** Evaluar el daño crónico mediante la escala DIAPS en pacientes con SAAF que acuden a consulta externa de seguimiento.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio prospectivo, transversal, en pacientes con diagnóstico de SAAF atendidos de forma ambulatoria en consulta externa en Reumatología durante el periodo de enero de 2014 a enero de 2015 en el Centro Médico ABC. Incluimos variables sociodemográficas, clínicas, estudios de laboratorio y puntaje DIAPS (**Tabla 1**).



**Resultados:** Se incluyeron 29 pacientes con edad promedio de  $42.6 \pm 16.6$  años, 86.2% de sexo femenino y 6.9% con presentación catastrófica. La mediana del puntaje por DIAPS fue de 2 con rango intercuartilar de 1-5 puntos. Se asoció con mayor puntaje DIAPS: uso de acenocumarina [mediana = 3 (rango intercuartilar 1-7) vs. 1 (rango intercuartilar 0-3),  $p = 0.035$ ]; trombosis arterial [mediana = 3 (rango intercuartilar 1-7) vs. 2.5 (rango intercuartilar 1-5),  $p = 0.07$ ]. No existió correlación entre el curso clínico, la serología y el puntaje DIAPS.

**Conclusiones:** La totalidad de los pacientes evaluados cursaron con puntajes bajos en la escala DIAPS, las variables asociadas con puntajes más altos fueron uso de anticoagulantes y trombosis arterial; sin embargo, esta última no alcanzó significancia estadística. Estudios longitudinales podrían evaluar el comportamiento de las mediciones seriadas.

**Tabla 1.** Características del total de pacientes evaluados por DIAPS (*Damage Index In Antiphospholipid syndrome*). (n = 29)\*

Sociodemográficas:	Edad en años, media (DE)	42.6 (16.6)
	Sexo femenino	25 (86.2)
Presentación clínica:	Síndrome antifosfolípidos catastrófico primario	2 (6.9)
	Tiempo de evolución en meses, mediana intervalo intercuartilar	19 (65)
Trastorno primario:	Lupus	42 (12 - 84)
	Sjögren	6 (20.7)
Comorbilidades:	Hipertensión arterial sistémica	4 (13.8)
	Hipotiroidismo	5 (17.2)
	Otras trombofilias <sup>†</sup>	3 (10.3)
	Cáncer	4 (13.8)
Secuelas trombóticas (n=20):	Trombosis arterial	3 (10.3)
	Trombosis venosa	7/20 (35)
	Ambas	12/20(60)
	Trombosis venosa profunda	1/20 (5)
	Complicaciones obstétricas	9 (31)
	Enfermedad vascular cerebral	8 (27)
	Tromboembolia pulmonar	6 (20.7)
	Amputaciones	3 (10.3)
	Ceguera	1 (3.4)
	Enfermedad recurrente	1 (3.4)
	Anticoagulante lúpico	3 (10.3)
Serología:	Anti-β2 glicoproteína 1	14 (48.3)
	Anticardiolipinas	6 (20.7)
	Anticuerpos antinucleares	12 (42.9)
	Otros anticuerpos antifosfolípidos	7(24.1)
Tratamiento:	Ácido acetilsalicílico	6 (20.7)
	Antimaláricos	17 (65.4)
	Inhibidores de factores dependientes de vitamina K	13 (44.8)
	Otros tratamientos	11 (37.9)
Clinimetría:	Puntaje DIAPS, mediana (intervalo intercuartilar)	4 (13.8)
		2 (1-5)

\*Los valores se presentan como n (%) a menos que se especifique lo contrario.

<sup>†</sup> Presencia de factor V de Leyden o mutación de la tetrahidrofolato reductasa.

## C150

### Niveles séricos de Dickkopf-1 en mujeres mexicanas posmenopáusicas con y sin osteoporosis

Sánchez-Rodríguez EN<sup>(1)</sup>, Saldaña-Cruz AM<sup>(2)</sup>, Becerra-Alvarado IN<sup>(1)</sup>, Martín-Márquez BT<sup>(3)</sup>, Dávalos-de la Cruz AP<sup>(4)</sup>, Farías-Cuevas KP<sup>(5)</sup>, Esparza-Guerrero Y<sup>(5)</sup>, Zaragoza-González JA<sup>(5)</sup>, Gámez-Nava JJ<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas, Universidad de Colima, <sup>(3)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>Maestría en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(5)</sup>Programa Nacional de Servicio Social de Investigación en Salud, Secretaría de Salud, <sup>(6)</sup>Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Introducción:** Estudios recientes se han enfocado en explicar el papel de Dickkopf-1 (DKK-1) inhibidor de la vía *Wingless* canónica (WNT/β-catenina) en la remodelación ósea. Niveles séricos elevados de DKK-1 se han asociado con densidad mineral ósea baja. En México no existen estudios que determinen los niveles séricos de DKK-1 en mujeres posmenopáusicas y evalúen su asociación con la presencia de osteoporosis.

**Objetivo:** Determinar la asociación de los niveles séricos de DKK-1 en mujeres posmenopáusicas y su correlación con variables clínicas y sociodemográficas.

**Material y métodos:** Se evaluaron 85 mujeres posmenopáusicas a las que se determinó densidad mineral ósea (DMO) por el método de absorciometría dual de rayos-X (DXA); se obtuvieron dos grupos: con y sin osteoporosis. Los niveles séricos de DKK-1 se determinaron por ELISA.

**Resultados:** La edad promedio fue de  $65 \pm 10$  años. La frecuencia de la presencia de menopausia fue de 84.4% (65), mientras que 53.2% (41) presentó osteoporosis. La media de niveles séricos de DKK-1 en mujeres posmenopáusicas sin osteoporosis fue de  $475.86 \pm 284.02$  ng/mL vs. el grupo con osteoporosis con  $523.38 \pm 241.17$  ( $p = 0.192$ ). No se observó correlación de los niveles séricos de DKK-1 con DMO de columna ( $p = 0.903$ ) y cadera ( $p = 0.788$ ), edad ( $p = 0.354$ ) y años de duración de la menopausia ( $p = 801$ ).

**Conclusión:** Este estudio no demuestra que los niveles de DKK-1 sean útiles como biomarcadores para identificar las alteraciones en la DMO que son reflejadas por densitometría en mujeres posmenopáusicas.

## C151

### Asociación de niveles de adipocinas séricas y cambios imagenológicos en pacientes con osteoartritis de rodilla en etapa temprana

Rodríguez-Guevara G, Guzmán-Sánchez I, Espinosa-Morales R, Martínez-Flores K, Fernández-Torres J, López-Reyes A, Hernández-Díaz C

Instituto Nacional de Rehabilitación

**Introducción:** Existen diversos factores asociados con la génesis y progresión de la osteoartritis (OA); las adipocinas se han descrito en la fisiopatología de la enfermedad.

**Objetivo:** Investigar la relación que existe entre hallazgos radiográficos en pacientes con osteoartritis de rodilla (OAR) de presentación temprana y niveles séricos de leptina, adiponectina y resistina.

**Pacientes y métodos:** En un estudio transversal, se incluyeron 164 pacientes con OAR temprana. Se midió la concentración sérica de leptina, adiponectina

y resistina. Se realizaron radiografías simples y ultrasonidos de articulación afectada. Se determinaron las diferencias de concentración entre diferentes grados de severidad.

**Resultados:** La concentración de leptina fue mayor en pacientes con osteofitos grado 1 y 2 vs. grado 0 en compartimento femoral lateral derecho ( $p = 0.04$ ) y femoral medial izquierdo ( $p = 0.002$ ). Su concentración fue mayor en pacientes con grado radiológico Kellgren Lawrence (KL) 2 en comparación con grado 1 y 0, lado derecho ( $p = 0.003$ ). La concentración de adiponectina fue mayor en pacientes sin disminución de espacio articular medial derecho (grado 0) vs. grado 1 y 2 ( $p = 0.05$ ) y sin osteofitos (grado 0) vs. grado 1 y 2 en compartimento femoral lateral y femoral medial derechos ( $p = 0.004$  y  $0.01$ , respectivamente). La concentración de resistina fue mayor en pacientes con KL grado 2 vs. 0 y 1 derecho ( $p = 0.01$ ). La concentración de leptina fue mayor en pacientes con osteofitos medidos por USG, lado izquierdo ( $p = 0.05$ ) (Tabla 1).

**Conclusiones:** Concentraciones mayores de leptina y resistina se relacionan con mayor gravedad. El comportamiento de adiponectina sérica fue inverso.

Tabla 1.

Radiografía simple		
Leptina		
Osteofitosis	Concentración sérica ng/mL (media, DE)	p
Compartimento femoral lateral derecho		
Osteofitos grado 1 y 2	1 000.6 (966.9)	0.04
Osteofitos grado 0	639.5 (689.7)	
Compartimento femoral medial izquierdo		
Osteofitos grado 1 y 2	1 178.08 (1 006.14)	0.002
Osteofitos grado 0	553.14 (611.54)	
Grado radiológico		
Rodilla derecha		
KL grado 2	1 317.27 (1 331.27)	0.003
KL grado 1 y 0	660.65 (680.45)	
Adiponectina		
Osteofitosis		
Compartimento femoral lateral derecho		
Osteofitos grado 1 y 2	58,027(47,504.5)	0.004
Osteofitos grado 0	63,639 (88,251.3)	
Compartimento femoral medial derecho		
Osteofitos grado 1 y 2	54,528.9(52,344.03)	0.01
Osteofitos grado 0	63,787.6 (82,770.2)	
Disminución de espacio articular medial derecho		
Grado 0.	67,324.28 (81,648.78)	0.05
Grado 1 y 2	29,580.07( 25,013.45)	
Resistina		
Grado Radiológico		

KL grado 2	32 342.3(31 547.96)	0.01
KL grado 1 y 0	19 345.5 ( 1 225.41)	
Ultrasonido		
Osteofitosis izquierda		
Ausencia	361.1 (601.4432)	0.05
Presencia	843.1 (814.0445)	

## C152

### Factores asociados a recaída en miopatía inflamatoria idiopática en una cohorte mexicana de un centro de tercer nivel de atención

Cordero-Sánchez G, Marín-Hernández APG, López-Marquet M, Pérez-Cristóbal M, Barile-Fabris LA

Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de enfermedades reumáticas que incluyen principalmente la dermatomiositis (DM) y la polimiositis (PM), que se caracterizan por recaídas en algunos pacientes.

**Objetivo:** Identificar los factores asociados con recaída mediante un análisis comparativo entre pacientes con y sin recaída.

**Material y métodos:** Se Incluyeron pacientes con diagnóstico de PM y DM de acuerdo con los criterios de Bohan y Peter del Servicio de Reumatología de un centro de tercer nivel y se dividieron en dos grupos: con y sin recaída, para análisis comparativo.

**Resultados:** De un total de 47 pacientes (72% mujeres y 27% hombres), 61% presentó recaída; 32 casos (68%) con DM y 15 con PM (31%). La recaída se presentó en 21 pacientes con DM y 9 con PM; 27 (90%) mostró debilidad muscular durante la recaída, 4 (13.3%) disfagia y 10 (33.3%) rash. Disnea, disfagia y anti-Jo-1 al inicio de la enfermedad no se asociaron con incremento de recaídas. Las comorbilidades principales fueron dislipidemia (36.2%), hipertensión arterial sistémica (21.2%), diabetes mellitus (12.7%) e hipotiroidismo (10.6%), sin asociación significativa con recaídas. Seis casos con enfermedad pulmonar intersticial (12.7%) no mostraron mayor recaída. Veintiocho casos tuvieron daño acumulado medido por MDI, lo cual se asoció con la mayor frecuencia de recaídas ( $p = 0.02$ )

**Conclusiones:** No se encontró correlación entre las recaídas y la gravedad inicial de la enfermedad como presencia de disnea o disfagia. El 59% mostró daño acumulado, lo cual se asoció con recaídas más frecuentemente.

## C153

### Paciente con lupus eritematoso sistémico (LES), anemia aplásica y fusariosis

Damián Abrego GN, Hernández-Huirache H, Cázares-Sánchez D, Perales-Martínez D, Paz-Gómez F

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

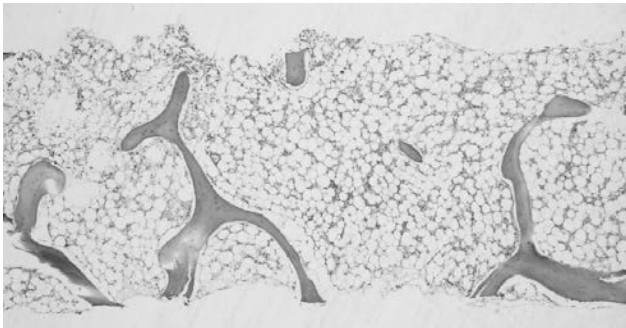
**Introducción:** Las alteraciones hematológicas en LES son manifestaciones frecuentes; a veces sus características puede semejar trastornos hematológicos primarios, lo cual obliga a realizar diagnóstico diferencial estricto.

**Objetivo:** Mostrar un caso de la asociación rara de lupus eritematoso sistémico y anemia aplásica, y su combinación excepcional con fusariosis

**Caso clínico:** Mujer de 24 años de edad con antecedente de 1 año de evolución con artritis de pequeñas articulaciones simétricas; recientemente se agregó fiebre de 40° cotidiana, pérdida de peso de 15 kg, caída de cabello, úlceras orales, equimosis y petequias. Ingresa a nuestra institución, donde se documenta Hb 5.5 g/dL, leucocitos 1 880 mm<sup>3</sup>, linfocitos 98%, plaquetas 24 000, ANA patrón homogéneo 1:320, anticoagulante lúpico y Coombs directo positivo, C3 71, C4 < 8 y anticuerpos anti-DNA 1:320; se concluyó diagnóstico de lupus eritematoso. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día; sin embargo, persistió con fiebre y se agregó sangrado transvaginal, epistaxis. Persistió con pancitopenia y requirió múltiples transfusiones de paquetes globulares y plaquetas, motivo por el cual se realizó aspirado de médula ósea (AMO) concluyendo anemia aplásica (**Figura 1**). Posteriormente se agregó aumento de volumen de hemicara derecha con dermatosis puntiforme en región paranasal derecha, que progresó en 48 horas hasta ser de 3 × 2 cm, de diámetro con centro necrótico y bordes regulares (**Figura 2**); se realizó tinción de KOH que demostró hifas, el cultivo fue compatible con fusariosis (**Figura 3**). Se practicó resección de rama ascendente de maxila, retiro de pares lateral nasal con cornete inferior y resección completa del septum. Finalmente la paciente falleció por complicación de sepsis y síndrome hemorrágico.

**Conclusiones:** La presencia de citopenias periféricas en LES refractarias a tratamiento y/o con requerimientos transfusionales debe ser evaluada con AMO; deben tenerse en cuenta infecciones oportunistas en los pacientes con LES y neutropenia profunda.

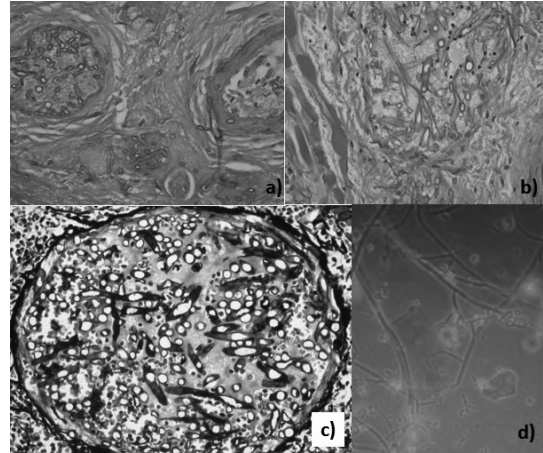
**Figura 1.** Corte histológico de médula ósea donde se observa depleción de elementos precusores (5%) que corresponde a aplasia medular sin evidencia de microorganismos ni malignidad (HE, 100x)



**Figura 2.** Aumento de volumen de hemicara derecha con dermatosis localizada en ala derecha de la nariz con centro necrótico y bordes regulares de 3x2 cm. de diámetro, de 48 hrs. de evolución



**Figura 3.** Secuencia de imágenes histológicas que evidencian la presencia de hifas gruesas no septadas con ramificación en ángulo recto que corresponden al orden de los mucorales invasores, tanto a tejidos blandos (Fig. b tinción de PAS) como a vasos sanguíneos (angioinvasión) (Fig. a tinción de PAS, fig. c Grocott), Fig. 4 Microscopia de luz, tinción azul de lactofenol. 40x Hifas delgadas y tabicadas, conidióforos ramificados con macroconidios fusiformes, microconidios y escasos blastoconidio



C154

### Displasia fibrosa monostótica maxilar. Presentación de caso clínico

Ramírez-Miramontes JV<sup>(1)</sup>, Bocanegra-Cedillo IE<sup>(2)</sup>, OH Zorola-Téllez<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Pediatría, Hospital de Traumatología y Ortopedia 21, IMSS, <sup>(2)</sup>Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica, Hospital de Traumatología y Ortopedia 21, IMSS, <sup>(3)</sup>Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital de Traumatología y Ortopedia 21, IMSS

**Introducción:** La displasia fibrosa ósea constituye 2.5% de los trastornos óseos y 7% de los tumores óseos benignos.

**Presentación de caso:** Paciente masculino de 13 años de edad, sin antecedentes hereditarios y patológicos de importancia, con padecimiento de 1 año 4 meses de evolución con aumento de volumen en región maxilar izquierda, sin datos inflamatorios, acompañado de equimosis en párpado inferior izquierdo y con aumento de tamaño de la lesión durante el tiempo de evolución. A la EF se aprecia asimetría facial por aumento de volumen maxilar izquierdo sin cambios inflamatorios, ni crepitación, sin lesiones orofaríngeas, sin alteraciones a la exploración de pares craneales ni lesiones cutáneas. TAC simple con imagen en vidrio despolido en región maxilar izquierda (**Figura 1**), radiografía de huesos largos sin otras lesiones. Exámenes de laboratorio normales.

Se realizó hemimandibulectomía parcial izquierda sin complicaciones, estudio histopatológico de maxilar izquierdo con abombamiento ovoide, adelgazamiento de la cortical de 0.3 cm, infiltrada por tumor sólido, grisáceo de consistencia chiclosa, limitado por el paladar blando y mucosa de la encía, con tejido fibroso inmaduro. El paciente tuvo una corta estancia en la UCIP de nuestro hospital y actualmente está en protocolo para reconstrucción por medio de implante.

**Discusión:** La displasia fibrosa ósea es una enfermedad congénita poco frecuente caracterizada por proliferación focal de tejido fibroso en la médula ósea; produce lesiones osteolíticas, deformidades, fracturas y complicaciones neurológicas secundarias a compresión nerviosa; existen formas monostóticas, poliostóticas y aquella asociada con patología endocrina y lesiones cutáneas. Dentro de las opciones terapéuticas en los últimos años se ha agregado el tratamiento con bifosfonatos.



Figura 1



C155

### Asociación de síndrome de Reynolds con síndrome antifosfolípido

Rivera-Rangel RM, Hernández-Sánchez MM, Dávila-Sosa D, Ferrusquía-Toriz DL

Medicina Interna, Hospital General Tláhuac

**Introducción:** Los anticuerpos antifosfolípidos (AFL) pueden verse en diferentes enfermedades reumatológicas, aunque no es constante que su presencia condicione enfermedad.

**Presentación de caso:** Mujer de 33 años con dos pérdidas gestacionales durante el primer trimestre y un evento de preclamsia. Cefalea sugestiva de origen vascular desde los 30 años. Hiporexia y pérdida de peso de 10 kg de 8 meses de evolución. Acudió a valoración por ictericia y prurito generalizado de 1 mes de evolución. A la exploración física con ictericia 2+, hepatomegalia dolorosa, xerosis y engrosamiento cutáneo distal a codos y rodillas sin calcinosis, con fenómeno de Raynaud. Por laboratorio, hemoglobina 10.3 g/dL, hiperbilirrubinemia de predominio directo, albúmina 2.7 g/dL, AST 74 mg/dL, FA 1 117 mg/dL, GGT 614 mg/dL, DHL 166 mg/dL y VSG 50. Ultrasonido hepático sin dilatación de la vía biliar. TAC de abdomen con hepatosplenomegalia. ANA 1:2 560 con patrón mitocondrial, anticuerpo antimitocondrial 126.1, triple positividad para AFL. Con los diagnósticos de cirrosis biliar primaria (CBP), esclerosis sistémica (ES) y síndrome antifosfolípido (SAF), inició tratamiento con prednisona, ácido ursodesoxicólico y metotrexato, con reducción de la colestasis a 3 meses.

**Discusión:** La CBP puede encontrarse en 2% de los pacientes con ES. Se ha descrito una asociación de la presencia de AFL en pacientes con CBP (RM = 25,  $p < 0.05$ ); sin embargo, no hay evidencia de traducción clínica en forma de trombosis ( $p = 0.44$ ). La prevalencia de AFL en la ES es de 13.3%, habitualmente sin manifestaciones clínicas. El presente caso es interesante ya que no hay descripciones en la literatura de SAF obstétrico asociado con síndrome de Reynolds.

C156

### El factor inhibidor de la migración de macrófagos contribuye al desbalance de los perfiles de citocinas Th1/Th2/Th17 en células mononucleares de pacientes con lupus eritematoso generalizado

De la Cruz-Mosso U<sup>(1)</sup>, García-Iglesias T<sup>(2)</sup>, Estrada-García I<sup>(3)</sup>, Ramírez-Pérez E<sup>(4)</sup>, González-López L<sup>(4)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(4)</sup>, Parra-Rojas I<sup>(5)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Inmunología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Instituto Politécnico Nacional, <sup>(4)</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, <sup>(5)</sup>Facultad de Ciencias Químico Biológicas, Universidad Autónoma de Guerrero

**Introducción:** El factor inhibidor de macrófagos (MIF) es una citocina inmunorreguladora asociada con la patogénesis de enfermedades autoinmunes. MIF funciona en retroalimentación positiva con otras citocinas proinflamatorias y podría perpetuar el proceso inflamatorio en lupus eritematoso generalizado (LEG).

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la citocina recombinante humana MIF (rh-MIF) sobre la expresión de citocinas de los perfiles Th1, Th2 y Th17 en células mononucleares de pacientes con LEG y sujetos control (SC).

**Materiales y métodos:** Este estudio fue realizado en células mononucleares de sangre periférica (PBMC) de SC y pacientes con LEG clasificados de acuerdo con los criterios del ACR de 1997 para LEG. Las citocinas de los perfiles Th1/Th2/Th17 fueron determinadas mediante el ensayo MAGPIX Bio-Plex.

**Resultados:** Al evaluar el efecto del rhMIF en las PBMC de los SC se observó un predominio del perfil de citocinas Th17 con un incremento de IL-17A, IL-17F e IL-21. Las PBMC de los pacientes con LEG mostraron un perfil inflamatorio con incremento de las citocinas IL-6, IL-1 $\beta$  y TNF- $\alpha$ . El grupo de pacientes con LEG fue estratificado de acuerdo con la remisión/actividad que presentaban a la inclusión en el estudio; las PBMC de los pacientes con LEG activo mostraron niveles incrementados de TNF- $\alpha$  e IL-6 comparados con lo observado en pacientes con LEG en remisión.

**Conclusión:** MIF es una citocina inmunomoduladora que puede inducir una respuesta inflamatoria en condiciones fisiológicas y patológicas con un predominio del perfil de citocinas Th17 en SC y un incremento de TNF- $\alpha$  e IL-6 en LEG.

C157

### Seudotumor orbitario (enfermedad inflamatoria de la órbita) como causa de interconsulta en reumatología

Maya-Piña LV<sup>(1)</sup>, Álvarez Hernández E<sup>(1)</sup>, Mendoza-Ramírez S<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, <sup>(2)</sup>Servicio de Patología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** Elseudotumor orbitario (PO) representa 6% de las enfermedades de la órbita. Es una inflamación inespecífica que puede ser por un proceso idiopático localizado o secundario a una enfermedad sistémica. Se manifiesta con proptosis, dolor ocular agudo, inyección conjuntival, quemosis, edema periorbitario, disminución de la visión y diplopía. Para establecer el diagnóstico etiológico se requiere historia clínica completa, examen físico, estudios bioquímicos, histopatológicos y de imagen.

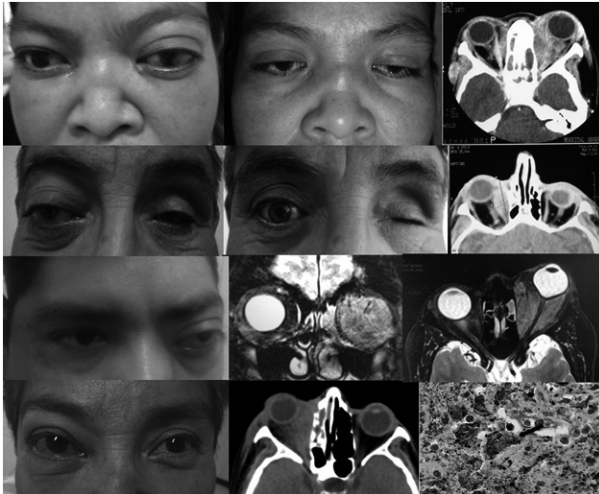
**Presentación de los casos:** En nuestro hospital se ven 2 592 consultas de primera vez y 446 interconsultas de hospitalizados al año. En los últimos 5 años se ha visto a cuatro pacientes conseudotumor orbitario (prevalencia de 0.02%) (Figura 1). La edad promedio fue de 49.75  $\pm$  12.4 años, 50% de mujeres; 4/4 tuvieron proptosis unilateral, 2/4 dolor ocular, 1/4 escleritis necrosante (EN), 1/4 manifestaciones sistémicas (vasculitis cutánea, afección renal y pulmonar). En 3/4 hubo PR3-ANCA positivos y en 1/4, MPO-ANCA positivo. A todos los pacientes se les realizó biopsia y estudios de imagen (TAC y/o RM). Los diagnósticos finales fueron: tres pacientes con



granulomatosis con poliangeítis (dos localizadas y una sistémica) y un paciente con enfermedad de Rosai-Dorfman (RDD). El tratamiento consistió en glucocorticoides e inmunosupresores. En tres pacientes remitió la proptosis, pero quedaron con secuelas en la agudeza visual (una total y dos parciales). El paciente con RDD ameritó enucleación. El paciente con EN tuvo una perforación y también requirió enucleación.

**Conclusión:** El PO es raro pero con un impacto importante por el daño que genera, por lo que requiere un abordaje multidisciplinario.

**Figura 1**



C158

**Síndrome pseudo-pseudo Meigs en LES y cirrosis biliar primaria: abordaje diagnóstico y revisión de la literatura. Reporte de caso**

Méndez-Martínez PL, Becerril-Mendoza LT, Vargas-Avilés AS, Lugo-Zamudio GE, Barbosa-Cobos RE

Hospital Juárez de México

**Introducción:** La serositis peritoneal con ascitis masiva en lupus eritematoso sistémico (LES) es una manifestación rara de causa multifactorial cuyos mecanismos patogénicos son depósito de complejos inmunes, activación del complemento y vasculitis en peritoneo. El síndrome pseudo-pseudo Meigs se define como la asociación de ascitis, derrame pleural y CA-125 elevado en LES.

**Caso clínico:** Paciente femenino de 35 años de edad con padecimiento actual de 8 meses de evolución caracterizado por ictericia en mucosas, disnea progresiva, coluria e incremento progresivo del perímetro abdominal; 4 meses con edema generalizado de predominio en extremidades inferiores. EF: caída fácil de cabello, tórax con derrame pleural derecho de 20%, abdomen con ascitis a tensión, extremidades inferiores con edema y signo de Godet, sin afección musculoesquelética. Cumplió con cinco criterios de SLICC y con 8 puntos de SLEDAI, así como criterios de cirrosis biliar primaria (Tabla 1). Se realizó abordaje de ascitis masiva y se descartaron las principales causas. La cuantificación de CA-125 fue 479 U/mL (5-35 U/mL). Ultrasonido hepático sin datos de trombosis, sin hipertensión portal; tomografía toracoabdominal con derrame pleural bilateral, sin neoplasias.

**Discusión:** En el abordaje diagnóstico de ascitis masiva en LES se deben excluir otros diagnósticos (infecciones, neoplasias benignas y malignas, afección renal, enteropatía perdedora de proteínas y otras causas autoinmunes). La presencia de serositis en LES se asocia de manera independiente con elevación significativa de CA-125 y éste se ha descrito como biomarcador de actividad en serosas.

**Tabla 1.** Características clínicas y paraclínicas del caso

Edad	35 años
Tiempo evolución	8 meses
Criterios SLICC 2012	5
SLEDAI	8
ANA	Homogéneo 1:5 120 Mitocondrial 1:280
Anti-ADN(dc)	48.9 UI/mL
Anti-Sm	7.1 U/mL
Anti-nucleosomas	161.5 U/mL
AAM	75.7 U/mL
Anti-SSA	83.5 U/mL
Líquido de ascitis	Trasudado
GASA	1.8
Cultivo de líquidos de ascitis	Negativo
Ca-125	479 U/mL
Panel viral (VHB,VHA,VHC, TORCH,VIH)	Negativo
Tuberculosis	Negativo
USG hepático	Cirrosis hepática, ascitis
TAC toracoabdominal	Derrame pleural bilateral, hígado cirrótico, ascitis

C159

**Morbilidad y mortalidad materno-fetal en pacientes con lupus eritematoso sistémico en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga**

Rivera-Martínez AA, Casasola-Vargas J

Hospital General de México

**Introducción:** La morbimortalidad materno-fetal en mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) ha aumentado. Existen pocos estudios en nuestro medio al respecto. Cortés-Hernández y colaboradores, en 103 pacientes con LES embarazadas reportaron 71.5% nacidos vivos, 25.2% bajo peso al nacer, 20% parto pretérmino, 12.6% óbitos fetales y 15.7% abortos espontáneos.

**Objetivo:** Conocer la morbilidad y mortalidad materno-fetal en pacientes embarazadas con LES en el Hospital General de México

**Material y método:** Estudio retrospectivo que incluyó a pacientes con LES que hubieran cursado con embarazo con seguimiento en Reumatología del Hospital General de México. Para desenlace obstétrico se consideraron abortos, óbitos, nacidos vivos y muertes maternas; para complicaciones materno-fetales se consideraron preeclampsia, bajo peso al nacer, parto pretérmino y bloqueos cardíacos fetales.

**Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes embarazadas con LES, en las cuales se registraron 66% (33) nacidos vivos, abortos 24% (12), óbitos 10% (5), bajo peso al nacimiento 40% (20), partos a término 36% (18), partos pretérmino 30% (15) y preeclampsia 10% (5) (Figura 1). En 60% (30) de las pacientes se presentó actividad de LES durante el embarazo; de ellas 86.6% (26) afección mucocutánea, 33.3% (10) articular, 13.3% (4) serositis, 3.3% (1) neurológica, 50% (15) renal y 43.3% (13) hematológica (Tabla 1).

**Conclusiones:** Bajo peso al nacimiento y parto pretérmino se encontraron como mayor morbilidad asociada con LES en embarazo; dentro de la mortalidad fetal, la mayoría fue a causa de abortos, en 24%. Se presentó actividad de LES en 60% de las pacientes; la afección mucocutánea, renal y hematológica fueron las más frecuentemente reportadas.

Figura 1. Desenlaces obstétricos

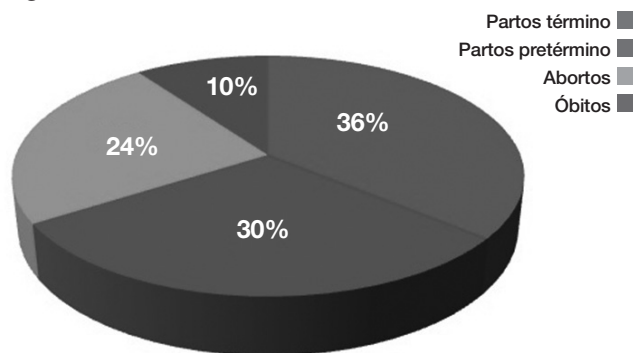


Tabla 1. Actividad de lupus eritematoso sistémico durante el embarazo

Pacientes con actividad	60% (30)
Afección mucocutánea	86.6% (26)
Afección renal	50 % (15)
Afección hematológica	43.3% (13)
Afección articular	33.3% (10)
Afección a serosas	13.3% (4)
Afección neurológica	3.3% (1)

C160

Percepción de calidad de vida y discapacidad autopercebida en mujeres con fibromialgia en comparación con otras enfermedades reumáticas

Horta-Baas G, Hernández-Cabrera MF, Pérez Bolde-Hernández A, Pérez-Pérez A

Servicio de Reumatología, Hospital General Regional 220, IMSS

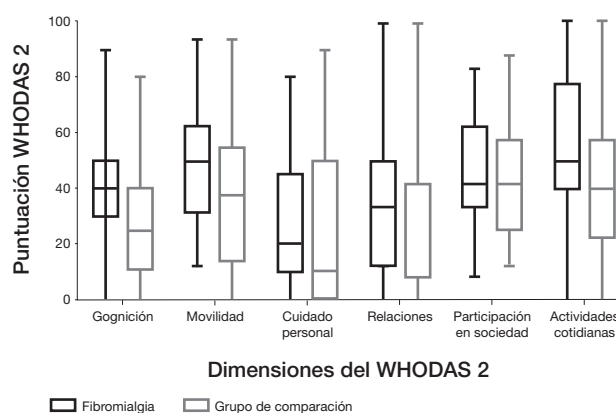
**Introducción:** La fibromialgia (FM) es una enfermedad de origen multifactorial que afecta física, psicológica y socialmente al sujeto que la padece, y puede interferir de manera significativa en su funcionamiento y calidad de vida (CV).

**Metodología:** Estudio transversal comparativo que incluyó a mujeres con FM atendidas en la consulta externa de Reumatología en el año 2016. La CV fue evaluada mediante el cuestionario WHOQOL-BREF y la discapacidad con el cuestionario WHODAS-2.

**Resultados:** Se incluyeron 53 mujeres con FM; el grupo de comparación comprendió a 20 sujetos con artritis reumatoide, 12 con lupus eritematoso sistémico y 8 con espondiloartritis. La edad no difirió entre los grupos (45 vs. 48 años, p = 0.2), el grupo de FM presentó un menor tiempo de la enfermedad (48 vs. 114 meses, p = 0.002). La percepción de discapacidad entre ambos grupos fue: leve (15.1% vs. 35%), moderada (45.3% vs. 45%) y grave (39.6% vs. 20%); los resultados indican un mayor grado de discapacidad en los sujetos con FM (U = 44.5, p = 0.037). En la Figura 1 se muestra la comparación en las dimensiones del WHODAS-2; los sujetos con FM presentaron una mayor afectación, estadísticamente significativa (\*), en cognición, movilidad, relaciones personales y actividades cotidianas. Al evaluar la CV, las mujeres con FM presentaron una mayor afectación de la función psicológica (40.5 vs. 50.9, p = 0.06) y social (40.2 vs. 52.4, p = 0.027), sin diferencias en la dimensión física y ambiental.

**Conclusión:** La FM afectó el funcionamiento físico, psicológico y social con la importancia suficiente para producir discapacidad en las actividades diarias.

Figura 1. Comparación de las dimensiones del WHODAS entre mujeres con FM y otras enfermedades reumáticas



C161

Tacrolimus en el tratamiento de la nefritis lúpica refractaria

Becerra-Márquez AM, Ramos-Sánchez MA, Mejía Holguín Y, Ortiz-Treviño L, Aranda-Baca LE, Rincón Narváez SC, García Cervantes ML

Unidad Médica de Alta Especialidad 25, IMSS

**Introducción:** Entre 5 y 22% de los pacientes con nefritis lúpica progresa a enfermedad renal terminal a pesar de tratamiento. En los últimos años se ha propuesto el tacrolimus como una opción terapéutica, pero aún existe poca información.

**Objetivo:** Evaluar la eficacia del tacrolimus en el tratamiento de la nefritis lúpica refractaria a terapia convencional.

**Material y métodos:** Se revisaron los expedientes de los pacientes con nefritis lúpica (según criterios ACR) refractaria a terapia convencional que han recibido tacrolimus con la finalidad de evaluar la eficacia a los 6 meses y los eventos adversos que se presentaron. Se registraron datos epidemiológicos, eventos adversos, parámetros clínicos y de laboratorio. En el análisis univariado se emplearon medidas de tendencia central; para comparar medias se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon. Se utilizó SPSS 17.0 y se consideró significativo un valor de p < 0.05.

**Resultados:** Se incluyeron 16 pacientes, todas mujeres. La edad media fue 33 ± 10 años, la duración del lupus fue de 9 ± 6 años y la duración de la nefritis de 6 ± 5 años, 5 pacientes tenían biopsia renal; 94% de las pacientes había recibido micofenolato, 88% CFM IV, 69% rituximab, 44% azatioprina y 31% ciclosporina como terapia para la nefritis lúpica. Diez pacientes tenían síndrome nefrótico y 9 hipertensión arterial. La dosis media de tacrolimus empleada fue de 4 mg al día. A los 6 meses mejoró la proteinuria (3.2 g vs. 0.8; p = 0.005) y la albúmina sérica (2.9 mg vs. 3.6; p = 0.02) y se redujo la dosis de prednisona oral (15 mg vs. 5; p = 0.01). No hubo cambio en otros parámetros. Ningún paciente tuvo eventos adversos serios.

**Conclusiones:** El tacrolimus es una opción terapéutica para el tratamiento de la nefritis lúpica. Se necesitan ensayos clínicos controlados para definir su utilidad.

C162

Endarterectomía pulmonar en trombosis del tronco de la arteria pulmonar izquierda a pesar de trombólisis y terapia depletores de linfocitos B en joven adicto a Cannabis con síndrome antifosfolípido primario

Ruiz-Leija I, Luna-Zúñiga TA, Martínez-Flores G, Martínez AJP, Abud-Mendoza C

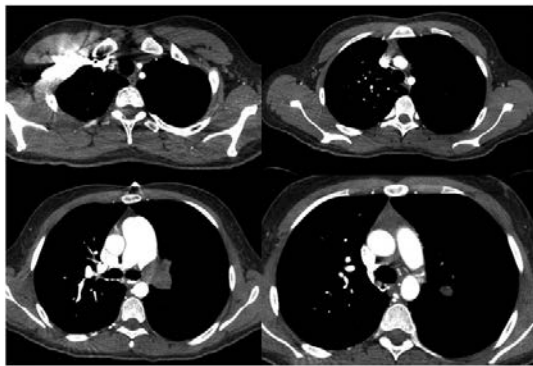
Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** La incidencia de trombosis en síndrome antifosfolípido (SAF) es de 3-24% al año y 69% a 6 años; se asocia con niveles de anticuerpos antifosfolípido (AAF), particularmente a anti-β2GPI, con efectos proinflamatorios y procoagulantes (proteína C, anexina V, plaquetas, proteínas séricas y factor tisular). La generación de AAF depende de linfocitos B que expresan C5 en su superficie; la terapia depletora de estas células con rituximab disminuye los eventos trombóticos.

**Caso:** Masculino de 20 años con SAF primario 9 años de diagnóstico, gran consumidor de *Cannabis*, con disnea de mínimos esfuerzos y de reposo, taquipnea y taquicardia; dímero D 2.5, ultrasonido Doppler con trombosis de venas poplíteas bilateral y angiogramografía tórax: oclusión arteria principal pulmonar izquierda. Recibió trombolisis con alteplase; egresó con dabigatán, 150 mg/12 horas. Presentó hemorragia retiniana derecha 11 días después con disminución a 150 mg/día. Veinte días posttrombolisis persistía con disnea, taquicardia, taquipnea. Se hospitalizó y evidenció trombocitopenia 54 600, alcalosis respiratoria, dímero D 0.93, TP 17.7, INR 1.59, TTP 62.4, anti-β2GPI IgG 71.4, aCL IgG 32.5. Ecocardiograma con hipocinesia y dilatación grave de cavidades derechas, hipertensión arterial pulmonar 70 mmHg y fracción de eyección del ventrículo izquierdo 60%; ultrasonido Doppler de miembros inferiores normal. Recibió rituximab, dexametasona, rosuvastatina con mejoría leve, por lo que se envió al Instituto Nacional de Cardiología para endarterectomía pulmonar; requirió ventilación mecánica y terapia intensiva en días subsiguientes.

**Discusión:** A pesar de anticoagulación e inmunomoduladores, lo que incluye terapia depletora de linfocitos B y trombolisis, la trombosis en SAF puede requerir intervención quirúrgica. Reconocemos asociación de *Cannabis*, disfunción endotelial e infarto como factor potencialmente sinérgico.

Figura 1



## C163

### Percepción de capacidad de autocuidado en pacientes con artritis reumatoide procedentes de un servicio de segundo nivel de atención

Carrillo-Escalante MO<sup>(1)(2)</sup>, Hernández-Cuervo P<sup>(2)</sup>, Celis-de la Rosa A<sup>(3)</sup>, Ramírez-Villafaña M<sup>(1)(4)</sup>, González-Ponce F<sup>(1)(4)</sup>, Gómez-Ramírez EE<sup>(5)</sup>, Cardiel MH<sup>(6)</sup>, González-López L<sup>(1)(7)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(2)</sup>Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, Centro Universitario Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>División de Disciplinas de Desarrollo, Promoción y Preservación de la Salud, Centro Universitario

Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas, Universidad de Colima, <sup>(5)</sup>Programa de Pasantes en Vinculación Universitaria, Universidad de Guadalajara, <sup>(6)</sup>Centro de Investigación Clínica de Morelia, <sup>(7)</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La percepción de la capacidad de autocuidado es fundamental para lograr los objetivos clínicos de una mejora en la atención de pacientes con artritis reumatoide (AR). Hasta ahora pocos estudios en nuestro país describen la percepción de capacidad de autocuidado en mujeres con artritis reumatoide.

**Objetivo:** Describir la percepción de capacidad de autocuidado en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Estudio trasversal. Se evaluaron 62 pacientes con diagnóstico de AR procedentes de Reumatología de un hospital de segundo nivel del IMSS. Se realizó evaluación de expediente clínico y entrevista directa, identificándose: a) características sociodemográficas: edad, escolaridad, estado civil, ingresos económicos; b) antecedentes no patológicos; c) antecedentes patológicos; d) características clínicas: duración de la enfermedad, DAS 28, factor reumatoide, VSG, PCR, y e) capacidad de autocuidado AR. La variable respuesta autocuidado fue evaluada con el cuestionario para valorar capacidad de autocuidado (EECA).

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue 54 ± 11 años, 98% femenino, 71% escolaridad básica, 48% con pareja, media de ingresos económicos \$4 294; duración de la enfermedad 11 ± 7 años, 48% con buena capacidad de autocuidado, 12% baja capacidad de autocuidado. La baja capacidad de autocuidado no tuvo relación con edad, ingresos mensuales, duración de la enfermedad o DAS 28.

**Conclusiones:** Los pacientes con artritis reumatoide presentan frecuentemente baja percepción de capacidad de autocuidado, esto alienta la investigación de nuevos factores en población mexicana que identifiquen la pobre percepción de capacidad de autocuidado en nuestros pacientes.

## C164

### Permanencia y causas de suspensión a largo plazo de los fármacos anti-factor de necrosis tumoral en pacientes con artritis reumatoide

Ramos-Sánchez MA, Becerra-Márquez AM, Mejía-Holguín Y, Ortiz-Treviño L, Aranda-Baca LE, Sauza-del Pozo MJ, Álvarez-del Castillo Araujo AL, Murillo-García MC

Unidad Médica de Alta Especialidad 25, IMSS

**Introducción:** Los fármacos anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) son una opción terapéutica en el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR). Existen diferentes reportes del tiempo que los pacientes permanecen empleando esta terapia.

**Objetivo:** Evaluar el tiempo de permanencia y las causas de suspensión a largo plazo de los fármacos anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Se analizó la base de datos de "Terapia Biológica" de un solo centro hospitalario. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de AR según los criterios del ACR de 1987 que hubieran iniciado tratamiento con etanercept (ETA) o adalimumab (ADA) antes de 2014 y que tuvieran la información completa. Se registraron datos epidemiológicos y clínicos, tiempo de permanencia con el fármaco así como causas de suspensión. Se empleó SPSS 17.0 para el análisis estadístico; en el análisis univariado se emplearon medidas de tendencia central y curvas de Kaplan Meier para el análisis de supervivencia. Se consideró significativo un valor de  $p < 0.05$ .



**Resultados:** Se incluyeron 171 pacientes, 159 (93%) mujeres y 12 (7%) hombres. La edad media fue  $47 \pm 10$  años y la duración de la AR de  $205 \pm 98$  meses. En 90% de los casos fue el primer biológico; 63% (107) recibió ETA y 37% (64) recibió ADA. El tiempo medio de permanencia con el anti-TNF fue de  $81 \pm 48$  meses; 91% de los pacientes permanecía con la terapia anti-TNF durante el primer año, 76% durante el tercer año y 61% a los 5 años. La causa más frecuente de suspensión del fármaco fue falla terapéutica (60%). Se comparó el tiempo de permanencia con ETA vs. ADA y no se encontraron diferencias ( $p = 0.5$ ).

**Conclusiones:** El porcentaje de pacientes que permanecen recibiendo terapia con ETA o ADA a los 5 años es alto y no encontramos diferencias entre estos biológicos.

## C165

### Hiperuricemia y componentes del síndrome metabólico en pacientes con artritis reumatoide

Zaragoza-García O<sup>(1)</sup>, Muñiz-Salgado JC<sup>(1)</sup>, Navarro-Zarza JE<sup>(2)</sup>, Castro-Alarcón N<sup>(3)</sup>, Parra-Rojas I<sup>(1)(3)</sup>, Guzmán-Guzmán IP<sup>(1)(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Investigación en Obesidad y Diabetes, Facultad de Ciencias Químico Biológicas, Universidad Autónoma de Guerrero, <sup>(2)</sup>Hospital General de Chilpancingo Raymundo Abarca Alarcón, <sup>(3)</sup>Cuerpo Académico de Enfermedades Crónicas Degenerativas e Infecciosas, CA-120, Universidad Autónoma de Guerrero

**Introducción:** La hiperuricemia se relaciona con la patogénesis de desórdenes metabólicos, hemodinámicos y sistémicos, tales como la disfunción renal, el síndrome metabólico (SMet) y la enfermedad cardiovascular.

**Objetivo:** Analizar la relación de los niveles de ácido úrico y los componentes del SMet en pacientes con AR del sur de México.

**Metodología:** Se llevó a cabo un estudio en 193 pacientes del Hospital General de Chilpancingo, Guerrero, México, diagnosticados con AR bajo los criterios ACR/EULAR 2010. A todos se les realizó la evaluación de parámetros antropométricos y bioquímicos. Los criterios para definir SMet fueron los establecidos por el NCEP-ATPIII 2004; valores de ácido úrico sérico  $> 5.5$  mg/dL definieron hiperuricemia. El análisis estadístico se realizó utilizando el software STATAv.11.0.

**Resultados:** La prevalencia de SMet e hiperuricemia en los pacientes con AR fue de 48.7% y 22.2%, respectivamente. Se observó que los niveles de ácido úrico se incrementan en relación con el número de componentes del SMet ( $p = 0.004$ ). En un modelo ajustado por edad, género y tratamiento con DMARD, se observó que la hiperuricemia se asocia con la presencia de Smet (OR = 5.17,  $p = 0.001$ ); los principales componentes asociados fueron la hipertrigliceridemia (OR = 6.22,  $p = < 0.001$ ) y la obesidad abdominal (OR = 3.10,  $p = 0.007$ ).

**Conclusión:** La hiperuricemia se asocia con la presencia de SMet en pacientes con AR, independiente de la edad, el género y el tratamiento, lo que incrementa el riesgo de enfermedad renal y cardiovascular en el paciente.

## C166

### Asociación del microsatélite (CA)n del gen de CD40L con AR en mujeres del occidente de México

Sánchez-Zuno GA<sup>(1)</sup>, Román-Fernández IV<sup>(1)</sup>, Padilla-Gutiérrez JR<sup>(1)</sup>, De la Cruz-Mosso U<sup>(1)</sup>, Cerpa-Cruz S<sup>(2)</sup>, Gutiérrez-Ureña S<sup>(2)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica, en la que la vía de coestimulación CD40:CD40L que regula las respuestas inmunes de tipo adaptativo promueve el proceso inflamatorio y la síntesis de autoanticuerpos. El microsatélite de repeticiones citosina-adenina [(CA)n] en el 3'-UTR del gen de CD40L (en cromosoma X) regula la expresión de esta molécula y se ha asociado con AR en población europea, principalmente mujeres.

**Objetivo:** Asociar el microsatélite (CA)n del gen de CD40L con AR en mujeres del occidente de México.

**Metodología:** Se incluyeron 219 mujeres con AR y 175 mujeres control. A partir de DNA genómico obtenido de leucocitos de sangre periférica, se genotipificó el microsatélite (CA)n del gen de CD40L por PCR de punto final. El análisis estadístico se realizó con el paquete STATA v12.0.

**Resultados:** Los alelos de 22 a 28 repeticiones CA (CA<sub>22</sub>-CA<sub>28</sub>) fueron los más frecuentes en mujeres con AR y controles, siendo el alelo CA<sub>25</sub> el que presentó las frecuencias más altas (45.4% y 46.3%, respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en las frecuencias alélicas y genotípicas entre ambos grupos. Al estratificar los genotipos como  $>CA_{25}/>CA_{25}$ ,  $CA_{25}/CA_{25}$  y  $<CA_{25}/<CA_{25}$  no se encontraron asociaciones significativas con la presencia de autoanticuerpos o la actividad clínica de la AR.

**Conclusiones:** El microsatélite (CA)n del gen de CD40L no es un marcador de susceptibilidad genética para AR y no está asociado con la actividad clínica o la presencia de autoanticuerpos en mujeres con AR del occidente de México.

## C167

### Asociación del polimorfismo rs1761667 (G>A) en CD36 con perfil lipídico y marcadores de inflamación en pacientes con artritis reumatoide

Sandoval-García F<sup>(1)</sup>, Martín-Márquez BT<sup>(1)</sup>, Arreola-Ramírez GA<sup>(1)</sup>, Jaramillo JL<sup>(1)</sup>, Heron-Petri M<sup>(1)</sup>, Gómez-Ríos CA<sup>(1)</sup>, Gómez-Bañuelos E<sup>(1)</sup>, Vázquez-del Mercado M<sup>(1)(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, <sup>(2)</sup>División de Medicina Interna, HCJIM

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática autoinmune crónica en la que la inflamación sistémica está relacionada con aterosclerosis subclínica y riesgo de enfermedad cardiovascular. CD36 es un receptor tipo "B" de remoción con capacidad de internalizar LDL oxidadas; alteraciones en su expresión están asociadas con la presencia de eventos cardiovasculares y ciertas variantes génicas, entre las que se encuentra el polimorfismo rs1761667 (G>A), se han encontrado relacionadas con dislipidemia y aterosclerosis.

**Objetivo:** Analizar la relación del polimorfismo rs1761667 (G>A) en CD36 con características clínicas, perfil lipídico y marcadores de inflamación en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal en el que se incluyeron pacientes con AR. Se valoraron parámetros clínicos, perfil lipídico y marcadores de inflamación. La genotipificación se realizó por PCR-RFLP con el empleo de la enzima de restricción Hba I.

**Resultados:** Se obtuvieron las siguientes frecuencias genotípicas GG (15%), GA (60%) y AA (25%), y alélicas G (45%) y A (55%). No se encontraron diferencias significativas entre las frecuencias genotípicas y actividad clínica, perfil lipídico y marcadores de inflamación. Sin embargo, se encontraron diferencias entre los alelos G y A en los niveles de triglicéridos ( $90 \pm 12.72$  vs.  $133 \pm 67.64$ ,  $p = 0.056$ ) y VSG ( $10.0 \pm 2.82$  vs.  $21.866 \pm 10.55$ ,  $p = 0.011$ ) respectivamente.

**Conclusiones:** Se observó que los portadores del alelo A presentan mayores niveles de triglicéridos y de VSG, por lo que puede estar relacionado con complicaciones cardiovasculares en AR.



C168

### Polimorfismos MTHFR C677T y A1298C y respuesta al tratamiento con MTX en pacientes con artritis reumatoide del sur de México

Muñiz-Salgado JC<sup>(1)</sup>, Navarro-Zarza JE<sup>(2)</sup>, Moreno-Godínez E<sup>(3)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(4)</sup>, Parra-Rojas I<sup>(1)</sup>, Guzmán-Guzmán IP<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Investigación en Obesidad y Diabetes, Facultad de Ciencias Químico Biológicas, Universidad Autónoma de Guerrero, <sup>(2)</sup>Hospital General de Chilpancingo Raymundo Abarca Alarcón, <sup>(3)</sup>Laboratorio de Investigación en Toxicología, Facultad de Ciencias Químico Biológicas, Universidad Autónoma de Guerrero, <sup>(4)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario en Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** El metotrexato (MTX) es la principal droga antirreumática modificadora de la enfermedad (DMARD) utilizada como tratamiento de primera línea en pacientes con artritis reumatoide (AR); sin embargo, un número considerable de pacientes no responde adecuadamente al tratamiento y se ha reportado que los polimorfismos en las enzimas del metabolismo del MTX podrían estar involucrados.

**Objetivo:** Determinar la relación de los polimorfismos MTHFR C677T y A1298C y la respuesta al tratamiento en pacientes con AR.

**Métodos:** Se incluyeron 160 pacientes con AR tratados con MTX. La respuesta al tratamiento se determinó mediante el índice actividad clínica (DAS28). Los genotipos de los polimorfismos MTHFR C677T y A1298C se identificaron por PCR-RFLP. El análisis estadístico de los datos se realizó con el software STATA v.11.0.

**Resultados:** La media de edad de los pacientes fue 46.3 años, con un tiempo promedio de evolución de la enfermedad de 7 años. El 17.5% se trató con monoterapia de MTX y el 82.5% con terapia combinada de MTX y otros DMARD. Los portadores de los genotipos CT+TT del polimorfismo C677T se asociaron (OR = 3.43, p = 0.025) con el consumo de terapia combinada de DMARD y la presencia del alelo T se asoció (OR = 1.89, p = 0.07) con una alta actividad clínica, mientras que los genotipos AC+CC del polimorfismo A1298C se asociaron con remisión y buena respuesta al tratamiento (OR = 6.9, p = 0.019).

**Conclusión:** Los polimorfismos MTHFR C677T y A1298C se asocian con el consumo de MTX en terapia combinada y la respuesta al tratamiento en pacientes con AR del estado de Guerrero.

C169

### Índices antropométricos y síndrome metabólico en pacientes con artritis reumatoide

Zaragoza-García O<sup>(1)</sup>, Muñiz-Salgado JC<sup>(1)</sup>, Torres-Solano N<sup>(1)</sup>, Navarro-Zarza JE<sup>(2)</sup>, Parra-Rojas I<sup>(1)</sup>, Guzmán-Guzmán IP<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Laboratorio de Investigación en Obesidad y Diabetes, Facultad de Ciencias Químico Biológicas, Universidad Autónoma de Guerrero <sup>(2)</sup>Hospital General de Chilpancingo Raymundo Abarca Alarcón

**Introducción:** La inflamación articular crónica en el paciente con artritis reumatoide (AR) se asocia con cambios clínicos y antropométricos relacionados con limitación de la función articular y riesgo para el desarrollo de comorbilidades.

**Objetivo:** Evaluar los índices antropométricos y su relación con el síndrome metabólico (SMet) en pacientes con AR del sur de México.

**Metodología:** Fueron incluidos 193 pacientes del Hospital General de Chilpancingo, Guerrero, México, diagnosticados con AR bajo los criterios

ACR/EULAR 2010. A todos se les realizó una evaluación de composición corporal por bioimpedancia y perímetros corporales, así como de parámetros bioquímicos. Se definieron índices antropométricos y de adiposidad, así como la presencia de SMet con base en los criterios de la OMS y los establecidos por el NCEP-ATPIII 2004. El análisis estadístico se realizó utilizando el software STATA v.11.0.

**Resultados:** Se observó una prevalencia de SMet en 48.7% de la población. Los índices de adiposidad asociados al SMet, independientes del género y el tratamiento con DMARD, fueron sobrepeso (OR = 3.80, p < 0.001), obesidad (OR = 9.55, p < 0.001), grasa visceral > 7% y > 12% (OR = 6.58, p < 0.001 y OR = 7.53, p < 0.001, respectivamente) y porcentaje de grasa total > 35% (OR = 4.06, p < 0.001), mientras que los índices antropométricos asociados fueron el índice cintura/muñeca ( $\geq 5.7$  cm, tercer tercil) (OR = 9.65, p < 0.001), el índice cadera/muñeca ( $\geq 6.5$  cm, tercer tercil) (OR = 8.99, p < 0.001), el índice cintura/estatura (OR = 4.56, p = 0.008) y el índice cintura/cadera (OR = 1.65, p = 0.031).

**Conclusión:** Los índices antropométricos y de adiposidad corporal son fuertes predictores de la presencia de SMet en pacientes con AR.

C170

### Síndrome de Blau. Sarcoidosis familiar a propósito de dos casos con mutación del gen NOD2

Villarreal-Treviño AV<sup>(1)</sup>, Lara-Herrera PB<sup>(2)</sup>, Faugier-Fuentes E<sup>(3)</sup>, Maldonado-Velázquez MR<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología Pediátrica, <sup>(2)</sup>Centro Médico ISSEMYM Ecatepec, <sup>(3)</sup>Hospital Infantil de México Federico Gómez

**Introducción:** El síndrome de Blau o sarcoidosis familiar es una enfermedad granulomatosa inflamatoria con un patrón hereditario autosómico dominante. Los siguientes casos clínicos, dos pacientes relacionados genéticamente (hermanos), son hasta hoy los primeros reportados en nuestro hospital y la segunda familia con la mutación confirmada en México.

**Casos clínicos:** Caso 1. Masculino de 6 años con dermatosis desde el nacimiento acude a Dermatología e indica atopía; inicia esteroides tópicos. Dermatitis maculopapular eritematosa pruriginosa diseminadas, camptodactilia y artritis (**Figura 1**). PCR, NOD2 heterocigosidad para pH603R (c 1808 A>G). Caso 2. Femenina de 4 años con diagnóstico de dermatitis atópica. A la exploración física, pápulas y nódulos menores de 4 mm, positiva para la misma mutación NOD2. Padre con mutación para el gen NOD2.

**Discusión:** Se trata de dos pacientes con consanguinidad, hermanos de 6 y 4 años de edad, con antecedente de afección cutánea de curso crónico y padre con camptodactilia que presentan enfermedad cutánea, poliartrosis, camptodactilia y sinovitis característica del síndrome de Blau. Se sospecha de esta entidad clínica y se confirma por mutación genética tanto al padre como a los pacientes; en manejo inicialmente con metotrexato sin control de la enfermedad, continuando con enfermedad activa. Actualmente en tratamiento con infliximab en semana 12 con mejoría significativa de las manifestaciones. La sarcoidosis familiar es un síndrome autoinflamatorio granulomatoso raro cuya manifestación más devastadora es la ocular, por lo cual los médicos debemos considerarlo un diagnóstico diferencial de la dermatitis atópica en la infancia temprana.

Figura 1. Paciente con camptodactilia, artritis y dermatitis.



C171

**Lupus eritematoso sistémico y anemia hemolítica autoinmune de tipo mixto tratados con rituximab**

Villezas-Carbajal JO, Céspedes-Cruz AI, Torres-Jiménez AR, Rodríguez-Maldonado MG, Zeferino-Cruz M, Velázquez-Cruz A, Ruiz-Vela NM

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es el prototipo de enfermedad autoinmune sistémica; entre las manifestaciones hematológicas se encuentra la anemia hemolítica autoinmune (AHAI), que se presenta en 5-10% de los casos. Aunque 90% de los pacientes responde con glucocorticoides, no existe consenso acerca del mejor agente de segunda elección en casos refractarios y el tratamiento con rituximab ha sido empleado.

**Caso clínico:** Femenino de 10 años de edad con cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por astenia, adinamia, palidez e ictericia progresiva. Laboratorios con leucopenia 1 720, linfopenia 710, anemia Hb 7.0 mg/dL, plaquetas 129 000, Coombs directo positivo 1:128, ANA 2.9, anti-DNA 18.2, C3 30.1 mg/dL, C4 3.6 mg/dL, anticardiolipina IgG 137 positivo alto, anticardiolipina IgM +255 positivo, Coombs directo positivo 1:128; antiglobulina humana poliespecífica (IgG +C3d): positivo 4+, título 64; antiglobulina humana monoespecífica IgG: positivo 5+, C3d positivo 2+, anticuerpos eritrocitarios; autoanticuerpos: autoanti-Hi reactivo a 22°C. Se integra diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con anemia hemolítica autoinmune de tipo mixto, trombocitopenia y anticuerpos antifosfolípidos positivos. Se manejan: pulsos de metilprednisolona (5), sin respuesta, con descenso de hemoglobina a 3.6 mg/dL; se transfunden concentrados eritrocitarios y paso de rituximab 375 mg/m<sup>2</sup>, semanal, 4 dosis, y ciclofosfamida, 750 mg/m<sup>2</sup>, con lo que la hemólisis cede. Actualmente se encuentra asintomática.

**Conclusión:** La AHAI de tipo mixto ocurre en menos de 10% de los casos de AHAI. Los glucocorticoides son la primera línea de tratamiento, aunque rituximab es una terapia prometedora para casos refractarios, como nuestro paciente.

C172

**Cálculo del SELENA-SLEDAI sin necesidad de complemento ni anti-DNA con validación retrospectiva: MEX-SELENA-SLEDAI**

Martínez-Martínez MU<sup>(1)</sup>, Suárez-Larios LM<sup>(2)</sup>, Abud-Mendoza C<sup>(1)</sup>, Pedro-Martínez AJ<sup>(1)</sup>, Aguilera Barragán-Pickens G<sup>(1)</sup>, Martínez-Flores T<sup>(1)</sup>, Luna-Zúñiga TA<sup>(1)</sup>, Ramos-Bello D<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central Ignacio Morones Prieto, <sup>(2)</sup>Reumatología Pediátrica, Hospital Infantil del Estado de Sonora

**Introducción:** Una de las escalas más utilizadas para actividad del lupus eritematoso sistémico (LES) es el puntaje SELENA-SLEDAI. Existen situaciones en las cuales no se tiene SELENA-SLEDAI y para el cálculo se requiere contar con anti-DNA y complemento al momento de calcular el puntaje.

**Objetivos:** Desarrollo de modelos predictivos de la presencia de hipocomplementemia y positividad de anti-DNA para el cálculo de SELENA-SLEDAI, además de la validación retrospectiva del cálculo.

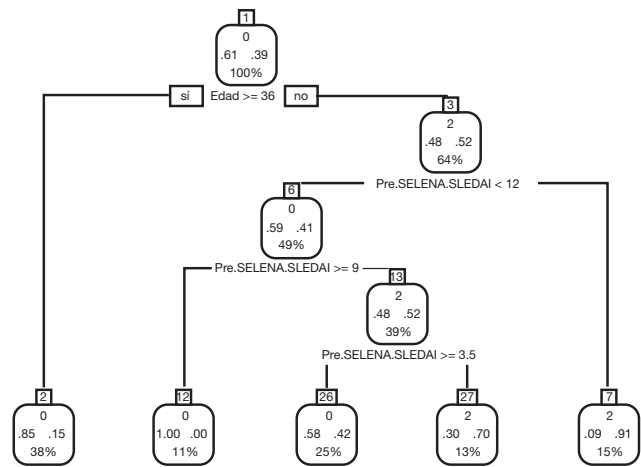
**Métodos:** Evaluamos a 75 pacientes con LES a los cuales se les calculó el SELENA-SLEDAI de forma prospectiva en dos hospitales. Por medio de

árboles de regresión, evaluamos modelos para predecir complemento y anti-DNA basado en las otras variables incluidas en el SELENA SLEDAI y pre-SELENA-SLEDAI (SELENA-SLEDAI sin complemento ni anti-DNA), los cuales fueron "podados" por validación cruzada. Utilizamos el paquete "rpart" en R 3.3.1.

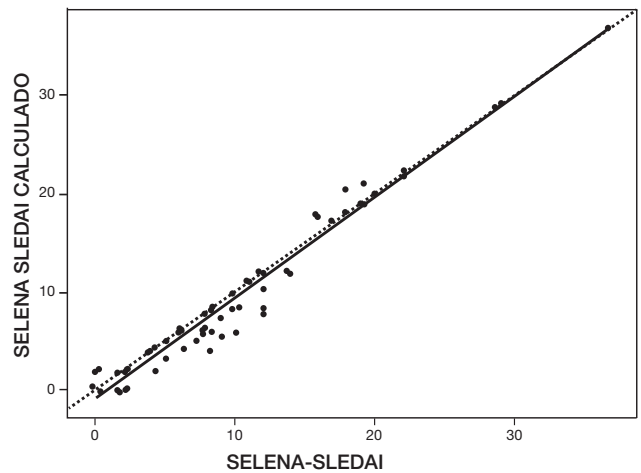
**Resultados:** De los 75 pacientes, la hipocomplementemia pudo ser predicha por el conteo de pre-SELENA-SLEDAI (en los pacientes con SELENA-SLEDAI > 13 se predijo hipocomplementemia). La predicción de anti-DNA se muestra en la **Figura 1A** y **1B**.

**Conclusiones:** Proponemos un puntaje en el que el paciente puede no tener valores de complemento y/o anti-DNA el cual puede estimar el SELENA-SLEDAI y validado de forma retrospectiva.

**Figura 1A.** Árbol de regresión para predecir el puntaje de antiDNA basado en la edad y puntaje SELENA-SLEDAI sin antiDNA ni complemento



**Figura 1B.** Concordancia entre los puntajes SELENA-SLEDAI calculado de forma prospectiva y el estimado de forma retrospectiva con predicción del complemento y anti DNA



C173

**Características clínicas de la artritis reumatoide del anciano, a propósito de una cohorte**

Barrera-Rodríguez AA, Castillo-Ortiz AA, Vázquez-Vidaurre LM

Hospital General Regional, IMSS Yucatán

**Introducción:** La artritis reumatoide es una artritis inflamatoria crónica y de comportamiento sistémico, se hace más frecuente en el adulto mayor (> 60 años), hasta 20-33%, tiene características distintas comparadas con la artritis reumatoide del joven (16-59 años) y se acompaña de comorbilidades que requieren tratamiento y que tienen interacciones farmacológicas con la terapia de la misma.

**Objetivos:** Documentar variables clínicas representativas estadísticamente en la presentación de esta edad en nuestra cohorte poblacional.

**Material y métodos:** Serie de casos representativa de pacientes de enero a agosto de 2016 con diagnóstico de artritis reumatoide del anciano que reunían criterios de clasificación. Se usaron pruebas estadísticas, de ANOVA y exacta de Fischer para evaluar la significancia estadística.

**Resultados:** Se identificaron 13 (65%) mujeres y 7 (35%) hombres, la media de edad 70.7 años (61-80), la mediana 71.5 años. Función renal 76.4 mL/min, los valores hematológicos significativos son anemia grado I-II de la OMS, el resto en rangos normales. La actividad de la enfermedad por DAS28PCR 5.7 (3-6.7). La  $\bar{x}$  de inicio de la enfermedad hasta el diagnóstico 50.6 meses. Sólo 6 pacientes presentaron doble positividad a factor reumatoide ( $\bar{x}$  412) y ACPA ( $\bar{x}$  619).

**Conclusiones:** Se identificó con ANOVA distribución normal de la población en las variables de índole numérica; de igual manera, en relación con las variables descriptivas de las comorbilidades se identificó que no había correlación estadística significativa. En esta serie existe actividad severa al diagnóstico que anteriormente fue clasificada como osteoartritis; por tanto esta enfermedad no debe olvidarse en el anciano.

#### C174

### Asociación entre las escalas clínicas y los hallazgos de la capilaroscopia ungual en pacientes con esclerosis sistémica y controles sanos

Mandujano A<sup>(1)</sup>, Méndez I<sup>(2)</sup>, Silveira LH<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Reumatología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, <sup>(2)</sup>Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, Universidad Nacional Autónoma de México

**Introducción:** Las anomalías capilaroscópicas son un fenómeno constante en la esclerosis sistémica (ES), pero se desconoce su relación con otros parámetros clínicos utilizados para el seguimiento.

**Objetivo:** Determinar la relación entre las escalas clínicas y los hallazgos capilaroscópicos en pacientes con ES y controles.

**Métodos:** Se evaluó: índice de actividad de la enfermedad (DAI), puntaje de Rodnan modificado (mRSS), distancia dedo-palma (FTP), apertura oral (AO) y capilaroscopia ungual. Se utilizaron pruebas de Kruskal-Wallis y correlaciones de Spearman.

**Resultados:** Se incluyeron 23 pacientes (limitada n = 15) y 17 controles. Correlaciones positivas del mRSS con DAI ( $\rho = 0.89$ ) y FTP ( $\rho = 0.81$ ), FTP y DAI ( $\rho = 0.85$ ) [ $p < 0.0001$ ]. Correlaciones negativas entre AO y DAI ( $\rho = -0.39$ ,  $p < 0.05$ ), mRSS ( $\rho = -0.63$ ) y FTP ( $\rho = -0.65$ ) [ $p < 0.001$ ]. Correlaciones positivas del mRSS y DAI, respectivamente, con los diámetros capilares arterial ( $\rho = 0.54$ ,  $\rho = 0.55$ ,  $p < 0.01$ ), apical ( $\rho = 0.61$ ,  $\rho = 0.58$ ) y venoso ( $\rho = 0.61$ ,  $\rho = 0.60$ ) [ $p < 0.001$ ], y negativas con el número de capilares ( $\rho = -0.57$ ,  $\rho = -0.61$ ,  $p < 0.001$ ). El patrón tardío mostró los puntajes más elevados de FTP ( $p < 0.01$ ), mRSS y DAI ( $p < 0.0001$ ), y menor AO ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** Los parámetros capilaroscópicos se correlacionaron con las escalas de evaluación clínica disponibles y su inclusión como complemento

en ellas podría facilitar la estratificación de los pacientes y aportar información más objetiva de la actividad, la gravedad y el pronóstico.

#### C175

### Prevalencia de enfermedad tiroidea autoinmune en pacientes con artritis reumatoide del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Zataráin-Rodríguez EE, Irazoque-Palazuelos F, Rosales-Don Pablo V, Muñoz-López S

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica crónica autoinmune caracterizada por daño sinovial articular; los pacientes con AR pueden desarrollar otras enfermedades autoinmunes órgano-específicas como enfermedad tiroidea autoinmune (AIT), ya que comparten un origen genético e inmunológico. Ambas entidades se presentan con artralgias, mialgias, rigidez articular matutina y fatiga, por lo que se la AIT encuentra subdiagnosticada.

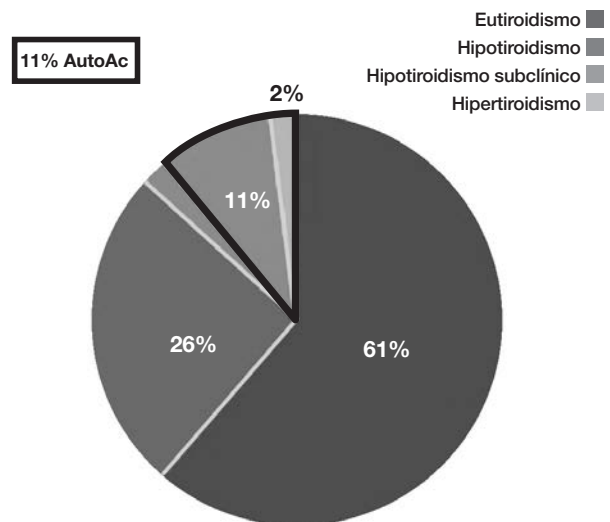
**Objetivo:** Establecer la prevalencia de enfermedad tiroidea autoinmune en pacientes con AR en nuestro hospital mediante pruebas de función tiroidea y determinación de anticuerpos antitiroideos.

**Material y métodos:** Estudio observacional transversal descriptivo y analítico. Se calculará la muestra con la fórmula para poblaciones finitas; en los pacientes seleccionados se determinará la función tiroidea de acuerdo con pruebas de función tiroidea y anticuerpos antitiroideos, con lo que se establecerá el diagnóstico de enfermedad tiroidea autoinmune.

**Resultados preliminares:** De acuerdo con el tamaño de muestra calculado, se evaluaron 145 pacientes, a los que se realizó determinación de perfil tiroideo y anticuerpos antitiroideos. Se identificó alteración en el perfil tiroideo en 32% de los pacientes. De éstos, 26% presentaba hipotiroidismo, 11% hipotiroidismo subclínico y 2% hipertiroidismo (Figura 1); 12% contaba también con elevación de los anticuerpos antitiroideos.

**Conclusiones:** En México se ha documentado la presencia de enfermedad tiroidea autoinmune en 9.8% de los pacientes con AR. En nuestro hospital la prevalencia de ETAI es similar a la reportada a nivel global. La detección oportuna de enfermedad tiroidea autoinmune optimiza el manejo integral de los pacientes.

Figura 1. Función tiroidea en AR



C176

### Edema hemorrágico agudo del lactante (EHAL) y púrpura de Henoch-Schönlein (PHS): controversia en las vasculitis pediátricas. Reporte de caso

Suárez-Larios LM<sup>(1)</sup>, Zazueta-López RM<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Infantil del Estado de Sonora, <sup>(2)</sup>Torre Médica CIMA

**Introducción:** El edema hemorrágico agudo del lactante (EHAL) es una vasculitis aguda leucocitoclástica de pequeños vasos, de etiología desconocida y frecuentemente relacionada con proceso infeccioso, administración de fármacos o vacunas. Afecta a lactantes entre 4 y 24 meses. Tiene comienzo brusco, evolución corta y pronóstico benigno. Las lesiones son placas purpúricas redondeadas, delimitadas, en forma de escarapela, de 1-5 cm de diámetro, algunas con aspecto necrótico. La presentación en mejillas y pabellones se considera sugerente y característica.

**Presentación del caso:** Masculino de 8 meses de edad con cuadro de vías respiratorias 2 semanas previas tratado con sintomáticos. Al ingreso, 2 días de evolución con aparición de escasas lesiones cutáneas eritemato-purpúricas en pierna y muslo izquierdo; 1 día previo las lesiones se generalizan. A la exploración buen estado general, afebril, edema de pies, no artritis, dermatosis diseminada a cabeza y extremidades, afectando mejillas, mentón, pabellones auriculares, dorso de manos y piernas, caracterizada por lesiones redondeadas color rosa-violáceo y rosa intenso con zonas de aclaramiento central, palpables, que no desaparecían a la digitopresión, bordes bien delimitados (**Figura 1**). Laboratorio: BH, EGO y complemento normales, IgA 152 mg/dL (VR 15-100), SOH positiva.

Figura 1



**Discusión:** Existe controversia acerca de si el EHAL y la PHS son entidades diferentes o manifestaciones extremas de un mismo proceso. Actualmente la mayoría considera que son distintas (**Tabla 1**). Existen similitudes que nos obligan a ser cuidadosos en el diagnóstico, ya que la superposición de PHS y EHAL también es posible. En nuestro caso el reporte de IgA elevada apoyaba

el diagnóstico de PHS; sin embargo, la edad de presentación, la morfología, la localización y la rápida aparición de las lesiones, así como el buen estado general del paciente, apoyaron el diagnóstico de EAHL.

Tabla 1. Comparación de EHAL y PHS

	EHAL	PHS
Edad de presentación	4-24 meses	3-7 años
Antecedentes	Infección, medicamentos, vacunas	Infección, medicamentos, vacunas
Morfología de las lesiones	Púrpura en escarapela	Maculopapular, petequiral o purpúrica
Localización	Cara, pabellones, extremidades	Extremidades inferiores, glúteos
Edema	++	+
Afección general	No	Sí
Síntomas asociados	Febrícula o fiebre	Fiebre, artralgias-artritis, dolor abdominal
Involucro visceral	Excepcional	Frecuente
Duración	1-3 semanas	3-6 semanas
Recaídas	No	Sí
Pronóstico	Benigno	Incierto

C177

### Genotipificación de los alelos HLA clase I-II en pacientes con artritis reumatoide

Obiala-Ezenwa V<sup>(1)</sup>, Lugo-Zamudio GE<sup>(1)</sup>, Barbosa-Cobos RE<sup>(1)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(1)</sup>, Ordano-López FE<sup>(1)</sup>, López-Morales EE<sup>(2)</sup>, Delgado-Ochoa MD<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Histocompatibilidad, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La etiología de la artritis reumatoide (AR) se debe a interacciones entre factores genéticos y ambientales. Los alelos HLA-DRB1\*01, DRB1\*04, DRB1\*13, DRB1\*15 se han relacionado con susceptibilidad genética para AR en población mundial, y en población mexicana DRB1\*0401 y B\*1402.

**Objetivo:** Determinar HLA clase I-II en los pacientes con AR del Hospital Juárez de México (HJM) y la susceptibilidad para la enfermedad.

**Metodología:** Se realizó un estudio de casos y controles que incluyó a 56 pacientes con AR del Servicio de Reumatología y 56 controles (donadores sanos del servicio de trasplantes) del HJM en quienes se realizó genotipificación HLA clase I-II mediante la técnica de PCR-SSP. La frecuencia de alelos HLA se evaluó en el programa MedCalc v.16.4.3. La fuerza de asociación se identificó mediante OR (IC 95%). Se consideraron significativos valores de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Pacientes con AR, mujeres 51 (91.07%), edad promedio 48.2 (DE  $\pm$  11.43) años y tiempo promedio de diagnóstico 9 (DE  $\pm$  7.66) años. Se identificó diferencia estadística en la expresión de los alelos HLA-DRB1\*14:01 (OR = 9.69, IC = 1.20 - 77.89,  $p = 0.03$ ), HLA-DRB1\*14:10 (OR = 0.18, IC = 0.05-0.64,  $p = 0.008$ ) y A\*68:01 (OR = 0.25, IC = 0.06-0.93,  $p = 0.03$ ).

**Conclusiones:** 1. Como en estudios previos en población mundial y mexicana, se identificó HLA-DRB1\*0401 como factor de susceptibilidad para AR. 2. Los HLA-DRB1\*14:10 y A\*68:01 podrían representar alelos de protección para AR en la población mexicana; se requiere completar el tamaño de muestra.



C178

**Paquimeningitis hipertrófica: manifestación infrecuente en vasculitis con poliangitis granulomatosa**

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

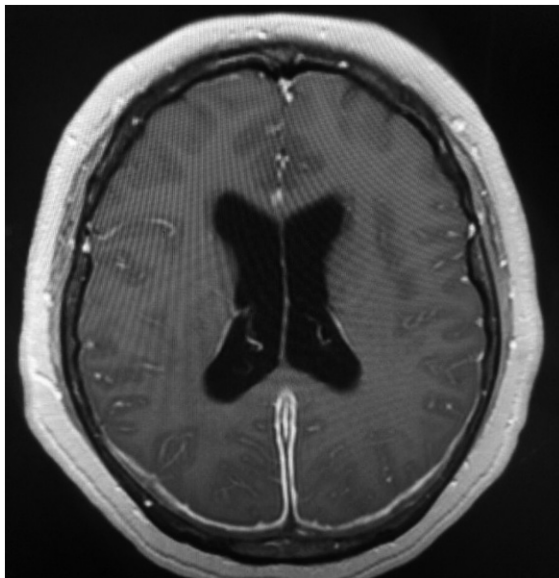
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La paquimeningitis hipertrófica (PH) es una entidad infrecuente definida por engrosamiento de la duramadre y caracterizada por disfunción neurológica severa, rápidamente progresiva; es idiopática o secundaria a procesos infecciosos, autoinmunes o neoplásicos. A nivel global se han reportado 32 casos de PH asociados con vasculitis ANCA, de los cuales 32.2% corresponde a granulomatosis con poliangitis (GPA). A continuación se exponen dos casos de paquimeningitis hipertrófica diagnosticados en pacientes con GPA en nuestro hospital.

**Casos clínicos:** Caso 1. Masculino de 48 años con fiebre, cefalea, parálisis facial derecha e hipoacusia bilateral progresiva de 2 meses de evolución, manejado con antimicrobianos, mastoidectomía derecha y miringotomía bilateral, sin mejoría. Durante su protocolo de estudio se detectan VSG 60, PCR 172, c-ANCA positivos, neuropatía axonal severa de nervio facial derecho, mucosa de oído medio con granulomatosis no caseificante y por resonancia magnética (RM), engrosamiento meníngeo e hiperintensidad temporoparietal. Caso 2. Femenino de 42 años con GPA de 4 años de diagnóstico por neuropatía óptica isquémica, nefropatía proliferativa, vasculitis cutánea y anticuerpos c-ANCA positivos, que recibió inducción a la remisión con esteroide y ciclofosfamida, en actual mantenimiento con metotrexato, 12.5 mg/sem. Presenta cefalea recurrente de difícil control; por RM hay engrosamiento meníngeo con hiperintensidad occipital. Ambos pacientes recibieron esteroides en dosis altas e inducción a la remisión con ciclofosfamida, con adecuada respuesta terapéutica.

**Discusión:** La paquimeningitis hipertrófica es una manifestación neurológica infrecuente en GPA. Un alto índice de sospecha permite su diagnóstico y tratamiento oportunos, con lo que se evitan secuelas neurológicas permanentes.

Figura 1



C179

**Evaluación de variantes genéticas en TNFAIP3 y su relación con susceptibilidad para AR y con manifestaciones extraarticulares en la enfermedad**

Matías-Carmona M<sup>(1)</sup>, Barbosa-Cobos RE<sup>(2)</sup>, Lugo-Zamudio GE<sup>(2)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(2)</sup>, Ordano-López FE<sup>(2)</sup>, Alemán-Ávila I<sup>(3)</sup>, Ramírez-Bello J<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México, <sup>(3)</sup>Unidad de Investigación en Enfermedades Metabólicas y Endocrinas, Hospital Juárez de México

**Introducción:** El *TNFAIP3* codifica para la proteína citoplasmática A20 que inhibe la activación del NF-κB; su expresión es inducida por el TNF-α y regula diversos procesos celulares importantes, como la apoptosis mediada por TNF-α. El papel de los SNP en el curso de AR es inconcluso.

**Objetivo:** Determinar si las variantes genéticas tipo polimorfismos de un solo nucleótido (rs6920220G/A, rs10499194C/T y rs2230926G/T) localizadas en *TNFAIP3* se asocian con MEXa en pacientes con AR mexicanos.

**Material y métodos:** Se incluyeron 157 casos con AR (criterios ACR/EULAR 2010), 149 (94.9%) mujeres y 8 (5.1%) hombres. Se evaluaron MEXa (nódulos reumatoides [NR], fenómeno de Raynaud [FR], episcleritis, escleritis, queratitis ulcerativa periférica [QUP], mononeuritis múltiple [MM] y polineuritis múltiple [PM]); títulos de VSG, PCR, FR y PCC, así como comorbilidades: sobrepeso, obesidad, HAS, DM2, EVC e hipotiroidismo. Se realizó genotipificación de los SNP rs6920220G/A, rs10499194C/T y rs2230926G/T de *TNFAIP3* mediante la técnica 5' exonucleasa "TaqMan". El análisis estadístico descriptivo e inferencial se realizó con software SPSS y Finetti.

**Resultados:** Pacientes con AR, mujeres 149 (94.9%); edad Me49 (RQ40-58); pacientes con MEXa 18 (11.4%, mujeres 17 [94.4%], NR 8 [44.4%], FR 4 [22.2%], VC 1 [5.5%], episcleritis 1 [5.5%], QUP 1 [5.5%] MM 1 [5.5%], PM 1 [5.5%]); VSG Me38 (RQ26-45), PCR Me0.14 (RQ0.03-0.30); FR positivo 143 pacientes (91.1%, alto 118 [75.2%], bajo 25 [15.9%]); MEXa positivo alto 100%, PCC positivo 82 (52.2%, alto 48.4%, bajo 3.8%; MEXa positivo alto 100%). Las frecuencias alélicas y genotípicas no mostraron diferencia estadística entre casos e individuos sanos (p > 0.05). Las frecuencias genotípicas-alélicas y la asociación de *TNFAIP3* en pacientes con y sin MEXa se muestran en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Se requiere completar la muestra para identificar si existe asociación de los SNP de *TNFAIP3* con las MEXa en la población mexicana, ya que se ha reportado riesgo de presentarlas en otras poblaciones.

**Tabla 1.** Análisis de frecuencias genotípicas y alélicas de SNP rs6920220G/A, rs10499194C/T y rs2230926G/T de *TNFAIP3* y su relación con pacientes con AR sin y con MEXa

SNP	Pacientes con AR sin MEXa n = 139	Pacientes con AR con MEXa n = 18	OR	IC 95%	p
(rs6920220G/A)					
Genotipo					
GG	132 (95)	17 (94)	--	--	--
GA	4 (3)	1 (6)	1.94	0.20-18.39	0.55
AA	3 (2)	0 (0)	1.08	0.05-21.83	0.77
Alelos					
G	268 (96)	35 (97)	--	--	--

A	10 (4)	1 (3)	0.77	0.09-6.16	1.3
(rs10499194C/T) Genotipo					
CC	66 (48)	5 (28)	--	--	--
CT	66 (48)	12 (67)	2.40	0.80-7.19	0.11
TT	7 (5)	1 (5)	1.88	0.19-18.51	0.58
Alelos					
C	198 (71)	22 (61)	--	--	--
T	80 (29)	14 (39)	1.57	0.77-3.23	0.21
(rs2230926G/T) Genotipo					
TT	134 (96)	17 (95)	--	--	--
GT	4 (3)	1 (5)	1.97	0.21-18.67	0.55
GG	1 (1)	0 (0)	2.56	0.10-65.35	0.72
Alelos					
T	273 (98)	35 (97)	--	--	--
G	5 (2)	1 (3)	1.29	0.15-11.07	1.73

**C180**

**Comparación de la actividad de la enfermedad en artritis reumatoide entre tratamientos biológicos modificadores de la enfermedad del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre**

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

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, sistémica, de evolución crónica y potencialmente incapacitante. En la actualidad los FARMES son la primera línea de tratamiento; sin embargo, en presencia de factores de mal pronóstico o persistencia de actividad está indicado el uso de FARMES.

**Objetivo:** Determinar la eficacia y seguridad de los diferentes FARMES (rituximab, tocilizumab, infliximab, adalimumab y etanercept) en pacientes con AR mediante la medición de DAS 28 y CDAI, así como el análisis comparativo entre éstos con la finalidad de determinar el o los factores predictivos de respuesta.

**Material y métodos:** Diseño del estudio observacional, retrospectivo. Se seleccionaron 30 pacientes de cada grupo, se evaluó DAS 28 y CDAI al inicio de la terapia biológica y cada 6 meses durante 2 años, y los datos de infecciones y eventos adversos asociados al medicamento durante ese periodo de tiempo.

**Resultados:** Los resultados preliminares muestran mayor frecuencia de género femenino, edad promedio 55 años, DAS 28 inicial promedio 4.8 y final 2.7, CDAI promedio inicial 12.6 y final 4.8; los efectos adversos más frecuentes son las infecciones respiratorias y de vías urinarias.

**Conclusiones:** En la muestra estudiada encontramos una mayor eficacia con tocilizumab y adalimumab, discretamente superior a los otros FARMES, aunque creemos que sin significancia estadística. Con respecto a seguridad, el mayor número de eventos infecciosos se observaron con adalimumab; lo que es evidente es la seguridad mayor para etanercept y rituximab, como han publicado otros autores.

**C181**

**Hipoacusia neurosensorial como primera manifestación de arteritis de Takayasu**

Gutiérrez-Manjarrez J, Sánchez-González A, Jara LJ, García-Garza G, Saavedra-Salinas MA

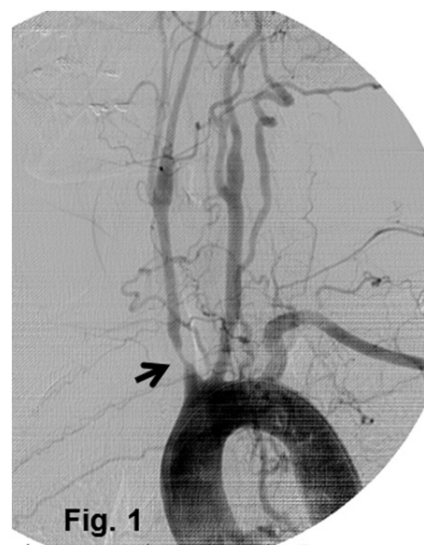
Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** La arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis de grandes vasos que afecta la aorta y sus ramas principales. Sus manifestaciones clínicas son el reflejo de isquemia del órgano involucrado secundaria a estenosis arterial gradual. Se presenta el caso de un paciente con hipoacusia neurosensorial como primera manifestación de AT.

**Presentación:** Femenino 45 años inicia en octubre 2014 con tinnitus derecho que en 3 meses evoluciona hasta anacusia neurosensorial. Se agrega tinnitus e hipoacusia izquierda. Enero 2016: disminución de agudeza visual izquierda hasta amaurosis, astenia, adinamia y cefalea. Posteriormente, disminución de agudeza visual derecha y cefalea incapacitante. Hospitalizada en agosto 2016, se documenta diferencial de 10 mmHg en presión arterial brazo derecho/izquierdo, soplo carotídeo derecho, pulsos disminuidos brazo derecho, claudicación mismo brazo a los 15 segundos. Los datos de laboratorio muestran leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica normocrómica (Hb 9.4), trombocitosis 525 000, proteína C reactiva elevada. Arteriografía con estenosis 60% tronco braquiocefálico, oclusión subclavia derecha, circulación colateral (**Figura 1**). Fue tratada con 60 mg de prednisona con mejoría parcial.

**Discusión:** Una revisión de PubMed muestra cinco casos de hipoacusia como primera manifestación de AT, los cuales respondieron a esteroides. La hipoacusia puede ser la manifestación inicial hasta 5 años antes. Es importante tomar en cuenta la hipoacusia como presentación inicial de AT para un diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y el mejor pronóstico.

**Figura 1**



**C182**

**Impacto de la dislexia en la actividad de la enfermedad y la discapacidad en pacientes con artritis reumatoide (AR)**

Durán-Barragán S<sup>(1)(2)</sup>, López-López SM<sup>(1)(2)</sup>, Gómez-Bañuelos E<sup>(2)</sup>, Leyva-Torres SD<sup>(3)</sup>, Centeno-Valadez JD<sup>(4)</sup>, Loaiza-Cárdenas CA<sup>(5)</sup>, Gaspar-del Toro A<sup>(1)</sup>, Vázquez-Del Mercado M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Clinica de Investigación en Reumatología y Obesidad S.C., <sup>(2)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, <sup>(3)</sup>Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, ISSSTE, <sup>(4)</sup>Hospital Regional 14, IMSS, <sup>(5)</sup>Hospital Regional 180, IMSS

**Introducción:** La dislexia es un desorden caracterizado por dificultad en la lectura y escritura. Es un trastorno subdiagnosticado que puede influir de forma negativa en el apego al tratamiento.

**Objetivo:** Explorar la frecuencia y el impacto de la dislexia en la actividad de la enfermedad y la discapacidad en pacientes con AR.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con AR (ACR 1997). Se realizó una evaluación clínica y pruebas de laboratorio de forma rutinaria. Se evaluó la actividad de la enfermedad por DAS28 y/o CDAI. Para evaluar la probabilidad de tener dislexia y discapacidad se aplicaron los cuestionarios DORE modificado y HAQ-DI respectivamente.

**Resultados:** Fueron incluidos 119 pacientes con AR, 92.5% mujeres. La duración de la enfermedad promedio fue de  $45 \pm 7$  años. El nivel de educación fue: 32.8% primaria, 24.4% secundaria, 17.6% bachillerato, 19.3% universidad, 4.2% maestría y 1.7% doctorado. Los pacientes con dislexia tuvieron actividad severa por CDAI 80.5% vs. pacientes sin dislexia (55.1%)  $p = <0.057$ . Una mayor discapacidad se asoció con mayor probabilidad de desarrollar dislexia (56.1%) en comparación con los que no presentaron ninguna discapacidad (36.6%)  $p = 0.002$ .

**Conclusiones:** El estudio nos muestra que los pacientes con AR y dislexia presentan mayor actividad de la enfermedad y discapacidad. La dificultad para entender instrucciones escritas puede ocasionar que tengan mal apego al tratamiento y en consecuencia mayor actividad de la enfermedad.

### C183

#### Glomerulonefritis rápidamente progresiva; lupus eritematoso sistémico de inicio tardío vs. síndrome de Sjögren

Rubio-Sánchez ME, Muñoz-López S, Hernández-Hernández R, Zata-ráin-Rodríguez E, Torres-Gudiño E

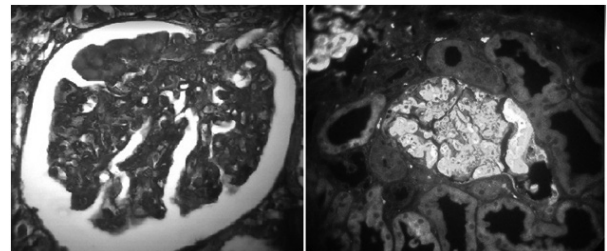
Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** Glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) se refiere a un síndrome clínico caracterizado por la pérdida rápida de la función renal, que puede ir de días a semanas, acompañado por oliguria o anuria, eritrocitos dismórficos, cilindros de eritrocitos y proteinuria; en su clasificación se encuentra la GN mediada por complejos inmunes en la que los diagnósticos diferenciales se encuentran lupus eritematoso sistémico (LES), síndrome de Sjögren (SS), esclerodermia, crioglobulinemia, etc. Se presenta un caso clínico con GNRP en paciente con LES de inicio tardío y SS.

**Presentación del caso:** Femenino de 63 años con antecedente de LES, manifestaciones mucocutáneas y hematológicas, y síndrome seco, diagnosticado en 2015. Referida de un hospital regional por descontrol hipertensivo, edema generalizado, elevación de azoados gonartralgias y síndrome febril; se evidencia eritema malar, xerostomía, xeroftalmía y edema generalizado. Se sospecha GNRP, por lo que se realiza biopsia renal y biopsia de glándula salival menor. Debido a persistencia de elevación de azoados sin mejoría, se requirió hemodiálisis y pulsos de metilprednisolona (3), posteriormente prednisona, 1 mg/kg, con mejoría. Se egresa del servicio para seguimiento por consulta externa Estudios de laboratorio: 23/03/16: urea 50, creat 1.1, CKD-EPI 53.4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>. 17/05/16: urea 149, creat 3.5, CKD-EPI 13.2 mL/min/1.73m<sup>2</sup>.

**Discusión:** Las características clínicas y serológicas de los pacientes con LES de inicio tardío y SS pueden ser muy parecidas y en ciertas ocasiones superponerse; la GNRP es rara en ambas entidades, por lo que hacer el diagnóstico es todo un reto.

Figura 1



### C184

#### Varicela y herpes zóster en paciente con lupus eritematoso sistémico

Pimentel-León RR<sup>(1)</sup>, Ramírez-López O<sup>(2)</sup>, Chávez-Rivera M<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General de Zona 1, Tlaxcala, La Loma, IMSS, <sup>(2)</sup>Hospital General de Zona con Medicina Familiar 29, S. Juan de Aragón, IMSS, <sup>(3)</sup>Hospital General Regional 1 Dr. Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune sistémica que amerita tratamiento inmunosupresores, el cual predispone a una amplia variedad complicaciones, infecciosas o no.

**Caso clínico:** Femenino de 22 años; epilepsia desde los 10 años en tratamiento con topiramato y valproato, retraso mental leve. Lupus eritematoso sistémico de 4 años (nefritis lúpica tipo IV), manejo con ciclofosfamida; mantenimiento con micofenolato de mofetilo, 500 mg cada 12 horas, más prednisona, 7.5 mg, cloroquina, sin datos de actividad. Cuadro de 2 días de evolución con malestar general, astenia, fiebre y odinofagia; posteriormente se agrega dermatosis diseminada a cara, tórax, abdomen y extremidades superiores, caracterizada por vesículas umbilicadas; en muslo derecho, se encuentra placa eritematosa, con vesículas confluentes abarcando un dermatoma (Figura 1). Los laboratorios: Hb 11.2, VCM 90, CMH 32, plaquetas 156, leucos 4.9, linfocitos 1.01, glucosa 82, BUN 8, Cr 0.5, PFH ALT 72, AST 62, LDH 320, bilirrubinas: total 1.1, directa 0.7 e indirecta 0.4, EGO sin alteraciones, radiografía de tórax normal. Se concluyó varicela y herpes zóster concomitante. Se inició manejo con aciclovir intravenoso, se suspendió inmunosupresor y se mantuvo esteroide y cloroquina. La evolución fue satisfactoria.

Figura 1





**Discusión:** La coexistencia de varicela y herpes zóster es una presentación que cada vez se informa con mayor frecuencia por el uso de inmunosupresores. Aunque se describe más en pacientes con trasplante renal, tenemos ya varios reportes de casos en pacientes con lupus eritematoso sistémico, lo que puede tener consecuencias devastadoras y secuelas importantes; de ahí la importancia del reconocimiento de este cuadro.

## C185

### Enteropatía perdedora de proteínas en lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Sabido-Sauri RA, Vargas-Avilés AS, Barbosa-Cobos RE, Sacoto-Flores GS

Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La enteropatía perdedora de proteínas (EPP) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) es poco común: prevalencia de 2-3%. Los síntomas gastrointestinales son inespecíficos; debe considerarse en presencia de hipoalbuminemia, edema periférico refractario a tratamiento y proteinuria negativa. El diagnóstico se establece tras excluir otras causas de hipoalbuminemia, respuesta al tratamiento con corticoesteroides (EEP probable) y gammagrafía con TC-99 (EPP definitiva).

**Presentación del caso:** Mujer de 43 años con diagnóstico de LES (ACR 1982: renal, serositis e inmunológicos). Acudió por edema no doloroso, blando, localizado en miembros inferiores de 3 meses de evolución. Un mes después astenia, adinamia, eritema malar, adenomegalias cervicales, disnea de medianos esfuerzos, dolor pleurítico, artralgias generalizadas y evacuaciones diarreicas acuosas e intermitentes. Examen físico: tres adenomegalias en región cervical de 0.8 cm, eritema malar, úlceras orales, dolor a la palpación en marco cólico derecho y edema +++ hasta tercio medio de ambos muslos. SLEDAI 6. Laboratorios: albumina sérica 2.2 g/dL, C4 4.5 mg/dL, proteínas en orina de 24 horas negativas, pruebas de función hepática y perfil tiroideo normales, ecocardiograma sin alteraciones, CPS, coprocultivos y esteatocrito negativos. Recibió tratamiento con glucocorticoides, 1 mg/kg, y azatioprina, 100 mg al día. Presentó remisión de los síntomas clínicos y elevación de albúmina sérica (3.2 mg/dL).

**Discusión:** En pacientes con LES, la hipoalbuminemia asociada con edema comúnmente es secundaria a nefropatía; sin embargo, existen otras causas poco frecuentes como EPP, por lo que se debe incluir en el diagnóstico diferencial.

## C186

### Enfisema periorbitario posterior a estornudo en paciente con artritis reumatoide

Pimentel León RR<sup>(1)</sup>, Ramírez-López O<sup>(2)</sup>, Chávez-Rivera M<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General de Zona 1, Tlaxcala, La Loma, IMSS, <sup>(2)</sup>Hospital General de Zona con Medicina Familiar 29, S. Juan de Aragón, IMSS, <sup>(3)</sup>Hospital General Regional 1, Dr. Mac Gregor Sánchez Navarro

**Introducción:** En la artritis reumatoide son frecuentes los procesos infecciosos, aunque en ocasiones se abusa de los antimicrobianos, creando resistencia a los mismos. Presentamos un cuadro que simulaba un proceso infeccioso.

**Caso:** Masculino de 52 años; hipertensión arterial en tratamiento con losartán, artritis reumatoide de 5 años, FR+, manejo con metotrexato, 15 mg, horas de evolución. Posterior a estornudo, aumento de volumen a nivel periorbitario y eritema, por lo que acude al servicio de urgencias. A su llegada,

afebril, TA 130/90, FC 80, FR 20; se documenta aumento de volumen periorbitario, eritema, incremento de temperatura y crepitación, sin compromiso cardiopulmonar, sinovitis crónica en carpos y MCF, sin evidencia de actividad con CDAI de 2 puntos. Los laboratorios: Hb 16, plaquetas 276, leucos 6.6, glucosa 103, BUN 22, Cr 0.9, EGO normal. Rx de cráneo AP demuestra opacidad a nivel de órbita derecha, sin documentarse fractura. Se concluyó neumatosis periorbitaria, por lo que se mantuvo en vigilancia por 48 horas; se observó estabilidad y se egresó sin complicaciones. Revalorado por consulta externa, donde se identificó remisión en un lapso de 2 semanas, sin recaída del cuadro hasta el momento.

**Discusión:** El enfisema periorbitario es una entidad de rara presentación asociada con fractura de los huesos de la nariz y la base del cráneo, o de forma incidental asociada con estornudo o sonarse la nariz. Por las características del cuadro, puede simular un proceso infeccioso, por lo cual es necesario siempre una adecuada valoración de cada caso.

## C187

### DFS70/LEDGFp25 en pacientes mexicanos mediante cuatro plataformas: Nuclear Fine Speckled vs. Dense Fine Speckled

Vázquez-del Mercado M<sup>(1)(2)</sup>, Gómez-Bañuelos E<sup>(1)</sup>, Navarro-Hernández RE<sup>(1)</sup>, Corona-Meraz F<sup>(1)</sup>, González-Rosas L<sup>(1)</sup>, Saldaña-Millán A<sup>(1)</sup>, Pizano-Martínez OE<sup>(1)</sup>, Casiano CA<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Musculo-Esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, 004086 PNPC CONACyT, División de Medicina Interna, Hospital Civil Juan I. Menchaca, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Center for Health Disparities and Molecular Medicine, Department of Basic Sciences, Loma Linda University School of Medicine, Loma Linda, CA 92350/ Department of Medicine, Division of Rheumatology, Loma Linda University School of Medicine, Loma Linda, CA 9

**Introducción:** Los autoanticuerpos contra la proteína dense fine speckled de 70 kd (DFS70)/lens epithelium-derived growth factor p75 (LEDGF/p75) tienen baja frecuencia en enfermedades reumáticas; en cambio, su presencia está aumentada en sujetos sanos. Existe controversia acerca de la correcta interpretación, especialmente por inmunofluorescencia indirecta (IFI). En este trabajo se utilizaron cuatro plataformas para su detección con el fin de lograr un consenso en su caracterización y reporte.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de los anti-DFS70/LEDGFp75 en pacientes mexicanos mediante el uso de diferentes técnicas complementarias.

**Materia y métodos:** Se estudiaron sueros de 71 pacientes con DM, 47 con AR, 30 con obesidad y 23 sujetos sanos. Los anticuerpos anti-DFS70/LEDGFp75 se detectaron mediante cuatro métodos: IFI- células HEp-2, Western-blot, ELISA y quimioluminiscencia.

**Resultados:** Detectamos por IFI una frecuencia baja del patrón DFS (patrón moteado fino MF denso con tinción de la cromatina, Dressden 2016) en los pacientes con DM (1.4%), AR (4.3%) y obesidad (6.6%). En cambio, encontramos una frecuencia mayor en los sujetos sanos (17.4%). Estos sueros también tuvieron alta reactividad anti-DFS70/LEDGFp75 por ELISA, Western-blot y quimioluminiscencia. Por el contrario, pacientes con DM y AR mostraron 43.7% y 51.1% de patrón NFS (patrón MF denso sin tinción de la cromatina, Dressden 2016). Ambos grupos se asociaron con bajas diluciones por IFI.

**Conclusiones:** Existe baja frecuencia de anti-DFS70/LEDGFp75 en pacientes mexicanos con DM y AR, similar a la reportada en la literatura. Es importante utilizar diferentes técnicas para confirmar la presencia de estos autoanticuerpos, así como diferenciar entre los patrones DFS y NFS.



C188

**El factor reumatoide, los anti-CCP y la actividad de la enfermedad son predictores de resistencia a la insulina en pacientes con artritis reumatoide**

Gómez-Bañuelos E<sup>(1)</sup>, Pérez-Vázquez FJ<sup>(1)</sup>, Corona-Meraz F<sup>(1)</sup>, Saldaña-Millán A<sup>(1)</sup>, Durán-Barragán S<sup>(1)</sup>, Navarro-Hernández RE<sup>(1)</sup>, González-Rosas L<sup>(1)(2)</sup>, Vázquez-del Mercado M<sup>(1)(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, 004086 PNPC CONACyT, División de Medicina Interna, Hospital Civil Juan I. Menchaca, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, crónica relacionada con una alta frecuencia de resistencia a la insulina (RI) debido al componente inflamatorio. Los anticuerpos contra proteínas citrulinadas (ACPA) y el factor reumatoide (FR) están implicados con mayor actividad inflamatoria y un curso más grave de la enfermedad.

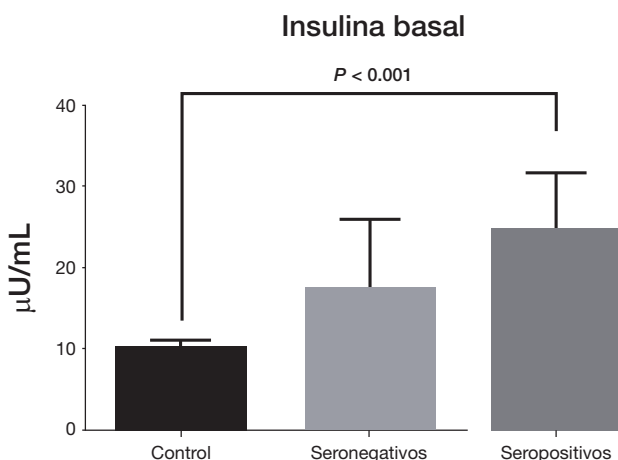
**Objetivo:** Evaluar la relación entre actividad de la enfermedad y los autoanticuerpos en AR y la RI.

**Material y métodos:** Se estudiaron pacientes con AR (ACR 1987), 17 seronegativos (FR- y anti-CCP-) y 66 seropositivos (FR+ y/o anti-CCP+) comparados con 78 sujetos control pareados por edad, género e índice de masa corporal. Se evaluó la actividad de la enfermedad, se midieron los niveles de insulina basal, *Homeostatic Model Assessment- Insulin Resistance* (HOMA-IR), perfil de lípidos, así como anticuerpos anti-CCP y FR.

**Resultados:** Entre los pacientes con AR hubo mayor frecuencia de RI (53% vs. 13%,  $p < 0.05$ ) independiente del IMC. Los AR seropositivos tuvieron cifras de insulina y HOMA-IR mayores que los controles:  $24.5 \pm 29.9 \mu\text{U/mL}$  vs.  $9.9 \pm 6.1 \mu\text{U/mL}$  ( $p < 0.01$ ) y  $6.2 \pm 7.6$  vs.  $2.6 \pm 1.5$  ( $p < 0.01$ ), respectivamente (Figura 1). En el análisis multivariado la presencia de autoanticuerpos y el puntaje DAS-28 fueron predictores independientes de los niveles de insulina basal y HOMA-IR (Tabla 1).

**Conclusiones:** Los anticuerpos anti-CCP, el FR y la actividad de la enfermedad están relacionados con mayor resistencia a la insulina en los pacientes con AR. Esto sugiere que la actividad inflamatoria en conjunto con los autoanticuerpos está implicada en la patogenia de la RI en la AR.

Figura 1



**HOMA-IR**

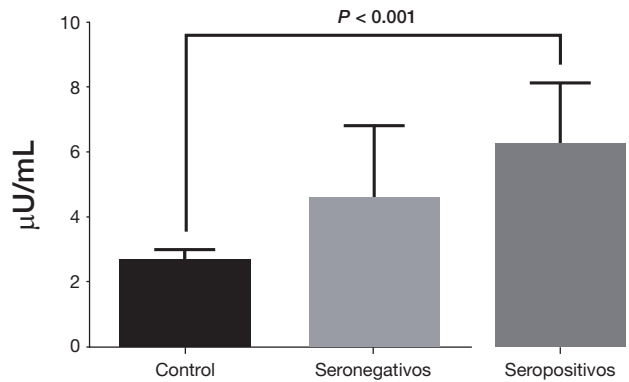


Tabla 1. Análisis de regresión múltiple de variables predictivas de los niveles de insulina (Log-Insulina en pacientes con AR)

R <sup>2</sup>	0.465	
	β- Coeficiente (CI 95%)	p
Constante	0.859 (0.316 – 1.403)	0.003
RF(+)	0.238 (0.061 – 0.415)	< 0.001
TG, mg/dL	0.003 (0.001 – 0.004)	0.023
HDL-c, mg/dL	-0.010 (-0.017 – 0.001)	0.009
DAS28-VSG	0.014 (0.005 – 0.111)&	0.032

C189

**Síndrome de pulmón encogido**

Pimentel León RR<sup>(1)</sup>, Ramírez-López O<sup>(2)</sup>, Chávez-Rivera M<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General de Zona 1, La Loma, Tlaxcala, IMSS, <sup>(2)</sup>Hospital General de Zona con Medicina Familiar 29, S. Juan de Aragón, IMSS, <sup>(3)</sup>Hospital General Regional 1, Dr. Mac Gregor Sánchez Navarro

**Introducción:** Las manifestaciones pulmonares en el lupus eritematoso sistémico son frecuentes, incluyen afección pleural, parenquimatosa, vascular. Dentro de estas manifestaciones se encuentra la afección diafragmática con disminución de la capacidad pulmonar secundaria.

**Caso:** Femenino de 28 años de edad, lupus eritematoso sistémico con nefritis, manejada con micofenolato; SAF secundario, antecedente de TVP y tromboembolia pulmonar, anticoagulada con adecuada respuesta. Desde hace 10 meses refiere disnea de medianos esfuerzos, accesos de tos ocasional, sin expectoración. A la EF se integra síndrome de derrame pleural, en ambas bases, la radiografía de tórax demuestra pulmones pequeños. La TAC de tórax sin afección parenquimatosa, sin derrame pleural. No evidencia de trombo en la angio-TAC. La espirometría con patrón restrictivo. Laboratorios: Hb 11.6, VCM 90, plaquetas 196, leucos 4.9, linfocitos 0.9, Cr 0.6, C3 y C4 normales, ANA positivos 1:1000, anticardiolipinas positivas, IgG 80, anti-DNA negativo, SM negativo. Se concluyó síndrome de pulmón encogido y se dio manejo con azatioprina con adecuada respuesta hasta el momento.

**Discusión:** El síndrome de pulmón encogido es una entidad clínica de rara presentación y evolución variable. En general tiene buen pronóstico, pero hay casos con deterioro progresivo de la función respiratoria. En el manejo generalmente tiene buena respuesta a esteroides, pero hay casos refractarios

a inmunosupresores y con respuesta a uso de anti-CD20. Presentamos un caso con respuesta adecuada a la administración de azatioprina hasta el momento.

## C190

### Enfermedad de Behçet neonatal. Primer caso documentado en México

Camarena-Vázquez K<sup>(1)</sup>, Ibarra-Gutiérrez EA<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital de Especialidades 25, IMSS, <sup>(2)</sup>Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad de Nuevo León

**Introducción:** La enfermedad de Behçet es poco frecuente en niños. El diagnóstico presenta dificultad por la falta de pruebas diagnósticas. La herramienta utilizada para clasificar a los pacientes son los criterios del grupo de estudio internacional de enfermedad de Behçet. La forma neonatal es aún menos frecuente. Existen solamente reportes de casos. En México no se tiene documentado ningún caso previo. Presentamos el caso de un hijo de madre con enfermedad de Behçet que desarrolló úlceras orales y perianales, y posteriormente patergia (**Figura 1**). Se internó para estudio descartando patología infecciosa e inmunodeficiencias; por evolución y antecedentes se determinó Behçet transitorio.

**Caso:** Masculino con antecedente de madre con enfermedad de Behçet; comenzó padecimiento al tercer día de vida. Se sospechó patología infecciosa sin respuesta a tratamiento. Al no alimentarse, perdió peso, experimentaba sangrado de las úlceras perianales y continuaba con la fiebre persistente. En estudios de laboratorio presentó leucocitosis, neutrofilia y trombocitosis. Por antecedentes familiares y evolución, sospechamos enfermedad de Behçet transitoria. Se realizó prueba de patergia y fue positiva. Comenzamos esteroide y evolucionó hacia la mejoría. Se mantuvo en vigilancia 4 semanas y desde las 8 semanas de vida no volvió a desarrollar lesiones.

**Discusión:** Creemos que es el primer caso en nuestro país. Cumplió con los tres elementos constantes en estos pacientes: estomatitis, lesiones perianales y lesiones cutáneas. Solo existen reportes de casos. Se requiere un alto índice de sospecha para identificar la enfermedad.

Figura 1



## C191

### Miopatía Inflamatoria como reto diagnóstico en paciente con VIH

Santiago-Ramírez R<sup>(1)</sup>, Torres-Díaz B<sup>(2)</sup>

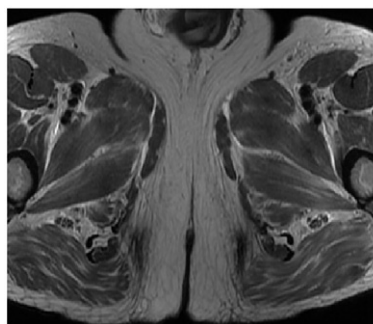
<sup>(1)</sup>Medicina Interna, Hospital Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, <sup>(2)</sup>Clínica VIH, Hospital General de Zona 58, IMSS

**Introducción:** Las miopatías inflamatorias se caracterizan por debilidad muscular proximal, aumento de enzimas musculares, cambios en la electromiografía y patrones histológicos típicos; se dividen por las características clínicas y el patrón histológico determina el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

**Presentación de caso:** Masculino de 45 años con diagnóstico de linfoma no Hodgkin de células B (CD20+); en junio de 2011 inicia CHOP, 8 ciclos; diciembre de 2012, rituximab. Diagnóstico VIH/SIDA C3 carga viral (CV) 1 365 575, CD4 221 (agosto 2011); en tratamiento con abacavir/lamivudina y efavirenz. Junio de 2015: CV indetectable, CD4 338. Enero de 2015, hipertrigliceridemia, tratamiento con bezafibrato, 200 mg día. Enero de 2016 inicia con disminución de fuerza proximal progresiva hasta incapacidad, mialgias y artralgiás generalizadas. Paraclínicos de marzo de 2016: CK 51 374, MB 1 060, TGO 1 358, TGP 675, DHL 3 529, colesterol 290 y triglicéridos 393. Anticuerpos anti-Jo1 y Mi2 negativos. Electromiografía: polineuropatía mixta de tipo degeneración axónica y desmielinización segmentaria. Biopsia de músculo (abril 2016): necrosis multifocal extensa de fibras musculares con reacción histiocitaria y linfocitaria, con patrón de polimiositis. Se inicia tratamiento con esteroides y azatioprina, 100 mg día, con adecuada respuesta.

**Discusión:** La etiología de las miopatías inflamatorias se confirma en la biopsia muscular, en la que podemos diferenciar entre idiopática, secundaria a fármacos y asociada con cáncer; la serología determina la resistencia al tratamiento. El paciente tenía todos los factores para presentar cualquier tipo; sin embargo, la biopsia confirmó el origen idiopático (polimiositis), que respondió de forma adecuada al tratamiento.

Figura 1



## C192

### Diagnóstico prenatal de hidrops fetal en lupus eritematoso sistémico. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Sabido-Sauri RA<sup>(1)</sup>, Vargas-Avilés AS<sup>(1)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(1)</sup>, Obiala-Ezenwa V<sup>(1)</sup>, Arroyo-Mendoza ME<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>Servicio de Patología, Hospital Juárez de México

**Introducción:** El diagnóstico prenatal de *hidrops* fetal (HP) se define como acumulación de líquido en dos o más tejidos fetales. Su origen puede ser inmune, no inmune o idiopático. Se asocia con alta morbilidad perinatal para el producto (90%) y la madre. El HP vinculado con LES es raro: 0.2% de prevalencia, y frecuentemente se relaciona con manifestaciones cardíacas de lupus neonatal.

**Presentación del caso:** Mujer de 16 años de edad con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) en 2013 (SLICC 2012: articular, renal, hematológico, serositis, neuropsiquiátrico e inmunológico) y primigesta. Ingresó con embarazo de 22.4 semanas de gestación, eritema malar, úlceras orales, artritis en metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de ambas manos y rodillas. SLEDAI 6. Útero gestante; producto único vivo, fondo uterino 17 cm, situación variable, frecuencia cardíaca fetal 145/min, dolor a la palpación profunda. Laboratorios: Hb 5.9 g/dL, reticulocitos 7.01%, bilirrubinas totales 3.6 mg/dL, bilirrubina indirecta 2.1 mg/dL, DHL 671 U/L, C4 2.93 mg/dL, Coombs directo 1:128, perfil viral (VIH, VHC, VHB, VEB, TORCH) negativo. USG obstétrico: *hidrops* fetal, sin otras alteraciones estructurales. Se interrumpió el embarazo con deceso inmediato del producto. Hallazgos anatomopatológicos placentarios: trombos intravelllosos, áreas de infarto isquémico y corioamnionitis aguda. En puerperio inmediato la paciente recibió tres pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida intravenosa con respuesta favorable.

**Discusión:** La asociación de HP y LES es rara; en este caso llama la atención la ausencia aparente de patología cardíaca fetal.

## C193

### Frecuencia de rigidez arterial y su asociación con manifestaciones clínicas en pacientes con esclerosis sistémica progresiva

De la Cruz-Rodríguez KI<sup>(1)</sup>, García-Osuna KM<sup>(1)</sup>, Reyes-Rueda J<sup>(1)</sup>, Gómez-López CE<sup>(1)</sup>, Macías-Chumacera A<sup>(2)</sup>, González Díaz V<sup>(1)</sup>, Martínez-Bonilla G<sup>(1)</sup>, Gutiérrez-Ureña S<sup>(1)</sup>, Cerpa-Cruz S<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Mecánica Vascul ar IN-TEC, Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La esclerosis sistémica progresiva (ESP) se caracteriza por disfunción endotelial y daño microangiopático. La velocidad de onda de pulso (VOP) y el índice de aumentación (IAx) son indicadores confiables de rigidez arterial y predictores de eventos cardiovasculares (CV); sin embargo, se desconoce si existe una asociación entre el incremento de la rigidez arterial y los cambios microvasculares en pacientes con ESP.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de rigidez arterial en pacientes con ESP y su correlación con la presencia de complicaciones microvasculares (fenómeno de Raynaud [FR], capilaroscopia, presión sistólica pulmonar [PSAP]).

**Material y método:** Estudio transversal analítico; pacientes con ESP (ACR/EULAR 2013) y grupo control sano pareado por edad y sexo. Se midió la rigidez arterial con el dispositivo pulse pen. Se realizó estadística descriptiva (promedios y DE). Se compararon los grupos con t de Student (muestras independientes) y *Ji cuadrada* (variables categóricas), la correlación con test de Pearson; SPSS21.

**Resultados:** 50 (ESP) y 26 (grupo control), 94% mujeres, edad 47.7 ± 14.4; 77% presentó FR, 51% capilaroscopia (+) y 12% PSAP ≥ 35 mmHg. La frecuencia de rigidez arterial evaluada por VOP fue de 9.8% y por IAXc 22%, superior al grupo control (p = 0.814). Se encontró una correlación con edad-aumentación aórtica, r = 0.534, p = 0.000.

**Conclusión:** La frecuencia de rigidez arterial, aunque no fue significativa estadísticamente, sí se observó con mayor frecuencia en el grupo de ESP comparado con el grupo control. Sólo se observó asociación de rigidez arterial con la edad, pero no con las manifestaciones microvasculares.

## C194

### Manifestaciones clínicas y de laboratorio iniciales en el síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario en pacientes pediátricos del Servicio de Reumatología Pediátrica de Centro Médico Nacional La Raza

Velázquez-Cruz A, Torres-Jiménez AR, Céspedes-Cruz AI, Zeferino-Cruz M, Rodríguez-Maldonado MG

Hospital General, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** El síndrome de anticuerpos antifosfolípido (SAAF) es una enfermedad autoinmune; las características clínicas que lo definen son trombosis y pérdidas fetales recurrentes asociadas con elevación de los anticuerpos antifosfolípido. Existen varios criterios clasificatorios, pero ninguno aprobado para pacientes pediátricos. Las manifestaciones no trombóticas son las más frecuentes en la etapa pediátrica.

**Objetivo:** Determinar las características demográficas, clínicas, de laboratorio y terapéuticas iniciales de los pacientes con SAAF primario.

**Material y método:** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyeron pacientes de 0 a 16 años de edad que cumplieran los criterios de Alarcón-Segovia para SAAF o positividad para anticuerpos antifosfolípido con manifestaciones no trombóticas. Se excluyeron pacientes con diagnóstico de SAAF secundario. Se analizaron variables demográficas, manifestaciones clínicas, parámetros de laboratorio y tratamiento inicial; los datos se obtuvieron del expediente clínico. Se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** Se revisaron 19 expedientes. Las manifestaciones trombóticas se presentaron en 26.3% de los pacientes. Las manifestaciones no trombóticas ocurrieron en 78.9% de los casos, trombocitopenia en 73.7%, *livedo reticularis* en 26.3%, neurológicas no trombóticas en 5.3%, sangrado uterino anormal en 10.5% y síndrome de anticoagulante lúpico-hipoprotrombinemia en 5.3%. Laboratorio: positividad para el anticoagulante lúpico en 78.9%, positividad para ACL IgG en 78.9%, positividad para ACL IgM en 78.9% y VDRL en 21.1%. En 23.6% de los pacientes se usó terapia de anticoagulación, antiagregante plaquetario en 68.4%, terapia inmunosupresora en 78.9% y terapia biológica sólo en 5.3% de los pacientes.

**Conclusiones:** Las manifestaciones clínicas más frecuentes en pacientes pediátricos son las no trombóticas y de éstas las principales son las hematológicas. Mayor riesgo de trombocitopenia con ACL IgG positiva; menor riesgo de trombocitopenia con niveles altos de ACL IgM. Menor riesgo de anemia hemolítica autoinmune con trombocitopenia y niveles altos de ACL IgG. Menor riesgo de desarrollar anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos fríos con niveles altos de ACL IgG. Menor frecuencia en uso de terapia anticoagulante y mayor uso de inmunosupresores. Los criterios actuales de clasificación para SAAF no son aplicables a pacientes pediátricos.

## C195

### Genotipificación de los alelos HLA clase I-II en pacientes con esclerosis sistémica

Ordano-López FE<sup>(1)</sup>, Lugo-Zamudio GE<sup>(1)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(1)</sup>, Barbosa-Cobos RE<sup>(1)</sup>, Obiala-Ezenwa V<sup>(1)</sup>, Sacoto-Flores GS<sup>(1)</sup>, López-Morales EE<sup>(2)</sup>, Delgado-Ochoa MD<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Histo-compatibilidad, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La etiología de la esclerosis sistémica (ES) se atribuye a la interacción entre factores genéticos y ambientales. El alelo HLA-DR\*01 se ha relacionado con susceptibilidad para ES en caucásicos.

**Objetivos:** Determinar la expresión de alelos HLA clase I-II en los pacientes con ES del Hospital Juárez de México (HJM) y la susceptibilidad para la enfermedad.

**Metodología:** Se incluyeron 30 casos con diagnóstico de ES de la consulta externa de reumatología y 30 controles sanos del programa de trasplante del HJM. Se describió la expresión clínica de los casos y se realizó genotipificación HLA clase I-II mediante la técnica de PCR-SSP de casos y controles. La frecuencia de alelos HLA se evaluó con el programa MedCalc v.16.4.3. La fuerza de asociación se identificó mediante OR (IC 95%), se consideraron significativos valores de  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Pacientes con ES, 28 mujeres (94%), edad promedio 47.3 años (DE  $\pm$  12.9). Clasificación ES: limitada 24 (80%) casos, difusa 5 (16.7%) y sin esclerodermia 1 (3.3%). Expresión clínica: dismotilidad esofágica determinada por manometría 23 (76%) pacientes, neumopatía intersticial inespecífica determinada por TCAR 3 (10%), HAP 11 (33%). Los alelos con mayor frecuencia de expresión en los casos fueron HLA A\*02:01, DRB1\*04:01 y DQB1\*06:01. Se identificó diferencia estadística en la expresión del alelo HLA-DQ\*04:01 entre los grupos (OR = 0.2987, IC 0.1001-0.8917,  $p = 0.034$ ).

**Conclusión:** En el presente estudio no se encontró un alelo de susceptibilidad para ES. HLA-DQ\*04:01 podría representar un alelo de protección para ES en población mexicana; se requiere completar el tamaño de muestra.

C196

**Asociación de los genes *KIR2DL2* y *KIR2DS2* con reactantes de fase aguda en artritis reumatoide y actividad de la enfermedad**

Reyes-Pérez IV<sup>(1)(2)</sup>, Sánchez-Hernández PE<sup>(1)(2)</sup>, Martínez-Bonilla GE<sup>(3)</sup>, González-Díaz V<sup>(3)</sup>, Muñoz Valle JF<sup>(4)</sup>, Polanco-Cruz J<sup>(3)</sup>, Cervantes Rosales KV<sup>(1)(2)</sup>, Ramírez Dueñas MG<sup>(1)(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Fisiología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Inmunología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(4)</sup>Departamento de Clínicas Médicas, Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune que involucra diversos factores, entre ellos los genéticos. Los *KIR* (*killer immunoglobulin-like receptor*) constituyen una familia génica que codifica para receptores expresados en células NK y subpoblaciones de linfocitos T que regulan su actividad, por lo que pueden contribuir a la enfermedad. En AR se incrementan los marcadores de la actividad de la enfermedad como VSG y pCr, lo que conlleva un mal pronóstico.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron 90 sujetos diagnosticados con AR. Se obtuvieron datos de VSG, pCr e índices de actividad de la enfermedad. Se amplificaron 16 genes *KIR* mediante PCR-SSP y los productos se resolvieron por electroforesis en agarosa a 3%. Se evaluó la presencia o ausencia de los amplificadores *KIR* por tinción con SyBR green.

**Resultados:** El gen *KIR2DL2* se encontró con mayor frecuencia en pacientes que en sujetos sanos ( $p < 0.0001$ , OR = 22.78, IC 95% 10.16-51.05). Los pacientes portadores del gen *KIR2DL2* mostraron niveles menores de VSG ( $p = 0.062$ ). Los pacientes portadores del genotipo compuesto *KIR2DL2+/KIR2DS2-* presentaron niveles bajos de pCr ( $p = 0.049$ ), actividad baja por SDAI ( $p = 0.049$ ) y bajos niveles de VSG ( $p = 0.053$ ) comparados con los pacientes portadores del genotipo *KIR2DL2-/KIR2DS2-*.

**Conclusiones:** El gen *KIR2DL2* es un marcador de riesgo para AR y puede tener una asociación con niveles bajos de VSG. El genotipo compuesto *KIR2DL2+/KIR2DS2-* está relacionado con niveles bajos de pCr y VSG, y por ende con baja actividad de la enfermedad, lo que sugiere que *KIR2DL2* podría estar participando en mecanismos reguladores de la inflamación.

C197

**Infliximab: experiencia en enfermedad de Kawasaki. Reporte de casos. Santiago de los Caballeros, República Dominicana**

Tineo C, Pérez N, Santos M, Gottschalk P, Loyo E

Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica, Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez

**Introducción:** El tratamiento clásico de la enfermedad de Kawasaki (EK) es el uso de inmunoglobulina endovenosa y ácido acetilsalicílico, con buena respuesta en 90% de los pacientes, lo que disminuye el riesgo de afección coronaria. Sin embargo, en pacientes refractarios a la administración de inmunoglobulina no está claro qué terapia debe seleccionarse: reinfusión de inmunoglobulina, corticoesteroides o bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF). Infliximab se considera en el tratamiento de EK refractaria a inmunoglobulina; a pesar de que sólo hay pequeños estudios y reportes de casos, los mismos muestran conclusiones muy favorables. Presentamos un reporte de casos de niños que recibieron infliximab con buena respuesta clínica.

**Presentación de los casos:** Reporte de cuatro casos de EK en niños menores de 5 años de edad. Dos de estos casos con infliximab como tratamiento de primera línea por tener datos de mal pronóstico y no disponerse de IGIV en el centro de salud; en los dos casos restantes se administró como terapia de rescate tras falla al uso de IGIV. Todos los casos presentaron respuesta favorable con resolución de la fiebre y disminución de los reactantes de fase aguda (Tabla 1). No se reportaron muertes o efectos adversos relacionados.

**Discusión:** A pesar de los excelentes resultados reportados previamente en la literatura y en nuestra investigación, es necesaria más evidencia clínica

Tabla 1 (C197)

	Edad (años)	Inicio sx (días)	Tratamiento previo	Glóbulos blancos (antes y después)	Plaquetas (antes y después)	PCR (antes y después)	VSG mm/h (antes y después)	ECOTT
C1	1.8	6	IGIV 20 g + AAS	23 000	1 314	33	45	NORMAL
				19 000	538	NEG	28	
C2	2	9	AAS 325 mg c/ 8 h	12 900	792	70	15	NORMAL
				12 300	379	NEG	15	
C3	4.1	9	AAS 325 mg c/8 h	17 900	140	POS	100	NORMAL
				8 300	315	NEG	26	
C4	4.3	24	IGIV 30 g + AAS + clopidogrel	8 960	950	POS	60	Aneurisma en la coronaria derecha de 5.7 mm
				7 050	510	NEG	10	



para proponer los anti-TNF como terapia de primera línea para el tratamiento de la enfermedad de Kawasaki, conociendo el menor costo de esta droga y su perfil de seguridad.

**C198**

**Factores asociados a variación en el intervalo QT corregido en pacientes con osteoartritis y/o artritis reumatoide en tratamiento con cloroquina**

Perales-Ortega YG, Martínez-Martínez MU, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto

**Antecedentes:** La cloroquina tiene excelente perfil de seguridad aun en pacientes con comorbilidades y personas de edad avanzada, pero puede causar prolongación del intervalo QT y en algunos casos se ha descrito *torsade de pointes*. Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en la población general y en la artritis reumatoide, la que se modifica con cloroquina.

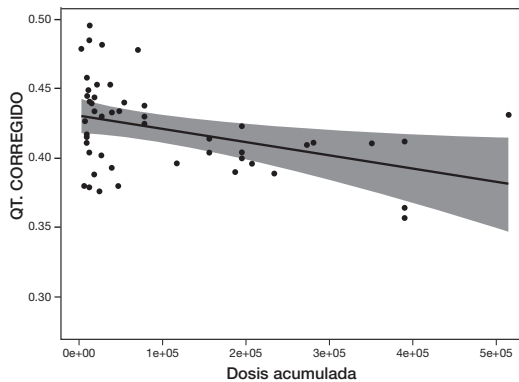
**Objetivos:** Evaluar los factores que influyen en la variación del intervalo QT corregido en pacientes con osteoartritis y/o artritis reumatoide en tratamiento con cloroquina.

**Métodos:** Estudio transversal, analítico, prolectivo, en pacientes de la consulta externa de Reumatología con criterios de osteoartritis y/o artritis reumatoide bajo esquema de tratamiento con cloroquina, a quienes se les realizó electrocardiograma y electrolitos séricos.

**Resultados:** Se incluyeron 57 pacientes, 40 (70.1%) con artritis reumatoide, 7 (12%) con osteoartritis y 10 (18%) con ambas patologías. La media de edad 49 años ( $\pm 12.8$ ), 93% de sexo femenino. Las comorbilidades asociadas fueron hipertensión arterial en 63% y diabetes mellitus en 8.7%. El intervalo QT prolongado se observó en 6 (10.5%) pacientes, los que tuvieron media de uso de cloroquina de 45 semanas ( $\pm 43$ ), dosis semanal de 825 mg ( $\pm 125$ ) y acumulada 36.9 g (**Figura 1**). Los principales resultados se presentan en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** A pesar del adecuado perfil de seguridad de la cloroquina, estamos obligados a investigar anomalías electrocardiográficas aún en pacientes con dosis acumuladas bajas.

**Figura 1**



**Tabla 1**

Variable	QT Normal (n = 51)	QT prolongado (n = 6)	Valor p
Edad (años)	51 $\pm$ 12.9	53.5 $\pm$ 13.3	0.6725
Sexo femenino n (%)	47 (92.2)	6 (100)	1.000

Tabaquismo n (%)	1 (2)	0 (0)	1.000
HAS n (%)	32 (62.7)	4 (66.7)	1.000
Tiempo de uso de cloroquina (sem)	142.9 $\pm$ 165.2	45 $\pm$ 43	0.0021
Dosis semanal (mg)	758.8 $\pm$ 87	825 $\pm$ 125.5	0.2589
Dosis acumulada (gr) por paciente	107 $\pm$ 129	36.95 $\pm$ 36.35	0.0061
Intervalo QT (mseg)	0.4 (0)	0.4 (0.0)	
QT corregido (Bazzet)	0.4 (0.0)	0.5 (0.0)	
Anormalidades electrolitos séricos %	6 (12.2)	3(50)	0.048

**C199**

**Enfermedad de Still del adulto con expresión de anticuerpos antinucleares. Reporte de un caso**

Artega-García UG, Rodríguez-Gómez MA

Hospital Regional de Pemex Cd Madero

**Introducción:** La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una enfermedad de causa desconocida; se caracteriza por fiebre  $> 39^{\circ}\text{C}$ , artritis, exantema asalmonado, linfadenopatía, hepatoesplenomegalia, leucocitosis, neutrofilia, proteína C reactiva (PCR) y ferritina muy elevadas. Los AAN suelen ser negativos. Se presenta el caso de una paciente con fiebre de origen desconocido (FUO).

**Caso Clínico:** Mujer de 38 años que inició con eritema en heliotropo, edema bpalpebral, fiebre mayor a  $39^{\circ}\text{C}$  de más de 6 meses; se agregaron mialgias, artralgiás, debilidad muscular y poliartritis. Se clasificó como dermatomiositis y se indicó etanercept y prednisona; persistió con fiebre. Se hospitalizó como FUO. Exploración física: TA: 100/70 mmHg, FC: 100 lpm, temp:  $39.5^{\circ}\text{C}$ ; exantema facial; tórax con derrame pleural bilateral; ruidos cardíacos sin soplos; abdomen con hepatoesplenomegalia; extremidades con eritema nodoso, artritis en rodillas. Exámenes de laboratorio: hemoglobina 9.3 g/dL, leucocitos 11 500, neutrófilos 11 000, PCR 109 mg/L, CK 23. Los hemocultivos fueron negativos; serología para VIH, hepatitis B y C negativa. Estudios inmunológicos: factor reumatoide negativo, AAN 1:640 moteado grueso, marcadores tumorales negativos. Biopsia muscular y ecocardiograma sin alteraciones. Tomografía toracoabdominal con derrame pleural y hepatoesplenomegalia. La ferritina fue de 3 200. Se clasificó como ESA, se indicó prednisona, metotrexato y leflunomida, con buena respuesta.

**Discusión:** Los AAN se han reportado positivos en menos de 10% de los pacientes con ESA.

**Conclusión:** Presentamos el caso de una paciente con AAN a títulos muy altos, lo que representa un reto clínico ante la posibilidad de otra enfermedad asociada.

**C200**

**Prueba de presión palmar y umbral del dolor evaluados con el esfigmomanómetro como herramientas para la evaluación de la gravedad de la fibromialgia en la práctica clínica**

Horta-Baas G, Hernández-Cabrera MF, Pérez Bolde-Hernández A, Pérez-Pérez A

Servicio de Reumatología, Hospital General Regional 220, IMSS

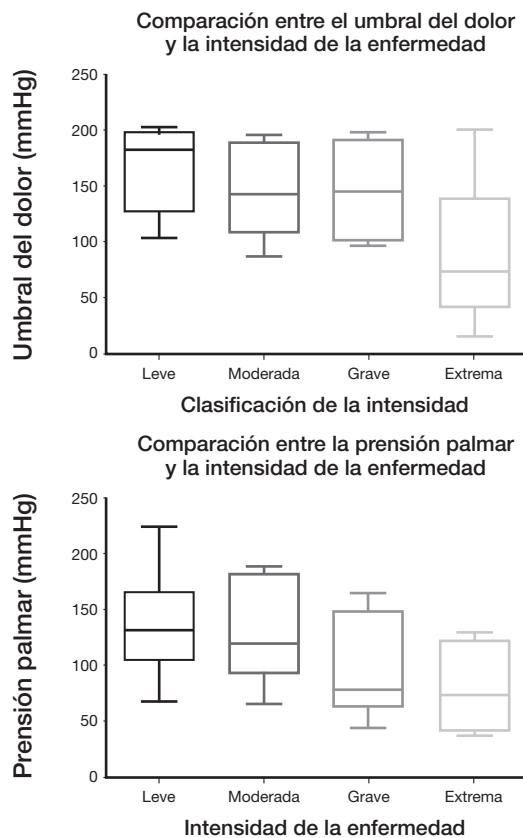
**Introducción:** Determinar la capacidad de la prueba de presión palmar y el umbral del dolor evaluados con el esfigmomanómetro para discriminar la gravedad de la fibromialgia (FM).

**Metodología:** Estudio transversal comparativo. El umbral del dolor se evaluó durante la toma de presión arterial: se infló a una tasa aproximada de 10 mm Hg por segundo hasta 180 mm Hg o hasta el punto que el sujeto experimentaba dolor; se registró el promedio de tres ocasiones. Para evaluar la fuerza de presión se pidió a los pacientes que presionaran el mango del esfigmomanómetro (insuflado a 20 mmHg) en tres ocasiones; se utilizó la posición recomendada por la Sociedad Americana de Terapeutas de la mano. La gravedad de la enfermedad se clasificó de acuerdo con el FIQ-R (leve: 0-42, moderada: 43-59, grave: 60-74 y extrema: 75-100).

**Resultados:** Se incluyeron 41 mujeres con FM con una edad promedio de  $46.6 \pm 6.8$  años, la mediana de duración de la enfermedad fue de 48 meses (min. 8, máx. 324). Las puntuaciones medias del umbral dolor para enfermedad leve, moderada, grave y extrema fueron  $166 \pm 36.1$ ,  $145 \pm 40$ ,  $150 \pm 42.3$  y  $89 \pm 60$  ( $p = 0.003$ ); en el análisis *post hoc* únicamente difirió el grupo leve del extremo (Figura 1). Las puntuaciones medias de la fuerza de presión para la enfermedad leve, moderada, grave y extrema fueron  $133 \pm 40.8$ ,  $145 \pm 43.9$ ,  $96 \pm 43.8$  y  $83.3 \pm 38$  ( $p = 0.003$ ); en el análisis *post hoc* sólo difirió el grupo leve del extremo (Figura 1).

**Conclusión:** El empleo del esfigmomanómetro permitió diferenciar a las pacientes con afección extrema en comparación con los otros grupos.

Figura 1



C201

**Detección de hipertensión arterial pulmonar en una clínica de pacientes con esclerodermia sistémica de un hospital de tercer nivel**

Meléndez-Mercado CI, Guzmán-Sánchez I, Aranda-Pereira P, Hernández-Cabrera MF, Mendoza-Fuentes A, Bernáldez-Jaimes M, Jaimes-Hernández J

Centro Médico ISSEMYM Toluca

**Introducción:** La hipertensión arterial pulmonar (HAP) se define como un grupo de enfermedades caracterizadas por aumento progresivo de las resistencias vasculares pulmonares (RPV) que conduce a falla del ventrículo derecho (VD) y muerte prematura. Los síntomas de HAP son inespecíficos y ocurren tardíamente en la esclerodermia sistémica (ES); el diagnóstico precoz continúa siendo un reto y es determinante para el inicio temprano de tratamiento a fin de mejorar el pronóstico.

**Objetivo:** Describir las características de HAP asociada con ES para la detección y clasificación oportunas.

**Pacientes y métodos:** Se detectaron 26 pacientes con HAP en la clínica de esclerodermia de enero a septiembre de 2015. Se realizó ecocardiograma, TACAR, pruebas de función respiratoria y cateterismo.

**Resultados:** Las características demográficas se presentan en la **Tabla 1**. Otros síntomas evaluados fueron esclerodactilia en 100%, telangiectasias en 19 (73%), calcinosis en 7 (26.9%), artritis en 15 (57.6%), lesiones en sal y pimienta en 9 (34.6%) y manifestaciones gastrointestinales en 20 (76.9%). Reporte de ecocardiograma en 13 pacientes con HAP ligera (50%) y 13 pacientes con HAP moderada (50%), promedio de HAP 44.63 mmHg, cateterismo en 5 (19.2%), corroborándose HAP moderada en una paciente PSAP 48.

**Conclusión:** Encontramos un porcentaje mayor de HAP en ES de lo reportado en la literatura; los síntomas son inespecíficos y aparecen de forma tardía. Se recomienda realizar ecocardiograma tempranamente para descartar HAP y diferenciarla de la asociada con afección parenquimatosa. El ecocardiograma por sí mismo no es suficiente para el diagnóstico, se requieren pruebas de función respiratoria, TAC de alta resolución y cateterismo cardíaco. Es necesaria la formación de más clínicas de HAP para establecer grupos de riesgo y dar un manejo integral y oportuno.

Tabla 1

Características demográficas de pacientes con HAP asociada a ES		
Variable	N(26)	%
Edad	53.3 años	
Género	26	100
Tabaquismo	4	5.3
Tipo		
a) ES difusa	8	30.7
b) ES limitada	17	65
c) Sin esclerodermia	1	3.8
Tiempo de evolución	8.1 años	
Síntomas respiratorios		
a) Asintomáticos	14	50
b) Disnea o dolor torácico	1	3.8
Fenómeno de Raynaud	26	100
Fibrosis pulmonar	9	34.6
Anticuerpos		
Anti-centrómero	14	53
Anti-Scl 79	9	34.6

C202

**Discapacidad en fibromialgia: intensidad del dolor y depresión como predictores del grado de discapacidad autopercebida en mujeres con fibromialgia**

Horta-Baas G<sup>(1)</sup>, Hernández-Cabrera MF<sup>(1)</sup>, Pérez Bolde-Hernández A<sup>(1)</sup>, Pérez-Pérez A<sup>(1)</sup>, Montero-Hernández U<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General Regional 220, IMSS, <sup>(2)</sup>Servicio de Psiquiatría, Hospital General Regional 251, IMSS

**Introducción:** La fibromialgia es una enfermedad de origen multifactorial que afecta el funcionamiento del sujeto que la padece; los síntomas psicósomáticos se han relacionado con discapacidad.

**Métodos:** Estudio transversal analítico. La discapacidad se evaluó mediante el cuestionario WHODAS-2 y la intensidad del dolor con escala visual análoga; la presencia de ansiedad y/o depresión se determinó con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR.

**Resultados:** Se incluyeron 27 sujetos, la mediana de la puntuación del WHODAS fue 39.62 (IC 95% 31.52-55.43); las subescalas más afectadas fueron actividades de la vida diaria y movilidad. Las puntuaciones medias de la intensidad del dolor en mm para el grado de discapacidad leve, moderada y grave fueron  $34.4 \pm 10.05$ ,  $54.63 \pm 26.06$  y  $68.75 \pm 20.09$ ; estos valores difirieron de manera significativa,  $p = 0.02$ . El análisis *post hoc* mostró que el valor medio de la intensidad del dolor para las condiciones discapacidad leve vs. discapacidad grave ( $p = 0.035$ ) y discapacidad moderada vs. grave ( $p = 0.024$ ) fue estadísticamente significativo. Los resultados de la comparación del grado de discapacidad y la presencia/ausencia de depresión indican un grado de discapacidad menor en las mujeres sin depresión en comparación con mujeres deprimidas; esta diferencia fue significativa ( $p = 0.037$ ). El grado de discapacidad fue menor en las mujeres sin ansiedad en comparación con mujeres con ansiedad. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0.197$ ).

**Conclusiones:** La fibromialgia se relacionó con algún grado de discapacidad en todas las mujeres estudiadas. Una mayor intensidad del dolor y la presencia de depresión se asociaron con un mayor grado de discapacidad.

## C203

### Síndrome pulmón-riñón por poliangeítis microscópica (PAM), una urgencia reumatológica

Rodríguez-Maldonado MG, Céspedes-Cruz AI, Zeferino Cruz M, Torres-Jiménez A, Villezcas-Carvajal JO

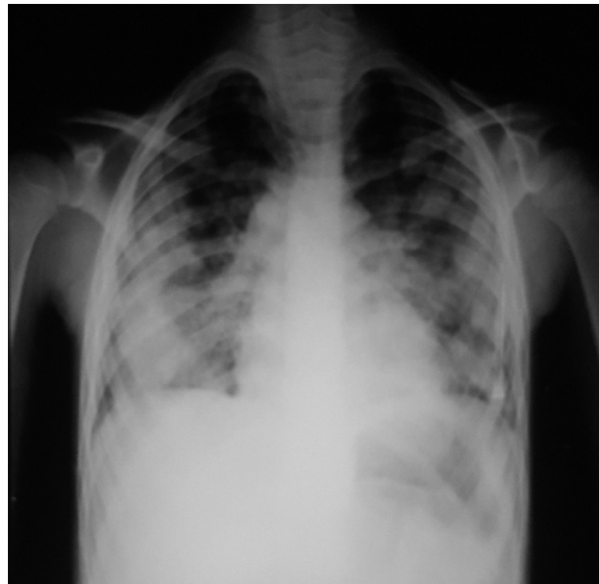
Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** El síndrome pulmón-riñón es una entidad aguda, rara en niños, que requiere un abordaje rápido para disminuir la mortalidad o la pérdida irreversible de la función orgánica. En el caso de la PAM, la hemorragia pulmonar como presentación inicial puede ocurrir hasta en 30% de los casos, pero su diagnóstico constituye un reto en el niño.

**Caso clínico:** Masculino de 9 años, ingresa a urgencias por dolor torácico, dificultad respiratoria, hemoptisis y fiebre con saturación por oximetría de pulso de 75%. Diagnóstico inicial de hemorragia pulmonar y neumonía, pero tras el interrogatorio dirigido y el laboratorio se comprobó compromiso renal con hipoalbuminemia, eritrocituria, proteinuria, tasa de filtración glomerular disminuida y anemia microcítica; se otorgó apoyo ventilatorio, transfusión de concentrados eritrocitarios y antibióticos. Por persistencia de fiebre y compromiso renal progresivo, se realizaron estudios inmunológicos que identificaron mediante inmunofluorescencia p-ANCA positivo 1:160, con lo cual recibió pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida, antipirético, diurético y renoprotector. Por lavado broncoalveolar y biopsia renal se corroboró glomerulonefritis proliferativa extracapilar activa, predominantemente fibrosa, con lesiones esclerosantes de tipo paucimmune, concluyente de poliangeítis microscópica.

**Discusión:** El diagnóstico de síndrome pulmón-riñón es un reto diagnóstico, basado en los datos clínicos, hallazgos radiológicos, de laboratorio e histológicos tanto del pulmón como de riñón; la sola biopsia pulmonar con capilaritis y ANCA positivos no siempre esclarece las distintas vasculitis primarias, por lo que se requiere abordaje invasivo y multidisciplinario para disminuir la mortalidad en esta rara entidad.

Figura 1



## C204

### Los niveles de leptina y la actividad de la enfermedad están asociados con los trastornos psiquiátricos en pacientes con artritis reumatoide

Rodríguez-Ramírez AM<sup>(1)</sup>, Gómez-Bañuelos E<sup>(1)</sup>, Pérez-Vázquez FJ<sup>(1)</sup>, Salcedo-Magaña GA<sup>(1)</sup>, Chavarría-Ávila E<sup>(1)</sup>, Martín-Márquez BT<sup>(1)</sup>, Sandoval-García F<sup>(1)</sup>, Navarro-Hernández RE<sup>(1)</sup>, Vázquez-del Mercado M<sup>(1)(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara,

<sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, 004086 PNPC CONACyT, División de Medicina Interna, Hospital Civil Juan I. Menchaca, Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La leptina es una adipocina producida principalmente por el tejido adiposo blanco; participa en el metabolismo y la regulación de la respuesta inmune. La leptina está vinculada con el daño articular y se encuentra a niveles elevados en los pacientes con AR anti-CCP+. En estudios anteriores se ha observado la relación entre trastornos psiquiátricos y los niveles de leptina.

**Objetivo:** Determinar la asociación de los niveles de leptina en pacientes con AR y trastornos psiquiátricos.

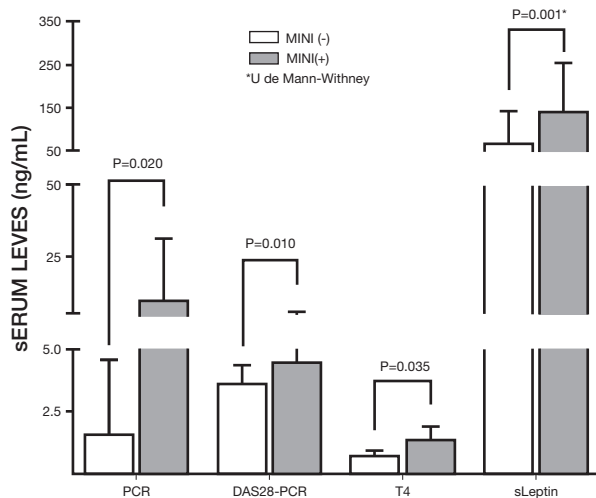
**Material y métodos:** Se incluyeron 76 pacientes con AR (ACR 1987); se excluyeron los sujetos con antecedentes de tabaquismo, enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes mellitus, cáncer, enfermedad hepática, tiroides y renal. Se determinaron niveles de leptina sérica; la actividad de la enfermedad se evaluó con DAS28 PCR. Para la evaluación psiquiátrica se usó el Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI Plus).

**Resultados:** 54 pacientes (71.1%) tuvieron algún trastorno psiquiátrico, en 34% el trastorno fue depresivo y en 31.6% de ansiedad. Los pacientes con

cualquier trastorno psiquiátrico según el MINI tuvieron cifras más elevadas de leptina, PCR y DAS-28 que los pacientes sin trastornos psiquiátricos (Figura 1).

**Conclusión:** La desregulación de la secreción de leptina está asociada con trastornos psiquiátricos secundarios a la afectación de la capacidad funcional y del dolor en el daño articular provocado por la inflamación sistémica en AR.

Figura 1



C205

**Mayor frecuencia de hipertensión pulmonar grave (HPg) en pacientes con enfermedades del tejido conectivo**

Prado-Anaya CA<sup>(1)</sup>, Muñoz-López S<sup>(1)</sup>, Irazoque-Palazuelos FC<sup>(1)</sup>, Casasola-Vargas JC<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, <sup>(2)</sup>Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, SSA

**Introducción:** La hipertensión pulmonar es poco frecuente en pacientes con enfermedades de tejido conectivo; está asociada con incremento en morbilidad y deterioro de la clase funcional. Existen pocos registros de esta complicación aún en centros de tercer nivel.

**Objetivo:** Describir y comparar a los pacientes con HPg en enfermedades de tejido conectivo de dos servicios de reumatología de hospitales de tercer nivel de atención.

**Material y métodos:** Estudio observacional, transversal y comparativo. Se revisaron 40 expedientes de pacientes con enfermedades de tejido conectivo y diagnóstico de hipertensión pulmonar por ecocardiografía transtorácica. Se registraron variables clínicas en relación con la enfermedad específica del tejido conectivo y datos ecocardiográficos. La clasificación de HPg se basó en el valor de la PSAP mayor de 60 mmHg.

**Resultados:** Se incluyeron 40 pacientes con hipertensión pulmonar y enfermedades de tejido conectivo, 92.5% mujeres. La edad promedio fue 48.5 años (± 14.5); 30% hipertensos y 52.5% con neumopatía intersticial; 42.5% tenía LEG, 32.5% esclerosis sistémica limitada, 7.5% esclerosis sistémica difusa, 10% AR, 2.5% polimiositis y 5% SAAF primario. La HPg fue de 66.7% en esclerosis sistémica difusa y de 100% en SAAF primario y polimiositis. La PSAP en HPg fue de 82.72 mmHg (± 25.9); los pacientes de este grupo registraron menor distancia en la caminata de 6 minutos. La enfermedad pulmonar previa, la calcinosis y la serositis fueron más frecuentes en HP no grave con diferencia estadísticamente significativa (Tabla 1).

**Conclusiones:** La hipertensión pulmonar grave se presentó en 45% de los casos, principalmente en SAAF primario, esclerosis sistémica difusa y polimiositis.

Tabla 1

	HP grave	HP no grave	p
Edad, años, X (DS)	46.4 (± 14.1)	50.4 (± 15.26)	NS
Mujeres, n (%)	44.4	55.6	NS
HAS, n (%)	36.4	63.6	NS
Enfermedad pulmonar previa, n (%)	31.8	68.2	0.041
Neumopatía intersticial, n (%)	33.3	66.7	NS
LEG, n (%)	43.8	56.3	NS
ESCL, n (%)	36.4	63.6	NS
ESCD, n (%)	66.7	33.3	NS
SAAF primario, n (%)	100	0	NS
AR, n (%)	33.3	66.7	NS
Polimiositis, n (%)	100	0	NS
Fenómeno de Raynaud, n (%)	41.7	58.3	NS
Esclerodactilia, n (%)	35.7	64.7	NS
Calcinosis, n (%)	0	100	0.05
Dismotilidad esofágica, n (%)	41.2	58.8	NS
Disnea, n (%)	47.4	52.6	NS
Cianosis, n (%)	55.6	44.4	NS
Serositis, n (%)	22.2	77.8	0.053
Anticuerpos antinucleares, títulos, X (DS)	670.36 (± 888.98)	1023.57 (± 1761.03)	NS
Caminata de 6 minutos, metros, X (DS)	315 (± 128.9)	451 (± 39.5)	NS
PSAP, mmHg, X (DS)	82.72 (± 25.9)	45.9 (± 5.9)	0.00
TAPSE, X (DS)	19.8 (± 4.9)	20.8 (± 3.4)	NS

C206

**Índice tobillo-brazo en pacientes con síndrome de Sjögren primario como un marcador de aterosclerosis**

Gómez-López CE<sup>(1)</sup>, Ramírez-Vargas ML<sup>(2)</sup>, Arroyo Prado I<sup>(1)</sup>, Reyes-Rueda J<sup>(1)</sup>, Gutiérrez-Ureña S<sup>(1)</sup>, González-Díaz V<sup>(1)</sup>, Martínez-Bonilla G<sup>(1)</sup>, Cerpa-Cruz S<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(2)</sup>Unidad de Cardiología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica caracterizada por infiltrado linfocitario glandular. El inicio es insidioso y el curso variable, lo que retrasa el diagnóstico y permite el establecimiento de una inflamación crónica, que es modelo para el estudio de la aterosclerosis. La aterosclerosis es la causa principal de mortalidad mundial; entre los diversos métodos de evaluación de la aterosclerosis está el índice tobillo-brazo (ITB) como método accesible y no invasivo (normal ≥ 0.9)

**Objetivo:** Evaluar el ITB como un marcador de aterosclerosis en pacientes con SSp.



**Métodos:** Estudio transversal analítico. Diecinueve pacientes con SSp (ACR 2012), un grupo con riesgos cardiovasculares y otro de sujetos sanos pareados por edad y género. Se realizó estadística descriptiva y prueba de Kruskal Wallis; se analizó con SPSS.

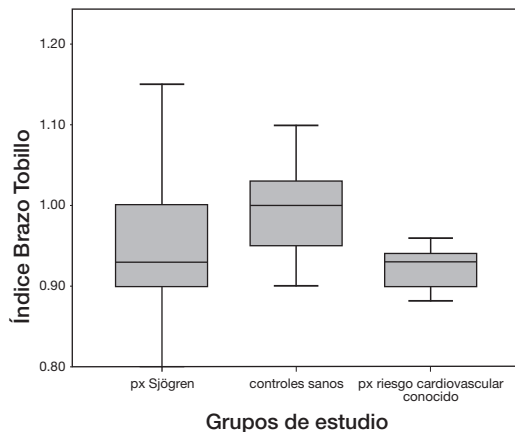
**Resultados:** 19 pacientes con SSp, 95% mujeres y 5% hombres, edad media 56 años, tiempo de evolución 6.4 años, 36.8% con afectación sistémica, 2 con enfermedad pulmonar intersticial, 2 con afectación neurológica SNC (2 mielitis transversa), 1 SNP (polineuropatía) y 4 hematológica; 68% ANA+, 70% FR+, 64% anti-Ro+ y 21% anti-La+. Media ESSDAI 4.37 ± 6.3 (actividad baja-moderada) y 10.5% ESSDAI alto (Tabla 1). Comorbilidades: 21% DM2, 30% HAS y 15.8% fumadores activos; 52% con SSp tuvieron alteraciones ITB (0.93), 80% con enfermedad cardiovascular (0.92) y 20% sanos (0.98), sin diferencias estadísticas entre ellos.

**Conclusión:** Aunque los tres grupos presentaron ITB en rangos normales, el grupo con SSp y riesgo cardiovascular tuvo resultados similares y menor ITB que el grupo de individuos sanos (Figura 1).

Tabla 1. Características clínico-serológicas

ANA	13 (68%)
FR	14(70%)
Ro	12 (64%)
La	21%
ESSDAI	4.37
SSDAI	3.37
SSDI	2.68
Tiempo de duración de la enfermedad	2.95 años
Tiempo de inicio de los síntomas	6.4 años

Figura 1



C207

**Mielitis transversa como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico juvenil asociado a anticuerpos anti-fosfolípidos. Reporte de un caso**

Osorio-Sánchez A, Yáñez-Sánchez P, Loredo-Aguayo CH, Velázquez-Castillo A

Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** La mielitis transversa (MT) es una manifestación rara y grave del LES que se presenta en 1-5% de los casos e involucra generalmente uno a cuatro segmentos de la médula espinal torácica o cervical. Puede presentarse al inicio o durante el curso de la enfermedad.

**Caso clínico:** Masculino de 12 años que inicia padecimiento con presencia de mialgias y parestesias en piernas, acompañadas de astenia, adinamia y fiebre de hasta 39°C. Dos meses después desarrolla paraplejía y retención urinaria. A su ingreso se observa paraplejía y artritis en rodillas. Se descarta proceso infeccioso por afección medular y se inicia metilprednisolona IV. Laboratorios: C3 44, C4 1.53, VDRL +, TTPa alargado, AL positivo, AAN 1:640 patrón homogéneo, aDNA positivo, ACL IgG 59 u, IgM (-), anti-beta glicoproteína IgG 58 u. IRM de neuroeje: lesiones hiperintensas en médula, de C3 a T3, lesiones confluentes en parche hasta T12; se integra diagnóstico de MT secundaria a LES. Se completó tratamiento con MP y CFA; se egresó con sensibilidad hasta dermatoma T12, parestesias y contracciones musculares involuntarias en extremidades inferiores; se dio cita para seguimiento, pero el paciente no regresó.

**Conclusiones:** La MT tiene un pronóstico malo, relacionado con factores como diagnóstico temprano, tratamiento intensivo, extensión de la lesión y socioculturales que dificultan el seguimiento y el tratamiento, lo que ensombrece aún más el pronóstico.

C208

**Insuficiencia cardiaca aguda como manifestación inicial de arteritis de Takayasu. Reporte de caso**

Gayón-Lombardo E, Barrera-Rodríguez AA

Hospital General Agustín O'Horán, Mérida, Yucatán

**Introducción:** La arteritis de Takayasu es una vasculitis que afecta principalmente a mujeres de 10 a 40 años. La inflamación crónica produce engrosamiento de las paredes arteriales de la aorta y sus ramas directas generando una variedad amplia de síntomas; las más frecuentes son la arteria subclavia, la carótida común y la aorta.

**Presentación del caso:** Mujer de 16 años que 8 meses atrás inicia con síndrome constitucional acompañado de fiebre, artralgias y mialgias. Ingresa al hospital por cuadro de neumonía de focos múltiples que requiere manejo en la UCI por 1 mes; tensión arterial inaudible por 6 horas, progresa a falla orgánica múltiple y paro cardiorrespiratorio que demanda maniobras avanzadas de RCP y terapia sustitutiva de la función renal. VSG 90 mm/h, PCR 28 mg/dL, CPK 10 000 U/L, hipotiroidismo primario, VIH y PPD negativo, AMO sin alteración alguna, anemia hemolítica Coombs directo +, DHL 600 U/L, hemoglobina 7.5 g/dL. Un mes después con anasarca, ecocardiograma, con FEVI 23% e insuficiencia aórtica, serología de Chagas (-). Se inicia manejo con azatioprina, ácido fólico, prednisona, digoxina, diuréticos. Angiorresonancia: arteritis de Takayasu tipo IIB de Numano. Seis meses después con mejoría clínica y FEVI 43%.

**Discusión:** Se describe caso con presentación atípica (pulmonar, renal, cardiaca), con evolución rápida a insuficiencia cardiaca y evidente oclusión importante de las arterias subclavias bilateral; en este caso fue necesaria la sospecha clínica para establecer el diagnóstico oportuno.

C209

**Detección de depresión y ansiedad en pacientes de consulta externa de reumatología usando cuestionarios autoaplicables validados**

Rivera-Terán V, Pérez-García LF, Moreno-Ramírez M, Martínez-Martínez LA, Vargas-Guerrero A, Silveira Torre LH, Amezcua Guerra LM, Martínez-Lavín M

Departamento de Reumatología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Introducción:** La ansiedad y la depresión son frecuentes en los pacientes con enfermedades reumatológicas crónicas y su reconocimiento es fundamental para el tratamiento apropiado del paciente. El Patient Help Questionnaire-9 (PHQ-9) y el General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) son dos cuestionarios autoaplicables validados para determinar la presencia de depresión y ansiedad, respectivamente.

**Objetivos:** 1) Determinar la prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes del departamento de reumatología del Instituto Nacional de Cardiología (INC). 2) Proveer al médico herramientas para una valoración rápida del estado psicológico del paciente.

**Material y métodos:** Estudio transversal realizado de marzo a junio de 2016. Se invitó a pacientes consecutivos del departamento de reumatología del INC a llenar los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7 antes de su consulta. Se calculó la prevalencia y la gravedad de la ansiedad y la depresión en los diferentes diagnósticos.

**Resultados:** Participaron 410 pacientes, de los cuales 339 (82.8%) eran mujeres; 191 (46.6%) presentaron síntomas depresivos (PHQ-9 > 5) y en 21.2% de ellos fue depresión moderada o grave (PHQ-9 > 10); 168 (40.7%) experimentaron ansiedad y en 16.2% de ellos fue moderada o grave. La prevalencia de depresión por enfermedades se explica en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** Este estudio demuestra que la ansiedad y la depresión son frecuentes en los pacientes de reumatología. Demostramos que el uso de cuestionarios autoaplicables es una herramienta que ayuda al médico a determinarlas. Se debe prestar atención especial a los pacientes con fibromialgia y osteoartritis.

Tabla 1.

Enfermedad	No.	Depresión moderada o grave	Ansiedad moderada o grave
LES	99 (24.1%)	16 (16.2%)	12 (12.1%)
AR	107 (26.1%)	26 (24.3%)	17 (15.9%)
FM	87 (21.3%)	30 (34.5%) p=0.001	27 (31.9%) p=0.001
OA	69 (16.8%)	25 (36.2%) p=0.001	22 (31.9%) p=0.001
ES	18 (4.4%)	13 (26%)	8 (16%)
Miopatías inflamatorias	14 (3.4%)	4 (28.6%)	2 (14.3%)
Osteoporosis	49 (12%)	14 (28.6%)	9 (18.4%)
SAF	42 (10.2%)	1 (2.4%) p=0.001	3 (7.1%)

LES: Lupus eritematoso sistémico, AR: Artritis reumatoide, FM: fibromialgia, OA: osteoartritis, ES: Esclerosis sistémica, SAF: Síndrome antifosfolipídico.

**C210**

**Síndrome antifosfolípidos seronegativo y catastrófico: reporte de dos casos en el embarazo**

Arteaga-García UG, Infante-Meléndez CI

Hospital Regional de Pemex de Cd. Madero

**Introducción:** El síndrome antifosfolipídico (SAF) es una enfermedad autoinmune que presenta trombosis recurrentes y/o complicaciones obstétricas. La manifestación más grave es el síndrome catastrófico. Algunos

pacientes se clasifican como SAF seronegativo. A continuación se reporta un SAF seronegativo y otro catastrófico.

**Caso clínico 1:** Mujer de 37 años con embarazo de 31.3 semanas de gestación (SDG); tres pérdidas gestacionales; en una, trombosis placentaria. Para fertilización in vitro se inició enoxaparina; 1 mes después presentó embarazo. Exploración física (EF): abdomen: fondo uterino de 30 cm. Exámenes de laboratorio: anticardiolipina, anti-B2 glucoproteína 1, anticoagulante lúpico, anticuerpos antinucleares (AAN) y especificidades negativos. Se clasificó como SAF obstétrico seronegativo. El embarazo fue exitoso.

**Caso clínico 2:** Mujer de 34 años con embarazo de 36.5 SDG; ingresó a unidad de cuidados intensivos por trombosis venosa profunda; tromboembolia pulmonar, falla renal. Antecedentes: TTP de 70; migraña, depresión, úlceras orales; dos pérdidas gestacionales y fibromialgia. EF: intubada; artritis en carpos, 2ª a 4ª IFP bilateral, rodilla derecha. Cardiología: no candidata a fragmentación de trombo. La trombólisis se contraindicó por evento quirúrgico. Hematología: sin actividad de TTP; se indicó heparina no fraccionada. Se determinó aL positivo; AAN títulos 1:160 patrón homogéneo. Se concluyó lupus y SAF catastrófico; se indicó bolos de metilprednisolona. El desenlace fue adverso.

**Discusión:** Existe evidencia insuficiente del uso de HBPM en pérdidas obstétricas. La sospecha clínica es vital en pacientes con pérdidas gestacionales aunque no cumplan criterios de SAF o lupus.

**Conclusión:** Se presentan dos casos distintos de SAF, con resultados obstétricos y de morbilidad diferentes.

**C211**

**Frecuencia de prescripción de antidepresivos en el manejo de enfermedades reumáticas**

Farías-Cuevas KP<sup>(1)</sup>, Esparza-Guerrero Y<sup>(1)</sup>, Gómez-Ramírez EE<sup>(2)</sup>, Ramírez-Villafañá M<sup>(3)(4)</sup>, Dávalos-de la Cruz AP<sup>(4)(5)</sup>, Martínez-Ruiz MG<sup>(2)</sup>, Chávez-García D<sup>(1)</sup>, González-López LC<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Programa Nacional de Servicio Social en Investigación en Salud, Secretaría de Salud, <sup>(2)</sup>Programa de Vinculación Universitaria, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(4)</sup>Programa de Doctorado en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(5)</sup>Unidad de Investigación Biomédica 02, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS,

**Introducción:** El uso de antidepresivos como tratamiento coadyuvante en enfermedades reumáticas (ER) se ha incrementado. La frecuencia de prescripción de estos fármacos antidepresivos es de gran relevancia en la estimación de las necesidades de los servicios de salud.

**Objetivo:** Estimar la frecuencia de prescripción de antidepresivos en enfermedades reumáticas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal. Incluyó a pacientes con ER: artritis reumatoide (AR), osteoartritis (OA), lupus eritematoso sistémico, AR psoriásica, síndrome de superposición, espondilitis anquilosante (EA), AR juvenil, síndrome de Sjögren y fibromialgia (FM). Se evaluaron pacientes consecutivos de una clínica de reumatología de un hospital de segundo nivel del IMSS en Guadalajara, México. Se utilizó análisis descriptivo en la frecuencia de prescripción de antidepresivos

**Resultados:** De 1 178 pacientes, 251 (21.3%) tuvieron prescripción de antidepresivos. La distribución por entidad clínica fue: AR 99/554 (17.9%), LES 46/173 (26.6%), EA 16/58 (27.6%) y fibromialgia 15/15 (100%). Del total de pacientes con uso de antidepresivos 83.9% fueron mujeres, la media de edad fue de 48 años y 87.6% presentó polifarmacia (≥ 5 fármacos). Los fármacos antidepresivos más usados fueron: fluoxetina (78.1%), sertralina (12.4%) y paroxetina (5.2%). No hubo diferencias en la prescripción de antidepresivos entre grupos: LES vs. AR (OR = 1.3, IC

95% 0.86-1.95), EA vs. AR (OR = 1.54, IC 95% 0.85-2.7) y LES vs. EA (OR = 0.95 IC 95% 0.48-1.85).

**Conclusión:** Uno de cada cuatro pacientes con las enfermedades reumáticas más comunes del servicio de Reumatología tiene prescripción de antidepresivos. Esta información es valiosa en la optimización de recursos, así como en la planeación de estrategias terapéuticas para dichas patologías de mayor atención en el servicio.

## C212

### Lupus eritematoso sistémico asociado a trombofilia debida a mutación del factor V de Leiden: presentación de un caso

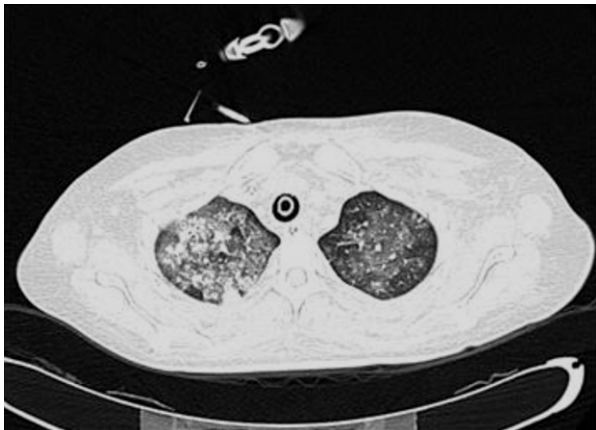
Garzón-Velázquez KB<sup>(1)</sup>, Rodríguez-Henríquez PJ<sup>(2)</sup>, Scherling-Ocampo A<sup>(3)</sup>, Carranza-Mora A<sup>(1)</sup>, Olguín-Pelayo A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, Hospital General Dr. Manuel Gea González, <sup>(2)</sup>Reumatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, <sup>(3)</sup>Hematología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

**Presentación de caso:** Femenina 23 años con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) de 5 meses de evolución en tratamiento con prednisona, 15 mg/día, y trombosis venosa profunda (TVP) en miembro pélvico derecho. Hace 10 años recibió acenocumarina durante 5 años. Ingresó por cuadro de dolor torácico, disnea y fiebre de 48 horas. Se realizó tomografía de tórax que evidenció derrame pleural bilateral pericárdico y esplenomegalia con lesión hipodensa. Laboratorios: leucocitos 4.3, linfocitos 1.2, hemoglobina 7.8, plaquetas 57 000, creatinina 2.5; índice de SLEDAI-2K 22 puntos. Tratamiento: metilprednisolona en pulsos, hidroxiquina, 200 mg/día, e IGIV, 1 g/kg por 3 días; posteriormente ácido micofenólico, 1 500 mg/día. Por sospecha de abscesos esplénicos y trombocitopenia refractaria a tratamiento, se realizó esplenectomía. Durante el posoperatorio presentó falla respiratoria aguda, lesiones tomográficas sugestivas de hemorragia alveolar difusa y aumento de volumen de miembro torácico izquierdo concordante con TVP. Se reportan: ANA patrón nuclear homogéneo 1:5 120, anti-Sm 68.2, anti-SSA/antinucleosomas y anti-dsDNA > 200, IgG anticardiolipina 3.4, IgM anticardiolipina 7.1, IgM anti-beta 2 glucoproteína 8, IgG anti-beta 2 glucoproteína 3.7, PCR factor II protrombina negativo y PCR factor V de Leiden positivo. Se inició anticoagulación con acenocumarina, 2 mg/día, con INR de 2.8 y por buena evolución fue dada de alta.

**Discusión:** Los eventos trombóticos en pacientes con LES generalmente se asocian con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos; sin embargo, 12% de pacientes presenta mutaciones del factor V de Leiden y protrombina.

Figura 1



## C213

### Efecto de la aplicación de US terapéutico vs. infiltración en la entesis del ángulo superior interno de la escápula en pacientes con espondiloartritis

Bernard-Medina AG<sup>(1)</sup>, Rodríguez-Wú ZY<sup>(2)</sup>, Méndez-Magaña AC<sup>(3)</sup>, Valdivia-Luna I<sup>(1)</sup>, Dávalos-Álvarez A<sup>(3)</sup>, Gutiérrez-Ureña S<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(2)</sup>Universidad Vizcaya de las Américas Tepic, <sup>(3)</sup>Universidad de Guadalajara

**Introducción:** La inflamación de entesis es una de las afectaciones en las espondiloartropatías (EA). En el ángulo superior interno de las escápulas se encuentran varias inserciones tendinosas de diferentes músculos que al inflamarse producen dolor y limitación de movimientos de hombros y cuello.

**Objetivo:** Valorar si el uso de ultrasonido terapéutico (UST) vs. infiltración local (IL) en el punto gatillo escapular mejora los arcos de movilidad de cuello y hombro.

**Material y métodos:** El estudio se realizó en pacientes con EA que presentaban dolor en el ángulo superior externo escapular. Se les realizó goniometría de hombros: abducción, rotación interna y externa; en cuello: flexión y extensión, rotación derecha e izquierda y lateralización izquierda y derecha pre-pos y al mes del procedimiento. Se dividieron en dos grupos: uno recibió IL con metilprednisolona y lidocaína dosis única; el otro, UST cada semana por 1 mes. Se realizó una comparación de medias tomando como estadísticamente significativa una  $p < 0.05$ .

**Resultados:** El grupo de infiltración estuvo formado por 9 pacientes, 6 mujeres y 3 hombres, y el de UST por 6 pacientes, 5 mujeres y 1 hombre. Ambos grupos presentaron mejoría estadísticamente significativa, con excepción de la extensión de cuello en el grupo de UST. Aun así, la mejoría significativa fue mayor en los pacientes con infiltración.

**Conclusiones:** El punto de gatillo escapular puede ser originado por entesopatía. El tratamiento con IL y UST mejora la movilidad tanto del cuello como del hombro.

## C214

### Síndrome neuromorrenal: diagnóstico diferencial

Maldonado-Tapia D<sup>(1)</sup>, Irazoque-Palazuelos FC<sup>(2)</sup>, Ramírez-López O<sup>(2)</sup>, Sandoval Cabrera DV<sup>(2)</sup>, Rodríguez-Inzunza NG<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Nefrología, Hospital Ángeles Mocel, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Ángeles Mocel,

**Presentación de caso:** Masculino de 55 años con hipertensión arterial sistémica de 2 años de diagnóstico, en tratamiento con telmisartán e hidroclorotiazida, 80/25 mg. En agosto inicia con infección de vías urinarias y recibe tratamiento antimicrobiano con quinolona. Revalorado a las 2 semanas en malas condiciones generales: TA 180/90 mmHg, náusea, vómito, hipercalemia y creatinina sérica de 11.4 mg/dL, urocultivo con *Enterococcus faecalis*. Ingresa con el diagnóstico de lesión renal aguda, urosepsis y deshidratación; recibe manejo con antibiótico, hidratación y hemodiálisis temporal, y es egresado. Veinte días después ingresa por distrés respiratorio, fiebre, anasarca e hipoxemia; radiografía de tórax con infiltrados alveolares bilaterales (**Figura 1**); amerita manejo avanzado de la vía aérea. Broncoscopia positiva para hemorragia alveolar, análisis de lavado broncoalveolar negativo para bacterias, micobacterias, hongos y malignidad; se aísla Influenza C. Anticuerpos anti-membrana basal negativos, anticuerpos anti-mieloperoxidasa negativos, C-ANCA positivos 1:160 con biopsia renal compatible con

vasculitis. Manejo inicial con antibiótico de amplio espectro, pulsos de esteroide, antiviral; se agrega ciclofosfamida y recambio plasmático, con buena respuesta.

**Discusión:** El síndrome pulmón-riñón implica un reto diagnóstico. Una vez hecho el diagnóstico, debe establecerse la causa subyacente con el fin de iniciar tratamiento de forma temprana, descartando vasculitis sistémicas primarias y síndrome de Goodpasture como etiologías más frecuentes, y lupus eritematoso sistémico, vasculitis secundarias a fármacos y procesos infecciosos como causas menos frecuentes.

Figura 1. Radiografía de tórax al ingreso



## C215

### Resultados parciales de pruebas de funcionalidad de un prototipo de un aceite tópico que pudiese funcionar como promotor de mitosis en la zona articular

Galindo-Pérez GZ<sup>(1)</sup>, Morales-Ortiz R<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Renovart, <sup>(2)</sup>Práctica privada

**Introducción:** Con base en estudios metabólicos se diseñó un prototipo de aceite tópico que pudiese funcionar como promotor de mitosis en la zona articular (en lo futuro Renovart). Actualmente, con un apoyo de COME-CyT, se realizan las primeras pruebas de funcionalidad.

**Objetivo:** Probar la funcionalidad de Renovart.

**Métodos:** El paciente se aplica diariamente Renovart en las articulaciones afectadas; se le hacen estudios radiológicos y entrevistas de valoración.

**Resultados (parciales):** Al inicio del estudio cinco pacientes registraron dolor en una escala de EVA de 8/10 y dos de 7/10; después de 2 meses de tratamiento las pacientes presentan escala de EVA 4/10 y 3/10 respectivamente. En cuanto a las actividades de la vida diaria, dos pacientes presentaban una clasificación E) y cinco clasificación C; en este momento la totalidad de los pacientes presenta una clasificación B (Escala de Katz). En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria (escala de Lawton), al inicio del estudio dos pacientes presentaban dependencia moderada y cinco dependencia leve; a 2 meses de iniciado el estudio, la totalidad de las pacientes mostró autonomía.

**Conclusiones:** Por lo anterior se concluye que la aplicación del prototipo a nivel articular mejora la funcionalidad en el paciente con daño articular de moderado a severo, así como el dolor y la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. En cuanto a radiología, al tercer mes de uso constante del prototipo es visible un aumento del espacio articular como se muestra en la **Figura 1**.

Figura 1



## C216

### Distrofia simpática refleja, neuro-Behçet y colitis ulcerativa crónica en un paciente en tratamiento con infliximab. Reporte de un caso

Hernández-Ríos G, Prieto-Parra RE, Echeverría-González G

Departamento de Reumatología, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Introducción:** La distrofia simpática refleja afecta la nervatura periférica y se presenta posterior a traumatismos o enfermedades médicas; suele provocar parestias, alodinia y disfunción simpática con atrofia. La enfermedad de Behçet es una vasculitis que afecta vasos de cualquier calibre y presenta afección a mucosas y sistema nervioso central y periférico, mientras que la colitis ulcerativa crónica es un proceso inflamatorio de la mucosa intestinal. La confluencia de las tres patologías no es común y no existen casos similares reportados.

**Presentación del caso:** Paciente masculino de 54 años que inicia en 1994 con distrofia simpática refleja que afecta su brazo derecho; el estudio de electrodiagnóstico anormal mostró respuesta simpática abolida de la piel que requirió bloqueo del nervio mediano y bifosfonatos. En 1998 se agregó enfermedad de Behçet, que afectó su sistema nervioso central con infartos cerebrales, neuritis óptica bilateral, dolor testicular e hipertensión; se manejó con ciclofosfamida intravenosa, 1 200 mg mensuales por 12 meses y 4 trimestrales, además de metilprednisolona intravenosa, continuando con clorambucilo, 2 mg al día. Posteriormente presentó dolor abdominal, diarrea sanguinolenta, fiebre y pérdida ponderal; se realizó toma de biopsia por colonoscopia y el estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de colitis ulcerativa crónica. En marzo de 2010 se inició infliximab, 400 mg intravenosas cada 6 semanas, con lo que sus síntomas remitieron.

**Discusión:** Paciente con la confluencia de tres patologías con fisiopatología particular y sin relación entre sí que le ocasionaron síntomas muy diversos; mostró resistencia al tratamiento convencional pero adecuada respuesta a anti-TNF y bifosfonatos.

## C217

### Artropatía inflamatoria secundaria a lepra. Reporte de un caso

Vargas-Avilés AS, Puebla-Miranda M

Servicio de Dermatología, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La lepra es una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium leprae*. Dentro de sus manifestaciones pueden presentarse: afección articular aguda, crónica, monoarticular, oligoarticular y/ o poliarticular, fenómeno de Raynaud y nódulos en cara y pabellones auriculares, que simulan diferentes enfermedades reumatológicas.



**Presentación del caso:** Hombre de 54 años de edad. Inició 2 años antes con dermatosis generalizada caracterizada por pápulas eritematosas pruriginosas en cara, tronco, abdomen y extremidades superiores e inferiores (catalogada como urticaria crónica). Ocho meses después presentó artralgiyas y artritis en carpos, metacarpofalángicas de manos, codos, rodillas y coxofemorales, rigidez articular matinal de 1 hora de duración, mialgias generalizadas, xerostomía, xeroftalmía, edema y eritema en pabellones auriculares y disestesias en ambas extremidades inferiores. Laboratorio: plaquetas 61 000/mm3, PCR 33 mg/L, globulinas séricas 5.9 mg/dL, IgG 2 658 mg/dL, IgM 2 221 mg/dL, FR 40.6 UI, C4 9.4 mg/dL, ANA homogéneo 1:160, anticuerpos anticardiolipina IgG e IgM positivos a títulos altos. Tele de tórax: infiltrado reticular difuso. USG abdominal: esplenomegalia. Biopsia de piel (lóbulo oreja izquierda): dermatitis crónica granulomatosa macrófaga (histiocitos espumosos), infiltración dérmica difusa y componente paniculítico. Tinción Fite-Faraco positiva (índice bacilar 5 de 6). Diagnóstico: lepra (límitrofe lepromatosa).

**Discusión:** La lepra puede imitar diferentes enfermedades reumatológicas tales como artritis reumatoide, espondiloartropatías, vasculitis, dermatomiositis y lupus eritematoso sistémico, por lo que debe considerarse en el diagnóstico diferencial en pacientes con manifestaciones musculoesqueléticas en zonas endémicas.

## C218

### Miocarditis aguda como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico juvenil (LESJ). Reporte de un caso

Loredo-Aguayo C, Yáñez-Sánchez P, Izaguirre G, Osorio A, Velázquez A

Hospital de Pediatría Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** La afectación cardíaca está presente en 50% de los pacientes con LES. La miocarditis lúpica se ha reportado en 5-10%; puede ocurrir durante el curso de la enfermedad o como primera manifestación. Es importante establecer un tratamiento oportuno ya que existe alta progresión a arritmias, miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca.

**Caso clínico:** Femenino de 15 años inicia con dolor torácico opresivo irradiado a extremidad superior izquierda, ritmo de galope, hipotensión, desaturación y oliguria. Rx de tórax: cardiomegalia, infiltrado pulmonar bibasal. ECG: ritmo sinusal, infradesnivel segmento ST 2 mm de V2 a V4. Ecocardiograma: dilatación de cavidades izquierdas, insuficiencia mitral moderada, FEVI 46.5%, FA 18.9%. Coronografía: daño miocárdico moderado, FEVI 35%, hipocinesia generalizada, insuficiencia mitral severa, arterias epicárdicas sin lesiones. Laboratorio: anemia hemolítica, leucopenia, linfopenia, TTP alargado, hipocomplementemia, C3 50, C4 8, AL+, AAN+ 1:320, patrón homogéneo, anti-DNA +, ENA negativos, aCL+, IgG 16.2 U, IgM 80.7 U, anti-beta 2 glucoproteína +, IgG 6.36 U, IgM 49.4 U, elevación de CPK-MB y troponina T. Se inició tratamiento con metilprednisolona, ciclofosfamida, levosimendán, diurético y enoxaparina; continuó con prednisona oral, cloroquina, diurético y AAS. La evolución fue satisfactoria, con estabilidad hemodinámica y mejoría de la contractibilidad cardíaca.

**Conclusiones:** La miocarditis aguda como manifestación inicial en LES es rara; el diagnóstico y tratamiento tempranos dan resultados favorables. La presencia de anticuerpos antifosfolípidos es predictiva de enfermedad coronaria e infarto miocárdico. Se descartó trombosis coronaria por angiografía.

## C219

### Autoinmunidad en el cáncer de ovario, a razón de un caso de la Clínica Hospital ISSSTE de Gómez Palacio, Durango

Frausto Arenas A<sup>(1)</sup>, Guzmán-Casas JS<sup>(2)</sup>, Rodríguez-Torres IM<sup>(2)</sup>, Orta-Flores I<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>CHISSSTE Gómez Palacio, <sup>(2)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Torreón

**Introducción:** Los síndromes paraneoplásicos engloban alteraciones metabólicas y autoinmunes, y están mediados por factores humorales (hormonas y citosinas tumorales) o citocinas efectoras antitumorales. Las manifestaciones comprometen piel, tejido conectivo y músculo, hasta la producción de autoanticuerpos.

**Caso clínico:** Femenino de 44 años de edad; tiene antecedentes de dos abortos, crisis convulsivas secundarias a enfermedad multiinfarto (2010). Carcinoma de ovario derecho diagnosticado en noviembre de 2014 por imagenología e histopatología. Se realizó ooforectomía, histerectomía y apendectomía; sin seguimiento por oncología. Antecedente de lupus eritematoso sistémico en 2014 con base en: ANA 2.9, anti-DNA 20.4. ENA y PCR negativos. Tratamiento nunca seguido con AMF. Padeamiento actual: inició de manera progresiva en enero de 2016, empeoramiento y aumento de duración de crisis convulsivas tónico-clónico generalizadas sin recuperación ad integrum, por lo cual ingresó al Servicio de Neurología. EF: hemianopsia en ojo derecho, bradipsiquia, bradilalia, hemiparesia derecha fuerza 3/5. Cardiorrespiratorio y abdominal sin alteración. Laboratorios: anti-DNA, anti-SM, ACL, β2-glicoproteína negativos; leucocitos 8.89, linfocitos 18%, plaquetas 202 000, Ca-125 2 000 UI. TAC de tórax, abdomen y pelvis: conglomerados ganglionares en cadenas pélvicas con reforzamiento del medio de contraste. ECT: FEVI de 60%, VM con insuficiencia leve. TAC de cráneo: infartos cerebrales múltiples en ACMI, ACPD, atrofia cerebral grave. Evolución: reumatología: se descartó diagnóstico de enfermedad reumática. Enviada a oncología para quimioterapia.

**Conclusión:** El tromboembolismo en cánceres ginecológicos se debe al estado de hipercoagulabilidad secundario a trastorno inflamatorio directo e indirecto. Se ha documentado producción de grandes cantidades de factor tisular en neoplasias ováricas. Reportes de casos confirman que los anticuerpos antinucleares (ANA) se encuentran en el suero de pacientes con cáncer y controles sin neoplasia maligna. Hay evidencia creciente de la asociación de anticuerpos antifosfolípidos, que incluyen anticuerpos anticardiolipina y beta2-glicoproteína en neoplasias malignas. Se ha reportado que 22% de pacientes con cáncer tuvo ACL positivos en suero, comparados con 3% de los controles.

Figura 1



## C220

### Artritis reactiva con sacroileítis asociada a hemofilia A: reporte de caso

Ricárdez-Puente HA<sup>(1)</sup>, De la Madrid-Cernas AA<sup>(2)</sup>, García-Figueroa JL<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Reumatología del Sureste, <sup>(2)</sup>Reumatología Colima

**Introducción:** Las manifestaciones articulares en hemofilia son resultado de la sinovitis proliferativa y la destrucción articular por el sangrado. La información es nula en relación con la causa de artritis reactiva.

**Caso clínico:** Varón 25 años con antecedente de hemofilia A, manejo con factor VIII, epiléptico, artroscopias de rodillas por hemartrosis repetitivas; negó ingesta de AINE. Inició cuadro poliarticular, lumbalgia inflamatoria posterior a cuadros de infecciones urinarias (IVU) repetitivas; clínicamente en silla de ruedas, clase funcional (CF) III, sacroileítis; miembros pélvicos: poliartritis, dactilitis, tarsitis y entesopatía aquilea bilateral. Laboratorios: química sanguínea normal, panel viral y factor reumatoide negativos, HLA-B27 positivo. EGO: datos de infección urinaria. Hemoglobina 10.2 g/dL, microcítica, hipocrómica, plaquetas 390 000, leucocitos 8 760. Urocultivo: Enterobacter sp., 80 000 UFC sensible a nitrofurantoína; cultivo de semen positivo a Enterobacter sp. multiresistente. Rx de sacroiliacas: sacroileítis bilateral grado III (Figura 1); TAC de pelvis con cambios en mismas (Figuras 2 y 3). Se concluyó artritis reactiva secundaria a prostatitis e IVU; inicio manejo con doble antibiótico, analgésico, esteroide y FARME. Mejoría clínica a las 6 semanas de CF a I, desaparición del dolor y marcha normal.

**Discusión:** La hemartrosis es la complicación articular más común en hemofilia, pero no la única. La sospecha clínica adecuada y la integración correcta de diagnósticos diferenciales mejoran el pronóstico del paciente. En este caso se cumplieron criterios para artritis reactiva y la respuesta al manejo lo confirma, cuando previamente había sido tratado por otras causas de artropatía sin mejora. La inexistencia en la literatura de casos de coexistencia de estas enfermedades remarca su relevancia clínica.

Figura 1.

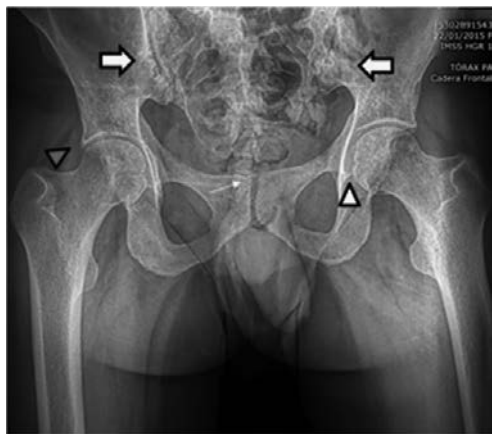


Figura 2.

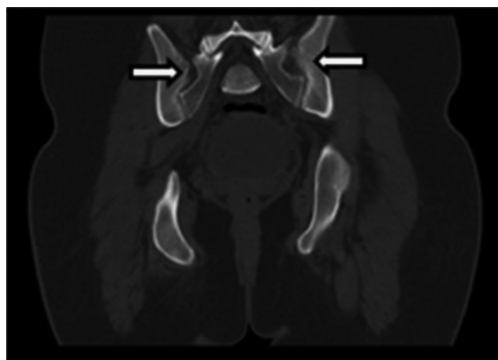
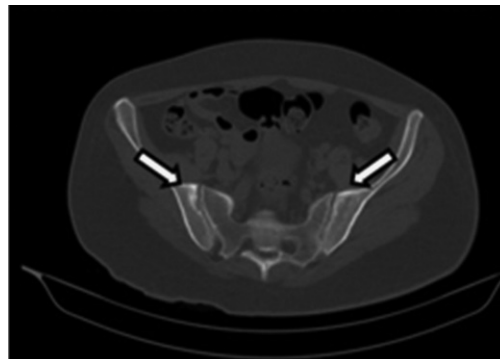


Figura 3.



C221

### Comparación de los niveles séricos de vitamina D en mujeres con lupus eritematoso sistémico con y sin síndrome metabólico

Soto-Santillán P<sup>(1)</sup>, Mendoza-Pinto C<sup>(1)(2)</sup>, Ruiz-Arguelles A<sup>(3)</sup>, Cabrera-Jiménez M<sup>(1)</sup>, Rodríguez-Gallegos A<sup>(3)</sup>, Sánchez-Robles V<sup>(1)</sup>, Etchegaray-Morales I<sup>(4)</sup>, Martínez-Méndez S<sup>(5)</sup>, García-Carrasco M<sup>(1)(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital General Regional 36, IMSS, <sup>(2)</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Facultad de Medicina, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, <sup>(3)</sup>Laboratorios Clínicos de Puebla, <sup>(4)</sup>Escuela de Ciencias, Universidad de las Américas Puebla, <sup>(5)</sup>Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud, IMSS

**Introducción:** Los niveles no óptimos de vitamina D se han asociado con diversos trastornos metabólicos como obesidad, dislipidemia, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2. La relación que existe entre niveles no óptimos de 25-hidroxivitamina D (25-OH D) en mujeres con síndrome metabólico y LES se encuentra en debate en la actualidad.

**Objetivo:** Comparar las concentraciones séricas de 25-OH D en mujeres con LES con y sin síndrome metabólico.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio comparativo, observacional, transversal y prolectivo en 60 mujeres con el diagnóstico de LES. Se dividieron en dos grupos: pacientes sin síndrome metabólico y con síndrome metabólico de acuerdo con los criterios ATP III. Se determinaron los niveles séricos de 25-OH D, la actividad de la enfermedad mediante el instrumento SLEDAI-2K y se evaluó el uso de antimaláricos (cloroquina) y dosis de glucocorticoides en ambos grupos de estudio. Se utilizó estadística descriptiva (promedio, DE, porcentajes). Estadística inferencial: prueba t de Student y Ji cuadrada para comparación de variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente. Coeficiente de correlación de Spearman por número de criterio.

**Resultados:** Se evaluaron 60 mujeres sin síndrome metabólico vs. con síndrome metabólico con media de edad 42.73 ± 12.64 vs. 43.20 ± 11.44, IMC 25.57 ± 2.19 vs. 30.26 ± 3.12, concentración sérica de 25-OH D 21.69 ± 6.63 vs. 31.16 ± 5.8, puntaje SLEDAI-2K 2 (6.6%) vs. 5 (16.6%) y dosis actual de esteroide 12.73 ± 13.55 vs. 8.9 ± 7.34. Los niveles de 25-OH D no fueron diferentes entre las pacientes con y sin síndrome metabólico, p = 0.38 (Tablas 1 y 2).

**Conclusión:** La concentración sérica de 25-OHD es similar entre las mujeres con y sin síndrome metabólico. Los niveles séricos de 25-OHD no se asociaron con actividad de la enfermedad, dosis actual de glucocorticoide y uso de cloroquina.

**Tabla 1.** Comparación de los niveles séricos de 25-OHD y síndrome metabólico; t de Student

	Sin síndrome metabólico	Con síndrome metabólico	p
Niveles de 25-OHD	21.69 ± 6.63	31.16 ± 5.82	0.38

**Tabla 2.** Relación entre niveles séricos de 25-OHD y síndrome metabólico; coeficiente de correlación de Spearman.

	Coefficiente de relación	p
Sin síndrome metabólico	0.277	0.139
Con síndrome metabólico	-0.100	0.599

## C222

### Síndrome de Felty como debut de artritis reumatoide: reporte de caso

Ricárdez-Puente HA<sup>(1)</sup>, De la Madrid-Cernas AA<sup>(2)</sup>, García-Figueroa JL<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Reumatología del Sureste, <sup>(2)</sup>Reumatología Colima

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) puede presentarse ocasionalmente con manifestaciones extraarticulares graves, sobre todo la de larga evolución y alta actividad. Dentro de éstas, el síndrome de Felty se observa en menos de 1%, por la triada de AR, neutropenia y esplenomegalia; los casos reportados como debut de la enfermedad son pocos.

**Caso clínico:** Mujer de 22 años sin antecedentes sin relevancia, gonartralgia inespecífica derecha de 2 meses, adición de tos seca de 45 días, disnea de medianos esfuerzos, sin síndromes mucocutáneos, ni vasculíticos. Se realizaron exámenes de rutina, que evidenciaron: VSG 41, Hb 10.6, Hto 31, VCM 85.4, HCM 29.2, plaquetas 161 000, leucopenia 2 300, linfopenia 1 196 y neutropenia 322. Valorada por Hematología, que solicitó: factor reumatoide (FR) 90.1, ANA y anti-DNA negativos. Valorada después por Reumatología: poliartritis y poliartralgias simétricas, hepatoesplenomegalia, ACCP 62; USG abdominal: esplenomegalia. Se confirma diagnóstico de AR debutando como síndrome de Felty y se inicia manejo con esteroide, MTX y antimalárico; muestra respuesta clínica a las 4 semanas.

**Discusión:** Aunque raras pero posibles, las manifestaciones extraarticulares, como este caso, pueden ser el debut de la AR. La sospecha clínica con la interpretación adecuada de los estudios permite realizar el diagnóstico certero con la instauración del manejo correcto y por tanto respuesta favorable del paciente, a fin de evitar el ya de por sí retraso del diagnóstico y tratamiento que la misma tenía. La presencia de neutropenia, esplenomegalia y FR, y posterior evidencia de artritis por reumatología hace claro el diagnóstico de síndrome de Felty, que debe pensarse como diferencial.

## C223

### Alteración del perfil de lípidos en artritis reumatoide con y sin hipotiroidismo asociado

Lira-Valero FJ<sup>(1)</sup>, Sicsik-Ayala SA<sup>(2)</sup>, Torres-Chávez TJ<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Trasplantes, Hospital de Especialidades 71, Centro Médico Nacional Torreón, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital de Especialidades 71, Centro Médico Nacional Torreón, <sup>(3)</sup>Servicio de Endocrinología, Hospital de Especialidades 71, Centro Médico Nacional Torreón

**Objetivos:** Determinar si existen diferencias en el perfil de lípidos en artritis reumatoide (AR) con y sin hipotiroidismo asociado, e identificar factores relacionados con una mayor frecuencia de dislipidemia.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional. Incluyó a 245 pacientes con AR (criterios ACR 1987); se compararon datos demográficos, clínicos, bioquímicos y de intervención farmacológica. Se conformaron dos grupos de contraste: pacientes con AR e hipofunción tiroidea (hipotiroidismo primario y subclínico) y un grupo control de sujetos eutiroideos. Se utilizó estadística descriptiva para la caracterización de la muestra, además de *Ji cuadrada* para homogeneidad y prueba de contraste de hipótesis para dos proporciones. Se ajustó un modelo de regresión logística binaria para la predicción de variables independientes asociadas con una mayor ocurrencia de dislipidemia.

**Resultados:** La frecuencia de hipotiroidismo primario y subclínico fue de 3.7% y 17.4%, respectivamente. No hubo diferencias estadísticamente significativas en el perfil lipídico de pacientes con hipofunción tiroidea. Las variables relacionadas con una mayor frecuencia de dislipidemia fueron: edad mayor de 50 años (OR = 2.4, IC 95% 1.36-4.32), diabetes mellitus (OR = 2.6, IC95% 1.04-6.85), PCR positiva (OR = 1.8, IC 95% 1.04-3.18) y VSG positiva (OR = 2.0, IC 1.21-3.58); en cambio, la prescripción de metotrexato (OR = 0.49, IC 0.27-0.87) parece brindar un efecto protector.

**Conclusión:** Se identificaron características de la enfermedad reumatológica asociadas con una mayor ocurrencia de dislipidemia apoyando las hipótesis que conectan la inflamación que se produce en AR con el proceso de aterosclerosis acelerada y dislipidemia.

## C224

### Distribución de los niveles circulantes de factor de diferenciación de crecimiento-15 (GDF-15) y su relación con características clínico-demográficas en pacientes con artritis reumatoide (AR)

Nava-Zavala AH<sup>(1)(2)(3)</sup>, Guadiana-Lozano R<sup>(2)</sup>, García-de la Torre I<sup>(2)</sup>, Orozco-Barocio G<sup>(2)</sup>, González-Sánchez AG<sup>(1)(4)</sup>, Mendoza-Vázquez G<sup>(2)(5)</sup>, Zavala-Cerna G<sup>(3)</sup>, Riebeling-Navarro C<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación Biomédica 02 (UIEC), Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(2)</sup>Servicio de Inmunología y Reumatología, Hospital General de Occidente, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>School of Medicine, Universidad Autónoma de Guadalajara, <sup>(4)</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(5)</sup>Facultad de Medicina, Universidad de Colima, <sup>(6)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Unidad Médica de Alta Especialidad, Centro Médico Nacional SXXI, IMSS

**Antecedentes:** En la AR, la inflamación crónica puede conducir a daño irreversible articular y afección extraarticular como síndrome de Sjögren (SS), con discapacidad progresiva y mortalidad prematura. En su patogénesis participan moléculas implicadas en la regulación de macrófagos, como el GDF-15.

**Objetivos:** Describir los niveles circulantes de GDF-15 y su relación con indicadores de actividad de la enfermedad y SS.

**Material y método:** Estudio transversal; se incluyeron pacientes con AR (criterios ACR 1987 y 2010) del Servicio de Reumatología del Hospital General de Occidente, SSJ. Se registraron las características clínico-demográficas, se determinó DAS28 y se obtuvo muestra sérica para determinación de GDF15 por ELISA (Human GDF-15/MIC-1 ELISA Kit). El estudio fue sancionado y aprobado por el comité de investigación y ética.

**Resultados:** Se incluyeron 62 pacientes con AR (55 mujeres), edad promedio de 50.98 ± 13.49 años e índice de masa corporal (IMC) de 29.10 ± 5.7 kg/m<sup>2</sup>. Los niveles séricos de GDF-15 en el grupo de AR vs. el grupo SINAR fueron 458 ± 151 vs. 426 ± 224 pg/mL (p = NS). Se compararon los subgrupos de AR con síndrome de Sjögren (SS) contra AR sin SS para niveles de GDF 15 (395 ± 115 vs. 472 ± 156 pg/mL, p = 0.13), DAS28-PCR (2.8 ± 1.2 vs. 2.9 ± 1.5, p = 0.83) y DAS28-VSG (3.1 ± 1.3 vs. 3.2 ± 1.6, p = 0.84).



**Conclusiones:** No se encontró diferencia significativa en los niveles séricos de GDF-15 en pacientes con AR con y sin SS.

## C225

### Síndrome antifosfolípidos paraneoplásico secundario a carcinoma de ovario

González-Rosas L<sup>(1)</sup>, Llamas-García A<sup>(1)</sup>, López-López SM<sup>(1)</sup>, Gómez-Bañuelos JJE<sup>(2)</sup>, Vázquez del Mercado-Espinosa M<sup>(1)</sup>

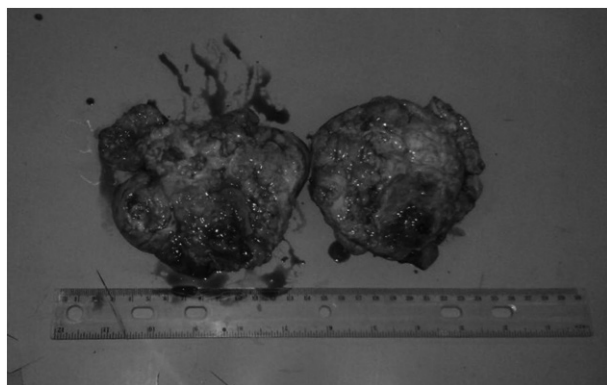
<sup>(1)</sup>Hospital Civil Nuevo de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, <sup>(2)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético

**Introducción:** El síndrome antifosfolípidos puede estar asociado con una variedad de neoplasias, incluidos tumores sólidos y neoplasias hematológicas. Se han reportado manifestaciones clínicas fatales y sigue en debate si la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (aPL) es un epifenómeno de la enfermedad maligna o si contribuye directamente al desarrollo de trombosis. Es importante conocer dicha asociación para cambiar la evolución de la enfermedad con un diagnóstico oportuno.

**Presentación del caso:** Femenino de 48 años sin antecedentes familiares de importancia. Antecedente personal de aorta bivalva y múltiples transfusiones secundarias a miomatosis uterina que fue tratada con anticonceptivos; en dos ocasiones presentó trombosis venosa profunda. Se realizó abordaje encontrando elevación de niveles de anti-B2GPI en dos ocasiones; se diagnostica SAAF primario. Cinco meses después desarrolla tromboembolia pulmonar y trombosis de vena humeral izquierda. Además de dolor en hipogastrio derecho, en la exploración física destaca precordio hiperdinámico, se palpa ventrículo derecho, desdoblamiento fijo de segundo ruido en foco pulmonar, maniobra de Rivero-Carvalho positiva, dolor en fosa iliaca derecha. Exámenes de laboratorio con anemia hipocrómica, microcítica, VSG 30 mm/hora y PCR 30.5 mg/L, TPT alargado, B2GPI elevada (39 U/L), anticardiolipinas IgG e IgM normales, anticoagulante lúpico positivo. Ecocardiograma con hipertensión pulmonar arterial severa, tomografía de pelvis con tumoración compleja en ovario derecho, CA-125 3,393 UI/mL. Se realiza extirpación de tumor y se encuentra siembra en peritoneo; el estudio histopatológico reporta carcinoma de ovario. Actualmente está en tratamiento con quimioterapia con paclitaxel y carboplatino, con negativización de anticuerpos antifosfolípidos.

**Discusión:** En el futuro, distinguir los diferentes tipos de aPL será, sin duda, una oportunidad para comprender la patogénesis de los anticuerpos aPL, en una gran variedad de condiciones, incluida la presencia de malignidad.

Figura 1.



## C226

### Lupus eritematoso sistémico bulloso, una manifestación inicial rara en paciente pediátrico

Velázquez-Castillo A, Yáñez-Sánchez P, Cuatecontzi Romero A, Loredó-Aguayo CH, Osorio-Sánchez A

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freund, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) bulloso es causado por autoanticuerpos de la unión dermoepidérmica del colágeno tipo VII.

**Caso clínico:** Masculino de 15 años sin antecedentes inmunorreumatológicos. En agosto de 2015 inician fiebre, vesículas dolorosas labiales y orales, disfagia, máculas pruriginosas torácicas que evolucionan a vesículas y ampollas hemorrágicas (Figura 1). Se sospecha varicela vs. dermatitis herpetiforme vs. epidermolísis bullosa adquirida. Se prescribe dapsona, con mejoría. El 19.09.15 presenta anemia, anasarca, fiebre, dolor musculoesquelético y síndrome nefrótico. Ingres a nuestro servicio el 29.09.15 con úlceras orales, ampollas generalizadas, petequias, anasarca, HAS, derrame pericárdico de 58 mL, hipocomplementemia, ANA patrón moteado 1:80, anti-Sm 3.097, anemia, linfopenia, hipertrigliceridemia, depuración de creatinina 71.2 mL/min/1.73m<sup>2</sup> SC, proteinuria 4.9 g/d, sedimento urinario activo. Biopsia cutánea: linfocitos perivascuales, depósito basófilo diseca fibras de colágena e inmunofluorescencia unión dermoepidérmica con IgG e IgA. Al integrar diagnóstico de LES, continúa con dapsona, cloroquina, antihipertensivos y prednisona. Presenta infección cutánea por *Pseudomonas aeruginosa*; no se realiza biopsia renal. Se indica tratamiento con metilprednisolona y ciclofosfamida; remiten ampollas con úlceras en dorso de los pies como secuela, que cicatrizan. En agosto de 2016 la proteinuria es de 318 mg/día, sin otra manifestación de actividad; sin dapsona desde 07.06.2016.

**Conclusión:** La importancia de este caso es su baja incidencia (0.2 por millón de habitantes por año) y que existen similitudes clínicas, histológicas e inmunopatológicas con otras dermatosis bullosas. La coexistencia de manifestaciones de LES ayuda al diagnóstico.

Figura 1.





C227

**Efecto del ejercicio sobre la respuesta transcripcional articular en artritis por adyuvante**

Quiñónez CM, González-Chávez SA, Burrola-de Anda JI, Pacheco-Tena C

Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chihuahua

**Introducción:** El ejercicio se considera parte del tratamiento no farmacológico de la artritis reumatoide (AR) debido a sus importantes efectos a nivel sistémico. Sin embargo, sus efectos a nivel articular han sido poco explorados hasta la fecha.

**Objetivo:** Determinar la respuesta transcripcional en las articulaciones después de un programa de ejercicio moderado en caminadora en un modelo de artritis inducida por adyuvante (AIA) en rata.

**Métodos:** El modelo de AIA se indujo con la administración intraarticular de adyuvante de Freund en ratas Wistar macho de 300-350 g de peso. Luego los animales fueron repartidos aleatoriamente en un grupo sin ejercicio (control) y un grupo ejercitado (experimental). Este último fue sometido a un programa de ejercicio moderado en caminadora durante 6 semanas. Al concluir el programa, los animales fueron sacrificados y las articulaciones se recuperaron para determinar la respuesta transcripcional a través de la técnica de microarreglos y el correspondiente análisis bioinformático con la plataforma DAVID.

**Resultados:** El ejercicio indujo cambios significativos en la expresión de un alto número de genes. Un total de 719 genes resultaron diferencialmente expresados, de los cuales 361 y 358 fueron sobre y bajo regulados respectivamente. El análisis bioinformático mostró que los genes sobrerregulados por el ejercicio están involucrados en diversas funciones biológicas, incluidas respuesta inflamatoria, angiogénesis, diferenciación celular, respuesta a hipoxia y a estrés oxidativo.

**Conclusión:** Estos resultados sugieren que el ejercicio moderado en caminadora incrementa los procesos asociados con la inflamación que se describen en la AR.

C228

**Motivos de consulta no programada (CNP) en el Servicio de Reumatología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre**

Zataráin-Rodríguez EE, Rubio-Sánchez ME, García-López CL, Bonilla-Gudiño ID, Muñoz-López S, Irazoque-Palazuelos F

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** Los hospitales de alta especialidad se caracterizan por atender en su gran mayoría a pacientes con diagnósticos poco frecuentes o que son manejados con inmunosupresores o tratamientos biológicos, por lo que fue necesario crear un espacio para que los pacientes acudan en caso de alguna complicación.

**Objetivo:** Identificar los motivos por los que los pacientes de nuestro servicio acuden a CNP.

**Material y método:** Estudio descriptivo de pacientes que acudieron a la CNP del 1 de mayo de 2015 al 1 de mayo de 2016; se obtuvieron datos demográficos, diagnóstico de enfermedad, tratamiento y motivo de consulta.

**Resultados:** 419 consultas, 92.84% mujeres y 7.16% hombres, edad media 53 años. Los diagnósticos fueron: AR (44.39%), LES (16.71%), EA (5.49%), nefropatía lúpica (5.01%), AR y fibromialgia (4.53%), LES y fibromialgia (3.34%), LES y SAF (3.34%), miopatía (2.63%), Rhupus (2.39%) y SAF (2.15%). Los motivos de consulta: actividad de AR (15.75%), IVRA (15.04%),

extraarticulares (8.35%), IVU (5.49%), actividad de LES (4.77%), infección de tejidos blandos (4.30%), exacerbación de fibromialgia (4.06%), infección gastrointestinal (3.10%), monoartritis (2.63%), infección por herpes (2.15%), duda terapéutica (1.91%), contusión (1.91%), lumbalgia mecánica (1.91%), IVRB (1.67%), actividad miopática (1.43%), cefalea (1.43%), toxicidad por fármaco (1.19%). Tratamientos base: metotrexato 22.97%, leflunomida 8.37%, azatioprina 7.42%, hidroxicloroquina 6.70%, MMF 6.70%, sulfasalazina 5.74%. Biológicos: rituximab (24.88%), adalimumab (7.66%), tocilizumab (7.66%), etanercept (5.50). Tratamientos empleados: esteroide 118 (28.2%), antibiótico 107 (25.5%), AINE 58 (13.8%).

**Conclusión:** La utilidad de la CNP fundamentalmente radica en otorgar un manejo inmediato y oportuno a los pacientes con un sustancial ahorro en hospitalizaciones.

C229

**Enfermedad de Behçet e incontinencia pigmenti: una asociación infrecuente. Reporte de caso pediátrico**

Hernández-Huirache HG<sup>(1)</sup>, Damián-Abrego GN<sup>(1)</sup>, Trujillo-Dorado C<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital de Alta Especialidad del Bajío, <sup>(2)</sup>Hospital General de Zacatecas

**Introducción:** La enfermedad de Behçet (EB) tiene distribución mundial; sin embargo, es más frecuente en Asia y menor en Europa y Estados Unidos. La edad promedio de inicio de los síntomas varía entre los 20 y 40 años, y aunque raros, se han descrito casos de inicio en niños. En México no la hemos encontrado descrita en la bibliografía en edad pediátrica y con incontinencia pigmenti (IP).

**Caso clínico:** Femenino de 8 años con antecedentes y cuadro clínico; aftas orales y genitales, pericarditis, dolor abdominal, artritis, miositis, pústula después de un trauma en piel y prueba complementaria de EB e IP.

**Discusión:** Tradicionalmente, la EB se reconocía como una tríada de lesión oral, ocular y genital, pero ahora es muy bien conocida por afectación multisistémica. Cumple con los criterios diagnósticos de úlceras orales y genitales, y prueba de patergia; sin embargo, entre las manifestaciones cardiológicas como criterio no incluye la pericarditis, aunque ésta es la manifestación cardiológica más frecuente en EB presente en este caso.

C230

**Dermatitis acneiforme secundaria a abatacept**

Irazoque-Palazuelos FC<sup>(1)</sup>, Ramírez-López O<sup>(2)</sup>, Sandoval-Cabrera DV<sup>(3)</sup>, Rodríguez-Inzunza NG<sup>(1)</sup>, Pimentel-León RR<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Ángeles Moctel, <sup>(2)</sup>Hospital General de Zona 29, IMSS, <sup>(3)</sup>Hospital General Regional 2, IMSS, <sup>(4)</sup>Hospital General de Zona 1 La Loma, IMSS

**Introducción:** El uso de terapia biológica ha aumentado en los últimos años y en consecuencia también el reporte de reacciones adversas, muchas de ellas observadas poscomercialización. Las reacciones de hipersensibilidad inducidas por los fármacos biológicos son mediadas por IgE, IgG o células T. Se presenta un caso clínico de dermatitis acneiforme, una forma de hipersensibilidad, secundaria a abatacept.

**Presentación del caso:** Mujer de 53 años con antecedente de hipertensión arterial sistémica de 2 años de diagnóstico, en tratamiento con hidroclorotiazida, 25 mg cada 24 horas. En noviembre de 2015 inicia con artralgias y artritis de pequeñas y medianas articulaciones, PCR 7.3 mg/L, VSG 61 mm/h, FR 560 UI/mL y anti-CCP 850 U/mL. En enero de 2016 se diagnostica artritis reumatoide temprana y se inicia metotrexato, 15 mg/semana, ácido fólico, 5 mg/día, deflazacort, 6 mg/día, y diclofenaco, 100 mg cada 12 horas. Se inicia protocolo para terapia biológica por factores de mal pronóstico

agregando abatacept, 125 mg subcutáneo cada semana a partir del 17 de febrero de 2016; se alcanza la remisión a la semana 12 de aplicación del biológico. El 10 de junio de 2016 la paciente refiere lesiones cutáneas maculopapulares, pruriginosas en párpados, mejillas y mentón (Figuras 1 y 2); se indica manejo con loratadina, 10 mg cada 24 horas, y se envía a Dermatología, donde se establece el diagnóstico de dermatosis acneiforme secundaria a abatacept. Inicia tratamiento con dicloxacilina y Nutracort crema, se suspende de forma definitiva abatacept y se continúa monoterapia con metotrexato. La paciente es revalorada a mediados de julio de 2016 con resolución de lesiones cutáneas.

Figura 1.



Figura 2.



### C231

#### Evaluación de la expresión de SUMO1, TANK, KRT1 y POU2AF1 en pacientes con artritis reumatoide

Nava-Ramírez HS<sup>(1)</sup>, Macías-Segura N<sup>(1)(2)</sup>, Castillo-Ortiz JD<sup>(3)</sup>, Enciso-Moreno L<sup>(1)</sup>, Bastián-Hernández Y<sup>(1)(4)</sup>, Ramos-Remus C<sup>(3)</sup>, Enciso-Moreno JA<sup>(4)</sup>, Castañeda-Delgado JE<sup>(1)(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación Biomédica de Zacatecas, IMSS, <sup>(2)</sup>Coordinación de Investigación de la Universidad Autónoma de Durango Campus Zacatecas, <sup>(3)</sup>Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas, Guadalajara, <sup>(4)</sup>National Council of Science and Technology (CONACyT), Cátedras-CONACyT

**Antecedentes y objetivo:** La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune multifactorial, que induce destrucción articular e incapacidad. La identificación de biomarcadores en etapas tempranas puede ser útil para el diagnóstico y para mejorar el pronóstico de la enfermedad. Mediante análisis por microarreglos se identificaron algunos genes que están involucrados en la patogénesis de la artritis.

**Materiales y métodos:** Se evaluó la expresión de SUMO1, TANK, KRT1 y POU2AF1 en muestras de sangre periférica de los pacientes con artritis reumatoide temprana crónica y en sujetos negativos y positivos a anticuerpos anti-proteínas citrulinadas (ACPA) mediante RT-qPCR.

**Resultados:** Nuestros resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en la expresión de SUMO1 en individuos sanos con respecto a pacientes con artritis reumatoide. En POU2AF1 hay diferencias estadísticamente significativas entre individuos sanos y pacientes con artritis. Estratificando los grupos, también hay diferencias significativas entre sujetos negativos a ACPA y pacientes con artritis reumatoide establecida para los genes KRT1 y TANK. No se observan diferencias significativas entre individuos sanos y pacientes con artritis reumatoide.

**Conclusiones:** Es posible que la disminución de la expresión de SUMO1 en pacientes con AR esté relacionada con resistencia a la muerte por apoptosis de las células de la respuesta inmune, lo que agrava la enfermedad, y la baja expresión de POU2AF1 podría atribuirse al tratamiento. Existe una baja expresión de KRT1 en pacientes con AR y una asociación de KRT1 con los niveles de ACPA.

### C232

#### Identificación de una huella de represión transcripcional asociada al desarrollo de artritis reumatoide en individuos sanos con riesgo de desarrollar artritis reumatoide

Macías-Segura N<sup>(1)(2)</sup>, Castañeda-Delgado JE<sup>(1)(3)</sup>, Bastián-Hernández Y<sup>(1)</sup><sup>(3)</sup>, Saucedo-Toral CA<sup>(1)</sup>, Jaime-Sánchez E<sup>(1)</sup>, Enciso-Moreno L<sup>(1)</sup>, Castillo-Ortiz JD<sup>(4)</sup>, Ramos-Remus C<sup>(4)</sup>, Enciso-Moreno JA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación Biomédica de Zacatecas, <sup>(2)</sup>Coordinación de Investigación, Universidad Autónoma de Durango Campus Zacatecas, <sup>(3)</sup>Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACyT-Research Fellowship, <sup>(4)</sup>Unidad de Investigación en Enfermedades Crónico-Degenerativas, Guadalajara

**Antecedentes:** El proceso de pérdida de tolerancia que caracteriza a la AR y que es causante de la fisiopatología de la enfermedad no se entiende en su totalidad.

**Objetivo:** El presente estudio tiene como propósito identificar el perfil transcripcional y las vías de señalización asociadas con el desarrollo de artritis reumatoide temprana en sujetos de alto riesgo.

**Materiales y métodos:** Se extrajo RNA de sangre total de sujetos con AR temprana (< 1 año de evolución), de sujetos ACPA+ y ACPA-. Se sintetizó cRNA mediante marcaje con Cy3 y se hibridó a microarreglos de alta densidad. Se extrajeron los datos mediante el escaneo en un SureScan (Agilent, USA) y análisis en el programa Genespring mediante análisis no supervisado. Se identificaron categorías funcionales y vías de señalización asociadas con los transcritos diferencialmente expresados. Un subgrupo de estos genes fue confirmado por RT-qPCR con fines de validación.

**Resultados:** Un transcriptoma característico de 551 genes inducidos y 4 402 genes reprimidos se identificó en AR. La mayoría de las vías de señalización incluye genes cuyas categorías funcionales caen en las siguientes: señalización de MAPK, señalización de Wnt, metabolismo y la huella de interferón de tipo I.

**Conclusión:** La presencia de un transcriptoma específico de pacientes con AR sugiere la activación de vías de señalización específicas que pueden estar involucradas en el desarrollo de AR. Además los genes sobreexpresados que se comparten entre los estados de AR temprana y ACPA+ pueden estar involucrados en el inicio de los síntomas de la enfermedad y la pérdida de tolerancia.

C233

**Anemia aplásica secundaria a lupus eritematoso sistémico: presentación de un caso**

Cuatecontzi-Romero A, Yáñez-Sánchez P, Velázquez-Castillo A, Loredó-Aguayo CH, Osorio-Sánchez A

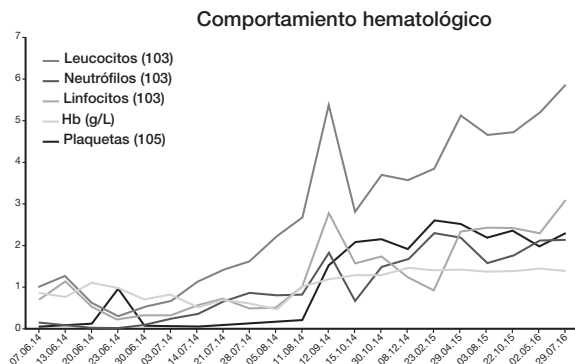
Unidad de Medicina de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** La afección hematológica en lupus eritematoso sistémico (LES) está presente en 71 a 86% de los casos, pueden afectarse las tres líneas celulares y la anemia crónica es la principal manifestación. La anemia aplásica (AA) como primera manifestación es rara.

**Caso clínico:** Masculino de 8 años con 4 semanas con astenia, adinamia, palidez, petequias generalizadas, fiebre de 48 horas, sin predominio de horario y que cede al antipirético. BH: Hb 9.6, leucopenia 1 400, neutropenia 300, linfopenia 800, trombocitopenia 1 000; AMO: ausencia de megacariocitos e hipocelularidad, compatible con anemia aplásica. Se documenta poliartritis y exacerbación de citopenias; se descarta causa infecciosa. Laboratorio: ANA positivos, patrón homogéneo 1:1,280, anti-DNA positivo, C3 46.51, C4 2.4, anticuerpos antifosfolípidos negativos. Se diagnóstica LES; tratamiento inicial con ciclofosfamida, 1 g, y metilprednisolona, 3 g, sin recuperación de las citopenias. Se administra rituximab, 1 g, y danazol, con pobre respuesta; se administra inmunoglobulina, 1 g/kg, tres dosis, y ciclosporina, 3 mg/kg/día, y se transfundió. Continuó con prednisona, ciclosporina y cloroquina; a los 2 meses con cuenta plaquetaria 205 000, Hb  $\geq$  13, leucopenia de 2 000 a 3 800, complemento normal y anti-DNA negativo; a ocho meses de tratamiento, con leucocitos  $\geq$  4 500. En tratamiento actual con cloroquina y ciclosporina.

**Discusión:** La AA es rara en LES y reportes de casos han demostrado diferentes enfoques en su manejo, con resultados igualmente variables. En el presente caso existió respuesta paulatina, pero no puede afirmarse cuál de los medicamentos administrados fue mejor.

Figura 1



C234

**Polimorfismo rs1527483 (C>T) en CD36 y su relación con actividad clínica en pacientes con artritis reumatoide**

Martín-Márquez BT<sup>(1)</sup>, Sandoval-García F<sup>(1)</sup>, Arreola-Ramírez GA<sup>(1)</sup>, Jaramillo JL<sup>(1)</sup>, Heron-Petri M<sup>(1)</sup>, Martínez-García EA<sup>(1)</sup>, Gómez-Bañuelos E<sup>(1)</sup>, Vázquez-del Mercado M<sup>(1)(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Reumatología y del Sistema Músculo-Esquelético, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología 004086 PNPc CONACyT, División Medicina Interna HCJIM

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática autoinmune crónica en la que la inflamación sistémica contribuye al aumento de la mortalidad cardiovascular. El receptor CD36 es un transportador que facilita la internalización de lipoproteínas de alta y baja densidad y colesterol, por lo que tiene un papel importante en el metabolismo lipídico. Variantes génicas de CD36, como el polimorfismo rs1527483 (C>T) localizado en el intrón 11 están asociadas con dislipidemia y con el desarrollo de aterosclerosis temprana.

**Objetivo:** Analizar la relación del polimorfismo rs1527483 (C>T) en CD36 con características clínicas, perfil lipídico y marcadores de inflamación en pacientes con AR.

**Material y métodos:** Estudio transversal en el que se incluyeron 71 pacientes con AR. Se valoraron parámetros clínicos, perfil lipídico y marcadores de inflamación. La genotipificación se realizó por PCR-RFLP con el empleo de la enzima de restricción Taq I.

**Resultados:** Se obtuvieron las siguientes frecuencias genotípicas CC 7 (9.9%), CT 62 (87.3%) y TT 2 (2.8%), y alélicas C (53%) y T (47%). No se encontraron diferencias significativas entre los genotipos y actividad clínica, perfil lipídico y marcadores de inflamación, pero sí cierta tendencia entre las frecuencias alélicas C y T en los valores de DAS28 evaluados por pCr (3.94  $\pm$  0.20 vs. 3.40  $\pm$  1.38, p = 0.08).

**Conclusiones:** El presente es un estudio preliminar en el que se observó que los portadores del alelo C tienen mayores valores de DAS28, por lo que se sugiere que los pacientes portadores del alelo T tienden a presentar menores niveles de actividad.

C235

**Expresión de BAFF y CXCL13 en glándulas salivales menores de pacientes con síndrome de Sjögren primario**

Carrillo-Ballesteros FJ<sup>(1)</sup>, Palafox-Sánchez CA<sup>(1)</sup>, Franco-Topete RA<sup>(2)</sup>, Muñoz-Valle JF<sup>(1)</sup>, Gómez-Bonilla G<sup>(3)</sup>, Govea-Camacho LH<sup>(4)</sup>, Gómez-López CE<sup>(3)</sup>, Oregon-Romero E<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Laboratorio de Anatomía Patológica, OPD Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca, <sup>(3)</sup>Servicio de Reumatología, OPD Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, <sup>(4)</sup>Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS

**Introducción:** El síndrome de Sjögren primario (SSp) es una enfermedad autoinmune, crónica e inflamatoria caracterizada por la infiltración de linfocitos en glándulas exocrinas. Dentro de la fisiopatología de la enfermedad, BAFF es una citocina clave en la supervivencia, maduración y diferenciación de los linfocitos B. Por otro lado, CXCL13 es una quimiocina necesaria para el reclutamiento de linfocitos en los tejidos linfoides secundarios. Estudios previos sugieren una relación sinérgica entre BAFF y CXCL13 durante el desarrollo del SSp, la cual favorece fallas en la tolerancia y la perpetuación de la enfermedad.

**Objetivo:** Analizar la expresión de BAFF y CXCL13 en biopsias de glándula salival menor de pacientes con SSp.

**Metodología:** Se obtuvieron biopsias de glándula salival menor (n = 12) de pacientes clasificados con SSp de acuerdo con su historia clínica y los criterios del AECG de 2002. El tejido fue parafinado, la expresión de BAFF y CXCL13 se identificó por inmunohistoquímica y el marcaje fue evaluado por un patólogo experto.

**Resultados:** Los pacientes se estratificaron de acuerdo con la infiltración en alto y bajo grado. En ambos grupos se observó la expresión de BAFF y CXCL13 en las glándulas salivales menores, además de correlacionar el grado de infiltración y el puntaje obtenido al evaluar el marcaje de la inmunotinción. Asimismo, uno de los casos presentó una estructura semejante a centro germinal, donde hubo un alto nivel de expresión de BAFF y CXCL13.



**Conclusiones:** La presencia de BAFF y CXCL13 se asocia con el infiltrado linfocítico en tejido glandular de los pacientes con SSP.

**C236**

**Quemosis y desprendimiento seroso de retina como manifestación inicial de lupus eritematoso sistémico. Reporte de caso y revisión de la literatura**

Obiala-Ezenwa V, Ordano-López FE, Barbosa-Cobos RE, Becerril-Mendoza LT, Lugo-Zamudio GE

Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) puede afectar diferentes estructuras oculares del segmento anterior y posterior. La quemosis es una rara manifestación del LES que se asocia con hipoalbuminemia, inflamación y edema. El desprendimiento seroso de retina se atribuye al paso de fluido procedente de la coroides hacia el espacio subretiniano.

**Presentación del caso:** Mujer de 22 años con cuadro clínico de 1 mes de evolución con sensación de cuerpo extraño en ojos e hiperemia conjuntival bilateral. Posteriormente se agregó quemosis bilateral en polo inferior con aumento progresivo hasta imposibilitar la apertura ocular y disminución de la agudeza visual (**Figura 1**). EF: caída fácil de cabello, cierre incompleto palpebral por quemosis difusa, conjuntiva tarsal hiperémica con secreción serosa; fondo de ojo con desprendimiento seroso de retina. Musculoesquelético: flogosis en codos, carpos 2ª-5ª MCF, 1ª-5ª IFP bilateral; edema en extremidades inferiores sin Godet. Estudios paraclínicos: **Tabla 1**. Se diagnosticó LES con 7 criterios SLICC y escala de actividad SLEDAI 2k de 20 puntos. Recibió tratamiento con glucocorticoides tópicos y sistémicos a dosis de 1 mg/kg/día e hidroxicloroquina, con remisión de los síntomas en aproximadamente 1 mes con SLEDAI 2k de 1 punto.

**Discusión:** Las manifestaciones oculares en LES pueden presentarse inicialmente con manifestaciones oculares y perioculares, que son claves para el diagnóstico y la intervención oportuna para prevenir el daño. La inflamación activa en coroides retina es secundaria a vasculitis y en pacientes con LES tiene relación con la presencia de manifestaciones vasculares en otros órganos y principalmente a nivel cerebral.

**Figura 1.**



**Tabla 1.** Estudios de laboratorio

Laboratorios generales	Resultado
Biometría hemática	Leucocitos: 1 940, linfocitos: 890, Neutrófilos: 970, Hb: 11g/dL, plaquetas: 89 000
Examen general de orina	Normal
Proteinuria de 24 horas	Negativa
Proteína C reactiva	11.4
Coombs directa	Positivo (2+)
Inmunológicos	
ANA	Patrón periférico dilución 1:5120
Anti-DNAc	234.6 U/mL
Antinucleosomas	323 U/mL
Anti-RNP/Sm	11.3 U/mL
C3/C4	57/6.2 mg/dL
Infecciosos	
PPD tuberculosis	Negativo
Cultivos bacterias, hongos	Negativo
Panel viral VIH, hepatitis B y C	Negativo
Perfil TORCH	Negativo
ANA, anticuerpos antinucleares; PPD, derivado proteico purificado	

**C237**

**Prevalencia de calcificación coronaria en pacientes con artritis reumatoide (AR) y uso de suplementos de calcio oral en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE**

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

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** Existe un incremento del riesgo cardiovascular en AR; 15 a 56% de pacientes con AR tiene osteoporosis. Hay controversia acerca de si el calcio oral se asocia con riesgo de infarto agudo de miocardio (IAM) debido a incremento de calcio sérico. Para mejorar la estratificación de riesgo coronario en AR se ha propuesto el puntaje de calcio coronario por tomografía computarizada (TC)

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de calcificación coronaria en pacientes con AR que toman o no calcio

**Material y métodos:** Estudio transversal de AR con y sin toma de calcio. Se realizó TC para evaluar calcio coronario.

**Resultados:** 41 pacientes en el grupo estudio y 19 en el grupo control. La media de los grupos en cuanto a edad fue 56 años, evolución de AR 15 años, DAS 28  $3 \pm 0.9$ . No hubo diferencias entre grupo de estudio y control en DM (14 vs. 0%,  $p = 0.07$ ), HAS (26 vs. 15%,  $p = 0.34$ ), hipercolesterolemia (29 vs. 21%,  $p = 0.50$ ), hipertrigliceridemia (14 vs. 26%,  $p = 0.27$ ), obesidad (12 vs. 5%,  $p = 0.40$ ). El tabaquismo fue más frecuente en el grupo control (10 vs. 0%,  $p = 0.34$ ). La media de PCR no fue diferente en ambos grupos (5 vs. 4,  $p = 0.91$ ). La prevalencia de calcificación coronaria mayor a 0 UA en el grupo de estudio fue mayor que en grupo control (58 vs. 42%,  $p = 0.24$ ), igual que la media del score de calcio coronario (106 vs. 65 UA), aunque la diferencia no fue significativa, IC 95% de -132 a 49,  $p = 0.36$ .



**Conclusiones:** No encontramos incremento de calcificación coronaria en pacientes con AR e ingesta de calcio en relación con el grupo control.

**C238**

**Variables predictivas de desarrollo de síndrome metabólico en mujeres premenopáusicas con lupus eritematoso generalizado**

García-Villegas EA<sup>(1)</sup>, Márquez-González H<sup>(2)</sup>, Paredes-Núñez C<sup>(3)</sup>, Gómez-Ramírez RT<sup>(3)</sup>, Romero-Díaz J<sup>(4)</sup>, Villa-Romero AR<sup>(5)</sup>

<sup>(1)</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(2)</sup>Cardiopatías Congénitas, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, ISSSTE, <sup>(3)</sup>Escuela de Dietética y Nutrición, ISSSTE, <sup>(4)</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(5)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

**Introducción:** Los pacientes con lupus eritematoso generalizado (LEG) tienen mayor riesgo de presentar eventos cardiovasculares (ECV), causados por la presencia de factores de riesgo tradicionales como el síndrome metabólico (SM), que se relaciona con inflamación crónica y mayor actividad de la enfermedad, entre otros. Es importante determinar los factores que condicionan la presencia de SM en pacientes con lupus, como la actividad de la enfermedad, los medicamentos y el consumo dietético.

**Objetivo:** Determinar las variables predictivas de SM después de un seguimiento en pacientes premenopáusicas con LEG.

**Material y método:** Se hizo un seguimiento por 5 años de una cohorte de 238 pacientes con LEG. Se evaluó el estado nutricional, la actividad y el daño de la enfermedad, el consumo dietético (kcal, % proteínas, % lípidos, % hidratos de carbono) y la dosis de prednisona en 2001; después se determinó la presencia de síndrome metabólico en 2005. Análisis estadístico: regresión logística para calcular el riesgo (OR) de presentar SM (p < 0.05) controlando por variables confusoras (Tabla 1).

**Conclusiones:** Las pacientes premenopáusicas con LEG y prescripción de altas dosis de prednisona y el porcentaje de grasa corporal aumentaron el riesgo de tener SM (Definición Consenso 2009) después de un seguimiento. Las pacientes con altas dosis de prednisona tienen 2.25 riesgo de presentar SM.

**Tabla 1.** Análisis multivariado con regresión logística para la probabilidad de desarrollar SM en pacientes premenopáusicas con LEG

Factor de riesgo	RM	IC 95 %	p
% de grasa corporal	1.15	1.0-7.4	0.001
Prednisona dosis altas	2.25	1.2-4.2	0.01

RM= razón de momios

**C239**

**Predicción del comportamiento de la interleucina 10 (IL-10) en mujeres premenopáusicas con y sin lupus eritematoso generalizado (LEG)**

Márquez-González H<sup>(1)</sup>, García-Villegas EA<sup>(2)</sup>, Paredes-Núñez C<sup>(3)</sup>, Yáñez-Sánchez P<sup>(4)</sup>, Romero-Díaz J<sup>(5)</sup>, Villa-Romero AR<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Cardiopatías Congénitas, Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, ISSSTE, <sup>(2)</sup>Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(3)</sup>Escuela de Dietética y Nutrición, ISSSTE, <sup>(4)</sup>Reumatología Pediátrica, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, ISSSTE,

<sup>(5)</sup>Departamento de Inmunología y Reumatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, <sup>(6)</sup>Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México

**Introducción:** La IL-10 es una citocina antiinflamatoria y tiene una respuesta reguladora en las enfermedades autoinmunes; sus niveles pueden verse alterados por distintas causas.

**Objetivo:** Construir un modelo predictivo de la secreción de la IL-10 en mujeres con y sin LEG.

**Métodos:** Estudio transversal analítico. La población con LEG fueron mujeres mayores de 17 hasta la etapa de perimenopausia; se excluyeron aquellas con eventos cardiovasculares, actividad (Mex-SLEDAI), infección activa y cirugía reciente. Las mujeres sin lupus fueron pareadas por sexo, sin enfermedad, que acudieron como donadoras a banco de sangre. A todas las mujeres con LEG se les realizó antropometría completa, daño acumulado de la enfermedad, IL: 2, 4, 6, 8, 10 y 12, factor de necrosis tumoral alfa, fracciones de anticardiolipinas y medicamentos inmunosupresores. A las mujeres sin LEG se les tomaron las mismas determinaciones de IL. Análisis estadístico: se construyó un modelo de regresión lineal para la población con y sin LEG, y se calculó la r<sup>2</sup>.

**Resultados:** Fueron analizadas 238 mujeres con LEG y 96 sin LEG. El modelo de correlación se muestra en la **Tabla 1**.

**Conclusiones:** En mujeres con LEG, las IL más relacionadas con su incremento fueron 2, 4 y 8, la IgG de anticardiolipina, el daño acumulado y negativamente el peso. En el caso de mujeres sanas, la IL12.

**Tabla 1.** Modelo de correlación para mujeres con y sin LEG

Mujeres con LEG		
Variables	r <sup>2</sup>	P
IL-2 (pg/dL)	0.4	< 0.0001
Ig-anticardiolipina	0.3	< 0.0001
Peso (kg)	-0.2	0.003
SLICC( puntos)	0.2	0.001
IL-8 (pg/dL)	0.3	0.001
IL-4 (pg/dL)	0.01	0.1
Constante	113.438	0.002
Mujeres sin LEG		
Variables	r <sup>2</sup>	P
IL-12 (pg/dL)	0.3	0.05

**C240**

**Tiempo de evolución de la enfermedad y puntaje de riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide**

García-Méndez S<sup>(1)</sup>, García-Olivera I<sup>(1)</sup>, González-López V<sup>(1)</sup>, Álvarez-Hernández E<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, <sup>(2)</sup>Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

**Introducción:** La morbilidad cardiovascular (CV) de los pacientes con artritis reumatoide (AR) parece estar en función del tiempo de evolución de la enfermedad. Las calculadoras convencionales de riesgo cardiovascular (RCV) (SCORE, RRS, Framingham, etc.) no son adecuadas para pacientes con AR; recientemente se desarrolló una calculadora que puntúa AR como factor de riesgo (QRISK®2) y una construida con datos de la cohorte CO-RRONA (ERS-RA).

**Objetivo:** Evaluar la relación entre tiempo de evolución de la enfermedad y el RCV estimado.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal de 52 pacientes con AR (ACR 1987 o ACR/EULAR 2010). Medimos variables demográficas, clínicas, bioquímicas y estimación del RCV con las calculadoras Framingham (IMC y lípidos), QRISK®2 y ERS-RA. Análisis estadístico: estadística descriptiva, U de Mann-Whitney, Ji cuadrada y análisis de correlación (r).

**Resultados:** Evaluamos a 47 mujeres y 5 hombres; los resultados de las variables clínicas y paraclínicas se observan en la **Tabla 1**. Cuando estratificamos por tiempo de evolución de la AR (< o >10 años) hubo diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0.050$ ) en los puntajes de CDAI y de RCV QRISK®2 y ERS-RA; no encontramos diferencias en otras variables clínicas ni en comorbilidad CV. Las r del RCV entre todas las formulas fueron moderadas/fuertes y significativas; las r entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el RCV QRISK®2 y ERS-RA fueron moderadas y significativas (**Tabla 2**).

**Conclusiones:** Las calculadoras QRISK®2 y ERS-RA cuantifican RCV asociado al tiempo de evolución de la enfermedad; sin embargo, se requieren estudios para evaluar su desempeño en comparación con pruebas estándar.

**Tabla 1.** Resultado de las variables clínicas y paraclínicas en el grupo total y en la comparación estratificada por tiempo de evolución de la enfermedad\*

	Grupo total n = 52	Duración < 10 años n = 26	Duración > 10 años n = 26	p <sup>†</sup>
Demografía y somatometría				
Mujeres; n (%)	47 (90.4)	21 (80.8)	26 (100.0)	0.051
Edad, años	43.5 (36.0–51.0)	38.0 (32.7–46.7)	48.0 (40.5–56.5)	0.003
Tabaquismo; n (%)	6.0 (11.5)	3 (11.5)	3 (11.5)	NS
IMC	26.0 (23.0–29.0)	26.8 (23.4–30.0)	24.0 (22.8–28.0)	NS
PAS	110.0 (100.0–120.0)	110.0 (100.0–120.0)	110.0 (100.0–120.0)	NS
Evaluación clínica de la AR				
Edad de inicio de la enfermedad	32.0 (23.0–39.0)	32.0 (25.0–40.5)	29.0 (21.5–38.5)	NS
Duración de la enfermedad	9.0 (5.0–15.0)	5.0 (3.0–8.0)	15.0 (12.5–19.5)	0.001
FR o ACCP positivos	52.0 (100.0)	26.0 (100.0)	26.0 (100.0)	NS
Manifestaciones extraarticulares; n (%)	8 (15.4)	4 (15.4)	4 (15.4)	NS
Uso de prednisona; n (%)	19 (36.5)	7 (26.9)	12 (48.0)	NS
CDAI > 10; n (%)	28 (53.8)	12 (46.2)	16 (64.0)	NS
HAQ-DI > 0.5; n (%)	25 (48.0)	6 (23.0)	19 (76.0)	0.001
Evaluación de RCV				
Comorbilidades cardiovasculares	44 (84.6)	22 (84.6)	22 (84.6)	NS
Número de comorbilidades	2.0 (1.0–2.0)	2.0 (1.0–3.0)	2.0 (1.0–2.0)	NS
QRISK®2 modificado	1.8 (0.9–5.9)	1.1 (0.3–4.2)	2.7 (1.3–9.7)	0.010
FRS lípidos modificado	3.9 (2.3–6.7)	3.5 (2.2–4.9)	4.8 (2.3–7.4)	NS

FRS IMC modificado	4.0 (2.5–8.0)	3.6 (2.1–6.9)	5.2 (2.6–11.1)	NS
ERS-RA	2.2 (1.5–4.8)	1.8 (1.0–2.4)	4.3 (2.1–7.6)	0.001

\*Resultados expresados en medianas con RIQ, excepto cuando se especifique algo distinto.  
<sup>†</sup>U de Mann-Whitney para variables cuantitativas y Ji cuadrada para variables cualitativas.  
 IMC: índice de masa corporal; PAS: presión arterial sistólica; RCV: riesgo cardiovascular; FRS: Framingham Risk Score; ERS-RA: Extended Risk Score–Rheumatoid Arthritis.

**Tabla 2.** Análisis de correlación entre el tiempo de duración de la enfermedad y el puntaje de riesgo estimado

	Duración de la enfermedad	ERS-RA	QRISK®2	FRS lípidos	FRS IMC
Duración de la enfermedad					
r		.457	.349	.092	.150
p		.001	.012	.546	.325
ERS-RA					
r	.457		.726	.642	.665
p	.001		.001	.001	.001
QRISK®2					
r	.349	.726		.860	.918
p	.012	.001		.001	.001
FRS lípidos					
r	.092	.642	.860		.899
p	.546	.001	.001		.001
FRS IMC					
r	.150	.665	.918	.899	
p	.325	.001	.001	.001	

## C241

### Pioderma gangrenoso asociado a artritis reumatoide: importancia del diagnóstico temprano

Arenas-Chávez IE<sup>(1)</sup>, Sánchez-Arriaga A<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Escuela de Medicina, Universidad Cuauhtémoc, <sup>(2)</sup>Medicina Interna, Hospital General de Zona 2

**Introducción:** El pioderma gangrenoso es una entidad clínico-patológica cutánea bien definida; se caracteriza por la presencia de pústulas eritematosas únicas o múltiples que progresan rápidamente a úlceras necróticas con borde violáceo deprimido. El 33% de los pacientes con pioderma gangrenoso se asocia con enfermedades sistémicas como artritis reumatoide y enfermedad inflamatoria intestinal, y algunas enfermedades hematológicas.

**Caso:** Femenino de 52 años de edad con diabetes mellitus II, hipertensión arterial sistémica, artritis reumatoide seropositiva de 30 años de diagnóstico en tratamiento con metotrexato, 12.5 mg/semana. Presenta lesión eritematosa en hipocondrio izquierdo que progresa a úlcera necrótica; en manejo por cirugía de forma inicial con antibioticoterapia y desbridamiento en varias ocasiones sin respuesta al tratamiento. Se le realiza biopsia con reporte compatible con pioderma gangrenoso. Cuenta con cultivos sin desarrollo bacteriano. Se inicia pulsos de metilprednisolona (1g/día por 3 dosis) con respuesta favorable. Manejo actual con metotrexato, 12.5 mg/semana, y leftunomida, 20 mg/día, con cicatrización de la lesión inicial y sin evidencia de nuevas lesiones cutáneas; en protocolo de inicio de biológico por persistencia de actividad articular.

**Discusión:** El pioderma gangrenoso es una entidad clínica rara y sólo 6% se relaciona con artritis reumatoide. El reconocimiento temprano de esta enfermedad puede prevenir complicaciones, como es el incremento del daño tisular provocado por desbridamiento. Hay que recordar que el tratamiento con antibioticoterapia no es de primera línea a menos que esté complicado con proceso infeccioso

C242

**Vasculitis cerebral aislada en pacientes con artritis reumatoide: reto diagnóstico**

Sánchez-Arriaga A<sup>(1)</sup>, Telles-Gómez PY<sup>(2)</sup>, Dimas-Pesina VM<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Ángeles Centro Médico del Potosí, <sup>(2)</sup>Universidad Cuauhtémoc, <sup>(3)</sup>Hospital General del ISSSTE, San Luis Potosí

**Introducción:** La vasculitis en sistema nervioso central es una complicación infrecuente de la artritis reumatoide. La mayoría de los casos reportados se presenta en hombres, con larga evolución, factor reumatoide positivo y manifestaciones extraarticulares.

**Casos:** Femenino de 43 años de edad con artritis reumatoide de 5 años de diagnóstico en tratamiento con leflunomida, 20 mg/día, y metotrexato, 12.5 mg/semana, con mal apego; antecedente de neuritis óptica. Cuadro subagudo de 3 meses con cefalea opresiva, vértigo intermitente y parestias en manos. A su ingreso con artritis poliarticular, nistagmo y dismetría. Exámenes de laboratorio con velocidad de sedimentación globular (VSG) de 32 y factor reumatoide 215. Resonancia magnética con atrofia cerebelosa. Se manejó con pulsos de metilprednisolona (1g/d por 3 días). Sin evidencia de recaída a 4 meses de seguimiento.

Femenino de 37 años de edad con artritis reumatoide seropositiva desde hace 7 años en tratamiento con metotrexato, 25 mg/semana. Se presenta por hemiplejía faciocrorporal izquierda de forma súbita. Además cursa con artritis poliarticular. Tomografía con evidencia de evento vascular isquémico y angiografía con estenosis de arteria cerebral media. Factor reumatoide 68, VSG 27. Se manejó con pulsos de metilprednisolona (1g/d por 3 días). Al año de seguimiento con recuperación completa y sin recaída.

**Discusión:** La vasculitis aislada en sistema nervioso central es una presentación rara pero se asocia con un aumento claro de la morbimortalidad, por lo que es importante sospecharla en pacientes con síntomas neurológicos a pesar de que no tengan manifestaciones extraarticulares o factor reumatoide positivo.

C243

**Prevalencia de anticuerpos antinucleares y su relación con la respuesta al daño al ADN en mujeres embarazadas sanas**

Míreles-Canales MP, León-López EA, González-Chávez SA, Quiñonez-Flores CM, Pacheco-Tena C

Facultad de Medicina y Ciencias Biomédicas, Universidad Autónoma de Chihuahua

**Introducción:** Los anticuerpos antinucleares (ANA) son marcadores diagnósticos de las enfermedades del tejido conjuntivo, incluido LES. Se han vinculado con defectos en la reparación del ADN y existen asociaciones genéticas funcionales descritas. Además, el LES se ve influenciado por procesos reproductivos. Se ha demostrado que en las pacientes embarazadas sanas los títulos de ANA tienden a incrementarse conforme el embarazo progresa; sin embargo, el vínculo entre la reparación del ADN y ANA en mujeres sanas embarazadas no se ha definido.

**Objetivo:** Determinar los niveles de ANA en diferentes estadios gestacionales en mujeres sanas y correlacionarlos con la respuesta al daño al ADN medido por las concentraciones de XRCC1.

**Material y métodos:** El estudio incluyó el suero de mujeres sanas embarazadas. La determinación de los niveles séricos de ANA y de XRCC1 se realizó mediante ELISA.

**Resultados:** Tenemos sueros de 58 pacientes embarazadas en distintas etapas. Nueve (15.5%) son ANA+. Los promedios de ANA por trimestre se muestran en la **Tabla 1**. A lo largo del embarazo, los niveles de ANA disminuyeron en 24% de las pacientes, en 48% aumentaron y en 3% no hubo cambio. La medición de la XRCC1 se realizará al concluir el muestreo de las pacientes en el último bimestre de la gestación.

**Conclusiones:** Los niveles de ANA en pacientes embarazadas sanas presentan variaciones, aunque hasta el momento no es posible definir una tendencia clara. La relación de los títulos de ANA con la respuesta al daño al ADN nos permitirá entender el vínculo entre estos dos fenómenos.

**Tabla 1.** Niveles de ANA (número de ANA) a lo largo del embarazo en mujeres sanas

	Trimestre		
	Primero	Segundo	Tercer
n	48	47	19
Media ± DE	0.637 ± 0.713	0.517 ± 0.505	0.658 ± 0.575

C244

**Valores séricos del receptor soluble de activación expresado en células mieloides (sTREM-1) y respuesta terapéutica a metotrexato o leflunomida en artritis reumatoide activa**

Rodríguez-Jiménez NA<sup>(1)</sup>, Bonilla-Lara D<sup>(1)</sup>, Saldaña-Cruz AM<sup>(2)</sup>, Pérez-Guerrero EE<sup>(1)</sup>, Zúñiga-Mora JA<sup>(3)</sup>, Ponce-Guarneros JM<sup>(4)</sup>, González-López L<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Programa de Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Centro Universitario de Investigaciones Biomédicas, Universidad de Colima, <sup>(3)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(4)</sup>Unidad Médica Familiar 106, San Martín de Bolaños, Jalisco, IMSS

**Introducción:** Los niveles del receptor soluble de activación expresado en células mieloides (sTREM-1) son un promotor marcador al correlacionarse con inflamación en AR. Sin embargo, se ignora si sus niveles se asocian con diferencia en la respuesta terapéutica.

**Objetivo:** Evaluar si los niveles de sTREM-1 pueden ser un marcador para predecir una mayor respuesta a corto plazo a metotrexato (MTX) o leflunomida (LEF) en AR activa.

**Materiales y métodos:** Cohorte prospectiva. Se evaluaron 111 pacientes con AR activa candidatos a recibir MTX (10-20 mg/semana) o LEF (20 mg/diarios). Previo al inicio se cuantificaron cegados niveles de sTREM-1 (ELISA), se evaluaron cambios de DAS-28 a 3 meses y se correlacionaron niveles de sTREM-1 y características de AR. Se evaluó si los títulos de sTREM-1 identificaban diferentes respuestas terapéuticas.

**Resultados:** AR con MTX (n = 65) fueron comparables a tratados con LEF (n = 46) a la basal en DAS28, HAQ-DI, PCR y VSG. Niveles de sTREM-1 basales fueron similares en MTX y LEF (481 ± 267 vs. 416 ± 182). sTREM-1 basales tuvieron correlación limitrofe con DAS28 (r = 0.16, p = 0.06). Ambos tratamientos tuvieron descenso en DAS28 a 3 meses (MTX 5.74 ± 1.04 vs. 4.45 ± 1.27, p < 0.001 y LEF 5.72 ± 1.11 vs. 4.53 ± 1.12, p < 0.001). Sólo 48 % de MTX y 53% de LEF tuvieron disminución de DAS28 > 1.2. Los pacientes con LEF con sTREM alto tuvieron similar respuesta que aquellos con sTREM normal (50% vs. 53%, p = 0.9). En el multivariado los niveles sTREM-1 no predijeron respuesta.

**Conclusión:** Los niveles de sTREM-1 basales no son indicadores de respuesta terapéutica a corto plazo. Otros desenlaces, incluidas la diferencia en daño estructural radiográfico y la discapacidad, deberán ser evaluados.

C245

**Identificación de biomarcadores asociados al desarrollo de artritis reumatoide temprana en humanos**

Rodríguez-Varela EA<sup>(1)</sup>, Enciso Moreno JA<sup>(1)</sup>, Quintanar-Stephano A<sup>(2)</sup>, Serrano-Escobedo C<sup>(1)</sup>, Ramos-Remus C<sup>(3)</sup>, Castañeda-Delgado J<sup>(4)</sup>, Bastián-Hernández Y<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>IMSS, <sup>(2)</sup>UAA, <sup>(3)</sup>Unidad de Artritis y Reumatismo, <sup>(4)</sup>Conacyt

**Introducción:** Actualmente los métodos de diagnóstico para la AR se utilizan hasta que hay presencia de síntomas. Además, existen muchos estudios genómicos que nos permiten conocer el perfil transcripcional de una enfermedad en sus diferentes fases, las cuales pueden posibilitar la identificación de biomarcadores útiles en el desarrollo de pruebas pronósticas/diagnósticas.

**Objetivo:** Determinar la huella transcripcional asociada con el desarrollo de AR mediante el análisis de los perfiles transcripcionales de grupos de sujetos representativos de los diferentes estadios de la enfermedad para identificar candidatos a biomarcadores útiles en el diagnóstico de la fase temprana de la AR.

**Metodología:** Se tomaron muestras de sangre periférica de pacientes con AR (pacientes con ARt y pacientes con ARE) y sujetos sin AR (familiares consanguíneos de primer grado con ACPA-, ACPA+ y sujetos sanos) utilizando los criterios de la ACR/EULAR y se obtuvo material genético para realizar ensayos de hibridación a un microarreglo Agilent Human Gene Expression de 27 958 genes (Agilent Technologies, USA). Se analizó el perfil transcripcional de los grupos mediante la plataforma Gene Spring (Agilent, CA, USA) y se obtuvieron los valores de expresión relativa.

**Resultados:** Del análisis realizado mediante ensayo de microarreglos se obtuvo el perfil transcripcional de los diferentes estadios de la enfermedad. Asimismo se identificaron genes con un FC > 2 característicos de la AR temprana.

**Conclusiones:** Existe una serie de genes característicos en la fase temprana de la AR que podrían servir como posibles biomarcadores para la detección de la enfermedad.

C246

**Penfigoide en paciente con lupus eritematoso sistémico (LES)**

Sibaja-Veloz MJ, Pérez-Mejía J, Villarreal-Estrada Y, Puebla-Mora AG, Castro-Lizano N

Centro Médico Occidente

**Introducción:** Las manifestaciones cutáneas ampulosas (MCA) de LES constituyen un reto diagnóstico por la similitud de características clínicas e histopatológicas; se presentan en 1% de pacientes con LES y se relacionan con incremento significativo de actividad de la enfermedad.

**Caso:** Hombre de 30 años con LES desde 2013. En mayo de 2016 inicia con cuadro de tromboembolia venosa profunda y pulmonar, síndrome nefrótico y nefrítico, anemia hemolítica, con actividad SLEDAI de 18 puntos. Por cuadro infeccioso urinario se indica ciprofloxacino; presenta eritema malar y se suspende por reacción adversa. Tres días después, vesículas con base eritematosa en cuero cabelludo, cara, cuello, extremidades superiores y cara anterior de tórax, que respetan mucosas. VSG: 26 mm/h, PCR: 84 mg/L, C3: 33 mg/dL, C4: 5 mg/dL, Anti-Sm: 62 U, anti-RNP: 70 U, anti-DNA++++. Biopsia de piel: pústula subepidérmica, abundantes polimorfonucleares (neutrófilos), IgG positivo, negativo a IgM e IgA; biopsia renal: clase IV, índice de actividad: 11, "full house". Ecocardiograma: hipertensión

pulmonar severa, derrame pericárdico leve. Derrame pleural bilateral. Mejoría con bolos de metilprednisolona, ciclofosfamida e IGIV.

**Discusión:** Las manifestaciones cutáneas en LES se encuentran hasta en 75% de los casos, siendo las MCA infrecuentes. En este caso se realizó diagnóstico diferencial con reacción medicamentosa de tipo necrólisis epidérmica tóxica vs. síndrome de Stevens-Johnson. El enfoque multidisciplinario permitió establecer una terapéutica más intensa.

C247

**Paciente femenino de 26 años con ascitis y lupus eritematoso sistémico**

Reyes-Muciño FJ<sup>(1)</sup>, Rodríguez-Henríquez PJ<sup>(2)</sup>, Carranza-Mora A<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

**Presentación de caso:** Paciente femenino con edema de miembros pélvicos y aumento progresivo del perímetro abdominal, acompañado por astenia y adinamia de 3 meses de evolución. Asistió a nuestra institución y se inició abordaje. Se solicitó recolección de orina de 24 horas, en la que se observó microalbuminuria de 4 025 mg. Como parte del abordaje de síndrome nefrótico en paciente femenino de edad adulto joven se orientó a patología de tipo inmune. ANA 1:2 560 con patrón nucleolar homogéneo, anti-Smith menor de 2, anti-DNA dc 543. 27, C3 47 y C4 48; CA-125 1 05U/mL. Se realizó tomografía axial computarizada, que reveló líquido libre en cavidad peritoneal, derrame pleural bilateral, un quiste de anexo derecho no complejo y patología poliquistica renal. Se estableció diagnóstico de lupus eritematoso sistémico con SLEDAI de 15 puntos y se inició hidrocortisona, 200 mg, y metilprednisolona 1 g por tres días, seguidas de hidrocortisona, 200 mg por 3 días; posteriormente, prednisona, 1 mg/kg/día. Ante la imposibilidad de realizar biopsia renal, se decidió manejar a la paciente como una probable nefropatía lúpica clase V y se inició micofenolato de mofetilo, 500 mg cada 8 horas. Se efectuó paracentesis con albúmina 0.33, cel 2, claro incoloro, coagulación negativa obteniendo un GASA de 1.43 sin presencia de células de malignas. Se obtuvo ADA de 2.33 y Gene Xpert. Se descartó tuberculosis peritoneal, carcinomatosis e hipertensión portal. A su egreso la paciente se encontraba en condiciones estables.

**Discusión:** El derrame pleural asociado con ascitis en presencia de una tumoración ovárica benigna se conoce como pseudo-Meigs. Puede explicarse por un proceso multifactorial que incluye mecanismo inflamatorio con infiltración de linfocitos y macrófagos, depósito de complejos inmunes en el peritoneo y vasculitis de pequeños vasos peritoneales.

C248

**Factores asociados a la prevalencia de calcificación coronaria en pacientes con artritis reumatoide (AR) y uso de suplementos de calcio oral en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE**

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

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

**Introducción:** Existe un incremento del riesgo cardiovascular en la AR. La inflamación crónica es la principal causa de aterosclerosis. En AR, de 15 a 56% tiene osteoporosis. Existe evidencia de que el uso de calcio oral se asocia con riesgo de IAM debido a incremento abrupto del calcio sérico. Para mejorar la estratificación de riesgo coronario en AR se ha propuesto el puntaje de calcio coronario por tomografía computarizada (TC).



**Objetivo:** Obtener la prevalencia de calcificación coronaria en pacientes con AR que toman calcio oral.

**Material y métodos:** Estudio de prevalencia; pacientes con AR y calcio oral. Se realizó TC para evaluar el puntaje de calcio coronario. Se obtuvo prevalencia de calcificación coronaria riesgo intermedio y alto (> 100 UA). Se investigaron factores clínicos y de laboratorio relacionados con la prevalencia de calcificación clínicamente relevante (> 100 UA).

**Resultados:** 43 mujeres, edad promedio 57 años, evolución de AR 15 años, DAS 28  $3 \pm 0.97$ ; 80% de pacientes con biológico. Los factores de riesgo coronario se describen en la **Tabla 1**. Riesgo de Framingham: 69.8% riesgo muy bajo, 27.9% bajo, 2.3% moderado, en ninguno alto. Puntaje de calcio coronario: valor medio 113 UA (riesgo intermedio) DE 206.58. Prevalencia de calcificación coronaria clínicamente relevante: 30.2% (IC 95% 6-44%). No se observó relación de calcificación con variables de AR, factores de riesgo cardiovascular ni categorías de riesgo cardiovascular de Framingham.

**Conclusiones:** La prevalencia de calcificación coronaria de riesgo intermedio o alto en AR y calcio oral fue 30.2%, similar a lo reportado (34%). Sin embargo, la valoración con modelo Framingham subestimó el riesgo coronario al estratificar a 69.8% de los casos en riesgo muy bajo o bajo.

Tabla 1.

Factores de riesgo coronario	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes mellitus	3	7.0
Hipertensión arterial	7	16.3
Hipercolesterolemia	11	25.6
Hipertrigliceridemia	4	9.3
Tabaquismo	0	0
Obesidad	7	16.3
Sedentarismo	8	18.6

## C249

### Niveles séricos de MIF y su relación con citocinas proinflamatorias y variables de composición corporal en lupus eritematoso sistémico

Díaz-Rizo V<sup>(1)(2)</sup>, Pérez-Guerrero EE<sup>(2)</sup>, Cardona-Muñoz EG<sup>(3)</sup>, Cardona-Muller D<sup>(3)</sup>, Salazar-Paramo M<sup>(4)</sup>, Trujillo X<sup>(5)</sup>, González-López L<sup>(6)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Posdoctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(2)</sup>Doctorado en Farmacología, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Departamento de Fisiología, Instituto de Terapéutica Experimental y Clínica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad, Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(5)</sup>Centro Universitario de Investigación Biomédica, Universidad de Colima, <sup>(6)</sup>Departamento de Medicina Interna/Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS

**Introducción:** El factor inhibidor de la migración de macrófagos (MIF) es una citocina proinflamatoria involucrada en algunas variables de síndrome metabólico y obesidad; sin embargo, no se ha estudiado la relación de MIF con variables de composición corporal en lupus eritematoso sistémico (LES).

**Objetivo:** Identificar correlación de MIF con citocinas proinflamatorias y variables de composición corporal en LES.

**Material y métodos:** 122 mujeres con LES (ACR 1982); se evaluaron características antropométricas, sociodemográficas y clínicas, incluida actividad de la enfermedad (SLEDAI). Cuantificación de niveles séricos de MIF,

TNF- $\alpha$  e IL-6 por ELISA. Variables de composición corporal: índice de masa corporal (IMC), índice cintura-cadera (ICC) y porcentaje de grasa total. Correlación de Pearson.

**Resultados:** Edad de pacientes  $44 \pm 1$  años, duración de LES de  $9 \pm 6$  años; 61.5% de LES tenía obesidad (IMC  $\geq 30$ ). Se observaron mayores valores de MIF a menor edad ( $r = -0.206$ ,  $p = 0.023$ ), menor tiempo de LES ( $r = -0.228$ ,  $p = 0.012$ ) y menor tiempo de uso de corticosteroides ( $r = -0.218$ ,  $p = 0.016$ ). No se observó correlación de MIF con IL-6 ( $p = 0.222$ ), TNF- $\alpha$  ( $p = 0.742$ ) ni SLEDAI ( $p = 0.747$ ). Correlación IL-6 con TNF- $\alpha$  ( $r = 0.220$ ,  $p = 0.026$ ), IMC ( $r = 0.201$ ,  $p = 0.040$ ) e ICC ( $r = 0.258$ ,  $p = 0.008$ ). Los niveles séricos de MIF no se asociaron con obesidad en LES ( $p = 0.589$ ).

**Conclusiones:** No se observó asociación de MIF con variables antropométricas ni citocinas proinflamatorias. Mayor IL-6 en LES con obesidad. La hipótesis de la relación de MIF con variables de composición corporal deberá evaluarse con otros marcadores y factores de riesgo cardiovascular que no fueron incluidos en este estudio. Proyecto apoyado por financiamiento del IMSS: FIS/IMSS/PROT/G12/1135.

## C250

### Glomerulonefritis proliferativa extracapilar asociada a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos. A propósito de un caso

Pablo-Olivares L<sup>(1)</sup>, Noyola-García ME<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General Regional 1, Carlos Mac Gregor Sánchez Navarro, IMSS, <sup>(2)</sup>Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI

**Introducción:** La glomerulonefritis proliferativa extracapilar (GMNE) es una manifestación histológica de daño glomerular severo que puede clasificarse en tres tipos. El tipo III se considera sin depósitos de inmunoglobulinas o complemento en glomérulos, llamado paucimune; este grupo se ha asociado con anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilo (ANCA). Se presenta un caso clínico a propósito de esta patología, el cual constituye un reto diagnóstico al contar con bajo porcentaje de positividad para dichos anticuerpos.

**Caso clínico:** Femenino de 61 años de edad con antecedente de una hermana con granulomatosis de Wegener. Padecimiento de 3 años de evolución con síndrome de Raynaud, artralgias de manos y elevación de cifras de creatinina. Se inicia protocolo de estudio; se reportan anticuerpos antinucleares positivos, patrón mitocondrial 1:640, con anti-DNA negativo. Evolución con creatinina 3.03 y depuración de creatinina (DC) de 22.4 mL/min, por lo que se inicia azatioprina, 50 mg cada 12 horas, con pobre respuesta. Se hace cambio a micofenolato de mofetil, 500 mg cada 12 horas, y prednisona a dosis media, con DC de control de 34 mL/min, albuminuria 179 mg/24 horas y determinación de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) P positiva. Se realiza biopsia renal, que reporta glomerulonefritis proliferativa extracapilar mixta, con lesiones esclerosantes de tipo paucimune. Se concluye glomerulonefritis de vasos de pequeño calibre asociada con ANCA.

**Conclusión:** La GMNE puede ser rápidamente progresiva y asociarse con vasculitis sistémica; de ahí la importancia de un diagnóstico oportuno.

## C251

### Evolución del lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil y post-transición a la vida adulta

Medina-García G<sup>(1)</sup>, Sánchez-González A<sup>(2)</sup>, Saavedra-Salinas MA<sup>(2)</sup>, Céspedes-Cruz AI<sup>(2)</sup>, Jara-Quezada LJ<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza, IMSS, <sup>(2)</sup>Departamento de Reumatología, Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza, IMSS, <sup>(3)</sup>Dirección de Educación e Investigación en Salud, Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza, IMSS.

**Antecedentes:** El lupus eritematoso sistémico de inicio juvenil (LESJ) afecta a pacientes menores de 18 años de edad. Una quinta parte de casos se diagnostica en la infancia y suele tener curso clínico más severo.

**Objetivo:** Describir la evolución a largo plazo del LESJ.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LESJ y se analizaron las características clínicas y post-transición a la vida adulta.

**Resultados:** Se estudiaron 25 pacientes con LESJ, 22 de sexo femenino y 3 masculino; edad al inicio:  $13.5 \pm 2.7$ , edad actual:  $21.7 \pm 4.6$  años y tiempo de evolución:  $8.3 \pm 6.5$  años. Manifestación inicial: mucocutánea-articular en 72% de pacientes, 12% debutaron con afección renal y 1 con afección neurológica. Manifestación subsecuente al inicio fue renal y hematológica en 32% respectivamente. Manifestación más frecuente en edad adulta: renal (72%), neurológica (12%) y hematológica (4%). Tratamiento inicial azatioprina (72%), posteriormente pulsos de ciclofosfamida (64%) y mico-fenolato de mofetilo (MMF) (20%). Afección renal predominante: clase IV, recibiendo en promedio  $2.4 \pm 1.1$  diferentes inmunosupresores; 13/25 pacientes han cambiado de tratamiento tres o cuatro veces por falta de respuesta o eventos adversos: ciclofosfamida, MMF, rituximab y tacrolimus. Cuatro pacientes desarrollaron síndrome antifosfolípido y uno superposición con esclerosis sistémica. Seis pacientes evolucionaron a enfermedad renal crónica terminal, a uno se le efectuó trasplante renal y uno falleció por leucemia aguda.

**Conclusiones:** A pesar de los avances terapéuticos, el LESJ continúa siendo de curso clínico severo y difícil manejo. Por tanto estos pacientes requieren vigilancia estrecha inicial y post-transición a la vida adulta para evitar la progresión y las complicaciones.

## C252

### Trombocitopenia refractaria como manifestación única de lupus eritematoso sistémico

Cruz-Ramos F, Arteaga-García UG, Rodríguez-Gómez MA

Hospital Regional de Cd. Madero, Pemex

**Introducción:** El lupus eritematoso sistémico (LES) es la enfermedad autoinmune por excelencia, con afectación multisistémica variable y manifestaciones clínicas heterogéneas que van desde alteraciones leves e indolentes hasta aquellas que amenazan la vida.

**Caso clínico:** Femenino de 31 años con antecedente de dos gestas, un parto y un aborto en primer trimestre de embarazo. Debutó con púrpura y trombocitopenia severa manejada con pulsos de metilprednisolona con mejoría parcial. Se descartaron inicialmente causas infecciosas (hepatitis B, C, CMV, ELISA para VIH: todos negativos) y después se confirmó LES por la presencia de ANA con títulos elevados. Su evolución fue tórpida ya que presentó recaídas en múltiples ocasiones, manejadas, por orden cronológico, con inmunoglobulina, rituximab y finalmente danazol y ciclos de ciclofosfamida, con lo que logró mantenerse el recuento plaquetario en cifras normales.

**Discusión y conclusiones:** Las anormalidades hematológicas en el LES son frecuentes y su hallazgo podría ser secundario al proceso fisiopatológico propio de la enfermedad o como manifestación de alguna otra patología. La trombocitopenia ocurre hasta en 10-15% de los pacientes con LES y su presencia se asocia con un mal pronóstico en estos pacientes ya que, de acuerdo con diversos estudios, la trombocitopenia es el único factor de riesgo independiente de mortalidad en LES. Ahí radica la importancia del abordaje terapéutico en nuestra paciente ya que su única

manifestación de la enfermedad fue la trombocitopenia y no se logró un adecuado control sino hasta la quinta línea de tratamiento eficaz reportada en la literatura.

## C253

### Prevalencia de fibromialgia y depresión, e impacto sobre la calidad de vida en pacientes con síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes

Hernández-Paloma B, Vera-Lastra O, Jara-Luis J, Cruz-Domínguez MP, Medina-García G

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Introducción:** El síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) afecta el estado emocional y la calidad de vida; se desconoce si su impacto es mayor al de pacientes con esclerosis sistémica (ES).

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de fibromialgia (FM) y depresión en pacientes con ASIA vs. pacientes con ES.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal analítico comparativo. Se estudiarán pacientes con ASIA (criterios de Shoenfeld) vs. con ES. El diagnóstico de FM se estableció de acuerdo con los criterios del ACR (2010), la depresión mediante el cuestionario abreviado de Beck y la calidad de vida con el FS-36.

**Resultados:** Fueron 50 pacientes con ASIA y 50 pacientes con ES con edad promedio de  $49 \pm 9$  vs.  $49 \pm 10$  años respectivamente. La prevalencia global de depresión fue 72%, FM 66% y ambas 56% en los pacientes con ASIA; puntaje de Beck con mediana de 12 (RIQ 7-16); puntos dolorosos: mediana 10 (RIQ 5-15). Los pacientes con ASIA tuvieron mayor proporción de depresión y de la combinación de depresión más FM: 72 vs. 46% ( $p = 0.0008$ ) y 56 vs. 28% ( $p < 0.005$ ) respectivamente. La FM fue más frecuente, pero no alcanzó significancia estadística ( $p = 0.086$ ). Los pacientes con FM tuvieron los peores puntajes de calidad de vida en SF 37. El parámetro por SF 36 más afectado en ASIA fue el rol emocional.

**Conclusiones:** Los pacientes con ASIA cursan con mayor depresión, FM y mayor deterioro de la calidad de vida en comparación con los pacientes con ES, en especial en el rol emocional.

## C254

### Identificación de factores de riesgo cardiovascular en el síndrome de antifosfolípidos primario y secundario

Reyes-Cetina IL<sup>(1)</sup>, Becerril-Mendoza LT<sup>(2)</sup>, Barbosa-Cobos RE<sup>(2)</sup>, Lugo-Zamudio GE<sup>(2)</sup>, Sacoto-Flores GS<sup>(2)</sup>, De la Cruz-Castillejos JC<sup>(2)</sup>, Sabido-Sauri RA<sup>(2)</sup>, Berea-Baltierra R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Medicina Interna, Hospital Juárez de México, <sup>(2)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Juárez de México

**Introducción:** La prevalencia de enfermedades cardiovasculares en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas es mayor. En SAF existen estudios de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tradicionales y no tradicionales, como hipertensión (HTA), diabetes mellitus (DM), dislipidemia, obesidad, síndrome metabólico, tabaquismo e hiperhomocisteinemia. La principal causa de morbimortalidad en SAF es la presencia de eventos trombóticos como el riesgo de infarto agudo de miocardio, que se ha demostrado hasta en 30% en comparación con la población general asociado con dichos factores.

**Objetivo:** Identificar los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con diagnóstico de SAF primario y secundario.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se incluyeron 23 pacientes del Servicio de Reumatología del Hospital Juárez con diagnóstico de SAF primario y secundario. Análisis de resultados: variables cualitativas: frecuencias y porcentajes; variables cuantitativa: medidas de tendencia central y dispersión. Se analizaron con el programa con SPSS 21.0.

**Resultados:** **Tabla 1.** Pacientes con SAF primario 69.6% y secundario 30.4%; mujeres 82.6% y hombres 17.4%. Los FRCV fueron tabaquismo 13%, índice de masa corporal media 27.78 ( $\pm$  5.87), obesidad 30.4% y sobrepeso 30.4%; perímetro abdominal en rango de obesidad 60.9.

**Conclusiones:** En este estudio el porcentaje de FRCV más frecuentes lo obtuvieron HTA y SM, con 50%. Se documentó al menos un evento trombotico en más del 50%. Se requiere evaluar los FRCV no tradicionales en estudios de cohorte para determinar su impacto en la morbilidad en la población latinoamericana.

**Tabla 1.** Características demográficas y factores de riesgo cardiovascular en SAF primario y secundario

Variable	SAF primario	SAF secundario	p
Hombres	4 (25%)	0 (0%)	0.206
Mujeres	12 (75%)	7 (100%)	0.071
Edad	37.0 (DS 13.5)	38.1 (DS 22.2)	0.886
Tiempo de evolución	4.00 (DS 2.8)	6.14 (DS 5.72)	0.625
HTA	9 (56.2%)	3 (42.9%)	0.444
DM2	3 (18.8%)	1 (14.3%)	0.648
Obesos (IMC > 30)	5 (31.2%)	2 (28.9%)	0.649
Síndrome metabólico	5 (31.2%)	5 (71.4%)	0.092
IMC*	27.76 (8.30)**	25.65 (9.50)**	0.999
Glucosa	86.6 (DS16.3)	79.7 (DS 6.9)	0.3
HDL	44.7 (DS 14.9)	39.0 (DS 13.6)	0.452
LDL	87.4 (DS 29.3)	85.8 (DS 26.9)	0.901
Colesterol total	165.7 (DS 43.2)	168 (DS 26.9)	0.901
Triglicéridos	142.8 (DS 50.7)	150.1 (DS 70.0)	0.779
Perímetro abdominal	86.3 (DS 20.6)	91.5 (DS 3.0)	0.341
Proteína C reactiva*	0.44 (4.10) **	0.34 (3.55) **	0.871
VSG	29.25 (DS 14.6)	31.2 (DS 15.6)	0.766
INR	2.21 (DS 0.84)	2.19 (DS 1.4)	0.979

\*libre distribución; \*\*mediana (rango intercuartil).

## C255

### Características de adherencia, persistencia y alianza terapéutica en pacientes con gota

Álvarez-Hernández E<sup>(1)</sup>, Upegui-Arango LD<sup>(2)</sup>, Vázquez-Mellado J<sup>(1)</sup>, Aranda-Arreola E<sup>(1)</sup>, Burgos-Vargas R<sup>(1)</sup>, Peláez-Ballestas I<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Reumatología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga,

<sup>(2)</sup>Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia

**Introducción:** La adherencia es la medida en que el paciente toma sus medicamentos y sigue las indicaciones prescritas por su médico. Tiene dos componentes: compliance (toma de los medicamentos) y persistencia

(tiempo que dura tomando el medicamento). La alianza terapéutica es la relación médico-paciente que permite que el paciente participe de forma activa en su tratamiento. La adherencia reportada varía de 43 a 78% en pacientes con enfermedades crónicas. En la gota se reportó una adherencia de 10 a 46%.

**Objetivo:** Conocer las características de la adherencia en pacientes con gota.

**Sujetos y métodos:** Se incluyeron pacientes con gota de la cohorte de GRESGO. Se recabaron datos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento; se les aplicaron los cuestionarios HAQ-DI, EuroQol-5d y uno específico de apego y alianza terapéutica.

**Resultados:** Se incluyeron 238 pacientes con edad de 47.7  $\pm$  12.7 años, 97.1% del sexo masculino, con escolaridad de 9.2  $\pm$  4.2 años. Su índice terapéutico (IT) fue de 86%. Sólo 28.6% nunca suspendió el tratamiento; 4.6% tomó las dosis en el horario correcto. Las causas de suspensión más frecuentes fueron falta de abasto (37%) y el olvido (30%). Sólo 5% compra todo su medicamento y 10% sigue las indicaciones de cambios en el estilo de vida. El 49.6% cuando no está de acuerdo con su médico y no toma el medicamento.

**Conclusión:** A pesar de tener un IT elevado, hay discrepancias en las respuestas cualitativas ya que más de 70% no tuvo buena persistencia y más de 90% no cumplió con el horario.

## C256

### Tasa de retención de antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa en pacientes con espondilitis anquilosante: un estudio comparativo

Saavedra MA<sup>(1)</sup>, Soliz-Antezana J<sup>(1)</sup>, Cruz-Domínguez P<sup>(2)</sup>, Miranda-Hernández D<sup>(1)</sup>, Cruz-Reyes C<sup>(1)</sup>, Bustamante-González R<sup>(1)</sup>, Sánchez A<sup>(1)</sup>, Jara LJ<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Departamento de Reumatología, HE Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, <sup>(2)</sup>División de Investigación, HE Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, <sup>(3)</sup>Dirección de Educación e Investigación, HE Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Objetivo:** Comparar la tasa de retención de tres antagonistas del TNF- $\alpha$  en el tratamiento de pacientes con espondilitis anquilosante (EA) activa.

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron pacientes con EA tratados con antagonistas del TNF- $\alpha$  (adalimumab, etanercept e infliximab). Se obtuvieron características demográficas, clinimétricas (BASDAI, BASFI, BASMI), VSG, PCR y eventos adversos. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante ASDAS-VSG y ASDAS-PCR. Se calcularon tablas de supervivencia para los tres fármacos.

**Resultados:** Se analizaron 80 ciclos de tratamiento (28 de adalimumab, 16 de etanercept y 36 de infliximab) en 72 pacientes (73% hombres, edad promedio 42.8  $\pm$  10.8 años). El tiempo de exposición al antagonista del TNF- $\alpha$  fue mayor con infliximab ( $p = 0.002$ ). Globalmente, los tres fármacos se asociaron con mejoría en VSG ( $p < 0.001$ ), BASDAI ( $p < 0.01$ ) y BASFI ( $p < 0.01$ ) a los 12 meses (**Tabla 1**). Durante el seguimiento, el antagonista del TNF- $\alpha$  fue suspendido por evento adverso grave en cuatro casos y por pérdida de eficacia en ocho. El análisis de supervivencia mostró una mayor probabilidad de suspender el fármaco por pérdida de eficacia con adalimumab, seguido de etanercept e infliximab (**Figura 1**). En su última visita, del total de pacientes que permanecían con tratamiento, 22.4% se encontraba en remisión, 27.5% con actividad moderada, 43.1% con actividad alta y 6.8% con actividad muy alta (ASDAS-PCR), sin diferencias significativas entre fármacos ( $p = 0.22$ ).

**Conclusiones:** Adalimumab mostró una menor tasa de retención por pérdida de eficacia. Y aunque con mejoría a los 12 meses, la tasa de remisión a largo plazo permanece baja para los tres fármacos.

Figura 1

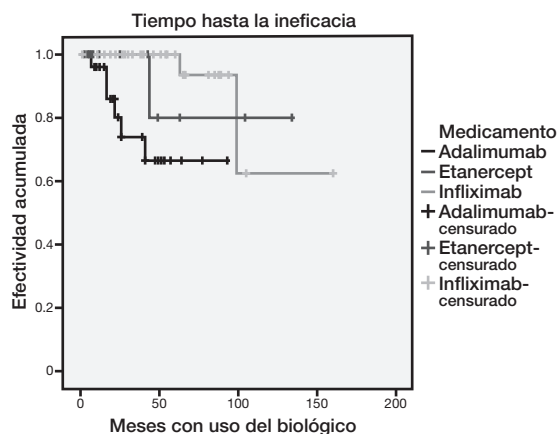


Tabla 1.

	Adalimumab (n = 28)	Etanercept (n = 16)	Infiximab (n = 36)
Meses con anti-TNF	31 ± 23	37 ± 37	57 ± 34 <sup>a</sup>
VSG basal <sup>b,d</sup>	25.3 ± 13.5	26.3 ± 14	22.8 ± 12.7
PCR basal <sup>b,d</sup>	22.4 ± 35.2	48.3 ± 51.5	18.2 ± 33.0
BASDAI basal <sup>b,d</sup>	6	6.4	3.6
BASFI basal <sup>b,d</sup>	6	6.4	6.1
BASMI basal <sup>b,d</sup>	4	6	3
ASDAS-VSG basal <sup>e</sup>	3.7	4.3	2.2
ASDAS-PCR basal <sup>e</sup>	3.6	3.7	2.3
VSG 12 meses <sup>b,d</sup>	13.0 ± 11.7	13.8 ± 8.4	16.0 ± 9.9
PCR 12 meses <sup>b,d</sup>	6.7 ± 8.0	4.8 ± 3.1	7.8 ± 16.4
BASDAI 12 meses <sup>c,d</sup>	2.3	2.2	3.4
BASFI 12 meses <sup>c,d</sup>	2.0	1.9	3.0
BASMI 12 meses <sup>c,d</sup>	3.4	3.0	3.0
ASDAS-VSG 12 meses <sup>e</sup>	2.1	1.7	2.0
ASDAS-PCR 12 meses <sup>e</sup>	1.8	1.7	2.2

<sup>a</sup>p = 0.002 en comparación con adalimumab y etanercept; <sup>b</sup>promedio y desviación estándar; <sup>c</sup>mediana; <sup>d</sup>p = NS entre los tres fármacos (prueba de Kruskal-Wallis).

C257

**Crisis renal refractaria como expresión inicial de escleroderma**

Martínez-Flores G, Ruiz-Leija I, Luna-Zúñiga TA, Martínez AJP, Abud-Mendoza C

Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Universidad Autónoma San Luis Potosí

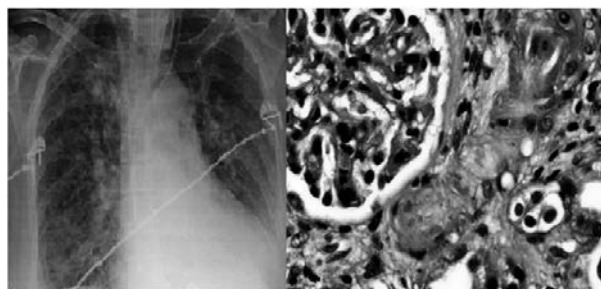
**Introducción:** La esclerosis sistémica (SSc) se caracteriza por vasculopatía, inflamación, depósito de colágeno y fibrosis de piel y órganos internos. La crisis renal (CRS) es una complicación rara y potencialmente fatal.

**Caso clínico:** Mujer de 61 años con antecedente familiar de artritis reumatoide, historia personal de asma e hipertensión arterial sistémica. Se presenta

con disnea rápidamente progresiva hasta la de pequeños esfuerzos y edema de miembros inferiores, descontrol hipertensivo (180/100 mmHg), oliguria y hematuria. Observamos telangiectasias en cara, retinopatía hipertensiva grado II, esclerodactilia, artritis en IFP bilateral y rodillas, fenómeno de Raynaud, dermatopatía en sal y pimienta en antebrazos y piernas; puntaje de Rodnan 38; destrucción de capilares y áreas de avascularidad. Con leucocitosis, anemia, azoemia, proteinuria y hematuria; ANA 1:320 homogéneo, anti-Scl70 6.20 (< 3.0), p-ANCA 3.5. Radiografía de tórax con llenado alveolar bilateral; ecocardiograma: cardiopatía hipertensiva y derrame pericárdico. Biopsia renal: microangiopatía trombótica. Recibió IECA, glucocorticoides (GC), ciclofosfamida y hemodiálisis; requirió apoyo mecánico ventilatorio y plasmaféresis. Sin mejoría clínica, falleció.

**Discusión:** La CRS se presenta en 5 a 15% de los pacientes con SSc variedad difusa; los factores de riesgo asociados incluyen afección cutánea con rápida progresión (Rodnan > 20), anticuerpos anti-RNA polimerasa III, roce de fricción tendinosa, sinovitis y probablemente GC, entre otros. La supervivencia a 1 año es de 70-80%, pero disminuye a 50-60% a los 5 años a pesar de tratamiento sustitutivo de la función renal.

Figura 1.



C258

**Medidas de desenlace para actividad inflamatoria en pacientes con espondiloartritis juveniles (JoSpA) que participaron en un estudio doble ciego infliximab vs. placebo**

Ramiro S<sup>(1)</sup>, Casasola-Vargas JC<sup>(2)</sup>, Van der Heijde D<sup>(1)</sup>, Landewé R<sup>(3)</sup>, Burgos-Vargas R<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>LUMC, Leiden, Holanda, <sup>(2)</sup>Hospital General de México, <sup>(3)</sup>ARC, Ámsterdam, Holanda

**Antecedentes:** Las medidas de desenlace utilizadas en ensayos clínicos de pacientes con JoSpA se han tomado de estudios en adultos con SpA y niños con artritis idiopática juvenil. Empero, no se ha llevado a cabo ningún análisis psicométrico apropiado en JoSpA.

**Objetivos:** Evaluar el efecto discriminatorio de varias medidas de desenlace de la actividad inflamatoria y criterios de respuesta en pacientes con JoSpA.

**Métodos:** Se analizaron los datos del estudio doble ciego aleatorizado infliximab (IFX)-placebo en pacientes < 18 años, con artritis y entesitis periférica, aumento de la PCR y el BASDAI que llevamos a cabo con anterioridad. En dicho estudio, el desenlace primario fue el número de articulaciones activas (con dolor e inflamación); los desenlaces secundarios cubrieron toda la posibilidad existente en ese momento. El poder discriminatorio de las medidas de desenlace se calculó con la diferencia estandarizada promedio (SMD) y el tamaño del efecto de Guyatt. La evaluación de los criterios de respuesta categóricos se llevó a cabo con Ji cuadrada. La capacidad discriminatoria aumentó conforme los valores numéricos obtenidos.

**Resultados:** Se asignaron 12 pacientes a IFX y 14 a placebo. La variable con el mayor poder discriminatorio fue el ASDAS (SMD: 1.98 y Guyatt:



4.28) (Tabla 1); enseguida la evaluación global del médico, PCR, JADAS y JspADA. Tanto el BASDAI como en BASFI y todas las medidas que involucraron el esqueleto axial tuvieron muy poco valor discriminatorio IFX vs. placebo. Los criterios de respuesta ASAS40 y ACR Pedi 90 tuvieron buen poder discriminatorio.

**Conclusiones:** De las variables continuas utilizadas en los adultos con SpA, el ASDAS es la que tiene el mejor poder discriminatorio. De los criterios categóricos de respuesta, lo mejores son el JSpADA, ACR Pedi 30 a 90.

**Agradecimiento:** Apoyo irrestricto de Schering Plough México.

**Tabla 1.** Poder discriminativo de las variables incluidas en el estudio

Variables continuas	Infliximab, cambio promedio (SD)	Placebo, cambio promedio (SD)	Tamaño del efecto de Guyatt	SMD
ASDAS	2.4 (1.3)	0.5 (0.6)	4.28	1.98
Evaluación global del médico (0-10 mm EVA)	5.2 (2.4)	1.6 (2.2)	2.34	1.56
JADAS27 (0-57)	12.7 (5.9)	4.3 (5.7)	2.22	1.46
JSpADA (0-8)	2.8 (1.2)	0.5 (1.4)	1.98	1.73
PCR (mg/L)	21.1 (8.4)	2.3 (10.9)	1.93	1.90
Entesitis total (0-51)	8.5 (10.6)	1.6 (5.0)	1.71	0.85
Evaluación global del paciente (0-10 mm EVA)	4.3 (3.8)	0.8 (2.8)	1.55	1.08
BASDAI total (0-10)	3.3 (3.1)	0.9 (2.3)	1.41	0.90
Dolor, 0-10mm VAS	3.3 (2.1)	-1.7 (3.2)	1.03	1.80
n de articulaciones activas (0-72)	4.4 (1.7)	2.6 (4.6)	0.96	0.51
Variables categóricas				
	Infliximab cambio promedio (SD)	PBO cambio promedio (SD)	Ji cuadrada	p
ACR Ped 90	8 (67%)	1 (7%)	10.12	0.001
ASAS40	6 (55%)	0 (0%)	10.05	0.002
ACR Ped 70	9 (75%)	2 (14%)	9.76	0.002
BASDAI50	8 (73%)	2 (14%)	8.77	0.003
ASDAS-MI	5 (63%)	0 (0%)	8.65	0.003
ACR Ped 50	11 (92%)	5 (36%)	8.55	0.003
ASDAS-CII	7 (88%)	2 (20%)	8.10	0.004
ASDAS-ID	7 (64%)	1 (8%)	7.74	0.005
ACR Ped 30	11 (92%)	6 (43%)	6.80	0.009
JADAS27 MDA (≤ 2)	6 (50%)	1 (7%)	6.03	0.014
JADAS27 enfermedad inactiva/remisión (≤ 1)	3 (25%)	0 (0%)	3.96	0.047
ASAS20	7 (64%)	4 (29%)	3.07	0.080

**C259**

**Prevalencia y factores asociados a consejería preconcepcional en mujeres con enfermedades reumáticas**

García-Garza G<sup>(1)</sup>, Miranda-Hernández D<sup>(1)</sup>, Sánchez A<sup>(1)</sup>, García-Collinot G<sup>(2)</sup>, Cruz-Reyes C<sup>(1)</sup>, Bustamante-González R<sup>(1)</sup>, Jara LJ<sup>(3)</sup>, Saavedra MA<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Reumatología, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, <sup>(2)</sup>Unidad de Investigación, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, <sup>(3)</sup>Dirección de Enseñanza e Investigación, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

**Objetivo:** Estimar la prevalencia de consejería preconcepcional adecuada y factores asociados en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERA).

**Material y métodos:** A mujeres con ERA en etapa reproductiva se les aplicó una encuesta sobre datos sociodemográficos, antecedentes ginecoobstétricos y consejería preconcepcional otorgada por médicos tratantes, definida como: a) el embarazo debe ser planeado; b) las complicaciones materno-fetales se asocian con gravedad/actividad de la enfermedad; d) recomendar un método anticonceptivo eficaz y d) que los medicamentos pueden o no usarse durante el embarazo. Se realizó estadística descriptiva, prueba t de Student, prueba U de Mann-Whitney y Ji cuadrada de acuerdo con el comportamiento de las variables.

**Resultados:** Se analizaron 131 de 146 encuestas completas (89.7%). Sólo 49 (37.4%) pacientes recibieron consejería preconcepcional adecuada. El tiempo de evolución de la enfermedad fue un factor asociado para recibir consejería preconcepcional adecuada (5.6 vs. 3.6 años, p = 0.023). La enfermedad, el estado civil y el grado de escolaridad no fueron factores asociados con una adecuada consejería. La adopción de un método anticonceptivo y el número de gestas no fueron diferentes entre los dos grupos. El historial de uso de fármacos embriotóxicos/teratogénicos se relacionó con una mayor frecuencia de consejería adecuada (79.6% vs. 41.5%, p = 0.001). A decir de las pacientes, la consejería adecuada fue otorgada por el reumatólogo en 75.5% de los casos (p = 0.001) (Tabla 1).

**Conclusiones:** En nuestras pacientes, la consejería preconcepcional es incompleta. Los reumatólogos debemos capacitarnos en consejería preconcepcional con el objeto de contribuir a la disminución de complicaciones materno-fetales en ERA.

**Tabla 1**

	Consejería adecuada (n = 49)	Consejería no adecuada (n = 82)	Valor de p
Edad (años) <sup>a</sup>	30.8 ± 7.0	30.5 ± 8.5	0.836
Tiempo de evolución (años) <sup>b</sup>	5.6 (0.25-29)	3.6 (0.25-27)	0.023
Artritis reumatoide <sup>c</sup>	13 (26.5)	18 (22)	0.69
Lupus eritematoso sistémico <sup>c</sup>	31 (63.3)	52 (63.4)	
Uso de método anticonceptivo <sup>c</sup>	31 (63.3)	44 (53.7)	0.282
Tratamiento embriotóxico <sup>c</sup>	39 (79.6)	34 (41.5)	0.001
Consejería por reumatólogo <sup>c</sup>	37 (75.5)	28 (34.1)	0.001
Consejería por otros médicos <sup>c</sup>	35 (24.5)	31 (65.9)	0.197
Escolaridad profesional <sup>c</sup>	23 (46.9)	31 (37.8)	0.616
Casada <sup>c</sup>	15 (30.6)	32 (39)	0.774
Unión libre <sup>c</sup>	9 (18.4)	15 (18.3)	

<sup>a</sup>Prueba t de Student; <sup>b</sup>U de Mann Whitney; <sup>c</sup>Ji cuadrada.

**C260**

**Agua corporal total: significado clínico en síndrome de Sjögren primario**

Hernández-Molina G<sup>(1)</sup>, Almeda-Valdés P<sup>(2)</sup>, López-Carrasco G<sup>(2)</sup>, Astudillo-Ángel M<sup>(1)</sup>, González-Acevedo M<sup>(2)</sup>, Aguilar-Salinas C<sup>(2)</sup>, Cruz-Bautista I<sup>(2)</sup>

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

**Antecedentes:** El agua es el principal componente del cuerpo: representa de 50-55% del peso.

**Objetivo:** Evaluar el porcentaje de agua corporal total (ACT) en el síndrome de Sjögren primario (SSP) y su asociación con los síntomas sicca.

**Métodos:** Se evaluaron 85 pacientes con SSP en cuanto a género, edad, IMC, síntomas sicca, prueba de Schirmer-I, medición del flujo salival no estimulado (FSNE) y tinción ocular. La intensidad de síntomas sicca se calificó con los componentes oral y ocular del ESSPRI. La medición de ACT se realizó con una báscula de bioimpedancia eléctrica multifrecuencia (BIA-SECA-514, Hamburgo).

**Resultados:** 80% fueron mujeres, edad media 54.8 ± 13.7 y duración de enfermedad 11.5 ± 7.52. El porcentaje de ACT fue 46.85 ± 4.6 y se correlacionó con edad (Rho = -0.25, p = 0.02), duración de enfermedad (Rho = -0.30, p = 0.005), IMC (Rho = -0.78, p = 0.001) y el componente ocular del ESSPRI (Rho = -0.28, p = 0.01), pero no con FSNE, ni el componente oral del ESSPRI. Al comparar a los pacientes en la percentila 25% (grupo con menor porcentaje agua) vs. el resto de pacientes, estos pacientes tuvieron mayor edad, IMC, tiempo de duración de la enfermedad y puntuación ocular del ESSPRI y menor puntaje en Schirmer. En el análisis de regresión lineal las variables que correlacionaron con el porcentaje de ACT fueron duración de la enfermedad (coeficiente beta -0.22, p = 0.001), IMC (coeficiente beta -0.76, p < 0.001) y el dominio ocular del ESSPRI (coeficiente beta -0.15, p < 0.001).

**Conclusión:** El porcentaje de ACT se correlacionó negativamente con la intensidad de los síntomas oculares en SSP y de forma independiente con tiempo de evolución, edad e IMC.

## C261

### Frecuencia de resistencia a la insulina y su relación con variables clínicas en mujeres con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico

Nava-Zavala A<sup>(1)(2)</sup>, Gámez-Nava JI<sup>(1)(3)</sup>, González-López L<sup>(3)(4)</sup>, Hernández-González SO<sup>(1)</sup>, Espinel-Bermúdez MC<sup>(1)</sup>, Salazar-Páramo M<sup>(5)</sup>, Contreras-Haro B<sup>(1)</sup>, Dávalos-de la Cruz AP<sup>(1)(6)</sup>, Hernández-Cuervo P<sup>(1)</sup>, Robles-Cervantes JA<sup>(7)</sup>, Simental-Mendía LE<sup>(8)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad de Investigación Biomédica 02 UIEC, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(2)</sup>School of Medicine, Universidad Autónoma de Guadalajara, <sup>(3)</sup>Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, <sup>(4)</sup>Departamento de Medicina Interna-Reumatología, Hospital General Regional 110, IMSS, <sup>(5)</sup>División de Investigación en Salud, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, <sup>(6)</sup>Programa de Maestría en Ciencias Médicas, Universidad de Colima, <sup>(7)</sup>Instituto de Cirugía Reconstructiva, Jalisco, <sup>(8)</sup>Centro de Investigación Biomédica, IMSS Durango

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES) están relacionados con incremento de resistencia a la insulina (RI). Pocos estudios analizan la frecuencia de RI y factores asociados en pacientes mexicanos con AR y LES. El estimado de RI basado en índice triglicéridos y glucosa de Simental-Mendía y colaboradores (2008) se correlaciona con el estándar de oro y puede hacer un estimado más factible de RI útil en la clínica.

**Objetivo:** Analizar la frecuencia de RI y su relación con variables clínicas en mujeres con AR y LES.

**Material y métodos:** Se evaluaron las características clínicas de los pacientes. La RI, como variable de desenlace, se identificó de acuerdo con índice considerando un punto de corte de 4.68.

**Resultados:** Se evaluaron 186 mujeres: 112 (60%) con AR y 74 (40%) con LES. La frecuencia de RI en AR y en LES fue de 62% y 42% respectivamente (p = 0.9). Se observó correlación positiva entre mayor RI con circunferencia de cintura (r = 0.38, p < 0.001), masa grasa (r = 0.20, p = 0.005) y niveles de ácido úrico (r = 0.26, p < 0.001), y una correlación inversa con colesterol HDL (r = -0.263, p < 0.001). En la comparación entre pacientes con RI vs. sin RI se observó una mayor circunferencia de cintura (p < 0.001), índice cintura-cadera (p < 0.001), masa grasa (p = 0.05) y mayores niveles de triglicéridos (p < 0.001) y colesterol total (p < 0.001) en el grupo con RI.

**Conclusión:** Los pacientes con AR y LES tienen una elevada frecuencia de RI. Este factor de riesgo cardiovascular deberá reconocerse tempranamente para disminuir sus efectos en el desenlace cardiovascular.

## C262

### Apoyo social percibido en pacientes con enfermedad reumatólogica como factor determinante del autocuidado efectivo

Lozano-Hernández M, Bernal-González A, Peña-Ayala A, Hernández-González L, Pineda-Villaseñor C, Gutiérrez M

Instituto Nacional de Rehabilitación

**Introducción:** Las redes de apoyo social juegan un papel determinante para lograr la mejoría o restablecimiento de salud del paciente. Cabe destacar que para la realización de intervenciones para pacientes o grupos de pacientes es importante diagnosticar las redes de apoyo con que cuentan, especialmente el apoyo familiar percibido. Dentro del contexto social y antropológico, un individuo que cuenta con apoyo efectivo durante un proceso patológico crónico o desencadenante de discapacidad demuestra mayor apego terapéutico y capacidad de autocuidado.

**Objetivo:** Identificar los factores frecuentes de apoyo social efectivo según la percepción de pacientes con enfermedad reumatólogica.

**Metodología:** La muestra constó de 105 pacientes reumatólogicos que fueron elegidos por selección intencionada a los cuales se les aplicó la escala de Barthel para determinar la discapacidad física y el cuestionario MOS para valorar el apoyo familiar en atención primaria, ambos en versiones autoaplicables (validadas). El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS V15.

**Resultados:** Del total de los encuestados se pudo identificar una media de edad de 49 años con una distribución por género de 99% femenino. De acuerdo con el tipo de enfermedad reumatólogica se encontró: 57% con artritis reumatoide, 27% fibromialgia y 17% osteoartritis. Se refirió una actividad económica sólo en 40%, de los que 20% alcanza a cubrir sus necesidades básicas con el apoyo de familiares. Por otro lado, 85% de los pacientes refiere que su estado de salud no es bueno actualmente; dicho punto se relaciona con la determinación de dependencia moderada en un 80% de los casos, 15% dependencia mínima y sólo 5% dependencia intensa. En cuanto al apoyo social, total efectivo con 20% (óptimo) y 80% apoyo afectivo y confidencial (considerado como escaso apoyo).

**Conclusiones:** Dentro del marco de la discapacidad se encuentran distintos factores determinantes para la mejora de la calidad de vida del paciente tomando en cuenta aspectos individuales y características propias del padecimiento actual, así como el apoyo social percibido por los pacientes durante el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

## C263

### Síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes. Serie de casos asociados a prótesis mamaria de silicón

Vera-Lastra O<sup>(1)</sup>, Torres- Olivas NE<sup>(2)</sup>, Cruz-Domínguez MP<sup>(1)</sup>, Medina-García G<sup>(1)</sup>, Sepúlveda Delgado J<sup>(1)</sup>, Jara LJ<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, <sup>(2)</sup>Universidad Autónoma de Sinaloa

**Introducción:** El síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) engloba cuatro entidades: síndrome posvacunal, síndrome miofasciático-macrofágico, síndrome guerra del Golfo y silicosis. ASIA se desencadena por sustancias que actúan como adyuvante e incrementa la respuesta inmune como el silicón. La silicosis se ha considerado biológicamente inerte; sin embargo, se han descrito trastornos autoinmunes después de la rotura del implante

**Objetivo:** Informar la frecuencia de enfermedades autoinmunes asociadas al implante mamario de silicón en paciente con ASIA.

**Pacientes y método:** Se estudiaron pacientes con síndrome ASIA de una cohorte de 100 durante el periodo de 2011 a 2016 con los siguientes criterios: ASIA según los criterios de Schoenfeld, antecedentes de implantes mamarios de silicón y criterios para algunas enfermedades autoinmunes: lupus eritematoso, artritis reumatoide, esclerosis sistémica. Se excluyeron pacientes que tuvieran antecedentes de inyección de algún tipo de aceite con fines de modelación.

**Resultados:** Fueron 15 pacientes mujeres con edad promedio de 42 ± 15.3 años y tiempo promedio de evolución de 7 ± 4.3 años. Las enfermedades autoinmunes fueron: esclerosis sistémica: 4, artritis reumatoide: 3, síndrome de Sjögren: 2, lupus eritematoso sistémico 1, enfermedad de Still 1, artritis de Takayasu 1, síndrome indiferenciado: 1, síndrome anticuerpos antifosfolípidos: 1, y enfermedad de von Willebrand: 1; además, de forma concomitante fibromialgia reumática en 2 casos e hipotiroidismo autoinmune en 1 paciente.

**Conclusión:** Todas las pacientes con prótesis mamaria de silicón cumplieron criterios para ASIA, además de para enfermedad autoinmune asociada al implante mamario de silicón.

## C264

### Esclerosis sistémica sin esclerodermia en pacientes mexicanos. Serie de casos

Vera Lastra O<sup>(1)</sup>, Saucedá-Casas CA<sup>(2)(3)</sup>, Cruz-Domínguez MP<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mourié, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, <sup>(2)</sup>Universidad Autónoma de Sinaloa, <sup>(3)</sup>Academia Mexicana de la Ciencia

**Introducción:** La esclerosis sistémica sin esclerodermia (ESse) es una forma de esclerosis sistémica caracterizada por fenómeno de Raynaud (FR), afección visceral sin endurecimiento de la piel y anticuerpos anti-centrómicos (AAC). Su prevalencia es de 2 a 10%.

**Objetivo:** Informar prevalencia, órganos afectados y perfil de autoanticuerpos en pacientes mexicanos con ESse.

**Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel con una cohorte de 500 pacientes durante 10 años. Criterios de inclusión: pacientes sin esclerosis cutánea y con las manifestaciones siguientes: 1) FR o equivalentes úlceras en pulpejos o alteraciones capilaroscópicas, 2) anticuerpos antinucleares (ANA) positivos, 3) manifestaciones viscerales: esofágica, pulmonar, cardíaca y renal, y 4) sin ninguna otra enfermedad del tejido conjuntivo. Se efectuaron estudios para investigar la afección de órganos (endoscopia de tubo digestivo, tomografía de alta resolución de pulmón y ecocardiograma, entre otros). Se realizó ANA, AAC y anticuerpos extraíbles del núcleo: anti-topoisomerasa.

**Resultados:** Fueron 10 pacientes, edad promedio 49.6 ± 14.1 años, evolución promedio de la enfermedad 8.8 ± 5.4 años y retraso en el diagnóstico

2.6 ± 1.5 años. La prevalencia fue de 2%. Manifestaciones clínicas: FR 9/10, afección esofágica 8/10, pulmonar 4/10 con neumopatía intersticial (NI), hipertensión arterial pulmonar (HAP) 5/10, afección cardíaca 3/10 con disfunción diastólica del ventrículo izquierdo. Se encontraron ANA positivos (títulos 1:320-1 280, 3 patrones nucleolares), anti-SCle-70 en un paciente y AAC en 8/10 pacientes.

**Conclusión:** En pacientes con FR, dismotilidad esofágica, NI, HAP y AAC se debe investigar la presencia de ESse y establecer un diagnóstico y un tratamiento oportunos.

## C265

### Liperoxidación y enzimas antioxidantes en aneurismas de aorta torácica del síndrome de Loeys Dietz

Soto-López ME, Herrera V, Gamboa-Ávila R, Huesca-Gómez C, Pérez-Torres I

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Introducción:** En el síndrome de Loeys-Dietz (SLD), los aneurismas aórticos se relacionan con mutaciones en los genes SMAD3, TGFB2, TGFBR1 y TGBR2, en el SM con el gen FBN-1 y participa el estrés oxidante, lo cual se desconoce en SLD.

**Objetivo:** Analizar algunas de las enzimas antioxidantes que participan en el estado redox en el tejido aórtico de pacientes operados con SLD.

**Material y métodos:** Un total de 5 con SLD y 5 controles (C). Se determinó actividad de glutatión reductasa (GR), glutatión-S transferasa (GST), glutatión peroxidasa (GPx), liperoxidación (LPO), glutatión reducido (GSH) y glutatión oxidado (GSSG), actividad de catalasa (CAT), superóxido dismutasa cobre-zinc (SOD Cu-Zn), manganeso (Mn) y expresión de sintasa de óxido nítrico endotelial (eNOS).

**Resultados:** Sistema antioxidante no enzimático, GPx, GST y relación GSH/GSSG, disminuidas en SLD vs. C (p = 0.001); SOD Cu-Zn, Mn y GR incrementadas en SLD vs. C (p = 0.003); CAT y eNOS disminuidas en SLD vs. C; LPO incrementada en SLD vs. C.

**Conclusiones:** En SLD, el daño estructural conlleva a disfunción endotelial e incremento de actividad de SOD Cu-Zn y Mn. Esto aumenta la formación de especies reactivas de oxígeno (ERO), que no son eliminadas porque la actividad de CAT y GPx están disminuidas, lo que favorece que el índice GSH/GSSG disminuya y limite la actividad de GPx y GST que utilizan el GSH como sustrato. El incremento de la GR no restablece la concentración del GSH y se refleja en la disminución de la capacidad antioxidante total y el aumento de la LPO que favorece ERO.

## C266

### Encefalitis por anti-NMDAR, padecimiento neuro-reumatológico de reto diagnóstico y terapéutico de inducción y mantenimiento

Ramos-Bello D, Luna-Zúñiga TA, Rangel-Botello AN, Martínez-Flores G, Aguilera Barragán-Pickens G, Martínez AJP, Bravo-Oro A, Abud-Mendoza C

Hospital Central Ignacio Morones Prieto y Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí

**Introducción:** La encefalitis por anticuerpos contra NMDAR es un padecimiento neuropsiquiátrico autoinmune descrito recientemente que afecta predominantemente a niños y adultos jóvenes. Conlleva una constelación de síntomas que pueden comprometer la vida, como convulsiones de difícil

control, necesidad de cuidados ventilatorios o rabdomiólisis. La evolución puede ser devastadora, por lo que el diagnóstico y el tratamiento oportunos son imperativos. Describamos la evolución de pacientes bajo terapia de mantenimiento con metotrexato.

**Objetivo:** Describir las características y evolución de pacientes con encefalitis anti-NMDAR.

**Método:** Estudio de cohorte observacional prospectivo.

**Resultados:** Evolución de 10 pacientes: edad promedio 7 años (0.8-12), 6 mujeres; 9 tuvieron crisis convulsivas tónico-clónicas generalizadas y 1 focales; todos con alteraciones en el ciclo sueño-vigilia y agresividad; 50% presentó fiebre. Todos con anti-NMDAR y 50% cursó con pleocitosis en el LCR. Ninguno tuvo asociación con neoplasia. El promedio de estancia hospitalaria fue de 52 días, 2.3 días en terapia intensiva. Recibieron tratamiento inmunomodulador con dosis altas de glucocorticoides, ciclofosfamida, inmunoglobulinas IV y rituximab; todos reciben tratamiento de mantenimiento con metotrexato, 10 mg/m<sup>2</sup>/semana. Ninguno ha presentado recaídas ni eventos adversos graves por lo menos a 1 año de seguimiento.

**Conclusiones:** La encefalitis NMDAR resulta un reto de diagnóstico y tratamiento. En el diagnóstico diferencial destacan vasculitis sistémica y aislada cerebral, así como enfermedades difusas del tejido conectivo, entre otras. Estudios previos mencionan riesgo de recaída en 12%, habitualmente grave, ante lo que el uso de inmunomoduladores en periodo de mantenimiento resulta indispensable. Nuestro grupo apunta la literatura mundial con metotrexato como terapia de mantenimiento, con aparentes buenos resultados.

## C267

### Asociación de niveles séricos de osteonectina, osteopontina, óxido nítrico y TGF-β con calcinosis cutis en esclerodermia

Carranza-Muleiro RA<sup>(1)(2)</sup>, Cruz-Domínguez MP<sup>(3)</sup>, Manuel-Apolinar L<sup>(4)</sup>, Vázquez-Martínez AL<sup>(4)</sup>, Reséndiz-Albora AA<sup>(2)</sup>, García-Collinot G<sup>(3)</sup>, Jara-Quezada LJ<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, <sup>(2)</sup>Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, <sup>(3)</sup>División de Investigación en Salud, Hospital de Especialidades, Centro Médico La Raza IMSS, <sup>(4)</sup>Unidad de Investigación de Endocrinológicas, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

**Introducción:** La esclerosis sistémica (ES) se caracteriza por fibrosis, autoinmunidad y vasculopatía; se clasifica en subtipos difusa (ESd) y limitada (ESI). Más de 35% de los pacientes desarrolla calcinosis. Calcio, fósforo, paratohormona, vitamina D, TGF-β, óxido nítrico y proteínas osteonectina y osteopontina participan en la mineralización.

**Objetivo:** Comparar las concentraciones de osteonectina (ON), osteopontina (OP), TGF-β, óxido nítrico (NO), paratohormona (PTH), vitamina D y minerales en ES con y sin calcinosis.

**Material y métodos:** Estudio transversal en pacientes con ES (criterios ACR). Cuantificamos OP, ON, TGF-β, ON, calcio, fósforo, PTH y vitamina D en suero por ELISA. Realizamos estadística descriptiva, t de Student y correlación de Pearson (significancia p < 0.05) en programa SPSSv21.

**Resultados:** Incluimos 71 pacientes: edad 52.94 (± 11.47); 28 (40%) con calcinosis (18 ESd/10 ESI) y 43 (60%) sin calcinosis (13 ESd/30 ESI). Los parámetros bioquímicos fueron similares entre los dos grupos. En toda la población, entre más alto fue el incremento de PCR mayor fue el de TGF-β (r = 0.41, p = 0.042) y menor el nivel de calcio sérico (r = -0.47, p = 0.021); ON se incrementó en relación directa con OP (r = 0.3, p = 0.014) y la vitamina D tuvo una correlación negativa con el tiempo de evolución: la concentración de vitamina D fue menor entre mayor era el tiempo de evolución de la ES (r = -0.28, p = 0.025); el ON incrementó en relación directa con la creatinina sérica (r = 0.039, p = 0.006) (**Tabla 1**).

**Conclusiones:** Los pacientes con mayor tiempo de evolución de ES tienen menos vitamina D sérica y aquellos con mayor inflamación (PCR elevada) tienen mayor TGF-β, un potente inductor de fibrosis.

**Tabla 1**

Características demográficas	Calcinosis n=28	Sin calcinosis n=43	P50.005
Edad (años), media (± DE)	53.26 ± 12.3	52.7 ± 10.99	0.412
Sexo F, M n	26/2	41/2	0.656
Evolución (años), media (± DE)	14.72 ± 9.27	10.95 ± 9.15	0.765
Subtipo clínico, n			
Difuso	17	12	0.06
Limitado	5	24	
<b>Hallazgos de laboratorio</b>			
25 (OH) vitamina D (mg/dl), mediana (P25.75)	16.05 (5.91-24.94)	14.05 (6.16-21.57)	0.50
Hipovitaminosis, n	27	35	0.63
Deficiencia	9	7	0.152
Calcio (mg/dl), media ± EE	45.14 ± 35.95	102.55 ± 20.04	0.59
Fósforo (mg/dl), media ± EE	6.55 ± 1.90	117.47 ± 59.19	0.191
PTM, media ± EE	57.59 ± 26.91	46.05 ± 20.34	0.533
Osteonectina (mg/dl), media ± DE	135.27 ± 55.01	2.25 ± 1.56	0.363
Osteopontina (mg/dl), media ± DE	47.23 ± 19.61	46.05 ± 20.34	0.593
TGF-β (mg/dl), media ± DE	1.90 ± 1.56	2.25 ± 1.56	0.307

## C268

### Análisis de la expresión del RNAm de los genes FBN-1, TGFBR1 y TGFBR2 en el tejido aórtico de pacientes con síndrome de Marfan y su correlación con el diámetro del aneurisma y/o disección aórtica

Soto-López ME, Rodríguez-Brito M, Huesca-Gómez C, Gamboa-Ávila R, Pérez-Torres I, Hernández I, Martínez H, Herrera V

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**Introducción:** En síndrome de Marfan (SM) se han detectado más de 1 800 mutaciones del gen FBN1, algunas asociadas con manifestaciones clínicas leves, graves con aneurismas o de neonatos. La disección aórtica ocurre en 6/100 000 en la población general y está incrementada en SM. Dentro de la patogénesis se ha encontrado desregulación de la expresión del RNAm del gen FBN1, lo que puede explicar la variabilidad clínica o ser un mecanismo implicado en el daño aórtico.

**Objetivo:** Analizar la expresión del RNA mensajero (RNAm) de los genes FBN1, TGFBR1 y TGFBR2 en el tejido de pacientes con SM candidatos a cirugía y correlacionar con el diámetro aórtico.

**Material y métodos:** Se obtuvo tejido aórtico de pacientes con SM que requerían cirugía y que cumplían criterios y de un grupo control, de ambos sexos sin cirugía previa. El tejido se homogenizó, se extrajo RNA total con reactivo Tripure™ (Roche Molecular Biochemicals) siguiendo el protocolo del kit High Capacity cDNA Reverse Transcription (Applied Biosystem). Expresión génica de FBN1 (Hs00171191\_m1), TGFBR1 (Hs00610320\_m1), TGFBR2 (Hs00234253\_m1) de humanos y 18srRNA.



**Resultados:** 14 pacientes con SM y 10 controles, edad  $30 \pm 6$  y  $58 \pm 11$ ; expresión del mRNA/FBN1, mRNA/TGFBR1 y mRNA/TGFR2 fue de 28.5, 4.9 y 2.7 vs. 17.84, 0.82 y 2.2 con  $p = 0.06$ ,  $p = 0.03$  y  $p = NS$ , respectivamente.

**Conclusión:** Los RNAm de los genes FBN1, TGFBR1 y TGFBR2 están incrementados en pacientes con SM con dilatación aortica. Se requiere identificar el tipo de interacción con otras vías y el tipo de mutación ligada al fenotipo específico.

**C269**

**Prevalencia de aterosclerosis subclínica en pacientes con lupus eritematoso sistémico determinado por ultrasonido carotídeo en el Hospital General Naval de Alta Especialidad**

Alonso-Martínez D<sup>(1)</sup>, Muñoz-López S<sup>(2)(3)</sup>, Galaviz-Pérez RA<sup>(1)</sup>, Alvarado-Romano V<sup>(1)</sup>, Hernández-Sandoval S<sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General Naval de Alta Especialidad y Escuela de Posgrados de Sanidad Naval, <sup>(2)</sup>Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, <sup>(3)</sup>Escuela Médico Naval, <sup>(4)</sup>Instituto Nacional de Cardiología

**Introducción:** En el lupus eritematoso sistémico hay un estado proinflamatorio y con ello aterosclerosis acelerada. Existe una prevalencia de placa carotídea de 37% con riesgo de cinco veces más de eventos cardiovasculares (CV).

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de aterosclerosis subclínica en LES por ultrasonido carotídeo.

**Material y métodos:** Estudio de prevalencia en pacientes con LES del Hospital General Naval de Alta Especialidad en relación con un grupo control. Se estudiaron factores de riesgo CV tradicionales modificables y no modificables así como los relacionados con LES. El grosor de íntima media (GIM) se evaluó en tres segmentos carotídeos bilaterales. Se calculó prevalencia de aterosclerosis carotídea en pacientes con lupus y un grupo control.

**Resultados:** 130 sujetos, 50 con LES y 80 control, media de edad 49 años; 37 sujetos con aterosclerosis subclínica, 14 pacientes (28%) para el grupo con LES y 23 pacientes (28.8%) para grupo control. La razón de prevalencia de aterosclerosis carotídea subclínica en LES respecto a grupo control fue 0.974 ( $p = 0.927$ ). En el análisis de pacientes con LES no se observaron diferencias significativas en cuanto a variables demográficas o clínicas (Tabla 1). Se observó que quienes tuvieron aterosclerosis carotídea mostraron una frecuencia más alta de DM2 ( $p = 0.023$ ), elevación de PCR ( $p = 0.007$ ) y de VSG ( $p = 0.009$ ). Sin embargo, en el análisis bivariado no se comprobaron estas diferencias.

**Conclusiones:** Nuestro estudio encontró una prevalencia de aterosclerosis carotídea de 28% en LES. Nuestros pacientes fueron más jóvenes y con menor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular que el grupo control, lo que apoya la posibilidad de un factor de riesgo no identificado relacionado con LES que compensaría la presencia de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales.

**Tabla 1**

Variables cuantitativas	Con aterosclerosis carotídea (n = 14)	Sin aterosclerosis carotídea (n = 36)	p	Potencia estadística cuando p < 0.05
Edad	44.1 años	39.1 años	0.308	-
Tiempo de evolución del LES	11.25 años	7.56 años	0.332	-
MEXLEDAI	4.71	2.53	0.230	-
C3	98.13	107.44	0.383	-
C4	20.57	27.1	0.276	-

PCR nivel sérico	1.26	0.59	0.185	-
VSG nivel sérico	31.57	16.72	0.047	52.3

**C270**

**Vasculitis intestinal de repetición en lupus eritematoso sistémico. Reporte de dos casos y revisión de la literatura**

Alonso-Martínez D<sup>(1)(2)</sup>, Muñoz-López S<sup>(3)</sup>, Galaviz-Pérez RA<sup>(1)(3)</sup>, Domínguez-Sandoval ZN<sup>(1)</sup>, Sáenz-Castro M<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General Naval de Alta Especialidad, <sup>(2)</sup>Escuela de Posgrados de Sanidad Naval, <sup>(3)</sup>Hospital Ángeles del Pedregal

**Introducción:** La vasculitis intestinal es una de las complicaciones más graves del lupus eritematoso sistémico (LES), con una prevalencia de 0.2 a 2%. Es inusual que constituya el síntoma de inicial de un LES. Puede provocar isquemia intestinal severa complicada con hemorragia, ulceraciones e incluso perforaciones, con una mortalidad de hasta 50%. El diagnóstico precoz y el tratamiento son cruciales para evitar estas complicaciones. La tomografía de abdomen con contraste se considera la herramienta no invasiva más sensible y específica para el diagnóstico. Los principales factores de mal pronóstico para recidiva son un engrosamiento de la pared intestinal de más de 8 mm, actividad persistente y altas dosis de esteroide, como en nuestro segundo caso.

**Caso 1:** Femenino de 36 años con diagnóstico de LES en 2003, con afección mucocutánea, articular, hematológica y vasculitis intestinal; manejo con antipalúdicos, esteroides y ciclofosfamida (CFM) en remisión hasta julio 2015, cuando acude con dolor abdominal, linfopenia e hipocomplementemia. Ultrasonido abdominal con datos de ascitis. Tomografía abdominal: reporte de engrosamiento de pared con edema de submucosa en intestino delgado (Figura 1). Se agrega hemorragia pulmonar. Se da manejo con metilprednisolona, plasmaféresis y ciclofosfamida con respuesta adecuada a tratamiento.

**Caso 2:** Femenino de 37 años con diagnóstico de LES en 2014, con manifestaciones mucocutáneas, serositis; manejo con esteroides y antipalúdicos llegando a remisión. En enero 2015, serositis, linfopenia, trombocitopenia y vasculitis intestinal manejada con esteroides y CFM. En junio de 2016, manifestaciones mucocutáneas, articulares, linfopenia, anemia e hipocomplementemia; se ajustó dosis de esteroide. Una semana después, dolor abdominal el cual fue incrementándose, acompañado de náusea y vomito. Tomografía de abdomen: reporte líquido en cavidad, edema submucosa de colon. Se inició manejo con metilprednisolona, CFM, gammaglobulina; se complicó con peritonitis.

**Discusión:** 50% de pacientes con LES puede desarrollar manifestaciones gastrointestinales (GI). La prevalencia de vasculitis intestinal es 0.2 a 2%, afecta cualquier parte del tracto GI y se complica con enterocolitis, perforación y peritonitis; la mortalidad es de 50%. En la literatura sólo hay reportes de casos de vasculitis intestinal de repetición; se estima una prevalencia de 29% del total de los pacientes con vasculitis intestinal previa. Los principales factores de mal pronóstico para recidiva son un engrosamiento de la pared intestinal de más de 8 mm, actividad persistente y altas dosis de esteroide como en nuestro segundo caso.

**Figura 1**



C271

**Pioderma gangrenoso refractario, revisión de la bibliografía y recomendaciones para su tratamiento**

Muñoz-Monroy OE, Aguilar-Manuel MX, Rincón-Pérez C, Mora-Mendoza I, Rodríguez-Jiménez Anguiano LL

Hospital Central Militar

**Introducción:** El pioderma gangrenoso (PG) es una dermatosis neutrofílica rara que se presenta como un trastorno inflamatorio y ulcerativo de la piel. La forma más común es una pápula o pústula inflamatoria que progresa a una úlcera dolorosa con fondo purulento y halo eritemato-violáceo.

**Presentación de casos: Caso clínico 1.** Mujer de 58 años con diagnóstico clínico e histopatológico compatible con PG en extremidades inferiores. Tuvo tratamiento con glucocorticoides, azatioprina, anti-TNF (infliximab, adalimumab) y micofenolato de mofetilo; resistente a tratamiento de primera línea. Recibió manejo adicional con cámara hiperbárica, antibióticos de amplio espectro e inmunoglobulina. Evolución tórpida por colonización con *Pseudomonas aeruginosa*, ameritó amputación de extremidad afectada, sin embargo progresó a choque séptico y defunción.

**Caso clínico 2.** Hombre de 30 años con dermatosis caracterizada por lesiones pustulares, ulcero-costrosas aditivas en extremidades inferiores y superiores, tronco y región facial; diagnóstico clínico e histopatológico compatible con PG. Recibió tratamiento con glucocorticoides a dosis óptimas,

presentó recaída y progresión de las lesiones con datos de sobreinfección (*Klebsiella oxytoca*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*). Ameritó manejo con antibióticos específicos, anti-TNF (etanercept, infliximab), inmunoglobulina, cámara hiperbárica y curación de heridas. Se encuentra en seguimiento con adecuada respuesta clínica (**Figura 1**).

**Discusión y conclusión:** No existen guías definitivas para el manejo de pacientes con PG. El tratamiento se basa en estudios pequeños no controlados y la experiencia clínica; generalmente se requiere el uso de uno o más agentes inmunomoduladores tópicos o sistémicos. El algoritmo de tratamiento actual revisado se muestra en la **Tabla 1**.

Figura 1



Tabla 1 (C271)

Tratamiento 1ª línea	Tratamiento 2ª línea	Tratamiento de la enfermedad refractaria	Medidas locales	Cirugía	Otras terapias
Glucocorticoides sistémicos 0.5-1.5 mg/kg/día (orales e intravenosos)	Inhibidores del factor de necrosis tumoral (infliximab 5 mg/kg)	Inmunoglobulina intravenosa	Solución salina estéril y soluciones antisépticas	Controversial; sólo se considera en casos selectos, limitada a periodos de buen control y uso de terapia sistémica concomitante	Oxígeno hiperbárico
Ciclosporina (4-5 mg/kg)	Otros anti-TNF (adalimumab 40 mg/semana o 40 mg cada 2 semanas, etanercept 25-50 mg dos veces por semana)	Agentes alquilantes (ciclofosfamida, clorambucilo)	Parches absorbivos (alginato) para evitar maceración de los tejidos	Desbridación gentil	Agentes tópicos: cromoglicato de sodio, nicotina, peróxido de benzóilo, ácido 5-aminosalicílico, mostaza nitrogenada, factor de crecimiento derivado de plaquetas
Azatioprina (100-300 mg/día)			Evitar aplicación de sustancias cáusticas (nitrato de plata)	Injertos cutáneos	Agentes sistémicos: clofazimina, colchicina, doxiciclina, interferón alfa, melfalán, mercaptopurina, metronidazol, potasio yodado, sulfasalazina, tacrolimus, talidomida, ustekinumab, canakinumab, certolizumab pegol, golimumab
Micofenolato de mofetilo (2-3 g/día)			Óxido de zinc como barrera protectora	Injertos cutáneos de espesor parcial con presión negativa	Aféresis de leucocitos
Metotrexato (10-30 mg/semana)			Corticoesteroides (clobetasol 0.05%) e inhibidores de calcineurina (tacrolimus (0.03-0.3%, pimecrolimus 1%) tópicos	Aplicación de autoinjertos de queratinocitos obtenidos por bioingeniería	Plasmaféresis
Dapsona (50-200 mg/día)			Triamcinolona intralesional	Cultivos dérmicos alogénicos	
Minociclina (100 mg dos veces al día)					

C272

### Enfermedad de Behçet y su respuesta a terapia anti-TNF

De la Garza D<sup>(1)</sup>, Rojas-Pacheco O<sup>(2)</sup>, De la Garza O<sup>(1)</sup>, Ramírez-Blanco JV<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital General de Zona 11, <sup>(2)</sup>Hospital de Ginecopediatría 7, <sup>(3)</sup>Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

**Introducción:** La enfermedad de Behçet (EB) es un trastorno inflamatorio sistémico, crónico y recidivante que se ubica en la "border line" de las enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias. La variedad en su presentación clínica nos habla de los múltiples tratamientos a utilizar.

**Presentación de caso:** Masculino de 26 años de edad que inició cuadro clínico con lesiones cutáneas en tronco y miembros inferiores con diagnóstico de foliculitis y recibió múltiples tratamientos por parte de Dermatología. Un año después presenta uveítis bilateral, trombosis de miembro pélvico derecho, eritema nodoso y úlcera escrotal; se realiza protocolo de estudio, que reporta serología negativa, reporte de biopsia con vasculitis. Se inició manejo con pulsos de ciclofosfamida (6 ciclos) y metilprednisolona con buena respuesta, con posterior terapia de sostén a base de azatioprina. Recaída con cuadro de uveítis, úlceras orales y ataque al estado general; se ajusta tratamiento con metotrexato con mejoría a nivel ocular, pero con afección mucocutánea importante. Se añade talidomida a la terapia sin lograr buena respuesta. Se agregan lesiones ulcerosas en miembros inferiores; se realizan ajustes en esquemas de tratamiento pero con poca tolerancia gastrointestinal a ácido micofenólico y sin tolerancia a ciclosporina por cefalea. Se inicia protocolo para terapia anti-TNF tipo adalimumab, 40 mg SC cada 15 días, con buena respuesta clínica con resolución de úlceras cutáneas. Laboratorios: ANA negativos, FR negativo, anti-Smith negativo, P y C ANCA negativos, AL negativo y anticardiolipinas negativas.

**Discusión:** En la actualidad la terapéutica para pacientes con EB ha avanzado, al igual que la mayor comprensión de su fisiopatología. Lo que conocemos sobre los agentes biológicos como indicación para EB se basa principalmente en reporte de casos; la mayoría de ellos indicados en pacientes con afección ocular, SNC y gastrointestinal. En el caso de nuestro paciente, su mayor afección era cutánea y presentó una respuesta muy favorable tras el empleo de terapia biológica, la cual hasta la fecha lo ha mantenido en remisión.

Figura 1.



C273

### Lupus eritematoso sistémico debutando con mielitis longitudinal aguda, una entidad poco frecuente

Reyes-Rueda J, Martínez-Bonilla G, Cerpa-Cruz S, Gutiérrez-Ureña S, Gómez-López CE, De la Cruz-Rodríguez KI, García Osuna KM, González-Díaz V

Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

**Objetivo:** Reportar un caso con lupus eritematoso sistémico (LES) y mielitis longitudinal como expresión clínica inicial.

**Caso clínico:** Femenino de 32 años con antecedente tres embarazos normo-evolutivos y uso de anticonceptivos orales 6 años. Cuadro clínico: cefalea, disminución de agudeza visual y diplopía, disminución de la fuerza de las piernas y retención urinaria. EF: úlceras en paladar duro, parálisis VI par craneal ojo derecho, fuerza muscular 1/5 y ROT 0/4, sensibilidad superficial y propiocepción conservada en extremidades inferiores. Laboratorio: Hb 8.1, leucocitos 2.06, linfocitos 11.4%, plaquetas 212 000, procalcitonina 0.9, VSG 16, PCR 139, C3 56, C4 8, Coombs directo +++, proteinuria 24 horas 990 mg; LCR normal, ANA 1:1280 granular, anti-DNA y perfil de SAF negativos, anticuerpos antineurona+ con neurofilamentos. Aspirado MO sin enfermedad hematológica primaria. Biopsia MO hipocelular con hipoplasia linfocítica. Biopsia renal: nefropatía lúpica clase II. TAC de cráneo normal. RMN: neuroeje con lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR desde C6 hasta como medular, compatible con mielitis longitudinal extendida.

**Discusión:** El LES neuropsiquiátrico manifestado inicialmente como mielitis longitudinal es infrecuente (< 1%), se considera una de las causas de mayor mortalidad y puede ser agudo o subagudo; en esta paciente fue agudo. Debe sospecharse con cuadros clínicos de meningitis, paraparesia o paraplejía. Los anticuerpos antineurona son parte de la patogenia y el diagnóstico. El tratamiento inicial es importante para el pronóstico y se basa en pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida o plasmáferesis y rituximab en casos refractarios o de respuesta deficiente. Se espera resolución simultánea clínica y por RMN a las 3 semanas; sin embargo, nuestra paciente no tuvo adecuada respuesta.

C274

### Tuberculosis hepática primaria asociada a FARME biológico en una paciente con artritis reumatoide

Gurza-Jaime A, Díaz-Ceballos Moreno MA

Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro

**Introducción:** El uso de anti-TNF- $\alpha$  se asocia con infecciones y tuberculosis (TB); el riesgo de TB es tres a cuatro veces mayor con infliximab y adalimumab vs. etanercept.

Se han propuesto varios mecanismos como responsables del riesgo de TB. La tuberculosis hepática primaria es poco frecuente, las estadísticas son escasas y el diagnóstico es difícil.

**Presentación:** Mujer de 64 años; padre finado por TB, madre por cáncer de mama. AR de 10 años tratada con FARME sintético y biológico anti-TNF, fibromialgia secundaria, HAS de 8 años. PA: mayo 2016, 1 mes de evolución, fiebre 39.9°C, ataque al estado general, sudoración nocturna y pérdida de peso de 10 kg. SV: TA 130/80, FC 99X, temp. 37.9°C, peso 65 kg, talla 1.60. DAS 28: 4.7. Hepatoesplenomegalia dolorosa. TGO 346 U/L, TGP 349 U/L, DHL 914 U, FA 720 IU/L, GGT 929 U/L, panel de hepatitis negativo, VIH negativo, marcadores tumorales (-). Se protocolizó por FOD y sospecha de TB, BAAR en orina, expectoración y cuantiferón negativos. TAC de tórax: nódulo pequeño, calcificado, en base izquierda. USG:



enfermedad hepática difusa; persistiendo con fiebre. Biopsia hepática en junio: hepatitis granulomatosa compatible con tuberculosis. En septiembre se iniciaron antifímicos hasta la fecha. Al momento sin fiebre, con antifímico.

**Discusión:** Debemos considerar diferentes posibilidades diagnósticas para detectar tuberculosis, incluyendo procedimientos invasivos, ya que las pruebas convencionales pueden ser insuficientes para el diagnóstico y tratamiento oportuno de TB en pacientes tratados con anti-TNF- $\alpha$ .

## C275

### Cirrosis biliar primaria y dermatomiositis. Una rara asociación

Armenta-González AE, Garza-Alpírez A, Eguía-Bernal M, Galarza-Delgado DA, Garza-Elizondo M

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León

**Introducción:** Uno de cada tres pacientes con cirrosis biliar primaria (CBP) tiene otra enfermedad autoinmune extrahepática. El síndrome de Sjögren es la condición asociada más común (50-100%), después la esclerodermia sistémica (5-15%) y, menos frecuente, la artritis reumatoide (9.9%).

**Presentación de caso:** Mujer de 44 años con debilidad muscular proximal simétrica de 2 meses de evolución, dermatosis típica en piel, tos seca, ictericia, coluria y acolia. Laboratorios: trombocitopenia leve 128 000/mm<sup>3</sup>, linfopenia 662/mm<sup>3</sup>, bilirrubina directa 4.2 mg/Dl, indirecta 2.3 mg/Dl, FA 315 IU/L, GGT 283 IU/L, AST 1 708 IU/L, ALT 658 IU/L y CPK 1 178 IU/L. ANA hep2 1:2 560 citoplásmico granular, anti-mitocondriales por IFI 1:1 280. Serología para hepatitis A, B y C negativa, perfil tiroideo normal, inmunoglobulina G normal. Electromiografía con actividad de inserción aumentada, fibrilación espontánea y potenciales de baja amplitud. Resonancia magnética de muslos con áreas de inflamación muscular. Tomografía de tórax de alta resolución con pequeñas áreas con vidrio despolido de predominio subpleural (menos de 10%), bronquiectasias escasas y engrosamiento de los septos basal. Espirometría FVC 70, FEV1 73%, relación 105%, DLCO 62%. Paciente cumple con criterios de clasificación para dermatomiositis (DM): debilidad muscular proximal simétrica, lesiones dérmicas típicas, elevación enzimas de musculares y electromiografía compatible. También criterios de CBP: elevación FA y anti-mitocondriales positivos.

**Discusión:** La superposición entre CBP y miopatías inflamatorias es rara; hasta donde sabemos, existen sólo 2 reportes con DM. Algunas enfermedades autoinmunes se asocian con CBP debido a un mecanismo autoinmune compartido. En nuestro caso creemos que puede existir disfunción mitocondrial a nivel hepático y muscular.

## C276

### Paciente con proptosis secundaria a granulomatosis con poliangeítis (GP) refractaria a tratamiento médico-quirúrgico

Damián-Ábrego GN, Hernández-Huirache HG, Ventura-Molina CV, Andrade-Zárate OD, Aguilera-Ortega DN

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

**Introducción:** La GP es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta vasos de pequeño y mediano calibre; la característica anatomopatológica es la presencia de granulomas necrosantes. Involucra diversos órganos, con afectación del ojo hasta en una tercera parte de los casos.

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente con GP con manifestación ocular refractaria a tratamiento.

**Caso clínico:** Mujer de 50 años que inició 9 meses previos a su ingreso con rinorrea persistente fétida, cambios en el tono de la voz y congestión nasal; recibió múltiples antibióticos sin mejoría. Se realiza tomografía de cráneo que demuestra lesión en pared media de órbita izquierda con extensión y destrucción de la pared medial de la misma, así como del antro maxilar ipsilateral, y engrosamiento difuso de la mucosa. Se tomó biopsia, que demostró lesión inflamatoria granulomatosa con vasculitis y necrosis, serología con C-ANCA: 28.4 U/mL, P-ANCA, factor reumatoide, ANA negativo, PCR: 30 mg/L, VSG: 65 mm/hora, creatinina: 0.7 mg/dL, Hb: 12.9 g/dL, plaquetas: 525 000/mm<sup>3</sup> y leucocitos: 9 080/mm<sup>3</sup>. Se concluyó GP fue hospitalizada y se complementó radiografía de tórax sin cavitaciones ni nódulos, sedimento urinario normal. Se inicia manejo con metilprednisolona, 1 000 mg, intravenosa tres dosis, y ciclofosfamida intravenosa mensual. Después de 2 meses presentó dolor ocular izquierdo con cefalea frontal ipsilateral, diplopía horizontal. A la exploración física destaca ojo izquierdo con proptosis, limitación de las versiones y duciones del ojo izquierdo en todas las direcciones, conjuntiva bulbar nasal hiperémica y zonas de adelgazamiento escleral, fondo de ojo cambios pigmentarios en fóvea y disminución del brillo foveal. Se documenta neuropatía óptica, se decide tratamiento quirúrgico descompresivo de la órbita con etmoidectomía, con éxito parcial. Después de seis dosis mensuales de ciclofosfamida y ante la persistencia de la sintomatología se decide manejo con rituximab, 1 000 mg dosis basal, y a las 2 semanas sin mejoría. Se exagera proptosis, se agrega pérdida de la visión; por imagen lesión infiltrante que ocupa el espacio extra e intraconal izquierdo y se añade endoftalmítis. Se decide realizar enucleación y exéresis de la lesión granulomatosa; el cultivo del material fue negativo.

**Conclusiones:** La afectación ocular por PG causa ceguera en 8-37%, principalmente por compresión del nervio óptico o vasculitis del mismo, perforación del globo por escleritis necrosante y queratitis ulcerativa periférica.

## C277

### La terapia electromagnética (EMT) de baja frecuencia en pacientes con fibromialgia en población mexicana

Alviso-de la Serna L, Hernández-Bedolla A, Peña-de León E, Suárez-Mendoza A, Carmona-Urbe A

Investigación y Tratamiento en Fibromialgia

**Introducción:** La fisiopatología de la fibromialgia aún se desconoce. Es un síndrome de sensibilización central, inicialmente con mayor excitabilidad de las vías sensitivas y dolorosas que se traduce en alodinia. La terapia electromagnética transcranial (EMT) es una técnica que estimula zonas específicas (tálamo y cíngulo) con resultados positivos en dolor crónico refractario y fibromialgia, sin efectos colaterales. Hasta el momento no hay estudios en población mexicana.

**Objetivo:** Determinar el índice de dolor generalizado en pacientes con fibromialgia, así como los índices de gravedad al inicio y al término de 8 sesiones de EMT.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo de una clínica de referencia de junio de 2015 a junio de 2016 con clinimetría basada en el índice de dolor generalizado (WPI), escala visual análoga de dolor (EVA) e índices de gravedad (SS) al inicio y al cabo de 8 semanas de EMT semanal con estadística descriptiva.

**Análisis:** Se incluyeron 267 pacientes: 208 mujeres (89%) y 23 hombres (11%); 26 excluidos. Media de edad 22-68 años; 88% cumplió criterios ACR 2010, 86% WPI de 10, EVA 7-10. SS: fatiga 79.6% moderado-grave, sueño no reparador 75.1% moderado-grave, trastornos cognitivos 61.2% moderado-grave. A la semana 8: 77% WPI 4-5, EVA 2-4. SS: fatiga 4% grave, sueño no reparador 0% grave, trastornos cognitivos 2% grave y 75% de los pacientes no cumple con criterios de fibromialgia.

**Conclusiones:** La EMT es una terapia no farmacológica factible en fibromialgia y con adecuada respuesta en cuanto a disminución de dolor, fatiga y trastornos cognitivos, con alta respuesta y tolerancia.



C278

**Paciente con lupus eritematoso sistémico (LES), anemia aplásica y fusariosis**

Damián-Ábreo GN, Hernández-Huirache HG, Cazares-Sánchez D, Paz-Gómez F, Perales-Martínez DE

*Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío*

**Introducción:** Las alteraciones hematológicas en LES son manifestaciones frecuentes; a veces sus características puede semejar trastornos hematológicos primarios, lo cual obliga a realizar diagnóstico diferencial estricto.

**Objetivo:** Mostrar un caso de la asociación rara de LES y anemia aplásica, y su combinación excepcional con fusariosis

**Caso clínico:** Mujer de 24 años de edad con antecedente de 1 año de evolución con artritis de pequeñas articulaciones simétricas; recientemente se agregó fiebre de 40°C cotidiana, pérdida de peso de 15 kg, caída de cabello, úlceras orales, equimosis y petequias. Ingresa a nuestra institución, donde se documenta Hb: 5.5 g/dL, leucocitos: 1 880/mm<sup>3</sup>, linfocitos: 98%, plaquetas: 24 000/mm<sup>3</sup>, ANA patrón homogéneo 1:320, anticoagulante lúpico y Coombs directo positivo, C3: 71, C4: < 8, anticuerpos anti-DNA 1:320. Se concluyó diagnóstico de LES. Se inició tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día; sin embargo, persistió con fiebre. Se agregó sangrado transvaginal, epistaxis, persistió con pancitopenia y requirió múltiples transfusiones de paquetes globulares y plaquetas, motivo por el cual se realiza aspirado de médula ósea (AMO) concluyendo anemia aplásica. Posteriormente se agrega aumento de volumen de hemicara derecha con dermatosis puntiforme en región paranasal derecha, que progresó en 48 horas hasta ser de 3 x 2 cm de diámetro con centro necrótico y bordes regulares. Se realizó tinción de KOH que demostró hifas; el cultivo fue compatible con fusariosis. Se efectuó resección de rama ascendente de maxila, retiro de pares lateral nasal con conete inferior y resección completa del septum. Finalmente la paciente falleció por complicación de sepsis y síndrome hemorrágico.

**Conclusiones:** La presencia de citopenias periféricas en LES refractarias a tratamiento y/o con requerimientos transfusionales deben ser evaluadas con AMO; deben tenerse en cuenta infecciones oportunistas en los pacientes con LES y neutropenia profunda.

C279

**Lupus seronegativo: reporte de dos casos y revisión de la literatura**

García-Osuna KM, Polanco-Cruz J, Martínez-Bonilla G, González-Díaz V, Cerpa-Cruz S, Gutiérrez-Ureña S

*Servicio de Reumatología, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco*

**Objetivo:** Reportar dos casos de lupus eritematoso sistémico (LES) seronegativo y revisión de la literatura.

**Caso clínico 1:** Masculino de 24 años que debuta con afectación cutánea y articular, y serositis pleural/peritoneal y renal (proteinuria 1.2 g). Laboratorio: ANA (-), anti-DNA (-), anti-Sm (-), C3 50 y C4 18. Biopsia renal: nefropatía lúpica clase II, inmunofluorescencia con presencia de depósitos de IgA, IgG, IgM, C3 y C1q. En total cinco criterios de SLICC.

**Caso clínico 2:** Femenina de 27 años que debuta con afectación cutánea, hematológica (leucopenia y trombocitopenia) y renal (proteinuria de 7.4 g). El perfil inmunológico con ANA (-), anti-DNA (-), anti-Sm (-), C3 34 y C4 4, Coombs (-). Biopsia renal: nefropatía lúpica clase V, inmunofluorescencia con presencia de depósitos de IgA, IgG, IgM, C3 y C1q. En total cuatro criterios de SLICC.

**Discusión:** Se presentan dos casos que cumplen criterios de LES, pero con ANA e inmunoespecificidad negativos; es de relevancia que ambos desarrollaron manifestaciones renales con presencia de depósitos de inmunoglobulinas e inmunocomplejos, lo que se conoce como "full house", en la biopsia renal. En la revisión de la literatura se encuentra que el LES seronegativo es poco frecuente (1-5%); sus manifestaciones clínicas son diversas e incluyen la nefropatía "full house", como fue el caso de estos pacientes. Es de gran importancia la sospecha clínica del diagnóstico para iniciar el tratamiento oportuno con el fin de prevenir el desarrollo daño renal irreversible.

C280

**Endocarditis: un diagnóstico desafiante ante un paciente con lupus eritematoso sistémico**

Reyes-Rueda J, González-Díaz V, Gutiérrez-Ureña S, Cerpa-Cruz S, García-Osuna KM, Arroyo-Prado I, Polanco-Cruz J, Martínez-Bonilla G

*Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde*

**Objetivo:** Reportar un caso clínico de paciente indígena que debuta con lupus eritematoso sistémico (LES) y endocarditis infecciosa.

**Caso clínico:** Femenino de 16 años, madre con artritis reumatoide y padre con tuberculosis (TB) pulmonar. Acude por fiebre, pérdida de peso (15 kg), edema palpebral y dolor abdominal. Se agregan nódulos subcutáneos dolorosos en extremidades. EF: T 39°C, alopecia, adenomegalias cervicales, artritis manos IFP, derrame pleural derecho y soplo en foco tricuspídeo. Laboratorio: VSG 120, PCR 2, procalcitonina 5, hemoglobina 10.3, Coombs directo +++, proteinuria 24 horas 1.38 g, ANA+ 1:20 480 granular fino, anti-Sm+, anti-RNP+, anti-Ro+, anticardiolipinas IgG+, IgM+, anticoagulante lúpico+, anti-B2 glicoproteína negativo, C3 y C4 consumidos (22 y 6 respectivamente). Biopsia de ganglio: linfadenitis crónica inespecífica. Biopsia de glándula salival menor: focus score 3. Lavado broncoalveolar negativo para TB. Hemocultivos negativos. Ecocardiograma: derrame pericárdico moderado, vegetación tricuspídea adosada a pared lateral de aurícula derecha. Tratamiento: glucocorticoides y antibióticoterapia

**Discusión:** La endocarditis de Libman-Sacks es una manifestación cardíaca en LES, pero ante su presencia se requiere descartar etiología infecciosa. Aunque su frecuencia ha disminuido, en poblaciones indígenas de bajo nivel socioeconómico tendrá que ser considerada la endocarditis infecciosa. Manifestaciones clínicas como fiebre, anorexia, pérdida de peso, alteraciones dermatológicas, fenómenos vasculares e inmunológicos en paciente con LES puede ser un desafío diagnóstico entre actividad de la enfermedad y/o proceso infeccioso sistémico, pues es conocida la gran variedad de fenómenos inmunológicos en la endocarditis infecciosa; sin embargo, la alta positividad de anti-Sm y Ro apoya el debut de LES.

C281

**Enfermedad de Fabry, una enfermedad rara con manifestaciones musculoesqueléticas: serie de casos de segundo nivel de atención**

Hernández-Bedolla A, Serrano-Alejandri L

*Hospital General de Zona 8, IMSS*

**Introducción:** La enfermedad de Fabry (EF) es una enfermedad poco frecuente ligada al X que genera alteraciones metabólicas por deficiencia de alfa galactosidasa A, lo cual produce acúmulo de glucolípidos, que gradualmente produce la sintomatología. Tiene una incidencia de 1 en 110 000 y afecta tanto a hombres como a mujeres. Sus manifestaciones inespecíficas hacen que sea un reto diagnóstico.

**Presentación de los casos:** Contamos con 3 familias con 14 casos en total, de los cuales 9 presentan manifestaciones musculoesqueléticas.

Mujer de 47 años que acude a valoración por dolor generalizado, alteraciones en el sueño, temblor fino y dolor urente de miembros inferiores, valorada inicialmente por neurología, que descarta alguna radiculopatía. Después es valorada en nefrología por proteinuria en rango nefrótico y enviada a reumatología por probable fibromialgia. Se continúa protocolo de estudio y se evidencia dolor generalizado, dolor urente y disestesias en miembros inferiores, temblor fino distal simétrico, fuerza normal, nódulos de Heberden y Bouchard, disestesias en miembro inferior derecho, fuerza del miembro inferior izquierdo grado 3, ROTS +, respuesta plantar indiferente. Se identifica neuropatía periférica desmielinizante en nervio sural y se solicita biopsia renal, la cual muestra cuerpos de mielina con alternancia entre zonas electrodensas, con aspecto cerebroide. En sus laboratorios: biometría hemática normal, creatinina 1.3, urea 43, EGO proteinuria de 3.6 g

en 24 horas, anticuerpos antinucleares 1:40 patrón homogéneo, complemento negativo, ANCA negativo; se realizó mutación para gen el exón 7 de GLA. Estudios radiográficos complementarios: radiografías con radiolucidez generalizada, manos con esclerosis subcondral y erosiones centrales.

De los 14 casos de la unidad 9 presentan manifestaciones musculoesqueléticas, entre las que destacan dolor generalizado no especificado en los 9, osteoporosis establecida en 8, osteoartritis erosiva en 6, gota en periodos intercríticos en 7 y pie de Charcot en 4. Actualmente todos se encuentran en terapia de reemplazo enzimático, con adecuada respuesta.

**Relevancia del caso:** Es una enfermedad rara cuyo diagnóstico puede retrasarse debido a lo inespecífico de las manifestaciones, lo que tiene consecuencias que pueden elevar la morbimortalidad de estos pacientes. Hasta el momento hay poca información sobre las manifestaciones musculoesqueléticas de esta enfermedad, que es poco frecuente en la población mexicana.