

XLVI Congreso Mexicano de Reumatología

Carteles Guiados

CG001

Neumopatía intersticial en enfermedades del tejido conectivo

Arteaga-Moreno M, Barbosa-Cobos RE, Vargas-Avilés AS, Becerril-Mendoza LT, Lugo-Zamudio G

Hospital Juárez de México

Introducción: La neumopatía intersticial (NIInt) es la manifestación inicial de las ETC hasta en 15% de los pacientes y se presenta durante la evolución de la enfermedad hasta en 25%. La NIInt incrementa la morbimortalidad.

Objetivos:

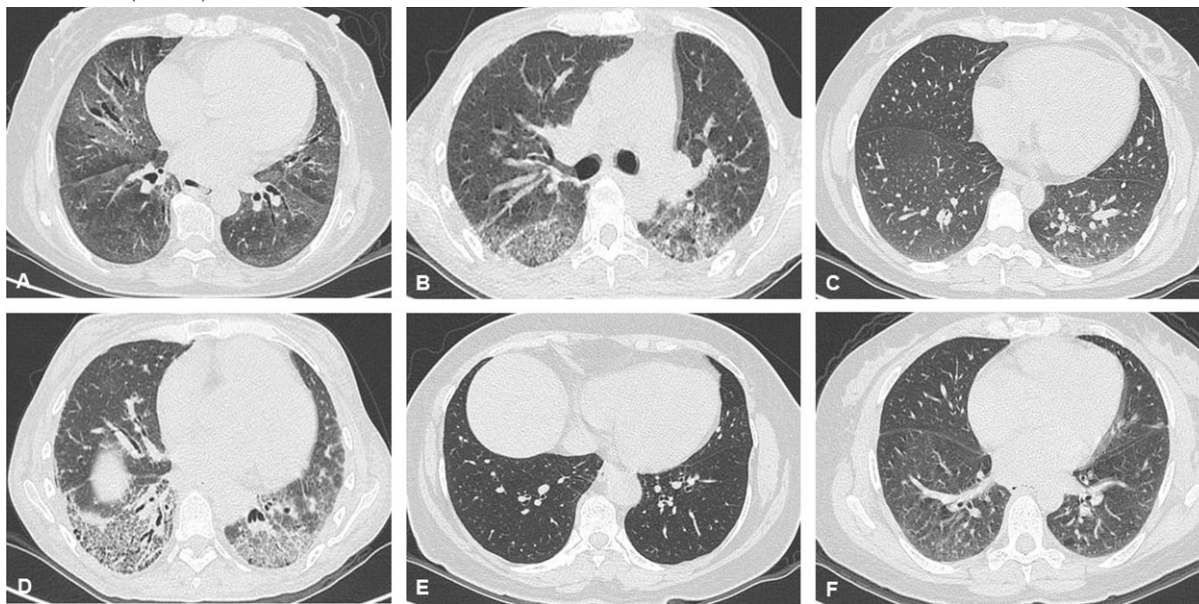
Material y métodos: Caso 1: Mujer 50 años, diagnóstico ES. Factores de riesgo NIInt: ESd; afección cutánea extensa, Rodnan 32; presencia de anti-Scl70, 245 U/mL. Neumopatía intersticial no específica (NINE) sintomática

a los 3 años de evolución. Caso 2: Mujer 42 años, diagnóstico EMTC. Factores de riesgo NIInt: afección sistémica; neumopatía intersticial usual sintomática a los 4 años de evolución. Caso 3: Mujer 52 años, diagnóstico AR. Factores de riesgo NIInt: títulos altos de FR y anti-PCC, 409 U/mL y 1200 U/mL; tabaquismo, negado; HLA-DRB1*1502, negativo; NINE sintomática a los 6 años de evolución. Caso 4: Masculino 62 años, diagnóstico miopatía inflamatoria idiopática. Factores de riesgo NIInt: síndrome antisintetasa; presencia de anti-Jo1. Neumonía organizada sintomática, manifestación inicial. Caso 5: Mujer 61 años, diagnóstico SS. Factores de riesgo NIInt: manifestaciones extraglandulares, artritis; NINE asintomática a los 5 años de evolución. Caso 6: Mujer 48 años, diagnóstico LES. Factores de riesgo NIInt: actividad sistémica. NINE sintomática a los 2 años de evolución (**Figura 1**).

Resultados:

Conclusiones: La NIInt asociada a ETC se presenta en mujeres jóvenes con afección sistémica y factores de mal pronóstico; la NINE es la más común y puede ser asintomática, características que se muestran en los casos presentados. La sobrevida a los 5 años es de 50-70%, dependiendo del patrón de NIInt. Es imperativo realizar una búsqueda intencionada.

Figura 1. TACAR. (CG001)



A. Caso clínico 1: ES, neumopatía intersticial no específica (NINE), imágenes en vidrio despolvido y bronquiectasias. **B.** Caso clínico 2: EMTC, neumopatía intersticial usual, patrón en panel de abeja y micronódulos. **C.** Caso clínico 3: AR, NINE, micronódulos basales. **D.** Caso clínico 4: miopatía inflamatoria idiopática, neumonía organizada. **E.** Caso clínico 5: SS, NINE, micronódulos y quistes. **F.** Caso clínico 6: LES, NINE, imágenes en vidrio despolvido y bronquiectasias.

Bibliografía

Antonella R, Rosaria I, Ilaria D, Michele I, Serena F, Marialuisa B, et al. Lung involvement in stable undifferentiated connective tissue diseases: a rheumatology perspective. *Clin Rheumatol* 2017;43:86-91.

Thomas B, Baskaran S, Dinesh K, Ella AK. Connective tissue disease associated interstitial pneumonia and idiopathic interstitial pneumonia: similarity and difference. *Semin Ultrasound CT MR* 2014;35(1): 29-38.

CG002

Vasculitis IgA en adultos asociada a infección por *Helicobacter pylori*

Cruz-Mayor K, Vargas-Avilés AS, Barbosa-Cobos RE, Becerril-Mendoza L, Cuesta-Mejías T

Hospital Juárez de México

Introducción: *Helicobacter pylori* (HP) está asociado con las manifestaciones de vasculitis IgA (VIA).

Objetivos: Reportamos dos casos clínicos de VIA con HP.

Material y métodos: Caso 1. Hombre de 36 años con púrpura palpable, dolor abdominal, melena, hematoquecia y artralgiás en manos, rodillas y codos. Endoscopia: gastropatía, duodenitis erosiva, úlcera duodenal e ileítis. Biopsia: piel: vasculitis leucocitoclástica (VL); gástrica: gastritis crónica folicular asociada con HP; ileon: ileítis inespecífica. Caso 2. Mujer de 17 años con púrpura palpable, epigastralgia, artralgiás en manos y hematoquecia. Endoscopia: bulboduodenitis, ileítis y colitis. Biopsia: piel: VL. Ambos pacientes recibieron corticoesteroides (dosis altas) y erradicación para HP con mejoría clínica sin posterior evento de sangrado.

Resultados: HP es posible factor causa-efecto de VIA, por lo que debe excluirse y erradicarse. Evidencias actuales indican que la injuria local de la mucosa gástrica y eventos inmunológicos como el aumento de la IgA sérica, crioglobulinas, niveles de C3, autoinmunidad y sustancias proinflamatorias inducen complejos inmunes y anticuerpos reactivos cruzados provocados por HP que están comprometidos en el desarrollo de VIA. La detección del estado de portador de HP en pacientes con VIA, sobre todo aquellos con manifestaciones abdominales, es indispensable en las zonas endémicas. La erradicación de HP constituye una opción terapéutica para mejorar la progresión de VIA y disminuir su recurrencia.

Conclusiones:

Bibliografía

Audemard-Verger A, Pillebout E, Guillemin L, Thervet E, Terrier B. IgA vasculitis (Henoch-Shönlein purpura) in adults: Diagnostic and therapeutic aspects. *Autoimmun Rev* 2015;14(7):579-85.

Xiong LJ, Mao M. Current views of the relationship between *Helicobacter pylori* and Henoch-Schonlein purpura in children. *World J Clin Pediatr* 2016;5(1):82-8.

CG003

Enfermedad de Behçet: presentación de dos casos clínicos

Hernández-Huirache HG⁽¹⁾, Rincón-Carbajal EK⁽²⁾, Damián-Abrego GN⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, ⁽²⁾Hospital General de Zacatecas

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es una vasculitis crónica multisistémica caracterizada por úlceras orales y genitales recurrentes. La distribución geográfica es a lo largo de Asia y Medio Oriente; la EB es rara en Europa y América. La presentación de la enfermedad es entre la segunda y cuarta décadas; sin embargo, se ha observado un incremento de EB en la infancia. El diagnóstico es un reto, lo cual conduce a complicaciones irreversibles.

Objetivos: Presentar dos casos clínicos en un mismo hospital de una enfermedad rara en la población pediátrica en México, así como el espectro clínico de los mismos.

Material y métodos: **Caso 1.** Niña de 8 años con cuadro de úlceras de repetición en mucosa oral y genital, cefalea persistente, dolor abdominal, diarrea persistente y náusea, dolor ocular y prurito; artritis en muñeca derecha y tobillos. Ecocardiograma con pericarditis. Tratamiento con prednisona y colchicina con buena respuesta. **Caso 2.** Niña de 13 años con úlceras orales y genitales dolorosas recurrentes, foliculitis en miembros inferiores, dolor abdominal y diarrea persistentes, artritis en tobillos. Tratamiento con colchicina y prednisona sin mejoría; ecocardiograma con dilatación aneurismática del tronco de la pulmonar.

Resultados: La enfermedad de Behçet es poco frecuente en México; dos casos en un mismo centro hospitalario son aún más raros. En la bibliografía se reporta una frecuencia que varía de 10/100,000 a 1/600,000.

Conclusiones: El conocimiento de estas enfermedades raras favorece el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

Bibliografía

Koné-Paut I. Behçet's disease in children, an overview. *Pediatr Rheumatol Online J* 2016;14(1):10. Doi 10.1186/s12969-016-0070-z.

Nanthapaisal S, Klein NJ, Ambrose N, Eleftheriou D, Brogan PA. Paediatric Behçet's disease: a UK tertiary centre experience. *Clin Rheumatol* 2016;35(10):2509-16. doi:10.1007/s10067-016-3187-z.

CG004

Tuberculosis activa durante el tratamiento con fármacos anti-factor de necrosis tumoral en pacientes con enfermedades reumáticas

Ramos-Sánchez MA, Becerra-Márquez AM, Mejía-Olguín Y, Ortiz-Treviño L, Murillo-García MC, Aranda-Baca LE

Servicio de Reumatología, Unidad Médica de Alta Especialidad Núm. 25, IMSS

Introducción:

Objetivos: Describir características clínicas, datos epidemiológicos, tratamiento y desenlace de los pacientes con enfermedad reumática que presentaron tuberculosis activa durante el tratamiento con fármacos anti-TNF.

Material y métodos: Se analizó la base de datos de "terapia biológica" de un solo centro hospitalario. Se incluyeron los pacientes con tuberculosis activa durante el tratamiento con anti-TNF [infliximab (IFX), adalimumab (ADA) y etanercept (ETA)] y con cualquier enfermedad reumática [artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondilitis anquilosante (EA)]. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos, resultado de prueba de Mantoux, profilaxis para tuberculosis, tiempo de permanencia con el fármaco, tratamiento y desenlace del cuadro de tuberculosis. Se empleó SPSS 17.0.

Resultados: De los 408 pacientes incluidos en el registro, 12 presentaron tuberculosis activa: 8 (66%) hombres y 4 (33%) mujeres; cinco tenían AR, cinco EA y dos APs; la edad media fue 50 ± 11.8 años; cuatro tuvieron prueba de Mantoux positiva y recibieron profilaxis con isoniazida y ocho fueron negativos. Cuatro pacientes presentaron tuberculosis durante los primeros 12 meses de iniciado el anti-TNF y ocho después; siete recibían ADA, cuatro IFX y uno ETA. Cinco pacientes tuvieron TB pulmonar, dos pleural, dos intestinal, uno peritoneal, uno diseminada y uno osteomielitis

vertebral. Todos recibieron tratamiento antifímico con buena evolución; seis volvieron a recibir anti-TNF y uno anti-CD20 después de completar el tratamiento antifímico.

Conclusiones: La sospecha de tuberculosis activa debe existir a lo largo del tratamiento con anti-TNF y deben tenerse presente los cuadros extrapulmonares.

Bibliografía

Lalvani A, Millington KA. Screening for tuberculosis infection prior to initiation of anti-TNF therapy. *Autoimmun Rev* 2008;8(2):147-152.

Miller EA, Ernst JD. Anti-TNF immunotherapy and tuberculosis reactivation: another mechanism revealed. *J Clin Invest* 2009;119(5):1079-82.

CG005

Reporte de nueve embarazos en artritis reumatoide tratada con rituximab

Gordillo-Huerta MV⁽¹⁾, Irazoque-Palazuelos F⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital General Querétaro, ⁽²⁾Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: Reportamos nueve embarazos de ocho mujeres con artritis reumatoide de 7 ± 2 años de evolución tratadas previamente con metotrexato y cuatro con segundo FARME con actividad moderada y dos alta por DAS 28, por lo que iniciaron rituximab como segunda línea en cinco casos y primera línea en cuatro .

Objetivos:

Material y métodos:

Resultados: Ocho de los nueve embarazos fueron planeados. Tras actividad baja o remisión por DAS 28 se suspendió metotrexato u otro FARME; cuatro pacientes recibieron dos ciclos semestrales de 1 g de rituximab, tres pacientes tres ciclos y un paciente cuatro ciclos. Edad promedio al embarazarse: 36.4 años. Tiempo promedio en lograr embarazo: 3.8 meses. Tres pacientes cursaron con infección de vías urinarias. Todas cursaron con actividad baja o remisión durante el primer trimestre y remisión durante el segundo y tercer trimestres medida por DAS 28 PCR. Tres pacientes mantuvieron prednisona 5 a 10 mg/d; las demás no requirieron tratamiento. Cinco embarazos se resolvieron vía cesárea: uno de ellos por sufrimiento fetal y el resto por elección de paciente y obstetra; tres fueron vía parto. Semanas de gestación al nacer: 37.6 ± 0.4, peso promedio de 3,020 g, excepto en un embarazo gemelar en el que los productos obtuvieron 1,900 y 2,200 g. No se reportaron complicaciones en madres o productos. Siete madres lactaron un promedio de 3 meses, ameritando suspensión por inicio de metotrexato y rituximab en seis casos.

Conclusiones: Rituximab mantuvo actividad baja o remisión en preconcepción y posparto mediato en ausencia de FARME no sugeridos sin complicaciones reportadas.

Bibliografía

Saavedra Salinas MA, et al. Guías de práctica clínica para la atención del embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas autoinmunes del Colegio Mexicano de Reumatología. Parte II. *Reumatol Clin* 2015;11(5):305-15.

CG006

Granulomatosis con poliangeítis. Reporte de 12 casos

Mendoza-Torres JM⁽¹⁾, Rodríguez-Delgado L⁽²⁾, Bustamante R⁽²⁾, Saavedra-Salinas MA⁽²⁾, Castro Colín Z⁽²⁾

⁽¹⁾Servicio de Reumatología, Centro Médico Nacional La Raza, ⁽²⁾Hospital de Especialidades CMN Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La granulomatosis con poliangeítis (GPA) es una vasculitis asociada a ANCA que se caracteriza por su naturaleza multisistémica y fulminante en la presentación y una incidencia significativa de recaídas.

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo con variables demográficas, hallazgos clínicos y serológicos de 12 pacientes con diagnóstico de GPA entre 2011 y 2016.

Material y métodos: Se incluyeron 12 pacientes del Servicio de Reumatología con diagnóstico de GPA. Las características de los casos se describen en la **Tabla 1**. La edad media de presentación fue de 45.3 años, 58.3% de mujeres y 41.7% de hombres. El promedio de tiempo desde el inicio de la enfermedad hasta el diagnóstico fue de 12.5 meses. De acuerdo con la clasificación EUVAS, 83.3% correspondió a la forma generalizada, con una media de BVAS al diagnóstico de 33 puntos y c-ANCA positivo en 91.7%. La hemorragia alveolar difusa (HAD) fue la presentación inicial en 33.3%, 83.3% tuvo afección renal y 44% ERC establecida.

Resultados: Discusión: En nuestra serie, 66.7% de casos presentó complicaciones potencialmente mortales que ameritaron tratamiento de inducción a la remisión con glucocorticoides a dosis altas, 58.3% de los pacientes recibió ciclofosfamida intravenosa y 50% requirió inicio de terapia biológica anti-CD20 con rituximab. Todos los pacientes con HAD recibieron plasmaféresis con respuesta favorable. La infección fue un factor limitante del tratamiento inmunosupresor.

Conclusiones: La GPA es una enfermedad de alta complejidad diagnóstica y terapéutica, con alto potencial de morbimortalidad.

Bibliografía

González-Gay C, García-Porrúa C. Systemic vasculitis in adults in northwestern Spain, 1998-1997 *Medicine (Baltimore)* 1999;78(5):292-308.

Walsh M, et al. Effects of duration of glucocorticoid therapy on relapse rate in ANCA associated vasculitis: a meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:1166-73.

Tabla 1. (CG006)

Variables	Casos n = 12 (%)
Edad (promedio, años)	45.3
Sexo n (%)	H 5 (41.7%), M 7 (66.6%)
BVAS al diagnóstico (promedio)	33.0
Clasificación EUVAS	
Localizada	1 (8.3)
Sistémica temprana	1 (8.3)
Generalizada	10 (83.3)
Vía aérea superior	12 (100)
Ocular	6 (50)
Pulmonar	9 (75)
Hemorragia alveolar difusa	4 (33.3)
Renal (hematuria, proteinuria, cilindros)	10 (83.3)
Enfermedad renal crónica	5 (41)
Sistema nervioso periférico	1 (8.3)
Sistema nervioso central	1 (8.3)
c-ANCA	11 (91.7)
Glucocorticoides	12 (100)
Metilprednisolona (pulsos)	10 (83.3)
Ciclofosfamida intravenosa	7 (58.3)
Rituximab	6 (50)
Plasmaféresis	4 (33)

CG007

Causas de muerte en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Jáquez-Nevarez MR⁽¹⁾, Rodríguez-Henríquez P⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital General, ⁽²⁾Hospital General Dr. Manuel Gea González

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica y potencialmente fatal que afecta típicamente a mujeres entre la pubertad y la menopausia. La mortalidad es alta en comparación con la población general de la misma área geográfica: llega a ser tres veces mayor.

Objetivos: Conocer las principales causas de muerte en pacientes con LES hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital General Dr. Manuel Gea González de 2010 a 2015.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Durante 5 años consecutivos se incluyeron pacientes atendidos en nuestro servicio que cumplían criterios de clasificación SLICC. Se obtuvieron datos clínicos y causa de muerte del expediente clínico.

Resultados: En un periodo de 5 años ingresaron 29 pacientes con LES, de los cuales fallecieron siete (tasa de mortalidad de 24.1%). La media de tiempo de diagnóstico a la muerte fue de 3.1 (± 3.8) años. La causa de fallecimiento más frecuente fue infecciosa, con 57.1%, seguida por exacerbación de la enfermedad y cardiovascular con 28.6% y 14.3%, respectivamente (**Tabla 1**).

Conclusiones: El porcentaje de los pacientes que murieron fue más alto de lo reportado por JT Gustafsson y colaboradores en una cohorte prospectiva de Suecia (20%). La causa de muerte más frecuente fueron infecciones; en cambio, en otros reportes la principal causa de muerte fue cardiovascular, como lo muestran JT Gustafsson y colaboradores y F Ress y colaboradores en cohortes europeas.

Bibliografía

Kaul A, Gordon C, Crow MK, Touma Z, Urowitz MB, van Vollenhoven R, et al. Systemic lupus erythematosus. *Nat Rev Dis Primers* 2016;2:16039. Yurkovich M, Vostretsova K, Chen W, Avina-Zubieta JA. Overall and cause-specific mortality in patients with systemic lupus erythematosus: a meta-analysis of observational studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014;66:608-16.

Tabla 1. Características generales. (CG007)

Características generales	N = 29
Media de edad (DE)	34.2 (± 10.6)
Sexo femenino (%)	25 (86.2)
Media de tiempo de diagnóstico de LES en años (DE)	5.4 (± 5.6)
Tabaquismo (%)	3 (10.3)
Diabetes mellitus (%)	1 (3.4)
Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (%)	7 (24.1)
Manifestaciones de lupus	
Nefritis lúpica (%)	13 (44.8)
Hemorragia alveolar (%)	2 (6.8)
Hematológicas (%)	9 (31.0)
Serositis (%)	10 (34.5)
Neurolupus (%)	2 (6.9)
Vasculitis (%)	2 (6.9)
Media de SLEDAI (DE)	11.9 (± 6.3)

Tratamiento	
Hidroxicloroquina (%)	23 (79.3)
Esteroides (%)	27 (93.1)
Media de APACHE II (DE)	11.7 (± 7.3)
Causas de muerte	
Infecciosa (%)	4 (57.1)
Exacerbación de LES (%)	2 (28.6)
Cardiovascular (%)	1 (14.3)

DE, desviación estándar; F, femenino; LES, lupus eritematoso sistémico; SLEDAI, Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; APACHE II, Acute Physiology and Chronic Health Disease Classification System II.

CG008

Defectos müllerianos y enfermedades reumáticas: asociación o coincidencia

Hernández-Núñez E⁽¹⁾, Olan F⁽¹⁾, Radillo-Alba HA⁽¹⁾, Gargallo-Olivar A⁽¹⁾, Izquierdo-Guzmán LC⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Rovirosa, SSA, ⁽²⁾Jurisdicción Sanitaria, SSA

Introducción: Las anomalías del aparato urogenital femenino son un grupo de malformaciones que afectan cualquier parte del mismo. Pueden asociarse con varios síndromes, pero habitualmente aparecen de forma aislada. Su etiología es idiopática e implica factores genéticos y ambientales. No existen reportes en la bibliografía de su asociación con enfermedades reumáticas.

Objetivos: Se describen tres casos de anomalías müllerianas y patología reumática.

Material y métodos: Caso 1. Mujer de 30 años con útero didelfo. Historia de bulimia, hipotiroidismo y psoriasis. Seguimiento en consulta por LES (serología positiva) y FM. Caso 2. Mujer de 14 años con hipoplasia uterina y riñón en herradura. Historia de paladar hendido. Seguimiento en consulta por anemia hemolítica autoinmune. Caso 3. Mujer de 40 años con útero didelfo, vejiga tabicada y monorrena derecha. Historia de HAS, esteatosis hepática y preDM. Seguimiento por SAAF primario (serología positiva).

Resultados: Se describen tres mecanismos asociados que afectan la embriogénesis de los conductos de Müller: 1) desarrollo deficiente de los mismos: agenesia (Sd Rokitansky-Mayer) o hipoplasia (útero uniforme), 2) alteración en canalización: septos vaginales o uterinos, y 3) defectos en fusión: total (útero didelfo) o parcial (útero bicorne). De 35 a 90% se asocia con malformaciones urinarias.

Conclusiones: Después de una búsqueda extensa en varios motores de búsqueda y bases de datos: PubMed, EMBASE, HINARI, Cochrane, MEDLINE, Medigraphic, con palabras clave no se encontró alguna publicación. Consideramos una coincidencia esta asociación, con etiología multifactorial: hormonal y ambiental.

Bibliografía

Chandler TM, Machan LS, et al. Mullerian ducts anomalies: from diagnosis to intervention. *Br J Radiol* 2009;82(984):1034-42. Spencer C. Behr, Jesse L. Courtier, Aliya Qayyum. Imaging of Müllerian Duct Anomalies. *RadioGraphics* 2012;32:E233-E250.

CG009

Síndrome antifosfolípidos primario pediátrico. Informe de 2 casos

Rubio-Silveira JE, Manzur-Íñiguez BG, Méndez-Núñez M, Arellano Valdez A, Tlacuilo-Parra JA

UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: El síndrome antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad sistémica autoinmune caracterizada por eventos tromboembólicos, morbilidad del embarazo, manifestaciones hematológicas, dermatológicas, neurológicas y otras, con títulos elevados de anticuerpos antifosfolípidos. Puede ser primario o asociado a otras enfermedades. El diagnóstico se basa en trombosis vascular, morbilidad del embarazo y elevación de: anticoagulante lúpico, anti-cardiolipinas y anti- β 2 glicoproteína 1.

Objetivos: Describir dos casos de SAF primario.

Material y métodos: Caso 1. Femenino de 12 años, madre con dos abortos previos. Presenta edema, calor, eritema y dolor en miembro pélvico izquierdo. Laboratorio: plaq: 77,000, dímero D: 828, TP: 16.1, INR: 1.35, TTP: 56.4, fibr: 463, anticoagulante lúpico: 2.54 (positivo), anti- β 2 glicoproteína 1: IgA: 48.5 (indeterminado), IgM: 4.3 (negativo), IgG: 197.4 (positivo), anticardiolipinas: IgG: 32.5 (positivo), IgM: < 9.3 (Neg), segunda determinación anti-cardiolipinas: IgG: 117.6 (positivo), IgM: 15.6 (Neg), ANA: 1:80 moteado, anti-DNAc: 155 (negativo), anti-Ro(SSA): 115.84 (positivo fuerte), anti-La(SSB): 4.74 (negativo), anti-Sm: 13.9 (negativo), C3: 109, C4: 15.3. USG Doppler: no pudo documentarse coágulo. Tratamiento: acenocumarina, 2 mg/día, ASA, cloroquina; buena evolución, en seguimiento. Caso 2. Masculino de 15 años. Presenta dolor, eritema, calor y edema de miembro pélvico derecho. Laboratorio: TP: 37, INR: 3.12, TTP: 74.8, anticoagulante lúpico: 3.48 (positivo fuerte), anti- β 2 glicoproteína 1: IgM: 116 (positivo), IgG: 150 (positivo), anti-cardiolipinas: IgM: 49 (positivo), IgG: 150.4 (positivo), resto de anticuerpos negativos. USG Doppler: interrupción del flujo venoso, probable presencia de coágulos. Tratamiento: acenocumarina, ASA, cloroquina; buena evolución, en seguimiento.

Resultados: Presentamos a dos adolescentes con sintomatología similar y positivos a anticuerpos antifosfolípidos. Ninguno cumple criterios para enfermedad sistémica, por lo que al momento se considera primaria, teniendo en cuenta que posteriormente puede presentarse otra patología reumática como LES.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento oportunos son vitales para prevenir complicaciones mortales.

Bibliografía

Kaul M, Erkan D, Sammaritano L, Lockshin MD. Assessment of the 2006 revised antiphospholipid syndrome classification criteria. *Ann Rheum Dis* 2007;66:927-30.

Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost* 2006;4:295-306.

CG010

Principales manifestaciones de policondritis recidivante en población mexicana

Ortiz-Falfan V, Hernández-Vázquez R

Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Introducción: La policondritis recidivante es una enfermedad sistémica inflamatoria y degenerativa de etiología desconocida que compromete potencialmente la integridad estructural y funcional del cartílago y de diferentes órganos. Enfermedad poco frecuente, se estima 3.5 casos por millón de habitantes; es más común entre los 40 y 60 años. Su curso es episódico y con frecuencia degenerativo.

Objetivos: Reconocer las principales manifestaciones de policondritis recidivante, respuesta a tratamiento y comorbilidades en población mexicana.

Material y métodos: Se incluyeron 11 casos con diagnóstico de policondritis recidivante que cumplieron criterios de clasificación de Mac Adam. Los datos clínicos, tratamiento y comorbilidades se recopilaron del expediente clínico.

Resultados: Se identificaron 6 (55%) mujeres y 5 (45%) hombres con media de edad de 38 años (14-61). Las manifestaciones principales fueron condritis auricular en 100%, artritis en 72%, afección ocular en 45% e hipoacusia en 36%. Las principales comorbilidades presentes en el diagnóstico fueron obesidad en 36%, tabaquismo en 27% e hipertensión arterial sistémica en 18%. El tratamiento inicial fue con corticoesteroides en 100%, metotrexato en 54%, azatioprina en 36% y ácido micofenólico en 9%.

Conclusiones: Se encontró que la media de edad fue menor a la que está descrita en la bibliografía y se identificó que la población más joven presentó mayor agresividad de la enfermedad, con manifestaciones auriculares, auditivas, articulares y oftalmológicas. Se identificó un alto porcentaje de obesidad y tabaquismo como comorbilidad.

Bibliografía

Hazra N, Dregan A, Charlton J, y col. Incidencia y mortalidad de la policondritis recidivante en el Reino Unido: un estudio de cohortes basado en la población. *Reumatología (Oxford)* 2015;54:2181.

Lahmer T, et al. Relapsing polycondritis: An autoimmune disease with many faces. *Autoimmun Rev* 2010;9(8):540-46.

CG011

Coexistencia de lupus eritematoso sistémico y enfermedad de Devic

Medina-García G⁽¹⁾, Estrada-Delgadillo C⁽²⁾, Molina-Carrión LE⁽¹⁾, Jiménez-Arellano MP⁽³⁾, Jara LJ⁽¹⁾

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS, ⁽²⁾Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, ⁽³⁾Universidad Veracruzana

Introducción: Las manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus eritematoso sistémico (LES) se presentan en 50%. Enfermedad de Devic: enfermedad idiopática inflamatoria, desmielinizante, que afecta nervios ópticos/médula espinal. Asociación con enfermedad sistémica autoinmune: incidencia de 1/ 5,000,000.

Objetivos: Describir cuatro casos de LES asociado con enfermedad de Devic.

Material y métodos: Se revisaron cuatro casos con diagnóstico inicial de LES (ACR) que desarrollaron enfermedad de Devic (NMSS 2010). Estadística: descriptiva.

Resultados: A. Femenino de 55 años con LES hace 21 años; debutó con neuritis óptica posteriormente mononeuritis múltiple. Diagnóstico de Devic hace 7 años con mielitis transversa, ocho recaídas en 5 años. IDCS inicial: 6, actual: 6. LES inactivo actualmente.

B. Femenino de 75 años; debutó con neuritis óptica izquierda en 2006 y retrolubar en 2007. Hace 9 años diagnóstico de LES, síndrome medular T3-T7. En 2015 diagnóstico de Devic. IDCS inicial: 3, actual: 7. Tratamiento: cinco sesiones de plasmaféresis. C. Femenino de 54 años, diagnóstico de LES desde los 18 años, mucocutáneo articular y neuritis óptica. Cinco recaídas de neuritis óptica, y mielitis. IDCS inicial: 7, actual: 7. Tratamiento: cinco sesiones de plasmaféresis. D. Femenino de 32 años; debutó con neuritis óptica y amaurosis bilateral. Diagnóstico de LES con afección neurológica. Mielitis transversa T3-T6, diagnóstico de Devic hace 4 años. IDCS inicial: 3, actual: 3. Tratamiento: cinco sesiones de plasmaféresis con mejoría. Todos los casos tuvieron IgG-NMO+ y están en manejo actual con rituximab.

Conclusiones: La asociación de LES/enfermedad de Devic es extremadamente rara; representa un reto diagnóstico y terapéutico por la severidad de las manifestaciones clínicas, el mayor número de recaídas y las secuelas permanentes.

Bibliografía

Costallat BL, Ferreira DM. Myelopathy in systemic lupus erythematosus clinical, laboratory, radiological and progression findings in a cohort of 1,193 patients. *Rev Bras Reumatol Engl Ed* 2016; 56(3): p. 240-51.

Yildiz OK, Balaban H, Sener Sonel. Anti-aquaporin-4 antibody positive neuromyelitis optic in a patient with systemic lupus erythematosus. *J Neurol Sci* 2011;28(3):376-79.

CG012

Seguridad del uso de agentes biológicos en pacientes con VIH

Hernández-Núñez E⁽¹⁾, Olan F⁽¹⁾, Radillo-Alba HA⁽¹⁾, Izquierdo-Guzmán LC⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Rovirosa, SSA, ⁽²⁾Jurisdicción Sanitaria, SSA

Introducción: El uso de los biológicos ha revolucionado el manejo de las enfermedades reumáticas. TNF es clave en procesos inflamatorios, y esencial en la defensa de patógenos; también se implica en la patogénesis del VIH promoviendo la replicación de células T y linfocitos en pacientes infectados. TNF se incrementa en VIH, lo que sugiere que contribuye a la progresión de la enfermedad. Se conoce poco de anti-TNF en VIH, sólo algunos reportes de casos han sido publicados.

Objetivos: Conocer la seguridad y eficacia del uso de biológicos en VIH.

Material y métodos: **Caso 1.** Hombre de 33 años con PsA refractaria a FARME y ADA desde 2013. Durante cribado con VIH en dic 2015 requirió antirretrovirales. Dic 2016 carga viral 40 copias y CD4 891 mm³, por actividad grave reinicio del biológico, no acepta anti-TNF y uso RTX junio 2017. **Caso 2.** Hombre de 27 años con SpA asociada con CUCI feb 2015, durante cribado para biológico con VIH agosto 2015. Por actividad grave y riesgo-beneficio se inicia IFX pero con mala respuesta; se cambia a ADA con buen perfil de seguridad y eficacia. Carga viral no detectable y CD4 de 252/mm³.

Resultados: Existen pocos reportes de esta asociación. Aboulafia y colaboradores describen a pacientes con VIH y CD4 menor de 50/mm³ con ETN en PsA refractaria a FARME, con mejoría articular y cutánea, pero infecciones polimicrobianas. Gayli y colaboradores informan IFX con buena evolución y destete temprano de FARME, con carga viral no detectable.

Conclusiones: El uso de anti-TNF en enfermedad reumática y VIH es seguro y eficaz; son bien tolerados con mínimos efectos adversos. La

experiencia es escasa y limitada, pero pueden administrarse de forma razonable considerando el riesgo-beneficio.

Bibliografía

Calabrese LH, Zein N, Vassilopoulos D. Safety of anti-tumour necrosis factor (anti-TNF) therapy in patients with chronic viral infections: hepatitis C, hepatitis B, and HIV infection. *Ann Rheum Dis* 2004;63(suppl II):ii18-ii24.

Cepeda EJ, Williams FM, et al. The use of anti-tumour necrosis factor therapy in HIV-positive individuals with rheumatic disease. *Ann Rheum Dis* 2008;67:710-712.

CG013

Manifestaciones neurológicas en policondritis recidivante. Serie de casos

Sibaja-Veloz MJ

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida, caracterizada por proceso inflamatorio progresivo recurrente del tejido cartilaginoso; eventualmente presenta involucro multisistémico. La incidencia es de 4.5/millón; en 10% hay compromiso neurológico central o periférico, con heterogeneidad de manifestaciones.

Objetivos: Analizar cinco casos de PR con afección a sistema nervioso central o periférico en un centro hospitalario.

Material y métodos: Se analizaron sexo, edad a la presentación de la enfermedad, tiempo de evolución al momento del diagnóstico, manifestaciones clínicas y tratamiento inicial.

Resultados: Se analizaron cinco casos de pacientes que cumplieron con tres o más criterios de Mc Adams para PR. Encontramos dos mujeres y tres varones con edad promedio al inicio de 45 años. El tiempo de evolución al momento de diagnóstico fue de 8 meses. Las manifestaciones se exponen en la **Tabla 1**. En tres pacientes se encontraron crisis convulsivas, síndrome confusional agudo y meningitis aséptica; un paciente con encefalitis límbica y uno más con afección bilateral del II nervio craneal. El hallazgo principal en RMN fueron lesiones hiperintensas periventriculares, frontales, temporo-parietales y occipitales. No se observó ninguna enfermedad autoinmune, neoplásica ni infecciosa asociada. El tratamiento más utilizado fue metilprednisolona combinada con ciclofosfamida; en un paciente se usó IgIV, con remisión de síntomas neurológicos.

Discusión: La afección a SNC es la más frecuente en nuestra serie de casos. El tratamiento inmunosupresor se definió por la severidad del cuadro clínico; ciclofosfamida fue el más utilizado.

Tabla 1. Características de pacientes con PR asociada a manifestaciones neurológicas. (CG013)

Género	Edad	Evol/Dx	Manifestaciones clínicas no neurológicas	Manifestaciones clínicas neurológicas
Femenino	40	6 meses	Condritis auricular bilateral (fibrosis pericondral y borramiento de interfase), panuveítis y vértigo	Síndrome confusional agudo, cefalea, crisis convulsivas Meningitis aséptica
Masculino	33	3 meses	Deformidad de pabellón auricular y blefaritis bilateral	Crisis convulsivas, pérdida de memoria Meningitis aséptica
Masculino	53	12 meses	Poliartritis, fiebre, epiescleritis, hipoacusia neurosensorial bilateral, biopsia pabellón auricular compatible	Síndrome confusional agudo Meningitis aséptica
Femenino	57	6 meses	Condritis auricular bilateral, deformidad en región nasal en silla de montar, uveítis, estenosis traqueal moderada	Neuritis óptica
Masculino	42	12 meses	Condritis auricular bilateral, poliartritis no erosiva seronegativa, epiescleritis	Crisis convulsivas, cefalea, síndrome confusional agudo Encefalitis límbica

Conclusiones: La afección a SNC es una complicación excepcional y el diagnóstico resulta un desafío ante la variedad de presentaciones y pocas herramientas eficientes, ya que debemos excluir infecciones principalmente. La sospecha y el tratamiento temprano previenen la discapacidad y la mortalidad.

Bibliografía

Cantarini L, et al. Diagnosis and classification of relapsing polychondritis. *J Autoimmun* 2014;48:53-59.
 Dion J, et al. Relapsing polychondritis can be characterized by three different clinical phenotypes: analysis of a recent series of 142 patients. *Arthritis Rheumatol* 2016;68(12):2992-3001.
 Zeuner M, et al: Relapsing polychondritis: clinical and immunogenetic analysis of 62 patients. *J Rheumatol* 1997;24:96-101.
 Hatt K. Central nervous system involvement in relapsing polychondritis. *J Clin Rheumatol* 2014;20(7):396-97.
 Jeon CH. Relapsing polychondritis with central nervous system involvement: experience of three different cases in a single center. *J Korean Med Sci* 2016;31:1846-50.

CG014

Neoplasias hematológicas y enfermedades reumáticas autoinmunes. Una serie de casos

García-Méndez S, Rodríguez-Velásquez LJ, Hernández-Ruiz E, Arango-Carrasco A, García-Olivera I, Peñaloza-Ramírez R

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Introducción: Existe un incremento del riesgo de desarrollar neoplasias malignas sólidas y hematológicas en pacientes con enfermedades reumáticas

autoinmunes (ERA). Este riesgo se relaciona con los mecanismos inmunológicos e inflamatorios de las ERA y su tratamiento.

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes con ERA y neoplasias hematológicas (NH) en un hospital de tercer nivel del suroeste mexicano.

Material y métodos: Incluimos a cuatro mujeres y un hombre con una mediana de 29 años de edad. Dos pacientes tienen artritis reumatoide (AR), uno con lupus eritematoso sistémico (LES), un paciente con LES + síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y un paciente con artritis psoriásica; todos habían recibido fármacos modificadores de la enfermedad y uno recibió biológico temporalmente. Hubo tres pacientes con linfoma no Hodgkin (LNH) y dos con leucemia aguda; la mediana de edad de inicio fue de 37 años y tenían una mediana de 5 años de evolución de la ERA. Los resultados de otras variables cuantificadas se observan en la **Tabla 1**.

Resultados: Las NH diagnosticadas en nuestros pacientes fueron semejantes a las registradas en la bibliografía. En un estudio reciente Yu y colaboradores reportaron altas tasas de incidencia para LNH en pacientes con LES y con AR; sin embargo, los resultados para leucemia fueron distintos. Por otra parte, en nuestros pacientes la edad de diagnóstico de la NH fue menor que la informada.

Conclusiones: El riesgo de NH en pacientes con ERA es elevado, por lo que resulta adecuado realizar estudios de escrutinio para su detección.

Bibliografía

Wang HL, Zhou YM, Zhu GZ, Yang Z, Hua BJ. Malignancy as a comorbidity in rheumatic diseases: a retrospective hospital-based study. *Clin Rheumatol* 2017 May 16. doi: 10.1007/s10067-017-3676-8.
 Yu KH, Kuo CF, Huang LH, Huang WK, See LC. Cancer risk in patients with inflammatory systemic autoimmune rheumatic diseases. *Medicine* 2016;95(18):e3540.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes y neoplasias hematológicas. (CG014)

Variable	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Características demográficas					
Sexo	Mujer	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer
Edad	23 años	29 años	29 años	44 años	70 años
Características de la enfermedad reumática autoinmune					
Diagnóstico	LES	PsA	LES y SAAF	AR	AR
Edad de inicio	16 años	29 años	23 años	33 años	40 años
Tiempo de evolución	7 años	7 meses	8 años	11 años	30 años
Tratamiento	PDN HCQ	MTX	PDN MMF SSZ	PDN MTX CLQ	Historia de uso de adalimumab PDN MTX LEF
Características de la neoplasia hematológica					
Diagnóstico	LAM-M7	LAL-L2	LNH-CBG	LNH-folicular	LNH-CBG difuso tipo pierna
Edad de inicio	22 años	29 años	26 años	38 años	70 años
Tratamiento	Recibió 7 + 3 Quimioterapia paliativa, etopósido, citarabina, mercaptopurina, MTX.	Quimioterapia intensiva LAL-6	CHOP-R	CHOP-E más mantenimiento	CEOP-R
Desenlace	Actividad de la enfermedad	Remisión Fase de mantenimiento	Actividad de la enfermedad	Remisión Fase de mantenimiento	Inducción a la remisión Respuesta clínica parcial

LES, lupus eritematoso sistémico; SAAF, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos; AR, artritis reumatoide; ANA, anticuerpos antinucleares; aCL, anticuerpos anticardiolipinas; FR, factor reumatoide; LAM-m/, leucemia mieloide aguda megacarioblástica; LAL-L2, leucemia linfoblástica aguda precursora de células T; LNH, linfoma no Hodgkin; CBG, células B grandes, CHOP-R, ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona y rituximab; CHOP-E, ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisona y etopósido; CEOP-R, ciclofosfamida, etopósido, vincristina, prednisona y rituximab.

CG015

Vogt-Koyanagi-Harada pediátrico. Informe de dos casos

Rubio-Silveira JE, Méndez-Núñez M, Arellano-Valdez CA, Villalpando-del Ángel IA, Tlacuilo-Parra JA

UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: Enfermedad autoinmune granulomatosa sistémica dirigida contra tejidos ricos en melanocitos: ojo, oído, meninges y piel. Es rara (5% de las uveítis) y más agresiva en la edad pediátrica. Los criterios diagnósticos incluyen afectación ocular bilateral, afectación neurológica o auditiva y hallazgos en piel y anexos, en ausencia de trauma o cirugía.

Objetivos: Describir dos casos de VKH pediátrico.

Material y métodos: Femenino de 14 años, diagnóstico previo de asma y epilepsia, tratada con valproato y topiramato. Presenta amaurosis y dolor ocular; se encuentra panuveítis y desprendimiento de retina seroso bilateral, córneas con depósito inflamatorio retroquerático, humor acuoso turbio. Ecografía ocular: hipertensión ocular, tratada con timolol, dorzolamida, brimonidina, acetazolamida, prednisona oral y metotrexato, y realización de sinequiolisis, lensectomía + VA + LIO + iridectomía de ambos ojos.

Femenino de 13 años con ojo rojo, dolor ocular y amaurosis. Se observan máculas hipocrómicas en extremidad inferior izquierda, hiperemia conjuntival leve, córneas con manchas retroqueráticas, vítreos turbios, sineréticos, papilas de bordes irregulares, vasos tortuosos, desprendimiento total bilateral de retina. Audición derecha con pérdida selectiva (8,000 Hz) e hipoacusia superficial izquierda para frecuencias agudas. Tratada con esteroide en pulsos y posteriormente mantenimiento más azatioprina. Mejoría con retina superior aplicada, papila con bordes más definidos.

Resultados: Presentamos a dos adolescentes con diagnóstico de VKH. Una con enfermedad limitada al ojo, de curso insidioso y meritorio de tratamiento quirúrgico, con mejoría discreta. La otra con enfermedad completa, tratada con esteroide e inmunosupresor, con mejoría.

Conclusiones: El diagnóstico diferencial incluye múltiples enfermedades reumáticas como LES, AIJ y vasculitis sistémicas, entre otras. El reconocimiento y tratamiento temprano de la enfermedad es vital para su pronóstico a largo plazo.

Bibliografía

Mendes-Lavezzo M, Mayumi-Sakata V, Morita C, Caso-Rodríguez EE, et al. Vogt-Koyanagi-Harada disease: review of a rare autoimmune disease targeting antigens of melanocytes. *Orphanet J Rare Dis* 2016;11:29.

Arellanes-García L, Orozco-Carroll M, Garza-León MA. Vogt-Koyanagi-Harada Syndrome in Childhood. *Int Ophthalmol Clin* 2008;48(3):107-17.

CG016

Rhupus: serie de ocho casos

Castillo-Ortiz AA⁽¹⁾, Barrera-Rodríguez AA⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Regional Mérida, ISSSTE, ⁽²⁾Hospital Regional Núm.1, Mérida, IMSS

Introducción: Entre las manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico (LES) se encuentra la artropatía, que suele ser no erosiva y con síntomas leves. Un subconjunto tiene una artropatía con hallazgos clínicos similares a la artritis reumatoide (AR) que se ha denominado "rhupus".¹

Objetivos: Relación de casos de pacientes que cumplen criterios ACR tanto clínicos como serológicos para AR y LES.

Material y métodos: Los ocho pacientes incluidos en la serie de casos cumplían los criterios del Colegio Americano de Reumatología para LES y AR. Se encontró que 100% es del sexo femenino; también presentaron anticuerpos antinucleares a títulos desde 1:160 a 1:1280, anti-DNA positivo en siete pacientes y anti-Sm en dos. Se halló anti-CCP positiva y a títulos altos en cuatro pacientes, factor reumatoide positivo mayor de tres veces el valor del corte en 100% y anticuerpos antifosfolípidos en dos pacientes. El 100% de los pacientes presentó poliartritis simétrica. Un paciente padeció hepatitis autoinmune con presencia de anticuerpos anti-músculo liso y uno experimentó síndrome anticuerpos antifosfolípido. En cinco pacientes el diagnóstico de AR precedió a las manifestaciones de LES por un promedio de 4.2 años. Tres pacientes fueron refractarios a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales en combinación y requirieron ácido micofenólico; dos de ellos fueron refractarios y requirieron rituximab con adecuada respuesta clínica, incluyendo al paciente con asociación de hepatitis autoinmune.

Resultados: La coexistencia de LES y AR se ha estimado entre 0.01 y 2%.² Desde la primera descripción del término (1960), aún hay discusión entre el síndrome rhupus o una superposición de AR y LES.

Conclusiones: Existen dificultades para identificar a esos pacientes dada la falta de parámetros claros que definan esta entidad.

Referencias

- Schur PH. Systemic lupus erythematosus. In: Beeson PB, McDermott W, eds. Cecil-Loeb Textbook of Medicine, 13th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1971:821.
- Simon JA, Granados J, Cabiedes J, Ruiz-Morales J, Alcocer-Varela J. Clinical and immunogenetic characterization of Mexican patients with "Rhupus". *Lupus* 2002;11:287-92.

CG017

Seroconversión de TB latente en pacientes con terapia biológica y enfermedades reumáticas

Hernández-Núñez E⁽¹⁾, Olan F⁽¹⁾, Radillo-Alba HA, Izquierdo-Guzmán LC⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Roviroso, SSA, ⁽²⁾Jurisdicción Sanitaria, SSA

Introducción: El uso de los biológicos ha revolucionado el manejo en reumatología. De acuerdo con las guías ACR, EULAR y mexicanas, debe realizarse un cribado antes de prescribir un biológico, con énfasis en los anti-TNF. Los anti-TNF incrementan la susceptibilidad a infecciones, especialmente por *M. tuberculosis* y formas atípicas. La expresión y el carácter endémico de tuberculosis en nuestro medio demanda centrar la atención para un cribado al inicio y anual de tuberculosis con diferentes herramientas: test de Mantoux (PPD) y test de liberación de IFN-gamma (T-SPOT. TB y QuantiFERON-TB Gold).

Objetivos: Se describe la seroconversión de pacientes manejados con terapia biológica, especialmente anti-TNF.

Material y métodos: Se seleccionaron los pacientes con seroconversión y uso de terapia biológica.

Resultados: El total de pacientes usuarios de biológicos en nuestra serie es 135, todos de forma basal con PPD negativo y al menos 1 año con biológicos; 7.4% (10 pacientes) con seroconversión PPD y media induración de 18 mm; 90% recibió quimioprofilaxis, solo una paciente por QuantiFERON negativo no la recibió; 60% de mujeres, con media de enfermedad de 10 años y en su mayoría usuarias de anti-TNF (70%). Todos los pacientes usaron un anti-TNF de forma basal con el cribado completo.

Conclusiones: El grupo griego describe seroconversión para Tb latente en pacientes con un anti-TNF y enfermedad reumática con cribado basal negativo. Su estudio demostró que al menos 10% experimentó seroconversión

a 1 año. De acuerdo con las recomendaciones ACR, pacientes con biológicos y PPD basal negativo deben someterse a control anual por el riesgo de seroconversión y considerar quimioprofilaxis para evitar la expresión de tuberculosis.

Bibliografía

Furst DE, Keystone EC, So AK, et al. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2012. *Ann Rheum Dis* 2013;72(Suppl 2):ii2-34.

Hatzara C, Hadziyannis E, et al. Frequent conversion of tuberculosis screening tests during anti-tumour necrosis factor therapy in patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2014;0:1-6.

Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012;64:625-39.

CG018

Enfermedad de Kawasaki y aneurismas gigantes en mexicanos: experiencia de 5 años

Braña-Ruiz MT

Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda, autolimitada, que afecta predominantemente arterias de mediano calibre. La complicación más severa de la EK es el desarrollo de lesiones coronarias. Sin tratamiento temprano, hay una incidencia de 15 a 25% de lesiones coronarias.

Objetivos: Describir la presentación y evolución clínica, además de los hallazgos de laboratorio, en población pediátrica mexicana con diagnóstico de EK que desarrolló aneurismas gigantes durante los últimos 5 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohortes del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante los últimos 5 años. Se revisaron los datos de los archivos clínicos de los pacientes que desarrollaron aneurismas gigantes después del diagnóstico de EK de 2011 a 2016.

Resultados: La edad media de los pacientes al diagnóstico fue de 17 meses y 84% de varones. Todos los pacientes presentaron una puntuación Harada positiva. Se administró gammaglobulina intravenosa a 83% de los pacientes, en conjunto con terapia anticoagulante. Infliximab se utilizó en 33% de los pacientes. Un paciente falleció por infarto agudo de miocardio. Todos los pacientes tienen riesgo de muerte súbita.

Conclusiones: El diagnóstico tardío es la característica presente en todos los pacientes que desarrollaron aneurismas gigantes, lo que hace imperativo identificar los hallazgos clínicos y de laboratorio que ayudarán a identificar la EK en la población pediátrica mexicana para así evitar complicaciones cardíacas.

Bibliografía

Brian W, McCrindle, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: A scientific statement for health professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2017;135(17):e927-e999.

Tabla 1. Destete de corticoides. (CG019)

1ª semana	2ª semana	3ª semana	4ª semana
Cambio del esteroide previo a acetato de metilprednisolona DU (40 mg) + deflazacort 3 mg o prednisona 7.5 mg Analgésico extra: tramadol, otros	Solo deflazacort (DF 3 mg) o prednisona (PDN) 5 mg Continuar analgésico extra	1.5 mg día DU o PDN 5 mg Espaciar analgésico Extra	1.5 mg día (DF) 5 mg en días alternos
Desde el inicio instalar FARME combinados, apoyo familiar y explicación de situación actual, riesgos y conseguir apego terapéutico.			

CG019

Cómo lograr un “destete” por abuso de corticoides: propuesta

Bañuelos-Ramírez D⁽¹⁾, Ramírez-Palma MM⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Puebla UMAE, ⁽²⁾Unidad de Medicina Familiar No. 1, IMSS Puebla

Introducción: No obstante la utilidad clara y bien especificada de la indicación de corticoides en casi todas las especialidades médicas, el apego adecuado a su uso no siempre es estricto. El abuso de los corticoides es un hecho, tanto como la utilización como mono u oligoterapia, la negación psicológica y la dependencia física verdadera que producen. La adicción y el síndrome de supresión a las dependencias de otras drogas y soportes nos permiten un razonamiento analógico para un “destete” progresivo del abuso de corticoides. La propuesta es empírica y motivada por el incremento (y la utilización no razonable) de corticoides de depósito y combinados en la región donde se desempeña la actividad profesional.

Objetivos: Alerta sobre el abuso de corticoides y propuesta sobre destete

Material y métodos: 20 casos (compilados en menos de 1 año) con síndrome Cushing yatrogénico secundario a abuso de corticoides combinados indicados para AR por médicos generales o especialistas.

Resultados: Las manifestaciones principales al inicio de la atención fueron inquietud, ansiedad, insomnio, continuación de las manifestaciones reumáticas y cambios morfológicos del sx de Cushing; todos los sujetos coincidieron en la pérdida de eficacia del corticoide combinado que contiene betametasona y la progresión de la enfermedad. La sensación de adicción y necesidad de toma también fue constante. Tácitamente reconocieron “adicción”. Se les explicó a pacientes y familiares el estado actual, las consecuencias y la forma de retiro paulatino de los corticoides, con la sustitución de betametasona, parametasona y otros por acetato de metilprednisolona y deflazacort más incremento de analgésicos y otras medidas de apoyo independientes de los FARME requeridos (Tabla 1).

Conclusiones: Adicción a corticoides = a drogas... Destete progresivo obligatorio.

CG020

Publicidad, charlatanería, redes sociales versus verdadera credencialización en reumatología

Bañuelos-Ramírez D⁽¹⁾, González-Martínez A⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Puebla UMAE, ⁽²⁾FCQ, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Introducción: La certificación de las especialidades por órganos colegiados y de interés académico y gremial es requisito y criterio de idoneidad. Es una credencialización en el sentido planteado por P. Bordieu y Passeron. En contraparte, la credencialización no académica otorgada y obtenida por medios como la publicidad, las redes sociales, la charlatanería y las “recomendaciones”

existe y puede considerarse desleal e ilegal; debe ser objeto de estudio según nuestra perspectiva.

Objetivos: Contrastar el grado de conocimientos, opinión valorativa y confiabilidad sobre la especialidad de reumatología y algunos especialistas en contraposición con la charlatanería, las redes sociales y otros medios publicitarios.

Material y métodos: Encuesta a usuarios (pacientes y familiares) de una institución de salud, un grupo universitario y técnicos recién egresados de la carrera fisioterapia. Revisión de material publicitario en medios de comunicación masiva tradicionales y digitales sobre tratamientos en reumatología.

Resultados: Los tratamientos “alternativos” y la medicina no tradicional se publicitan activamente en los medios de comunicación. En las redes sociales y plataformas de profesionales, la puntuación por estrellas no corresponde con el grado de credencialización de los médicos o grupos: se observan opiniones maquilladas. En redes sociales, medios de comunicación y espacios de calle (volanteo), la charlatanería es una constante: las creencias mágicas persisten.

Conclusiones: La credencialización verdadera (certificación, cédula, membresía, asistencia a congresos, etc.) compete con la charlatanería y las redes sociales más la publicidad en medios de comunicación. El fenómeno es susceptible de estudio desde una perspectiva académica y deberían plantearse estrategias para contrarrestar los efectos nocivos, siendo uno de los objetivos de los estatutos CMR.

CGo21

¿Hay un papel para el reumatólogo en el manejo multidisciplinario de la orbitopatía de Graves?

Morales-Torres J⁽¹⁾, Mondragón-y Guzmán MA⁽²⁾, Hernández-Cuevas CB⁽¹⁾, Romero-Ibarra J⁽¹⁾

⁽¹⁾Centro de Investigación Morales Vargas, SC, ⁽²⁾Hospital Aranda de la Parra

Introducción: La orbitopatía de Graves (OG) complica con frecuencia a pacientes con hipertiroidismo y puede comprometer severamente la visión. Algunos pacientes con falla a la terapéutica usual han sido tratados exitosamente con diferentes agentes biológicos (infiximab, rituximab, tocilizumab), pero el oftalmólogo promedio se resiste al empleo de estos agentes. La referencia al reumatólogo, el experto en terapia biológica, puede ser requerida.

Objetivos: Reportar las características de cinco casos de pacientes con OG referidos al reumatólogo para manejo con tocilizumab.

Material y métodos: Reporte de casos: se describen cinco pacientes (tres hombres y dos mujeres) con edades entre los 17 y los 50 años, hipertiroides con orbitopatía de Graves, tratados infructuosamente con diversas modalidades (glucocorticoides sistémicos y retrobulbares, metotrexato o azatioprina) en oftalmología, con pobre respuesta del exoftalmos y sus consecuencias visuales.

Resultados: Se refirieron al reumatólogo para su manejo (incluyendo evaluación de riesgos preexistentes como hepatitis B y C, tuberculosis y otros) y se manejaron con tocilizumab IV (8 mg/kg) cada 4 semanas (entre 4 y 11 dosis). Todos mejoraron (en exoftalmometría, agudeza visual, movilidad ocular y presión intraocular) con la terapia, sin efectos adversos significativos.

Conclusiones: La respuesta observada en estos casos se suma a los reportes previos de manejo con tocilizumab de la orbitopatía de Graves. El reumatólogo puede ser parte del manejo multidisciplinario de la OG. Es deseable que se desarrollen ensayos clínicos para corroborar estos hallazgos.

Bibliografía

Soeters MR, van Zeijl CJ, Boelen A, et al. Optimal management of Graves orbitopathy. A multidisciplinary approach. *Neth J Med* 2011;69(7):302-8.

CGo22

“Switch” o sustitución automática de infiximab innovador a un biocomparable en un hospital general

Hernández-Núñez E⁽¹⁾, Olan F⁽¹⁾, Radillo-Alba HA⁽¹⁾, Izquierdo-Guzmán LC⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Roviroso, SSA, ⁽²⁾Jurisdicción Sanitaria, SSA

Introducción: En México la aparición de biocomparables (BC) ha permitido reducir costos e incrementar la disponibilidad. Intercambiabilidad es la designación para prescribir un biocomparable en lugar del innovador y sustituir sin la intervención del profesional de salud es sustitución automática. No existe un posicionamiento de Cofepris sobre el switch o sustitución automática entre el innovador y el BC; sin embargo, la sustitución automática a nivel institucional es usual. Remsima es el BC que ha demostrado eficacia y seguridad en los estudios PLANETRA y PLANETAS.

Objetivos: Perfil de seguridad, eficacia y extrapolación del cambio de infiximab (IFX) innovador a biocomparable.

Material y métodos: Serie de pacientes con biológicos; se seleccionaron pacientes manejados con uso previo de IFX innovador e intercambio al biocomparable.

Resultados: 20 pacientes evaluados tenían al menos 1 año con IFX innovador antes de realizar la sustitución automática, en su mayoría mujeres 13, con una edad media de 45.5 años y duración media de la enfermedad de 9.45 años; 16 (80%) con expresión de comorbilidad, 10% con historia de falla a un biológico. La principal indicación fue alguna espondiloartropatía (80%): 10 PsA, 5 EA y 1 CUCI.

Conclusiones: Para aprobar un BC se requieren estudios preclínicos y clínicos que demuestren seguridad, eficacia e inmunogenicidad. La OMS considera para los BC: 1) caracterización físico-química, 2) actividad biológica, 3) estudios de no inferioridad y 4) farmacovigilancia. Los estudios PLANETRA, PLANETAS y NOR-SWITCH muestran evidencia científica de este BC. Remsima es el único BC que cumple con eficacia, seguridad e intercambiabilidad comparado con el innovador. Faltan estudios de farmacovigilancia y seguimiento a largo plazo por el advenimiento de los BC en la práctica clínica.

Bibliografía

Castaneda-Hernández G, Szekanez Z, Mysler E, Azevedo VF, et al. Biopharmaceuticals for rheumatic diseases in Latin America, Europe, Russia, and India: Innovators, biosimilars, and intended copies. *Joint Bone Spine*. 2014;81:471-77.

Espinosa-Morales R, Díaz-Borjón A, Barile-Fabris LA, Esquivel-Valerio JA, et al. Biosimilar drugs in Mexico: position of the Mexican College of Rheumatology, 2012. *Reumatol Clin* 2013;9:113-16.

CGo23

Caracterización de pacientes con sospecha de vasculitis enviados a reumatología

Prado-Anaya CA, Maya-Piña LV, Montes-Yáñez A, Álvarez-Hernández E

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: El diagnóstico de vasculitis primaria es difícil: puede presentarse desde compromiso cutáneo aislado hasta multiorgánico y existen condiciones que pueden imitarla. Diferenciar entre vasculitis primaria es

secundaria implica un procedimiento detallado en el que la conclusión final es distinta.

Objetivos: Evaluar frecuencia, características, diagnóstico y tratamiento de pacientes enviados al Servicio de Reumatología con sospecha de vasculitis en los últimos 6 meses.

Material y métodos: Se presentan 10 casos con datos de vasculitis sistémica (Figura 1). Se midieron anti-MPO, anti-PR3 y proteinuria; los resultados se muestran en la Tabla 1. La afección orgánica más frecuente fue pulmonar, renal y ocular. La histopatología demostró glomerulonefritis (GMN) extracapilar focal pauciinmune, GMN extracapilar mixta pauciinmune, nefropatía por IgA, vasculitis leucocitoclástica, vasculitis nodular y condrodermatitis. Los diagnósticos fueron granulomatosis con poliangeítis (GPA) sistémica en seis casos, GPA juvenil, poliangeítis microscópica (PAM), vasculitis asociada a virus de hepatitis C y vasculitis indiferenciada en uno. Siete pacientes recibieron glucocorticoides y ciclofosfamida, y dos glucocorticoides; uno sin tratamiento por remisión.

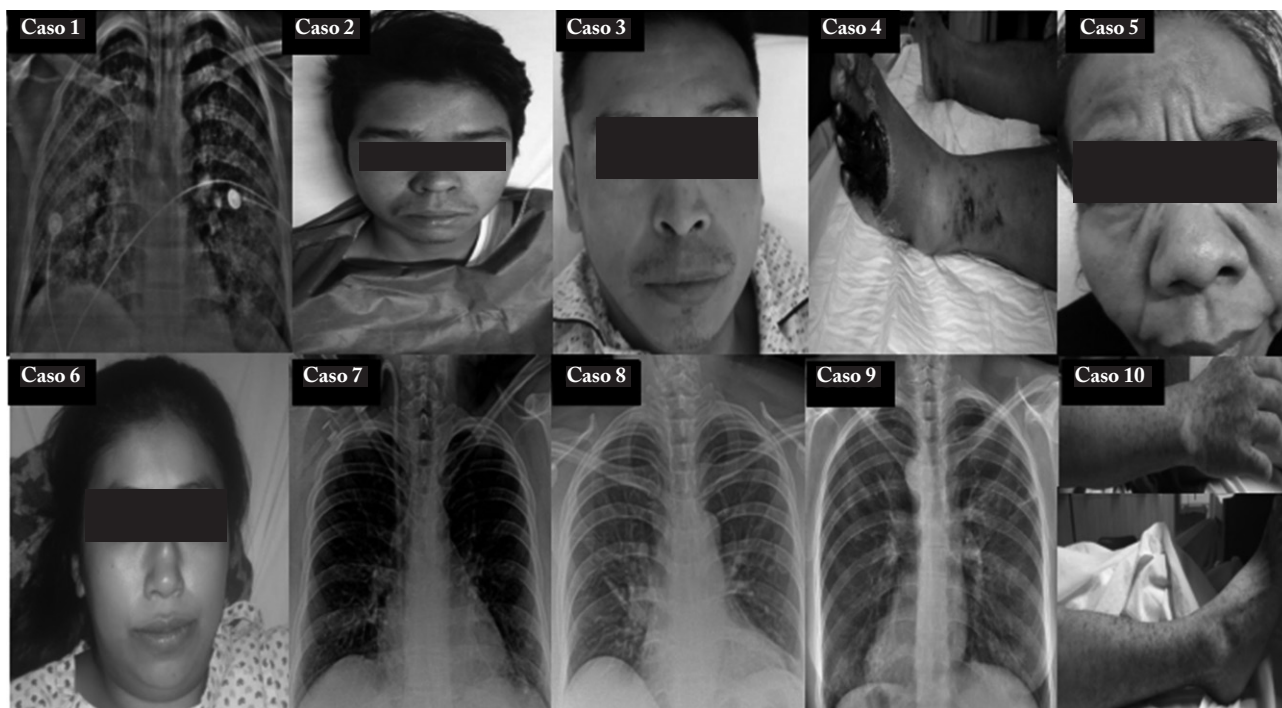
Resultados: El diagnóstico de vasculitis debe sospecharse en pacientes con isquemia no explicada, compromiso multisistémico, púrpura palpable, mononeuritis múltiple o glomerulonefritis. Los pacientes presentaron, hemorragia alveolar, glomerulonefritis, escleritis necrosante anterior, polineuropatía sensitivo-motora, isquemia digital, deformidad nasal, sinusitis crónica y alteraciones radiográficas (nódulos pulmonares, traqueales, atelectasias y cavitaciones). La paciente con ANCA positivos y biopsia renal con nefropatía por IgA se clasificó como PAM.

Conclusiones: En los pacientes con sospecha de vasculitis debe realizarse un amplio protocolo para descartar causas secundarias, así como contar con estudios radiológicos e histopatológicos del órgano afectado.

Bibliografía

Nagasaka T, Miyamoto J, Ishibashi M, Chen KR. MPO-ANCA- and IgA-positive systemic vasculitis: a possibly overlapping syndrome of microscopic polyangiitis and Henoch-Schoenlein purpura. *J Cutan Pathol* 2009;36(8):871-77.

Figura 1. (CG023)



Suresh E. Diagnostic approach to patients with suspected vasculitis. *Postgrad Med J* 2006;82(970):483-488.

Tabla 1. (CG023)

Edad, años, X (DS)	38.7 (± 9.3)
Mujeres, n (%)	50
Pulmonar, n (%)	90
Renal, n (%)	80
Ocular, n (%)	70
Cutáneo, n (%)	60
Oídos, nariz y garganta (ORL), n (%)	50
Neurológico, n (%)	20
Articular, n (%)	20
Proteinuria, mg/dL, X (I)	2125 (55-3698)
Anti-MPO, U/L, X (I)	30.3 (14.52-81.9)
Anti-PR3, U/L, X (I)	104.94 (9.75-290)

CGo24

Ningún mejor simulador de la artritis reumatoide que el hipotiroidismo

Bañuelos-Ramírez D⁽¹⁾, Ramírez-Palma MM⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital de Especialidades Puebla UMAE, ⁽²⁾Unidad de Medicina Familiar 01, IMSS Puebla

Introducción: Así como existen denominaciones específicas para entidades que simulan el lupus eritematoso (*lupus like*), también existen simulaciones de

enfermedades reumáticas como la fibromialgia. Aún más, en porcentajes bien establecidos y con relación causa-efecto directa pueden presentarse cuadros de miopatías por fármacos o afecciones reumatológicas por los tratamientos empleados, incluyendo aparición de autoanticuerpos. La asociación de endocrinopatías con autoinmunidad se ha estudiado. Esto es diferente a la confusión del dx de AR en cuadros de hipotiroidismo.

Objetivos: Presentar serie de casos de hipotiroidismo que fueron diagnosticados y tratados como AR previo a la consulta especializada.

Material y métodos: 15 pacientes con diagnóstico y tratamiento de AR por tiempos variables en quienes el diagnóstico correspondió a hipotiroidismos clínicos y confirmación por pruebas de función tiroidea. Exclusión completa de AR con criterios EULAR-ACR, HC y examen físico.

Resultados: De los 15 casos, 13 fueron del género femenino, edad 23 a 33 años; tiempo de retraso en dx de certeza: 12 meses y medio (corresponde a manejo otros médicos). VSG + PCR elevadas, FR y ANA a títulos bajos + fatiga, fueron los principales elementos de confusión que se tomaron en consideración para el dx erróneo de AR. En cinco casos también el AHF de existencia de artritis en algún familiar.

Conclusiones: Los criterios EULAR-ACR + la experiencia y sospecha de otras entidades ante LA ausencia de respuesta a tratamientos permiten establecer diagnósticos de certeza, dar un viraje al tratamiento y mejoría pronóstica.

CG025

Productividad laboral y actividad de la enfermedad en artritis reumatoide

Salazar-Mejía CE, Galarza-Delgado DA, Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-López JR, Wimer-Castillo BO, Wah-Suárez MI, Abundis-Márquez EE

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad que se presenta en edad productiva; hasta 80% de los pacientes experimentará dificultades para desempeñar actividades laborales durante su vida.¹ El Cuestionario de Productividad Laboral y Discapacidad en Artritis Reumatoide (WPAI-AR) es un instrumento validado que nos permite evaluar ausentismo y presentismo laboral, fenómenos que no han sido descritos en nuestra población.²

Objetivos: Determinar la relación entre el grado de actividad de la AR y la capacidad para desempeñar actividades laborales en población mexicana.

Material y métodos: Se incluyeron 204 pacientes de 18 a 75 años con diagnóstico de AR según criterios ACR/EULAR 2010. Se aplicaron los cuestionarios WPAI-AR, HAQ-DI y RAQoL; el nivel de actividad de la AR se calculó mediante DAS28-PCR.

Resultados: Al comparar los grupos de empleados y desempleados se encontró diferencia estadísticamente significativa en edad, sexo, años de estudio, DAS28-PCR, HAQ-DI y RAQoL. La **Tabla 1** describe los indicadores de productividad laboral según WPAI-AR. En el porcentaje de déficit en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0.01$). Existe correlación positiva entre actividad de la AR por DAS28-PCR y los porcentajes de presentismo ($r = 0.400, p < 0.01$), pérdida de productividad laboral total ($r = 0.388; p < 0.01$) y déficit en ABVD ($r = 0.486; p < 0.001$).

Conclusiones: Se encontró correlación positiva entre grado de actividad de la AR, calidad de vida y capacidad funcional con el nivel de rendimiento laboral de nuestra población.

Referencias

1. Michet C. Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthropaties. In: Wittich C, Beckman T, Collins N, eds. Mayo Clinic Internal Medicine Board Review, 11th ed. Oxford University Press, 2016:829.
2. Zhang W, Bansback N, Boonen A, Young A, Singh A, Anis AH. Validity of the work productivity and activity impairment questionnaire - general health version in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2010;12(5):R177.

Tabla 1. Productividad laboral según WPAI-AR. (CG025)

	Empleados n = 50	Desempleados n = 154
Porcentaje de ausentismo laboral, mediana (p25-p75)	0 (0-9.7)	N/A
Porcentaje de presentismo laboral, mediana (p25-p75)	20 (0-50)	N/A
Porcentaje de pérdida de la productividad laboral total, mediana (p25-p75)	26.9 (0-56.2)	N/A
Porcentaje de déficit en actividades básicas de la vida diaria, mediana (p25-p75)	20 (0-40)	40 (17.5-70)